



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Χ. Σπηλιοπούλου

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:
ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΕ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΘΕΙΣΑΣ
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΙΑΣ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Δ. ΚΑΤΣΟΣ
ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2019

«Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλώνει την αποδοχή γνώμων του συγγραφέα» (Ν 5343/32, ΦΕΚ 86Α'/23-03-1932, άρθρο 202, παρ. 2).

Ημερομηνία κατάθεσης αίτησης εκπόνησης διατριβής: 29/09/2014

Ημερομηνία ορισμού θέματος και τριμελούς επιτροπής: 02/12/2014

Ημερομηνία κατάθεσης διδακτορικής διατριβής: 28/08/2019

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Καθηγήτρια Χ. Σπηλιοπούλου (Επιβλέπουσα)
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Σ. Παπαδόδημα
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Α. Τσίτσικα

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Καθηγήτρια Χ. Σπηλιοπούλου
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Σ. Παπαδόδημα
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Α. Τσίτσικα
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Δ. Βλαχοδημητρόπουλος
5. Αναπληρωτής Καθηγητής Κ. Μωραΐτης
6. Επίκουρος Καθηγήτρια Σ. Μιχαλά
7. Επίκουρος Καθηγήτρια Α. Σολδάτου

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Αθηνών: Καθηγητής Πέτρος Π. Σφηκάκης

ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΟΡΚΟΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ. ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΑΥΤΟΥ ΑΔΕΛΦΕΥΣΙΣΙΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΞΥΓΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣ ΤΕ ΚΑΙ ΟΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ ΕΙΡΕΒΙΝ, ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ· ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ. ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΞΙΟΣ ΤΗΣΔΕ, ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ, ΕΣΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΙΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. Α Δ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ Η ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ· ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΕΟΝΤΙ, ΠΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΟΡΚΟΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΟΡΚΙΖΟΜΑΙ ΣΤΟΝ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΑΣΚΛΗΠΙΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΝΑΚΕΙΑ ΚΑΙ Σ' ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΘΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΕΣ, ΠΟΥ ΒΑΖΩ ΜΑΡΤΥΡΕΣ, ΟΤΙ ΘΑ ΕΚΠΛΗΡΩΣΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΑΥΤΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ, ΟΤΙ ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΕΚΕΙΝΟΝ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΔΑΞΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗ ΙΣΟΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΝ ΚΑΝΩ ΚΟΙΝΩΝΟ ΤΟΥ ΒΙΟΥ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΔΙΚΑ ΜΟΥ Ο,ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ. ΤΟΥΣ ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ ΤΟΥ ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΩΣ ΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥΣ ΔΙΔΑΞΩ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗ, ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ, ΧΩΡΙΣ ΜΙΣΘΟ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑ. ΟΤΙ ΘΑ ΜΕΤΑΔΩΣΩ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ, ΤΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΓΙΟΥΣ ΜΟΥ, ΣΤΟΥΣ ΓΙΟΥΣ ΤΟΥ ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ ΜΟΥ, ΚΑΙ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΧΟΥΝ ΣΥΝΔΕΘΗ ΜΑΖΙ ΜΟΥ ΜΕ ΟΡΚΟ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ, ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ ΑΛΛΟ.

ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΙΤΑ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ, ΟΣΟ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ, ΚΑΙ (ΥΠΟΣΧΟΜΑΙ ΟΤΙ) ΘΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΩ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΑΔΙΚΙΑ.

ΔΕΝ ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΣΩ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ, ΟΣΟ ΚΑΙ ΑΝ ΠΑΡΑΚΛΗΘΩ, ΟΥΤΕ ΘΑ ΥΠΟΔΕΙΞΩ ΤΕΤΟΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΗ. ΕΠΙΣΗΣ ΔΕΝ ΘΑ ΔΩΣΩ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΚΤΡΩΤΙΚΟ. ΑΓΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΗ ΘΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ. ΔΕΝ ΘΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΩ ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΠΕΤΡΑ, ΑΛΛΑ ΘΑ ΑΦΗΣΩ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΑΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΕΞΑΣΚΗΜΕΝΟΥΣ. ΣΕ ΟΣΑ ΣΠΙΤΙΑ ΠΡΟΣΚΑΛΟΥΜΑΙ, ΘΑ ΜΠΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ, ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΘΕΛΗΜΑΤΙΚΗ ΑΔΙΚΙΑ Η ΑΛΛΗ ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟ ΠΑΝΤΩΝ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑΚΗ ΠΡΑΞΗ ΣΕ ΣΩΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ Η ΔΟΥΛΩΝ.

ΟΣΑ ΔΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΘΑ ΔΩ Η ΘΑ ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ, ΟΣΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΚΟΙΝΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΞΩ, ΘΑ ΤΑ ΑΠΟΣΙΩΠΩ, ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΝΤΑΣ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ ΙΕΡΑ ΜΥΣΤΙΚΑ. ΟΣΟ ΛΟΙΠΟΝ ΘΑ ΤΗΡΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ, ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΙΑΣΩ, ΕΙΘΕ ΝΑ ΠΕΤΥΧΑΙΝΩ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ, ΕΧΟΝΤΑΣ ΚΑΛΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΝΤΟΤΕ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ. ΕΑΝ ΟΜΩΣ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΩ ΚΑΙ ΓΙΝΩ ΕΠΙΟΡΚΟΣ, ΝΑ ΠΑΘΩ ΤΑ ΑΝΤΙΘΕΤΑ.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Στη μνήμη του πατέρα μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτελεί το αποτέλεσμα των προσπαθειών της τελευταίας πενταετίας, λαμβάνοντας υπόψη την καθημερινή ενασχόληση και ενεργό συμμετοχή μου ως ειδικευόμενος ιατρός στη διερεύνηση των θανατηφόρων και μη περιστατικών στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α.

Αρχικώς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. Χαρά Σπηλιοπούλου, η οποία με τίμησε, όντας η Επιβλέπουσα της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Πρωτίστως, για την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπό μου και την ανάθεση της βίας από ιατροδικαστικής σκοπιάς ως θέματος της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ενός κοινωνικού φαινομένου τόσο επίκαιρου και διαχρονικού, αλλά ταυτοχρόνως και ανεξερεύνητου στην Ελλάδα. Η αμέριστη συμπαράστασή της και η συνεχή της επίβλεψη και υποστήριξη, τόσο στην πορεία μου ως υποψήφιος διδάκτωρ, όσο και ως ειδικευόμενος Ιατροδικαστής αποτέλεσαν το σημαντικότερο εχέγγυο στην περαίωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Η επαγγελματική της αντιμετώπιση και στήριξη προς το πρόσωπό μου, μου έδωσαν την απαραίτητη δύναμη και ώθηση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Πέραν, όμως, της επαγγελματικής οπτικής, η ανθρώπινη και προσωπική συμπαράστασή της στην πληθώρα των δυσκολιών και των φαινομενικών εμποδίων που προέκυψαν στην πενταετία αυτή, αλλά και η διδαχή των αξιών της ηθικής και της αξιοπρέπειας, αποτέλεσαν για εμένα μάθημα ζωής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Άρτεμη Τσίτσικα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να παρουσιάσω μέρος των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας στα Εντατικά Σεμινάρια Εφηβικής Ιατρικής και την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και τις συμβουλές της κατά την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Σταυρούλα Παπαδόδημα για τις συμβουλές της, τόσο κατά τη θητεία μου ως ειδικευόμενος Ιατροδικαστής, όσο και κατά την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Πέραν όμως των μελών της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, θα ήθελα να ευχαριστήσω συνολικά και προσωπικά έναν έναν, όλα τα μέλη Δ.Ε.Π. του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α., τις κυρίες Λουτσίδου-Στεφανίδου και Ντονά και τους κυρίους Αθανασέλη, Βλαχοδημητρόπουλο, Γούτα και Παπουτσή, τους οποίους αναφέρω αλφαβητικά με στόχο να μην αδικήσω κάποιον. Η καθημερινή συναναστροφή μου με τα

προαναφερθέντα μέλη Δ.Ε.Π. αυτού του επαγγελματικού κύρους, βοήθησαν σημαντικά στην εξέλιξή μου ως ιατρός και άνθρωπος, καθώς όπως προανέφερα η εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής συνέπεσε με την εκπαίδευσή μου στο Εργαστήριο ως ειδικευόμενος Ιατροδικαστής.

Ιδιαίτερως, δε, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή Δικαστικής Ανθρωπολογίας Κωνσταντίνο Μωραΐτη. Οι αμέτρητες ώρες συζητήσεων και συγγραφής των πρώτων μου επιστημονικών δημοσιεύσεων σε ελληνικά και διεθνή περιοδικά αποτέλεσαν το εφελτήριο περαίωσης της παρούσας διδακτορικής διατριβής και συγγραφής των απαραίτητων δημοσιεύσεων. Οι συμβουλές του, τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο, αποτελούν σημαντικό εχέγγυο για το υπόλοιπο της ζωής μου.

Βεβαίως, δεν θα έπρεπε να λησμονήσω να ευχαριστήσω τη Δικαστική Ανθρωπολόγο και Διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. Ελένη Ζορμπά, καθώς χωρίς την πολύτιμη βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση δεν θα ήταν δυνατή η περαίωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους στενούς φίλους. Την αδελφή μου Μοσχούλα για την αμέριστη συμπαράσταση και υπομονή που έδειξε την τελευταία πενταετία. Ιδιαίτερως, δε, τη μητέρα μου Ευαγγελία και τον εκλιπόντα πατέρα μου Δημήτριο, οι οποίοι μου παρείχαν απλόχερα την απαιτούμενη υλική και συναισθηματική στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των μαθητικών μου χρόνων και μου δίδαξαν τις αρχές του ήθους και της αξιοκρατίας. Τους δε στενούς φίλους, κυρίως συναδέλφους ιατρούς, για τη συμπαράσταση και την κατανόηση που επέδειξαν την τελευταία πενταετία.

Στην πορεία αυτής της πενταετίας με τη βοήθεια των ατόμων, τα οποία ανέφερα ανωτέρω, θεωρώ ότι κατάφερα να εξελιχθώ πρωτίστως ως άνθρωπος και δευτερευόντως ως ιατρός. Η αποτροπή της ψυχικής φθοράς από την καθημερινή ενασχόληση με περιστατικά ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος (θανατηφόρων και μη) των ιατρών και λοιπών επιστημόνων της Ιατροδικαστικής είναι δυνατή μόνον όταν επικρατούν οι βέλτιστες δυνατές συνθήκες σε ένα Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. αποτελεί περίτρανο παράδειγμα βέλτιστης δυνατής λειτουργίας υπό τις επικρατούσες συνθήκες στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

Κωνσταντίνος Δ. Κάτσος
Αθήνα, 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Βιογραφικό Σημείωμα	σελ. 11
Πρόλογος	σελ. 18
Γενικό Μέρος	σελ. 21
<u>Κεφάλαιο 1.</u> Βία	σελ. 22
1.1. Ορισμός και κατηγοριοποίηση της βίας	σελ. 22
1.2. Μορφές ενδοοικογενειακής βίας	σελ. 23
1.3. Νεανική βία	σελ. 25
1.4. Κακοποίηση παιδιών	σελ. 26
1.5. Σεξουαλική βία	σελ. 27
1.6. Αιτιολογία της βίας	σελ. 28
1.6.1. Εγκληματολογικές θεωρίες	σελ. 28
1.6.2. Το οικολογικό μοντέλο ερμηνείας της βίας	σελ. 34
1.6.3. Αιτιολογικές θεωρίες συζυγικής/συντροφικής βίας	σελ. 36
1.7. Ψυχιατρικά νοσήματα και βίαιη συμπεριφορά	σελ. 38
1.8. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς	σελ. 40
1.8.1. Συζυγική/συντροφική βία	σελ. 40
1.8.2. Νεανική βία	σελ. 42
1.8.3. Κακοποίηση παιδιών	σελ. 44
1.8.4. Σεξουαλική βία	σελ. 45
1.9. Συνέπειες της βίας στην υγεία	σελ. 46
1.10. Έκταση του φαινομένου της βίας στην Ελλάδα	σελ. 48
1.11. Πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας	σελ. 52
<u>Κεφάλαιο 2.</u> Έρευνες για τη διαπροσωπική βία	σελ. 59
2.1. Διαπροσωπική βία – Βία στην κοινότητα	σελ. 59
2.2. Ενδοοικογενειακή βία	σελ. 73
2.3. Κακοποίηση παιδιών	σελ. 91
2.4. Σεξουαλική βία	σελ. 93
<u>Κεφάλαιο 3.</u> Νομικό πλαίσιο περί βίας στην Ελλάδα	σελ. 100
3.1. Κατάταξη ποινών - εγκλημάτων	σελ. 100
3.2. Βαρύτητα σωματικών βλαβών	σελ. 100
3.3. Λοιπά εγκλήματα του Ποινικού Κώδικα σχετιζόμενα με τη βία	σελ. 102
3.4. Νόμος περί ενδοοικογενειακής βίας	σελ. 106
<u>Κεφάλαιο 4.</u> Ιατροδικαστική κλινική εξέταση	σελ. 110
4.1. Διενέργεια ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης στην Ελλάδα	σελ. 110
4.2. Κακώσεις	σελ. 113
4.2.1. Γενικά	σελ. 113
4.2.2. Είδη κακώσεων	σελ. 113
4.2.2.1. Θλαστικές κακώσεις	σελ. 116
4.2.2.2. Κακώσεις από νύσσοντα όργανα	σελ. 121
4.2.2.3. Κακώσεις από τέμνοντα όργανα	σελ. 121
4.2.2.4. Κακώσεις από νύσσοντα και συγχρόνως τέμνοντα όργανα	σελ. 121

4.2.2.5. Κακώσεις από ανθρώπινο δήγμα	σελ. 122
4.2.2.6. Κακώσεις από πυροβόλα όπλα	σελ. 122
4.2.2.7. Εγκαύματα	σελ. 123
4.3. Αξιολόγηση κακώσεων σε περιστατικά κακοποίησης παιδιών	σελ. 124
4.4. Ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών σεξουαλικής βίας	σελ. 127
4.4.1. Αρχές διενέργειας κλινικής εξέτασης	σελ. 127
4.4.2. Αξιολόγηση κακώσεων	σελ. 129
Ειδικό Μέρος	σελ. 133
<u>Κεφάλαιο 5.</u> Σκοπός	σελ. 134
<u>Κεφάλαιο 6.</u> Υλικό	σελ. 135
<u>Κεφάλαιο 7.</u> Μέθοδος	σελ. 136
<u>Κεφάλαιο 8.</u> Αποτελέσματα	σελ. 140
8.1. Καταγγεθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας	σελ. 140
8.2. Βία στην κοινότητα	σελ. 151
8.3. Νεανική βία	σελ. 183
8.4. Σύγκριση μεταξύ των περιστατικών νεανικής βίας και των λοιπών περιστατικών βίας στην κοινότητα	σελ. 210
8.5. Ενδοοικογενειακή βία	σελ. 221
8.6. Συζυγική/συντροφική βία	σελ. 222
8.7. Βία μεταξύ γονέων και παιδιών	σελ. 246
8.7.1. Θυματοποίηση παιδιών	σελ. 246
8.7.2. Θυματοποίηση γονέων	σελ. 254
8.8. Βία μεταξύ αδελφών	σελ. 261
8.9. Σύγκριση μεταξύ των περιστατικών βίας στην κοινότητα και των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας	σελ. 269
8.9.1. Σύνολο καταγγεθέντων περιστατικών	σελ. 269
8.9.2. Θυματοποίηση ενηλίκων γυναικών	σελ. 281
8.10. Θυματοποίηση ανηλίκων	σελ. 288
8.11. Σεξουαλική βία	σελ. 299
<u>Κεφάλαιο 9.</u> Συζήτηση	σελ. 314
Περίληψη	σελ. 322
Abstract	σελ. 325
Βιβλιογραφία	σελ. 328

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Επώνυμο	Κάτσος
Όνομα	Κωνσταντίνος
Όνομα πατρός	Δημήτριος
Όνομα μητρός	Ευαγγελία
Ημερομηνία γέννησης	1η Απριλίου 1985
Τόπος γέννησης	Χολαργός Αττικής

Εκπαίδευση

Ιούλιος 2002: Απολυτήριο από το 7ο Ενιαίο Λύκειο Αθηνών (Γενικός Βαθμός: «Άριστα» 18,6)

Σεπτέμβριος 2002: Εισαγωγή στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Οκτώβριος 2010: Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Βαθμός: «Καλώς» 6.00)

Νοέμβριος 2010: Άδεια Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος

Αύγουστος 2011 - Ιούλιος 2013: Ειδικευόμενος Ιατρός στο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομίας του Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Ιούνιος 2014 - Αύγουστος 2016: Ειδικευόμενος Ιατρός στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α.

Σεπτέμβριος 2016: Τίτλος Ειδικότητας Ιατροδικαστικής

Σεπτέμβριος 2016 - Ιούνιος 2018: Παράταση σύμβασης και παραμονή στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Στρατιωτική θητεία

Εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων από το Νοέμβριο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2011 με την ειδικότητα του ιατρού άνευ ειδικότητας

Διδακτική εμπειρία

- Μάιος 2012: Συμμετοχή στα Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α.
Διάλεξη με θέμα «*Προκαρκινικές αλλοιώσεις και αδενοκαρκίνωμα τραχήλου μήτρας*»
- Αύγουστος 2015 - Σήμερα: Συμμετοχή στη διδασκαλία κατά την άσκηση των φοιτητών του 6ου έτους της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. στην Ιατροδικαστική
- Μάιος 2017 - Σήμερα: Συμμετοχή στη διδασκαλία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. με θέμα «Ψυχιατροδικαστική»
Διάλεξη με θέμα: «*Ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών διαπρωσωπικής βίας*»
- Ιούνιος 2018 - Σήμερα: Επιστημονικός συνεργάτης στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
- Ιανουάριος 2019: Συμμετοχή στη διδασκαλία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α., με θέμα «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική - Έρευνα»
Διάλεξη με θέμα: «*Το ιατρικό πιστοποιητικό - Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*»
- Απρίλιος 2019: Συμμετοχή στη διδασκαλία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. με θέμα «Παγκόσμια Υγεία - Ιατρική των Καταστροφών»
Διάλεξη με θέμα: «*Η συμβολή των Ιατροδικαστών στη διαχείριση μαζικών απωλειών υγείας*»
- Μάιος 2019: Συμμετοχή στη διδασκαλία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Νοσηλευτικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. με θέμα «Διαχείριση Κρίσεων & Μαζικών Καταστροφών και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας»
Διάλεξη με θέμα: «*Διαχείριση νεκρών*»

Προφορική ανακοίνωση σε διεθνές συνέδριο

1st Regional TIAFT Meeting in Greece. May 2018, Athens

K. Katsos, S. Papadodima, A. Mina, M. Stefanidou, C. Spiliopoulou, K. Moraitis

«*Tattoo designs and substance abuse: an autopsy study*»

Προφορικές ανακοινώσεις σε ελληνικά συνέδρια

1. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής. Δεκέμβριος 2014, Αθήνα
Ο. Δημακοπούλου, Κ. Κάτσος, Σ. Παπαδόδημα
«Το πρώτο αναφερόμενο περιστατικό αυτοκτονίας έφηβης με υδρόθειο στον ελλαδικό χώρο και ο ρόλος του διαδικτύου»
2. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής. Δεκέμβριος 2014, Αθήνα
Μ. Τσέλλου, Κ. Κάτσος, Δ. Μυτιληναίος, Ο. Δημακοπούλου, Π. Αλεξάνδρου, Σ. Παπαδόδημα
«Ανθρώπινο δήγμα: Η ψυχιατροδικαστική προσέγγιση του θέματος»
3. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής. Δεκέμβριος 2014, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Μ. Τσέλλου, Ο. Δημακοπούλου, Π. Αλεξάνδρου, Σ. Παπαδόδημα, Χ. Σπηλιοπούλου
«Ενδοοικογενειακή βία: Αναδρομική μελέτη των καταγγελλθέντων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας στην περιοχή της Αττικής»
4. 8ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2015, Αθήνα
Ο. Δημακοπούλου, Κ. Κάτσος, Μ. Τσέλλου, Χ. Σπηλιοπούλου
«Η αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία: Παρουσίαση περιστατικών και συζήτηση του φαινομένου»
5. 8ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2015, Αθήνα
Μ. Τσέλλου, Ο. Δημακοπούλου, Κ. Κάτσος, Χ. Σπηλιοπούλου
«Δυσλειτουργία της οικογένειας και η συμβολή της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης των εφήβων»
6. 8ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2015, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Μ. Τσέλλου, Ο. Δημακοπούλου, Σ. Παπαδόδημα, Χ. Σπηλιοπούλου
«Τα παιδιά ως θύματα σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας: Ιατροδικαστική διερεύνηση»
7. 10ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2017, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Σ. Παπαδόδημα, Χ. Σπηλιοπούλου
«Έφηβοι και Βίαιος θάνατος»
8. 10ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2017, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Σ. Παπαδόδημα, Α. Τσίτσικα, Χ. Σπηλιοπούλου
«Ενδοοικογενειακή Βία: Ιατροδικαστική Κλινική Εξέταση Ανηλίκων»
9. 11ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2017, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Σ. Παπαδόδημα, Α. Τσίτσικα, Χ. Σπηλιοπούλου
«Ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών νεανικής βίας»

10. 11ο Πανελλήνιο και 10ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Μάιος 2018, Ζάκυνθος
Ο. Εξάρχου, Α. Λύτρα, Ε. Μπισμπίκη, Ε. Σιγανάκη, Ε. Σπυρίδωνος, Κ. Κάτσος
«*Νεανική βία: Μύθος ή πραγματικότητα;*» στο πλαίσιο της στρογγυλής τράπεζας με τίτλο «Νεότερα δεδομένα για τα μέτρα θεραπείας ψυχικά ασθενών που απαλλάσσονται από ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής»
11. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατροδικαστικής. Δεκέμβριος 2018, Αθήνα
Ο. Εξάρχου, Α. Λύτρα, Ε. Μπισμπίκη, Ε. Σιγανάκη, Ε. Σπυρίδωνος, Κ. Κάτσος
«*Έκθεση των νέων στην κοινοτική βία*»
12. 12ο Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική. Μάρτιος 2019, Αθήνα
Κ. Κάτσος, Σ. Παπαδόδημα, Α. Τσίτσικα, Χ. Σπηλιοπούλου
«*Ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών θυματοποίησης ανηλίκων*»

Ανητημένες ανακοινώσεις (Posters) σε διεθνή συνέδρια

1. 26th European Congress of Pathology. August-September 2014, London, United Kingdom
Ε. Papaspirou, D. Vlachos, Κ. Katsos, C. Poulou, P. Katafygiotis
«*Intranodal Palisaded Myofibroblastoma (IPM) (intranodal hemorrhagic spindle cell tumor with amianthoid fibers) affecting multiple lymph nodes*»
2. 26th European Congress of Pathology. August-September 2014, London, United Kingdom
Ε. Papaspirou, Κ. Katsos, D. Riga, D. Vlachos, P. Katafygiotis
«*Cervical Papillary Adenofibroma (PA): A case report*»
3. 26th European Congress of Pathology. August-September 2014, London, United Kingdom
Ε. Papaspirou, Κ. Katsos, D. Riga, D. Vlachos, P. Katafygiotis, C. Poulou
«*Granular Cell Tumour (GCT) of the vulva: A case report*»
4. 26th European Congress of Pathology. August-September 2014, London, United Kingdom
Ε. Papaspirou, D. Riga, M. Chantziara, D. Vlachos, Κ. Katsos, P. Katafygiotis
«*Desmoplastic malignant Mesothelioma (DMM) of the pleura*»
5. 1st Regional TIAFT Meeting in Greece. May 2018, Athens
C. Kolentinis, Κ. Katsos, P. Nikolaou, M. Katselou, C. Spiliopoulou, S. Athanaselis
«*Fatal poisonings in the broader region of Attica*»
6. 1st Regional TIAFT Meeting in Greece. May 2018, Athens
D. Kouzos, Κ. Katsos, A. Kokkinari, C. Kolentinis, M. Katselou, S. Athanaselis
«*Fatal poisonings by illicit substances in the broader region of Attica*»

Ανηρτημένες ανακοινώσεις (Posters) σε ελληνικά συνέδρια

1. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογικής Ανατομικής. Ιούνιος 2012, Καλαμάτα
Π. Μαρκουλής, Κ. Κάτσος, Χ. Σαπουρίδης, Μ. Σωτηροπούλου
«Κακοήθης εξαλλαγή ώριμου τερατώματος ωοθήκης. Εμπειρία 15ετίας»
2. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογικής Ανατομικής. Ιούνιος 2012, Καλαμάτα
Κ. Κάτσος, Π. Καταφυγιώτης, Α. Πολυμέρης, Ε. Κύρκου, Ε. Παπασπύρου
«Κακόηθες "Struma ovarii". Περιγραφή περιστατικού»
3. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογικής Ανατομικής. Ιούνιος 2012, Καλαμάτα
Π. Καταφυγιώτης, Κ. Κάτσος, Α. Πολυμέρης, Ε. Κύρκου, Ε. Παπασπύρου
«Πρωτοπαθές οστεοσάρκωμα μαστού»
4. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογικής Ανατομικής. Ιούνιος 2018, Θεσσαλονίκη
Ν. Γούτας, Μ. Σοφόπουλος, Β. Μηλιώνης, Σ. Παπαδόδημα, Κ. Κάτσος, Χ. Σπηλιοπούλου, Δ. Βλαχοδημητρόπουλος
«Αμυλοείδωση αρνητική στη Congo-Red. Μια διαγνωστική παγίδα»
5. 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθολογικής Ανατομικής. Ιούνιος 2018, Θεσσαλονίκη
Κ. Κάτσος, Δ. Βλαχοδημητρόπουλος, Β. Μηλιώνης, Μ. Σοφόπουλος, Ν. Γούτας, Χ. Φανάκη, Χ. Σπηλιοπούλου
«Ιστολογικός προσδιορισμός της ηλικίας κύησης σε εξωμήτριο κύηση: Μύθος ή πραγματικότητα;»

Ομιλίες

1. Εταιρεία Μελέτης Σοβαρών & Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών - Κλάδοι Ψυχιατροδικαστικής και Βίαιων Συμπεριφορών της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. 4η Διημερίδα με θέμα «Διαχείριση Επικινδυνότητας Ψυχικά Πασχόντων στην Καθημερινή Κλινική Πράξη». Οκτώβριος 2017, Αθήνα
Ομιλία με τίτλο «Είναι ψυχικά πάσχων ο θύτης; Στατιστικά στοιχεία από το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής Ε.Κ.Π.Α.» στο πλαίσιο της στρογγυλής τράπεζας με θέμα «Γυναικεία κακοποίηση»
2. Ένωση Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος. 1ο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Ψυχιατροδικαστικής Νοσηλευτικής. Ιούνιος 2018, Αθήνα
Ομιλία με τίτλο «Ανίχνευση της βίας»
3. Ένωση Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος. 3ο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Ψυχιατροδικαστικής Νοσηλευτικής. Ιανουάριος 2019, Αθήνα
Ομιλία με τίτλο «Ανίχνευση της βίας»
4. Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού. Ημερίδα με θέμα «Επιθετικότητα και βία, εντός και εκτός οικογένειας, στην ελληνική πραγματικότητα». Μάρτιος 2019, Αθήνα
Ομιλία με τίτλο «Οδηγική βία»

5. Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη. Ημερίδα με θέμα «Αποτελεσματική διαχείριση τροχαίων συμβάντων». Απρίλιος 2019, Αθήνα
Ομιλία με τίτλο *«Ιατροδικαστική διερεύνηση καταγγεληθέντων περιστατικών οδηγικής βίας»*

Παρακολούθηση συνεδρίων - σεμιναρίων

1. Επιστημονική Διημερίδα της Ομάδας Γυναικολογικού Συστήματος, Ελληνική Εταιρεία Παθολογικής Ανατομικής. Φεβρουάριος 2012, Αθήνα
«Μια περιήγηση στο ενδομήτριο: Από τα ξέσματα στο παρασκεύασμα της υστερεκτομής»
2. Επιστημονική Διημερίδα της Ομάδας Γυναικολογικού Συστήματος, Ελληνική Εταιρεία Παθολογικής Ανατομικής. Ιανουάριος 2013, Αθήνα
«Μη νεοπλασματικές και νεοπλασματικές παθήσεις εξαρτημάτων: Μία κλινικοπαθολογοανατομική συσχέτιση»
3. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Α' Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομικής, Ε.Κ.Π.Α. Φεβρουάριος 2013, Αθήνα
«Ο ρόλος της παθολογοανατομικής νεκροτομής στην κλινική πράξη, στην επιδημιολογία και στην έρευνα»
4. Τμήμα Αρχαιονομίας, Βιβλιοθηκονομίας και Μουσειολογίας Ιονίου Πανεπιστημίου - Ερευνητική ομάδα Πληροφορία: Ρύθμιση, Ιστορία και Πολιτισμός (IHRC) - Νομική Βιβλιοθήκη - E-THEMIS. Ιανουάριος 2015, Αθήνα
«Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική 2015. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος – Το ανθρώπινο πρόσωπο»
5. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Οικογενειακού Δικαίου. Νοέμβριος 2016, Δελφοί
«Κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και ενδο-οικογενειακή βία»
6. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Α' Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομικής, Ε.Κ.Π.Α. Οκτώβριος 2017, Αθήνα
«Μυοκαρδίτιδες - Μυοκαρδιοπάθειες: Παθολογοανατομική προσέγγιση»
7. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ε.Κ.Π.Α. - Διεθνής Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού (ICRC). Νοέμβριος 2017, Αθήνα
«Εθνική Στρατηγική Αντιμετώπισης Καταστροφών και Διεπιστημονική Προσέγγιση Ταυτοποίησης Ατόμων Αγνώστων Στοιχείων»
8. Eliza, Εταιρία κατά της κακοποίησης του παιδιού - Εισαγγελία Αρείου Πάγου - Διεύθυνση Εγκληματολογικών Ερευνών. Δεκέμβριος 2018, Αθήνα
«2η ημερίδα επιμόρφωσης Εισαγγελέων & Δικαστικών Λειτουργών για τη διαχείριση περιστατικών κακοποιημένων παιδιών»

Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα περιοδικά

1. Vlachodimitropoulos D, Katsos K. Death due to ectopic pregnancy: How accurate can be estimations for gestational age? *Annals of Women's Health* 2017; 1(2):1007
2. K. Katsos, K. Moraitis, S. Papadodima, C. Spiliopoulou. Tattoos and abuse of psychoactive substances in an autopsy population sample from Greece. *Romanian Journal of Legal Medicine* 2018; 26(1):21-28
3. K.D. Katsos, E.I. Sakelliadis, K. Moraitis, C.A. Spiliopoulou. Death by ram attack: A case report from Greece and a brief review of the literature. *Journal of Forensic Sciences* 2019; 64(5):1559-1562
4. Katsos K, Sakelliadis E, Zorba E, Tsitsika A, Papadodima S, Spiliopoulou C. Forensic clinical examination of victims of sexual violence: A study from Greece. *Austin Journal of Forensic Science and Criminology* 2019; 6(1):1080

Δημοσίευση σε ελληνικό περιοδικό

Κ. Κάτσος, Κ. Μωραΐτης, Χ. Σπηλιοπούλου. Ιατροδικαστικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή της αποτέφρωσης των νεκρών στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2016; 33(1):98-106

Κεφάλαιο σε βιβλίο

Κ. Κάτσος, Κ. Μωραΐτης, Ι. Κριάρη, Χ. Σπηλιοπούλου. Βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την άσκηση της Ιατροδικαστικής σχετικά με τη σορό και τα όργανα του θανόντα. *Τιμητικός Τόμος Ομότιμου Καθηγητή Εμμανουήλ Γ. Καναβάκη* 2016, Broken Hill Publishers: Λευκωσία, σελ. 333-342

Ξένες γλώσσες

Αγγλικά, Γαλλικά

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η βία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης, ανεξαρτήτως πρόκλησης θανατηφόρου ή μη αποτελέσματος. Οι αναφορές σε βίαιες συμπεριφορές ανευρίσκονται τόσο σε αρχαία ελληνικά κείμενα, όσο και σε κείμενα θρησκευτικού περιεχομένου, όπως η Παλαιά Διαθήκη.

Η Ιατροδικαστική αποτελεί τον κατ' εξοχήν κλάδο της Ιατρικής που ασχολείται με τη διερεύνηση κατά το πλείστον βίαιων, θανατηφόρων και μη, περιστατικών.

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση ατόμων, κατόπιν καταγγελίας άσκησης σωματικής βίας από άλλα άτομα (διαπροσωπική βία), καταγράφονται αναλυτικώς οι εξωτερικές κακώσεις. Πέραν όμως των κακώσεων, συλλέγονται και πληθώρα άλλων στοιχείων σχετικών με το αναφερόμενο συμβάν («ιατροδικαστικό ιστορικό»), με τα οποία είναι δυνατή η ανασύνθεση των συνθηκών του βίαιου περιστατικού. Η ανωνυμοποιημένη συλλογή και επεξεργασία (στατιστική και μη ανάλυση) είναι δυνατόν να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της διαπροσωπικής βίας.

Στο γενικό μέρος της παρούσας διδακτορικής διατριβής επιχειρείται η προσέγγιση του φαινομένου της διαπροσωπικής βίας τόσο από κοινωνικής, όσο και από ιατρικής-ιατροδικαστικής σκοπιάς. Η παράθεση του ορισμού της βίας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποσκοπεί στην οριοθέτηση και κατηγοριοποίηση του φαινομένου, ούτως ώστε να γίνεται πιο κατανοητή η ανάγνωση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Οι διάφοροι τύποι της βίας (βία στην κοινότητα, νεανική βία και ενδοοικογενειακή βία) συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα ο ένας τον άλλον. Η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς φαίνεται ότι οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, ενώ οι συνέπειές της στην υγεία κυρίως των θυμάτων, αλλά και των δραστών επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις λειτουργίες μίας κοινωνίας.

Πέραν όμως της «ιατρικής-ιατροδικαστικής» οριοθέτησης, η βία οριοθετείται επισήμως στις κοινωνίες μέσω του εκάστοτε νομικού πλαισίου και των σχετικών διατάξεων του Ποινικού Κώδικα. Πλέον, εδώ και σχεδόν δεκαπέντε έτη με την ψήφιση του Ν 3500/2006, η άσκηση βίας στο περιβάλλον της οικογένειας αποτελεί ξεχωριστό και διακριτό ποινικό αδίκημα και μάλιστα με πρόβλεψη αυστηρότερων ποινών σε σχέση με τα λοιπά περιστατικά βίας που υπάγονται στις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Βεβαίως, η πλειονότητα των θυμάτων διαπροσωπικής βίας εξετάζονται κατά κανόνα από Κλινικούς Ιατρούς, καθώς τα καταγγελλθέντα περιστατικά, στα οποία τα θύματα θα εξετασθούν και από κάποιον Ιατροδικαστή είναι πολύ λίγα, αποτελώντας την κορυφή

του παγόβουνου. Συνεπώς, η καταγραφή των κακώσεων, με ορθή και κοινώς αποδεκτή επιστημονικώς ορολογία αποτελεί καθήκον κάθε Ιατρού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο του γενικού μέρους παρατίθενται οι δημοσιευμένες έρευνες για τη διαπροσωπική βία, κυρίως από την ιατρική σκοπιά. Στην αρχή κάθε ενότητας παρατίθενται οι ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος έρευνες, οι οποίες ασχολούνται κατά το πλείστον με τις προκληθείσες κακώσεις, ενώ στη συνέχεια αναφέρονται οι έρευνες που έχουν διενεργηθεί στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των θυμάτων διαπροσωπικής βίας σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Είναι σαφές ότι οι δύο αυτές κατηγορίες ερευνών δεν είναι εύκολο να συσχετισθούν απολύτως, καθώς οι έρευνες ιατροδικαστικού ενδιαφέροντος αναφέρονται μόνον στα καταγγεληθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας, ενώ οι έρευνες σε νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν στα θύματα που εξετάστηκαν, ανεξαρτήτως καταγγελίας του περιστατικού στις Αρχές. Σε κάθε περίπτωση, αμφότερες οι κατηγορίες αποτελούν σημαντικά βοηθήματα στην απόπειρα ερμηνείας του φαινομένου της βίας.

Στο ειδικό μέρος παρατίθενται τα αποτελέσματα με βάση την κατηγοριοποίηση της βίας, ούτως ώστε να είναι δυνατή τόσο η κατανόηση της βίας με βάση τη σχέση των εμπλεκομένων ατόμων, όσο κυρίως η σύγκριση των διαφόρων μορφών και η εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Η μακροσκελής αναφορά των αποτελεσμάτων οφείλεται στον μεγάλο αριθμό των μεταβλητών που συλλέχθηκαν, ούτως ώστε να είναι δυνατή η ανεύρεση στατιστικώς σημαντικών διαφοροποιήσεων στις διάφορες κατηγορίες των περιστατικών διαπροσωπικής βίας.

Η έγκαιρη και ορθή αναγνώριση των θυμάτων διαπροσωπικής βίας, ιδίως των γυναικών θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας και των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση αποτελεί πεδίο συνεχώς εξελισσόμενης έρευνας, σχεδόν αποκλειστικώς στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί την πρώτη ερευνητική προσπάθεια ανάλυσης των περιστατικών διαπροσωπικής βίας, τα θύματα των οποίων εξετάστηκαν από Ιατροδικαστή. Ο συνολικός αριθμός των θυμάτων (2466) αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα δείγματα, σε σχέση με ανάλογες έρευνες. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη των διαφοροποιήσεων που παρουσιάζονται στις κακώσεις που διαπιστώνονται στα θύματα διαπροσωπικής βίας και η πιθανή συσχέτιση της ανατομικής εντόπισης με το είδος της βίας και τις κατηγοριοποιήσεις αυτής.

«Η βία ευδοκίμει όταν δεν υπάρχει δημοκρατία, σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και ορθή διακυβέρνηση. Σε πολλές κοινωνίες, η βία είναι αποδεκτή σε τέτοιο βαθμό, ώστε να εμποδίζεται η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, ενώ πολλές φορές μπορεί και να υποστηρίζεται από τις διάφορες μορφές εξουσίας.»

*Nelson Mandela, 2002
World report on violence and health*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΒΙΑ

1.1. Ορισμός και κατηγοριοποίηση της βίας

Η βία ήταν, είναι και πιθανότατα θα συνεχίσει να είναι μέρος της καθημερινότητας του ανθρώπου. Μάλιστα, σε ορισμένες σύγχρονες κοινωνίες φαίνεται ότι εξακολουθεί να αποτελεί συνήθη τρόπο διεκπεραίωσης διαπροσωπικών διαφορών, ενώ σε πολλές περιπτώσεις, όπως σε καταστάσεις άμυνας ή διατάραξης της δημοσίας τάξης, η χρήση της μπορεί να θεωρηθεί και επιβεβλημένη. Βεβαίως, η πρόκληση βλάβης από έναν άνθρωπο σε κάποιον άλλο είναι δυνατόν σε ορισμένες κοινωνίες να μην θεωρείται ως βίαιη συμπεριφορά ή ακόμη και να εφαρμόζεται ως μέσο τιμωρίας, ιδίως εγκληματικών πράξεων. Επιπροσθέτως, ορισμένες συμπεριφορές, όπως η άσκηση σωματικής βίας σε συζύγους/συντρόφους, είναι δυνατόν σε ορισμένες κοινωνίες να θεωρούνται ως πολιτισμικώς αποδεκτές πράξεις, αλλά δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι δεν παύουν να αποτελούν πράξεις βίας, οι οποίες μάλιστα επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στο θύμα. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Βασικών Αρχών Δικαιοσύνης για τα Θύματα Εγκληματικών Πράξεων και Κατάχρησης Εξουσίας (United Nations, 1986), ως θύματα θεωρούνται *«τα πρόσωπα των οποίων, ατομικά ή συλλογικά, τα αγαθά έχουν υποστεί βλάβη, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής και της ψυχικής βλάβης, ψυχικής οδύνης, οικονομικής απώλειας ή που έχουν υποστεί σημαντική προσβολή των βασικών τους δικαιωμάτων από πράξεις ή παραλείψεις, οι οποίες συνιστούν παράβαση των εθνικών ποινικών νόμων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που απαγορεύουν την κατάχρηση εξουσίας.»*

Παρά το γεγονός ότι η βία αποτελεί μία έννοια το περιεχόμενο της οποίας είναι γνωστό στην πλειονότητα των ανθρώπων, δεν υπάρχει ενιαίος και κοινός αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με το Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (2η Έκδοση, 2002) του Καθηγητή Γλωσσολογίας Γεωργίου Δ. Μπαμπινιώτη ως βία ορίζεται *«η άσκηση σωματικής ή άλλης δύναμης ή η χρησιμοποίηση απειλών με σκοπό την επιβολή της θέλησης (κάποιου)»*, ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Krug et al., 2002), η βία ορίζεται ως *«η σκόπιμη χρήση της φυσικής δύναμης ή της εξουσίας ενός ατόμου, πραγματικής ή απειλής, κατά του εαυτού του, κατά ενός άλλου ατόμου, ή κατά ομάδας ή της κοινότητας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα ή μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, διαταραχή στην ανάπτυξη ή αποστέρωση.»*

Από τον ορισμό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας καθίσταται σαφές ότι στη βία δεν συμπεριλαμβάνονται τα περιστατικά που αφορούν σε τυχαία γεγονότα, όπως τα οδικά τροχαία ατυχήματα, καθώς απαραίτητη προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί ένα

περιστατικό ως βίαιο είναι η ηθελημένη χρήση της βίας, με οποιαδήποτε μορφή κι αν εκφράζεται αυτή.

Η βία μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- α) τη βία που κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο (*self-directed violence*),
- β) τη διαπροσωπική βία (*interpersonal violence*) και
- γ) τη συλλογική βία (*collective violence*).

Η βία που κατευθύνεται προς το ίδιο το άτομο χαρακτηρίζεται από την αυτοκτονική και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Η διαπροσωπική βία διαχωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες: α) τη βία στο πλαίσιο της οικογένειας (ενδοοικογενειακή βία, *family and intimate partner violence*), η οποία περιλαμβάνει την κακοποίηση παιδιών και ηλικιωμένων, καθώς και τη συζυγική/συντροφική βία και β) τη βία στην κοινότητα (*community violence*), η οποία περιλαμβάνει περιστατικά βίας μεταξύ ατόμων, τα οποία δεν σχετίζονται ερωτικά μεταξύ τους και μπορεί να είναι γνωστοί ή άγνωστοι μεταξύ τους. Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα περιλαμβάνονται η νεανική βία, οι τυχαίες βίαιες συμπεριφορές, ο βιασμός και οι λοιπές πράξεις κατά της γενετήσιας ελευθερίας από αγνώστους, καθώς και τα περιστατικά σε χώρους εργασίας και σε διάφορα ιδρύματα, όπως σχολεία, σωφρονιστικά ιδρύματα και νοσοκομεία.

Η συλλογική βία διακρίνεται στην κοινωνική, στην πολιτική και στην οικονομική βία. Παραδείγματα αυτού του τύπου της βίας αποτελούν οι τρομοκρατικές πράξεις και τα εγκλήματα μίσους από οργανώσεις, καθώς και η βία που ασκείται στο πλαίσιο του όχλου (*mob violence*). (Krug et al., 2002)

1.2. Μορφές ενδοοικογενειακής βίας

Ενδοοικογενειακή καλείται η ηθελημένη φυσική ή/και συναισθηματική βία, η οποία ασκείται μεταξύ ατόμων που συνδέονται με κάποια μορφή σχέσης. Στη διεθνή βιβλιογραφία συχνά συναντώνται οι όροι *domestic violence*, *domestic abuse*, *intimate partner violence* και *intimate partner abuse*, οι οποίοι περιγράφουν την άσκηση φυσικής, σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας από νυν ή πρώην συζύγους ή συντρόφους (συζυγική/συντροφική βία). (Madea, 2014)

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης των Νόσων (Center for Disease Control and Prevention), καθώς και το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης Τραυματισμών (CDC's National Center for Injury Prevention), αμφότερα των Η.Π.Α., η συζυγική/συντροφική βία περιλαμβάνει τις ακόλουθες τέσσερις μορφές:

- α) *Άσκηση σωματικής βίας*, η οποία είναι πιθανόν να προκαλέσει θάνατο, αναπηρία ή τραυματισμό, όπως π.χ. η απώθηση, η σύλληψη του τραχήλου δια χειρών (απόπειρα στραγγαλισμού), το ταρακούνημα, η πλήξη με θλων όργανο (γροθιά, κόλαφος, λάκτισμα,

κ.ά.) ή/και η ρίψη θλώντος αντικειμένου, η πρόκληση εγκαυμάτων, το τσίμπημα, ο τραυματισμός με νύσσον και τέμνον όργανο (μαχαίρι, κ.ά.) ή η χρήση άλλου όπλου ή της φυσικής δύναμης με σκοπό τον περιορισμό.

β) *Σεξουαλική βία*, η οποία μπορεί να διακριθεί σε τρεις κατηγορίες:

- χρήση σωματικής βίας με σκοπό τον εξαναγκασμό σε κάποια σεξουαλική πράξη, ανεξαρτήτως ολοκλήρωσης της πράξης
- απόπειρα ή ολοκλήρωση μίας σεξουαλικής πράξης με κάποιο άτομο, το οποίο λόγω (φυσικής) ασθένειας ή ανικανότητας ή επίδρασης ουσιών (αιθυλική αλκοόλη ή άλλες εξαρτησιογόνες/ψυχοτρόπες ουσίες), ή λόγω εκφοβισμού είναι ανίκανο να καταλάβει τη φύση ή τους όρους της πράξης ή αρνείται να συμμετάσχει
- βίαιη σεξουαλική πράξη.

γ) *Απειλές για άσκηση σωματικής ή σεξουαλικής βίας*, υπό την έννοια της απειλής πρόκλησης θανάτου, αναπηρίας ή τραυματισμού με τη χρήση λέξεων, χειρονομιών ή όπλων.

δ) *Άσκηση ψυχολογικής ή συναισθηματικής βίας*, υπό την έννοια τραυματισμού του θύματος από πράξεις ή απειλές πράξεων ή καταναγκαστικών τακτικών, όπως ο εξευτελισμός του θύματος, ο έλεγχος των πράξεων που μπορεί ή δεν μπορεί να πράξει το θύμα, η απόκρυψη πληροφοριών, η απομόνωση του θύματος από τους συγγενείς και τους φίλους, καθώς και η άρνηση πρόσβασης σε χρήματα ή άλλους βασικούς πόρους. Η οικονομική βία περιλαμβάνεται σε αυτήν τη μορφή βίας και περιλαμβάνει τον περιορισμό της οικονομικής ελευθερίας ή ασφάλειας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η ψυχολογική βία έπεται των πράξεων ή απειλών άσκησης σωματικής ή σεξουαλικής βίας, με σκοπό να επικρίνει, να εξευτελίσει ή να μειώσει την αυτοεκτίμηση του θύματος.

Η συζυγική/συντροφική βία αποτελεί την πιο συχνή μορφή βίας εναντίον των γυναικών. Μάλιστα, ο συναισθηματικός δεσμός του θύματος με το δράστη ή ακόμη και η οικονομική εξάρτηση φαίνεται ότι επηρεάζουν σημαντικά τις δυναμικές της κακοποίησης, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βία συμβαίνουν σε όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών, θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων. Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά εναντίον του συζύγου τους ή του συντρόφου τους, καθώς και ότι η βία αυτή μπορεί να συμβαίνει και σε ομόφυλα ζευγάρια, η συντριπτική πλειονότητα των θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας είναι γυναίκες και δράστες είναι οι άνδρες-σύζυγοι/σύντροφοι. (*Krug et al., 2002; Xia et al., 2018*)

Η συζυγική/συντροφική βία μπορεί να εμφανίζεται είτε ως σοβαρή και κλιμακούμενη βία, περιλαμβάνοντας ένα κλίμα τρομοκρατίας και απειλών, κτητικής και ελεγκτικής συμπεριφοράς στο θύμα, είτε ως μέτρια μορφή βίας, όταν ο συνεχής εκνευρισμός και

θυμός καταλήγει κάποιες φορές σε άσκηση σωματικής βίας. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι σε πολλές έρευνες καταγράφεται η άσκηση σωματικής βίας και από μέρους των γυναικών στους άνδρες-συζύγους/συντρόφους τους, η βία κατά των ανδρών αφορά κυρίως σε μέτριας έντασης άσκηση σωματική βίας, καθώς τα θύματα στην κλιμακούμενη και σοβαρή μορφή της είναι σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες. Έρευνες από τον Καναδά και τις Η.Π.Α. αναδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι πολύ πιθανότερο να τραυματισθούν από τους άνδρες-συζύγους/συντρόφους τους κατά τη διάρκεια αυτών των βίαιων περιστατικών, σε σύγκριση με τους άνδρες. (*Krug et al., 2002; WHO, 2010*)

Σε πολλές χώρες, όπως το Μπαγκλαντές, η Ινδία, το Μεξικό, η Νιγηρία, το Πακιστάν, η Τανζανία και η Ζιμπάμπουε, η άσκηση σωματικής βίας στις γυναίκες θεωρείται δικαίωμα των συζύγων τους, ως μέσο τιμωρίας. Οι καταστάσεις που θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν την άσκηση σωματικής βίας είναι η ανυπακοή και η λογομαχία, η καθυστέρηση προετοιμασίας ενός γεύματος, η ανεπαρκής φροντίδα των παιδιών, η μη παροχή άδειας από τον σύζυγο για κάποια δραστηριότητα και η άρνηση σεξουαλικής συνεύρεσης, καθώς και η υποψία ότι η γυναίκα έχει κάποια εξωσυζυγική σχέση. Έρευνες από την Αυστραλία, το Μπαγκλαντές, τον Καναδά, την Καμπότζη, τη Χιλή, την Αίγυπτο, τη Νικαράγουα και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αναδείξει ότι σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 20% έως 70%, οι γυναίκες δεν συζητούν για την άσκηση σωματικής βίας με συγγενείς και φίλους, καθώς και ότι οι καταγγελίες αποτελούν τη συντριπτική μειοψηφία των βίαιων περιστατικών που λαμβάνουν χώρα. Ο μέσος χρόνος παραμονής μίας γυναίκας σε μία βίαιη σχέση είναι τα 6 έτη, αλλά γυναίκες νεαρής ηλικίας είναι δυνατόν να εγκαταλείψουν τη βίαιη σχέση και πολύ νωρίτερα. Η λήψη της απόφασης διακοπής της σχέσης συνήθως συμβαίνει όταν η σωματική βία είναι τόσο σημαντική, ώστε οι γυναίκες να συνειδητοποιήσουν ότι ο σύζυγος/σύντροφος δεν πρόκειται να αλλάξει, ή όταν η βίαιη συμπεριφορά είναι δυνατόν να επηρεάζει (άμεσα ή έμμεσα) και τα τέκνα. (*Krug et al., 2002*)

1.3. Νεανική βία

Στη νεανική βία περιλαμβάνονται περιστατικά βίας ατόμων ηλικίας 10-29 ετών. Τα άτομα αυτά είναι δυνατόν να εμπλέκονται είτε ως δράστες, είτε ως θύματα, είτε ως αυτόπτες μάρτυρες. Το ηλικιακό αυτό εύρος είναι δυνατόν να διευρυνθεί έως και την ηλικία των 35 ετών. Η νεανική βία δεν επηρεάζει δυσμενώς μόνον τα θύματα, αλλά και τις οικογένειες και τους φίλους αυτών, καθώς και την κοινότητα εν γένει. Οι επιπτώσεις της νεανικής βίας δεν αφορούν μόνον σε θανάτους, εμφάνιση ασθενειών και πρόκληση αναπηριών, αλλά επηρεάζουν και την ποιότητα της ζωής όλων των άμεσα και έμμεσα εμπλεκομένων. Τα περιστατικά βίας, στα οποία εμπλέκονται νεαρά άτομα, αυξάνουν το

κόστος των ιατρικών και των κοινωνικών υπηρεσιών, μειώνουν την παραγωγικότητα, υποβαθμίζουν την ιδιοκτησιακή αξία και εν γένει καταστρέφουν τον κοινωνικό ιστό. Τα νεαρά βίαια άτομα είναι δυνατόν να διαπράξουν πληθώρα άλλων εγκλημάτων, ενώ εμφανίζουν και διάφορα άλλα προβλήματα, όπως απουσία από το σχολείο και εγκατάλειψη των σπουδών, χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, παθολογικά ψέματα, επικίνδυνη οδήγηση και υψηλά ποσοστά εμφάνισης σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν εμφανίζουν όλοι οι βίαιοι νεαροί προβλήματα, όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, καθώς και ότι οι νεαροί που εμφανίζουν αυτά τα προβλήματα δεν εμφανίζουν απαραίτητως βίαιη συμπεριφορά. Η νεανική βία φαίνεται ότι σχετίζεται με τις άλλες μορφές βίας. Παραδείγματος χάριν, η σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, όπως και η παρουσία των παιδιών σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (έμμεση θυματοποίηση), είναι δυνατόν να έχει ως αποτέλεσμα οι νεαροί να θεωρούν την άσκηση βίας ως αποδεκτό τρόπο επίλυσης των διαφόρων προβλημάτων. Η παρατεταμένη έκθεση σε ένοπλες συγκρούσεις είναι δυνατόν να αυξήσει την επίπτωση της νεανικής βίας, μέσω της δημιουργίας μίας κουλτούρας τρομοκρατίας. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, για κάθε ένα περιστατικό νεανικής ανθρωποκτονίας, υπάρχουν 20-40 θύματα μη θανατηφόρας νεανικής βίας, τα οποία χρήζουν ιατρικής περίθαλψης και είναι συχνότερα άνδρες ηλικίας 20-26 ετών. Μάλιστα, η πρόκληση μη θανατηφόρων κακώσεων είναι συχνότερη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, ενώ σε σύγκριση με τα θανατηφόρα περιστατικά, τα μη θανατηφόρα αφορούν λιγότερο συχνά σε χρήση πυροβόλων όπλων και συχνότερα στη χρήση κάποιου μέρους του σώματος ως θλων όργανο (γροθιές, λακτίσματα, κ.ά.) ή άλλων όπλων, όπως μαχαίρια και ρόπαλα. (Krug et al., 2002)

1.4. Κακοποίηση παιδιών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κακοποίηση παιδιών περιλαμβάνει *«όλες τις μορφές της σωματικής ή/και συναισθηματικής κακοποίησης, σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης ή αμελούς συμπεριφοράς, οικονομικής ή άλλης εκμετάλλευσης, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την πραγματική ή πιθανή βλάβη της υγείας του παιδιού, της επιβίωσής του, της ανάπτυξής του ή της αξιοπρέπειάς του στο πλαίσιο μίας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης ή εξουσίας.»* Σύμφωνα με διεθνή έρευνα, η οποία διενεργήθηκε στη Χιλή, στην Αίγυπτο, στην Ινδία, στις Φιλιππίνες και στις Η.Π.Α., στο πλαίσιο του προγράμματος World Studies of Abuse in the Family Environment, η σωματική κακοποίηση διαχωρίστηκε σε δύο κατηγορίες. Ως *σοβαρού βαθμού* θεωρήθηκε όταν αφορούσε σε πλήξη με κάποιο θλων όργανο (εξαιρουμένης της πλήξης στην περιοχή των γλουτών), σε λακτίσματα, σε πρόκληση εγκαυμάτων, σε απόπειρα στραγγαλισμού και σε απειλές με τη χρήση μαχαιριού ή πυροβόλου όπλου, ενώ ως

μετρίου βαθμού θεωρήθηκαν το ράπισμα των γλουτών (είτε με τα χέρια, είτε με κάποιο αντικείμενο), ο κόλαφος, το τράβηγμα των μαλλιών, το ταρακούνημα (για παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών), το τσίμπημα, το τράβηγμα του ωτός, η τοποθέτηση πιπεριού στο στόμα του παιδιού, καθώς και ο εξαναγκασμός του παιδιού να γονατίσει ή να σταθεί σε μία άβολη/μη αναπαυτική θέση. Στη συναισθηματική κακοποίηση συμπεριλαμβάνεται και η αποτυχία του κηδεμόνα να παρέχει ένα κατάλληλο και υποστηρικτικό περιβάλλον στο παιδί, καθώς και οι πράξεις που έχουν αρνητική επίδραση στη συναισθηματική υγεία και ανάπτυξη του παιδιού. Παραδείγματα τέτοιων πράξεων αποτελούν ο περιορισμός των κινήσεων, οι προσβολές, η γελοιοποίηση, οι απειλές και ο εκφοβισμός, καθώς και οι διακρίσεις, η απόρριψη και άλλες μορφές εχθρικής συμπεριφοράς χωρίς τη χρήση σωματικής βίας. Η παραμέληση αφορά στην αποτυχία των γονέων να προσφέρουν τα απαραίτητα για την υγεία, την εκπαίδευση, τη συναισθηματική ανάπτυξη, τη διατροφή, τη στέγαση και την ασφάλεια. (Pinheiro, 2006; WHO, 2006) Μάλιστα, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η κακοποίηση των παιδιών συνήθως σχετίζεται και με άλλα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, όπως η συζυγική/συντροφική βία, καθώς τα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, όταν ο ένας εκ των γονέων κακοποιεί τον άλλον. (Antoniadou et al., 2017; Madea, 2014)

1.5. Σεξουαλική βία

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο κίνδυνος θυματοποίησης μίας γυναίκας από πράξεις σεξουαλικής βίας από τον σύζυγο/σύντροφο ανέρχεται στο 25%, ενώ η συνολική επίπτωση της σεξουαλικής βίας εκτιμάται σε 13-39% για τις ενήλικες γυναίκες και σε 3% για τους ενήλικους άνδρες. Βεβαίως, μόλις το 16-38% των θυμάτων σεξουαλικής βίας προβαίνουν σε καταγγελία του περιστατικού στις αρμόδιες Αρχές. Επίσης, πάνω από το ένα τρίτο των εφήβων κοριτσιών αναφέρουν ότι η πρώτη τους σεξουαλική επαφή έλαβε χώρα υπό εξαναγκασμό, ενώ ένα στα πέντε κορίτσια και ένα στα δέκα αγόρια έχουν υποστεί κάποιας μορφής σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία. (Madea, 2014)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως σεξουαλική βία ορίζεται «οποιαδήποτε τελεσμένη ή απόπειρα σεξουαλικής πράξης, τα ανεπιθύμητα σχόλια σεξουαλικού περιεχομένου ή πράξεις σχετικές με τη διακίνηση ανθρώπων ή την επαγγελματική εξέλιξη, κατά της σεξουαλικότητας ενός ατόμου με εξαναγκασμό, από οποιοδήποτε πρόσωπο ανεξάρτητα από τη σχέση του με το θύμα, σε οποιοδήποτε περιβάλλον, χωρίς να περιορίζεται μόνον στο οικογενειακό ή στο εργασιακό περιβάλλον», ενώ ως βιασμός ορίζεται «η με τη χρήση σωματικής βίας ή άλλης μορφής βίας εξαναγκασμένη διείδυση, πέους ή άλλου μέρους του σώματος ή αντικειμένου, είτε κατά φύση μέσω του κόλπου ή παρά φύση μέσω του πρωκτού.» Πέραν του βιασμού είτε

από τον σύζυγο/σύντροφο, είτε από κάποιο άγνωστο στο θύμα άτομο, στη σεξουαλική βία συμπεριλαμβάνονται πράξεις, όπως οι μαζικοί βιασμοί κατά τη διάρκεια ενόπλων συγκρούσεων, η σεξουαλική παρενόχληση με την υπόσχεση παροχής ανταλλαγμάτων, η σεξουαλική κακοποίηση ατόμων με διανοητική ή σωματική αναπηρία, η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών, ο εξαναγκασμός σε τέλεση γάμου ή σε συμβίωση, η άρνηση του δικαιώματος λήψης αντισυλληπτικών μέτρων ή μέτρων για την πρόληψη μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ο εξαναγκασμός σε τερματισμό κυήσεως, οι βίαιες πράξεις κατά της σεξουαλικής ακεραιότητας των γυναικών, όπως ο ακρωτηριασμός των γεννητικών οργάνων και οι υποχρεωτικές επιθεωρήσεις για την παρθενία, καθώς και ο εξαναγκασμός σε πορνεία και η εμπορία ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση. Βεβαίως, η ακριβής έκταση του φαινομένου της σεξουαλικής βίας είναι σχεδόν άγνωστη, καθώς οι γυναίκες-θύματα, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, δεν καταγγέλλουν τα περιστατικά στην Αστυνομία είτε λόγω αισθημάτων ντροπής ή φόβου ότι θα κατηγορηθούν ως υπαίτιες της σεξουαλικής βίας, είτε θεωρώντας ότι δεν θα γίνουν πιστευτές, είτε ότι δεν θα τύχουν της πρέπεισας αντιμετώπισης. (WHO, 2010)

Οι βιασμοί που διαπράττονται με σωματική βία από αγνώστους καταγγέλλονται συχνότερα σε σχέση με τους καθημερινούς βιασμούς που τελούνται από γνωστούς προς το θύμα δράστες. Εξάιρεση από τον προαναφερθέντα κανόνα, αποτελούν οι βιασμοί στους οποίους εμπλέκονται πολλά θύματα, οι βιασμοί που διαπράττονται υπό την απειλή όπλου, καθώς και οι βιασμοί, τα θύματα των οποίων είναι υψηλής μόρφωσης γυναίκες. (Δημόπουλος, 2012)

1.6. Αιτιολογία της βίας

1.6.1. Εγκληματολογικές θεωρίες

Υπό το εγκληματολογικό πρίσμα, ως αιτία του εγκλήματος λογίζεται το γεγονός, του οποίου η επενέργεια ή η μεταβολή ή η ύπαρξη έχει ως αποτέλεσμα τη γένεση ενός άλλου γεγονότος, του εγκλήματος. Σύμφωνα με τον Βρετανό φιλόσοφο John Stuart Mill (1806-1873), υπάρχουν επαρκή και αναγκαία αίτια. Πιο συγκεκριμένα, όταν το γεγονός A ακολουθείται πάντα από το γεγονός E, ανεξαρτήτως άλλων γεγονότων, τότε το A θεωρείται επαρκές αίτιο, αλλά όχι αναγκαίο για την επέλευση του E, ενώ, όταν το γεγονός E ακολουθεί το A μόνον όταν το A και ορισμένοι άλλοι παράγοντες είναι παρόντες, τότε το γεγονός θεωρείται αναγκαίο, αλλά όχι επαρκές για την επέλευση του γεγονότος E. Για παράδειγμα, η εγκληματική συμπεριφορά δεν έπεται πάντοτε της ανεργίας και της φτώχειας, αλλά είναι δυνατόν να υπάρχει έγκλημα όπου υπάρχει ανεργία ή φτώχεια. Ο όρος «παράγοντας» χρησιμοποιείται πολλές φορές ως ταυτόσημος του

όρου «αίτιο». Οι παράγοντες, όμως, που συντελούν στη διάπραξη ενός εγκλήματος διαφέρουν ελαφρώς από τα αίτια, καθώς σε αυτούς συγκαταλέγονται παράγοντες, όπως η εποχή του χρόνου, ο τόπος τέλεσης του εγκλήματος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εμπλεκομένων. (Σπινέλλη, 2014)

Στην πορεία των χρόνων έχουν αναπτυχθεί διάφορες εγκληματολογικές θεωρίες σχετικά με τις αιτίες και τους παράγοντες που ωθούν σε βίαιες και εγκληματικές συμπεριφορές, χωρίς όμως κάποια εξ αυτών να είναι εξ ολοκλήρου ευρέως και κοινώς αποδεκτή.

Την εποχή του Διαφωτισμού, ο Ιταλός εγκληματολόγος Cesare Beccaria (1738-1794) και ο Άγγλος φιλόσοφος Jeremy Bentham (1748-1832) θεώρησαν ότι η συμπεριφορά του ατόμου είναι σκόπιμη και διέπεται από την αρχή του ηδονισμού, δηλαδή το άτομο επιδιώκει την ευχαρίστηση και την ηδονή και αποφεύγει τη δυσαρέσκεια και τον πόνο της ποινής. Η αναμενόμενη ευχαρίστηση από την τέλεση ενός εγκλήματος σταθμίζεται με την αναμενόμενη δυσαρέσκεια από την τιμωρία. Σύμφωνα με τον Bentham, η ποινή θα έπρεπε να ήταν περισσότερο εκφοβιστική από όσο το έγκλημα επιθυμητό, καθώς θεωρούσε ότι δεν ακολουθεί κάποιος μία εγκληματική σταδιοδρομία, παρά μόνον όταν ελπίζει πως δεν θα τιμωρηθεί. Η αυστηρότητα της ποινής θεωρήθηκε απαραίτητη, ούτως ώστε να αντισταθμισθούν οι πιθανότητες ατιμωρησίας. Βεβαίως, θεωρούσε ότι δεν θα έπρεπε να επιβάλλεται η ίδια ποινή για το έγκλημα σε όλους τους παραβάτες ανεξαιρέτως, καθώς θα έπρεπε να συνεκτιμώνται διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. (Σπινέλλη, 2014)

Σύμφωνα με τον Βέλγο κοινωνιολόγο Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1796-1874), αν και οι αιτίες που επηρεάζουν το έγκλημα είναι αμέτρητες, θα μπορούσαν να συστηματοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: *τυχαίες*, *μεταβλητές* και *σταθερές*. Στις *μεταβλητές* αιτίες περιελάμβανε μεταξύ άλλων τη βούληση, την προσωπικότητα, τις διαφορές του κλίματος ή/και των εποχών, ενώ ως *σταθερές* αιτίες θεωρούσε την ηλικία, το φύλο, την απασχόληση και τη θρησκεία. Επίσης, θεωρούσε ότι το έγκλημα προκύπτει ως συνέπεια της οργάνωσης και λειτουργίας του κράτους. (Βιδάλη, 2013)

Ο Ιταλός ιατρός Cesare Lombroso (1835-1909) και οι συμπατριώτες του Enrico Ferri (1856-1929) και Raffaele Garofalo (1851-1934), αμφότεροι εγκληματολόγοι, επικεντρώθηκαν περισσότερο στον εγκληματία παρά στο έγκλημα και θεώρησαν ότι το άτομο δεν έχει ελεύθερη βούληση, καθώς γεννιέται «προγραμματισμένο» να εγκληματήσει. Ο Lombroso θεωρούσε ότι ο εγκληματίας αποτελεί είδος ανθρώπου, που αντιπροσωπεύει την καθήλωση σε ένα προγενέστερο στάδιο της εξέλιξης του ανθρωπίνου είδους, κατάσταση που ονόμασε *αταβισμό* και η οποία παραπέμπει στην επανεμφάνιση σε ένα άτομο ενός χαρακτηριστικού που είχε εξαλειφθεί πολλές γενεές πριν. Μάλιστα, κατόπιν έρευνάς του σε κρατούμενους και μη εγκληματίες κατέγραψε δεκαοκτώ χαρακτηριστικά ή στίγματα, τα οποία θεωρούσε ότι παρατηρούνταν συχνότερα

και συνηθέστερα σε εγκληματίες, όπως η ασυμμετρία του κρανίου ή του προσώπου, η προεξέχουσα γνάθος και το ασύνθητες μέγεθος των ώτων. Πέραν των «γεννημένων εγκληματιών», ο Ferrì αναγνώρισε άλλες τέσσερις κατηγορίες εγκληματιών: τους *ψυχοπαθείς εγκληματίες*, τους *περιστασιακούς εγκληματίες*, τους *εγκληματίες από πάθος* και τους *εγκληματίες από συνήθεια*. Εκείνη την εποχή, ο εγκληματίας είχε ταυτισθεί με τον ασθενή και τον ψυχικά άρρωστο. (Βιδάλη, 2013)

Ο Γερμανός ψυχίατρος Ernst Kretschmer (1888-1964) διέκρινε τέσσερις βασικούς τύπους ανθρώπων, οι οποίοι σχετίζονται με διαφορετικά είδη εγκλημάτων: α) τον *λεπτόσωμο ή ασθενικό* που υπερτερεί στις μικροκλοπές και απάτες, β) τον *αθλητικό* που τελεί συνήθως εγκλήματα βίας, γ) τον *πυκνικό* (κοντό και ευτραφή) που κυριαρχεί μεταξύ των απατεώνων και δ) τον *δυσπλαστικό ή μικτό* τύπο που επιδίδεται σε εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και σε εγκλήματα βίας. Σύμφωνα με τον Αμερικανό ψυχολόγο William Herbert Sheldon (1898-1977) κατά την εμβρυϊκή ζωή καθορίζεται ο σωματικός τύπος, ο οποίος δημιουργεί τρεις διαφορετικούς τύπους ανθρώπων: α) τους *ευτραφείς (ενδομορφικός τύπος)*, οι οποίοι θεωρούνται εξωστρεφείς, άνετοι και αγατούν την πολυτέλεια, β) τους *μυώδεις (μεσομορφικός τύπος)*, οι οποίοι θεωρούνται δραστήριοι, δυναμικοί και επιθετικοί και γ) τους *αδύνατους (εκτομορφικός τύπος)* οι οποίοι θεωρούνται εύθραυστοι και εσωστρεφείς και εμφανίζουν αλλεργίες και χρόνια αϋπνία. (Βιδάλη, 2013; Σπινέλλη, 2014)

Την απάντηση στις βιολογικές-οργανικές θεωρίες αποτέλεσε ο ψυχολογικός/ψυχιατρικός θετικισμός, σύμφωνα με τον οποίον σχεδόν κάθε ψυχική δυσλειτουργία ή διαταραχή θεωρήθηκε υπεύθυνη για την εγκληματική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, υπεύθυνες για το έγκλημα θεωρήθηκαν οι διαταραχές της μάθησης και της αντίληψης, η νοητική υστέρηση, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, η μανιοκαταθλιπτική νόσος, καθώς και οι διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ένας επιπρόσθετος βασικός ισχυρισμός, ο οποίος πλέον σήμερα δεν είναι αποδεκτός, είναι ότι η σύννομη συμπεριφορά θεωρείται ως η φυσιολογική κατάσταση και η εγκληματική συμπεριφορά ως η «μη φυσιολογική». (Σπινέλλη, 2014)

Σύμφωνα με τον Γάλλο εγκληματολόγο Gabriel Tarde (1843-1904) και τις θεωρίες συμπεριφοράς – εκμάθησης, η εγκληματική δραστηριότητα και ιδίως τα εγκλήματα βίας, είναι η απάντηση την οποία έχει μάθει το άτομο να δίνει σε διάφορες καταστάσεις της ζωής. Συνεπώς, το έγκλημα δεν είναι αναγκαστικά αποτέλεσμα μη φυσιολογικής ή ηθικά ανώριμης συμπεριφοράς. (Βιδάλη, 2013; Σπινέλλη, 2014)

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, με τη μαρξιστική ιστορικο-οικονομική ανάλυση, η προσπάθεια ερμηνείας του εγκλήματος μετατέθηκε σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο Γερμανός φιλόσοφος Karl Marx (1818-1883) θεωρούσε ότι η εγκληματικότητα οφειλόταν στο καπιταλιστικό σύστημα και στην εμπορευματοποίηση των πάντων, καθώς «ο

εγκληματίας δεν παράγει μόνον εγκλήματα, αλλά και το ποινικό δίκαιο, καθώς και τον Καθηγητή που διδάσκει ποινικό δίκαιο και ολόκληρο τον μηχανισμό της αστυνομίας και της ποινικής δικαιοσύνης.» (Σπινέλλη, 2014), το οποίο βεβαίως βρίσκεται σε αντίθεση με τη σύγχρονη θεώρηση της ελληνικής ποινικής δικονομίας, καθώς το άρθρο 1 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι «έγκλημα δεν υπάρχει χωρίς νόμο που να ισχύει πριν από την τέλεση της πράξης και να ορίζει τα στοιχεία της καθώς και την επιβλητέα γι' αυτή ποινή.» Βεβαίως, δεν πρέπει να λησμονηθούν οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις για την περαιτέρω ερμηνεία του εγκλήματος και της εξάπλωσης της εγκληματικότητας. Ο Γάλλος κοινωνιολόγος Emile Durkheim (1858-1917) θεωρούσε το έγκλημα ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο, καθώς σε μία κοινωνία χωρίς έγκλημα θα υπήρχε μεγάλη καταπίεση της συλλογικής συνείδησης και της διαφορετικότητας. Μάλιστα, θεωρούσε ότι το συνηθισμένο αυτό φαινόμενο λειτουργεί ενισχυτικά για την κοινωνική συνοχή και συνεπώς, το έγκλημα είναι το «τίμημα» που «πληρώνει» η κοινωνία για την πιθανή πρόοδο. Επίσης, θεωρούσε ότι ανομία επικρατεί όταν μία κοινωνία βρίσκεται σε κατάσταση κατάλυσης ή έλλειψης ρυθμιστικών κανόνων ή απορρύθμισης, η οποία αφήνει τα μέλη της χωρίς την κατάλληλη ηθική καθοδήγηση για τη συμπεριφορά τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η κοινωνική συνεκτικότητα και να αμβλύνεται ο κοινωνικός έλεγχος. (Βιδάλη, 2013)

Οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι Clifford R. Shaw (1895-1957) και Henry McKay (1899-1980), σύμφωνα με τη θεωρία της «κοινωνικής αποδιοργάνωσης», θεώρησαν ότι η εγκληματικότητα οφείλεται περισσότερο στην κοινωνική αποδιοργάνωση που παρατηρείται σε παθολογικά περιβάλλοντα, παρά σε άτομα με κάποια ανωμαλία. Μάλιστα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες εγκληματικότητας δεν επηρεάζονται από την πληθυσμιακή σύνθεση των κατοίκων. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Shaw, η παραβατικότητα των ανηλίκων δεν οφειλόταν σε βιολογικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες, αλλά στην αποκοπή των νέων από συμβατικές, παραδοσιακές ομάδες. (Σπινέλλη, 2014)

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Roberto K. Merton (1910-2003) θεωρούσε ότι η κοινωνία παράγει την απόκλιση ή το έγκλημα. Έτσι, διέκρινε το *συμμορφούμενο* άτομο, το οποίο έχοντας εμπιστοσύνη στο σύστημα, δέχεται τους στόχους επιτυχίας της κοινωνίας, καθώς και τα κοινωνικά αποδεκτά μέσα για την κατάκτησή τους και αρκείται σε ό,τι κατορθώσει, καθώς και τις ακόλουθες τέσσερις πιθανές αποκλίνουσες συμπεριφορές: α) το *καινοτόμο* άτομο, το οποίο παρά το ότι αποδέχεται τους στόχους επιτυχίας, είτε απορρίπτει τα θεμιτά μέσα, είτε αναζητά εναλλακτικά αθέμιτα μέσα, β) τον *τυπολάτρη*, ο οποίος αποδίδει μεγάλη σημασία στους κανόνες και στα μέσα, με αποτέλεσμα να ξεχνά ή να μην μπορεί να δώσει στους στόχους την πρέπουσα θέση, γ) τον *αναχωρητή*, ο οποίος απορρίπτει τόσο τους στόχους, όσο και τα θεμιτά μέσα και δ) το *εξεγερμένο*

άτομο, το οποίο πέραν των απορρίψεων του αναχωρητή, θέτει νέους –δικούς του– κοινωνικούς στόχους, καθώς και νέα μέσα και νέες μεθόδους για να τους κατακτήσει. (Βιδάλη, 2013; Σπινέλλη, 2014)

Σύμφωνα με τον Αμερικανό κοινωνιολόγο Edwin H. Sutherland (1883-1950), η εγκληματική συμπεριφορά μαθαίνεται, όπως οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα, με τη συναναστροφή και την αλληλενέργεια με άλλα άτομα και δεν κληρονομείται. Το άτομο γίνεται παραβάτης, όταν οι αντιλήψεις που ευνοούν την παράβαση των νόμων υπερτερούν των αντιλήψεων που ευνοούν το σεβασμό και στην υπακοή προς τους νόμους. Ο Αμερικανός εγκληματολόγος Ronald L. Akers (1939-σήμερα), επαναδιατυπώνοντας την θεωρία του Sutherland, θεώρησε ότι οι άνθρωποι προβαίνουν σε μία πράξη, όταν νομίζουν ότι αυτή η πράξη θα συνεπάγεται είτε ανταμοιβή είτε αποφυγή τιμωρίας και δεν προβαίνουν σε πράξεις που νομίζουν ότι θα έχουν ως συνέπεια την τιμωρία. Η ανταμοιβή και η τιμωρία μπορεί να είναι κοινωνικά αποδεκτές ή και αντικοινωνικές. (Βιδάλη, 2013; Σπινέλλη, 2014)

Ο Γερμανός ψυχολόγος Hans Jürgen Eysenck (1916-1997) θεωρούσε ότι οι εγκληματίες τείνουν να ανήκουν στον τύπο των *εξωστρεφών* ατόμων, παρά σε αυτόν των *εσωστρεφών* και κατηγοριοποίησε τους εγκληματίες σε τρεις τύπους προσωπικότητας:

- τον *ψυχωτικό τύπο*, στον οποίο κατατάσσονται άτομα επιθετικά, ψυχρά, αντικοινωνικά, συναισθηματικώς ρηχά, εγωκεντρικά, δημιουργικά, ισχυρογνώμονα, απρόσωπα και παρορμητικά,
- τον *εξωστρεφή τύπο*, στον οποίο κατατάσσονται άτομα κοινωνικά, ζωηρά, ανέμελα, ενεργητικά, εξουσιαστικά, ασταθή και διεκδικητικά, τα οποία επιδιώκουν περιπέτειες και δυνατές συγκινήσεις και
- το *νευρωτικό τύπο*, στον οποίο κατατάσσονται άτομα αγχώδη με κατάθλιψη, παράλογα και δειλά, με συναισθήματα ενοχής και ευμετάβλητη ψυχική διάθεση, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Βιδάλη, 2013)

Σύμφωνα με μία σύγχρονη έρευνα των Miller & Lyman (2001), οι εγκληματίες βαθμολογούνται χαμηλά τόσο στην κλίμακα του να είναι ευχάριστοι, δηλαδή είναι εχθρικοί, εγωκεντρικοί, μοχθηροί, ζηλόφθονες και αδιάφοροι ως προς τους άλλους, όσο και στην κλίμακα του να είναι ευσυνείδητοι, δηλαδή τείνουν να μην έχουν φιλοδοξίες, κίνητρα και επιμονή. Σύμφωνα με τον Γάλλο εγκληματολόγο Jean Pinatel (1913-1999), ο «πυρήνας της εγκληματικής προσωπικότητας» χαρακτηρίζεται από:

- τον *έμφυτο παιδικό εγωκεντρισμό*, ο οποίος δεν έχει παραμερισθεί, καθώς το άτομο αδυνατεί να προσαρμοσθεί στο περιβάλλον και δεν συναισθάνεται την κοινωνική αποδοκιμασία της εγκληματικής πράξης,

- την *αστάθεια*, καθώς το άτομο αδυνατεί να μάθει από τις εμπειρίες του και κυριαρχείται από την αρχή της ευχαρίστησης,
- την *επιθετικότητα*, δηλαδή την ενστικτώδη δύναμη, η οποία έχει ως αποστολή να υπερνικά και να εξουδετερώνει τα εμπόδια και τις δυσκολίες που φράσσουν την οδό προς την ανθρώπινη δράση και
- την *ενεργό αδιαφορία ή ηθική αναισθησία*, καθώς το άτομο στερείται αλτρουιστικών συναισθημάτων και την ώρα της διάπραξης του εγκλήματος δεν αντιλαμβάνεται τις απαισίες συνέπειες της πράξης του. (Σπινέλλη, 2014).

Σύμφωνα με τη θεωρία του αυτοελέγχου του Αμερικανού κοινωνιολόγου Travis W. Hirschi (1935-2017) και του εγκληματολόγου συμπατριώτη του Michael R. Gottfredson (1951-σήμερα), το χαμηλό επίπεδο αυτοελέγχου οφείλεται στην πλημμελή ανατροφή των παιδιών και στην αδυναμία των γονέων να χειραγωγήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους με τιμωρία της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. (Σπινέλλη, 2014)

Σύμφωνα με τη θεωρία της ετικέτας, ουδεμία πράξη θεωρείται εξ ορισμού εγκληματική, καθώς η κρατούσα τάξη είναι αυτή που ορίζει τι είναι έγκλημα. Έτσι, ο άνθρωπος δεν γίνεται εγκληματίας με την παράβαση του νόμου, αλλά με την υπόδειξη των Αρχών, καθώς η διαδικασία του χαρακτηρισμού και του στιγματισμού αρχίζει με τη σύλληψη. (Βιδάλη, 2013; Σπινέλλη, 2014)

Ο Βρετανός εγκληματολόγος David P. Farrington (1944-σήμερα), θεωρεί ότι η εγκληματική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου συνδέεται με διάφορους (πρώιμους) παράγοντες κινδύνου, όπως ο υψηλός βαθμός παρορμητικότητας, οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις, οι εγκληματίες γονείς, οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και η διαβίωση σε γειτονίες με υψηλό δείκτη εγκληματικότητας. (Σπινέλλη, 2014)

Οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι James Q. Wilson (1931-2012) και Richard Herrnstein (1930-1994) θεώρησαν ότι υπάρχουν τρεις βασικές αιτίες του εγκλήματος:

- α) οι *ιδιοσυστατικοί παράγοντες* που έχουν γενετικό/βιολογικό υπόβαθρο, όπως το φύλο, η ηλικία, η νοημοσύνη, ο σωματότυπος και η προσωπικότητα,
- β) οι *διαδικασίες κοινωνικής εκμάθησης* που καθοδηγούν το άτομο σχετικά με το ποια συμπεριφορά επιβραβεύεται και σε ποιες συνθήκες και
- γ) η *διαμόρφωση ή μη της «ανακλαστικής» συνείδησης*, η οποία αφορά στο βαθμό της πραγματικής εσωτερίκευσης της νομοταγούς συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ώστε οι άνθρωποι να μην επιχειρήσουν ποτέ να συμπεριφερθούν διαφορετικά. Αυτή η συνειδησιακή παράμετρος διαφέρει ως προς την αποτελεσματικότητά της ανάλογα με τη συνύπαρξή της με τους άλλους δύο παράγοντες. (Βιδάλη, 2013)

1.6.2 Το οικολογικό μοντέλο ερμηνείας της βίας

Στα τέλη της δεκαετίας του 70, προτάθηκε το οικολογικό μοντέλο ερμηνείας της βίας, το οποίο αρχικώς αφορούσε στην κακοποίηση των παιδιών και στη νεανική βία, ενώ προσφάτως φάνηκε ότι βρίσκει εφαρμογή και στη συζυγική/συντροφική βία. (Carbarino et al., 1978; Bronfendrenner, 1979) Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κανένας παράγοντας δεν μπορεί από μόνος του να εξηγήσει γιατί κάποια άτομα συμπεριφέρονται βίαια σε άλλα άτομα ή γιατί η βία είναι συχνότερη σε κάποιες κοινότητες, εν συγκρίσει με άλλες. Οι βίαιες συμπεριφορές θεωρούνται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο σχέσεων και σε επίπεδο κοινότητας, καθώς και σε πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κατανόηση αυτών των αλληλεπιδράσεων αποτελεί το σημαντικότερο βήμα στην πρόληψη της βίας ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Στο ατομικό επίπεδο συμπεριλαμβάνονται διάφοροι βιολογικοί και δημογραφικοί παράγοντες, όπως η παρορμητικότητα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και το ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς και κακοποίησης. Σε επίπεδο σχέσεων, η καθημερινή συναναστροφή με άτομα που ασκούν βία θεωρείται ότι αυξάνει την πιθανότητα βίαιων συγκρούσεων, με τα θύματα να γίνονται αποδέκτες επανειλημμένων βίαιων συμπεριφορών. Επιπροσθέτως, όσον αφορά σε νεαρά άτομα, η αποδοχή μίας βίαιης-αρνητικής πράξης από τους φίλους φαίνεται ότι αυξάνει την πιθανότητα τέλεσης ανάλογης πράξης. Σε επίπεδο κοινότητας περιλαμβάνονται τα πλαίσια στα οποία ενσωματώνονται οι κοινωνικές σχέσεις, όπως τα σχολεία, οι χώροι εργασίας και οι γειτονιές, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων. Ο υψηλός βαθμός μετοίκησης των ατόμων, τα οποία δεν παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στον τόπο κατοικίας τους, αλλά μετακινούνται πολλές φορές, όπως και η ετερογένεια και η υψηλού βαθμού πυκνότητα του πληθυσμού αποτελούν χαρακτηριστικά, τα οποία συνδέονται με την εμφάνιση βίας. Επιπρόσθετα προβλήματα στην κοινότητα, όπως η διαθεσιμότητα εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, το υψηλό ποσοστό ανεργίας και η κοινωνική απομόνωση, είναι πιθανό να ευθύνονται για την εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών σε αυτές τις κοινότητες. Σε κοινωνικό επίπεδο περιλαμβάνονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό εμφάνισης της βίας, όπως η δημιουργία ευνοϊκού κλίματος για τις βίαιες συμπεριφορές, η μείωση των απαγορεύσεων/αναχαιτιστικών παραγόντων ενάντια στη βία και η δημιουργία και διατήρηση χασμάτων μεταξύ διαφόρων τμημάτων της κοινωνίας ή εντάσεων μεταξύ διαφορετικών ομάδων ή κρατών. Επίσης, οι πολιτικές υγείας και εκπαίδευσης, καθώς και οι οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές, οι οποίες ευνοούν τη διατήρηση υψηλού βαθμού οικονομικών ή/και κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων,

φαίνεται ότι ευνοούν σημαντικά την εμφάνιση βίας. Επιπρόσθετες καταστάσεις θεωρούνται οι κανόνες που υποστηρίζουν τη βία ως αποδεκτό τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων, που δίνουν προτεραιότητα στα δικαιώματα των γονέων έναντι της ευημερίας των παιδιών, που εδραιώνουν την κυριαρχία των ανδρών έναντι των γυναικών και των παιδιών και υποστηρίζουν την άσκηση υπερβολικής δύναμης από την Αστυνομία στους πολίτες.

Μάλιστα, στο οικολογικό μοντέλο ερμηνείας της βίας τονίζεται τόσο η ύπαρξη πολλαπλών αιτιών, όσο και η αλληλεπίδραση των παραγόντων κινδύνου στο πλαίσιο της οικογένειας, της κοινότητας, της κοινωνίας, καθώς και των πολιτισμικών και οικονομικών καταστάσεων.

Πέραν όμως του οικολογικού μοντέλου, φαίνεται ότι και η παγκοσμιοποίηση συμβάλλει στην εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών, καθώς παρά τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και την αύξηση του βιοτικού επιπέδου, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των οικονομικών ανισοτήτων και τη διάλυση παραγόντων που λειτουργούσαν αποτρεπτικά προς την εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών, όπως η κοινωνική συνεκτικότητα. Επιπροσθέτως, οι ραγδαίες κοινωνικές αλλαγές, ως απάντηση στην παγκοσμιοποίηση, φαίνεται ότι μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τον κοινωνικό έλεγχο, αυξάνοντας την εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών, μέσω της ευκολότερης πρόσβασης σε οινόπνευματώδη ποτά, σε εξαρτησιογόνες/ψυχοτρόπες ουσίες και σε όπλα. (*Krug et al., 2002*)

Επιπλέον, έρευνες έχουν καταδείξει ότι η έκθεση σε βίαιες συμπεριφορές στο περιβάλλον της οικογένειας σχετίζονται με τη θυματοποίηση ή τη διάπραξη βίας κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή, ενώ η παραμέληση από τους γονείς αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των καταχρήσεων.

Όσον αφορά στην ενδοοικογενειακή βία, ειδικότερα, παρά το γεγονός ότι δεν έχει ακόμα αναγνωρισθεί ο ένας και μοναδικός παράγοντας εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς στο περιβάλλον της οικογένειας, φαίνεται ότι για τις γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης από τους συζύγους/συντρόφους τους υφίστανται ορισμένοι παράγοντες κινδύνου. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, ιδίως αιθυλικής αλκοόλης (οινόπνευμα), από τους συζύγους/συντρόφους, η ανεργία και η υποαπασχόληση αυτών, καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (μη αποφοίτηση από το γυμνάσιο/λύκειο). Επιπροσθέτως, οι γυναίκες που βρίσκονται σε σχέση με κάποιον άνδρα, χωρίς να έχουν παντρευτεί, φαίνεται ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης. Οι γυναίκες-θύματα τείνουν να καταγγέλλουν τα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας, όταν ο σύζυγος/σύντροφος εκφράζει πιο συντηρητικές θρησκευτικές πεποιθήσεις συγκριτικά με

αυτές, ανεξαρτήτως των θρησκευτικών πεποιθήσεων του θύματος. Επίσης, στην πλειονότητα τους, τείνουν να εμφανίζουν διάφορα συμπτώματα ψυχιατρικών νόσων, με προέχουσα τη διαταραχή μετατραυματικού stress (*post-traumatic stress disorder*). Μάλιστα, η ψυχολογική βία φαίνεται ότι προκαλεί συχνότερα την εμφάνιση συμπτωμάτων τόσο μετατραυματικού stress, όσο και κατάθλιψης, σε σύγκριση με την άσκηση σωματικής βίας. (Madea, 2014)

1.6.3. Αιτιολογικές θεωρίες συζυγικής/συντροφικής βίας

Πέραν των προαναφερθεισών θεωριών για τη συζυγική/συντροφική βία έχουν προταθεί και οι ακόλουθες δώδεκα αιτιολογικές θεωρίες (Αρτινοπούλου, 2006):

Ψυχιατρικές θεωρίες: Η πρωταρχική πηγή της κακοποίησης εντοπίζεται στα παθολογικά χαρακτηριστικά της δομής της προσωπικότητας του δράστη ή/και του θύματος, τα οποία είναι απόρροια της ελλιπούς ψυχονοητικής ανάπτυξης του ατόμου στην (πρώιμη) παιδική ηλικία, ενώ υποστηρίζεται ότι υπάρχουν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας στα άτομα που παρουσιάζουν καταχρηστική συμπεριφορά.

Συμπεριφοριστικές θεωρίες: Η καταχρηστική συμπεριφορά (κακοποίηση) είναι αποτέλεσμα επιβράβευσης ή τιμωρίας του δράστη, σε περίπτωση άσκησης ή αποφυγής της βίας αντίστοιχα. Η επιβράβευση μπορεί να είναι συμπεριφοριστική (ενδοτικότητα στις επιθυμίες του ατόμου με βίαιη συμπεριφορά), συναισθηματική (σαδιστική ευχαρίστηση) ή κοινωνική (επιβεβαίωση της δύναμης και της εξουσίας).

Γνωστικές θεωρίες: Η κακοποίηση είναι απόρροια εκδραμάτισης φαντασιώσεων από μέρος του δράστη. Ειδικότερα οι φαντασιώσεις σεξουαλικής επικυριαρχίας και σωματικής επιθετικότητας θεωρούνται ως πρόδρομοι της σεξουαλικής και της σωματικής κακοποίησης και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας φαίνεται ότι ενθαρρύνουν αυτές τις φαντασιώσεις.

Θεωρία της υποκοουλτούρας της βίας: Η καταχρηστική συμπεριφορά εκδηλώνεται τακτικά και είναι αποδεκτή, τόσο από τους δράστες, όσο και από τα θύματα, εντός ενός συγκεκριμένου περιβάλλοντος υποκοουλτούρας. Η θεωρία αυτή ενδυναμώνεται από το γεγονός ότι τα βίαια επεισόδια φαίνεται να συμβαίνουν σε περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές.

Φεμινιστικές προσεγγίσεις: Η κοινωνία με πατριαρχικές δομές ενθαρρύνει τη βία από τους άνδρες προς τις γυναίκες. Σε αυτές τις κοινωνίες, οι γυναίκες υφίστανται κακοποίηση επειδή θεωρούνται υποδεέστερες των ανδρών

Θεωρία της κοινωνικοποίησης των ρόλων των φύλων: Στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης των δύο φύλων, οι άνδρες ενθαρρύνονται να είναι περισσότερο επιθετικοί από τις γυναίκες, ενώ η σεξουαλική επιθετικότητά τους αυξάνει την αίσθηση ανδρισμού και αρρενωπότητας. Καθώς δεν ενθαρρύνονται να μιλούν για τα

συναισθημάτά τους, όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες, είναι δυνατόν να καταφύγουν στη σεξουαλική δραστηριότητα ή στη βία, προκειμένου να εκφράσουν τα συναισθημάτά τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν.

Θεωρία της κοινωνικής μάθησης: Ο δράστης έχει μάθει να φέρεται βίαια, καθώς έχει υπάρξει είτε μάρτυρας σκηνών βίας, είτε θύμα βίαιης συμπεριφοράς, κυρίως στο πλαίσιο της οικογένειας. Η θεωρία αυτή ερμηνεύει επαρκώς το γεγονός ότι σε κάποιες οικογένειες είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλαπλοί δράστες σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας.

Θεωρία των πόρων: Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει ότι όλα τα κοινωνικά συστήματα στρέφονται γύρω από απειλές ή χρήση βίας. Οι δράστες κακοποίησης διαθέτουν περισσότερους πόρους μέσα (κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά) με αποτέλεσμα να υποτιμούν τα θύματα και να είναι σε θέση να τους επιβάλλουν τη θέλησή τους. Ακόμη και η έλλειψη πόρων, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή και τη διατήρηση της εξουσίας.

Θεωρία της κοινωνικής συναλλαγής: Η συγκεκριμένη θεωρία επικεντρώνεται σε ένα σύστημα επιβραβεύσεων και αρνητικών κυρώσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις: τα άτομα θα εμπλακούν σε συμπεριφορές που είναι πιθανόν να τους αποφέρουν επιβράβευση, ενώ θα αποφύγουν συμπεριφορές που ενδεχομένως να επιφέρουν κυρώσεις. Οι δράστες κακοποίησης έχουν την εξουσία και τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούν τα θύματα, ενώ τα θύματα στερούνται της απαραίτητης ικανότητας να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την κακοποίηση.

Θεωρία των οικογενειακών συστημάτων: Η αιτία της κακοποίησης εντοπίζεται στην ανισορροπία των δυναμικών και των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Τα αίτια της ενδοοικογενειακής βίας έχουν πολλαπλές ρίζες, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών της οικογένειας και οι ματαιώσεις που τυχόν δέχονται ή ακόμα και οι συγκρούσεις που προκύπτουν στην οικογένεια, ενώ συνήθως υπάρχει περισσότερο καταχρηστική συμπεριφορά από αυτήν που αναφέρεται/καταγγέλλεται.

Θεωρία των συναισθηματικών δεσμών: Η συγκεκριμένη θεωρία ενσωματώνει τόσο τις ψυχολογικές, όσο και τις κοινωνιολογικές παραμέτρους στην ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας. Η κακοποίηση οφείλεται σε ανεπαρκείς και ακατάλληλες σχέσεις με τους γονείς, γεγονός που παρεμποδίζει την ανάπτυξη ενός δεσμού αγάπης μεταξύ του γονέα και του παιδιού.

Θεωρία της ανακολουθίας της κοινωνικής τάξης: Η καταχρηστική συμπεριφορά οφείλεται στην έλλειψη πόρων και στη συνεπαγόμενη ασυμφωνία και άγχος που βιώνει το άτομο από την ασύμμετρη κατανομή των πόρων αυτών. Κατά συνέπεια, η ανακολουθία της κοινωνικής τάξης απειλεί τα πατριαρχικά μοντέλα εξουσίας και τα συστήματα αξιών.

Σύμφωνα με μία επιπρόσθετη θεώρηση, η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών προέρχεται από και σχετίζεται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις τόσο του δράστη, όσο και του κοινωνικού συνόλου. (Krob & Steffen, 2015)

Παρ' όλα αυτά, καμία από τις προαναφερθείσες θεωρίες δεν είναι επαρκής από μόνη της στο να ερμηνεύσει την ενδοοικογενειακή βία. Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και ως τέτοιο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, αλλιώς ελλοχεύει ο κίνδυνος να διαιωνιστούν στερεοτυπικές συμπεριφορές και στάσεις που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια. (Αρτινοπούλου, 2006)

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ενδοοικογενειακή βία, όπως άλλωστε αναφέρεται και στην αιτιολογική έκθεση του σχεδίου νόμου για την αντιμετώπισή της στην Ελλάδα, δεν θεωρείται πλέον ιδιωτική υπόθεση, αλλά σοβαρή κοινωνική παθολογία, που παραβιάζει τις ατομικές ελευθερίες, κυρίως των γυναικών, οι οποίες πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από το φαινόμενο.

1.7. Ψυχιατρικά νοσήματα και βίαιη συμπεριφορά

Όπως προαναφέρθηκε, υπήρξαν περίοδοι κατά τις οποίες οι εγκληματίες θεωρούνταν *de facto* πάσχοντες από ψυχιατρικά νοσήματα, γεγονός το οποίο έχει εκλείψει σε μεγάλο βαθμό σήμερα, χωρίς όμως να έχει αντιμετωπισθεί πλήρως ο διπλός στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων εγκληματιών.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας, οι ανθρώπινες συμπεριφορές θεωρούνται αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και την προσωπικότητα και βιολογική κατάσταση ενός ατόμου σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Πλέον, είναι γνωστό και ευρέως αποδεκτό στην επιστημονική κοινότητα ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένα ψυχιατρικά νοσήματα, τα οποία είναι δυνατόν να εξηγήσουν επακριβώς την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, καθώς και ότι η διάγνωση ενός ατόμου με κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, δεν υποδηλώνει απαραίτητως ότι το εν λόγω άτομο καθίσταται αμέσως επικίνδυνο, είτε για τον εαυτό του, είτε για το κοινωνικό σύνολο.

Η βίαιη παραβατικότητα έχει συσχετισθεί σε σημαντικό βαθμό τόσο με την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (ιδίως τον ψυχοπαθητικό τύπο), όσο και με τη σχιζοφρενική ψύχωση και τη συναισθηματική διαταραχή. Τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιθανότερο να επιτελέσουν βίαιες πράξεις σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, αλλά αυτή η συμπεριφορά τους ελάχιστα συνεισφέρει στη συνολική βία κάθε κοινωνίας. Μάλιστα, τα χαρακτηριστικά των πασχόντων από σχιζοφρένεια που εμπλέκονται σε βίαια εγκλήματα συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διαπράττουν βίαια εγκλήματα χωρίς να πάσχουν από σχιζοφρένεια. Πιο συγκεκριμένα, το άρρεν φύλο, η

νεαρή ηλικία, το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η προέλευση από μειονότητα και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς, τόσο σε πάσχοντες από σχιζοφρένεια, όσο και σε άτομα ελεύθερα νόσου. Βεβαίως, υπάρχουν και κάποια στοιχεία της ψυχοπαθολογίας, τα οποία επιβαρύνουν την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς, όπως οι παραληρηματικές ιδέες απειλούμενης προσβολής της ατομικής ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας της προσωπικής ζωής, η διαταραγμένη αυτοεκτίμηση ή αξιολόγηση της ατομικής ακεραιότητας, οι παραληρηματικές ιδέες ερωτικού βίου, οι ψευδαισθήσεις, η ψυχοκινητική ανησυχία και η κατατονική διέγερση.

Νεότερες έρευνες έχουν αναδείξει αυξημένο κίνδυνο εγκληματικότητας και βίαιης συμπεριφοράς σε ασθενείς που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές, ιδίως μονοπολική ή διπολική κατάθλιψη και δυσθυμία. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση εγκληματικότητας των πασχόντων από κατάθλιψη αποτελούν η συνύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών αγωγής κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, καθώς και η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών. Οι ασθενείς με κατάθλιψη εμπλέκονται σπανιότερα σε παραβάσεις, αλλά όταν αυτό συμβεί συχνά διαπράττουν βίαια εγκλήματα, όπως ανθρωποκτονίες Αντιθέτως, οι ασθενείς με μανία «απασχολούν το νόμο» συχνότερα, αλλά με ελάχιστον παραβατικές συμπεριφορές, όπως ήπιας μορφής βία και απειλές βίας. Σε σπανιότερες περιπτώσεις, όμως, είναι δυνατόν να διαπράξουν σοβαρότερα αδικήματα, όπως ο εμπρησμός και ο βιασμός.

Όσον αφορά στις διαταραχές προσωπικότητας, η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει συσχετισθεί με σεξουαλικά εγκλήματα, ενώ διαγιγνώσκεται σε αυξημένη συχνότητα σε περιπτώσεις ατόμων που διέπραξαν εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας.

Βεβαίως, όσον αφορά στη νεανική βία και κυρίως στην παραβατικότητα εφήβων που πάσχουν από ψυχώσεις, η βίαιη συμπεριφορά τους συσχετίζεται συχνότερα με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως ιστορικό κακοποίησης και παραβατικής συμπεριφοράς, παρά με τα καθαυτά ψυχωσικά συμπτώματα. Επίσης, οι έφηβοι που διαπράττουν σοβαρές βίαιες και σεξουαλικές παραβατικές πράξεις λαμβάνουν υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες «ψυχοπαθητικότητας», σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων οι αξιόποινες πράξεις δεν χαρακτηρίζονται από εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. (Γαπαδημητρίου και συν., 2013)

1.8. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς

1.8.1. Συζυγική/συντροφική βία

Ατομικό επίπεδο	Επίπεδο σχέσεων
<ul style="list-style-type: none">• Νεαρή ηλικία• Κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης• Κατάθλιψη• Διαταραχές προσωπικότητας• Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο• Χαμηλό εισόδημα• Άμεση ή έμμεση θυματοποίηση ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία	<ul style="list-style-type: none">• Συζυγικές συγκρούσεις• Οικογενειακή αστάθεια• Πατριαρχική οικογένεια• Έλλειψη κανόνων και δυσλειτουργία στο οικογενειακό περιβάλλον
Επίπεδο κοινότητας	Επίπεδο κοινωνίας
<ul style="list-style-type: none">• Μειωμένη απαξίωση της ενδοοικογενειακής βίας• Φτώχεια• Χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο	<ul style="list-style-type: none">• Παραδοσιακά πρότυπα σχετικά με τους ρόλους των φύλων• Κοινωνικοί κανόνες που υποστηρίζουν τη βία

Πίνακας 1-1. Παράγοντες που αφορούν στον δράστη και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης της συζύγου/συντρόφου. (Πηγή: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano, *World Report on Violence and Health, WHO 2002*)

Διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει ορισμένους παράγοντες με τη συζυγική/συντροφική βία κατά των γυναικών, όσον αφορά στους δράστες, όπως το νεαρό της ηλικίας, η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι παράγοντες αυτοί δεν εξηγούν από μόνοι τους την ενδοοικογενειακή βία, ενώ η ύπαρξη αυτών των παραγόντων δεν προδιαθέτει απαραίτητα στην εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς. (Krug et al., 2002; WHO, 2010)

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας κινδύνου για τη θυματοποίηση των γυναικών στο πλαίσιο περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, σύμφωνα με τους Vatnar & Bjorkly (2010), είναι η ύπαρξη παιδιών. Κατά τη δεκαετία του 80, επικρατούσε η άποψη ότι οι μητέρες που έχουν υποστεί κακοποίηση από τον σύζυγό/σύντροφό τους θα πρέπει να παραμένουν σε αυτήν τη σχέση αποσκοπώντας στο καλό των παιδιών τους. Η θεώρηση αυτή άλλαξε άρδην τη δεκαετία του 90, καθώς κρίθηκε ότι οι μητέρες-θύματα συζυγικής/συντροφικής κακοποίησης θα πρέπει να εγκαταλείπουν τους βίαιους συζύγους/συντρόφους τους, ούτως ώστε να προστατέψουν τα παιδιά τους. Βεβαίως, σύμφωνα με την έρευνα των Vatnar & Bjorkly (2010), η μητρότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου, καθώς αυξάνει την πιθανότητα της ψυχολογικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης της γυναίκας από τον σύζυγό/σύντροφό της. Μάλιστα, σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις δικαστικές αποφάσεις που αφορούν τόσο στα ζητήματα επιμέλειας των ανηλίκων τέκνων, όσο και στα ζητήματα επικοινωνίας των παιδιών με τον γονέα που έχει αυτό το δικαίωμα.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα από μία έρευνα, η οποία διεξήχθη σε έξι ευρωπαϊκές πόλεις (Αθήνα, Βουδαπέστη, Έστερσουντ, Λονδίνο, Πόρτο, Στουτγάρδη), η χαμηλή

(κοινωνική) υποστήριξη του θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας από την οικογένεια και τους φίλους τους φαίνεται να αποτελεί έναν επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα, τόσο στη θυματοποίησή τους εξ αρχής, όσο και στη μεγαλύτερη ανοχή που θα δείξουν σε αυτές τις πράξεις. (*Dias et al., 2019*)

Πληθώρα ερευνών έχουν δημοσιευθεί διεθνώς, ιδίως όσον αφορά στην έμμεση θυματοποίηση των παιδιών από περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους *Wood & Sommers (2011)*:

- Τόσο τα ενήλικα θύματα όσο και οι ενήλικοι δράστες έχουν αυξημένο ποσοστό έκθεσης σε ένα συμβάν ενδοοικογενειακής βίας κατά την ανήλικη ζωή, με το ποσοστό των δραστών είναι μεγαλύτερο.
- Τα αγόρια συνήθως εξωτερικεύουν τα συμπτώματα, εμφανίζοντας αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ τα κορίτσια συνήθως τα εσωτερικεύουν, υπό τη μορφή κατάθλιψης.
- Τα άτομα που ήταν μπροστά σε ένα συμβάν ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία είναι πιθανότερο να έχουν προβλήματα κατάχρησης οινόπνευματος κατά την ενήλικη ζωή.
- Οι γυναίκες που ήταν μάρτυρες σε ένα συμβάν ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο (4-6 φορές) έκθεσης σε ενδοοικογενειακή βία κατά την ενήλικη ζωή.
- Κάθε έκθεση ενός αγοριού σε ένα περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας, αυξάνει την πιθανότητα εμπλοκής του σε ανάλογο περιστατικό κατά την ενήλικη ζωή κατά 8%.
- Η κακοποίηση (σωματική ή σεξουαλική) και η παρουσία μπροστά σε ένα περιστατικό συζυγικής/συντροφικής βίας με θυματοποίηση της μητέρας, αυξάνει την πιθανότητα θυματοποίησης κατά την ενήλικη ζωή (έως 3,5 φορές περίπου για τις γυναίκες), καθώς και την πιθανότητα διάπραξης ενδοοικογενειακής βίας κατά την ενήλικη ζωή (έως και σχεδόν 4 φορές για τους άνδρες).

Η παρουσία των παιδιών μπροστά σε βίαια περιστατικά μεταξύ των γονέων τους είναι δυνατόν να προκαλέσει νευρο-ανατομικές και νευρο-φυσιολογικές μεταβολές στον εγκέφαλο (μεσεγκέφαλος, μεταιχμιακό σύστημα, φλοιός, μεσολόβιο και παρεγκεφαλίδα), οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου. Μάλιστα, η ανάπτυξη διαταραχών φαίνεται ότι ευνοείται σε άτομα, τα οποία κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος έχουν μειωμένη κορτιζόλη αίματος και αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα. (*Tsavovisis et al., 2014*)

Παρά το γεγονός ότι οι άνδρες-δράστες ενδοοικογενειακής βίας συνήθως εμφανίζουν ιστορικό βίας/κακοποίησης στην οικογένεια κατά την παιδική ηλικία, δεν προβαίνουν όλοι σε ανάλογες πράξεις στις συζύγους/συντρόφους τους, χωρίς όμως να έχει απαντηθεί

ακόμη το ερώτημα «τί διακρίνει εκείνους τους ανθρώπους που είναι σε θέση να σχηματίσουν υγιείς και μη βίαιες σχέσεις, παρά τις αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας από εκείνους που γίνονται καταχρηστικοί;». Όσον αφορά στην κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι λειτουργεί ως περιστασιακός παράγοντας, αυξάνοντας την πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς μέσω της μείωσης των αναστολών, της θόλωσης της κρίσης και της μείωσης της ικανότητας του ατόμου να ερμηνεύει τις υποδείξεις. (Krug et al., 2002)

1.8.2. Νεανική βία

Η εμπλοκή σε καβγάδες και σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού (*bullying*), καθώς και η οπλοκατοχή αποτελούν αξιοσημείωτες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές που σχετίζονται με τη νεανική βία. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η επιθετικότητα κατά την παιδική ηλικία αποτελεί πιθανότατα προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Επιπροσθέτως, υπάρχουν έρευνες οι οποίες αναδεικνύουν ότι οι συλλήψεις και οι καταδικαστικές αποφάσεις για εγκληματική συμπεριφορά κατά την εφηβεία αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για ανάλογα περιστατικά μετά την ενηλικίωση, ιδίως όσον αφορά σε νεαρούς ενήλικες. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συντριπτική πλειονότητα των νεαρών ενηλίκων ατόμων που θα εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά, δεν έχουν εκδηλώσει σε σημαντικό βαθμό ανάλογη συμπεριφορά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία. Σε ατομικό επίπεδο, ορισμένα βιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και συμπεριφορές έχουν ενοχοποιηθεί για την πιθανή εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς. Οι τραυματισμοί και η εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, μέσω της πιθανής νευρολογικής βλάβης, είτε κατά μόνους είτε σε συνδυασμό με άλλα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στο περιβάλλον της οικογένειας, αποτελούν πιθανούς βιολογικούς παράγοντες εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς. Επιπροσθέτως, έχει ενοχοποιηθεί η βραδυκαρδία, ιδίως για τα αγόρια, καθώς τα εν λόγω άτομα φαίνεται ότι αναζητούν ριψοκίνδυνες καταστάσεις με σκοπό την εξερεύνηση των ορίων αντοχής τους. Αντιθέτως, η ταχυκαρδία, ιδίως σε βρέφη και παιδιά, φαίνεται ότι έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση άγχους, φόβου και αναστολών. Η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και οι διαταραχές προσοχής, ιδίως όταν εμφανίζονται πριν την ηλικία των 13 ετών, αποτελούν προγνωστικούς δείκτες εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς. Μάλιστα, η παρορμητικότητα, οι διαταραχές προσοχής, η χαμηλή νοημοσύνη και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν συνδεθεί με ελλείψεις/ανεπάρκειες σε συγκεκριμένες εκτελεστικές λειτουργίες που εδράζονται στους μετωπιαίους λοβούς, όπως η διατήρηση της προσοχής και της συγκέντρωσης, οι αφαιρετικές σκέψεις και ο σχηματισμός ιδεών, η διατύπωση στόχων, η πρόβλεψη και ο προγραμματισμός, καθώς και ο αυτοέλεγχος της

συμπεριφοράς και οι αναστολές σχετικά με ακατάλληλες ή παρορμητικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου σε ατομικό επίπεδο θεωρούνται οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις, οι εγκυμοσύνες κατά την εφηβική ηλικία, οι σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις και η χρήση εξαρτησιογόνων/ ψυχοτρόπων ουσιών. Σε επίπεδο σχέσεων, η συμπεριφορά των γονέων και των ατόμων του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς. Η απουσία επίβλεψης από μέρους των γονέων, καθώς και η χρήση σωματικής βίας ως μέσο τιμωρίας και πειθαρχίας αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς δείκτες, όπως και οι διαμάχες μεταξύ των γονέων κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και οι ασθενείς δεσμοί μεταξύ γονέων και παιδιών. Επίσης, η ύπαρξη πολλών παιδιών σε μία οικογένεια, η μικρή ηλικία των γονέων, ιδίως η εφηβεία για τη μητέρα, καθώς και η χαμηλού βαθμού συνοχή της οικογένειας, οι μονογονεϊκές οικογένειες και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχουν συσχετισθεί με τη μελλοντική εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς από μέρους των παιδιών. Τέλος, η συναναστροφή με άτομα που εμφανίζουν εγκληματική δραστηριότητα ή/και κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών φαίνεται να αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες.

Σε επίπεδο κοινότητας, τα αγόρια που μεγαλώνουν σε αστικό περιβάλλον θεωρείται πιθανότερο να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά σε σχέση με τα αγόρια που μεγαλώνουν σε αγροτικές περιοχές, όπως και η ύπαρξη συμμοριών και η πρόσβαση σε όπλα και εξαρτησιογόνες/ψυχοτρόπες ουσίες. Οι διαδικασίες κοινωνικής ενσωμάτωσης, καθώς και οι καταστάσεις που περιλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου (κανόνες, υποχρεώσεις, αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη) φαίνεται ότι επηρεάζουν την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς από νεαρά άτομα.

Σε επίπεδο κοινωνίας, έχουν ενοχοποιηθεί οι ταχείες δημογραφικές αλλαγές, ο εκσυγχρονισμός, η μετανάστευση και η αστικοποίηση, όπως και οι μεταβολές στην κοινωνική πολιτική και οι οικονομικές ανισότητες. Η ποιότητα της διακυβέρνησης σε μία χώρα, τόσο ως προς το νομικό πλαίσιο, όσο και ως προς τις πολιτικές που προσφέρουν κοινωνική προστασία, αποτελούν σημαντικούς και καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση ή μη της νεανικής βίας. Για παράδειγμα, το υψηλό ποσοστό συλλήψεων για ανθρωποκτονίες φαίνεται ότι επιδρά αρνητικά στη μελλοντική τέλεση ανθρωποκτονιών. Επιπροσθέτως, οι πολιτιστικές επιρροές που επιδοκιμάζουν την άσκηση βίας ως μέσο επίλυσης των διαπροσωπικών διαφορών, καθώς και η εκμάθηση κανόνων και αξιών που υποστηρίζουν τη βίαιη συμπεριφορά αυξάνουν την εμφάνιση νεανικής βίας. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς οι νέοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν σε βίαιες συμπεριφορές που προβάλλονται από αυτά. (*Fein & Mollen, 1999; Krug et al., 2002*)

1.8.3. Κακοποίηση παιδιών

Διεθνείς έρευνες έχουν ενοχοποιήσει διάφορους παράγοντες, χαρακτηριστικά και καταστάσεις για την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης παιδιών. Η ηλικία φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς η άσκηση θανατηφόρας βίας είναι συχνότερη έως την ηλικία των 2 ετών. Όσον αφορά στη μη θανατηφόρα βία, τα ποσοστά διαφέρουν αναλόγως με τη χώρα προέλευσης της έρευνας, καθώς στην Κίνα ο κίνδυνος είναι υψηλότερος για παιδιά ηλικίας 3-6 ετών, στην Ινδία για παιδιά ηλικίας 6-11 ετών και στις Η.Π.Α. για παιδιά ηλικία 6-12 ετών. Αντιθέτως, ο κίνδυνος σεξουαλικής κακοποίησης φαίνεται ότι αυξάνεται κατά την εφηβεία. Πέραν της ηλικίας του παιδιού και το φύλο φαίνεται να επηρεάζει τον κίνδυνο κακοποίησης. Στις περισσότερες χώρες, τα κορίτσια βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο θανατηφόρας κακοποίησης κατά τη βρεφική ηλικία, σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης σχετικά με την εκπαίδευση και τη διατροφή, καθώς και εξαναγκασμού σε πορνεία, ενώ τα αγόρια σε σωματική κακοποίηση, στο πλαίσιο τιμωρίας. Αυτή η διαφοροποίηση υποστηρίζεται ότι οφείλεται είτε στην προσπάθεια προετοιμασίας των αγοριών για την ενήλικη ζωή, είτε στην πεποίθηση ότι τα αγόρια χρήζουν περισσότερης πειθαρχίας από τα κορίτσια. Βεβαίως, οι πεποιθήσεις που επικρατούν σε κάθε κοινωνία, ιδίως όσον αφορά στους ρόλους των δύο φύλων, φαίνεται ότι επηρεάζουν κατ' ουσίαν την αντιμετώπιση των παιδιών. Επίσης, ο πρόωρος τοκετός και οι δίδυμες κυήσεις, καθώς και οι αναπηρίες φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο άσκησης σωματικής βίας και παραμέλησης, χωρίς όμως να θεωρούνται ως μείζονες παράγοντες κινδύνου. Βεβαίως, και το φύλο του δράστη φαίνεται να επηρεάζει την άσκηση σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας, καθώς είναι πιθανότερο τα άρρενα άτομα να ασκούν τέτοιους είδους βίας τόσο σε άρρενα όσο και σε θήλεα άτομα, με τα ποσοστά να κυμαίνονται στο 90% για τα θήλεα θύματα και μεταξύ 63% και 86% για τα άρρενα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Οι γονείς που καταφεύγουν σε βίαιες καταχρηστικές συμπεριφορές συνηθέστερα είναι νεαρά άτομα, με χαμηλό εισόδημα ή άνεργοι και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ τα βίαια αυτά περιστατικά φαίνεται ότι λαμβάνουν χώρα συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες. Επίσης, ο αριθμός των παιδιών σε μία οικογένεια φαίνεται να επιδρά στην άσκηση βίαιης συμπεριφοράς, καθώς σύμφωνα με έρευνα στη Χιλή, όταν υπάρχουν τέσσερα ή παραπάνω παιδιά στην οικογένεια, ο κίνδυνος κακοποίησης τριπλασιάζεται. Οι γονείς-δράστες συνήθως εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένο έλεγχο των παρορμήσεών τους, ψυχιατρικά νοσήματα και αντικοινωνική συμπεριφορά. Οι γονείς που παραμελούν τα τέκνα τους εμφανίζουν επίσης κακό προγραμματισμό στη ζωή τους εν γένει. Οι γονείς που ασκούν σωματική βία ενοχλούνται περισσότερο από τη συμπεριφορά των παιδιών τους, είναι λιγότερο υποστηρικτικοί και στοργικοί και ασκούν περισσότερο έλεγχο και εχθρική συμπεριφορά

σε αυτά. Το ιστορικό κακοποίησης των γονέων κατά την παιδική τους ηλικία φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο κακοποίησης των τέκνων τους από αυτούς, συνεχίζοντας έτσι τον ατέρμονο «κύκλο» της βίας. Τα παιδιά φαίνεται ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, όταν υπάρχουν και άλλα κρούσματα ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και όταν οι γονείς κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών. Μάλιστα, έρευνες από χώρες με διαφορετικές κουλτούρες, όπως η Κίνα, η Κολομβία, η Αίγυπτος, η Ινδία, το Μεξικό, οι Φιλιππίνες, η Νότιος Αφρική και οι Η.Π.Α. έχουν καταδείξει τη συσχέτιση της κακοποίησης των παιδιών με τη συζυγική/συντροφική βία. Σε επίπεδο κοινότητας, όπως προαναφέρθηκε στο οικολογικό μοντέλο ερμηνείας της βίας, η απουσία κοινωνικού κεφαλαίου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση περιστατικών κακοποίησης παιδιών. Σε επίπεδο κοινωνίας, πληθώρα παραγόντων είναι δυνατόν να επηρεάσουν είτε θετικά είτε αρνητικά την εμφάνιση κακοποίησης παιδιών, όπως οι ανισότητες σχετικά με το φύλο και το εισόδημα, τα πολιτιστικά πρότυπα που αφορούν στους ρόλους των φύλων, στις σχέσεις γονέων-παιδιών και στην ιδιωτικότητα της οικογένειας, οι πολιτικές για τα παιδιά και την οικογένεια, όπως η γονική άδεια, η μητρική απασχόληση και η παιδική μέριμνα, η φύση και η έκταση της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης για βρέφη και παιδιά, η ισχύς του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, δηλαδή οι πηγές υποστήριξης που προστατεύουν τα παιδιά και τις οικογένειες, η φύση και η έκταση της κοινωνικής προστασίας και η ανταπόκριση του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, καθώς και οι κοινωνικές συγκρούσεις και ο πόλεμος. (Krug et al., 2002; Pinheiro, 2006)

1.8.4. Σεξουαλική βία

Διάφορες έρευνες έχουν αναδείξει παράγοντες κινδύνου εμφάνισης σεξουαλικής βίας, τόσο όσον αφορά στις γυναίκες-θύματα, όσο και στους άνδρες-δράστες (Πίνακας 1-2). Το νεαρό της ηλικίας, η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, η ύπαρξη πολλών ερωτικών συντρόφων, η σύναψη ερωτικών σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον, η φτώχεια και η ανεργία, καθώς και το υψηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο (κυρίως για τη σεξουαλική συζυγική/συντροφική βία) φαίνεται να αποτελούν κάποιους εκ των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο σεξουαλικής θυματοποίησης για τις γυναίκες. Σε χώρες, όπως η Χιλή, η Μαλαισία, το Μεξικό, το Περού και οι Η.Π.Α., έως και τα δύο τρίτα των θυμάτων σεξουαλικών επιθέσεων ήταν παιδιά και έφηβοι ηλικίας κάτω των 15 ετών. (Krug et al., 2002)

Παράγοντες σε ατομικό επίπεδο	Παράγοντες σε επίπεδο σχέσεων
<ul style="list-style-type: none"> Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών Καταναγκαστικές σεξουαλικές φαντασιώσεις και άλλες συμπεριφορές και πεπιοιθήσεις που υποστηρίζουν τη σεξουαλική βία Παρορμητικότητα και άλλες αντικοινωνικές τάσεις Προτίμηση για σεξουαλικές επαφές χωρίς συναισθηματικό δεσμό Εχθρικήτητα κατά των γυναικών Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ή/και παρουσίας σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία 	<ul style="list-style-type: none"> Συναναστροφή με άτομα που εμφανίζουν σεξουαλική επιθετικότητα και παραβατικότητα Οικογενειακό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την άσκηση βίας και χαμηλό εισόδημα Ισχυρή πατριαρχική οικογένεια Μη παροχή συναισθηματικής υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον Θεώρηση της οικογενειακής τιμής ως σημαντικότερης έναντι της ασφάλειας του θύματος
Παράγοντες σε επίπεδο κοινότητας	Παράγοντες σε επίπεδο κοινωνίας
<ul style="list-style-type: none"> Φτώχεια/ανεργία Έλλειψη ευκαιριών εργασιακής απασχόλησης Ανεπαρκής υποστήριξη από την Αστυνομία και το δικαστικό σύστημα Ανοχή της σεξουαλικής κακοποίησης στην κοινότητα Μειωμένες ποινές κατά των δραστών σεξουαλικής βίας 	<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνικά πρότυπα που υποστηρίζουν τη σεξουαλική βία Κοινωνικά πρότυπα που υποστηρίζουν την ανωτερότητα των ανδρών και των σεξουαλικών δικαιωμάτων των ανδρών Αδύναμοι νόμοι και πολιτικές σχετικά με τη σεξουαλική βία και την ισότητα των φύλων Υψηλά επίπεδα εγκληματικότητας και άλλων μορφών βίας

Πίνακας 1-2. Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης βίαιης σεξουαλικής συμπεριφοράς και τέλεσης βιασμού, όσον αφορά στους άνδρες-δράστες. (Πηγή: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano, *World Report on Violence and Health, WHO 2002*)

1.9. Συνέπειες της βίας στην υγεία

Ψυχολογικές επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συμπεριφορά	Επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία
<ul style="list-style-type: none"> Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών Βίαιες και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές Καταθλιπτική συμπτωματολογία και αγχώδης διαταραχή Διαταραχές στην ανάπτυξη Διαταραχές πρόσληψης τροφής και διαταραχές ύπνου Αίσθημα ντροπής και ενοχής Υπερκινητικότητα Μειωμένη σχολική επίδοση Διαταραχή μετατραυματικού stress Ψυχοσωματικές διαταραχές Αυτοκτονική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> Σεξουαλική δυσλειτουργία Διαταραχές στην αναπαραγωγική ικανότητα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (AIDS, κ.ά.)
	Λοιπές μακροπρόθεσμες συνέπειες
	<ul style="list-style-type: none"> Χρόνια αναπνευστικά νοσήματα Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου Ισχαιμική καρδιακή νόσος Ηπατικές παθήσεις

Πίνακας 1-3. Επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση. (Πηγή: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano, *World Report on Violence and Health, WHO 2002*)

Πέραν των άμεσων και εμφανών τραυματισμών (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις των θωρακικών ή/και των κοιλιακών οργάνων, κακώσεις των μαλακών μορίων,

κατάγματα, οφθαλμικές κακώσεις, κ.ά.), η κακοποίηση στο πλαίσιο της οικογένειας είναι δυνατόν να επιφέρει και άλλες δυσμενέστερες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Στις γυναίκες-θύματα σεξουαλικής βίας είναι δυνατόν να εμφανισθούν πληθώρα επιπτώσεων. Ο κίνδυνος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης για τα θύματα ηλικίας 12-45 ετών ανέρχεται στο 5%, σύμφωνα με έρευνες από τις Η.Π.Α. Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών είναι δυνατόν να επηρεάσει δυσμενώς τη λήψη αντισυλληπτικών και άλλων μέτρων κατά της μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και να επηρεάσει αρνητικά τις αντιλήψεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τον έλεγχο των σεξουαλικών συνευρέσεων από μέρους τους θύματος. Η κολπική αιμορραγία και οι λοιμώξεις της περιοχής, η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ο ερεθισμός των γεννητικών οργάνων, η δυσπαρευνία, το χρόνιο πυελικό άλγος, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και η λοίμωξη από τον HIV αποτελούν επιπρόσθετες επιπλοκές, οι οποίες δυνητικά μπορεί να εμφανισθούν στις γυναίκες-θύματα σεξουαλικής βίας.

Πέραν όμως των σωματικών επιπτώσεων, τα θύματα είναι δυνατόν να εμφανίσουν κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού stress, επιθετική ή/και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, καθώς και άλλες ριψοκίνδυνες και αντικοινωνικές συμπεριφορές, όπως η κλοπή.

Η εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τη σεξουαλική βία, καθώς σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε στη Νέα Ζηλανδία (*Mullen et al., 1988*), η επίπτωση ψυχιατρικών διαταραχών ανερχόταν στο 33% για τις γυναίκες που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά την ενήλικη ζωή, στο 15% για τις γυναίκες που είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση από τον σύζυγό/σύντροφό τους και 6% για τις γυναίκες που δεν είχαν υποστεί οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση. Ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς φαίνεται ότι πολλαπλασιάζεται, καθώς σύμφωνα με έρευνα από τον Καναδά (*Bagley et al., 1997*), οι έφηβες που είχαν υποστεί σεξουαλική βία εμφάνιζαν τέτοια συμπεριφορά σε ποσοστό 15%, ενώ το ποσοστό των εφήβων που δεν είχαν υποστεί τέτοια συμπεριφορά κυμαινόταν στο 2%. Τέλος, μία σημαντική επίπτωση σε επίπεδο κοινωνίας αποτελεί ο κοινωνικός εξοστρακισμός του θύματος, καθώς υπάρχουν κοινωνίες στις οποίες το θύμα μπορεί να δεχθεί πιέσεις - ακόμη και από το οικογενειακό περιβάλλον- να παντρευτεί το δράστη (γεγονός το οποίο μέχρι πρότινος προβλεπόταν και στην Ελλάδα, με την παράγραφο 3 του άρθρου 339 του Ποινικού Κώδικα, για περιπτώσεις αποπλάνησης ανηλίκων, αλλά καταργήθηκε από το Ν 4531/2018) και χώρες, στις οποίες ο δράστης είναι δυνατόν να απαλλαγεί από την ποινική κατηγορία εφόσον παντρευτεί το θύμα, ενώ και το οικογενειακό περιβάλλον - ακόμη κι ο σύζυγος του θύματος- είναι δυνατόν να την απορρίψει ή/και να τη σκοτώσει. (*Krug et al., 2002*)

Ψυχολογικές επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συμπεριφορά	Επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία	
<ul style="list-style-type: none"> • Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών • Καταθλιπτική συνδρομή και αγχώδης διαταραχή • Διαταραχές πρόσληψης τροφής και διαταραχές ύπνου • Φοβίες και διαταραχή πανικού • Υπερκινητικότητα • Έλλειψη σωματικής δραστηριότητας • Χαμηλή αυτοεκτίμηση • Διαταραχή μετατραυματικού stress • Ψυχοσωματικές διαταραχές • Κάπνισμα • Αυτοκτονική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά 	<ul style="list-style-type: none"> • Σεξουαλική δυσλειτουργία • Υπογονιμότητα • Χρόνια πυελική φλεγμονώδης νόσος • Μαιευτικές επιπλοκές/αποβολές • Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (AIDS, κ.ά.) • Μη ασφαλής διακοπή κυήσεως • Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη 	
	Θανατηφόρες συνέπειες	
	<ul style="list-style-type: none"> • Θνησιμότητα σχετιζόμενη με AIDS • Ανθρωποκτονία • Αυτοκτονία 	

Πίνακας 1-4. Επιπτώσεις στην υγεία των θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας. (Πηγή: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano, *World Report on Violence and Health, WHO 2002*)

1.10. Έκταση του φαινομένου της βίας στην Ελλάδα

Τα στοιχεία σχετικά με τη βία στην Ελλάδα προκύπτουν από τις λιγοστές έρευνες που ασχολούνται με το φαινόμενο αυτό, οι οποίες μάλιστα εμφανίζονται σποραδικά στη βιβλιογραφία, απέχοντας σημαντικά χρονικά μεταξύ τους.

Η έρευνα της *Agathonos-Georgoroulou (1997)* αποτέλεσε μία πρώτη προσπάθεια εκτίμησης της κατάστασης σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία, το 1984 νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν. Παιδών «Αγία Σοφία» 34.412 παιδιά, εκ των οποίων τα 20 ήταν θύματα κακοποίησης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επίπτωση της κακοποίησης παιδιών τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν 0.58%, όσον αφορά στα παιδιά που νοσηλεύθηκαν. Κατά την πενταετία 1988-1992 η επίπτωση κυμάνθηκε μεταξύ 0.57% και 0.67%, σημειώνοντας μάλιστα συνεχή ανοδική τάση. Το ίδιο έτος δημοσιεύθηκε η έρευνα των *Fereti & Stavrianaki*, σύμφωνα με την οποία τόσο οι μητέρες (63%), όσο και οι πατέρες (53%) ασκούσαν βία ως μέσο τιμωρίας των παιδιών. Μάλιστα, μία στις δέκα μητέρες δήλωσαν ότι χτυπούσαν τα παιδιά τους στους γλουτούς καθημερινώς, ενώ σχεδόν στο ένα τρίτο αυτών των περιστατικών η βίαιη αυτή πράξη λάμβανε χώρα παρουσία τρίτων ατόμων. Επιπροσθέτως, η άσκηση σωματικής βίας ήταν συχνότερη στα παιδιά της Α' τάξης του Δημοτικού και στα αγόρια, ενώ οι μητέρες ήταν κυρίως νεαρής ηλικίας (20-29 ετών) και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Πέραν της άσκησης σωματικής βίας, στο 73% των περιστατικών το παιδί υφίστατο και λεκτική βία.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Petridou et al. (2002)*, η επίπτωση των γυναικών-θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας, οι οποίες εξετάστηκαν στα Τμήματα Επειγόντων

Περιστατικών τεσσάρων Νοσοκομείων της Ελλάδας, υπολογίσθηκε στο 1.1% των γυναικών που έφεραν κακώσεις, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών ήταν 0.1%. Όσον αφορά στα περιστατικά διαπροσωπικής βίας, στα οποία ο/η δράστης δεν ήταν ο/η σύζυγος/σύντροφος, τα ποσοστά για τις γυναίκες και τους άνδρες ήταν 2% και 3.1%, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την έρευνα της Καθηγήτριας Εγκληματολογίας Βασιλικής Αρτινοπούλου (2006), το 56% των ερωτηθεισών γυναικών απάντησαν ότι έχουν δεχθεί λεκτική ή/και ψυχολογική βία από τον σύζυγό τους, ενώ τα ποσοστά σωματικής και σεξουαλικής βίας ήταν 3.6% και 3.5% αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Papadakaki et al.* (2009), η οποία διενεργήθηκε με ερωτηματολόγιο σε 1.122 άνδρες και γυναίκες, το 0.5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι έχουν υποστεί σωματική βία από τον/την σύζυγό/σύντροφό τους, με το ποσοστό διάπραξης να ανέρχεται σε παρόμοια επίπεδα (0.4%) με αυτά της θυματοποίησης. Ο επιπολασμός θυματοποίησης από σεξουαλική και συναισθηματική βία ανερχόταν στο 1.7% και 5.3%, αντίστοιχα, ενώ η διάπραξη τέτοιων πράξεων αναφέρθηκε από το 1.5% και 4.6% των ερωτηθέντων, αντίστοιχα. Όσον αφορά στην κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, το 40.2% ανέφεραν ότι σπάνια είχαν εκτεθεί σε βίαιες συμπεριφορές (είτε άμεση, είτε έμμεση θυματοποίηση), το 8.7% συχνά και το 2.2% αρκετά συχνά. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούσε σημαντικό παράγοντα τόσο στη θυματοποίηση όσο και στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς στο περιβάλλον της οικογένειας, όπως επίσης και η έκθεση σε βίαιες συμπεριφορές κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, φάνηκε ότι και η ηλικία του ατόμου σχετίζεται με τη διάπραξη βίας, καθώς όσο μειώνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται η πιθανότητα βίαιης συμπεριφοράς, όπως και ότι το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς οι γυναίκες εμφάνιζαν μειωμένη πιθανότητα άσκησης σωματικής και σεξουαλικής βίας κατά 50% και 35%, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας BECAN (*Πετρουλάκη και συν., 2013.*), η οποία αφορούσε στην έκθεση των ανηλίκων στην Ελλάδα σε βίαιες συμπεριφορές, το 47.38% των παιδιών ηλικίας 11, 13 και 16 ετών, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι έχουν εκτεθεί σε εμπειρίες σωματικής βίας, με τα ποσοστά έκθεσης σε εμπειρίες ψυχολογικής βίας, σεξουαλικής βίας και σεξουαλικής βίας με σωματική επαφή να ανέρχονται στο 70.02%, 9.54% και 4.45% αντίστοιχα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η επίπτωση της αίσθησης παραμέλησης ανερχόταν στο 26.41%, ενώ η επίπτωση έκθεσης σε εμπειρίες θετικών-μη βίαιων γονεϊκών πρακτικών ήταν 96.21%.

Στην έρευνα DOVE (*Costa et al., 2015*), η οποία αφορούσε στη θυματοποίηση και στη διάπραξη συζυγικής/συντροφικής βίας, συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες από έξι ευρωπαϊκές πόλεις (Αθήνα, Βουδαπέστη, Έστερσουντ, Λονδίνο, Πόρτο, Στουτγάρδη). Όσον αφορά στην Αθήνα, το 70.5% των γυναικών και το 71.8% των ανδρών ανέφεραν

ότι είχαν υποστεί ψυχολογική βία, το 20.6% των γυναικών και 16.8% των ανδρών ήταν θύματα σεξουαλικής βίας, το 23.1% των γυναικών και το 31.2% των ανδρών είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση και το 5.1% των γυναικών και το 4.2% των ανδρών είχαν τραυματισθεί κατά τη διάρκεια ενός περιστατικού συζυγικής/συντροφικής βίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσον αφορά στην ψυχολογική και στη σωματική βία, για τους συμμετέχοντες από την Αθήνα -τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άνδρες- κατεγράφησαν τα υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τις άλλες πέντε ευρωπαϊκές πόλεις, ενώ όσον αφορά στους τραυματισμούς, οι συμμετέχοντες από την Αθήνα -τόσο οι γυναίκες, όσο και οι άνδρες- βρίσκονταν στην τρίτη θέση. Το 74.7% των γυναικών και το 71.4% των ανδρών ανέφεραν ότι είχαν ασκήσει ψυχολογική βία στον/στη σύζυγό/σύντροφό τους (καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση στη σχετική κατάταξη μεταξύ των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών), το 13.5% των γυναικών και το 24.7% των ανδρών είχαν ασκήσει σεξουαλική βία, το 21.6% των γυναικών και 33% των ανδρών είχαν ασκήσει σωματική βία (καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση στη σχετική κατάταξη μεταξύ των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών) και το 9.4% των γυναικών και το 3.9% των ανδρών είχαν τραυματίσει τον/τη σύζυγό/σύντροφό τους.

Σύμφωνα με το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας και την εφαρμογή «Σημαντικές Αναφορές 57» του συστήματος POL, κατά την οκταετία 2010-2017 κατεγράφησαν συνολικά 23.512 καταγγελίες εγκλημάτων ενδοοικογενειακής βίας στην επικράτεια.

Έτος	Εγκλήματα	Μεταβολή υποθέσεων
2010	1.303	-
2011	2.005	53.88%
2012	2.455	22.44%
2013	2.896	17.96%
2014	3.512	21.27%
2015	3.572	1.71%
2016	3.839	7.47%
2017	3.930	2.37%
Σύνολο	23.512	-

Πίνακας 1-5. Εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας στην επικράτεια. (Πηγή: Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας / Εφαρμογή «Σημαντικές Αναφορές 57» του συστήματος POL.)

Στους Πίνακες που ακολουθούν παρατίθενται στοιχεία, τα οποία αντλήθηκαν από την ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (<http://www.statistics.gr/>).

Έτος	Σύνολο	Κακουργήματα	Πλημμελήματα
2012	4.766	0.1%	99.9%
2013	5.756	0.8%	99.2%
2014	5.796	0.7%	99.3%
2015	5.853	0.8%	99.2%
2016	6.016	0.9%	99.1%
Σύνολο	28.187	0.7%	99.3%

Πίνακας 1-6. Διαπραχθείσες σωματικές βλάβες στην επικράτεια.

Έτος	Σύνολο	Αλλοδαποί	Ημεδαποί
2012	-	-	-
2013	6.485	18%	82%
2014	6.269	15.8%	84.2%
2015	6.352	15.4%	84.6%
2016	6.131	18%	82%
Σύνολο	25.237	16.8%	83.2%

Πίνακας 1-7. Εθνικότητα δραστών σωματικών βλαβών.

Έτος	Σύνολο	♂	♀
2012	5.464	86.3%	13.7%
2013	6.356	71.4%	28.6%
2014	6.269	70.6%	29.4%
2015	6.352	71.7%	28.3%
2016	6.131	82.6%	17.4%
Σύνολο	30.572	76.2%	23.8%

Πίνακας 1-8. Φύλο δραστών σωματικών βλαβών.

Έτος	Σύνολο	Κακουργήματα	Πλημμελήματα
2012	190	-	-
2013	265	93.6%	6.4%
2014	239	90.8%	9.2%
2015	210	95.2%	4.8%
2016	260	92.7%	7.3%
Σύνολο	1.164	906	68

Πίνακας 1-9. Διαπραχθέντες βιασμοί στην επικράτεια.

Έτος	Σύνολο	Αλλοδαποί	Ημεδαποί
2012	-	-	-
2013	212	40.1%	59.9%
2014	195	33.3%	66.7%
2015	181	37 %	63%
2016	234	47%	53%
Σύνολο	822	39.8%	60.2%

Πίνακας 1-10. Εθνικότητα δραστών βιασμών.

Έτος	Σύνολο	♂	♀
2012	156	98.1%	1.9%
2013	212	80.7%	19.3%
2014	195	76.9%	23.1%
2015	181	77.3%	22.7%
2016	234	87.6%	12.4%
Σύνολο	978	83.7%	16.3%

Πίνακας 1-11. Φύλο δραστών βιασμών.

Έτος	Σύνολο	Κακουργήματα	Πλημμελήματα
2012	3.904	-	-
2013	5.314	92.5%	7.5%
2014	4.122	90.8%	9.2%
2015	4.581	91.3%	9.7%
2016	4.889	90.9%	9.1%
Σύνολο	22.810	17.286	1.620

Πίνακας 1-12. Διαπραχθείσες ληστείες στην επικράτεια.

Έτος	Σύνολο	Αλλοδαποί	Ημεδαποί
2012	-	-	-
2013	2.938	42.1%	57.9%
2014	2.025	29.5%	70.5%
2015	2.323	29.5%	70.5%
2016	3.403	19.3%	80.7%
Σύνολο	10.689	29.7%	70.3%

Πίνακας 1-13. Εθνικότητα δραστών λησטיών.

Έτος	Σύνολο	♂	♀
2012	1.367	94.9%	5.1%
2013	2.938	74.6%	25.4%
2014	2.025	74.9%	25.2%
2015	2.323	63.6%	36.4%
2016	3.403	77.5%	22.5%
Σύνολο	12.056	75.6%	24.4%

Πίνακας 1-14. Φύλο δραστών λησטיών.

1.11. Πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο δημόσιας υγείας είναι δυνατόν να διενεργηθούν στα ακόλουθα τρία επίπεδα:

- Στο πρώτο επίπεδο (*πρωτογενής πρόληψη*), οι παρεμβάσεις έχουν ως σκοπό την πρόληψη της βίας πριν καν αυτή εκδηλωθεί.
- Το δεύτερο επίπεδο (*δευτερογενής πρόληψη*) περιλαμβάνει την αντιμετώπιση καταστάσεων αμέσως μετά την εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς, όπως η παροχή των Α' Βοηθειών από τις διάφορες Μονάδες Υγείας και η έγκαιρη αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε περιπτώσεις εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας.
- Στο τρίτο επίπεδο (*τριτογενής πρόληψη*) περιλαμβάνονται μέτρα, τα οποία αποσκοπούν στη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση της βίας, όπως η αναμόρφωση και η επανένταξη, καθώς και οι προσπάθειες μείωσης των τραυματισμών και των προκληθεισών αναπηριών.

Οι παρεμβάσεις σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα αφορούν κυρίως στα θύματα, αλλά και στους δράστες, ιδίως όσον αφορά στο δικαστικό πλαίσιο.

Οι ερευνητές που ασχολούνται με την πρόληψη της βίας τείνουν πλέον να προτείνουν παρεμβάσεις, οι οποίες επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Υπό αυτό το πρίσμα, οι παρεμβάσεις πλέον διαχωρίζονται σε παρεμβάσεις στο σύνολο του πληθυσμού (*universal interventions*), σε παρεμβάσεις σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (*selected interventions*) και σε παρεμβάσεις κατόπιν ενδείξεων εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς (*indicated interventions*). Στις *γενικές παρεμβάσεις* περιλαμβάνονται οι ενημερωτικές εκστρατείες στα σχολεία και οι εκστρατείες δια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ανεξαρτήτως της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς. Στις *ειδικές παρεμβάσεις* περιλαμβάνεται η εκπαίδευση των γονέων με

χαμηλό εισόδημα και των μονογονεϊκών οικογενειών, ενώ στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση των δραστών ενδοοικογενειακής βίας.

Οι μέχρι σήμερα παρεμβάσεις αφορούσαν κυρίως στη δευτερογενή και τριτογενή αντιμετώπιση, δίνοντας προτεραιότητα στην παροχή άμεσης βοήθειας και υποστήριξης στα θύματα και στην επιβολή τιμωρίας στους δράστες. Πλέον, καθίσταται σαφές ότι για την αντιμετώπιση της βίας θα πρέπει να ληφθούν μέτρα και στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης, καθώς η απάντηση στη βία δεν θα πρέπει να περιλαμβάνει μόνον την προστασία και την υποστήριξη των θυμάτων, αλλά θα πρέπει να προωθεί τη μη άσκηση βίας και να τροποποιεί τις καταστάσεις και τις περιστάσεις που οδηγούν στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Η επιτυχία της αντιμετώπισης της βίας βασίζεται στη συνεργασία τόσο σε τοπικό, όσο και σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Στις παρεμβάσεις σε τοπικό επίπεδο θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των ατόμων που παρέχουν ιατρική φροντίδα, της Αστυνομίας, των κοινωνικών λειτουργών, των εργοδοτών και των κυβερνητικών αξιωματούχων. Σε εθνικό επίπεδο, θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία πολλών υπουργείων, τα οποία ασχολούνται με τα ζητήματα της εκπαίδευσης, της εργασίας, της άμυνας και όχι μόνον αυτών που ασχολούνται με τα ζητήματα επιβολής του νόμου, των κοινωνικών υπηρεσιών και της υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η συνεργασία και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ διαφόρων οργανώσεων και οργανισμών, όπως η διεθνής ανταπόκριση σχετικά με το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) είναι δυνατόν να συμβάλλουν θετικά στην αντιμετώπιση και στη λήψη μέτρων πρόληψης (*Krug et al., 2002*)

Ειδικότερα, όσον αφορά στη νεανική βία, έχουν προταθεί διάφορες στρατηγικές πρόληψης, με βάση την ηλικία (Πίνακας 1-15).

Οι κατ' οίκον επισκέψεις κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία από νοσηλευτές ή άλλα άτομα που παρέχουν ιατρική περίθαλψη αποσκοπούν στην εκπαίδευση, στην υποστήριξη και στην παροχή συμβουλευτικής στους γονείς, καθώς και στην παρακολούθηση και παραπομπή σε υπηρετούντες στις κοινωνικές υπηρεσίες, ιδίως των μητέρων με χαμηλό εισόδημα, καθώς και οικογενειών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης των παιδιών ή οικογενειών με άλλα προβλήματα υγείας.

Η εκπαίδευση των γονέων έχει ως στόχο τη βελτίωση των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των γονέων και των παιδιών τους, την ενθάρρυνση των γονέων να χρησιμοποιούν σταθερές/συνεπείς μεθόδους ανατροφής και την υποβοήθηση στην ανάπτυξη αυτοελέγχου κατά την ανατροφή των παιδιών. Τέτοια προγράμματα εκπαίδευσης έχουν εφαρμοσθεί στην Κίνα, στη Γερμανία, στη Νέα Ζηλανδία, στη Σιγκαπούρη και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στα προγράμματα καθοδήγησης είναι δυνατόν να συμμετέχουν μεγαλύτεροι ηλικιακά συμμαθητές, δάσκαλοι, σύμβουλοι, αστυνομικοί ή άλλα μέλη της κοινότητας.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, όπως για παράδειγμα η βελτίωση του φωτισμού στους δημοσίους δρόμους, είναι δυνατόν να μειώσουν τις βίαιες επιθέσεις. Στα προγράμματα επιτήρησης σε επίπεδο κοινότητας συμπεριλαμβάνονται και προγράμματα συνεργασίας μεταξύ αστυνομικών και ιατρών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση θυμάτων, δραστών ή αυτοπτών μαρτύρων νεανικής βίας.

Μάλιστα, σύμφωνα με την Έκθεση του 2014 του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για την Πρόληψη της Βίας (WHO, 2014), σε διάφορες χώρες όπου εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα προγράμματα φαίνεται ότι υπήρχαν θετικά αποτελέσματα. Πιο αναλυτικά:

- Τα προγράμματα προσχολικής ενημέρωσης των παιδιών (*preschool enrichment*) σχετικά με τις δεξιότητες που θα οδηγήσουν σε επιτυχείς σχολικές επιδόσεις και κατ' επέκταση στην αύξηση της πιθανότητας ακαδημαϊκής επιτυχίας είναι δυνατόν να μειώσουν τις συλλήψεις ατόμων ηλικίας 20-24 ετών για βίαιη συμπεριφορά κατά τουλάχιστον 40%.
- Η εκμάθηση δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν τα παιδιά να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα (*life skills training*), όπως η διαχείριση θυμού, είναι δυνατόν να μειώσουν την εφηβική βία κατά τουλάχιστον 29%.
- Τα προγράμματα καθοδήγησης (*mentoring programmes*) είναι δυνατόν να μειώσουν την έναρξη χρήσης εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και τις απουσίες από το σχολείο.
- Στην πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού (*bullying*) περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων τα μαθήματα διαχείρισης θυμού, η εκπαίδευση ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και η υιοθέτηση σχολικών πολιτικών ενάντια στον σχολικό εκφοβισμό.

Όσον αφορά στην κακοποίηση των παιδιών, έχουν επίσης προταθεί και εφαρμοσθεί διάφορα προγράμματα. Πέραν των κατ' οίκον επισκέψεων, η συμμετοχή των ιατρών και των λοιπών εμπλεκομένων στην περίθαλψη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης. Η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγείας κρίνεται επιτακτική και μάλιστα σε διάφορες χώρες, όπως στις Η.Π.Α., έχουν ήδη εκδοθεί κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών, καθώς και τη σεξουαλική κακοποίηση από την Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (American Medical Association) και την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics). Μάλιστα, η εκπαίδευση αυτή προτείνεται να συμπεριλαμβάνεται στις προπτυχιακές σπουδές των φοιτητών ιατρικής. Σύμφωνα, δε, με τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Παιδιών, κάθε κράτος οφείλει να παρέχει κοινωνική, ψυχιατρική και νομική υποστήριξη σε όλα τα παιδιά-θύματα κακοποίησης.

Πέραν όμως της έγκαιρης αναγνώρισης από τους επαγγελματίες της υγείας, κρίνεται επιτακτική και η ύπαρξη ενός συστήματος υποστήριξης των παιδιών-θυμάτων, όχι μόνον από δικαστικής πλευράς, αλλά και υπό το πρίσμα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Η ανεπαρκής χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών είναι δυνατόν να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα στη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

Σε πολλές χώρες (συμπεριλαμβανόμενης και της Ελλάδας), η αναφορά των ύποπτων περιστατικών κακοποίησης παιδιών είναι υποχρεωτική. Σύμφωνα με έρευνα στις Η.Π.Α. (*Martone et al., 1996*), το 72% των καταγγελιών (επί συνόλου 451 υποθέσεων) για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών θεωρήθηκαν κατά την ποινική εκδίκαση ως αληθινές/πιθανές. Η υποχρεωτική θεραπεία των δραστών σεξουαλικής βίας είναι ακόμη ένα σημαντικό ζήτημα, το οποίο μέχρι και σήμερα, τίθεται υπό αμφισβήτηση. Όπως και στις λοιπές μορφές διαπροσωπικής βίας, έτσι και στην κακοποίηση των παιδιών, υπάρχουν στρατηγικά προγράμματα, τα οποία μπορούν να εφαρμοσθούν σε κοινωνικό επίπεδο και τα οποία είναι δυνατόν να δράσουν προληπτικά, μειώνοντας ή ακόμη και εξαφανίζοντας τους παράγοντες κινδύνου. Η καταπολέμηση της φτώχειας, η βελτίωση της εκπαίδευσης και της αγοράς εργασίας, καθώς και η αύξηση της διαθεσιμότητας και της ποιότητας προγραμμάτων παιδικής φροντίδας θα πρέπει να αποτελούν τους βασικότερους στόχους για την αντιμετώπιση της κακοποίησης των παιδιών. Η πλήρης απουσία ή ακόμη και η σχετική ανεπάρκεια επίσημων στοιχείων σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών, καθιστά αρκετά δύσκολη την εφαρμογή στρατηγικών προγραμμάτων.

Βεβαίως, η άγνοια όσον αφορά, τόσο στο γεγονός ότι η βία είναι ζήτημα δημόσιας υγείας και όχι μόνον εγκληματολογικό, όσο και στο γεγονός ότι η βία μπορεί να προληφθεί, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στη λήψη των καταλλήλων μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισής της. Το επίπεδο αποδοχής της βίας, καθώς και η πεποίθηση ότι δεν είναι δυνατή η επίτευξη ύπαρξης μίας κοινωνίας χωρίς βία αποτελούν επιπρόσθετους ανασταλτικούς παράγοντες. Συνέπεια όλων των ανωτέρω προβλημάτων είναι η διαιώνιση της πεποίθησης ότι η βία θα πρέπει να συνεχίζει να αντιμετωπίζεται με τις υπάρχουσες μεθόδους, μέσω του δικαστικού συστήματος, ενώ η μεγαλύτερη προσπάθεια αντιμετώπισης των πιο «ορατών» μορφών βίας, όπως η νεανική βία, έχει ως αποτέλεσμα οι «αθέατες» μορφές βίας, όπως η συζυγική/συντροφική βία και η κακοποίηση των παιδιών να τίθενται σε δεύτερη μοίρα.

Η νεανική βία, η κακοποίηση των παιδιών και η συζυγική/συντροφική βία, καθώς και η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών είναι προβλήματα τα οποία συνήθως συνυπάρχουν στο πλαίσιο της οικογένειας, γεγονός το οποίο καθιστά αναγκαία την αντιμετώπιση του προβλήματος στο σύνολό του και όχι αποσπασματικά.

Η δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που επιτρέπει και προωθεί δίκαιες και μη βίαιες προσωπικές σχέσεις θα πρέπει να αποτελεί τον σημαντικότερο στόχο για την πρόληψη της βίας, ιδίως της ενδοοικογενειακής.

Η βάση για ένα τέτοιο περιβάλλον θα πρέπει να είναι η νέα γενιά των παιδιών, τα οποία θα πρέπει τόσο να εφοδιασθούν με καλύτερα προσόντα, σε σχέση με τους γονείς τους, σχετικά με τη διαχείριση των σχέσεών τους και την επίλυση των συγκρούσεών τους, καθώς και με τις κατάλληλες αντιλήψεις, σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες μπορούν να συνδέονται μεταξύ τους και να μοιράζονται την εξουσία, όσο και με τη δημιουργία περισσότερων ευκαιριών για το μέλλον τους (*Krug et al., 2002*).

	Βρεφονηπιακή ηλικία (0-3 έτη)	Πρώιμη παιδική ηλικία (3-5 έτη)	Μέση παιδική ηλικία (6-11 έτη)
Ατομικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών - Αύξηση πρόσβασης σε προγεννητική και μεταγεννητική περίθαλψη 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα κοινωνικής ανάπτυξης - Προγράμματα προσχολικής ενημέρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα κοινωνικής ανάπτυξης
Επίπεδο σχέσεων	<ul style="list-style-type: none"> - Κατ' οίκον επισκέψεις - Εκπαίδευση γονέων 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκπαίδευση γονέων 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα καθοδήγησης - Προγράμματα που προάγουν τη συμμετοχή των γονέων
Επίπεδο κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος των επιπέδων μολύβδου και απομάκρυνση τοξικών ουσιών από το οικιακό περιβάλλον - Αύξηση της διαθεσιμότητας εγκαταστάσεων φροντίδας παιδιών 	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος των επιπέδων μολύβδου και απομάκρυνση τοξικών ουσιών από το οικιακό περιβάλλον - Αύξηση διαθεσιμότητας και ποιότητας προγραμμάτων προσχολικής ενημέρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία ασφαλούς πρόσβασης από και προς τα σχολεία και άλλους χώρους κοινωνικών δραστηριοτήτων - Βελτίωση του περιβάλλοντος των σχολείων (πρακτικές δασκάλων, σχολικές πολιτικές και ασφάλεια) - Δημιουργία προγραμμάτων μετά το σχολείο, με σκοπό την επέκταση της επίβλεψης από ενηλίκους - Εξωσχολικές δραστηριότητες
Επίπεδο κοινωνίας	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση φτώχειας/ανεργίας - Μείωση οικονομικών ανισοτήτων 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση φτώχειας/ανεργίας - Μείωση οικονομικών ανισοτήτων - Μείωση της βίας που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης - Ενημερωτικές εκστρατείες 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση φτώχειας/ανεργίας - Μείωση οικονομικών ανισοτήτων - Μείωση της βίας που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης - Καμπάνιες ενημέρωσης του κοινού - Αναμόρφωση εκπαιδευτικών συστημάτων

Πίνακας 1-15. Στρατηγικές πρόληψης της βίας με βάση την ηλικία. (Πηγή: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano, *World Report on Violence and Health*, WHO 2002)

	Εφηβική ηλικία (12-19 έτη)	Πρώιμη ενήλικη ζωή (20-29 έτη)
Ατομικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα κοινωνικής ανάπτυξης - Δημιουργία κινήτρων για τους νέους που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς με σκοπό να ολοκληρώσουν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση - Προγράμματα ακαδημαϊκής ενημέρωσης και απόκτησης δεξιοτήτων 	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία κινήτρων με σκοπό την επιδίωξη υψηλόβαθμης εκπαίδευσης - Επαγγελματικός προσανατολισμός
Επίπεδο σχέσεων	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα καθοδήγησης - Προγράμματα αναδοχής για σοβαρούς και χρόνιους παραβάτες - Οικογενειακή θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα ενίσχυσης της οικογένειας και της απασχόλησης και μείωσης της εμπλοκής σε βίαια περιστατικά
Επίπεδο κοινότητας	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία ασφαλούς πρόσβασης από και προς τα σχολεία και άλλους χώρους κοινωνικών δραστηριοτήτων - Βελτίωση του περιβάλλοντος των σχολείων (πρακτικές δασκάλων, σχολικές πολιτικές και ασφάλεια) - Εξωσχολικές δραστηριότητες - Εκπαιδευτικά προγράμματα για τους παρέχοντες ιατρική περίθαλψη με σκοπό την αναγνώριση και παραπομπή των νέων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς - Προγράμματα εποπτείας σε επίπεδο κοινότητας - Μείωση της πρόσβασης σε οινόπνευματώδη ποτά - Βελτίωση των εγκαταστάσεων επείγουσας νοσοκομειακής περίθαλψης και της πρόσβασης σε αυτές 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγράμματα ψυχαγωγικής ενασχόλησης - Προγράμματα εποπτείας σε επίπεδο κοινότητας - Μείωση της πρόσβασης σε οινόπνευματώδη ποτά - Βελτίωση των εγκαταστάσεων επείγουσας νοσοκομειακής περίθαλψης και της πρόσβασης σε αυτές
Επίπεδο κοινωνίας	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση φτώχειας/ανεργίας - Μείωση οικονομικών ανισοτήτων - Μείωση της βίας που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης - Καμπάνιες ενημέρωσης του κοινού - Αναμόρφωση εκπαιδευτικών συστημάτων - Επιβολή νομικού πλαισίου σχετικά με την απαγόρευση οπλοκατοχής από νεαρά άτομα - Μέριμνα για την ασφαλή φύλαξη των όπλων - Βελτίωση και ενίσχυση της αστυνόμευσης και της απονομής δικαιοσύνης 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση φτώχειας/ανεργίας - Μείωση οικονομικών ανισοτήτων - Προγράμματα απασχόλησης για τους χρονίως ανέργους - Ενημερωτικές εκστρατείες - Μέριμνα για την ασφαλή φύλαξη των όπλων - Βελτίωση και ενίσχυση της αστυνόμευσης και της απονομής δικαιοσύνης

Πίνακας 1-15. (συνέχεια)

2. ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΙΑ

2.1. Διαπροσωπική βία - Βία στην κοινότητα

Η έρευνα των *Hedeboe et al. (1985)*, ίσως αποτελεί μία από τις πρώτες έρευνες σχετικά με τη διαπροσωπική βία και τις προκληθείσες κακώσεις στα θύματα, τα οποία είχαν εξετασθεί και από Ιατροδικαστή. Η εν λόγω έρευνα αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, κατά την περίοδο Μάιος 1981-Φεβρουάριος 1982, τα οποία είχαν εξετασθεί είτε σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου, είτε σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στο Άαρχους. Το 3.8% (1639 άτομα) εκ του συνόλου των ατόμων που είχαν εξετασθεί σε κάποια από τις προαναφερθείσες ιατρικές μονάδες, αφορούσαν σε θύματα διαπροσωπικής βίας, χωρίς όμως να αναφέρεται στην έρευνα η κατηγοριοποίηση και ο διαχωρισμός των περιστατικών σε βία στην κοινότητα και ενδοοικογενειακή βία. Το 77% των θυμάτων ήταν άρρενα άτομα, τα οποία ήταν συχνότερα ηλικίας 15-34 ετών (31.7%: 15-19 ετών, 26.9%: 20-24 ετών, 15.8%: 25-29 ετών, 12.6%: 30-34 ετών). Τα περιστατικά με άρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν λάβει χώρα από την Παρασκευή έως την Κυριακή (65.7%) σε σχέση με τα περιστατικά με θήλεα θύματα (50.8%). Όταν το περιστατικό βίας είχε λάβει χώρα στην οικία του θύματος, ήταν πιθανότερο να αφορά σε θήλεα θύματα (45.2%) σε σχέση με τα άρρενα άτομα (7.4%). Αντιθέτως, τα περιστατικά σε χώρους διασκέδασης και δημοσίου δρόμου ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε θυματοποίηση αρρένων (46.6%) παρά θηλέων ατόμων (24.6%). Το 43% των θυμάτων είχαν καταναλώσει κάποια ποσότητα αιθυλικής αλκοόλης (οινόπνευμα), γεγονός που επιβεβαιώθηκε είτε κλινικώς, είτε εργαστηριακώς με προσδιορισμό της συγκέντρωσής της σε δείγμα αίματος. Στο 74.4% των περιστατικών οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους ως θλών όργανο (75.3% εναντίον αρρένων και 71.7% εναντίον θηλέων), στο 3.5% κάποιο θλών αντικείμενο και στο 11.1% κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (12.1% εναντίον αρρένων και 7.4% εναντίον θηλέων). Οι κακώσεις από πυροβόλα όπλα ήταν αρκετά σπάνιες (0.2% εναντίον αρρένων και 0.5% εναντίον θηλέων), αλλά εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη θνητότητα (60%).

Η έρευνα των *Brink et al. (1998)* αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί κατά την περίοδο Αύγουστος 1993-Ιούλιος 1994 είτε σε Νοσοκομείο είτε σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στο Άαρχους. Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα μελετήθηκαν οι κακώσεις που είχαν διαπιστωθεί σε 1.481 άτομα (1.156 άρρενα και 325 θήλεα). Το 69% των κακώσεων είχαν διαπιστωθεί στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (78% των αρρένων και 73% των θηλέων). Οι κακώσεις αυτές ήταν πιθανότερο να εντοπιζόνταν στο αριστερό ημιμόριο της κεφαλής και του τραχήλου, ενώ όσον αφορά

στην εντόπιση σε σχέση με το φύλο του θύματος, στα αρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να εντοπίζονταν στην περιοχή της ρινός και του στόματος και στα θήλεα άτομα στον τράχηλο και στην ινιακή χώρα του τριχωτού της κεφαλής. Η δεύτερη σε συχνότητα εντόπιση ήταν τα άνω άκρα (14%), εκ των οποίων το 5% εντοπίζονταν στη ραχιαία επιφάνεια της δεξιάς άκρας χειρός. Όταν τα αρρενα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή και στη ραχιαία επιφάνεια των άκρων χειρών. Οι εκχυμώσεις ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα θήλεα θύματα (45.7% έναντι 30.6% των αρρένων), ενώ τα τραύματα ήταν συχνότερα στα αρρενα άτομα (17.9% έναντι 8.5% των θηλέων). Όταν το θύμα ήταν άρρεν, ήταν πιθανότερο ο δράστης να είχε λακτίσει (17.2% έναντι 9.4% των θηλέων) ή να είχε κουτουλήσει το θύμα (2.6% έναντι 0.7% των θηλέων), καθώς και να είχε χρησιμοποιήσει κάποιο μπουκάλι σαν θλων ή τέμνον όργανο (8.4% έναντι 4.6% των θηλέων). Όταν το θύμα ήταν θήλυ, ήταν πιθανότερο ο δράστης να είχε προβεί σε απόπειρα στραγγαλισμού (4.6% έναντι 1.4% των αρρένων), καθώς και να είχε απωθήσει με τα χέρια του το θύμα με αποτέλεσμα το θύμα να είχε προσκρούσει είτε σε κάποιον τοίχο (6.5% έναντι 2% των αρρένων), είτε στο έδαφος (8.7% έναντι 3.5% των αρρένων). Το 5.8% των θυμάτων έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας. Μάλιστα, η ανάγκη νοσηλείας ήταν πιθανότερη όταν το θύμα έφερε κάποιο τραύμα από νύσσον και τέμνον όργανο (10.3%) σε σχέση με τα θαλαστικά τραύματα (5.5%).

Μία νεώτερη έρευνα του *Brink* (2009) αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί κατά την περίοδο 1999-2000 στις προαναφερθείσες ιατρικές μονάδες στο Άαρχους. Εκ των συνολικά 1.106 εξετασθέντων θυμάτων διαπροσωπικής βίας (779 αρρενα και 327 θήλεα) στο 87% των αρρένων και στο 73% των θηλέων είχε διαπιστωθεί τουλάχιστον μία κάκωση στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Στα αρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί τραύματα από πυροβόλα όπλα και ανθρώπινα δήγματα (31% των αρρένων έναντι 15% των θηλέων), εκδορές εκ προστριβής και κακώσεις των οδόντων, ενώ οι εκχυμώσεις ήταν συχνότερες στα θήλεα άτομα (32% των θηλέων έναντι 17% των θηλέων). Οι κακώσεις στην περιοχή της ρινός και του στόματος ήταν συχνότερες στα αρρενα θύματα, ενώ οι κακώσεις στην περιοχή του τραχήλου ήταν συχνότερες στα θήλεα άτομα (19%) σε σχέση με τα αρρενα άτομα (13%). Όσον αφορά στο μηχανισμό πρόκλησης των κακώσεων, οι δράστες ήταν πιθανότερο να είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο θλων όργανο, όταν το θύμα ήταν άρρεν (10% έναντι 8% κατά θηλέων) και να είχαν προβεί σε απόπειρα στραγγαλισμού, όταν το θύμα ήταν θήλυ (10% έναντι 4% κατά αρρένων).

Η έρευνα των *Seifert et al.* (2009) αφορούσε στις ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις που είχαν διενεργηθεί σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στο Αμβούργο κατά την περίοδο Φεβρουάριος 2003-Δεκέμβριος 2005. Συνολικά είχαν εξετασθεί 3.074 άτομα και στην

έρευνα συμπεριλήφθηκαν τα θύματα ηλικίας άνω των 14 ετών (1.700 θήλεα και 1.033 άρρενα άτομα). Το 31% των περιστατικών αφορούσαν σε συζυγική/συντροφική βία (26% σωματική και 5% σεξουαλική βία) και σε ένα επιπρόσθετο 29% το θύμα γνώριζε τον δράστη (20% σωματική και 9% σεξουαλική βία). Στο 35% των περιστατικών, το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη (21% σωματική και 6% σεξουαλική βία), εκ των οποίων το 8% αφορούσαν σε ληστείες. Το 93.6% των θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας ήταν γυναίκες και το 6.4% άνδρες, ενώ όσον αφορά στα περιστατικά σωματικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων (εξαιρουμένων των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας) το 54.6% των θυμάτων ήταν άρρενα και το 45.4% θήλεα άτομα. Όταν ο δράστης ήταν άγνωστος στο θύμα (εξαιρουμένων των περιστατικών σεξουαλικής βίας), ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν (75.1%) παρά θήλυ (24.9%). Τα περιστατικά σεξουαλικής βίας, ανεξαρτήτως της σχέσης του θύματος με τον δράστη, ήταν πιθανότερο να είχαν συμβεί κατά το Σαββατοκύριακο (30.1% μεταξύ συζύγων/συντρόφων, 46.2% μεταξύ λοιπών γνωστών ατόμων, 40.4% μεταξύ αγνώστων ατόμων). Στο 76.6% των περιστατικών, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματος ως μέσο άσκησης σωματικής βίας και μάλιστα αυτό ήταν πιθανότερο στα περιστατικά άσκησης σωματικής συζυγικής/συντροφικής βίας (81.6%) σε σχέση με το λοιπό δείγμα (62.5%). Στο 15.9% των περιστατικών, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει και κάποιο αντικείμενο, το οποίο ήταν πιθανότερο να είχε συμβεί στις περιπτώσεις των ληστειών (30.6%), ενώ στο 6.6% είχε χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο αντικείμενο, το οποίο ήταν πιθανότερο στα περιστατικά σωματικής βίας μεταξύ αγνώστων (11.2%) και γνωστών (8.4%) ατόμων. Η διαπίστωση κακώσεων στην κεφαλή ήταν συχνότερη στα περιστατικά σωματικής βίας κατά τη διάρκεια ληστειών (64.8%), καθώς και μεταξύ συζύγων/συντρόφων (57.8%), γνωστών (57.8%) και αγνώστων ατόμων (57.3%), ενώ στα περιστατικά σεξουαλικής βίας ήταν συχνότερη όταν ο δράστης ήταν ο/η σύζυγος/σύντροφος (27.6%) ή όταν ήταν άγνωστος στο θύμα (25.7%). Οι κακώσεις στον τράχηλο ήταν συχνότερες στα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων (14.2%) και μεταξύ γνωστών ατόμων (11.5%), καθώς και στα περιστατικά σεξουαλικής βίας, στα οποία τα θύματα γνώριζαν τους δράστες (11.1%). Η διαπίστωση κακώσεων τόσο στην κεφαλή, όσο και στον τράχηλο ήταν συχνότερη στα περιστατικά σωματικής συζυγικής/συντροφικής βίας (9%) και μεταξύ γνωστών ατόμων (8%), καθώς και στα περιστατικά ληστειών (6.5%), ενώ οι κακώσεις στη ράχη ήταν συχνότερες στα περιστατικά σωματικής συζυγικής/συντροφικής βίας (17.2%) και στα περιστατικά σεξουαλικής βίας μεταξύ αγνώστων ατόμων (11.7%), καθώς και στα περιστατικά βίας (σωματικής ή σεξουαλικής) μεταξύ γνωστών ατόμων (11.1% σε αμφότερες τις κατηγορίες). Όσον αφορά στα άνω άκρα ήταν συχνότερες στα περιστατικά (σωματικής ή σεξουαλικής) συζυγικής/συντροφικής βίας (52.9% και 44.7%,

αντίστοιχα) και στα περιστατικά σωματικής βίας μεταξύ γνωστών ή αγνώστων ατόμων (37.8% και 32% αντίστοιχα), ενώ στα κάτω άκρα ήταν συχνότερες στα περιστατικά (σεξουαλικής ή σωματικής) συζυγικής/συντροφικής βίας (42.3% και 35.5%, αντίστοιχα), καθώς και στα περιστατικά σεξουαλικής βίας μεταξύ αγνώστων και γνωστών ατόμων (26.9% και 23.9%, αντίστοιχα). Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε μεταξύ του περιστατικού σεξουαλικής βίας και της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης ήταν 0,75 ημέρες όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, 1,43 ημέρες όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη και 1,77 ημέρες όταν δράστης ήταν ο/η σύζυγος/σύντροφος. Όσον αφορά στα θύματα σωματικής βίας, ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε μέχρι την εξέταση ήταν 2,04 ημέρες όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, 2,05 ημέρες όταν δράστης ήταν ο/η σύζυγος/σύντροφος και 2,19 ημέρες όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη. Η απουσία κακώσεων ήταν πιθανότερη στα περιστατικά σεξουαλικής βίας (ανεξαρτήτως της σχέσης θύματος και δράστη), καθώς και στα περιστατικά σωματικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων (48.3%). Στο 12% των θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας οι κακώσεις θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, ενώ στο 4.6% των θυμάτων βίας μεταξύ γνωστών ατόμων, στο 2.9% των θυμάτων βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων και μεταξύ γνωστών ατόμων, οι κακώσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι έχουν ήδη θέσει σε κίνδυνο την υγεία των θυμάτων.

Η έρευνα των *Hofner et al. (2009)* αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί κατά το έτος 2006 από Ιατροδικαστή, στο πλαίσιο της εξέτασης/νοσηλείας σε Νοσοκομείο στη Λωζάννη. Εκ των 422 εξετασθέντων θυμάτων, το 56.6% αφορούσε σε άρρενα και το 43.3% σε θήλεα άτομα. Το 66.1% των θυμάτων ήταν ηλικίας 16-34 ετών (69.5% των αρρένων και 61.7% των θηλέων) και το 57.3% (52.3% των αρρένων και 63.9% των θηλέων) δεν ήταν Ελβετοί, αλλά αλλοδαποί. Το 63.5% των περιστατικών αφορούσαν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα (88.7% εκ των αρρένων και 30.6% εκ των θηλέων θυμάτων) και το 36.7% σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (11.3% εκ των αρρένων και 69.9% εκ των θηλέων θυμάτων), εκ των οποίων 31.8% αφορούσαν σε περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας (7.9% εκ των αρρένων και 62.8% εκ των θηλέων θυμάτων). Το 31.5% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα στην οικία του θύματος ή του δράστη (13% εκ των αρρένων και 52.7% εκ των θηλέων θυμάτων) και το 25.6% σε κάποιον χώρο ψυχαγωγίας ή εστίασης (37.7% εκ των αρρένων και 9.8% εκ των θηλέων θυμάτων). Στο 85.3% των περιστατικών, ο δράστης ήταν άρρεν άτομο (85.8% εκ των περιστατικών με άρρενα και 84.7% εκ των περιστατικών με θήλεα θύματα) και στο 60.2% των περιστατικών το θύμα γνώριζε τον δράστη (37.7% εκ των αρρένων και 89.1% εκ των θηλέων θυμάτων).

Σύμφωνα με την έρευνα των *Reijnders & Ceelen (2014)*, η οποία αφορούσε στις ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις που διενεργήθηκαν στο Άμστερνταμ κατά το χρονικό

διάστημα Μάρτιος 2005-Μάρτιος 2010, εκ των συνολικά 7.208 θυμάτων, τα 1.839 (25.5%) ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας και τα 5.369 (74.5%) ήταν θύματα βίας στην κοινότητα. Το 95% των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας είχαν λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, το 85% των θυμάτων ήταν θήλεα άτομα και το 70% των δραστών είχαν γρονθοκοπήσει το θύμα. Στο 63% των θυμάτων είχαν προκληθεί εκχυμώσεις και στο 4% ο δράστης είχε δαγκώσει το θύμα, ενώ στο 4% είχαν προκληθεί κατάγματα, συμπεριλαμβανόμενων και των καταγμάτων των οδόντων. Όσον αφορά στα θύματα περιστατικών βίας στην κοινότητα, το 67% ήταν άρρενα άτομα και στο 19% των περιστατικών οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, γεγονός πιθανότερο όταν το θύμα ήταν ανήλικος (27% για τα αγόρια και 23% για τα κορίτσια). Η χρήση της κεφαλής ως θλών όργανο, καθώς και κάποιου θλώντος αντικειμένου ήταν πιθανότερο στα περιστατικά βίας στην κοινότητα σε σχέση με τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Τα θύματα περιστατικών βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να έφεραν επιφανειακά τραύματα από τέμνοντα όργανα και τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, καθώς και κατάγματα, ιδίως όσον αφορά στους οδόντες. Στο 7% των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και στο 10% των θυμάτων βίας στην κοινότητα δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις.

Σύμφωνα με την έρευνα των *de Souza et al. (2016)*, κατά την τετραετία 2008-2011, τα οποία εξετάστηκαν σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στη Βορειοανατολική Βραζιλία συνολικά 7.132 θύματα διαπροσωπικής βίας και το 3.6% εξ αυτών αφορούσε σε θυματοποίηση ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών. Το 60.2% των θυμάτων ήταν άνδρες και το 39.8% γυναίκες, ενώ το 77.6% των δραστών ήταν άρρενα άτομα και το 22.4% θήλεα. Τα περιστατικά αφορούσαν στην πλειονότητα τους σε άτομα ηλικίας 60-69 ετών (61.4%), ενώ το 30.5% ήταν ηλικίας 70-79 ετών και το 8.1% ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών. Το 58.1% των θυμάτων ήταν έγγαμοι και το 82% γνώριζαν τους δράστες. Το 67.9% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα σε καθημερινές ημέρες και το 32.1% τα Σαββατοκύριακα. Στο 60.7% των περιστατικών, οι δράστες είχαν ασκήσει μόνον φυσική βία και στο 5.4% είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο πυροβόλο όπλο. Στην πλειονότητα των περιστατικών (90.1%) είχαν διαπιστωθεί μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις και στο 42.9% εντοπίζονταν τουλάχιστον στο πρόσωπο. Στο 26.3% οι κακώσεις είχαν διαπιστωθεί μόνον στην κεφαλή, στο 22.4% μόνον στα άνω άκρα, στο 6.2% στα κάτω άκρα και στο 37.8% σε πολλαπλές θέσεις του σώματος. Με βάση την περαιτέρω ανάλυση των περιστατικών δημιουργήθηκαν δύο προφίλ θυμάτων. Στο πρώτο περιλαμβάνονταν έγγαμοι άνδρες ηλικίας 70-79 ετών, οι οποίοι είχαν δεχθεί βία από άρρενα άτομα, άγνωστα σε αυτούς, στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα, κατά τη διάρκεια της νύχτας και εμφάνιζαν κακώσεις τουλάχιστον στο πρόσωπο, ενώ στο δεύτερο περιλαμβάνονταν άγαμες, χήρες ή εν διαστάσει γυναίκες,

ηλικίας 60-69 ετών, οι οποίες είχαν δεχθεί κυρίως φυσική βία από γνωστά σε αυτές θήλεα άτομα, στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας, κατά τη διάρκεια της ημέρας και δεν εμφάνιζαν κακώσεις στο πρόσωπο, αλλά σε άλλες περιοχές του σώματος.

Στην έρευνα των *Pfeiffer et al. (2016)*, η οποία αφορούσε στις ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις που είχαν διενεργηθεί κατά την περίοδο 2002-2012 σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στο Αμβούργο, εκ των συνολικά 11.429 θυμάτων διαπροσωπικής βίας, οι 116 (1%) αφορούσαν σε θύματα οδηγικής βίας, τα οποία ήταν πιθανότερο να ήταν άρρενα (75.9%) παρά θήλεα άτομα (24.1%). Ομοίως και οι δράστες ήταν πιθανότερο να ήταν άρρενα (85.7%) παρά θήλεα άτομα (9.8%). Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 38,7 έτη (εύρος: 12-76 έτη). Στο 75.9% των περιστατικών ο δράστης έδρασε μόνος του και στο 89.7% ήταν άγνωστος στο θύμα. Στην πλειονότητα των περιστατικών (68.1%) οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματος ως θλων όργανο και στο 31% είχαν χρησιμοποιήσει και κάποιο αντικείμενο. Οι κακώσεις εντοπιζόνταν πρωτίστως στο πρόσωπο (70.7%) και δευτερευόντως στα άκρα (άνω: 62.9% και κάτω: 37.1%) και στο κρανίο (16.4%). Στο 6% εκ των εξετασθέντων ατόμων δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις, ενώ στο 7.8% είχαν διαπιστωθεί κακώσεις οι οποίες θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο της υγείας του ατόμου και το 15.8% έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας, κυρίως λόγω εντόπισης των κακώσεων στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου.

Η έρευνα των *Bernardino et al. (2017)* αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί σε Κέντρο Ιατροδικαστικής και Οδοντιατρικής στη Βραζιλία (Καμπίνια Γκράντε), κατά την τετραετία 2008-2011. Εκ των 7.132 θυμάτων, τα 3.734 (52.4%) ήταν θήλεα και τα 3.964 (57.9%) ήταν άγαμοι. Το 2.5% αφορούσαν σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 9 ετών, το 19.5% μεταξύ 10 και 19 ετών, το 36.2% μεταξύ 20 και 29 ετών και το 41.7% μεγαλύτερης των 30 ετών. Στο 30.9% των περιστατικών, το συμβάν αφορούσε σε ενδοοικογενειακή βία (14.3% νυν σύζυγος/σύντροφος, 9.6% πρώην σύζυγος/σύντροφος και 13.2% άλλο μέλος της οικογένειας), ενώ στο 69.1% σε βία στην κοινότητα (42.6% γνωστοί στα θύματα δράστες και 20.3% άγνωστοι). Στο 40.7% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις στο πρόσωπο, ενώ στο 1.6% κατάγματα των οστών του προσωπικού κρανίου και στο 0.6% κατάγματα οδόντων. Στο 22.8% των θυμάτων, οι κακώσεις εντοπιζόνταν μόνον στην κεφαλή, στο 15.9% μόνον στα άνω άκρα και στο 5.6% μόνον στα κάτω άκρα, ενώ στο 46.3% είχαν διαπιστωθεί κακώσεις σε πολλαπλές θέσεις του σώματος.

Πέραν, όμως, των ερευνών που αφορούν σε θύματα, τα οποία έχουν εξετασθεί από Ιατροδικαστή, υπάρχουν και έρευνες που έχουν διενεργηθεί στο πλαίσιο της περίθαλψης των θυμάτων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Οι έρευνες των *Kjaerulff et al. (1989)* και *Breiting et al. (1989a)* αφορούσαν στα περιστατικά διαπροσωπικής βίας, τα θύματα των οποίων είχαν εξετασθεί από τον Φεβρουάριο 1985 έως και τον Ιανουάριο 1986 σε δύο Νοσοκομεία της Δανίας. Εκ των συνολικά 23.4802 ασθενών, οι 1.316 (0.6%) ήταν θύματα διαπροσωπικής βίας (953 άρρενα και 363 θήλεα άτομα). Η συχνότερη εντόπιση των κακώσεων ήταν η περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (74% των αρρένων και 72% των θηλέων), με τα άνω άκρα να αποτελούν τη δεύτερη σε συχνότητα ανατομική περιοχή (22% των αρρένων και 29% των θηλέων). Στο 17% (15% των αρρένων και 23% των θηλέων) είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στον κορμό και στο 8% (6% των αρρένων και 11% των θηλέων) στα κάτω άκρα. Τα τραύματα στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου ήταν η συχνότερη διαπιστωθείσα κάκωση (39.7%), ενώ το 25% των εκχυμώσεων αφορούσαν σε περιοφθαλμικές εκχυμώσεις. Το 62% των κακώσεων στα άνω άκρα ήταν εκχυμώσεις και τραύματα. Το 77% των θηλέων και το 65% των αρρένων θυμάτων είχαν πληγεί από κάποιο μέρος του σώματος του δράστη, το οποίο έδρασε ως θλων όργανο, ενώ στο 16% των περιστατικών με άρρενα θύματα και στο 9% με θήλεα θύματα, οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο ή είχαν δαγκώσει το θύμα. Στο 1.1% των ασθενών (1.4% των αρρένων και 0.6% των θηλέων) δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις και στο 77.9% (78.9% των αρρένων και 75.2% των θηλέων) οι κακώσεις θεωρούνταν ως ελαφράς μορφής τραυματισμοί. Το 4% των θυμάτων έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας, ενώ συνολικά το 26% παραπέμφθηκαν σε κάποιο άλλο τμήμα του Νοσοκομείου για περαιτέρω διερεύνηση.

Ανάλογες έρευνες με την προαναφερθείσα δημοσιεύθηκαν για την Αργεντινή, τη Χιλή και τη Νότιο Αφρική.

Όσον αφορά στις έρευνες για την Αργεντινή (*Aalund et al., 1989; Danielsen et al., 1989*), αφορούσαν στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί σε δύο Νοσοκομεία στο Μπουένος Άιρες, κατά τα έτη 1984 και 1985. Εκ των 281 θυμάτων, το 64% ήταν άνδρες, το 29% ήταν γυναίκες και το 6.7% ήταν αγόρια και κορίτσια ηλικίας μικρότερης των 14 ετών. Η πλειονότητα των περιστατικών (137) είχαν λάβει χώρα σε κάποιο δημόσιο χώρο και αφορούσαν αποκλειστικώς σε θυματοποίηση ανδρών, ενώ 79 περιστατικά είχαν συμβεί στην οικία του θύματος και αφορούσαν κυρίως σε γυναίκες. Στην πλειονότητα των περιστατικών (194) οι δράστες ήταν άρρενα άτομα και σε 57 περιστατικά οι δράστες ήταν περισσότεροι του ενός. Στο 51% των αρρένων και στο 88% των θηλέων θυμάτων, οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους, ενώ η χρησιμοποίηση πυροβόλου όπλου, νύσσοντος και τέμνοντος οργάνου και θλώντος αντικειμένου ήταν συχνότερη κατά των αρρένων θυμάτων, σε σχέση με τα θήλεα άτομα (17.7%, 17.7% και 18.7% αντίστοιχα για τα άρρενα θύματα και 4.8%, 8.4% και 9.6% αντίστοιχα για τα θήλεα θύματα). Το 52.5% των αρρένων θυμάτων

εμφάνιζαν ήπιας μορφής κακώσεις, με το αντίστοιχο ποσοστό των θηλέων να ανέρχεται στο 71.1%. Στο 0.5% των αρρένων θυμάτων και στο 3.6% των θηλέων δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις. Οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (43%) και δευτερευόντως στον κορμό (30%), στα άνω (16%) και στα κάτω άκρα (11%). Οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και τραύματα (53 εκ των 71 περιστατικών) και το 7% των εκχυμώσεων αφορούσαν σε περιοφθαλμικές εκχυμώσεις. Σε 35 θύματα είχαν διαπιστωθεί κατάγματα, 11 εκ των οποίων στα άνω άκρα, από 10 στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και στον κορμό και 4 στα κάτω άκρα. Το 6% των θυμάτων δεν χρειάστηκαν κάποιας μορφής περίθαλψη και στο 47% των περιστατικών η περίθαλψη ολοκληρώθηκε στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, χωρίς περαιτέρω παραπομπές. Η έρευνα της Χιλής (*Aalund et al., 1990*) αφορούσε στα 236 θύματα, τα οποία εξετάστηκαν από τον Μάιο έως τον Οκτώβριο του 1985 στην πρωτεύουσα Σαντιάγκο. Όλα τα περιστατικά αφορούσαν σε βία στην κοινότητα μεταξύ αγνώστων ατόμων και στην πλειονότητα των περιστατικών (174 εκ των 236 θυμάτων) δράστης ήταν κάποιος Αστυνομικός. Το 82% των θυμάτων ήταν άνδρες, το 14% γυναίκες και το 1.5% αγόρια και κορίτσια ηλικίας έως 14 ετών. Η πλειονότητα των περιστατικών είχαν λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο δρόμο, τόσο για άρρενα (81%), όσο και για τα θήλεα θύματα (79%). Τα περισσότερα περιστατικά είχαν συμβεί μεταξύ 18:00 και 23:59. Στο 34% των θυμάτων οι κακώσεις εντοπίζονταν στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, στο 35% στον κορμό, στο 16% στα άνω άκρα και στο 14% στα κάτω άκρα και αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και τραύματα. Το 81.3% των αρρένων και το 76.3% των θηλέων εμφάνιζαν ήπιας μορφής κακώσεις, ενώ όλα τα άτομα που εξετάστηκαν έφεραν κακώσεις. Η έρευνα της Νοτίου Αφρικής (*Butchart & Brown, 1991*) αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί κατά την περίοδο Ιούνιος 1989-Αύγουστος 1990 στην περιοχή Σοβέτο. Εκ των συνολικά 1.569 θυμάτων που συμπεριλήφθηκαν στην εν λόγω έρευνα, οι 1.292 (81.7%) ήταν κάτοικοι της περιοχής αυτής. Το 83.9% των θυμάτων ήταν άρρενα και το 16.1% ήταν θήλεα άτομα, στην πλειονότητα τους ενήλικες. Τα περισσότερα περιστατικά είχαν συμβεί τις Παρασκευές και τα Σάββατα, κυρίως κατά τις απογευματινές και τις βραδινές ώρες. Όταν το θύμα ήταν θήλυ, στο 55.2% το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο και το 34.6% σε κάποιον δημόσιο, ενώ όταν το θύμα ήταν άρρεν, στο 61.8% το περιστατικό είχε συμβεί σε κάποιον δημόσιο χώρο και το 21.8% σε κάποιον ιδιωτικό. Στην πλειονότητα των περιστατικών θυματοποίησης αρρένων, ο δράστης ήταν άγνωστος, ενώ στο 17.8% ήταν κάποιος γνωστός και στο 10.2% κάποιος φίλος του θύματος. Το 37.9% των περιστατικών των θηλέων θυμάτων αφορούσαν σε συζυγική/συντροφική βία. Η συχνότερη αιτία θυματοποίησης των αρρένων ήταν οι ληστείες (23.7%), ενώ των

θηλέων διαπροσωπικές διαφορές/διαφωνίες (43.1%). Ο συχνότερος μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων ήταν κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (52.2% των περιστατικών θυματοποίησης αρρένων και 51.4% των θηλέων), ενώ η χρήση κάποιου μέρους του σώματος από τον δράστη ήταν συχνότερη κατά των θηλέων (15.7% έναντι 9.8% κατά των αρρένων). Η χρήση πυροβόλων όπλων ήταν συχνότερη κατά των αρρένων (11.1% έναντι 2.4% κατά θηλέων), ενώ στο 17.7% των περιστατικών κατά θηλέων και στο 15.4% κατά αρρένων, οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο θλwn αντικείμενο. Οι κακώσεις εντοπίζονταν συχνότερα στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (37.5%) και αφορούσαν κυρίως σε τραύματα (32.3%) και κατάγματα (16.8%). Στο 30.3% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στον κορμό και στην πλειονότητα τους αφορούσαν σε τραύματα από νύσσον και τέμνον όργανο (76.3%).

Η έρευνα του *Hocking (1989)* αφορούσε στους ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 12 ετών, οι οποίοι εξετάστηκαν σε Νοσοκομείο στο Λονδίνο, κατά την περίοδο Οκτώβριος 1986-Ιανουάριος 1987. Εκ των 425 θυμάτων διαπροσωπικής βίας, το 77% ήταν άρρενες, το 55% ήταν ηλικίας 16-26 ετών και το 27% δεν εργάζονταν. Στο 46% των περιστατικών τα θύματα είχαν δεχθεί γροθιές από τους δράστες και στο 17% λακτίσματα, ενώ στο 15% οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο μαχαίρι και στο 2% είχαν δαγκώσει το θύμα. Στο 55% των περιστατικών τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες και στο 30% τους γνώριζαν, ενώ το 15% των περιστατικών αφορούσε σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Το 46% των θυμάτων είχαν προβεί σε επίσημη καταγγελία του περιστατικού στην Αστυνομία και στο 28% των περιστατικών τα θύματα ανέφεραν παρόμοια περιστατικά θυματοποίησής τους κατά το παρελθόν. Στο σύνολο του δείγματος, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (59%) και στα άνω άκρα (21.6%) και δευτερευόντως στον κορμό (13.9%) και στα κάτω άκρα (5.5%). Στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, καθώς και στα άνω άκρα, οι συχνότερες κακώσεις ήταν τα τραύματα (42.1% και 37.5%, αντίστοιχα), ενώ οι εκχυμώσεις ήταν πρώτες σε συχνότητα στον κορμό (53.8%) και δεύτερες στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και στα άνω άκρα (32.7% και 24.3%, αντίστοιχα).

Το επόμενο έτος δημοσιεύθηκε μία παρόμοια έρευνα από την Αγγλία (*Fothergill & Hashemi, 1990*), σύμφωνα με την οποία το 3.3% εκ των εισαχθέντων σε ένα Νοσοκομείο ανέφεραν ότι ήταν θύματα διαπροσωπικής βίας (72% άρρενα και 28% θήλεα άτομα). Η πλειονότητα των θυμάτων (77.3% των αρρένων και 75% των θηλέων) ήταν ηλικίας 15-34 ετών. Η πλειονότητα των περιστατικών βίας είχαν λάβει χώρα μεταξύ 20:00 και 03:59 (66% των αρρένων και 58% των θηλέων ατόμων). Το 26% των περιστατικών θυματοποίησης θηλέων αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία. Όταν τα θύματα ήταν άρρενα, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο δρόμο (40%) σε σχέση με τα θήλεα άτομα (33%), τα οποία ήταν πιθανότερο να

είχαν δεχθεί σωματική βία εντός της οικία τους (47%). Το 26% των αρρένων και το 13% των θηλέων θυμάτων είχε δεχθεί σωματική βία σε χώρους διασκέδασης. Οι συχνότερες κακώσεις ήταν οι εκχυμώσεις, τα τραύματα και τα κατάγματα (39.8%, 22% και 6.8% των κακώσεων, αντίστοιχα). Στο 50% των αρρένων και στο 42% των θηλέων θυμάτων, οι κακώσεις εντοπίζονταν στο πρόσωπο, ενώ το προσωπικό κρανίο ήταν η συχνότερη εντόπιση των καταγμάτων (67% των αρρένων και 78% των θηλέων). Το 11% των αρρένων και το 3% των θηλέων ασθενών έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας. Όσον αφορά στους δράστες, το 85% ήταν άρρενα άτομα, το 8% θήλεα και στο 2% των περιστατικών ήταν άτομα και των δύο φύλων. Το 80% των δραστών ήταν άτομα ηλικίας 15-34 ετών και στο 50% των περιστατικών θυματοποίησης αρρένων, ο δράστης είχε δράσει μόνος του. Στο 9% των περιστατικών θυματοποίησης αρρένων και στο 3% θυματοποίησης θηλέων ατόμων, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Shepherd et al. (1990)*, το 1986 εξετάστηκαν σε ένα Νοσοκομείο στην Αγγλία (Μπρίστολ) 539 θύματα διαπροσωπικής βίας (84% άρρενα και 16% θήλεα). Τα τραύματα ήταν οι συχνότερες κακώσεις στα άρρενα άτομα (70% έναντι 40% στα θήλεα), ενώ οι εκχυμώσεις ήταν οι συχνότερες κακώσεις στα θήλεα (85% έναντι 62% στα άρρενα). Στο 61% των θυμάτων είχε διαπιστωθεί μόνον μία κάκωση. Το πρόσωπο ήταν η συχνότερη ανατομική εντόπιση των κακώσεων (62%), καθώς το 83% των καταγμάτων, το 66% των τραυμάτων και το 53% των εκχυμώσεων εντοπίζονταν σε αυτήν την περιοχή. Τα άνω άκρα ήταν η δεύτερη σε συχνότητα περιοχή εντόπισης των κακώσεων (18% των τραυμάτων, 12% των εκχυμώσεων και 9% των καταγμάτων) και ο θώρακας η τρίτη (14% των εκχυμώσεων και 2% των τραυμάτων και των καταγμάτων). Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι ήταν πιθανότερο να προκληθεί ένα κάταγμα, όταν το θύμα είχε πληγεί τρεις φορές με κάποιο όργανο ή αντικείμενο. Το 15% των αρρένων και το 18% των θηλέων θυμάτων έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας. Για να εκτιμήσουν τη βαρύτητα των κακώσεων, οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Κατηγορία I: Μία εκχύμωση ή ένα τραύμα
- Κατηγορία II: Πολλαπλές κακώσεις των μαλακών μορίων
- Κατηγορία III: Ένα κάταγμα
- Κατηγορία IV: Ένα κάταγμα και μία κάκωση των μαλακών μορίων πέραν της περιοχής του κατάγματος
- Κατηγορία V: Πολλαπλά κατάγματα.

Το 57% των ασθενών κατατάχθηκαν στην Κατηγορία I, το 13% στην Κατηγορία II, το 4% στην Κατηγορία III, το 20% στην Κατηγορία IV και το 6% στην Κατηγορία V.

Η έρευνα των *Subba et al. (2010)* αφορούσε στα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν εξετασθεί κατά την περίοδο 2002-2005 σε ένα Νοσοκομείο στο Νεπάλ. Εκ των

συνολικά 1.372 ατόμων, το 77.4% ήταν άρρενα μέσης ηλικίας 28 ετών και το 22.6% θήλεα μέσης ηλικίας 33 ετών. Το 2.7% των θυμάτων ήταν ηλικίας κάτω των 15 ετών, το 35.2% 16-26 ετών, το 27.8% 26-35 ετών, το 16.4% 36-45 ετών, το 10.1% 46-55 ετών και το 7.8% άνω των 56 ετών. Η πλειονότητα των θυμάτων έφεραν εξωτερικές κακώσεις (28.7% εκχυμώσεις, 27.1% τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, 20.6% θλαστικά τραύματα, 12.8% εκδορές), ενώ στο 4% είχαν διαπιστωθεί κατάγματα, στο 2.5% τραύματα από βολίδες ή γομώσεις πυροδοτημένων φυσιγγίων πυροβόλων όπλων και στο 4% κακώσεις του εγκεφάλου. Στο 57.1% των θυμάτων οι κακώσεις εντοπιζόνταν στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, στο 17.7% στα άνω άκρα και στο 10.5% στα κάτω άκρα. Στο 49.5% των περιστατικών, οι δράστες είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο θλυν αντικείμενο, στο 20.6% τα άκρα τους ως θλυν όργανο, στο 18.3% κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο και στο 8.1% κάποιο πυροβόλο όπλο. Στο 40% των θηλέων θυμάτων, δράστης ήταν ο σύζυγος/σύντροφος, στο 14% οι γονείς του συζύγου/συντρόφου και στο 12% κάποιος γείτονας. Το 38% των αρρένων θυμάτων γνώριζαν τους δράστες, εκ των οποίων στο 11% ήταν κάποιος γείτονας και στο 9% κάποιος φίλος. Το 31% των περιστατικών είχαν συμβεί καλοκαιρινούς μήνες και το 28% φθινοπωρινούς. Το 59.6% των περιστατικών είχαν συμβεί μεταξύ 18:00 και 23:59.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Wyatt et al. (2010)*, κατά τη διάρκεια 18 μηνών (χωρίς να προσδιορίζεται το χρονικό πλαίσιο) εξετάσθηκαν σε δύο Νοσοκομεία στην Αγγλία (Κορνουάλλη) 12.758 παιδιά, ηλικίας μικρότερης των 16 ετών που έφεραν κακώσεις ή/και εμφάνιζαν συμπτώματα δηλητηρίασης, εκ των οποίων τα 597 (4.7%) ήταν θύματα διαπροσωπικής βίας με δράστες παιδιά. Το 67% των θυμάτων ήταν αγόρια και το 33% κορίτσια και αφορούσαν κυρίως σε παιδιά που κατοικούσαν στην περιοχή (93%). Τα περισσότερα παιδιά ήταν ηλικίας 5-11 ετών (45%), ενώ το 35% ήταν μεγαλύτερα των 12 ετών και το 18% μικρότερα των 4 ετών. Το 41% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα σε σχολεία, κυρίως σε εσωτερικούς χώρους (30%), ενώ το 33% είχαν συμβεί σε άλλους δημόσιους χώρους (4% σε χώρους άθλησης) και το 24% στην οικία του θύματος ή του δράστη. Στην πλειονότητα των περιστατικών διαπιστώθηκαν μόνον εξωτερικές κακώσεις, αλλά σε 116 περιστατικά είχαν προκληθεί και κατάγματα, τα οποία αφορούσαν κυρίως στα οστά της άκρας χείρας, του αντιβραχίου και της ρινός (31%, 26% και 12% των καταγμάτων, αντίστοιχα). Το 7.4% των παιδιών χρειάστηκε να νοσηλευθούν, κυρίως λόγω πρόκλησης κάποιου κατάγματος.

Η έρευνα των *Ranney & Mello (2011)* αφορούσε στους εφήβους (ηλιακό εύρος: 10-19 έτη) θύματα διαπροσωπικής βίας, οι οποίοι είχαν εξετασθεί σε ένα Νοσοκομείο των Η.Π.Α. (Ρόουντ Άιλαντ), κατά την περίοδο 2004-2007. Εκ των συνολικά 385 εξετασθέντων εφήβων, οι 235 (61%) ήταν αγόρια μέσης ηλικίας 16,1 έτη και οι 150 (39%) ήταν κορίτσια μέσης ηλικίας 15,9 έτη. Στα περιστατικά θυματοποίησης θηλέων

ήταν πιθανότερο ο δράστης να ήταν μόνον ένας ή να ήταν γνωστός στο θύμα (συμπεριλαμβανομένων των συντρόφων). Επίσης, τα θήλεα θύματα ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν πληγεί με κάποιο αντικείμενο-όπλο. Όσον αφορά τα αρρενα άτομα, ήταν πιθανότερο να είχαν δεχθεί σωματική βία σε κάποιον δημόσιο χώρο. Η πλειονότητα των ασθενών (83.8% των αρρένων και 82.7% των θηλέων) δεν έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Tingne et al. (2014)*, κατά την περίοδο Νοέμβριος 2012-Οκτώβριος 2013 εξετάσθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου στην Ινδία 813 θύματα διαπροσωπικής βίας, ηλικίας μεγαλύτερης των 11 ετών. Το 74% εξ αυτών ήταν αρρενα άτομα και το 26% ήταν θήλεα. Τα αρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν εξετασθεί την ημέρα του συμβάντος (89.4% έναντι 28.5% των θηλέων), να μην γνώριζαν τους δράστες (62.4% έναντι 28.5% των θηλέων), να είχαν δεχθεί σωματική βία από πολλούς δράστες (36.4% έναντι 18.9% των θηλέων) και το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο (93.4% έναντι 10.6% των θηλέων), καθώς και να έφεραν κακώσεις από νύσσον και τέμνον όργανο (11.5% έναντι 3.8% των θηλέων) και να είχαν τραυματισθεί στον θώρακα (13.6% έναντι 4.4% των θηλέων), στην κοιλία (9.4% έναντι 3.3% των θηλέων) και στα κάτω άκρα (8.6% έναντι 3.6% των θηλέων). Αντιθέτως, τα θήλεα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν εξετασθεί μετά την παρέλευση 24 ωρών από το συμβάν (71.5% έναντι 10.6% των αρρένων), να γνώριζαν τον δράστη (71.5% έναντι 37.6% των αρρένων), ο οποίος είχε δράσει μόνος (81.1% έναντι 63.6% των αρρένων) σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (89.4% έναντι 6.6% των αρρένων), καθώς και να έφεραν θλαστικές κακώσεις (86.9% έναντι 74.3% των αρρένων) και να είχαν τραυματισθεί στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (55.4% έναντι 37% των αρρένων). Η πλήξη με θλώντα αντικείμενα ήταν πιθανότερη στα θήλεα θύματα (76.6% έναντι 53% στα αρρενα), ενώ τα νύσσοντα και τέμνοντα όργανα ήταν πιθανότερο να είχαν χρησιμοποιηθεί κατά αρρένων (20.6% έναντι 16.7% κατά θηλέων), όπως και τα αιχμηρά αντικείμενα (20.9% έναντι 6.7% κατά θηλέων).

Μία διαφορετικής οπτικής έρευνα δημοσιεύθηκε από τους *Sutherland et al. (2002)*, σύμφωνα με την οποία κατά την περίοδο Νοέμβριος 1999-Απρίλιος 2000 υπήρχαν συνολικά 1.513 περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην Ουαλία (Σουόνσι), τα θύματα των οποίων είτε είχαν προβεί μόνον σε καταγγελία του περιστατικού στην Αστυνομία, είτε είχαν επισκεφθεί μόνον κάποιο Νοσοκομείο για την παροχή των Α' βοηθειών, είτε και τα δύο. Το 67.3% των θυμάτων ήταν αρρενα και το 32.7% ήταν θήλεα άτομα. Στο 65.6% των περιστατικών το θύμα είχε επισκεφθεί μόνον κάποιο Νοσοκομείο, στο 23.6% είχαν προβεί μόνον σε καταγγελία του περιστατικού και μόλις στο 10.8% το περιστατικό είχε καταγραφεί τόσο από την Αστυνομία, όσο και στο Νοσοκομείο. Τα αρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν εξετασθεί μόνον στο Νοσοκομείο (71.3% έναντι 53.9% των

θηλέων), τα θήλεα άτομα ήταν πιθανότερο να είχαν προβεί μόνον στην καταγγελία του περιστατικού στην Αστυνομία (35.4% έναντι 17.9% των αρρένων), ενώ δεν υπήρχε ουσιαστική διαφοροποίηση σε σχέση με το φύλο του θύματος, όσον αφορά στη γνωστοποίηση του περιστατικού και στους δύο φορείς (10.8% των αρρένων και 10.7% των θηλέων).

Για την έρευνα από τη Νιγηρία (*Okulate, 2005*), η οποία αφορούσε στα καταγγεληθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας κατά τη διάρκεια ενός έτους, στα οποία είχε διενεργηθεί και ψυχιατρική εκτίμηση, εκ των συνολικά 206 θυμάτων συμπεριλήφθηκαν οι πληροφορίες που αφορούσαν στα 204 θύματα. Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν θήλεα άτομα (62.2%) και ηλικίας 21-30 ετών (46.6%), ενώ η πλειονότητα των περιστατικών αφορούσαν σε βία στην κοινότητα (43.2% μεταξύ αγνώστων και 33.3% μεταξύ γνωστών ατόμων) και η μειοψηφία σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (5.4% συζυγική/συντροφική βία και 18.1% μεταξύ άλλων ατόμων στο περιβάλλον της οικογένειας). Στην πλειονότητα των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας, το θύμα ανέφερε ανάλογα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας στο παρελθόν (90.9%) και οι κακώσεις είχαν χαρακτηριστεί ως σοβαρές (72.7%) από τους ιατρούς που είχαν εξετάσει τα θύματα. Όσον αφορά στα περιστατικά βίας στην κοινότητα, όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν θήλυ άτομο (78.4% έναντι 48.5% όταν τον γνώριζε) και ο δράστης να ήταν άρρεν άτομο (94.3% έναντι 70.6% όταν τον γνώριζε), καθώς και να υπήρχαν άτομα παρόντα στο συμβάν (59.1% έναντι 32.4% όταν τον γνώριζε) και οι κακώσεις να είχαν χαρακτηριστεί ως σοβαρές (73.9% έναντι 55.9% όταν τον γνώριζε). Αντιθέτως, όταν οι εμπλεκόμενοι γνωρίζονταν, ήταν το θύμα να ήταν άρρεν άτομο (51.5% έναντι 21.6% όταν ήταν άγνωστοι) και ο δράστης να ήταν θήλυ άτομο (29.4% έναντι 5.7% όταν ήταν άγνωστοι), καθώς και οι κακώσεις να είχαν χαρακτηριστεί ως ελαφριές (41.2% έναντι 26.1% όταν ήταν άγνωστοι). Μεταξύ των καταγγελιών υπήρχαν και πέντε καταγγελίες για σεξουαλική βία σε θήλεα άτομα ηλικίας 6-21 ετών, στις τέσσερις εκ των οποίων το θύμα γνώριζε τον δράστη (τρεις γείτονες και ένας σύντροφος). Σε όλα τα θύματα είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα μαλακά μόρια και στα γεννητικά όργανα, οι οποίες υποδήλωναν βίαιη συνουσία.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν αναλυτικές έρευνες σχετικά με τη μη θανατηφόρα βία στην κοινότητα και τις πιθανές συσχετίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων, τις συνθήκες του συμβάντος και τις προκαλούμενες κακώσεις. Οι μοναδικές τέσσερις έρευνες προσεγγίζουν το ζήτημα της βίας υπό το πρίσμα της αιτιολογίας πρόκλησης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και της χειρουργικής αποκατάστασης των καταγμάτων, κυρίως όσον αφορά στα οστά του προσωπικού κρανίου και την πρόκληση αυτών από τραυματισμούς σε οδικά τροχαία ατυχήματα.

Η πρώτη σχετική έρευνα (*Zachariades & Papavasiliou, 1990*), αφορούσε στους ασθενείς που είχαν εισαχθεί στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ., κατά την περίοδο 1960-1984, φέροντας κατάγματα σε οστά του προσωπικού κρανίου. Εκ των συνολικά 12.100 εισαχθέντων ασθενών, στο 32.3% (3.908 ασθενείς) είχαν διαπιστωθεί κατάγματα σε οστά του προσωπικού κρανίου. Η πλειονότητα εξ αυτών (57%) αφορούσαν σε κακώσεις προκληθείσες από οδικά τροχαία ατυχήματα, ενώ στο 20% είχαν προκληθεί από πτώσεις και στο 9% οφείλονταν σε διαπροσωπική βία.

Η έρευνα των *Stranjalis et al. (2008)*, η οποία αφορούσε στους ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στη Νευροχειρουργική Κλινική του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», κατά την τετραετία 2000-2003. Εκ των συνολικά 1.000 εισαχθέντων ασθενών, στο 71.2% οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οφείλονταν σε οδικά τροχαία ατυχήματα, στο 22% οφείλονταν σε πτώσεις και στο 4.8% είχαν προκληθεί κατά τη διάρκεια κάποιου περιστατικού διαπροσωπικής βίας.

Η τρίτη έρευνα (*Kostakis et al., 2002*) προερχόταν πάλι από ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Κλινικής του Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ., κατά την πενταετία 2005-2009. Εκ των συνολικά 727 νοσηλευθέντων ασθενών, στο 50.8% οι κακώσεις στο προσωπικό κρανίο (εξαιρουμένων των καταγμάτων των ρινικών οστών, τα οποία αντιμετωπίζονταν από Πλαστικούς Χειρουργούς) είχαν προκληθεί κατά τη διάρκεια οδικών τροχαίων ατυχημάτων, ενώ στο 26.3% είχαν προκληθεί κατά τη διάρκεια περιστατικών διαπροσωπικής βίας και στο 13.8% οφείλονταν σε πτώσεις. Βεβαίως, ένα επιπρόσθετο στοιχείο της εν λόγω έρευνας ήταν η διαφοροποίηση στην αιτιολογία με βάση το φύλο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, ενώ για τα άρρενα άτομα η ποσοστιαία αναλογία ήταν σε παρόμοια επίπεδα με το συνολικό δείγμα (52% οδικά τροχαία ατυχήματα, 28.9% διαπροσωπική βία, 10.9% πτώσεις), η διαπροσωπική βία στα θήλεα άτομα ήταν η τρίτη -και όχι η δεύτερη-σε συχνότητα αιτία (15.1%), καθώς τα οδικά τροχαία ατυχήματα καταλάμβαναν την πρώτη θέση (50.9%) και οι πτώσεις τη δεύτερη (32.1%).

Η τελευταία έρευνα (*Kyrgidis et al., 2013*) αφορούσε στους ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Κατά την περίοδο 1998-2008 είχαν νοσηλευθεί στην εν λόγω Κλινική 1.010 άρρενα και 229 θήλεα άτομα λόγω καταγμάτων σε οστά του προσωπικού κρανίου. Οι τραυματισμοί από οδικά τροχαία ατύχημα ήταν πρώτοι σε συχνότητα για τους ασθενείς και των δύο φύλων (73.9% για τα άρρενα και 46.3% για τα θήλεα άτομα, συχνότητα επί του συνόλου: 68.8%), με τους τραυματισμούς κατά τη διάρκεια αθλημάτων να καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση (14.2% για τα άρρενα άτομα και 30.1% για τα θήλεα άτομα, συχνότητα επί του συνόλου: 17.1%) και τις κακώσεις προκληθείσες κατά τη διάρκεια περιστατικών

διαπροσωπικής βίας την τρίτη (5.6% για τα άρρενα και 14.8% για τα θήλεα άτομα, συχνότητα επί του συνόλου: 7.3%). Επιπρόσθετο στοιχείο της εν λόγω έρευνας ήταν η ετήσια κατανομή των περιστατικών στην υπό μελέτη περίοδο, σύμφωνα με την οποία παρατηρήθηκε μία αυξητική τάση στη συχνότητα των τραυματισμών κατά τη διάρκεια περιστατικών διαπροσωπικής βίας.

2.2. Ενδοοικογενειακή βία

Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας έχει απασχολήσει και τη διεθνή ιατροδικαστική κοινότητα, κυρίως μετά το 2010.

Μία από τις πρώτες έρευνες, σχετικά με τις κακώσεις σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ήταν αυτή του *Gayford (1975)* και αφορούσε σε 100 γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος που χρησιμοποιούταν εκείνη την περίοδο στη διεθνή βιβλιογραφία για να περιγράψει τις γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας ήταν «*wife battering*». Σε όλα τα θύματα είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις και στο 17% είχαν διαπιστωθεί επιφανειακά τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα. Όλα τα θύματα είχαν γρονθοκοπηθεί από τον δράστη και στο 59% είχαν επίσης δεχθεί και λακτίσματα, ενώ στο 19% ο δράστης είχε αποπειραθεί να στραγγαλίσει το θύμα και στο 2% να αποφράξει τα έξω στόμια των αεροφόρων οδών. Στο 11% είχαν διαπιστωθεί εγκαύματα και στο 7% κακώσεις από ανθρώπινο δήγμα, ενώ στο 32% είχαν διαπιστωθεί κατάγματα, τα οποία αφορούσαν κυρίως στα ρινικά οστά, στους οδόντες και στις πλευρές. Το 71% των θυμάτων ελάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή ή ιδιοσκευάσματα με ηρεμιστική δράση και το 34% είχε αποπειραθεί να αυτοκτονήσει λαμβάνοντας χάπια. Στο 54% των περιστατικών, ο δράστης είχε εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά και προς τα παιδιά τους, γεγονός το οποίο αποτελούσε και τη συχνότερη αιτία διακοπής της σχέσης, ενώ στο 25% το θύμα είχε αναφέρει ότι ο σύζυγος/σύντροφος είχε ασκήσει σωματική βία πριν την τέλεση του γάμου ή την έναρξη της συμβίωσης.

Η έρευνα των *Breiting et al. (1989b)* αφορούσε στις γυναίκες και στα παιδιά θύματα διαπροσωπικής βίας. Κατά την περίοδο Φεβρουάριος 1985-Ιανουάριος 1986 εξετάστηκαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών τριών Νοσοκομείων στην Κοπεγχάγη 1.316 θύματα διαπροσωπικής βίας, καθώς και άλλα 69 σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής (50 θανόντα και 19 επιβιώσαντα). Εκ των ζώντων θυμάτων που εξετάστηκαν στα Νοσοκομεία, το 26.8% αφορούσε σε ενήλικες γυναίκες και το 3.5% σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, ενώ όσον αφορά στα θύματα που εξετάστηκαν στο Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής, το 33% εκ των θανόντων θυμάτων, καθώς και όλα τα επιβιώσαντα αφορούσαν σε ενήλικες γυναίκες. Στο 35% των περιστατικών που αφορούσαν σε ενήλικες επιβιώσασες γυναίκες και στο 71% των ανθρωποκτονιών

δράστης ήταν ο σύζυγος του θύματος, ενώ στο 15% των περιστατικών που αφορούσαν σε ανήλικα θύματα δράστης ήταν κάποιος εκ των γονέων. Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας είχαν λάβει χώρα συχνότερα βραδινές ώρες, μεταξύ 21:00 και 23:59 (26%), ενώ τα περιστατικά βίας στην κοινότητα μεταξύ 00:00 και 02:59 (19%). Σχεδόν τα μισά περιστατικά βίας κατά των ενηλίκων επιβιωσάντων γυναικών είχαν συμβεί στην οικία όπου διέμεναν, με το ποσοστό στις ανθρωποκτονίες να ανέρχεται στο 76.5%. Τα περιστατικά θυματοποίησης αγοριών ήταν συχνότερα σε κάποιον δημόσιο δρόμο (36%) και στο σχολείο (28%). Στην πλειονότητα των περιστατικών ο δράστης χρησιμοποίησε μόνον κάποιο μέρος του σώματός του ως θλων όργανο. Στο 3% των επιβιωσάντων γυναικών είχε πραγματοποιηθεί απόπειρα στραγγαλισμού, ενώ ο στραγγαλισμός ήταν ο μηχανισμός θανάτου στο 35% των αποβιωσάντων γυναικών. Οι κακώσεις στις ενήλικες γυναίκες εντοπίζονταν κυρίως στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου.

Στην έρευνα των *Stark et al. (1997)*, μελετήθηκαν 137 περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας στο Λονδίνο κατά την περίοδο Δεκέμβριος 1995-Μάιος 1996. Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν θήλεα άτομα (65 έναντι 7 αρρένων), ηλικίας 17-72 ετών. Στην πλειονότητα των περιστατικών (47.4%) ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο θλων αντικείμενο, ενώ τα χέρια και τα πόδια (ως θλώντα όργανα) είχαν χρησιμοποιηθεί σε ποσοστό 36.5% και 8.8%, αντίστοιχα και νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, όπως γυαλιά ή μαχαίρια, είχαν χρησιμοποιηθεί στο 25.5% των περιστατικών. Στα τρία τέταρτα των περιστατικών, το θύμα έμενε στην ίδια οικία με τον δράστη, μέρος στο οποίο είχαν λάβει χώρα τα περισσότερα περιστατικά (80%). Το 47% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα παρουσία κάποιου τρίτου ατόμου, η συντριπτική πλειονότητα των οποίων ήταν τα τέκνα των εμπλεκομένων (46 εκ των 63 περιστατικών). Το 4% των περιστατικών σχετιζόταν με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών (κοκαΐνη, κάνναβη, μεθαδόνη) και το 65% με κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, ενώ στο 79% υπήρχαν και άλλα ανάλογα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής σωματικής βίας στο παρελθόν. Όσον αφορά στην εντόπιση των κακώσεων, η περιοχή της κεφαλής ήταν η συχνότερη εντόπιση (94 εκ των 137 περιστατικών), με τα άνω άκρα (73 περιστατικά), τον θώρακα (31 περιστατικά) και τα κάτω άκρα (27 περιστατικά) να ακολουθούν. Η σοβαρότητα των κακώσεων εκτιμήθηκε με βάση τα πρότυπα κατηγορίας της Κατηγορούσας Αρχής (Crown Prosecution Service), σε τρεις κατηγορίες:

- Κατηγορία I (Κοινές επιθέσεις) - 75%: αμυχές, εκδορές, μικρής έκτασης εκχύμωση, οίδημα, ερυθρότητα, επιφανειακά τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, περιοφθαλμική εκχύμωση,
- Κατηγορία II (Σωματικές βλάβες) - 22%: προσωρινή απώλεια της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων, εκτεταμένες και πολλαπλές εκχυμώσεις, παρεκτοπισμένο

κάταγμα των ρινικών οστών, μικρής έκτασης κάταγμα, βαθιά τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα

- Κατηγορία III (Σοβαρές σωματικές βλάβες) - 3%: μόνιμη αναπηρία, μόνιμη απώλεια της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων, ορατή παραμόρφωση, κατάγματα των οστών των άκρων ή/και άλλων οστών, τραύματα που προκάλεσαν σημαντικού βαθμού απώλεια αίματος και τραύματα που προκάλεσαν ανικανότητα είτε σε σημαντικό βαθμό ή/και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η έρευνα των *Balci and Ayanci (2005)* αφορούσε στη συζυγική/συντροφική βία κατά των γυναικών στην Κωνσταντινούπολη κατά την περίοδο Αύγουστος 2000-Ιανουάριος 2001. Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 32,8±8,9 έτη και των δραστών 36,0±8,4 έτη. Στο 76.3% των περιστατικών ο δράστης ήταν μεγαλύτερος σε ηλικία από τη γυναίκα-θύμα, στο 17.8% η γυναίκα-θύμα ήταν μεγαλύτερη και στο 5.9% ήταν συνομήλικοι, ενώ στο 61.5% η διαφορά ηλικίας ήταν μεγαλύτερη των 11 ετών, με τους άνδρες μεγαλύτερους των γυναικών. Το 63.7% των θυμάτων και το 17.8% των δραστών δεν εργάζονταν, ενώ στο 8.1% των περιστατικών αμφότεροι δεν εργάζονταν. Η πλειονότητα των γυναικών (83.7%) ήταν μητέρες και στο 48.1% των περιστατικών τα παιδιά ήταν παρόντα είτε στο συγκεκριμένο βίαιο περιστατικό είτε σε άλλα ανάλογα περιστατικά κατά το παρελθόν. Μόλις 12 θύματα ανέφεραν ότι το καταγγεληθέν περιστατικό ήταν η πρώτη εκδήλωση σωματικής βίας, ενώ το 74.8% ανέφεραν ότι υπήρχαν ανάλογα περιστατικά από τον πρώτο χρόνο της έγγαμης συμβίωσης. Το 43.9% των θυμάτων ανέφερε ότι η συχνότητα της σωματικής κακοποίησης ήταν τουλάχιστον ένα περιστατικό κάθε 2-3 ημέρες. Τα περισσότερα περιστατικά (73.3%) είχαν λάβει χώρα μεταξύ 18:00 και 05:59. Το 80% των δραστών έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών (κυρίως αιθυλική αλκοόλη) ή είχαν προβλήματα εθισμού με τυχερά παιχνίδια. Όσον αφορά στις αιτίες, μεταξύ άλλων, στο 25.2% ήταν η καθυστέρηση στην ετοιμασία κάποιου γεύματος, στο 20.7% ήταν η επιθυμία του συζύγου για σεξουαλική επαφή και στο 19.3% ήταν η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος. Στο 2.4% των θυμάτων δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις, ενώ στη συντριπτική πλειονότητα (91.9%) διαπιστώθηκαν μόνον κακώσεις των μαλακών μορίων. Στο 3.8% διαπιστώθηκαν κατάγματα οδόντων ή ρινικών οστών ή δακτύλων και σε 1 περιστατικό (0.7%) διαπιστώθηκαν τραύματα από νύσσον και τέμνον όργανο. Στην πλειονότητα των περιστατικών (91.6%), ο χρόνος αποχής του θύματος από τις δραστηριότητές του εκτιμήθηκε σε χρονικό διάστημα έως μία εβδομάδα, στο 4.6% σε δέκα ημέρες και στο 1.6% σε δεκαπέντε ημέρες.

Στην έρευνα των *Curca et al. (2008)*, η οποία αφορούσε στις ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις θυμάτων συζυγικής/συντροφικής βίας στο Βουκουρέστι κατά την περίοδο Αύγουστος 2007-Μάρτιος 2008, το 94.9% των θυμάτων ήταν γυναίκες και το 68.2% ήταν παντρεμένοι με τον δράστη, ενώ το 9.4% των περιστατικών αφορούσε σε διαζευγμένα

ζευγάρια. Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν τα 40 έτη και στην πλειονότητα των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί τουλάχιστον εκχυμώσεις, ενώ στο 10% είχε διαπιστωθεί τουλάχιστον ένα κάταγμα. Μόλις το 14.2% των θυμάτων είχαν αναφέρει ότι το καταγγεληθέν περιστατικό ήταν η πρώτη φορά άσκησης σωματικής βίας από τον/τη σύζυγο/σύντροφο και 15.6% ότι ήταν η δεύτερη φορά, ενώ το 71.9% ανέφεραν πολλά ανάλογα περιστατικά κατά το παρελθόν. Ο μέσος χρόνος που είχε μεσολαβήσει μεταξύ του βιαίου συμβάντος και της καταγγελίας στις Αρχές ήταν 1,8 ημέρες. Στο 69.5% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή, στο 58.9% στα άκρα και στο 24.2% στον κορμό. Επιπρόσθετα στοιχεία της εν λόγω έρευνας ήταν πρωτίστως η διαπίστωση της μείωσης των καταγγελιών συζυγικής/συντροφικής βίας σε σχέση με ανάλογη έρευνα του 2003, καθώς και η πρόθεση του θύματος σχετικά με την καταγγελία της βίας. Πιο συγκεκριμένα, το 41.7% των θυμάτων εξέφρασε την πρόθεση να πάρει διαζύγιο, το 30.2% την επιθυμία τιμωρίας του δράστη χωρίς όμως την πρόθεση να χωρίσει, το 8% τη χρησιμοποίηση της ιατροδικαστικής έκθεσης για να συνεισθεί ο δράστης, το 4% την πιθανότητα συγχώρεσης του δράστη μετά από λίγο καιρό και το 19.2% δήλωσε ότι δεν είχε ακόμη αποφασίσει.

Η έρευνα των *Carmo et al. (2011)* αφορούσε στους άνδρες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, στην Πορτογαλία κατά την τριετία 2007-2009. Επί συνόλου 4.646 ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων, το 11.5% (535 περιστατικά) αφορούσε σε θυματοποίηση αρρένων μέσης ηλικίας 40 ετών (σχεδόν οι μισοί ήταν ηλικίας 34-49 ετών). Το 61.5% ήταν έγγαμοι, το 16.1% ήταν διαζευγμένοι και το 15% συμβίωναν εκτός γάμου, ενώ το 13% δεν εργάζονταν. Όσον αφορά στις γυναίκες-δράστες, η μέση ηλικία ήταν τα 38 έτη, το 50% εξ αυτών εργάζονταν και στο 9.3% έκαναν κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης. Στο 63.9% των περιστατικών οι εμπλεκόμενοι ήταν παντρεμένοι, στο 21.5% είχαν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης και στο 3.9% ήταν σύντροφοι, χωρίς να έχουν παντρευτεί. Το 81.6% των ανδρών-θυμάτων ανέφερε αντίστοιχα περιστατικά σωματικής βίας κατά το παρελθόν και το 39.6% επισκέφθηκαν κάποια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι κακώσεις αφορούσαν κυρίως σε εκδορές (58.8%) και εκχυμώσεις (27.5%) και εντοπίζονταν πρωτίστως στα άνω άκρα (35.8%) και δευτερευόντως στο πρόσωπο (23.3%), στο κρανίο (11.7%) και στον θώρακα (10.3%). Στην πλειονότητα των περιστατικών η γυναίκα-δράστης είχε χρησιμοποιήσει τα χέρια της (νύχια-18.9%, γροθιές-16.7%, κόλαφος-10.4%), ενώ στο 16.6% κάποιο θλων αντικείμενο και στο 6.8% είχε δαγκώσει το θύμα. Στο 23.4% των θυμάτων δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις.

Η έρευνα των *Caldas et al. (2012)* αφορούσε στη μελέτη των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας στην Πορτογαλία κατά το έτος 2007. Εκ των 2.489 θυμάτων, τα 332 εμφάνιζαν κακώσεις στην περιοχή του στόματος, συμπεριλαμβανομένων και των πέριξ της στοματικής κοιλότητας μαλακών μορίων. Η

πλειονότητα των θυμάτων ήταν γυναίκες (69.3%), έγγαμες (46.9%), οι οποίες εργάζονταν (32.5%). Μόλις στο 19.9% των καταγγελιών, αυτό ήταν το πρώτο περιστατικό άσκησης σωματικής βίας. Οι γροθιές και οι κόλαφοι ήταν ο συχνότερος μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων (44.6%) και τα λακτίσματα ακολουθούσαν με ποσοστό 15.1%. Στο 12% των περιστατικών, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο θλυν αντικείμενο. Κακώσεις των μαλακών μορίων της περιοχής (εκχυμώσεις, εκδορές, εγκαύματα) διαπιστώθηκαν στην πλειονότητα των θυμάτων (80.1%), ενώ στο 8.4% των περιστατικών είχαν προκληθεί και κακώσεις στους οδόντες ή/και στην άνω και στην κάτω γνάθο. Στο 27.7% των θυμάτων δεν διαπιστώθηκαν άλλες κακώσεις στο λοιπό σώμα, παρά μόνον στη στοματική κοιλότητα και στα πέριξ αυτής μαλακά μόρια και οστά. Στο 11.4% των θυμάτων προκλήθηκαν μόνιμες βλάβες και στο 6.6% αφορούσαν μόνον σε κακώσεις της εν λόγω περιοχής.

Στη δεύτερη έρευνα των *Curca et al. (2012)*, η οποία διενεργήθηκε επίσης στη Ρουμανία, συμμετείχαν 219 θύματα εκ των συνολικά 788 που εξετάσθηκαν για περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας. Τα θύματα που δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα δήλωσαν ότι φοβούνταν είτε τις πιθανές αντιδράσεις του/της συζύγου/συντρόφου, είτε τις πιθανές νομικές επιπλοκές για τους δράστες. Εκ των 219 θυμάτων, μόλις σε 9 δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις. Η συχνότερη εντόπιση των κακώσεων ήταν η περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (69.5%), με τα άκρα (58.9%) και τον κορμό (24.2%) να ακολουθούν. Οι κακώσεις αφορούσαν πρωτίστως σε εκχυμώσεις (81.7%) και δευτερευόντως σε εκδορές (42%), ενώ στο 14.2% των θυμάτων είχαν προκληθεί τραύματα και στο 10.5% κατάγματα. Τα τραύματα ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα άρρενα άτομα, ενώ οι εκχυμώσεις στα θήλεα. Το 16% των θυμάτων εξετάσθηκαν την ημέρα του συμβάντος, το 46% την επομένη αυτού και το 16% δύο ημέρες μετά το συμβάν. Όταν οι κακώσεις εντοπιζόνταν στα άκρα, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε εξετασθεί αρκετές ημέρες μετά το συμβάν. Στο 62.56% των θυμάτων παρασχέθηκαν οι Α' Βοήθειες και το 11.87% νοσηλεύθηκαν για τουλάχιστον μία ημέρα. Η έρευνα των *Kiani et al. (2014)* αφορούσε σε 500 γυναίκες-θύματα συζυγικής βίας στο Ιράν. Στο 63.2% των περιστατικών, η διαφορά ηλικίας των συζύγων ήταν από ένα έως πέντε έτη, στο 2.3% μικρότερη του ενός έτους και στο 34.6% μεγαλύτερη των έξι ετών (στο 10.2% ήταν μεγαλύτερη των δέκα ετών). Το 69.2% των θυμάτων δεν εργάζονταν και στο 11.2% η βίαιη συμπεριφορά του συζύγου είχε ξεκινήσει από τον πρώτο χρόνο της έγγαμης συμβίωσης. Το 63.8% των θυμάτων ήταν και μητέρες και στο 79.2% τα παιδιά ήταν μπροστά στα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας του πατέρα κατά της μητέρας. Στο 40.4% των περιστατικών, το καταγγεληθέν περιστατικό ήταν το πρώτο βίαιο συμβάν. Στο 23.6% των θυμάτων διαπιστώθηκαν κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και στο 20.7% στο λοιπό σώμα. Στην πλειονότητα αυτών των

περιστατικών (67%) είχαν προκληθεί θλαστικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε εκδορές (67.4%) και εκχυμώσεις (53.8%). Το 40.2% των δραστών ελάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ στο 53.7% αναφέρθηκε ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και στο 43.4% κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης.

Η έρευνα των *Regueira-Diequez et al. (2015)* αφορούσε στις 582 γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, οι οποίες εξετάστηκαν στην Ισπανία κατά την οκταετία 2005-2012. Το 41.3% εξ αυτών ήταν έγγαμες και το 15.1% διαζευγμένες, ενώ το 72.4% είχαν απογόνους, κυρίως με τον σύζυγο-δράστη (52.8%). Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 37 έτη και το 62% ήταν ηλικίας 21-40 ετών και το 80.8% 21-50 ετών. Το 39.7% εργάζονταν, το 29% δεν εργάζονταν και το 5.1% είχαν συνταξιοδοτηθεί, ενώ το 19.6% έκαναν χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, κυρίως αιθυλικής αλκοόλης. Όσον αφορά στους δράστες, η μέση ηλικία ήταν 40 έτη, με το 78.3% να ήταν ηλικίας 30-50 έτη, ενώ το 46.7% εργάζονταν και το 24.2% δεν εργάζονταν. Το 58% ανέφεραν κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης και το 23.2% χρήση άλλων εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, ενώ το 20.3% είχαν κατηγορηθεί και καταδικασθεί στο παρελθόν για κάποιο έγκλημα (8.2% για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας). Το 64.9% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα στην οικία όπου διέμεναν το θύμα και ο δράστης και στο 28.3% ήταν παρόντα τα ανήλικα τέκνα τους. Στην πλειονότητα των περιστατικών, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο μέρος του σώματός του ως θλών όργανο, κυρίως τα άνω άκρα και στο 5.8% είχε χρησιμοποιηθεί κάποιο θλών αντικείμενο, ενώ στο 2.4% είχε δαγκώσει το θύμα. Στο 46.6% των θυμάτων δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις, ενώ όταν είχαν διαπιστωθεί αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις (74.3%) και εκδορές (46.3%). Στο 48.9% διαπιστώθηκαν κακώσεις στα άνω άκρα, στο 45.9% στο πρόσωπο και στο 19.9% στο κρανίο, στο 31.2% στον κορμό, στο 28.3% στον τράχηλο και στο 24.4% στα κάτω άκρα. Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποκατάστασης των κακώσεων ήταν 8 ημέρες, ενώ στο 6.4% των θυμάτων είχαν προκληθεί μόνιμες βλάβες. Στο 48.6% των θυμάτων παρασχέθηκαν οι Α' βοήθειες σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα αλλά μόλις στο 25.8% εξ αυτών ο θεράπων ιατρός είχε προβεί σε καταγγελία του περιστατικού στις Αρχές, παρά το γεγονός ότι στην Ισπανία είναι υποχρεωτική βάσει του νόμου η αναφορά των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Στο 69.1% των περιστατικών, ο δράστης κρίθηκε ένοχος, ενώ εκ των υπολοίπων περιστατικών, στα οποία ο δράστης αθώωθηκε (30.9%), οι γυναίκες δεν θέλησαν καταθέσουν ενόρκως στο 43.8% εξ αυτών.

Η έρευνα των *Thureau et al. (2015)* αφορούσε στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία εξετάστηκαν στη Γαλλία (Πουέν) κατά το έτος 2012. Εκ των συνολικά 707 θυμάτων, η πλειονότητα (87%) ήταν γυναίκες και το συμβάν είχε λάβει σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (71% στην οικία και 16% σε κάποιον άλλον ιδιωτικό χώρο), ενώ το 45% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα μεταξύ Παρασκευής και Κυριακής. Στο 38% οι

εμπλεκόμενοι ήταν παντρεμένοι, στο 4% διαζευγμένοι και στο 27% των περιστατικών ο/η δράστης ήταν κάποιος/α πρώην σύντροφος. Στο 88% των περιστατικών ο/η δράστης είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματός του ως θλυν όργανο και στο 21% τουλάχιστον κάποιο θλυν αντικείμενο ή όπλο, με τις γυναίκες να είναι πιθανότερο να είχαν προβεί σε τέτοια χρήση σε σχέση με τους άνδρες. Στο 66% (85% των γυναικών και 64% των ανδρών) διαπιστώθηκαν εξωτερικές κακώσεις και στο 5% είχαν προκληθεί σημαντικής βαρύτητας σωματικές βλάβες. Στο 7% των θυμάτων δεν κρίθηκε ότι έχρηζαν αποχής από τις δραστηριότητές τους, το 24% έχρηζαν μία ημέρα, το 22% δύο ημέρες, το 32% από τρεις έως επτά ημέρες και το 15% πάνω από μία εβδομάδα, το οποίο αποτελεί και το χρονικό όριο για να εκδικασθεί η υπόθεση. Το 78% των θυμάτων (49% των ανδρών και 68% των γυναικών) ανέφεραν ανάλογα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας στο παρελθόν και σχεδόν τα δύο τρίτα των θυμάτων εξετάσθηκαν έως και την τέταρτη ημέρα μετά το καταγγεληθέν βίαιο συμβάν ή είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' βοηθειών, κυρίως Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Μάλιστα, οι άνδρες είχαν επισκεφθεί συχνότερα κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, παρά το γεγονός ότι εμφάνιζαν κακώσεις με λιγότερο σημαντική βαρύτητα σε σχέση με τις γυναίκες.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Abedr-Rahman et al. (2017)*, την εξαετία 2010-2015 εξετάσθηκαν στην Ιορδανία 234 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, στην πλειονότητα των οποίων δράστης ήταν ο σύζυγος (67.5%), ενώ στις υπόλοιπες ήταν ο πατέρας ή κάποιος αδελφός, καθώς στην Ιορδανία δεν θεωρούνται περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας αυτά μεταξύ συντρόφων που συμβιώνουν χωρίς να έχουν παντρευτεί ή εάν έχουν χωρίσει. Στο 12% των θυμάτων δεν διαπιστώθηκαν εξωτερικές κακώσεις. Στο 47% διαπιστώθηκαν κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου (22% κακώσεις στο κρανίο, 12% περιοφθαλμική εκχύμωση), στο 27% διαπιστώθηκαν κακώσεις στα άνω άκρα και στο 15% στα κάτω άκρα, ενώ στο 3% διαπιστώθηκαν κατάγματα και στο 1% εγκαύματα. Ο μέσος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους ήταν 3 ημέρες, με εύρος από 1 έως 14 ημέρες. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με το νόμο ο οποίος ισχύει στην Ιορδανία, ο εκτιμώμενος από τον Ιατροδικαστή χρόνος αποχής καθορίζει και τη βαρύτητα της ποινής, καθώς όταν ο χρόνος αυτός είναι μεγαλύτερος των 20 ημερών επιβάλλεται στον δράστη φυλάκιση από τρεις μήνες έως τρία έτη, όταν είναι μεταξύ 10 και 20 ημερών επιβάλλεται φυλάκιση έως ένα έτος και όταν είναι μικρότερος των 10 ημερών θα πρέπει το θύμα να προβεί σε καταγγελία ούτως ώστε να εκδικασθεί η υπόθεση.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Savall et al. (2017)*, τη δεκαετία 2005-2014 εξετάσθηκαν στη Γαλλία (Τουλούζ) 7.956 θύματα ενδοοικογενειακής βίας (7.244 γυναίκες και 712

άνδρες) και για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 649 υποθέσεις θυματοποίησης γυναικών και 641 θυματοποίησης ανδρών. Το 20.5% των γυναικών και το 7.5% των ανδρών ανέφεραν ανάλογα περιστατικά βίας στο παρελθόν. Οι άνδρες ήταν πιθανότερο να είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών (31.4%), σε σχέση με τις γυναίκες (23.3%). Επίσης, οι άνδρες ήταν πιθανότερο να έφεραν τραύματα από ανθρώπινα δήγματα, να είχαν πληγεί από κάποιο αντικείμενο του οικιακού περιβάλλοντος ή να έφεραν τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες ήταν πιθανότερο να είχαν πληγεί με κόλαφο, γροθιά ή λάκτισμα ή να είχαν απωθηθεί/συλληφθεί δια χειρών από τον δράστη, σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες που είχαν προβεί σε καταγγελία του περιστατικού ήταν πιθανότερο να μην έφεραν κακώσεις.

Πέραν όμως των ερευνών μελέτης των κακώσεων σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, υπάρχουν και άλλες έρευνες, που διενεργήθηκαν στο πλαίσιο της ιατροδικαστικής διερεύνησης αυτών.

Μία πρώτη κατηγορία αυτών αποτελούν οι έρευνες που διενεργούνται με ερωτηματολόγια και αποσκοπούν κυρίως στην ανάδειξη πιθανών παραγόντων κινδύνου. Για παράδειγμα, σύμφωνα με την έρευνα των *Zacarias et al. (2012)*, η οποία αφορούσε σε ερωτηματολόγια που απάντησαν 1.500 γυναίκες στη Μοζαμβίκη, ηλικίας 15 έως 49 ετών, η άσκηση ψυχολογικής βίας είναι συχνότερη σε άγαμες γυναίκες, οι οποίες είναι απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και καταναλώνουν συχνότερα αιθυλική αλκοόλη, ενώ η πρόκληση κακώσεων είναι πιθανότερη όταν υπάρχουν απόγονοι, καθώς και όταν τα θύματα δεν εργάζονταν ή/και αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Όσον αφορά στη σεξουαλική βία, ήταν λιγότερο πιθανό να είχε συμβεί σε γυναίκες που βρίσκονταν σε διάσταση ή είχαν πάρει διαζύγιο. Η άσκηση ψυχολογικής βίας ήταν η συχνότερη αναφερόμενη μορφή βίας (65.3%), με την άσκηση σωματικής βίας και την πρόκληση κακώσεων να ακολουθούν με ποσοστά 54.3% και 34.4% αντίστοιχα.

Η έρευνα των *Falcao de Oliveira et al. (2014)* αφορούσε σε ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε 1.000 γυναίκες θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, οι οποίες εξετάστηκαν από τον Οκτώβριο του 2009 έως και τον Μάρτιο του 2012 στο Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στη Βραζιλία (Ρίο ντε Τζανέιρο). Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, μόλις στο 29.1% των περιστατικών το καταγγελλθέν περιστατικό αφορούσε σε άσκηση σωματικής βίας για πρώτη φορά από τον σύζυγο/σύντροφο, ενώ στο 77.4% ήταν η πρώτη φορά κατά την οποία το θύμα προέβαινε σε καταγγελία. Το 60.4% των δραστών έκανε κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης ή χρήση κάποιας άλλης εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας και στο 22.1% των περιστατικών ο δράστης βρισκόταν υπό την επίδραση κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας κατά τη διάρκεια του συμβάντος. Όσον αφορά στα αίτια αυτών των περιστατικών, στο 21.9%

ήταν η ζήλεια, στο 12% ήταν η επιθυμία διακοπής της σχέσης, στο 10.8% ήταν η λήψη από τον δράστη κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας και στο 3.7% ήταν η απιστία.

Η έρευνα των *Velea et al. (2015)* διενεργήθηκε στη Ρουμανία με ερωτηματολόγια σε 49 γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας και αφορούσε στη σύγκριση του εν λόγω δείγματος με τον γενικό πληθυσμό. Το 60.9% των συμμετεχουσών στην έρευνα ανέφεραν άσκηση μόνον σωματικής βίας, το 28.3% άσκηση σωματικής και ψυχολογικής βίας, το 6.5% μόνον άσκηση σεξουαλικής βίας και το 4.3% άσκηση όλων των προαναφερθεισών μορφών βίας. Η πλειονότητα των περιστατικών (91.3%) είχαν λάβει χώρα στην οικία όπου διέμενε το θύμα και μόλις το 8.7% είχαν λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο. Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, το μορφωτικό επίπεδο του θύματος σχετιζόταν με την ανοχή στη βία, καθώς όταν οι γυναίκες ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης ήταν πιθανότερο να μην είχαν προβεί σε καταγγελία του περιστατικού στις Αρχές. Όσον αφορά στην κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, φάνηκε ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος προ του συμβάντος και όχι η χρόνια κατάχρηση από μέρους του δράστη, σχετιζόταν με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και άσκησης σωματικής βίας. Μία επιπρόσθετη παράμετρος που μελετήθηκε ήταν η διαφορά ηλικίας των συζύγων/συντρόφων, η οποία φάνηκε ότι σχετίζεται με την άσκηση σωματικής βίας μεταξύ συντρόφων, οι οποίοι συγκατοικούσαν χωρίς να έχουν παντρευτεί, καθώς και στις περιπτώσεις που τα θύματα ήταν μεγαλύτερης ηλικίας από τους δράστες.

Στη δεύτερη και πολυπληθέστερη κατηγορία ερευνών σχετικά με τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας περιλαμβάνονται οι έρευνες που αφορούν στην προσέλευση των θυμάτων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων για την παροχή των Α' Βοηθειών. Οι έρευνες αυτές αποσκοπούν πρωτίστως στη διαπίστωση της έκτασης του φαινομένου υπό το πρίσμα της πρόκλησης κακώσεων που χρήζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δευτερευόντως την ανάδειξη της αναγκαιότητας ενημέρωσης και εκπαίδευσης του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στην έγκαιρη αναγνώριση και ορθή αντιμετώπιση των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Roberts et al. (1993)* στο 14.1% εκ του συνόλου των ασθενών που εξετάσθηκαν κατά το έτος 1991 σε ένα Νοσοκομείο της Αυστραλίας διαπιστώθηκαν κακώσεις, οι οποίες σύμφωνα με τους ασθενείς είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας. Μάλιστα, οι γυναίκες εμφάνιζαν διπλάσιο κίνδυνο να υποστούν κακώσεις σε σχέση με τους άνδρες, ενώ επιπρόσθετος παράγοντας κινδύνου ήταν η κακοποίηση αυτών των ασθενών κατά την παιδική τους ηλικία.

Σε συνέχεια της προαναφερθείσας έρευνας, οι ίδιοι ερευνητές δημοσίευσαν τέσσερα έτη αργότερα μία δεύτερη έρευνα (*Roberts et al., 1997*), σε μία προσπάθεια ανίχνευσης

πιθανών προγνωστικών παραγόντων κινδύνου σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Παρά το γεγονός ότι η στατιστική ανάλυση του δείγματός τους δεν ανέδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των θυμάτων και των μη-θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, ορισμένα χαρακτηριστικά των θυμάτων φάνηκαν ότι πιθανότατα μπορούν να αποτελέσουν πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας εμφάνιζαν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σε απόπειρες αυτοκτονιών και σε ιστορικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης ή/και χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, όπως επίσης και μεγαλύτερη πιθανότητα να είχε τεθεί η διάγνωση κάποιας ψυχιατρικής νόσου (χωρίς όμως να είναι δυνατόν να εξακριβωθεί εάν η ψυχιατρική αυτή νόσος ήταν αποτέλεσμα της κακοποίησης ή προϋπάρχουσα κατάσταση που συνέβαλε στην εμφάνιση της κακοποίησης). Επιπροσθέτως, τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας ήταν πιθανότερο όταν είχαν εξετασθεί κατά το παρελθόν από ιατρούς και να έφεραν κακώσεις, κυρίως εκχυμώσεις και εκδορές, ενώ ως πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρήθηκαν και οι επαναλαμβανόμενες προσελεύσεις των θυμάτων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και το ιστορικό πολλών τραυματισμών, οι οποίοι αποδίδονται από τα θύματα σε ατυχήματα.

Η έρευνα των *Muelleman et al. (1996)* αφορούσε στους ασθενείς που εξετάστηκαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δέκα Νοσοκομείων των Η.Π.Α. κατά το χρονικό διάστημα Αύγουστος 1993-Απρίλιος 1994. Εκ των συνολικά 9.057 γυναικών που εξετάστηκαν, οι 434 (4.8%) έφεραν κακώσεις οι οποίες ήταν είτε αποδεικτικές (3.1%), είτε πιθανότατα υποδηλωτικές (1.7%) συζυγικής/συντροφικής βίας. Κακώσεις είχαν διαπιστωθεί σε 2.763 γυναίκες (30.5%), οι οποίες οφείλονταν συχνότερα σε πτώσεις (23.3%), με την κακοποίηση να αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία (17.4%) και τα οδικά τροχαία ατυχήματα την τρίτη (17%). Οι δράστες ήταν συχνότερα οι σύντροφοι εκτός γάμου (43.1%), με τους πρώην συντρόφους, τους συζύγους και τους πρώην συζύγους να ακολουθούν με ποσοστά 28.8%, 23.5% και 4.6% αντίστοιχα. Στην πλειονότητα των περιστατικών (67.5%) ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει τα άνω άκρα (γροθιές), ενώ το 35.1% των θυμάτων είχε δεχθεί λακτίσματα και στο 29.9% είχε πληγεί με κάποιο θλυν αντικείμενο. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής, του τραχήλου και του κορμού ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, σε σχέση με τις υπόλοιπες ασθενείς που έφεραν κακώσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι κακώσεις στο περίνεο και στον πρωκτό, οι εκχυμώσεις και οι εκδορές στο πρόσωπο, στο κρανίο και στον τράχηλο, τα κατάγματα των οστών του προσωπικού κρανίου και οι κακώσεις των οδόντων, καθώς και οι εκχυμώσεις και εκδορές στα άνω άκρα και οι εκχυμώσεις στο θωρακικό και στο κοιλιακό τοίχωμα ήταν κατά πολύ συχνότερες στις γυναίκες θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας.

Μία δεύτερη έρευνα των *Muelleman & Burgess (1998)*, η οποία αφορούσε στους άνδρες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, οι οποίοι είχαν εξετασθεί στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου στις Η.Π.Α. (Κάνσας), ανέδειξε ότι στο 0.05% όλων των αρρένων ασθενών ή αλλιώς στο 0.55% των αρρένων που ήταν θύματα διαπροσωπικής βίας, δράστης ήταν η σύζυγος (24%) ή η σύντροφος (76%) του θύματος. Στο 42% η δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο θλυν αντικείμενο, στο 36% κάποιον νύσσον και τέμνον όργανο, στο 27% τα άκρα ως θλώντα όργανα και στο 9% είχε δαγκώσει το θύμα. Στο 71%, το θύμα έφερε τουλάχιστον ένα θλαστικό τραύμα, με συχνότερες εντοπίσεις την κεφαλή (42%), τα άνω άκρα (22%) και τη ράχης και τα κάτω άκρα (από 7%). Στο 29% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις ή/και εκδορές, με συχνότερες εντοπίσεις την κεφαλή (13%), τα κάτω άκρα (7%) και τον κορμό (4%). Κανένα θύμα δεν έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας, ενώ οι άνδρες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας ήταν πιθανότερο να είχαν συλληφθεί είτε πριν είτε μετά τον τραυματισμό τους για περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Οι *Perciaccante et al. (1999)* μελέτησαν 100 περιστατικά γυναικών που επισκέφθηκαν από τον Απρίλιο του 1993 έως τον Σεπτέμβριο του 1996 το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου στις Η.Π.Α. (Ατλάντα) και έφεραν κακώσεις (εξαιρουμένων των περιστατικών στα οποία οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου οδικού τροχαίου ατυχήματος) και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που έφεραν κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου ήταν σχεδόν οκτώ φορές πιθανότερο να ήταν θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, σε σχέση με τις γυναίκες που έφεραν κακώσεις στο λοιπό σώμα. Βεβαίως, η ευαισθησία αυτής της μεθόδου ανίχνευσης περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας ανερχόταν στο 91.2% (εννέα στις δέκα γυναίκες θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας θα φέρουν κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου) και η ειδικότητα στο 59.1% (έξι στις δέκα γυναίκες που φέρουν κακώσεις στο λοιπό σώμα πλην της κεφαλής και του τραχήλου δεν θα είναι θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας).

Η έρευνα των *Hofner et al. (2005)* αφορούσε στη διανομή ερωτηματολογίων στους ασθενείς που εισήχθησαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Λωζάννη, με στόχο την ανεύρεση της επίπτωσης και του επιπολασμού της θυματοποίησης των ενηλίκων ασθενών από συζυγική/συντροφική βία. Εκ των συνολικά 2.454 ενηλίκων ασθενών που εξετάσθηκαν κατά τον Μάρτιο του 2002, οι 1.894 συμμετείχαν στην έρευνα και τελικώς το συνολικό δείγμα ήταν 1.602 άτομα. Η επίπτωση της συζυγικής/συντροφικής βίας ανερχόταν στο 11.4% (183 ενήλικα άτομα, εκ των οποίων 96 άνδρες και 87 γυναίκες). Το 25% εξ αυτών ανέφεραν ότι η θυματοποίησή τους ήταν πρόσφατη και σχετιζόταν με την επίσκεψή τους στο Νοσοκομείο. Το 40%

ανέφεραν μόνον άσκηση ψυχολογικής βίας από τον/τη σύζυγο/σύντροφο, το 18% μόνον άσκηση σωματικής βίας και το 40% άσκηση τόσο ψυχολογικής όσο και σωματικής βίας. Η επίπτωση των ανδρών ήταν 12.1% και των γυναικών 10.8%, ενώ όσον αφορά στην ηλικία, το 19.6% ήταν ηλικίας 16-34 ετών, το 13.1% ηλικίας 35-54 ετών και το 5.1% ηλικίας μεγαλύτερης των 55 ετών. Το 26.2% βρίσκονταν σε διάσταση και το 10.1% είχαν χωρίσει, ενώ οι έγγαμοι αποτελούσαν το 7.8% του δείγματος και οι άγαμοι το 18.8%. Η επίπτωση κατά τη διάρκεια της ημέρας ήταν 9% μεταξύ 08:00 και 15:59, 11% μεταξύ 16:00 και 23:59 και 20.7% μεταξύ 00:00 και 07:59.

Από τη μετα-ανάλυση των *Wu et al. (2010)*, οι οποίοι χρησιμοποίησαν επτά έρευνες σχετικά με τις γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας που προσέρχονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, εξήχθησαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου θεωρούνται ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης για συζυγική/συντροφική βία,
- οι κακώσεις στα άνω και στα κάτω άκρα είναι λιγότερο συχνές στα θύματα συζυγική/συντροφική βίας και
- δεν υπάρχει ουσιώδης συσχέτιση της συζυγικής/συντροφικής βίας και των κακώσεων στον κορμό (θώρακας, κοιλία, πύελος, σπονδυλική στήλη).

Η έρευνα των *Chan et al. (2013)* αφορούσε στους ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών τριών Νοσοκομείων στο Χονγκ Κονγκ κατά τη δωδεκαετία 1997-2008 (η ετήσια προσέλευση σε αυτά τα τρία Νοσοκομεία κυμαινόταν μεταξύ 1,7 και 2,4 εκατομμύρια νέες εισαγωγές). Επί του συνόλου των νέων εισαγωγών, οι 15.797 ασθενείς αφορούσαν σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας (συζυγική/συντροφική βία, κακοποίηση παιδιών και ηλικιωμένων). Το 42.7% εξ αυτών εξετάστηκαν από Γενικούς Χειρουργούς, το 25.9% από Χειρουργούς Ορθοπαιδικούς και το 21.2% από Νευροχειρουργούς. Το 53.4% είχαν διακομισθεί με ασθενοφόρο, το 18.3% θεωρήθηκε ότι βρίσκονταν σε κρίσιμη κατάσταση και το 11.2% εισήχθησαν σε κάποια Κλινική για παραμονή και νοσηλεία (το 80.6% εξ αυτών παρέμειναν νοσηλευόμενοι έως τρεις ημέρες). Οι άνδρες ήταν πιθανότερο να ήταν νεαρότερης ηλικίας από τις γυναίκες και να είχαν εξετασθεί από Γενικούς Χειρουργούς, καθώς και να είχαν θεωρηθεί ότι βρίσκονται σε πιο κρίσιμη κατάσταση, ενώ οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να είχαν εξετασθεί από Ορθοπαιδικούς Χειρουργούς και να μην έχρηζαν περαιτέρω παρακολούθησης, εφόσον δεν είχαν εισαχθεί σε κάποια Κλινική. Όσον αφορά στα παιδιά, τα κορίτσια ήταν πιθανότερο να είχαν θεωρηθεί ότι βρίσκονται σε πιο κρίσιμη κατάσταση σε σχέση με τα αγόρια, ενώ τα αγόρια ήταν πιθανότερο να είχαν επανεισαχθεί περισσότερες φορές σε σχέση με τα κορίτσια. Συνολικά, τα άρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να έφεραν σοβαρότερης μορφής κακώσεις, σε σχέση με τα θήλεα θύματα. Στα περιστατικά

θυματοποίησης αρρένων, ήταν πιθανότερο δράστης να ήταν η σύντροφος εκτός γάμου, παρά η σύζυγος του θύματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Farchi et al. (2013)*, κατά το 2008 είχαν εξετασθεί σε ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο Λάτσιο 6.936 γυναίκες-θύματα διαπροσωπικής βίας και ηλικίας 15-49 ετών. Οι γυναίκες αυτές είχαν επισκεφθεί συνολικά 41.950 φορές κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα κατά την εξαετία 2003-2008. Το 79.4% των γυναικών αυτών είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα περισσότερες από μία φορές, ανεξαρτήτως της αιτιολογίας εισαγωγής (20.4% πάνω από οκτώ φορές). Στο 17.2% αυτών των εισαγωγών είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις στην περιοχή του προσώπου, του κρανίου ή του τραχήλου (εξαιρουμένων των περιοφθαλμικών κακώσεων, οι οποίες είχαν διαπιστωθεί στο 1.1% των περιστατικών), στο 12% είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις στα άνω άκρα και στο 10.2% στα κάτω άκρα, στο 5.8% είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις στον κορμό και στο 2% είχαν διαπιστωθεί κατάγματα σε οστά του προσωπικού κρανίου. Συνολικά, εκχυμώσεις είχαν διαπιστωθεί στο 45.8% των εισαγωγών αυτών.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Yau et al. (2013)*, η οποία αφορούσε στα 14.990 θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία εξετάστηκαν σε Νοσοκομεία της Νέας Υόρκης κατά την οκταετία 2000-2007, το 36.8% των θυμάτων ήταν γυναίκες και το 63.2% ήταν άνδρες. Το 27.7% των γυναικών ήταν θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, με το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών να ανέρχεται σε 4.2%. Πολλαπλές (πέραν της μίας) κακώσεις είχαν διαπιστωθεί στο 36.3% των γυναικών και στο 33.1% των ανδρών. Όταν το συμβάν αφορούσε σε συζυγική/συντροφική βία, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να έφεραν κακώσεις στην κεφαλή και στον κορμό, σε σχέση με τα περιστατικά βίας στην κοινότητα. Επίσης, τα περιστατικά αυτά ήταν πιθανότερο να είχαν λάβει χώρα στην οικία του θύματος, ενώ ήταν επίσης πιθανότερο το θύμα να είχε καταναλώσει αιθυλική αλκοόλη. Όσον αφορά στους άνδρες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ήταν πιθανότερο να έφεραν κακώσεις στην κεφαλή και στα άνω άκρα, σε σχέση με τα περιστατικά βίας στην κοινότητα. Η σεξουαλική βία κατά γυναικών ήταν πιθανότερο να αφορά σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, παρά σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Kothari et al. (2014)*, κατά την περίοδο 2000-2010 διαπράχθηκαν 21.179 εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας στις Η.Π.Α. (Καλαμαζού). Οι εμπλεκόμενοι σε αυτά τα περιστατικά (12.913 δράστες και 14.797 θύματα) χρειάστηκε να νοσηλευθούν, με τον συνολικό αριθμό των νοσηλείων να ανέρχεται στις 30.301. Σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά την προαναφερθείσα περίοδο, οι εμπλεκόμενοι σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (θύματα και δράστες) βρίσκονταν σε δεκαπλάσιο κίνδυνο ανάγκης νοσηλείας, ιδίως όσον αφορά στους άνδρες. Αυξημένος κίνδυνος ανάγκης νοσηλείας παρατηρήθηκε και στα περιστατικά, τα οποία αφορούσαν σε άσκηση βίας από αμφοτέρους τους εμπλεκόμενους.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Joseph et al. (2015)*, κατά την επταετία 2007-2012, εξετάσθηκαν 2.910.122 άτομα σε 370 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων των Η.Π.Α. λόγω κακώσεων. 16.575 εξ αυτών (0.57%) αφορούσαν σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας, εκ των οποίων το 75.1% δεν έχρηζαν περαιτέρω νοσηλείας. Το 50.7% ήταν άρρενα άτομα και το 61.7% ήταν ανήλικοι. Το 46% των παιδιών και το 49.3% των ενηλίκων έφεραν κακώσεις στην κεφαλή, ενώ στο 31.5% των παιδιών και στο 30.9% των ενηλίκων διαπιστώθηκαν κατάγματα στα άνω ή/και στα κάτω άκρα. Όσον αφορά στους ενηλίκους, ήταν πιθανότερη η θυματοποίηση των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες (64% των γυναικών έναντι 26% των ανδρών) ενώ όσον αφορά στα παιδιά δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (60% και 58%, αντίστοιχα).

Σύμφωνα με την έρευνα των *Hackenberg et al. (2016)*, κατά την περίοδο Αύγουστος 2013-Αύγουστος 2014, εξετάσθηκαν συνολικά 29 θύματα ενδοοικογενειακής βίας σε δύο Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στο Ελσίνκι. Το 83% των θυμάτων ήταν γυναίκες και στο 76% των περιστατικών ο δράστης ήταν άρρεν άτομο. Στο 31% των περιστατικών ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο και στο 17% το θύμα είχε πληγεί με κάποιο θλυν αντικείμενο. Οι κακώσεις στα άνω άκρα εμφάνιζαν τη μεγαλύτερη συχνότητα (59%), ενώ η κεφαλή ήταν η δεύτερη σε συχνότητα (41%) και ο θώρακας η τρίτη (34%). Στο 60% των θυμάτων είχαν προκληθεί κατάγματα (όλα σε θήλεα άτομα), τα οποία αφορούσαν κυρίως σε οστά του προσωπικού κρανίου και των άνω άκρων. Το 48% των θυμάτων παρέμειναν για νοσηλεία και στο 34% διενεργήθηκε κάποια χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση των κακώσεων.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι έρευνες είναι λιγοστές. Η έρευνα των *Petridou et al. (2002)* διενεργήθηκε σε τέσσερα Νοσοκομεία (δύο από το Νομό Αττικής, ένα από το Νομό Μαγνησίας και ένα από την Κέρκυρα) και τα στοιχεία συλλέχθηκαν κατόπιν συντόμων συνεντεύξεων με ασθενείς που έφεραν κακώσεις. Συνολικά κατεγράφησαν 62.493 περιστατικά, στα οποία οι ασθενείς έφεραν κακώσεις, εκ των οποίων 312 γυναίκες (1.1% των γυναικών που έφεραν κακώσεις) και 39 άνδρες (0.1% των ανδρών που έφεραν κακώσεις) ανέφεραν ότι οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιο περιστατικού συζυγικής/συντροφικής βίας και 541 γυναίκες (2% των γυναικών που έφεραν κακώσεις) και 1.086 άνδρες (3.1% των ανδρών που έφεραν κακώσεις) ανέφεραν ότι οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού διαπροσωπικής βίας, πλην της συζυγικής/συντροφικής. Όσον αφορά στα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας, το 43.6% των γυναικών ήταν ηλικίας 30-39 ετών και το 23.4% ηλικίας κάτω των 30 ετών, με τα ποσοστά των ανδρών για τις προαναφερθείσες ηλικιακές ομάδες να είναι 30.8% και 10.3%, αντίστοιχα. Η πλειονότητα των θυμάτων (92% των γυναικών και 94.9% των ανδρών) ήταν άτομα ελληνικής καταγωγής και στην

πλειονότητα των περιστατικών (87.2% για τις γυναίκες και 89.7% για τους άνδρες) το συμβάν είχε λάβει χώρα στην οικία όπου διέμενε το θύμα. Πάνω από τα μισά περιστατικά (53.5% για τις γυναίκες και 59% για τους άνδρες) είχαν συμβεί μεταξύ 14:00 και 21:59 και ήταν ελαφρώς συχνότερα κατά τους θερινούς μήνες (33.3% για τις γυναίκες και 35.9% για τους άνδρες) σε σχέση με τις υπόλοιπες εποχές. Τα θύματα είχαν συχνότερα διακομισθεί στα Νοσοκομεία με κάποιο ασθενοφόρο (60.3% των γυναικών και 51.3% των ανδρών) και είχαν εξετασθεί την ημέρα του βίαιου περιστατικού (73.1% των γυναικών και 84.6% των ανδρών). Τα περιστατικά θυματοποίησης γυναικών είχαν συμβεί συχνότερα τις εργάσιμες ημέρες (72.4%), ενώ όταν το θύμα ήταν άνδρας, το 43.6% είχαν λάβει χώρα το Σαββατοκύριακο. Στις γυναίκες ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί πολλαπλές κακώσεις (60.3%) σε σχέση με τους άνδρες (51.3%). Στο 1.9% των γυναικών και στο 2.6% των ανδρών δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις. Οι συχνότερες κακώσεις ήταν οι εκχυμώσεις ή/και τα τραύματα (71.5% των γυναικών και 87.2% των ανδρών), ενώ στις γυναίκες ήταν πιθανότερο να είχε διαγνωσθεί εγκεφαλική διάσειση (17.6%) έναντι των ανδρών (7.7%). Στο 3.9% των γυναικών είχαν διαπιστωθεί κατάγματα, ενώ ουδείς εκ των ανδρών έφερε κατάγματα. Στο 30.1% των γυναικών και στο 35.9% των ανδρών είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο πρόσωπο, στο 16.4% των γυναικών και στο 20.5% των ανδρών στον κορμό, στο 16.7% των γυναικών και στο 15.4% των ανδρών στα άνω άκρα και στο 5.1% των γυναικών και στο 2.6% των ανδρών στα κάτω άκρα. Όσον αφορά στη σύγκριση με τα λοιπά περιστατικά διαπροσωπικής βίας, οι γυναίκες που έφεραν πολλαπλές κακώσεις ήταν 15 φορές πιθανότερο να ήταν θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, ενώ οι κακώσεις στην κεφαλή (εγκέφαλος, κρανίο, πρόσωπο) ήταν 13 φορές πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στις γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας. Επιπροσθέτως, η διαπίστωση εκχυμώσεων και οιδήματος στα χείλη του προσώπου θεωρήθηκε προγνωστικός δείκτης θυματοποίησης των γυναικών από περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες που δεν είχαν διακομισθεί με ασθενοφόρο, αλλά είχαν προσέλθει στο Νοσοκομείο μόνοι τους, ήταν 4 φορές πιθανότερο να ήταν θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας. Οι άνδρες που έφεραν πολλαπλές κακώσεις ήταν 11 φορές πιθανότερο να ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

Διάφορες άλλες διεθνείς έρευνες προσεγγίζουν την ενδοοικογενειακή βία από διαφορετικές σκοπιές.

Για παράδειγμα, η έρευνα της *Sorenson (2017)* ανέδειξε τη χρήση όπλων από το δράστη στο πλαίσιο των καταγγελλθέντων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας στις Η.Π.Α. (Φιλαδέλφεια). Πιο συγκεκριμένα, εκ των 35.413 περιστατικών, στα 6.573 (18.6%) ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει μόνον τα χέρια και τα πόδια του ως θλώντα όργανα και στα 1.866 (5.3%) είχε χρησιμοποιήσει κάποιο όπλο και περίπου το ένα τρίτο εξ αυτών

(30.9%) αφορούσε σε κάποιο πυροβόλο όπλο. Βεβαίως, στην πλειονότητα εξ αυτών (69.1%) ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει το πυροβόλο όπλο ως μέσο απειλής, χωρίς να το πυροδοτήσει.

Η έρευνα των *Bhandari et al. (2006)* αφορούσε στις γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας, οι οποίες είχαν απευθυνθεί στη μη κυβερνητική οργάνωση D.A.P. (Domestic Abuse Project) στις Η.Π.Α. (Μινεσότα). κατά τη διετία 2002-2003 και εκ των συνολικά 270 γυναικών, μελετήθηκαν οι φάκελοι των 263. Το 69% εξ αυτών βρίσκονταν σε διάσταση, το 29% δεν εργάζονταν και το 77% ήταν και μητέρες. Στο 54.7% επί του συνόλου των θυμάτων είχαν προκληθεί κακώσεις. Εξ αυτών, στο 40% εντοπιζονταν στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και αφορούσαν πρωτίστως σε περιοφθαλμικές κακώσεις, στο 28% είχαν προκληθεί εξαρθήματα ή/και κατάγματα, τα οποία αφορούσαν κυρίως στα άκρα και στο 22% είχαν προκληθεί μόνον εξωτερικές κακώσεις (εκχυμώσεις, εκδορές, εγκαύματα, τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα, κακώσεις από ανθρώπινα δήγματα και τραύματα από πυροβόλα όπλα). Επίσης, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα αναγνωρίστηκαν ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι θεωρήθηκαν ότι αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικής κακοποίησης, όπως η νεαρή ηλικία, η μικρή διάρκεια της σχέσης, η συνύπαρξη συναισθηματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και η χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης από μέρους του θύματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των *de Vries Robbe et al (1996)*, η οποία αφορούσε σε ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε ασθενείς ηλικίας άνω των 16 ετών και στους γονείς-συνοδούς των παιδιών ηλικίας κάτω των 16 ετών, οι οποίοι είχαν επισκεφθεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου στην Αυστραλία, η επίπτωση συζυγικής/συντροφικής βίας ανερχόταν στον 14.1% των ασθενών και στο 16.3% των γονέων-συνοδών. Οι πιο συχνές μορφές βίας ήταν η απώθηση, καθώς και η συναισθηματική κακοποίηση, στην οποία περιλαμβάνονταν η λεκτική βία, η στέρηση της οικονομικής ελευθερίας και η κοινωνική απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους του θύματος. Το 18.4% των ασθενών που ανέφεραν ότι έχουν υποστεί κακοποίηση από τον/τη σύζυγό/σύντροφό τους ανέφεραν ότι είχαν κακοποιηθεί κατά την ενήλικη ζωή και από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς τους (μητέρα, πατέρα, αδελφός, γιος, παππούς/γιαγιά, πατριός/μητριά ή πεθερός). Το 8.9% των ασθενών ανέφεραν ότι είχαν κακοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία, με τα θήλεα άτομα να ήταν 1,75 φορές πιθανότερο να είχαν κακοποιηθεί σε σχέση με τα αρρενα άτομα. Το αντίστοιχο ποσοστό των γονέων-συνοδών ήταν 12.6%, χωρίς ουσιαστική διαφοροποίηση σε σχέση με το φύλο (11.6% των αρρένων και 13.1% των θηλέων). Οι ασθενείς που είχαν αναφέρει ότι είχαν υποστεί ενδοοικογενειακή κακοποίηση κατά την ενήλικη ζωή, ήταν 6 φορές πιθανότερο να είχαν υποστεί κακοποίηση και κατά την παιδική ηλικία. Ο αντίστοιχος κίνδυνος για τις

μητέρες-συνοδούς ήταν 3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τους πατέρες-συνοδούς. Μόλις το 0.8% του συνόλου των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είχαν υποστεί βία έως και 24 ώρες προ της προσέλευσης στο Νοσοκομείο και το ένα τρίτο εξ αυτών ανέφεραν ότι αυτή ήταν η αιτία προσέλευσης.

Η έρευνα των *Hugl-Wajek et al. (2012)*, η οποία πραγματοποιήθηκε με σύντομες συνεντεύξεις σε 1.550 γυναίκες ασθενείς, ηλικίας 18-60 ετών, οι οποίες επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Νοσοκομείου στις Η.Π.Α. κατά το έτος 2006, ανέδειξε ότι η επίπτωση και ο επιπολασμός της ενδοοικογενειακής βίας ήταν 4.8% και 27.5%, αντίστοιχα.

Μία αντίστοιχη έρευνα (*Boyle & Todd, 2003*), η οποία διενεργήθηκε στην Αγγλία σε 256 ασθενείς (122 άνδρες και 134 γυναίκες), ανέδειξε ότι η επίπτωση ενδοοικογενειακής βίας ήταν 1.2% (0.8% για τους άνδρες και 1.4% για τις γυναίκες), ενώ ο επιπολασμός ήταν 21.3% για τις γυναίκες και 21.6% για τους άνδρες. Επιπροσθέτως, η έρευνα ανέδειξε λίαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς για τις γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, σε σχέση με τους άνδρες-θύματα.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Dearwater et al. (1998)*, η οποία βασίστηκε σε σύντομες συνεντεύξεις σε 3.455 ενήλικες γυναίκες που είχαν επισκεφθεί έντεκα Νοσοκομεία των Η.Π.Α. κατά τις χρονικές περιόδους Απρίλιος 1995-Αύγουστος 1995, Ιανουάριος 1996-Ιούνιος 1996 και Ιανουάριος 1997-Μάιος 1997 ανέδειξε ότι το 2.2% εξ αυτών είχαν επισκεφθεί το Νοσοκομείο λόγω τραυματισμού από τον σύζυγό/σύντροφό τους, ενώ το 14.4% εξ αυτών είχαν δεχθεί σεξουαλική ή σωματική βία από τον σύζυγό/σύντροφό τους κατά το προηγούμενο έτος και το 36.9% είχαν υποστεί συναισθηματική ή σωματική βία τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους από κάποιον σύντροφο. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε τέσσερις παράγοντες κινδύνου, όσον αφορά στην πρόκληση κακώσεων στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας (νεαρή ηλικία-έως 39 ετών, χαμηλό εισόδημα-κάτω από 1.000\$, ύπαρξη ανηλίκου τέκνου, διακοπή σχέσης το τελευταίο έτος), καθώς και επτά παράγοντες κινδύνου, όσον αφορά στον κίνδυνο ενδοοικογενειακής θυματοποίησης, μεταξύ των οποίων το χαμηλό εισόδημα (κάτω από 1000\$), η ύπαρξη ανηλίκου τέκνου και η διακοπή σχέσης το τελευταίο έτος, καθώς και μορφωτικό επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή/και ανώτερο.

Στην έρευνα των *Zhan et al. (2013)*, η οποία διενεργήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Μάιος-Νοέμβριος 2011 στην Αγία Πετρούπολη και αφορούσε σε απάντηση ερωτηματολογίων από 299 γυναίκες ασθενείς, ηλικίας 18-50 ετών, ο επιπολασμός της κακοποίησης τους κατά την παιδική ηλικία ήταν 63.5%. Εξ αυτών, το 62.1% αφορούσε μόνον σε συναισθηματική κακοποίηση και το 37.9% σε σωματική κακοποίηση. Το 34.8% του συνόλου των γυναικών απάντησαν ότι είχαν διαπράξει στο παρελθόν ενδοοικογενειακή βία, με το ποσοστό θυματοποίησης να ήταν 37.8% και το ποσοστό

ταυτόχρονης διάπραξης και θυματοποίησης 25.1%. Η λεκτική βία ήταν η πρώτη σε συχνότητα, τόσο όσον αφορά στη διάπραξη (28.4%) όσο και στη θυματοποίηση (32.1%), με τη σωματική βία να ακολουθεί (21.4% διάπραξη και 18.1% θυματοποίηση) και τη σεξουαλική βία να βρίσκεται στην τρίτη και τελευταία θέση (2.7% διάπραξη και 11% θυματοποίηση). Όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι το ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, η νεαρότερη ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών και η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης σχετίζονταν με τη διάπραξη ενδοοικογενειακής βίας, ενώ η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης, το ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και ο μεγαλύτερος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων σχετίζονταν με τη θυματοποίηση.

Το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας φαίνεται ότι απασχολεί τη διεθνή ιατρική κοινότητα, κυρίως υπό το πρίσμα της βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων. Βεβαίως, υπάρχουν και έρευνες οι οποίες αναλύουν και τα υπόλοιπα περιστατικά βίας στο περιβάλλον της οικογένειας, όπως η έρευνα των *Purcell et al. (2014)*, η οποία διενεργήθηκε στην Αυστραλία και αφορούσε στις καταγγελίες για περιστατικά βίας στα οποία δράστης ήταν κάποιο ανήλικο άτομο και το θύμα ήταν κάποιος εκ των γονέων του ή άλλος συγγενής του. Το 69% των δραστών ήταν αγόρια και το 31% κορίτσια, ενώ το 33% των θυμάτων ήταν άρρενα άτομα και το 77% θήλεα. Η μέση ηλικία των δραστών ήταν 15,6 έτη (εύρος: 12-18 έτη) και των θυμάτων 40,2 έτη (εύρος: 5-78 έτη). Στο 78% των περιστατικών το θύμα ήταν κάποιος εκ των γονέων (στο 63% ήταν η μητέρα), στο 11% τα περιστατικά αφορούσαν σε βία μεταξύ αδελφών και στο 9% το θύμα ήταν κάποιος άλλος συγγενής. Στο 66% των περιστατικών ο δράστης ζούσε σε μονογονεϊκή οικογένεια, στο 19.5% με αμφοτέρους τους γονείς και στο 5% με κάποιο άλλο συγγενικό του πρόσωπο. Στο 14% των δραστών είχε διαγνωσθεί κάποια ψυχική διαταραχή (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές της συμπεριφοράς και διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού), ενώ στο 16% είχε αναφερθεί χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας, όπως αιθυλική αλκοόλη και κάνναβη. Στο 23% των περιστατικών, τα θύματα είχαν προβεί σε καταγγελίες για ανάλογη συμπεριφορά του δράστη κατά το παρελθόν και στο 3% των δραστών είχαν ασκηθεί κατά το παρελθόν και άλλες ποινικές διώξεις. Στο 59.2% των περιστατικών οι καταγγελίες αφορούσαν σε άσκηση σωματικής βίας, στο 53.2% σε απειλές και στο 61.8% σε φθορές/καταστροφές ιδιοκτησίας. Στην πλειονότητα των βίαιων περιστατικών, ο ανήλικος δράστης είχε χρησιμοποιήσει τα άκρα του ως θλώντα όργανα ή είχε απωθήσει το θύμα και σε ένα μικρό ποσοστό είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (μαχαίρι, σπασμένο μπουκάλι). Στο 9% οι καταγγελίες αφορούσαν και σε σεξουαλική βία, με τα θύματα αυτών των περιστατικών να είναι κυρίως ανιψιές, ξαδέλφια και ετεροθαλή αδέρφια του δράστη.

2.3. Κακοποίηση παιδιών

Σύμφωνα με τη συστηματική ανάλυση των *Devries et al. (2017)*, οι δράστες της βίας κατά των παιδιών ανευρίσκονται πρωτίστως στο οικογενειακό περιβάλλον, με το 60-70% των παιδιών ηλικίας 2-14 ετών να έχουν υποστεί ψυχολογική βία και το 40-60% σωματική βία από κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Οι συμμαθητές αποτελούν τους δεύτερους σε συχνότητα δράστες διαπροσωπικής βίας, καθώς το 70-80% των παιδιών ηλικίας 8-11 ετών και το 50% των παιδιών ηλικίας 12-17 ετών είναι θύματα ψυχολογικής βίας από τους συμμαθητές τους, ενώ στο 50% των αγοριών και στο 40% των κοριτσιών ηλικίας 8-11 ετών έχει ασκηθεί σωματική βία. Οι σύντροφοι αποτελούν τους τρίτους σε συχνότητα δράστες διαπροσωπικής βίας κατά των κοριτσιών, με το ποσοστό θυματοποίησης να ανέρχεται στο 7% στην ηλικία των 15 ετών και στο 13% στην ηλικία των 19 ετών. Όσον αφορά στη σεξουαλική βία κατά των κοριτσιών, η θυματοποίηση ανέρχεται στο 2% στην ηλικία των 15 ετών, στο 5% στην ηλικία των 18 ετών και στο 7% στην ηλικία των 19 ετών.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Gregersen & Vesterby (1984)*, κατά την περίοδο 1959-1980 εξετάστηκαν 33 παιδιά (18 αγόρια και 15 κορίτσια) σε Ινστιτούτο Ιατροδικαστικής στο Άαρχους, λόγω καταγγελίας κακοποίησης ή παραμέλησης, ενώ κατά την ίδια χρονική περίοδο τα περιστατικά κακοποίησης με θανατηφόρο κατάληξη ήταν 20 (11 αγόρια και 9 κορίτσια). Στην πλειονότητα των περιστατικών, δράστης ήταν κάποιος εκ των βιολογικών γονέων (σε 8 περιστατικά δράστης ήταν ο πατέρας και θύμα ο γιος, σε 3 περιστατικά δράστης ήταν ο πατέρας και θύμα η κόρη, σε 7 περιστατικά δράστης ήταν η μητέρα και θύμα η κόρη και σε 4 περιστατικά δράστης ήταν η μητέρα και θύμα ο γιος), ενώ σε 8 περιστατικά δράστης ήταν ο πατριός και οι θετές κόρες ήταν θύματα σε 7 εξ αυτών. Οι πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις εντοπίζονταν συχνότερα στο πρόσωπο (18 περιστατικά), στη ράχη (11 περιστατικά), στις κνήμες (10 περιστατικά) και στους βραχίονες (9 περιστατικά), ενώ οι παλαιότερες κακώσεις αφορούσαν πρωτίστως στις κνήμες (8 περιστατικά) και στους βραχίονες (7 περιστατικά). Σε 2 παιδιά διαπιστώθηκαν πρόσφατα κατάγματα (ένα σε μακρό οστό και ένα στο κρανίο), ενώ σε 6 παιδιά διαπιστώθηκαν και παλαιότερα κατάγματα, τα οποία αφορούσαν όλα σε μακρά οστά. Η πλειονότητα των δραστών (20 περιστατικά) είχαν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον τα άκρα τους (γροθιές και λακτίσματα), ενώ σε 13 περιστατικά είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο θλων όργανο.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Litz et al. (2017)*, για την οποία χρησιμοποιήθηκε το αρχείο ενός Νοσοκομείου των Η.Π.Α. (Φλόριντα), την πενταετία 2010-2014 είχαν εξετασθεί στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών 46.557 ανήλικοι ασθενείς, λόγω κάποιας κάκωσης και στο 1.1% εξ αυτών (535 περιστατικά) οι κακώσεις δεν οφείλονταν σε κάποιο ατύχημα,

αλλά είχαν προκληθεί από κάποιον εκ των γονέων του ανηλίκου. Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι τα θύματα κακοποίησης από κάποιον γονέα έφεραν συχνότερα κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, καθώς και πολλαπλές κακώσεις σε όλο το σώμα, ενώ οι κακώσεις αυτές ήταν σοβαρότερης μορφής και τα θύματα μικρότερης ηλικίας, σε σχέση με τους υπόλοιπους ανηλίκους που είχαν εξετασθεί ή/και νοσηλευθεί στο Νοσοκομείο.

Όσον αφορά στις έρευνες σχετικά με την κακοποίηση παιδιών στην Ελλάδα και τις προκληθείσες κακώσεις, η έρευνα των *Agathonos et al.* (1982) αφορούσε στη μελέτη 54 περιστατικών παιδιών ηλικίας έως 10 ετών (μέση ηλικία 3,3 έτη), τα οποία είχαν υποστεί κακοποίηση στην Αθήνα. Στο 42.5% είχαν διαπιστωθεί εκχυμώσεις ή/και εκδορές και στο 35.2% οι κακώσεις εντοπιζόνταν στην κεφαλή. Στο 15% είχαν διαπιστωθεί κατάγματα, στο 13% εγκαύματα και στο 9.2% τραύματα από νύσσοντα και τέμνοντα όργανα.

Μία δεύτερη έρευνα των *Petridou et al.* (2001) αφορούσε στη διερεύνηση των τραυματισμών παιδιών που είχαν εξετασθεί σε τρία Νοσοκομεία της Ελλάδας, ένα στο Νομό Αττικής, ένα στο Νομό Μαγνησίας και ένα στην Κέρκυρα. Εκ των συνολικά 46.807 παιδιών ηλικίας έως 14 ετών τα οποία είχαν εξετασθεί, στο 0.23% (108 περιστατικά) είχαν διαπιστωθεί κακώσεις, οι οποίες είχαν προκληθεί στο πλαίσιο διαπροσωπικής βίας. Η πλειονότητα των περιστατικών αφορούσε σε τραυματισμούς από καβγάδες ή κακοποίηση (92 περιστατικά). Τα πέντε περιστατικά αφορούσαν σε βιασμούς και σε έντεκα οι κακώσεις είχαν προκληθεί από κάποιο όπλο (πυροβόλο, εκρηκτικά, κ.ά.). Η διαπροσωπική βία ήταν συχνότερη στα αγόρια (70.4%) έναντι των κοριτσιών (29.6%) και αφορούσε κυρίως παιδιά ηλικίας 10-14 ετών (55.5%), καθώς τα παιδιά ηλικίας έως 4 ετών αντιπροσώπευαν το 20.4% του δείγματος και τα παιδιά ηλικίας 5-9 ετών το 24.1%. Στο ένα τρίτο των περιστατικών (34.2%) το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς και στο 32.4% σε κάποια οικία. Τα περισσότερα περιστατικά (21.3%) είχαν λάβει χώρα τις Κυριακές και το 49.4% μεταξύ των ωρών 07:00 και 14:59. Οι κακώσεις εντοπιζόνταν πρωτίστως στην κεφαλή (57.4%) και δευτερευόντως στον κορμό (19.4%), στα άνω άκρα (13%) και στα κάτω άκρα (6.5%) και αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις (47.2%) και εκδορές εκ προστριβής ή τραύματα (25%). Στο 52.8% των θυμάτων είχε διαπιστωθεί μόνον μία κάκωση, στο 31.5% δύο και στο 15.7% πάνω από τρεις και το 24.9% των παιδιών χρειάστηκε να νοσηλευθούν (18.6% έως τρεις ημέρες και 8.3% πάνω από τέσσερις ημέρες). Σε σύγκριση με τους τραυματισμούς από ατυχήματα, οι τραυματισμοί από περιστατικά διαπροσωπικής βίας αφορούσαν συχνότερα αγόρια και είχαν λάβει χώρα τα Σαββατοκύριακα, ήταν συχνότεροι μεταξύ 23:00 και 06:59 και απαιτούσαν διακομιδή με ασθενοφόρο και νοσηλεία, ενώ αφορούσαν συχνότερα πολλαπλές κακώσεις που εντοπιζόνταν κυρίως στην κεφαλή.

Η έρευνα των *Antoniadou et al. (2017)* αφορούσε σε περιστατικά κακοποίησης παιδιών στη Βόρεια Ελλάδα από το 2005 έως το 2015, την ιατροδικαστική διερεύνηση των οποίων είχε αναλάβει η Ιατροδικαστική Υπηρεσία Θεσσαλονίκης. Εκ των συνολικά 4.468 ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων που είχαν διενεργηθεί την προαναφερθείσα περίοδο, οι 319 (7.1%) αφορούσαν σε θυματοποίηση ανηλίκων, με την πλειονότητα των καταγγελιών να αφορούν σε σεξουαλική κακοποίηση (229 περιστατικά, 71.8%). Όσον αφορά στις καταγγελίες για σωματική κακοποίηση (90 περιστατικά, 28.2%), στην πλειονότητα των περιστατικών (82.2%) είχαν διαπιστωθεί κακώσεις οι οποίες θα μπορούσαν να υποδηλώνουν κακοποίηση. Η πλειονότητα των καταγγελιών (82.7%) είχαν γίνει εντός πέντε ημερών από το συμβάν και στο 68.2% ο δράστης ήταν κάποιο άρρεν ενήλικο άτομο. Στο 54.4% δράστης φερόταν να ήταν ο πατέρας, στο 23.3% η μητέρα και στο 2.2% αμφότεροι οι γονείς. Στο 52.2% ο δράστης είχε γρονθοκοπήσει ή χαστουκίσει το θύμα και στο 31.1% είχε χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο αντικείμενο (46.8% θλων όργανο, 13.2% νύσσον και τέμνον όργανο). Ένα επιπρόσθετο εύρημα της εν λόγω έρευνας, ήταν η συνύπαρξη κι άλλων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, καθώς ήταν πιθανότερο όταν ο δράστης ήταν άνδρας να είχε κακοποιήσει και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, όπως τη μητέρα ή τα αδέρφια του θύματος.

2.4. Σεξουαλική βία

Σύμφωνα με την έρευνα των *Morgan et al. (2011)*, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της σεξουαλικής θυματοποίησης μετεμμηνοπαυσιακών και προεμμηνοπαυσιακών γυναικών, τόσο ως προς τις συνθήκες του συμβάντος, όσο και ως προς την εντόπιση των κακώσεων. Πιο συγκεκριμένα, στην εν λόγω έρευνα συμπεριελήφθησαν 252 γυναίκες (122 μετεμμηνοπαυσιακές και 130 προεμμηνοπαυσιακές), οι οποίες είχαν εξετασθεί σε δύο Κέντρα Αντιμετώπισης Θυμάτων Βιασμού στο Λονδίνο από το 2000 έως το 2009. Η πλειονότητα των θυμάτων είχαν αναφέρει τουλάχιστον κολπική δειξίδωση (73.3% των μετεμμηνοπαυσιακών και 87.9% των προεμμηνοπαυσιακών). Στο 18.1% των μετεμμηνοπαυσιακών και στο 26.9% των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών, δράστης ήταν κάποιο άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ στο 48.3% και 41.2%, αντίστοιχα, κάποιο άλλο άτομο, γνωστό στο θύμα. Στο 37% των μετεμμηνοπαυσιακών και στο 17% των προεμμηνοπαυσιακών θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα γεννητικά όργανα, ενώ στο 71% και στο 66%, αντίστοιχα, είχαν διαπιστωθεί πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις στο λοιπό σώμα. Οι κακώσεις αυτές εντοπίζονταν πρωτίστως στα άνω (74.7% και 68.6%) και στα κάτω άκρα (69% και 60.5%), με τον κορμό να ακολουθεί (59.8% και 52.3%) στην τρίτη θέση και την κεφαλή (39.1% και 30.2%) και τον τράχηλο (13.8% και 24.4%) στην τέταρτη και πέμπτη.

Η έρευνα των *Moller et al. (2012)* αφορούσε στις γυναίκες-θύματα βιασμού, οι οποίες εξετάστηκαν σε μία Κλινική στη Στοκχόλμη κατά την περίοδο δεκατριών μηνών μεταξύ 2007-2008. Εκ των συνολικά 655 γυναικών που εξετάστηκαν, οι 406 (62%) ανέφεραν ότι γνώριζαν τον δράστη και οι 114 (17%) ότι δεν τον γνώριζαν, ενώ σε 73 περιστατικά (11%) οι δράστες ήταν πολλοί και σε 62 περιστατικά (10%) το θύμα δεν θυμόταν ποιος ήταν ο δράστης. Στο 25% των περιστατικών στα οποία το θύμα γνώριζε τον δράστη, επρόκειτο για κάποιον σύζυγο/σύντροφο και στο 4% για κάποιον συγγενή. Στο 20% των περιστατικών διαπιστώθηκαν κακώσεις στα γεννητικά όργανα ή/και στον πρωκτό. Στο 58% των περιστατικών διαπιστώθηκαν κακώσεις στο λοιπό σώμα, οι οποίες εντοπίζονταν συχνότερα στα άνω και κάτω άκρα (52%) και δευτερευόντως στον κορμό (25%) και στην κεφαλή (21%). Οι κακώσεις στην κεφαλή ήταν συχνότερες όταν δράστης ήταν ο σύζυγος/σύντροφος (34%) και όταν ήταν άγνωστος (29%) σε σχέση με τα περιστατικά στα οποία το θύμα απλώς γνώριζε τον δράστη (17%). Όταν ο δράστης ήταν ο σύζυγος/σύντροφος ήταν πιθανότερο η εξέταση να είχε διενεργηθεί μετά την παρέλευση τριών ημερών από το συμβάν και ο δράστης να είχε χρησιμοποιήσει και σωματική βία (απόπειρα στραγγαλισμού, λακτίσματα). Όταν ο δράστης ήταν γνωστός στο θύμα, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στον πρωκτό.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Larsin et al. (2015)*, η οποία αφορούσε στις γυναίκες-θύματα σεξουαλικής βίας που εξετάστηκαν σε κάποιο εκ των οκτώ εξειδικευμένων κέντρων για θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στην Κοπεγχάγη από το 2000 έως το 2010, το δύο τρίτα εκ του συνόλου των 2.541 θυμάτων ήταν ηλικίας 15-24 ετών και γνώριζαν τον δράστη. Στο 53% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο λοιπό σώμα, πέραν των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού και μάλιστα αυτό ήταν σχεδόν 2 φορές πιθανότερο όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη. Οι γυναίκες που είχαν καταναλώσει ποσότητα αιθυλικής αλκοόλης κατά την ημέρα του συμβάντος ήταν 1,5 φορές πιθανότερο να έφεραν κακώσεις στο λοιπό σώμα. Το 20% των θυμάτων είχαν αναφέρει λήψη κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας και το 27% ανέφεραν ότι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά το παρελθόν (συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία). Η διαπίστωση κακώσεων στο λοιπό σώμα και η καταγγελία του περιστατικού στην Αστυνομία σχετιζόταν με την ηλικία του θύματος. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία του θύματος, τόσο πιθανότερο ήταν να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις και να είχε καταγγελθεί το περιστατικό. Όταν ο δράστης ήταν άγνωστος, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε προβεί σε καταγγελία του περιστατικού και το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση από γνωστά άτομα ήταν πιθανότερο να είχε συμβεί στην οικία του θύματος ή του δράστη.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Sharaf El-Din et al. (2015)*, η οποία αφορούσε στα θήλα-θύματα σεξουαλικής βίας στην Αίγυπτο κατά την περίοδο 2009-2013, εκ των συνολικά 5.544 ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων, οι 130 (2.34%) αφορούσαν σε σεξουαλική βία κατά θηλέων ατόμων, εκ των οποίων το 58.5% ήταν έφηβες, το 21.6% ενήλικες και το 20% παιδιά. Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν άγαμες (81.5%) και δεν έπασχαν από ψυχιατρική νόσο (94.6%). Στο 50.8% των περιστατικών, το συμβάν είχε λάβει στην οικία του δράστη και στο 13.8% στην οικία του θύματος. Στο 80% των περιστατικών, ο δράστης ήταν μόνον ένας, στο 16.2% ήταν δύο και στο 3.8% πάνω από τρεις, ενώ στο 52.3% ήταν άγνωστος και στο 16.9% ήταν κάποιος συγγενής του θύματος. Το 9.2% των θυμάτων εξετάσθηκαν την ημέρα του συμβάντος, το 18.5% την επομένη αυτού και το 28.5% δύο ημέρες μετά το συμβάν. Τα θύματα ανέφεραν μόνον κολπική διείσδυση στο 48.5% των περιστατικών, μόνον πρωκτική διείσδυση στο 33.8% και κολπική και πρωκτική διείσδυση στο 3.8%. Η κολπική διείσδυση ήταν πιθανότερη όταν το θύμα ήταν ηλικίας 12-30 ετών, ενώ η πρωκτική διείσδυση ήταν πιθανότερη όταν ήταν ηλικίας κάτω των 12 ετών. Στο 90.8% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα γεννητικά όργανα, οι οποίες αφορούσαν κυρίως στον παρθενικό υμένα και στον σκαφοειδή βόθρο. Στο 48.1% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί εκδορές στο λοιπό σώμα, στο 11.4% εκχυμώσεις, στο 7.6% κακώσεις από ανθρώπινο δήγμα και στο 6.3% κατάγματα των ρινικών οστών.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Souto et al. (2015)*, την περίοδο 2005-2009 εξετάσθηκαν σε Εργαστήριο Ιατροδικαστικής στη Βραζιλία 886 θήλα άτομα για περιστατικά σεξουαλικής βίας, εκ των οποίων το 32.8% αφορούσαν σε βιασμούς. Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 15,7 έτη (εύρος: 2-68 έτη), με το 89.9% εξ αυτών να είναι ηλικίας 10-19 ετών και το 98.8% άγαμες. Στο 84.2% των καταγγελιών, το θύμα γνώριζε τον δράστη (στο 31.8% ήταν ο σύζυγος/σύντροφος και στο 5.7% κάποιος συγγενής). Στο 72.3% των περιστατικών, ο δράστης είχε ασκήσει και σωματική βία, αλλά μόλις στο 5.2% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο λοιπό σώμα.

Το 2017 δημοσιεύθηκαν δύο έρευνες από την Αυστραλία, σχετικά με τις καταγγελίες σεξουαλικής κακοποίησης κατά την περίοδο 2009-2015. Σύμφωνα με την πρώτη έρευνα (*Zilkens et al., 2017a*) εκ των συνολικά 1.266 γυναικών, το 38.6% ήταν ηλικίας 20-29 ετών, το 26.4% 15- 19 ετών και το 18.2% 30-39 ετών. Το 39.7% των θυμάτων έπασχαν από κάποια ψυχιατρική νόσο και το 5.5% εμφάνιζαν κάποιου βαθμού αναπηρία. Στο 86.6% των περιστατικών, ο δράστης ήταν μόνον ένας και στο 72.8% το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο. Το 34.9% των δραστών ήταν γνωστοί-φίλοι των θυμάτων, το 15.9% ήταν ο σύζυγος/σύντροφος και το 15.6% ήταν άγνωστοι στο θύμα. Το 74.9% των θυμάτων ανέφεραν κολπική διείσδυση και το 13.7% πρωκτική διείσδυση. Το 51% των θυμάτων είχαν εξετασθεί την ημέρα του συμβάντος και το 30.9% μεταξύ

πρώτης και τρίτης ημέρας μετά το συμβάν. Στο 22% των καταγγελιών είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα γεννητικά όργανα, ενώ κακώσεις στον πρωκτό είχαν διαπιστωθεί στο 14.3%.

Η δεύτερη έρευνα (*Zilkens et al., 2017b*) αφορούσε στη διαπίστωση κακώσεων στο λοιπό σώμα. Στο 52.5% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί ηπίου βαθμού κακώσεις στο λοιπό σώμα, στο 16.7% μετρίου βαθμού και στο 1.9% σοβαρού βαθμού, ενώ στο 28.9% δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο λοιπό σώμα. Στις μετρίου βαθμού περιλαμβάνονταν τα κατάγματα των άκρων (0.1%), τα επιφανειακά τραύματα από τέμνοντα όργανα (0.9%), τα σημεία που υποδείκνυαν απόπειρα στραγγαλισμού (1.3%), τουλάχιστον δέκα εκχυμώσεις ή εκδορές διαμέτρου άνω των 3εκ. (12.5%), τουλάχιστον ένα τραύμα από τέμνον όργανο μήκους άνω των 2εκ. (1%) και τα εγκαύματα (0.9%), καθώς και οι λοιπές κακώσεις που έχρηζαν περαιτέρω ιατρικής περίθαλψης (2.9%). Στις σοβαρού βαθμού κακώσεις περιλαμβάνονταν τα τραύματα από νύσσον και τέμνον όργανο (0.4%), τα κατάγματα στο λοιπό σώμα (0.3%), η ανάγκη νοσηλείας λόγω απόπειρας στραγγαλισμού (1.1%) και η ανάγκη νοσηλείας σε Μ.Ε.Θ. λόγω των κακώσεων (0.2%). Στο 30.4% των περιστατικών, στα οποία δράστης ήταν ο σύζυγος/σύντροφος, είχαν διαπιστωθεί μετρίου ή σοβαρού βαθμού κακώσεις, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό όταν ήταν άγνωστος ήταν 16.4%.

Η έρευνα των *Kjærulff et al. (2019)*, αφορούσε στη διενέργεια ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων σε θύματα βιασμών στη Δανία (Φιονία) σε ένα ειδικό κέντρο αντιμετώπισης θυμάτων σεξουαλικής βίας. Κατά τα έτη 2003-2004, 2007-2008 και 2014-2015 εξετάστηκαν 348 θύματα και εξ αυτών τα 184 περιστατικά συμπεριελήφθησαν στην έρευνα. Στην πλειονότητα των περιστατικών (91%) δράστης φερόταν να ήταν ένα άτομο και στο 32% ήταν γνωστός στο θύμα, στο 20% άγνωστος και στο 14% σύντροφος. Το 76% των θυμάτων είχαν ενημερώσει πρώτα στην Αστυνομία για το συμβάν, ενώ το 12% είχαν απευθυνθεί σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και το 10% στο ειδικό κέντρο. Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο 24% των θυμάτων, ενώ το 9% έφεραν κακώσεις στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού, το 45% στο λοιπό σώμα και το 21% τόσο στα γεννητικά όργανα ή/και τον πρωκτό, όσο και στο λοιπό σώμα. Επιπρόσθετο εύρημα της εν λόγω έρευνας ήταν η ανάδειξη της σπουδαιότητας διενέργειας ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης στον φερόμενο δράστη, καθώς αυτό το γεγονός αποτελούσε τον μοναδικό παράγοντα που επηρέαζε τόσο την απαγγελία κατηγοριών, όσο και την καταδίκη του δράστη.

Όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών, η έρευνα των *Magalhaes et al. (1998)*, αφορούσε στην ιατροδικαστική διερεύνηση 52 περιστατικών κακοποίησης παιδιών στην Πορτογαλία κατά το έτος 1997. Το 80.8% των θυμάτων ήταν κορίτσια, μέσης ηλικίας 11,6 ετών (εύρος: 3-17 έτη), ενώ η μέση ηλικία των αγοριών ήταν 8 έτη

(εύρος: 4-14 έτη). Όλοι οι φερόμενοι ως δράστες ήταν άρρενα άτομα, μέσης ηλικίας 34,9 ετών (εύρος: 15-70 έτη). Στο 46.1% επρόκειτο για κάποιον οικογενειακό φίλο ή γείτονα, στο 21.2% για τον πατέρα (βιολογικό ή πατριό) και στο 13.5% για κάποιον άλλο συγγενή, ενώ το 19.2% των θυμάτων δεν γνώριζαν τους δράστες. Στο 58% των περιστατικών, η σεξουαλική κακοποίηση είχε λάβει χώρα στην οικία του θύματος ή του δράστη. Το 42.3% των δραστών είχαν ιστορικό εγκληματικής συμπεριφοράς, το 30.8% είχαν διαπράξει και κάποιο άλλο σεξουαλικό έγκλημα και στο 25% είχαν ιστορικό κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης ή χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών. Τα παιδιά είχαν αναφέρει συχνότερα ότι ο δράστης είχε προβεί σε θωπείες (38.6%), κολπική διείσδυση πέους ή δακτύλου (26.9%) ή πρωκτική διείσδυση πέους (11.6%). Στο 5.8% των περιστατικών, ο δράστης είχε αποπειραθεί να προβεί σε κολπική διείσδυση πέους και στο 3.8% σε πρωκτική ή στοματική. Το 30% των παιδιών εξετάσθηκαν εντός 48 ωρών από το αναφερόμενο συμβάν, το 22% μεταξύ 8 και 30 ημερών και στο 30% η εξέταση είχε διενεργηθεί τουλάχιστον έναν μήνα μετά την αναφερόμενη σεξουαλική κακοποίηση. Στο 63.5% των παιδιών δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις οι οποίες να υποδηλώνουν κακοποίηση, ενώ στο 28.9% διαπιστώθηκαν ευρήματα, τα οποία θα μπορούσαν να υποδηλώνουν κολπική διείσδυση (21.2% παλαιότερη και 5.8% πρόσφατη). Στο 9.6% των παιδιών είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο λοιπό σώμα, οι οποίες υποδήλωναν την άσκηση τουλάχιστον σωματικής βίας. Στο 78.9% των περιστατικών στα οποία το θύμα είχε αναφέρει ότι ο δράστης είχε προβεί σε κολπική διείσδυση είχαν διαπιστωθεί κακώσεις που υποδήλωναν την πράξη αυτή, με το αντίστοιχο ποσοστό για τα περιστατικά πρωκτικής διείσδυσης να ανέρχεται σε 20%.

Μία δεύτερη έρευνα των *Magalhaes et al.* (2009), η οποία δημοσιεύθηκε έντεκα χρόνια μετά την προαναφερθείσα, αφορούσε στην ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών στην Πορτογαλία από το 1997 έως και το 2007, περίοδο κατά την οποία υπήρχαν συνολικά 1.054 καταγγελίες. Στο 59.8% των καταγγελιών δράστης ήταν κάποιο άτομο από το οικογενειακό περιβάλλον και η πλειονότητα των θυμάτων (81.6%) ήταν κορίτσια, μέσης ηλικίας 10,8 ετών, ενώ η μέση ηλικία των αγοριών ήταν 9,2 έτη. Η πλειονότητα των δραστών ήταν άνδρες (99.1%) και στην πλειονότητα των περιστατικών στα οποία ήταν άτομο από το οικογενειακό περιβάλλον ήταν ο βιολογικός πατέρας (44.8%) ή ο πατριός (9.2%). Στο 32.1% των περιστατικών στα οποία ο δράστης δεν ήταν άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος, τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες, ενώ στο 67.9% επρόκειτο για κάποιον φίλο ή γείτονα. Όταν ο δράστης ήταν άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν πιθανότερο να είχε προβεί σε θωπείες (45.8%) σε σχέση με τους λοιπούς δράστες (23.3%), ενώ όταν δεν ήταν άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν πιθανότερο να είχε προβεί σε κολπική διείσδυση πέους ή δακτύλου (23.7%) σε σχέση με τους δράστες του

οικογενειακού περιβάλλοντος (9.4%). Η πρωκτική διείσδυση πέους ήταν λιγότερο πιθανή από τους δράστες του οικογενειακού περιβάλλοντος (4.7%) σε σχέση με τους λοιπούς δράστες (8.1%). Τα περιστατικά με δράστες άτομα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν συμβεί στην οικία του θύματος ή του δράστη (38.6% έναντι 78.3%) και ο δράστης ήταν πιθανότερο να είχε ασκήσει σωματική βία (34.3% έναντι 26%) ή να είχε απειλήσει το θύμα με κάποιο όπλο (7.6% έναντι 0.9%), σε σχέση με τα περιστατικά δραστών από το οικογενειακό περιβάλλον. Όταν ο δράστης δεν ήταν άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε εξετασθεί εντός των τριών πρώτων ημερών μετά την κακοποίηση (40.3% έναντι 14.1%), ενώ όταν ήταν άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε εξετασθεί μετά την παρέλευση μηνός (29.5% έναντι 15.7%) και να μην είχαν διαπιστωθεί κακώσεις (80.2% έναντι 64.8%).

Η έρευνα των *Hornor et al. (2012)* αφορούσε στα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων, στα οποία είχαν ληφθεί και είχαν αναλυθεί δείγματα κατά την εξέταση των θυμάτων, κατά την περίοδο 2004-2007, στο Nationwide Children's Hospital των Η.Π.Α. (Κολόμπους). Εκ των συνολικά 464 ληφθέντων δειγμάτων αναλύθηκαν τα 336, τα οποία αφορούσαν κυρίως σε κορίτσια (88%). Τα περισσότερα θύματα ήταν ηλικίας 13-15 ετών (40%) και στην πλειονότητα των περιστατικών (79%) το θύμα είχε αναφέρει κολπική ή πρωκτική διείσδυση πέους. Το 65% των θυμάτων είχαν εξετασθεί εντός του πρώτου 24ωρου μετά το συμβάν και στο 35% ο δράστης ήταν επίσης ανήλικος. Στην πλειονότητα των περιστατικών (58%) ο δράστης ήταν γνωστός στο θύμα, αλλά όχι συγγενής και στο 10% ήταν άγνωστος στο θύμα. Στο 29% των θυμάτων είχαν διαπιστωθεί ευρήματα πρόσφατης ή παλαιότερης σεξουαλικής επαφής. Η ανάλυση των δειγμάτων ανέδειξε θετικά αποτελέσματα στο 27% των περιστατικών, τα οποία αφορούσαν κυρίως σε ανίχνευση σπέρματος (80%), αμυλάσης (25%) και αίματος (2%) που είχαν ανιχνευθεί πρωτίστως στα ενδύματα του θύματος και δευτερευόντως σε σημεία του σώματος. Στο 41% των περιστατικών απαγγέλθηκαν κατηγορίες στους δράστες και η πλειονότητα εξ αυτών (39%) καταδικάσθηκαν και μάλιστα το 31% παραδεχόμενοι την ενοχή τους. Ένα επιπρόσθετο στοιχείο της εν λόγω έρευνας ήταν η ανάδειξη της βελτίωσης των αποτελεσμάτων από την κλινική εξέταση και την εργαστηριακή ανάλυση των δειγμάτων, όταν στη διερεύνηση των περιστατικών είχαν συμμετάσχει και ειδικά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές στα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων (P-SANEs, *Pediatric Sexual Assault nurse Examiners*).

Σύμφωνα με την έρευνα των *Aydin et al. (2015)*, την περίοδο 2006-2012 εξετάσθηκαν 1.002 ανήλικα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής του Πανεπιστημίου Ondokuz Mayıs στην Τουρκία. Η πλειονότητα των θυμάτων (80.8%) ήταν κορίτσια, μέσης ηλικίας 12,7 ετών, ενώ η μέση ηλικία των αγοριών ήταν κατά δύο έτη

μικρότερη (10,7 έτη). Η πλειονότητα των θυμάτων (68.1%) ήταν ηλικίας άνω των 12 ετών (73% των κοριτσιών και 47.4% των αγοριών). Το 25.4% των παιδιών ήταν ηλικίας 7-11 έτη (22.3% των κοριτσιών και 38.5% των αγοριών) και το 6.5% μικρότερης των 6 ετών (4.7% των κοριτσιών και 14.1% των ανδρών). Όλοι οι δράστες ήταν άρρενα άτομα, μέσης ηλικίας 26,8 ετών. Στο 88.2% των περιστατικών, το θύμα γνώριζε τον δράστη και στο 10.2% ήταν κάποιος συγγενής εξ αίματος. Το 47.9% των περιστατικών είχαν λάβει χώρα στην οικία του θύματος ή του δράστη και το 47.5% των θυμάτων είχαν αναφέρει ανάλογα περιστατικά σεξουαλικής βίας στο παρελθόν. Στο 41.1% των περιστατικών υπήρχαν ευρήματα κολπικής, πρωκτικής ή στοματικής διείσδυσης πέους και στο 6.9% οι δράστες είχαν ασκήσει και σωματική βία. Στο 58.9% των περιστατικών, οι δράστες είχαν προβεί σε θωπιές ή είχαν φιλήσει το θύμα. Το 53.1% των θυμάτων είχαν αναφέρει το συμβάν πρώτα στους γονείς τους, το 9.2% σε κάποιον δάσκαλο, το 6.5% σε κάποιον φίλο και το 3.4% σε κάποιον άλλο συγγενή, ενώ στο 26.4% η αναφορά είχε γίνει απευθείας στην Αστυνομία. Το 36.9% των περιστατικών είχαν καταγγεληθεί είτε την ημέρα του συμβάντος είτε την επομένη αυτής, το 16.2% δύο ημέρες έως ένα μήνα μετά, το 32.6% μετά την παρέλευση μηνός έως και ενός έτους από το συμβάν και το 14.3% μετά την παρέλευση έτους. Ένα επιπρόσθετο στοιχείο της εν λόγω έρευνας ήταν η εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στα θύματα μετά το συμβάν, γεγονός που παρατηρήθηκε στο 62.1% των θυμάτων και αφορούσε σε καταθλιπτική συνδρομή (37.5%) και σε διαταραχή μετατραυματικού stress (36.9%). Μάλιστα, η εμφάνιση κάποιας εκ των προαναφερθεισών διαταραχών σχετιζόταν με το φύλο του θύματος (συχνότερη στα κορίτσια) και το είδος της σεξουαλικής βίας (συχνότερη όταν υπήρχε διείσδυση πέους), καθώς και την άσκηση σωματικής βίας και την περίπτωση αιμομιξίας. Η έρευνα των *Silva & Barroso-Junior (2017)*, αφορούσε στην ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων, ηλικίας μικρότερης των 12 ετών, στη Βραζιλία (Σαλβαδόρ) κατά την περίοδο 2005-2010. Συνολικά εξετάστηκαν 248 παιδιά (83.9% κορίτσια και 16.1% αγόρια) και το 47.6% ήταν ηλικίας 10-11 ετών, ενώ το 29.4% 6-9 ετών και το 21.8% 2-5 ετών. Στο 30.8% των καταγγελιών, η ιατροδικαστική εξέταση είχε διενεργηθεί εντός του πρώτου εικοσιτετραώρου μετά το συμβάν και στο 22.8% μετά την παρέλευση δύο εβδομάδων. Οι δράστες ήταν στην πλειονότητα τους άνδρες (97.9%) και είχαν δράσει μόνοι τους (93.7%), ενώ στο 40.1% ήταν συγγενείς του θύματος, εκ των οποίων συχνότερα ήταν ο πατριός, κάποιος θεός ή ο βιολογικός πατέρας (32.6%, 20% και 16.8% εκ των συγγενών, αντίστοιχα). Στο 13.8% των περιστατικών, στα οποία το θύμα και ο δράστης δεν ήταν συγγενείς, το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη. Στο 82.7% των κοριτσιών διαπιστώθηκε ρήξη του παρθενικού υμένα και στο 87.5% των αγοριών διαπιστώθηκαν κακώσεις στον πρωκτό ή στην περιπρωκτική χώρα.

3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΕΡΙ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Κατάταξη ποινών - εγκλημάτων

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα, όπως αυτός προσφάτως τροποποιήθηκε με το Ν 4619 (ΦΕΚ 95Α/11-6-2019), οι προβλεπόμενες ποινές σε περιπτώσεις διάπραξης ποινικών αδικημάτων διαχωρίζονται σε ποινές στέρησης της ελευθερίας, σε χρηματική ποινή και σε ποινή προσφοράς κοινωφελούς εργασίας.

Οι ποινές στέρησης της ελευθερίας διαχωρίζονται αναλόγως με τη χρονική διάρκεια αυτών σε δύο κατηγορίες:

- φυλάκιση, η οποία δεν υπερβαίνει τα πέντε έτη, ούτε είναι κατώτερη των δέκα ημερών και
- κάθειρξη, η οποία μπορεί να είναι πρόσκαιρη ή κατ' εξαίρεση, εφόσον ο νόμος το ορίζει ρητά ισόβια. Η διάρκεια της πρόσκαιρης να μην υπερβαίνει τα δεκαπέντε έτη, ούτε να είναι κατώτερη των πέντε ετών.

Τα εγκλήματα κατατάσσονται στις ακόλουθες δύο κατηγορίες, αναλόγως με την προβλεπόμενη ποινή:

- πλημμέλημα, όταν προβλέπεται φυλάκιση ή χρηματική ποινή ή ποινή προσφοράς κοινωφελούς εργασίας και
- κακούργημα, όταν προβλέπεται κάθειρξη, δηλαδή ποινή στέρησης της ελευθερίας για τουλάχιστον πέντε έτη.

3.2. Βαρύτητα σωματικών βλαβών

Στο 16^ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της σωματικής ακεραιότητας) του Ποινικού Κώδικα, οι σωματικές βλάβες διαχωρίζονται σε πέντε κατηγορίες: Ελαφρές – Απλές – Επικίνδυνες – Βαριές – Θανατηφόρες.

Στο άρθρο 308 (Απλή σωματική βλάβη) αναφέρεται ότι «1.Όποιος προξενεί σε άλλον σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του τιμωρείται με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή. Αν η κάκωση ή βλάβη της υγείας που του προξένησε είναι εντελώς ελαφρά, τιμωρείται με παροχή κοινωφελούς εργασίας. 2.Για τη δίωξη της πράξης της προηγούμενης παραγράφου απαιτείται έγκληση, εκτός αν ο παθών είναι δημόσιος υπάλληλος και η πράξη τελέστηκε κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας του ή για λόγους σχετικούς με την εκτέλεσή της, οπότε η δίωξη είναι αυτεπάγγελτη. 3.Η σωματική βλάβη της παραγράφου 1 δεν είναι άδικη, όταν επιχειρείται με τη συναίνεση του παθόντος και δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη. 4.Ο υπαίτιος της πράξης της παραγράφου 1 είναι δυνατό να απαλλαγεί από κάθε ποινή αν παρασύρθηκε στην πράξη από δικαιολογημένη

αγανάκτηση, εξαιτίας μίας αμέσως προηγούμενης πράξης που τέλεσε ο παθών εναντίον του ή ενώπιόν του και που ήταν ιδιαίτερα σκληρή ή βάνουση.»

Στο άρθρο 309 (Επικίνδυνη σωματική βλάβη) αναφέρεται ότι «Αν η πράξη του προηγούμενου άρθρου τελέστηκε με τρόπο που μπορούσε να προκαλέσει στον παθόντα κίνδυνο ζωής ή βαριά σωματική βλάβη, επιβάλλεται φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή.»

Στο άρθρο 310 (Βαριά σωματική βλάβη) αναφέρεται ότι «1.Όποιος προκαλεί σε άλλον βαριά σωματική βλάβη τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους. Αν επεδίωκε την πρόκληση της βαριάς σωματικής βλάβης, τιμωρείται κάθειρξη έως δέκα έτη. 2.Βαριά σωματική βλάβη υπάρχει ιδίως αν η πράξη προξένησε στον παθόντα κίνδυνο ζωής ή βαριά και μακροχρόνια αρρώστια ή σοβαρό ακρωτηριασμό ή αν τον εμπόδισε σημαντικά και για πολύ χρόνο να χρησιμοποιεί το σώμα ή τη διάνοιά του.»

Στο άρθρο 311 (Θανατηφόρα σωματική βλάβη) αναφέρεται ότι «Αν η σωματική βλάβη είχε επακόλουθο το θάνατο του παθόντος, επιβάλλεται κάθειρξη έως δέκα έτη. Αν ο υπαίτιος επιδίωκε τη βαριά σωματική βλάβη του παθόντος επιβάλλεται κάθειρξη.»

Στο άρθρο 312 (Σωματική βλάβη αδυνάμων ατόμων) αναφέρεται ότι «1.Όποιος προκαλεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας σε ανήλικο ή σε πρόσωπο που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του, εφόσον τα πρόσωπα αυτά βρίσκονται υπό την επιμέλεια ή την προστασία του δράστη βάσει νόμου, δικαστικής απόφασης ή πραγματικής κατάστασης, συνοικούν με τον δράστη ή έχουν μαζί του σχέση εργασίας ή υπηρεσίας, τιμωρείται: α)για την πράξη του άρθρου 308 παρ. 1 εδάφιο α', με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους, β)για την πράξη του άρθρου 309, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, γ)για την πράξη του άρθρου 310 παρ. 1 εδ. α', με φυλάκιση τουλάχιστον τριών ετών και αν επεδίωκε την πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης, με κάθειρξη και δ)για την πράξη του άρθρου 311, με κάθειρξη. 2.Οι ίδιες ποινές επιβάλλονται όταν η πράξη τελείται σε βάρος συζύγου κατά τη διάρκεια του γάμου ή σε βάρος συντρόφου κατά τη διάρκεια της συμβίωσης. Η τέλεση της πράξης σε βάρος εγκύου συνιστά επιβαρυντική περίπτωση. 3.Με την πρόκληση σωματικής βλάβης σε βάρος ανηλίκου κατά την παράγραφο 1 στοιχείο α' εξομοιώνεται και η τέλεση των πράξεων των προηγούμενων παραγράφων ενώπιον ανηλίκου. 4.Με την πρόκληση σωματικής βλάβης κατά την παράγραφο 1 στοιχείο γ' εξομοιώνεται και η μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης επικίνδυνης για την υγεία, ή ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση σε βάρος των προσώπων της πρώτης παραγράφου.»

3.3. Λοιπά εγκλήματα του Ποινικού Κώδικα σχετιζόμενα με τη βία

Πέραν των σωματικών βλαβών, τα κυριότερα εγκλήματα του Ποινικού Κώδικα, τα οποία σχετίζονται με τη βία, καταγράφονται στο 15^ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της ζωής και προσβολές του εμβρύου) και στο 19^ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής).

Στο άρθρο 299 (Ανθρωποκτονία με δόλο) αναφέρεται ότι «1.Όποιος σκότωσε άλλον τιμωρείται με κάθειρξη ισόβια ή πρόσκαιρη τουλάχιστον δέκα ετών. 2.Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται κάθειρξη.»

Στο άρθρο 303 (Παιδοκτονία) αναφέρεται ότι «Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά ή μετά τον τοκετό, άλλα ενώ εξακολουθούσε ακόμη η διατάραξη του οργανισμού της από αυτόν, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη.»

Στο άρθρο 336 (Βιασμός) αναφέρεται ότι «1.Όποιος με σωματική βία ή με απειλή σοβαρού και άμεσου κινδύνου ζωής ή σωματικής ακεραιότητας εξαναγκάζει άλλον σε επιχείρηση ή ανοχή γενετήσιας πράξης τιμωρείται με κάθειρξη. 2.Γενετήσια πράξη είναι η συνουσία και οι ίσης βαρύτητας με αυτήν πράξεις. 3.Αν η γενετήσια πράξη έγινε από δύο ή περισσότερους δράστες που ενεργούσαν από κοινού, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών. 4.Αν κάποια από τις πράξεις των προηγούμενων παραγράφων είχε ως συνέπεια τον θάνατο του παθόντος, επιβάλλεται κάθειρξη ισόβια ή πρόσκαιρη τουλάχιστον δέκα ετών. 5.Όποιος, εκτός από την περίπτωση της παραγράφου 1, επιχειρεί γενετήσια πράξη χωρίς τη συναίνεση του παθόντος, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη.»

Στο άρθρο 338 (Κατάχρηση ανίκανου προς αντίσταση σε γενετήσια πράξη) αναφέρεται ότι «1.Όποιος με κατάχρηση της διανοητικής ή σωματικής αναπηρίας άλλου ή της από οποιαδήποτε αιτία ανικανότητάς του να αντισταθεί ενεργεί με αυτόν γενετήσια πράξη τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη. 2.Αν η πράξη της προηγούμενης παραγράφου έγινε από δύο ή περισσότερους που ενεργούσαν από κοινού, επιβάλλεται κάθειρξη.»

Στο άρθρο 339 (Γενετήσιες πράξεις με ανηλικούς ή ενώπιόν τους) αναφέρεται ότι «Όποιος ενεργεί γενετήσια πράξη με πρόσωπο νεότερο των δεκαπέντε ετών ή το παραπλανά με αποτέλεσμα να ενεργήσει ή να υποστεί τέτοια πράξη τιμωρείται, αν δεν υπάρχει περίπτωση να τιμωρηθεί βαρύτερα με το άρθρο 351Α, ως εξής: α)αν ο παθών δεν συμπλήρωσε τα δώδεκα έτη, με κάθειρξη, β)αν ο παθών συμπλήρωσε τα δώδεκα αλλά όχι τα δεκατέσσερα έτη, με κάθειρξη έως δέκα έτη και γ)αν συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα έτη, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών. 2.Οι γενετήσιες πράξεις μεταξύ ανηλικών κάτω των δεκαπέντε ετών δεν τιμωρούνται, εκτός αν η μεταξύ τους διαφορά ηλικίας είναι μεγαλύτερη των τριών ετών, οπότε μπορούν να επιβληθούν μόνο αναμορφωτικά ή θεραπευτικά μέτρα. 3.Όποιος εξωθεί ή παρασύρει ανήλικο, που δεν

συμπλήρωσε τα δεκαπέντε έτη, να παρίσταται σε γενετήσια πράξη μεταξύ άλλων, χωρίς να συμμετέχει σε αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή αν ο ανήλικος είναι μικρότερος των δεκατεσσάρων ετών και με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή αν έχει συμπληρώσει το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας του.»

Στο άρθρο 342 (Κατάχρηση ανηλίκων) αναφέρεται ότι «1.Ο ενήλικος ο οποίος ενεργεί γενετήσιες πράξεις με ανήλικο, τον οποίον του έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσσει, έστω και προσωρινά, τιμωρείται ως εξής: α)αν ο παθών δεν συμπλήρωσε τα δώδεκα έτη, με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών, β)αν ο παθών συμπλήρωσε τα δώδεκα αλλά όχι τα δεκατέσσερα έτη, με κάθειρξη, γ)αν ο παθών συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα έτη, με κάθειρξη ως δέκα έτη. 2.Ο ενήλικος ο οποίος απευθύνει χειρονομίες, προτάσεις ή εξιστορεί ή απεικονίζει ή παρουσιάζει πράξεις γενετήσιου χαρακτήρα σε ανήλικο, τον οποίον του έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσσει, έστω και προσωρινά, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών.»

Στο άρθρο 343 (Κατάχρηση σε γενετήσια πράξη) αναφέρεται ότι «Με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή τιμωρούνται: α)όποιος υποχρεώνει άλλον σε επιχείρηση ή ανοχή γενετήσιας πράξης, με κατάχρηση σχέσης εργασιακής εξάρτησης οποιασδήποτε φύσης, β)όποιος υποχρεώνει άλλον σε επιχείρηση ή ανοχή γενετήσιας πράξης, εκμεταλλευόμενος την άμεση ανάγκη του να εργασθεί, γ)οι διορισμένοι ή οπωσδήποτε εργαζόμενοι σε φυλακές ή άλλα κρατητήρια, σε αστυνομικές υπηρεσίες, σε σχολές, παιδαγωγικά ιδρύματα, νοσοκομεία, κλινικές ή κάθε είδους θεραπευτικά καταστήματα ή σε άλλα ιδρύματα προορισμένα να περιθάλπουν πρόσωπα που έχουν ανάγκη από βοήθεια αν, με κατάχρηση της θέσης τους, υποχρεώσουν σε γενετήσια πράξη πρόσωπο που έχει εισαχθεί σε αυτά τα ιδρύματα.»

Στο άρθρο 345 (Γενετήσια πράξη μεταξύ συγγενών) αναφέρεται ότι «1.Η γενετήσια πράξη μεταξύ συγγενών εξ αίματος ή από υιοθεσία, ανιούσας και κατιούσας γραμμής και μεταξύ αμφιθαλών ή ετεροθαλών αδελφών τιμωρείται: α)ως προς τους ανιόντες με φυλάκιση τουλάχιστον τριών ετών, β)ως προς τους κατιόντες με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή και γ)μεταξύ αδελφών με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή. 2.Συγγενείς κατιούσας γραμμής ή αδελφοί μπορούν να απαλλαγούν από κάθε ποινή, αν κατά τον χρόνο της πράξης δεν είχαν συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος.»

Στο άρθρο 351Α (Γενετήσια πράξη με ανήλικο έναντι αμοιβής) αναφέρεται ότι «1.Η γενετήσια πράξη με ανήλικο που τελείται από ενήλικο με αμοιβή ή με άλλα υλικά ανταλλάγματα ή η γενετήσια πράξη μεταξύ ανηλίκων που προκαλείται από ενήλικο με τον ίδιο τρόπο και τελείται ενώπιον αυτού ή άλλου ενηλίκου τιμωρείται: α)αν ο παθών δεν συμπλήρωσε τα δώδεκα έτη, με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή, β)αν ο παθών συμπλήρωσε τα δώδεκα, όχι όμως και τα δεκατέσσερα έτη, με κάθειρξη και χρηματική ποινή και γ)αν συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα έτη, με φυλάκιση τουλάχιστον

τριών ετών και χρηματική ποινή. 2.Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου είχε ως αποτέλεσμα τον θάνατο του παθόντος επιβάλλεται κάθειρξη ισόβια ή πρόσκαιρη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή.»

Πέραν αυτών, ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει ποινές και για άλλες πράξεις, όπως π.χ. στο άρθρο 380 (Περί ληστείας) του 23^{ου} Κεφαλαίου (Εγκλήματα κατά περιουσιακών αγαθών), σύμφωνα με το οποίο «1.Όποιος με σωματική βία εναντίον προσώπου ή με απειλές ενωμένες με επικείμενο κίνδυνο σώματος ή ζωής αφαιρεί από άλλον ξένο (ολικά ή εν μέρει) κινητό πράγμα ή τον εξαναγκάζει να του το παραδώσει για να το ιδιοποιηθεί παράνομα, τιμωρείται με κάθειρξη και χρηματική ποινή. 2.Αν από την πράξη επήλθε ο θάνατος κάποιου προσώπου ή βαριά σωματική βλάβη ή αν η πράξη εκτελέστηκε με ιδιαίτερη σκληρότητα εναντίον προσώπου, επιβάλλεται κάθειρξη ισόβια ή πρόσκαιρη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή. 3.Οι ποινές των προηγούμενων παραγράφων επιβάλλονται και σε εκείνον που καταλήφθηκε επ' αυτοφώρω να κλέβει και μεταχειρίζεται σωματική βία εναντίον προσώπου ή απειλές ενωμένες με επικείμενο κίνδυνο σώματος ή ζωής για να διατηρήσει το κλοπιμαίο.»

Επιπροσθέτως, στο 18^ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της προσωπικής ελευθερίας, υπάρχουν τα άρθρα 322 (Περί αρπαγής), 330 (Περί παράνομης βίας) και 333 (Περί απειλής). Στο άρθρο 322 αναφέρεται ότι «1.Όποιος με εξαπάτηση, βία ή απειλή βίας συλλαμβάνει, απάγει ή παράνομα κατακρατεί άλλον, έτσι ώστε να τον αποστερεί από την προστασία της πολιτείας και ιδίως όποιος περιάγει άλλον σε ομηρία ή σε άλλη παρόμοια κατάσταση στέρησης της ελευθερίας, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη. Αν η πράξη έγινε με σκοπό να εξαναγκαστεί ο παθών ή κάποιος άλλος σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή για την οποία δεν υπάρχει υποχρέωσή του, επιβάλλεται κάθειρξη, εφόσον η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα με βάση τους κανόνες της συρροής. 2.Με κάθειρξη τιμωρείται η πράξη της παραγράφου 1 εδ. α', ακόμα κι όταν έγινε χωρίς τη χρήση των μέσων που αναφέρονται σε αυτή, όταν τελείται από υπάλληλο ή από πρόσωπα ή ομάδες προσώπων που ενεργούν με την άδεια, υποστήριξη ή συναίνεση κρατικής αρχής, εφόσον ακολουθείται από άρνηση παραδοχής της στέρησης της ελευθερίας ή από απόκρυψη της τύχης ή του τόπου όπου βρίσκεται το θύμα (βίαιη εξαφάνιση). Αποτελεί επιβαρυντική περίσταση η τέλεση της πράξης σε βάρος εγκύου, ανηλίκου ή ατόμου που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του. 3.Τιμωρείται με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών, όποιος, ως προϊστάμενος, έδωσε εντολή για την τέλεση της πράξης της προηγούμενης παραγράφου, εφόσον αυτή τελέστηκε ή έγινε απόπειρά της».

Στο άρθρο 330 αναφέρεται ότι «1.Όποιος με σωματική βία ή απειλή σωματικής βίας ή άλλης παράνομης πράξης ή παράλειψης εξαναγκάζει άλλον σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή για τις οποίες ο παθών δεν έχει υποχρέωση, τιμωρείται με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή, ανεξάρτητα αν το απειλούμενο κακό στρέφεται εναντίον εκείνου που

απειλείται ή κάποιου από τους οικείους του. 2.Αν η πράξη της προηγούμενης παραγράφου τελείται σε βάρος ανηλίκου ή προσώπου που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του, εφόσον τα πρόσωπα αυτά βρίσκονται υπό την επιμέλεια ή την προστασία του δράστη βάσει νόμου, δικαστικής απόφασης ή πραγματικής κατάστασης, συνοικούν με τον δράστη ή έχουν μαζί του σχέση εργασίας ή υπηρεσίας, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών. Η ίδια ποινή επιβάλλεται όταν η πράξη τελείται σε βάρος συζύγου κατά τη διάρκεια του γάμου ή σε βάρος συντρόφου κατά τη διάρκεια της συμβίωσης».

Στο άρθρο 333 αναφέρεται ότι «1.Όποιος προκαλεί σε άλλον τρόμο ή ανησυχία απειλώντας αυτόν με βία ή άλλη παράνομη πράξη ή παράλειψη, τιμωρείται με φυλάκιση έως ένα έτος ή χρηματική ποινή. Με την ποινή του προηγούμενου εδαφίου τιμωρείται και όποιος, χωρίς απειλή βίας ή άλλης παράνομης πράξης, προκαλεί σε άλλον τρόμο ή ανησυχία με την επίμονη καταδίωξη ή παρακολούθησή του, όπως ιδίως με την επιδίωξη διαρκούς επαφής με τη χρήση τηλεπικοινωνιακού ή ηλεκτρονικού μέσου ή με επανειλημμένες επισκέψεις στο οικογενειακό, κοινωνικό ή εργασιακό περιβάλλον αυτού, παρά την εκφρασμένη αντίθετη βούλησή του. 2.Επιβάλλεται φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή αν η πράξη τελείται σε βάρος ανηλίκου ή προσώπου που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του, εφόσον τα πρόσωπα αυτά βρίσκονται υπό την επιμέλεια ή την προστασία του δράστη βάσει νόμου, δικαστικής απόφασης ή πραγματικής κατάστασης, συνοικούν με αυτόν ή έχουν με αυτόν σχέση εργασίας ή υπηρεσίας. Η ίδια ποινή επιβάλλεται όταν η πράξη τελείται σε βάρος συζύγου κατά τη διάρκεια του γάμου ή σε βάρος συντρόφου κατά τη διάρκεια της συμβίωσης. 3.Για την ποινική δίωξη της πράξης της παραγράφου 1 απαιτείται έγκληση.»

Τέλος, στο 3ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά άλλων κρατών), στο 4ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά των πολιτειακών και πολιτικών οργάνων), στο 5ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της πολιτειακής εξουσίας) και στο 6ο Κεφάλαιο (Εγκλήματα κατά της δημόσιας τάξης) υπάρχουν τα άρθρα 153 (Προσβολές κατά των εκπροσώπων άλλου κράτους), 157 (Προσβολές κατά του Προέδρου της Δημοκρατίας, της Βουλής ή της Κυβέρνησης και οργάνων τοπικής αυτοδιοίκησης), 161 (Βία κατά εκλογέων), 167 (Βία κατά υπαλλήλων και δικαστικών προσώπων), 187 (Περί εγκληματικής οργάνωσης), 187Α (Τρομοκρατικές πράξεις - Τρομοκρατική οργάνωση) και 189 (Διατάραξη της κοινής ειρήνης).

Βεβαίως, στο άρθρο 22 (Περί άμυνας) του 2ου Κεφαλαίου (II. Ο άδικος χαρακτήρας της πράξης) αναφέρεται ότι «1.Δεν είναι άδικη η πράξη που τελείται σε κατάσταση άμυνας. 2.Άμυνα είναι η αναγκαία προσβολή του επιτιθεμένου στην οποία προβαίνει το άτομο προς υπεράσπιση του εαυτού του ή άλλου από παρούσα και άδικη επίθεση που στρέφεται εναντίον τους. 3.Το αναγκαίο μέτρο της άμυνας κρίνεται από τον βαθμό επικινδυνότητας της επίθεσης, από το είδος της προσβολής που απειλείται, από τον τρόπο και την ένταση της επίθεσης και από τις υπόλοιπες περιστάσεις.»

3.4. Νόμος περί ενδοοικογενειακής βίας

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν 3500 (ΦΕΚ 232Α'/24-10-2006), *«η άσκηση βίας κάθε μορφής μεταξύ των μελών της οικογένειας απαγορεύεται.»*

Για την ελληνική νομοθεσία, στην έννοια της οικογένειας, σύμφωνα και με την πρόσφατη τροποποίηση από το άρθρο 3 του Ν 4531 (ΦΕΚ 62Α'/5-4-2018), περιλαμβάνονται:

- σύζυγοι ή πρόσωπα που συνδέονται με σύμφωνο συμβίωσης ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους,
- εφόσον συνοικούν συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει ορισθεί μέλος της οικογένειας, καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια και
- οι μόνιμοι σύντροφοι και τα τέκνα, κοινά ή ενός εξ αυτών, οι τέως σύζυγοι, τα μέρη συμφώνου συμβίωσης που έχει λυθεί και οι τέως μόνιμοι σύντροφοι.

Όπως αναφερόταν στην αιτιολογική έκθεση του σχεδίου νόμου, *«η πρόθεση του νομοθέτη είναι να αποτρέψει φαινόμενα μετατροπής της οικογένειας σε τόπο ατιμώρητης καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων»*, καθώς το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται *«στη βάση των αρχών της ελευθερίας, της αυτοδιάθεσης και της αξιοπρέπειας του ατόμου, ώστε να ενισχυθεί η αρμονική συμβίωση των προσώπων στο πλαίσιο της οικογένειας.»*

Η διαφοροποίηση των ποινικών διατάξεων για τις σωματικές βλάβες, οι οποίες προκαλούνται μεταξύ μελών της οικογένειας, ανάγεται στην επιβολή αυστηρότερων ποινών, σε σύγκριση με τις ποινές που προβλέπονται στον Ποινικό Κώδικα. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2-1, η ελάχιστη ποινή για την πρόκληση απλής σωματικής βλάβης στο πλαίσιο της οικογένειας είναι η ίδια με την ελάχιστη που επιβάλλεται στη βαριά σωματική βλάβη για τον Ποινικό Κώδικα. Επίσης, η πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης στο πλαίσιο της οικογένειας θεωρείται *de facto* κακούργημα.

Βεβαίως, στην απλή σωματική βλάβη, στο πλαίσιο της οικογένειας, συμπεριλαμβάνεται και η εντελώς ελαφρά κάκωση ή βλάβη της υγείας, η οποία προκαλείται με συνεχή συμπεριφορά. Επιπροσθέτως, η πρόκληση απλής σωματικής βλάβης σε βάρος εγκύου ή άλλου μέλους της οικογένειας, το οποίο είναι ανίκανο να αντισταθεί, με βάση την προβλεπόμενη ποινή, θεωρείται τουλάχιστον ως επικίνδυνη σωματική βλάβη στο πλαίσιο της οικογένειας, ενώ όταν η σωματική βλάβη προκαλείται ενώπιον ανήλικου μέλους της οικογένειας, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους, δηλαδή με την ελάχιστη ποινή για την απλή σωματική βλάβη στο πλαίσιο της οικογένειας. Τέλος, όταν η πράξη *«συνιστά μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής*

εξάντλησης, επικίνδυνης για την υγεία, ή ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη», ενώ όταν «το θύμα είναι ανήλικος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών.»

Σωματικές βλάβες	Ποινικός Κώδικας	N 3500/2006
Όλως ελαφρά (308 Π.Κ.)	Κοινωφελής εργασία	-
Απλή (308 Π.Κ.)	Φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή	Φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους
Επικίνδυνη (309 Π.Κ.)	Φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή	Φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών
Βαριά (310 Π.Κ.)	Φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους ή κάθειρξη έως δέκα έτη	Κάθειρξη έως δέκα έτη
Απλή σε βάρος εγκύου ή άλλου μέλους της οικογένειας, το οποίο είναι ανίκανο να αντισταθεί	-	Φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών
Παρουσία ανήλικου μέλους της οικογένειας	-	Φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους

Πίνακας 2-1. Ποινές που προβλέπονται με βάση τις κοινές διατάξεις του Ποινικού Κώδικα και το Ν 3500/2006, με βάση τη βαρύτητα της προκληθείσης σωματικής βλάβης.

Πέραν όμως των αυστηρότερων ποινικών διατάξεων, ο νόμος για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας εισάγει για πρώτη φορά στην Ελλάδα τις πράξεις του βιασμού και της κατάχρησης σε ασέλγεια, στο πλαίσιο της οικογένειας, καθώς «στην ελληνική έννομη τάξη δεν είναι πλέον υποστηρίξιμο το επιχείρημα ότι οι σύζυγοι είναι υποχρεωμένοι να εξαναγκάζουν αλλήλους προς γενετήσια συνεύρεση», ενώ η άσκηση από τον εναγόμενο ενδοοικογενειακής βίας εναντίον του ενάγοντος, θεωρείται πλέον τεκμήριο κλονισμού του γάμου.

Επίσης, όπως ορίζει το άρθρο 17 του Ν 3500, «η ποινική δίωξη για τα εγκλήματα της ενδοοικογενειακής σωματικής βλάβης, ενδοοικογενειακής παράνομης βίας και απειλής, ενδοοικογενειακής προσβολής της γενετήσιας αξιοπρέπειας και παρακώλυσης απονομής της δικαιοσύνης ασκείται αυτεπαγγέλτως», γεγονός το οποίο σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητη η υποβολή έγκλησης ή μήνυσης και κατ' επέκταση δεν χρειάζεται η καταβολή του παραβόλου που απαιτείται στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα προαναφερθέντα εγκλήματα υπάγονται στις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Όπως προαναφέρθηκε, ο Ν 3500/2006 τροποποιήθηκε προσφάτως από τον Ν 4531/2018, σύμφωνα με τον οποίο κυρώθηκε η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας κατά των γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας (Κωνσταντινούπολη, 2011).

Στο προοίμιο της εν λόγω Σύμβασης αναφέρονται, μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα:

- «η βία κατά των γυναικών συνιστά εκδήλωση των ιστορικά άνισων σχέσεων ισχύος μεταξύ των γυναικών και των ανδρών, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε επικυριαρχία και διακρίσεις κατά των γυναικών από τους άνδρες και στην παρακώλυση της πλήρους προόδου των γυναικών»
- «η βία κατά των γυναικών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων οι γυναίκες εξαναγκάζονται σε υποδεέστερη θέση σε σύγκριση με τους άνδρες»
- «με ιδιαίτερη ανησυχία, ότι οι γυναίκες και τα κορίτσια συχνά εκτίθενται σε σοβαρές μορφές βίας, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η σεξουαλική παρενόχληση, ο βιασμός, ο εξαναγκασμός σε σύναψη γάμου, τα εγκλήματα που διαπράττονται στο όνομα της ούτως-αποκαλουμένης «τιμής» και σε ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων, τα οποία συνιστούν σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών και των κοριτσιών, καθώς και σοβαρό εμπόδιο στην επίτευξη ισότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών»
- «οι γυναίκες και τα κορίτσια εκτίθενται σε υψηλότερο κίνδυνο βίας που βασίζεται στο φύλο απ' ό,τι οι άνδρες»
- «η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει τις γυναίκες σε δυσανάλογο βαθμό, και ότι οι άνδρες δύνανται επίσης να αποτελέσουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας»
- «τα παιδιά είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ακόμη κι όταν είναι μάρτυρες βίας στην οικογένεια».

Επίσης, στο άρθρο 3 αναφέρεται ότι «η βία κατά των γυναικών νοείται ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μία μορφή διάκρισης κατά των γυναικών και σημαίνει όλες τις πράξεις βίας βασιζόμενης στο φύλο οι οποίες έχουν ή ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέλειων πράξεων, του εξαναγκασμού ή της αυθαίρετης αποστέρησης της ελευθερίας, είτε αυτή συμβαίνει στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό βίο», ενώ με το άρθρο 11 όλες οι χώρες που έχουν υπογράψει τη Σύμβαση έχουν την υποχρέωση «συλλογής αναλυτικών σχετικών στατιστικών στοιχείων κατά τακτά χρονικά διαστήματα για περιπτώσεις όλων των μορφών βίας που καλύπτονται από το πεδίο εφαρμογής της Σύμβασης», καθώς και «υποστήριξης της έρευνας στον τομέα όλων των μορφών βίας που καλύπτονται από το πεδίο εφαρμογής της παρούσας Σύμβασης με στόχο τη μελέτη των βασικών αιτίων και επενεργειών της, τη συχνότητα εμφάνισης και των δεικτών καταδίκης, καθώς και της αποτελεσματικότητας των μέτρων που έχουν ληφθεί προς τον σκοπό της εφαρμογής της παρούσας Σύμβασης», ενώ η πληροφόρηση που συλλέγεται θα πρέπει να καθίσταται προσιτή στο ευρύ κοινό.

Στην εν λόγω Σύμβαση υπάρχουν άρθρα σχετικά με την αύξηση της ευαισθητοποίησης, την εκπαίδευση (τόσο του κοινού, όσο και των επαγγελματιών), την προληπτική παρέμβαση και τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και τη δημιουργία καταφυγίων και τηλεφωνικών γραμμών παροχής βοήθειας, την παροχή υποστήριξης σε θύματα σεξουαλικής βίας και προστασίας και υποστήριξης σε παιδιά μάρτυρες και ότι οι επαγγελματίες θα πρέπει *«κάτω από κατάλληλες συνθήκες, να αναφέρουν στις αρμόδιες οργανώσεις ή αρχές εάν έχουν βάσιμους λόγους να πιστεύουν ότι μία σοβαρή πράξη βίας, καλυπτόμενη από το πεδίο εφαρμογής της παρούσας Σύμβασης έχει διαπραχθεί και ότι περαιτέρω σοβαρές πράξεις βίας αναμένονται.»*

4. ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

4.1. Διενέργεια ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν 3772/2009 (ΦΕΚ 112Α'/11-7-2009), όπως αυτό τροποποιήθηκε με το Ν 4278/2014 (ΦΕΚ 157Α'/4-8-2014) και το Ν 4596/2019 (ΦΕΚ 32Α'/26-2-2019) «1.Η κατά τόπον αρμοδιότητα των ιατροδικαστικών υπηρεσιών συμπίπτει προς εκείνη του ομώνυμου ή των ομώνυμων προς αυτές Εφετείων. Οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες διενεργούν ιατροδικαστικές πράξεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι ψυχιατρικές πραγματογνωμοσύνες, ύστερα από παραγγελία των Εισαγγελικών και Ανακριτικών αρχών και των Ανακριτικών υπαλλήλων, οι οποίοι ενεργούν ύστερα από εισαγγελική παραγγελία, καθώς και των ποινικών δικαστηρίων που λειτουργούν στην περιφέρεια του ομώνυμου ή των ομώνυμων προς αυτές Εφετείων. Οι ανωτέρω πράξεις δύνανται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, να διενεργούνται από τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας που διαθέτουν κατάλληλη υποδομή και ειδικότητες και από τα εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Πανεπιστημιακών Ιδρυμάτων. Στα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα οι ιατροδικαστικές πράξεις εκτελούνται αποκλειστικώς από μέλη Διδακτικού - Ερευνητικού Προσωπικού (Δ.Ε.Π.). Για τις πράξεις που διενεργούνται συντάσσονται, χωρίς υπαίτια βραδύτητα εκθέσεις από τους ιατροδικαστές, τους Επικουρικούς Ιατρούς - ιατροδικαστές και τα μέλη του Διδακτικού - Ερευνητικού Προσωπικού (Δ.Ε.Π.). 2.Κατ' εξαίρεση, επιτρέπεται, εφόσον κρίνεται αναγκαίο ή συντρέχει αδυναμία των κατά τόπο φορέων της παραγράφου 1, να δοθεί εντολή για διενέργεια ιατροδικαστικών πράξεων σε άλλη ιατροδικαστική υπηρεσία από εκείνη που ορίζεται στην παράγραφο 1. 4.Σε υποθέσεις που υπάγονται στην καθ' ύλην αρμοδιότητα των στρατιωτικών δικαστηρίων, οι ιατροδικαστικές πράξεις της παραγράφου 1 διενεργούνται σε στρατιωτικά νοσοκομεία, από Αξιωματικούς Υγειονομικού Ιατρών των Κλάδων των Ενόπλων Δυνάμεων με ειδικότητα ιατροδικαστή. Αν αυτοί αδυνατούν να διενεργήσουν ιατροδικαστικές πράξεις ή κινδυνεύει η έγκαιρη ολοκλήρωση της ανακριτικής διαδικασίας, η αρμόδια αρχή του στρατιωτικού δικαστηρίου αναθέτει τη διενέργειά τους στους φορείς της παραγράφου 1.»

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εξέταση από Ιατροδικαστή που υπηρετεί στον Δημόσιο Τομέα είναι η υποβολή έγκλησης στην αρμόδια Εισαγγελική Αρχή ή στους εξουσιοδοτημένους ανακριτικούς υπαλλήλους (Αστυνομικά Τμήματα, Τμήματα Ασφάλειας, Τμήματα Τροχαίας, Τμήμα Εποπτείας Ανηλίκων, κ.λπ.) (εξαιρουμένων των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας) και η έκδοση της έγγραφης παραγγελίας, η οποία θα απευθύνεται προς την αρμόδια Υπηρεσία.

Όσον αφορά στις Αστυνομικές Διευθύνσεις του Νομού Αττικής, οι ιατροδικαστικές πράξεις διενεργούνται ως ακολούθως:

- την ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών, για τα οποία επιλαμβάνονται οι Αστυνομικές Διευθύνσεις Αθηνών και Δυτικής Αττικής, αναλαμβάνει η Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών,
- την ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών, για τα οποία επιλαμβάνονται οι Αστυνομικές Διευθύνσεις Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, αναλαμβάνει το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α.
- την ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών, για τα οποία επιλαμβάνονται η Αστυνομική Διεύθυνση Πειραιά, αναλαμβάνει η Ιατροδικαστική Υπηρεσία Πειραιά.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο Ιατροδικαστής καλείται να απαντήσει στα ερωτήματα της παραγγέλουσας αρχής ως πραγματογνώμονας σε θέματα που αφορούν την ιατρική επιστήμη, βάσει του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης είναι η αναλυτική καταγραφή των προσφάτων εξωτερικών κακώσεων που φέρει το άτομο, καθώς και η συσχέτιση/ερμηνεία των ευρημάτων/αποτελεσμάτων από πιθανό διενεργηθέντα κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης. Η προσκόμιση των ιατρικών εγγράφων είναι πάντα απαραίτητη, ιδίως όσον αφορά σε γνωματεύσεις απεικονιστικών ελέγχων.

Ο Ιατροδικαστής καλείται κυρίως να αποφανθεί για το μηχανισμό, το όργανο και το χρόνο πρόκλησης των κακώσεων, τον εκτιμώμενο χρόνο αποχής του εξεταζομένου από τις δραστηριότητές του, καθώς και για τη βαρύτητα των κακώσεων. Βεβαίως, αναλόγως με το περιεχόμενο της καταγγελίας, είναι δυνατόν να τεθούν και επιμέρους ερωτήματα, όπως σε περιστατικά καταγγελλθέντων εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή σε περιστατικά ανθρωποκτονιών, στα οποία εξετάζεται ο φερόμενος ως δράστης.

Προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης είναι απαραίτητη η λήψη πλήρους ιστορικού από τον εξεταζόμενο, τόσο ιατρικού όσο και σχετικού με το καταγγελλθέν συμβάν («ιατροδικαστικό ιστορικό»). Όσον αφορά στο ιατρικό αναμνηστικό η ύπαρξη νοσημάτων, ιδίως του δέρματος και η λήψη φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων (π.χ. αντιπηκτικά), θα πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε υπόψη στην εκτίμηση και ερμηνεία των κακώσεων. Όσον αφορά στο «ιατροδικαστικό ιστορικό» συνεκτιμώνται τόσο ο αναφερόμενος από τον εξεταζόμενο μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων και η πιθανή χρήση κάποιου οργάνου (θλων, νύσσον, τέμνον, κ.λπ.), όσο και ο ρουχισμός που έφερε το άτομο τη στιγμή του συμβάντος. Το τελευταίο θεωρείται αρκετά σημαντική παράμετρος, καθώς τους χειμερινούς μήνες είναι δυνατόν ο συνήθης για την εποχή

ρουχισμός να αποτρέψει την έντονη εμφάνιση εξωτερικών κακώσεων στις περιοχές του κορμού ή/και των άκρων, οι οποίες καλύπτονται από πολλές στρώσεις ενδυμάτων.

Μετά το πέρας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης συντάσσεται η έκθεση από τον διενεργήσαντα την εξέταση Ιατροδικαστή, στην οποία αναφέρονται όλα τα ευρήματα, τα οποία θα πρέπει να παρουσιάζονται με σαφήνεια, ακρίβεια και απλή διατύπωση, καθώς η έκθεση αυτή θα χρησιμοποιηθεί κυρίως από μη ιατρούς (αστυνομικός, δικαστής, εισαγγελέας, δικηγόρος, κ.λπ.).

Η έκθεση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- τα γενικά/εισαγωγικά στοιχεία, στα οποία θα πρέπει να αναφέρονται η ημερομηνία σύνταξης της έκθεσης, τα στοιχεία του Ιατροδικαστή-πραγματογνώμονα (ονοματεπώνυμο, βαθμός, κ.λπ.), τα στοιχεία της έγγραφης παραγγελίας (παραγγέλουσα αρχή, αριθμός πρωτοκόλλου), καθώς και τις συμπληρωματικές πληροφορίες για το καταγγεληθέν περιστατικό, τα στοιχεία του εξεταζομένου, στα οποία θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνεται κάποιο επίσημο έγγραφο, το οποίο αποδεικνύει τα στοιχεία ταυτοποίησης του ατόμου (αστυνομική ταυτότητα, διαβατήριο, κ.λπ.), καθώς και ο τόπος και ο χρόνος της εξέτασης,
- τα ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση, στα οποία καταγράφονται αναλυτικώς οι διαπιστωθείσες κλινικώς από τον Ιατροδικαστή εξωτερικές κακώσεις, κατά προτίμηση ανά ανατομική περιοχή (κεφαλή, τράχηλος, κορμός, άνω και κάτω άκρα), καθώς και οι πιθανοί ιατρικοί χειρισμοί (π.χ. συρραφή τραυμάτων, ελαστική περίδεση, νάρθηκες, χειρουργικές τομές κ.α.),
- τα (υποκειμενικά) αναφερόμενα από τον εξεταζόμενο συμπτώματα,
- τα ευρήματα από τον πιθανό διενεργηθέντα κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο,
- το συμπέρασμα, στο οποίο αναφέρονται οι εκτιμήσεις/διαπιστώσεις όσον αφορά στον πιθανότερο μηχανισμό πρόκλησης των κακώσεων και στον χρόνο πρόκλησης αυτών, καθώς και τον χρόνο αποχής του εξεταζομένου από τις δραστηριότητές του. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εκτίμηση του χρόνου πρόκλησης των κακώσεων αναφέρεται κυρίως ως συμβατότητα της μακροσκοπικής εμφάνισης αυτών με τον αναφερόμενο χρόνο του συμβάντος, καθώς και ότι ο εκτιμώμενος χρόνος αποχής δεν αφορά σε πραγματικό χρόνο νοσηλείας και αποχής ή συνιστώμενο χρόνο αναρρωτικής άδειας, αλλά στις εκτιμήσεις των Ιατροδικαστών που διενήργησαν τις κλινικές εξετάσεις για τον χρόνο που θεωρούν ότι οι εξεταζόμενοι δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το εκτιμώμενο αυτό χρονικό διάστημα στην πλειονότητα των

περιπτώσεων αποτελεί μία αδρή εκτίμηση όσον αφορά στη βαρύτητα των κακώσεων και προορίζεται να εκτιμηθεί αναλόγως κατά την ποινική διερεύνηση της υπόθεσης. Συνημμένως με την έκθεση, η οποία θα αποσταλεί στην παραγγέλουσα Αρχή, είναι δυνατόν να περιλαμβάνονται τα προσκομισθέντα ιατρικά έγγραφα, αποτελέσματα από πιθανή τοξικολογική εξέταση ή εξέταση γενετικού υλικού, καθώς και φωτογραφικό υλικό, ληφθέν κατά τη διάρκεια της εξέτασης, κατόπιν λήψης της απαραίτητης συναίνεσης από το εξεταζόμενο άτομο.

4.2. Κακώσεις

4.2.1. Γενικά

Στο πλαίσιο της ιατροδικαστικής διερεύνησης ενός περιστατικού διαπροσωπικής βίας, η χρήση της ορθής ορολογίας των διαπιστωθεισών κακώσεων στην ιατροδικαστική έκθεση είναι ύψιστης σημασίας, τόσο για την επιστημονική εγκυρότητα, όσο και την εξέλιξη της ποινικής διαδικασίας.

Ο όρος *κάκωση*, σύμφωνα με το Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (2η Έκδοση, 2002) του Καθηγητή Γλωσσολογίας Γεωργίου Δ. Μπαμπινιώτη υποδηλώνει «*ελαφρά ή βαριά σωματική βλάβη, που προκλήθηκε από εξωτερικούς παράγοντες, κυρ. χτύπημα*». Παρόμοιος είναι ο ορισμός που χρησιμοποιείται στην Ιατροδικαστική από τον Καθηγητή Αντώνιο Σ. Κουτσελίνη (5η Έκδοση, 2002), σύμφωνα με τον οποίο ως κάκωση «*νοείται κάθε διατάραξη της ανατομικής ακεραιότητας οιαδήποτε ιστού ή οργάνου του σώματος από την επίδραση ενός εξωτερικού παράγοντα, ποικίλης φύσης (μηχανικής, φυσικής, χημικής, κ.λπ.), που έδρασε τοπικά.*»

Συνεπώς, ο όρος *κάκωση* περιλαμβάνει όλες τις σωματικές βλάβες που προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες, χωρίς να προσδιορίζει επακριβώς το είδος της βλάβης. Κατά συνέπεια, για την περιγραφή μίας βλάβης, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται αυτός ο γενικός όρος, αλλά να περιγράφεται το ακριβές είδος της κάκωσης.

Το ίδιο ισχύει και για τον όρο *τραύμα*, ο οποίος υποδηλώνει τη λύση της συνέχειας του δέρματος, χωρίς όμως να προσδιορίζει τον μηχανισμό πρόκλησής του.

4.2.2. Είδη κακώσεων

Οι συνηθέστερες κακώσεις που διαπιστώνονται κατά την κλινική ιατροδικαστική εξέταση προκαλούνται από την επίδραση μηχανικών παραγόντων και είναι οι ακόλουθες:

- θλαστικές κακώσεις,
- κακώσεις από νύσσοντα όργανα,
- κακώσεις από τέμνοντα όργανα,
- κακώσεις από συγχρόνως νύσσοντα και τέμνοντα όργανα,

- κακώσεις από ανθρώπινο δήγμα και
- κακώσεις από βολίδες ή γομώσεις πυροδοτημένων φυσιγγίων πυροβόλων όπλων.

Η εμφάνιση και η βαρύτητα των κακώσεων που προκαλούνται από την επίδραση μηχανικών παραγόντων εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες (Κουτσελίνης, 2002):

- Είδος της μηχανικής βίας: Για παράδειγμα, η εμφάνιση της κάκωσης που προκαλείται από πλήξη με θλων αντικείμενο είναι διαφορετική από την κάκωση που προκαλείται από νύσσον όργανο. Επίσης, η βαρύτητα της κάκωσης που προκαλείται από προκαλείται από πλήξη με θλων αντικείμενο, μικρού όγκου και βάρους, είναι διαφορετική από την κάκωση που προκαλείται από τη διέλευση των τροχών ενός οχήματος πάνω από το ανθρώπινο σώμα.
- Δύναμη με την οποία η μηχανική βία πλήττει το ανθρώπινο σώμα: Για παράδειγμα, μία πέτρα που πλήττει με μικρή δύναμη την επιφάνεια του σώματος προκαλεί, συνήθως, επιπόλαιες και ασήμαντες βλάβες, σε αντίθεση με τις βολίδες και τις γομώσεις των πυροδοτημένων φυσιγγίων πυροβόλων όπλων, οι οποίες όντας μικρότερες σε βάρος και μέγεθος εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα με μεγάλη «δύναμη κρούσης», προκαλώντας βαριές και πολλές φορές θανατηφόρες βλάβες.
- Τρόπος δράσης της μηχανικής βίας στο ανθρώπινο σώμα:
 - Πλήξη: Η ενεργητική πλήξη αφορά στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η δύναμη δρα στην επιφάνεια ενός σώματος στιγμιαίως και με μεγάλη ένταση, ενώ αντιθέτως, η αιφνίδια πρόσκρουση ενός μέλους του σώματος που βρίσκεται σε κίνηση, σε σκληρή επιφάνεια είναι παθητική πλήξη.
 - Συμπίεση: Η μηχανική βία δρα πιθανότατα με λιγότερη δύναμη, αλλά περισσότερο παρατεταμένα στο σώμα.
 - Σύνθλιψη: Η μηχανική ενέργεια ασκείται από δύο σκληρές και ανένδοτες επιφάνειες, οι οποίες κινούνται και δρουν αντίθετα στο σώμα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει κατά τη σύγκρουση οχημάτων, οπότε το σώμα είναι δυνατόν να συμπιεσθεί και να συνθλιβεί μεταξύ αυτών. Η μηχανική βία τείνει να ελαττώσει τον όγκο του υπό συμπίεση σώματος, το αποτέλεσμα δε είναι ανάλογο της έκτασης της επιφάνειας του σώματος επί της οποίας ασκείται η βία, καθώς και της έντασης και της διάρκειας της δρώσας δύναμης.
 - Διάταση: Οι ιστοί υφίστανται ελκυσμό κατά μία ή περισσότερες διευθύνσεις μέχρι να διασχισθούν. Οι κακώσεις αυτές προκαλούνται, κυρίως, από περιστρεφόμενες μηχανές, όταν κάποιο μέλος του σώματος εμπλακεί σε αυτές και ειδικότερα όταν ένα άκρο ή άλλο προέχον μέρος του σώματος εμπλακεί στους τροχούς.

- Τομή ή νυγμός: Η μηχανική ενέργεια ασκείται από ένα τέμνον ή νύσσον όργανο, αντίστοιχα.
- Κατ' επαπτομένη δράση στην επιφάνεια του σώματος: Η δρώσα δύναμη προκαλεί συνήθως βλάβες των ιστών μέσα στην περιοχή στην οποία έρχεται σε επαφή, γι' αυτό και αποκαλείται «άμεση βία». Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, είναι δυνατόν οι βλάβες των ιστών να εμφανίζονται σε θέση απομακρυσμένη από το σημείο ή τα σημεία επί των οποίων ενήργησε η δύναμη αυτή, οπότε και αποκαλείται «έμμεση βία». Παραδείγματα περιπτώσεων εμφάνισης βλάβης από «έμμεση βία» αποτελούν, μεταξύ άλλων, τα κατάγματα, τα διαστρέμματα και τα εξαρθήματα.
- Η μηχανική βία, η οποία δρα πάνω στο σώμα, είναι δυνατόν να προκαλέσει στιγμιαία ανακίνηση ή «κραδασμό» των ανατομικών στοιχείων κάποιου οργάνου ή κάποιας περιοχής του σώματος, όπως για παράδειγμα συμβαίνει μετά από απότομη και σφοδρή, ενεργητική ή παθητική, πλήξη ή πρόσκρουση. Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης εκδηλώνεται είτε αμέσως στην περιοχή που πλήττεται, είτε εμφανίζεται σε κάποιο απομακρυσμένο σημείο και συνοδεύεται από διάφορα νοσηρά επακόλουθα, αναλόγως με την περιοχή η οποία έχει πληγεί. Μάλιστα, όταν η βλάβη αφορά στο Κ.Ν.Σ. και ιδιαίτερος στον εγκέφαλο, είναι δυνατόν να προσλάβει ιδιαίτερη βαρύτητα και σημασία, όπως για παράδειγμα σε περίπτωση εγκεφαλικής διάσεισης.
- Περιοχή σώματος: Οι χαρακτήρες και η εμφάνιση κακώσεων στο ανθρώπινο σώμα, αλλά και η βαρύτητά τους, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την περιοχή του σώματος επί της οποίας εφαρμόζεται η μηχανική βία. Για παράδειγμα σύνθλιψη των όρχεων, πλην των άλλων επακολούθων, είναι δυνατόν να προκαλέσει και θάνατο, ενώ σύνθλιψη της αυτής έντασης στην περιοχή του μηρού, συνήθως, προκαλεί ελάχιστες βλάβες. Παρομοίως, πλήξη των τοιχωμάτων της κοιλίας είναι δυνατόν να επιφέρει σοβαρές βλάβες, λόγω ρήξης κάποιου ενδοκοιλιακού οργάνου, ενώ αντιθέτως πλήξη της αυτής έντασης πλήξη στον γλουτό προκαλεί, συνήθως, ελάχιστες ή καθόλου βλάβες.

Πέραν όμως των προκαλούμενων από την επίδραση μηχανικών παραγόντων κακώσεων, είναι δυνατόν να διαπιστωθούν κακώσεις από την τοπική επίδραση υψηλής θερμοκρασίας (εγκαύματα) και την επίδραση χημικών παραγόντων (χημικά εγκαύματα), ενώ οι κακώσεις που προκαλούνται στα γεννητικά όργανα και στον πρωκτό σε περιστατικά σεξουαλικής βίας αποτελούν ιδιαίτερης μορφής κακώσεις.

4.2.2.1. Θλαστικές κακώσεις

Θλαστικές καλούνται οι κακώσεις που προκαλούνται από ένα θλων όργανο, δηλαδή ένα αντικείμενο το οποίο έχει όγκο, βάρος και αμβλεία επιφάνεια και το οποίο καθώς κινείται, πλήττει τους ιστούς του σώματος με κάποιον εκ των προαναφερθέντων τρόπων. Επίσης, θλαστικές καλούνται οι κακώσεις που προκαλούνται στο σώμα, όταν αυτό κατά την κίνησή του προσκρούει σε σκληρή και ανένδοτη επιφάνεια. Από τη σύνθλιψη των ιστών μεταξύ της αμβλείας αυτής επιφάνειας και του σκελετού του σώματος και αναλόγως με τη δύναμη της πλήξης, την ορμή της κρούσης (ουσιαστικά τη διάρκεια της κρούσης) και την έκταση που είχε η επιφάνεια πάνω στην οποία έδρασε η δύναμη, καθώς και την ελαστικότητα του πληγέντος ιστού, προκύπτουν κακώσεις, η βαρύτητα των οποίων είναι δυνατόν να κυμαίνεται από ελαφρά έως και βαριά.

Παραδείγματα θλαστικών κακώσεων είναι (Κουτσελίνης, 2002):

Απλή θλάση: Καλείται η κάκωση των υποκειμένων του δέρματος μαλακών μορίων, χωρίς λύση της συνέχειας του δέρματος, η οποία κλινικώς εμφανίζεται με άλγος στην πληγείσα περιοχή και περιορισμό των ενεργητικών κινήσεων του μέλους που έχει υποστεί τη συγκεκριμένη βλάβη.

Εκχύμωση: Προκαλείται από τη ρήξη των αιμοφόρων αγγείων κατά την πλήξη ή τη σύνθλιψη του δέρματος ή/και των υποδορίων ιστών και την έκχυση, διήθηση και άθροιση του αίματος στους μεσοκυττάριους χώρους. Αφορά συνήθως στο δέρμα ή/και στους υποδορίους ιστούς, χωρίς να συνοδεύεται υποχρεωτικώς από λύση της συνέχειας, δηλαδή εμφάνιση τραύματος.

Οι εκχυμώσεις είναι δυνατόν να εμφανισθούν και σε περιοχή απομακρυσμένη από το σημείο πλήξης, στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το εξαγγειωθέν αίμα από την εν τω βάθει βλάβη δεν είναι δυνατόν να διαπεράσει τους υπερκείμενους ιστούς, όπως οι περιτονίες και εμφανίζεται σε περιοχή που δεν αντιστοιχεί στο σημείο που προκλήθηκε η κάκωση, παρακάμπτοντας τα εμπόδια και παρακολουθώντας την ευκολότερα προσφερόμενη σε αυτό δίοδο. Για παράδειγμα, κατάγματα των οστών της πυέλου είναι δυνατόν να προκαλέσουν την εμφάνιση εκτεταμένων διαστάσεων εκχυμώσεις στους μηρούς, ή κατάγματα των οστών της βάσης ή του θόλου του κρανίου είναι δυνατόν να προκαλέσουν εκχυμωτικό οίδημα των βλεφάρων των οφθαλμών (raccoon eyes).

Στις περιοχές του σώματος, στις οποίες οι ιστοί είναι χαλαροί, οι εκχυμώσεις καταλαμβάνουν μεγαλύτερη έκταση από την επιφάνεια της πλήξης, ενώ αντιθέτως είναι δυνατόν να μην εμφανισθούν στις θέσεις ελαστικότερων ιστών, οι οποίοι υποχωρούν μετά την πλήξη.

Η εκχύμωση απορροφάται μέσα σε λίγες ή περισσότερες ημέρες (δύο εβδομάδες έως έναν μήνα), χρόνος ο οποίος εξαρτάται από την ηλικία του ατόμου (ταχύτερα σε βρέφη,

βραδύτερα σε ηλικιωμένα άτομα) και κυρίως από την ποσότητα του εξαγγειωθέντος αίματος, η οποία εξαρτάται μεταξύ άλλων από την έκταση της βλάβης και την αγγειοβρίθεια της περιοχής. Κατά τη διάρκεια της απορρόφησης, η εκχύμωση εμφανίζει εναλλαγές χρώματος, λόγω των βιοχημικών μεταβολών της αιμοσφαιρίνης και των παραγώγων αυτής.

Παρά το γεγονός ότι κατά την απορρόφηση μίας εκχύμωσης είναι δυνατόν να διακριθούν διαφορετικές χροιές στην εμφάνισή της, η χρονολόγησή της υπόκειται σε περιορισμούς. Βασικότερος, ίσως, περιορισμός είναι ο υποκειμενικός ορισμός της χροιάς, καθώς και η διαφορετική εμφάνιση μίας εκχύμωσης, αναλόγως με τον φωτισμό (φυσικό ή τεχνητό). Επιπροσθέτως, οι εκχυμώσεις συνήθως καθίστανται ευχερώς διακριτές λίγες ώρες ή ακόμη και ημέρες μετά τον τραυματισμό, ενώ εκχυμώσεις της ίδιας ηλικίας σε ένα άτομο είναι δυνατόν να εμφανίσουν αλλαγή της χροιάς σε διαφορετικούς χρόνους, αναλόγως με την εντόπιση και την έκτασή τους. Τέλος, μία εκχύμωση είναι δυνατόν να εμφανίζει διαφορετική χροιά σε διάφορα σημεία, γεγονός που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο τη χρονολόγησή της. Συνεπώς, η χρονολόγηση μίας εκχύμωσης γίνεται σε συσχέτιση με την ημερομηνία του αναφερομένου συμβάντος.

Ενδεικτικά, στους πίνακες που ακολουθούν, παρατίθενται διάφοροι τρόποι χρονολόγησης των εκχυμώσεων με βάση τη χροιά τους.

Χροιά	Χρόνος
Βαθύερυθρη προς το μελανό	24 ώρες
Βαθυκύανη - Κυανέρυθρη	3 - 6 ημέρες
Κυανοπράσινη - Πράσινη	7 - 12 ημέρες
Κίτρινη	13 - 20 ημέρες
Ξανθή	20 - 25 ημέρες

Πίνακας 3-1. Χρονολόγηση εκχυμώσεων με βάση τη μεταβολή της χροιάς της. (Πηγή: Αντ. Σ. Κουτσελίνης. *Ιατροδικαστική, Ε' Έκδοση*. Αθήνα: *Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.*, 2002)

Χροιά	Χρόνος
Ερυθρότητα, συνοδευόμενη από οίδημα και ευαισθησία	0 - 2 ημέρες
Ερυθρή, κυανή, μωβ (πορφυρή)	0 - 5 ημέρες
Πράσινη	5 - 7 ημέρες
Κίτρινη	7 - 10 ημέρες
Καφεοειδής	10 - 14 ημέρες
Πλήρης απορρόφηση	2 - 4 εβδομάδες

Πίνακας 3-2. Χρονολόγηση εκχυμώσεων με βάση τη μεταβολή της χροιάς της. (Πηγή: *Burkhard Madea. Handbook of forensic medicine. New Jersey: Wiley Blackwell; 2014*)

Χροιά	Χρόνος
Ερυθρότητα ή πορφυρή χροιά, συνοδευόμενη από οίδημα και ευαισθησία	Πρόσφατη (24 - 48 ώρες)
Καφεοειδής χροιά με πορφυρή απόχρωση	2 - 3 ημέρες
Καφεοειδής χροιά με πράσινη απόχρωση	4 - 7 ημέρες
Κίτρινη	Πέραν της μίας εβδομάδας

Πίνακας 3-3. Χρονολόγηση εκχυμώσεων με βάση τη μεταβολή της χροιάς της. (Πηγή: Burkhard Madea. *Handbook of forensic medicine*. New Jersey: Wiley Blackwell; 2014)

Μώλωπας: Είναι η περιγεγραμμένη διόγκωση του δέρματος ή των υποδορίων ιστών, που σχηματίζεται μετά από θλάση, λόγω οιδήματος του υποκείμενου ιστού ή/και άθροισης μικρής ποσότητας εκχυθέντος αίματος (εκχυμωτικός μώλωπας) εντός αυτού. Σχηματίζεται, κυρίως, στα σημεία του σώματος, όπου αμέσως κάτωθεν του δέρματος ανευρίσκονται οστά. Η εξέλιξή του είναι όμοια με αυτήν της εκχύμωσης.

Αιμάτωμα: Καλείται η περιγεγραμμένη συλλογή αίματος από ρήξη κάποιου αγγείου σε μία κοιλότητα (μη προσχηματισμένη ή προϋπάρχουσα). Όταν πρόκειται για άθροιση σε προϋπάρχουσα κοιλότητα του σώματος, καλείται με βάση το όνομα της κοιλότητας, όπως αίμαρθρο, αιμοθώρακας, αιμοπεριτόναιο, κ.λπ.

Η έκταση του αιματώματος εξαρτάται από το μέγεθος του τραυματισμένου αγγείου, από το είδος του αγγείου (φλέβα ή αρτηρία) και από τη χαλαρότητα των πέριξ ιστών. Η συνήθης εξέλιξη του αιματώματος είναι αρχικώς η πήξη του εξαγγειωμένου αίματος και εν συνεχεία η ρευστοποίησή του και η ταυτόχρονη διάλυση των εμμόρφων στοιχείων του. Οι αμυντικοί μηχανισμοί του οργανισμού περιχαράκωνουν τη βλάβη, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μία περιφερική ινώδης κάψα. Τελικώς, σχηματίζεται μία κύστη με σοκολατόχρωμο ή κιτρινοπράσινο υγρό, η οποία είναι δυνατόν βαθμιαίως να απορροφηθεί και σταδιακώς το υγρό της κύστης προσλαμβάνει ξανθή ή διαυγή χροιά. Ο χρόνος που απαιτείται για να εξελιχθεί ένα αιμάτωμα (απορρόφηση - εγκύστωση) ποικίλλει, εξαρτώμενος μεταξύ άλλων από το μέγεθος και τη θέση του, καθώς και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Για παράδειγμα, ένα υποδόριο αιμάτωμα, περιορισμένης έκτασης, στο γλουτό, αρχίζει να κλυδάζει (να ρευστοποιείται) περίπου σε 18 ημέρες και σε 30 ημέρες περίπου είναι δυνατόν να έχει απορροφηθεί. Το αίμαρθρο στο γόνατο αρχίζει να εμφανίζει κλινικά σημεία απορρόφησης σε 15-20 ημέρες, ενώ η λειτουργικότητα της άρθρωσης αποκαθίσταται περίπου σε 40 ημέρες. Όσον αφορά στα εγκυστωμένα εγκεφαλικά αιμάτωμα, η ινώδης κάψα αρχίζει να διακρίνεται μακροσκοπικώς στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, το αίμα αρχίζει να ρευστοποιείται σε 4 εβδομάδες και το περιεχόμενο μετατρέπεται σε διαυγές υγρό σε 6-12 μήνες.

Εκδορά: Καλείται η απογύμνωση του δέρματος από την επιδερμίδα σε βάθος το οποίο δεν υπερβαίνει τις θηλές του χορίου. Από την απογυμνωμένη επιφάνεια αναβλύζει για

μία έως και δύο ημέρες ορώδες υγρό ή/και ποσότητα αίματος, συστατικά τα οποία αποξηραίνόμενα σχηματίζουν την εφελκίδα. Οι εκδορές δεν εγκαταλείπουν ουλές, καθώς επικαλύπτονται εκ νέου με επιδερμίδα.

Οι εκδορές δημιουργούνται όταν η δύναμη που εφαρμόζεται στο δέρμα δεν ενεργεί κάθετα, αλλά λοξά, αποσπώντας διαδοχικά μικρούς ιστικούς κρημνούς από την επιδερμίδα. Μερικές φορές, η απόσπαση αυτή δεν είναι πλήρης με αποτέλεσμα να διατηρούνται μικροί κρημνοί εκπορευόμενοι από την περιοχή που έχει υποστεί τη βλάβη, υποδεικνύοντας τη φορά με την οποία έδρασε η δύναμη. Όσο λοξότερα ενεργεί η δύναμη, τόσο πιο επιπόλαιη είναι η εκδορά, ενώ η εμφάνιση αιμορραγίας υποδηλώνει βάθος το οποίο υπερβαίνει τη βασική στιβάδα της επιδερμίδας.

Η αποκατάσταση της εκδοράς αρχίζει εντός μερικών ωρών, με κύτταρα που μεταναστεύουν από τη βασική στιβάδα της επιδερμίδας και καλύπτουν την απογυμνωμένη περιοχή. Συνεπώς, η εκδορά δεν εγκαταλείπει ουλή, καθώς στην αποκατάσταση δεν συμμετέχει ινώδης ιστός. Μετά την αποκατάσταση, στη θέση της εκδοράς παραμένει μία περιοχή ρόδινης χροιάς, καθώς στα υποκείμενα κύτταρα δεν έχει ακόμη εναποτεθεί η φυσιολογική χρωστική του δέρματος.

Η πορεία της αποκατάστασης μίας εκδοράς είναι σταθερή, εφόσον δεν υπάρξει επιμόλυνση. Αρχικώς, σχηματίζεται μία περιφερική ζώνη υπεραιμίας, ενώ το αίμα στην επιφάνεια αρχίζει να πήζει, σχηματίζοντας εφελκίδα μαλθακής σύστασης, η οποία εύκολα αποσπάται. Στη συνέχεια, η εφελκίδα αποξηραίνεται και αποσπάται δύσκολα. Η αναγέννηση της επιδερμίδας γίνεται από την περιφέρεια προς το κέντρο και η εφελκίδα αρχίζει να υπεγείρεται και να αποσπάται ευκολότερα και τελικώς αποπίπτει. Ο κύκλος αυτός συμπληρώνεται συνήθως εντός 8 ημερών, εξαρτώμενος βεβαίως μεταξύ άλλων από την έκταση της βλάβης, πιθανή επιμόλυνση και δευτερογενή τραυματισμό της περιοχής.

Οι γραμμοειδείς εκδορές δημιουργούνται από μικρά αιχμηρά αντικείμενα, όπως όνυχες, αγκάθια, κ.λπ. ή οξύαιχμα αντικείμενα ή αιχμηρές προεξοχές θλώντων οργάνων και καλούνται επίσης αμυχές ή/και σκαριφισμοί.

Θλαστικό τραύμα: Καλείται η λύση της συνέχειας του δέρματος και των υποκείμενων ιστών, η οποία δημιουργείται μετά από πλήξη με θλυν όργανο (π.χ. λίθος, ρόπαλο, γροθιά) ή πρόσκρουση του σώματος σε σκληρή και ανένδοτη επιφάνεια. Τα τραύματα αυτά έχουν χείλη λίαν ανώμαλα, ενίοτε κρημνώδη και εκχυμωτικά, με έντονη αιμορραγική διήθηση και συνήθως συνδέονται μεταξύ τους με «γέφυρες» υγιούς ιστού. Οι χαρακτηριστές ενός θλαστικού τραύματος ποικίλλουν αναλόγως με το είδος και τον τρόπο δράσης του οργάνου, καθώς και τη δύναμη που έδρασε το όργανο. Μερικές φορές, είναι δυνατόν ένα θλαστικό τραύμα να προσομοιάζει με τραύμα από τέμνον

όργανο, κυρίως όταν κάτωθεν της πληγείσας περιοχής ή της προσπίπτουσας περιοχής υπάρχουν οστά γωνιώδους μορφής, όπως η κνήμη.

Η επούλωση ενός θλαστικού τραύματος προϋποθέτει τη γεφύρωση του χάσματος με νεόπλαστο συνδετικό ιστό, ο οποίος παράγεται από τις πλάγιες τραυματικές επιφάνειες. Η γεφύρωση μπορεί να επιταχυνθεί με τη χειρουργική συρραφή των χειλέων του τραύματος. Ο χρόνος που απαιτείται για την επούλωση κυμαίνεται μεταξύ 8 και 10 ημερών. Αμέσως μετά τον σχηματισμό της, η ουλή εμφανίζει ρόδινη χροιά, η οποία σταδιακά γίνεται υπόλευκη και παραμένει μόνιμως αμετάβλητη. Ορισμένες φορές, η ουλή μπορεί να εμφανίσει υπερτροφία, προεξοχή και δυσμορφία, οπότε καλείται χηλοειδές.

Διάστρεμμα: Καλείται η ρήξη των συνδέσμων ή/και του θυλάκου μίας άρθρωσης, λόγω ισχυρής διάτασης, χωρίς όμως να υπάρχει παρεκτόπιση των αρθρικών επιφανειών. Κλινικώς, εκδηλώνεται με οίδημα, άλγος και ενίοτε εμφάνιση εκχύμωσης, συστοίχως του σημείου πρόκλησης της κάκωσης, καθώς και κατάργηση των ενεργητικών και περιορισμό των παθητικών κινήσεων της άρθρωσης. Συνήθως, η βλάβη αποκαθίσταται εντός 2-3 εβδομάδων.

Εξάρθρωμα: Καλείται η ρήξη των συνδέσμων και του θυλάκου μίας άρθρωσης, η οποία συνοδεύεται από παρεκτόπιση των αρθρικών επιφανειών. Κλινικώς, εκδηλώνεται με παραμόρφωση της άρθρωσης, οίδημα, άλγος και εκχύμωση, καθώς και κατάργηση των ενεργητικών και παθητικών κινήσεων της άρθρωσης. Συνήθως, για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης απαιτείται χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο μηνών.

Κάταγμα: Καλείται κάθε λύση της συνέχειας των οστών. Υπάρχουν πολλοί τρόποι κατηγοριοποίησης των καταγμάτων, όπως διάκριση σε τέλεια και ατελή, σε απλά, συντριπτικά, επιπλεγμένα, ρωγμώδη, εμπιεσματικά, κ.ά. Η διάγνωση τίθεται με απεικονιστικό έλεγχο του οστού και η αποκατάστασή τους καλείται πύρωση. Η εξέλιξη της αποκατάστασης εξαρτάται από το είδος του κατάγματος και του οστού, την εμφάνιση επιπλοκών και την ηλικία του ατόμου. Η εκτίμηση της ηλικίας πρόκλησης ενός κατάγματος είναι αρκετά δυσχερής, αλλά ορισμένες φορές είναι δυνατόν να εκτιμηθεί με τη διενέργεια διαδοχικών απεικονιστικών ελέγχων.

Οι ειδικοί χαρακτήρες του κατάγματος εξαρτώνται από το είδος του οστού και από το μηχανισμό με τον οποίο έδρασε η δύναμη πάνω σε αυτό. Από τους χαρακτήρες αυτούς είναι δυνατόν να εξαχθούν συμπεράσματα, όπως εάν το κάταγμα προκλήθηκε από πλήξη, πρόσκρουση, κάμψη, κ.ά.

Διάσειση: Καλείται το σύνολο των συμπτωμάτων που εμφανίζονται από τη στιγμιαία μετακίνηση των ανατομικών στοιχείων του Κ.Ν.Σ., είτε λόγω άμεσης πλήξης της κεφαλής, είτε λόγω πρόσκρουσης της κεφαλής σε κάποια επιφάνεια.

4.2.2.2. Κακώσεις από νύσσοντα όργανα

Νυγμός (τρύπημα) καλείται το αποτέλεσμα της δράσης ενός αιχμηρού αντικειμένου, το οποίο διεισδύει σε βάθος μέσα στους ιστούς. Παραδείγματα νυσσόντων οργάνων αποτελούν οι βελόνες και οι καρφίτσες, οι οποίες συγκαταλέγονται στα λεπτά και οξύαιχμα νύσσοντα όργανα, καθώς και τα καρφιά, οι παρασχίδες ξύλου και τα κέρατα ζώων, τα οποία συγκαταλέγονται στα μεγάλου διαμετρήματος («παχέα») νύσσοντα όργανα. Τα οξύαιχμα όργανα νύσσουν κατά τρόπο οξύ και σε βάθος μέσα στους ιστούς. Τα τραύματα που προκαλούν έχουν μεγαλύτερο βάθος σε σχέση με την επιφάνεια που διεισδύουν και έχουν χείλη λεία με μικρή κι ενίοτε επιπόλαιη και ταχέως αποθεραπευόμενη αιμορραγική διήθηση του δέρματος, στο σημείο που πραγματοποιείται ο νυγμός, ενώ συνήθως δεν αιμορραγούν. Τα «παχέα» νύσσοντα όργανα εισχωρούν μεν σε βάθος, αλλά προκαλούν ταυτόχρονα και θλάση των ιστών γύρω από τον τραυματικό πόρο. Τα τραύματα που προκαλούν έχουν χείλη εκχυμωτικά, συχνά ανωμάλου σχήματος, εισέχοντα και συντεθλασμένα, ενώ κατά κανόνα αιμορραγούν. (Κουτσελίνης, 2002)

4.2.2.3. Κακώσεις από τέμνοντα όργανα

Τομή (κόψιμο) καλείται το αποτέλεσμα ενέργειας ενός τέμνοντος οργάνου, όταν αυτό «συρθεί» υπό πίεση στην επιφάνεια του δέρματος. Η κάκωση που προκαλείται έχει συνήθως μεγαλύτερο μήκος απ' ό,τι βάθος. Παραδείγματα τεμνόντων οργάνων είναι τα διάφορα είδη μαχαιριών, η λάμα του ξυραφιού και ένα σπασμένο γυαλί, τα οποία συγκαταλέγονται στα «οξέως» τέμνοντα όργανα. Τα τραύματα που προκαλούνται έχουν βάθος, το οποίο εξαρτάται από τη δύναμη με την οποία ασκήθηκε η δύναμη, χείλη λεία και ομαλά, αιμορραγικώς διηθημένα, τα οποία συνήθως αιμορραγούν λόγω διατομής αγγείων. Η διαφοροποίησή τους από τα θλαστικά τραύματα συνίσταται στο γεγονός ότι τα τραύματα από τέμνοντα όργανα τέμνουν και διαιρούν τους ιστούς, ενώ το θλων όργανο διασχίζει και συνθλίβει τους ιστούς. Μία δεύτερη κατηγορία τραυμάτων αποτελούν αυτά που προκαλούνται από τέμνοντα και συγχρόνως θλώντα όργανα, όπως το σκεπάρνι, η αξίνα, το τσεκούρι και το σκαλιστήρι. Τα χείλη αυτών των τραυμάτων είναι συντεθλασμένα, αιμορραγικώς διηθημένα και εισέχοντα, με νησίδες υγιούς δέρματος και ιστών, όπως και τα θλαστικά. (Κουτσελίνης, 2002)

4.2.2.4. Κακώσεις από νύσσοντα και συγχρόνως τέμνοντα όργανα

Στα νύσσοντα και συγχρόνως τέμνοντα όργανα συγκαταλέγονται τα διάφορα είδη οξυαίχμων μαχαιριών (π.χ. ετερόστομη ή αμφίστομη μάχαιρα, στιλέτο, ξίφος, κ.ά.), τα οποία προκαλούν τραύματα με βάθος και χείλη λεία και ομαλά, χωρίς ή με περιορισμένης συνήθως έκτασης αιμορραγική διήθηση, αλλά με μεγάλη προκαλούμενη

αιμορραγία, λόγω της διατομής ιστών ή/και μεγάλων αγγείων. Κατά την ιατροδικαστική εξέταση ατόμων, στα οποία διαπιστώνονται τραύματα από νύσσοντα ή/και τέμνοντα όργανα, ο Ιατροδικαστής καλείται να διερευνήσει τον τρόπο πρόκλησής τους, δηλαδή εάν οφείλονται σε αυτοτραυματισμό του ατόμου (*τραύματα δισταγμού*), ή εάν αποτελούν *τραύματα άμυνας*. Τα *τραύματα δισταγμού* είναι συνήθως πολλαπλά και μικρά τραύματα, τα οποία εμφανίζουν φορά και κατεύθυνση σχεδόν παράλληλη μεταξύ τους ή να επικαλύπτονται, ποικίλο βάθος και χείλη συνήθως λεία και ομαλά. Τα *τραύματα άμυνας* συνήθως εντοπίζονται στις περιοχές που προβάλλει το άτομο, προκειμένου να προστατευθεί, όπως οι παλάμες, οι βραχίονες και οι κνήμες. (Κουτσελίνης, 2002)

4.2.2.5. Κακώσεις από ανθρώπινο δήγμα

Οι κακώσεις που προκαλούνται από ανθρώπινο δήγμα είναι δυνατόν να αφορούν σε ερυθρότητα, εκχύμωση, εκδορές, τραύματα ή/και απόσπαση του δέρματος. Οι κακώσεις αυτές είναι δυνατόν να συνυπάρχουν και σύμφωνα με τον Hinchliffe (*Stark M.M., 2005*) διαπιστώνονται πρωτίστως στο πρόσωπο και στους βραχίονες και δευτερευόντως στις κνήμες και στον κορμό.

Η διερεύνηση των κακώσεων από ανθρώπινο δήγμα αποτελεί αντικείμενο της Ιατροδικαστικής του Στόματος, ως προς την ταυτοποίηση του δράστη, βάσει των οδοντικών χαρακτηριστικών.

4.2.2.6. Κακώσεις από πυροβόλα όπλα

Οι κακώσεις από πυροβόλα όπλα προκαλούνται είτε από βολίδες είτε από γομώσεις πυροδοτημένων φυσιγγίων και διακρίνονται σε τραύματα εισόδου και τραύματα εξόδου. Τα τραύματα εισόδου από βολίδες εμφανίζουν διαφορετικούς χαρακτήρες, αναλόγως με την απόσταση από την οποία βάλονται, καθώς και τον τύπο του όπλου, την περιοχή του σώματος και τη γωνία εισόδου της βολίδας στο σώμα. Τα τραύματα που προκαλούνται εξ απολύτου επαφής της κάννης με το σώμα είναι μεγάλα, σταυροειδούς ή αστεροειδούς σχήματος και εμφανίζουν χείλη ανώμαλα, κρημνώδη, συντεθλασμένα και αιμορραγικώς διηθημένα. Τα τραύματα που προκαλούνται από εγγύτατη απόσταση (<5εκ.) είναι συνήθως μικρότερης ή ίσης διαμέτρου με τη βολίδα, κυκλικού ή ωσειδούς σχήματος, με χείλη συνήθως ομαλά ή ελαφρώς ανώμαλα και με εμφανή συνήθως κατάλοιπα πυροβολισμού στην περιφέρειά τους. Τα τραύματα εξόδου από βολίδες είναι κατά κανόνα μεγαλύτερα σε διαστάσεις και εμφανίζουν περισσότερο ακανόνιστο/ανώμαλο σχήμα σε σχέση με τα τραύματα εισόδου, καθώς η βολίδα συχνά παραμορφώνεται κατά την πορεία της εντός του σώματος και εξέρχεται αυτού με λιγότερο προβλέψιμο τρόπο. Τα τραύματα εισόδου από γομώσεις (ψήφοι ή σκάνια) κυνηγετικών όπλων εξαρτώνται τόσο από το είδος της γόμωσης, όσο και από την

απόσταση του σώματος από το όπλο τη στιγμή του πυροβολισμού, καθώς και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του όπλου (Εικόνα 3-1). Τα τραύματα εξόδου από γομώσεις, συνήθως, εμφανίζονται μόνον στον τράχηλο και στα άκρα, καθώς λόγω του μικρού σχήματος και της ταχύτητας των ψήφων ή των σκαγιών, οι γομώσεις δεν προκαλούν διαμπερή τραύματα στον κορμό. (Κουτσελίνης, 2002; DiMaio, 2016; Wyatt et al., 2011)



Εικόνα 3-1. Αδρή κατανομή των τραυμάτων από γομώσεις κινητικών πυροβόλων όπλων, με διακυμάνσεις από κοντινή (δεξιά) προς μεγαλύτερη απόσταση (αριστερά). (Πηγή: Wyatt J., Squires T., Norfolk G., Payne-Jones J. *Oxford Handbook of Forensic Medicine*. New York: Oxford University Press; 2011)

4.2.2.7. Εγκαύματα

Παρά το γεγονός ότι είναι δυνατόν να προκληθούν στο ανθρώπινο σώμα εγκαύματα από χημικούς παράγοντες ή ακόμη και από ακτινοβολία, τα περισσότερα εγκαύματα οφείλονται στην επίδραση υψηλής θερμοκρασίας.

Η έκταση της βλάβης του δέρματος εξαρτάται κυρίως από τη θερμοκρασία και τον χρόνο έκθεσης στο μέσο που χρησιμοποιήθηκε.

Τα εγκαύματα διαχωρίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Wyatt et al., 2011):

- 1ου βαθμού, τα οποία είναι επιφανειακά και εμφανίζονται με ερυθρότητα της περιοχής,
- 2ου βαθμού, τα οποία είναι μερικού πάχους, εμφανίζονται με ερυθρότητα και διατήρηση της αισθητικότητας της περιοχής και αποδράμουν χωρίς να εγκαταλείπουν ουλή,
- 3ου βαθμού, τα οποία είναι ολικού πάχους και στα οποία έχουν προσβληθεί όλες οι στιβάδες του δέρματος. Στα εγκαύματα τρίτου βαθμού δεν διατηρείται η αισθητικότητα της περιοχής και αποδράμουν εγκαταλείποντας ουλή και
- 4ου βαθμού, τα οποία επεκτείνονται κάτωθεν των στιβάδων του δέρματος, στους υποκείμενους ιστούς (π.χ. λιπώδης ιστός, μυϊκός ιστός, οστά).

4.3. Αξιολόγηση κακώσεων σε περιστατικά κακοποίησης παιδιών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, όλοι οι ιατροί οφείλουν να βρίσκονται σε αυξημένη εγρήγορση για την αναγνώριση της κακοποίησης των παιδιών. Όσον αφορά στην άσκηση σωματικής βίας υπάρχουν χαρακτηριστικά ορισμένων κακώσεων, τα οποία είναι ενδεικτικά κακοποίησης. (Madea, 2014; Tsokos, 2015)

Η ανατομική εντόπιση μίας κάκωσης θα πρέπει να θέτει την αρχική υπόνοια κακοποίησης, καθώς οι κακώσεις στο πρόσωπο, ιδίως στους οφθαλμούς, στα χείλη, στον βλεννογόνο του στόματος και στα πτερύγια των ώτων, στη ραχιαία επιφάνεια του κορμού και στους γλουτούς, στις πλάγιες επιφάνειες των αντιβραχίων και στη ραχιαία επιφάνεια των άκρων χειρών, στη ραχιαία και στις πλάγιες επιφάνειες των μηρών και στα πέλματα διαπιστώνονται συχνότερα σε περιστατικά κακοποίησης παιδιών, σε σύγκριση με τα ατυχήματα, στα οποία οι κακώσεις στο πρόσωπο είναι συχνότερες στη μετωπιαία χώρα, στη ρίνα και στον πώγωνα, στα άνω άκρα είναι συχνότερες στη ραχιαία επιφάνεια των αγκώνων και στα δάκτυλα και στα κάτω άκρα είναι συχνότερες στην πρόσθια επιφάνεια των γονάτων και των κνημών. (Tsokos, 2015)

Εκχυμώσεις: Ορισμένα σχέδια/σχήματα εκχυμώσεων τα οποία είναι ενδεικτικά κακοποίησης, αφορούν σε εκχυμώσεις οι οποίες εμφανίζουν τη μορφή αποτυπώματος των χεριών, όπως:

- τα εκχυμωτικά αποτυπώματα των δακτύλων, τα οποία αποτελούνται από κυκλικού ή ωοειδούς σχήματος εκχυμώσεις και υποδηλώνουν συμπίεση, σπρώξιμο, σύλληψη ή βίαιο τράβηγμα,
- οι ταινιοειδείς αιμορραγικές πετέχειες-εκχυμωτικά αποτυπώματα άκρων χειρών, οι οποίες προκαλούνται λόγω ρήξης τριχοειδών στο όριο της κάκωσης και υποδηλώνουν κίνηση του χεριού με υψηλή ταχύτητα και πρόσκρουση στην περιοχή με ανοιχτή παλάμη και
- οι εκχυμώσεις λόγω πίεσης της περιοχής, οι οποίες αποτελούνται από ζεύγος εκχυμώσεων σε σχήμα ημισελήνου, μεταξύ των οποίων υπάρχει λευκή γραμμή

Άλλες κακώσεις μπορεί να είναι ενδεικτικές του οργάνου που χρησιμοποιήθηκε, όπως:

- αιμορραγικές πετέχειες ή/και εκχυμώσεις, παράλληλες μεταξύ τους, οι οποίες είναι ενδεικτικές ραβδισμών,
- σφηνοειδούς σχήματος εκχυμώσεις, οι οποίες υποδηλώνουν λακτίσματα φέροντας υποδήματα και
- ταινιοειδείς εκχυμώσεις ή/και αιμορραγικές πετέχειες στον τράχηλο και στα άκρα, οι οποίες υποδηλώνουν δέσιμο.

Επίσης, οι αιμορραγικές πετέχειες είναι δυνατόν να υποδηλώνουν απομύζηση, συμπίεση, κόλαφο και απόπειρα στραγγαλισμού.

Οι περιοχές του σώματος, οι οποίες σχετίζονται συχνότερα με κακοποίηση είναι το πρόσωπο, ιδίως στις ζυγωματικές και στις κογχικές χώρες, καθώς και στο στόμα, στα ώτα, στην κάτω γνάθο και στον χαλινό της γλώσσας, ο θώρακας και η κοιλία, η έσω επιφάνεια των μηρών και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, οι γλουτοί και η έξω επιφάνεια των μηρών, καθώς και η εντόπιση των κακώσεων σε πολλαπλές θέσεις. Επιπροσθέτως, ο συνολικός αριθμός των εκχυμώσεων, ιδίως άνω των δέκα, θα πρέπει να εγείρει υποψίες κακοποίησης.

Βεβαίως, δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι υπάρχουν και παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να προσομοιάζουν με κακώσεις, όπως διάφορα νοσήματα του αίματος (πορφύρες και διαταραχές πήξης). Ο ορθός κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικός έλεγχος θα αναδείξει τυχόν παθολογικό υπόστρωμα, συντελώντας στη διαφοροδιάγνωση μίας κάκωσης από ένα εύρημα οφειλόμενο σε παθολογικά αίτια.

Οι εκχυμώσεις που οφείλονται σε ατυχήματα, συνήθως εντοπίζονται σε «μη προστατευόμενες» περιοχές, όπου αμέσως κάτωθεν ανευρίσκονται οστά, όπως ο πώγωνας, το μέτωπο, τα γόνατα και οι αγκώνες.

Άλλες κακώσεις των μαλακών μορίων του δέρματος: Το κεφαλαιμάτωμα είναι δυνατόν να υποδηλώνει βίαιο τράβηγμα του τριχωτού της κεφαλής. Οι εκχυμώσεις στις κογχικές χώρες (περιοφθαλμικές εκχυμώσεις), καθώς και οι λοιπές κακώσεις σε αυτές τις περιοχές του προσώπου είναι δυνατόν να υποδηλώνουν άμεση πλήξη με θλων όργανο, συμπεριλαμβανομένης της γροθιάς. Η αιμορραγία υπό τον επιπεφυκότα είναι δυνατόν να υποδηλώνει άμεση πλήξη των οφθαλμών, απόπειρα στραγγαλισμού ή τραυματισμό στον θώρακα και στην κοιλία. Η άμεση πλήξη στην περιοχή των οφθαλμών είναι δυνατόν να προκαλέσει ρήξη του κερατοειδούς ή του σκληρού χιτώνα και σχηματισμό ουλών, αιμορραγία στο υαλοειδές σώμα και στον αμφιβληστροειδή χιτώνα, ύφαιμα, μετατόπιση του φακού, τραυματικό καταρράκτη και αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Οι κακώσεις στη στοματική κοιλότητα μπορεί να υποδηλώνουν άμεση πλήξη και πρόκληση κακώσεων λόγω πρόσκρουσης των οδόντων στον βλεννογόνο του στόματος ή/και βίαιη εισαγωγή αντικειμένου (π.χ. κουτάλι) κατά τη σίτιση του παιδιού.

Εγκαύματα: Η εντόπιση των εγκαυμάτων στο σώμα (ραχιαία επιφάνεια άκρων χειρών, γλουτοί, κνήμες και άκροι πόδες) θέτει αρχικώς την υπόνοια κακοποίησης. Επίσης, η σαφής οριοθέτηση και το σχήμα των εγκαυμάτων θέτει την υπόνοια πρόκλησης από συγκεκριμένο αντικείμενο, ενώ στα εγκαύματα λόγω εμβύθισης σε ζέον υγρό δεν συνυπάρχουν σημάδια εκτόξευσης του ζέοντος υγρού. Χαρακτηριστικά είναι και τα εγκαύματα που προκαλούνται από αναμμένα τσιγάρα, τα οποία είναι κυκλικού σχήματος και εμφανίζουν διάμετρο έως 1εκ. περίπου.

Στις καταστάσεις, στις οποίες είναι δυνατόν να μιμηθούν εγκαύματα περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις του δέρματος, τα δήγματα εντόμων και διάφορες αλλεργίες, καθώς και παθολογικές καταστάσεις, όπως η πορφύρα και το πολύμορφο ερύθημα.

Σκελετικές κακώσεις: Η διαπίστωση πολλαπλών καταγμάτων, ιδίως διαφόρων ηλικιών, καθώς και η συνύπαρξη καταγμάτων και κακώσεων των μαλακών μορίων θέτουν επίσης την υπόνοια κακοποίησης.

Επιπροσθέτως, κατάγματα σε συγκεκριμένα οστά είναι δυνατόν να υποδηλώνουν την άσκηση σωματικής βίας, όπως (Stark, 2002):

- τα κατάγματα στις μεταφύσεις των μακρών οστών, τα οποία είναι δυνατόν να οφείλονται σε ανακίνηση, έλξη ή στροφική δύναμη που εφαρμόζεται εκατέρωθεν του συζευκτικού χόνδρου,
- η λύση της συνέχειας της επίφυσης των μακρών οστών, η οποία είναι δυνατόν να οφείλεται σε συστροφή ενός άκρου, ιδίως σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2 ετών,
- τα κατάγματα των πλευρών, τα οποία είναι δυνατόν να οφείλονται σε σοβαρού βαθμού συμπίεση ή άμεση πλήξη, ενώ τα παρασπονδυλικά κατάγματα των πλευρών είναι σχεδόν αποδεικτικά ανακίνησης,
- τα κατάγματα στις κλείδες, τα οποία προκαλούνται από άμεση πλήξη της περιοχής,
- τα κατάγματα του βραχιονίου και του μηριαίου οστού σε βρέφη και ιδίως τα εγκάρσια κατάγματα (οφειλόμενα σε γωνίωση ή άμεση πλήξη), τα σπειροειδή κατάγματα (οφειλόμενα σε αξονική ή μη συστροφή) και τα λοξά κατάγματα (οφειλόμενα σε γωνίωση, αξονική συστροφή ή αξονική φόρτιση),
- τα κατάγματα των σπονδύλων, τα οποία οφείλονται σε υπερέκταση ή άμεση πλήξη,
- τα κατάγματα των φαλάγγων των δακτύλων, τα οποία οφείλονται σε υπερέκταση ή άμεση πλήξη,
- τα κατάγματα των οστών του κρανίου, τα οποία οφείλονται σε πρόσκρουση σε σκληρή και ανένδοτη επιφάνεια, ιδίως τα κατάγματα του ινιακού οστού και τα εμπιωματικά κατάγματα και
- οι κακώσεις στο περιόστεο, οι οποίες οφείλονται σε έλξη ή συστροφή ενός άκρου, προκαλώντας αποκόλληση/απόσπασση του περιοστέου από το οστό και αιμορραγία, η οποία εξελίσσεται σε ασβεστοποίηση.

Άλλες εσωτερικές κακώσεις: Οι εγκεφαλικές κακώσεις, ιδίως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, το εγκεφαλικό οίδημα και η υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να μην οφείλονται σε ατυχήματα, αλλά σε κακοποίηση, όπως και η αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς και οι κακώσεις του δωδεκαδακτύλου, της νήστιδας, του παγκρέατος και του ήπατος, ενώ οι κακώσεις του παχέος εντέρου και του πρωκτού σχετίζονται σε σεξουαλική κακοποίηση.

4.4. Ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών σεξουαλικής βίας

Η κλινική εξέταση θυμάτων σεξουαλικής βίας παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις, σε σχέση με τη διερεύνηση των λοιπών περιστατικών διαπροσωπικής βίας.

Τα θύματα, σε πολλές χώρες, εξετάζονται μόνον από κάποιον κλινικό ιατρό, κυρίως Γυναικολόγους ή Παιδιάτρους. Πλέον, κρίνεται αναγκαία η συνεργασία του Ιατροδικαστή με κατάλληλα εκπαιδευμένους ιατρούς των προαναφερθεισών ειδικοτήτων, ούτως ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη ερμηνεία των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης και να μην υποβάλλεται το θύμα σε πολλαπλές διαδοχικές εξετάσεις. (Madea, 2014; Stark, 2005)

4.4.1. Αρχές κλινικής εξέτασης

Πρωταρχικός σκοπός και βασικότερο μέλημα οποιουδήποτε επαγγελματία υγείας έρχεται σε επαφή με κάποιο θύμα σεξουαλικής βίας θα πρέπει να αποτελεί η παροχή των Α' Βοηθειών, όπως η αντιμετώπιση πιθανής δηλητηρίασης και η περιθάλψη και περιποίηση τυχόν τραυμάτων ή άλλων κακώσεων που αιμορραγούν. Παρά το γεγονός ότι η ιατροδικαστική κλινική εξέταση θα πρέπει να διενεργηθεί το ταχύτερο δυνατό, πληθώρα παραμέτρων θα πρέπει να συνυπολογισθούν για τον καθορισμό του κατάλληλου χρόνου και τόπου διενέργειας της εξέτασης, με βασικότερες την κατάλληλη σωματική και ψυχική υγεία του θύματος και την εκτίμηση της πιθανότητας διαπίστωσης κακώσεων σε σχέση με το καταγγελλέν περιστατικό. Αιτίες άμεσης διενέργειας της εξέτασης αποτελούν:

- η εξέταση εντός 24 ωρών από το συμβάν, ώστε το θύμα να μην κάνει μπάνιο και να περιορισθεί η πιθανότητα υποχώρησης των σημείων και των ευρημάτων από την κλινική εξέταση, τα οποία θα αποδείκνυαν την άσκηση σεξουαλικής βία και
- όταν το θύμα είναι παιδί και αναφέρει άλγος στα γεννητικά όργανα ή στον πρωκτό, ή όταν υπάρχουν εμφανείς κακώσεις ή αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό, ή όταν δεν έχει παρέλθει χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 72 ωρών από το συμβάν, ή όταν το παιδί εμφανίζει αξιοσημείωτες συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της συμπεριφοράς.

Κατά την εξέταση του θύματος θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η επιθυμία του να παρευρίσκεται κάποιος φίλος ή συγγενής. Επίσης, οσάκις είναι εφικτό, συστήνεται η εξέταση να διενεργείται από Ιατροδικαστή του ίδιου φύλου με το θύμα.

Μία εκ των θεμελιωδών αρχών για τη διενέργεια της εξέτασης αποτελεί η λήψη συναίνεσης/συγκατάθεσης από το θύμα, καθώς και ενημέρωσης για κάθε στάδιο της εξέτασης. Ο Ιατροδικαστής θα πρέπει να ενημερώνει το θύμα ότι τα ευρήματα της εξέτασης και το φωτογραφικό υλικό θα αποσταλούν στην παραγγέλουσα Αρχή.

Η λήψη ιστορικού αφορά τρία κύρια σημεία:

- *πληροφορίες σχετικά με το συμβάν («ιατροδικαστικό ιστορικό»):* Στην περίπτωση κατά την οποία το θύμα έχει αναφέρει σε τρίτους, όπως αστυνομικούς, αναλυτικώς τις λεπτομέρειες του συμβάντος, θα πρέπει να αποφεύγεται η επανάληψη ερωτήσεων και η απόπειρα λήψης εκτενούς και αναλυτικού ιστορικού.
- *ιατρικό αναμνηστικό,* στο οποίο περιλαμβάνεται η λήψη πληροφοριών σχετικά με παθήσεις οι οποίες είναι δυνατόν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα στην ερμηνεία των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης. Πληροφορίες σχετικά με τη φάση του καταμηνίου κύκλου αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία, για το οποίο θα πρέπει να ερωτώνται τα θήλεα θύματα, καθώς η εμμηνορρυσία είναι δυνατόν να δυσχεράνει ή/και καταστήσει αδύνατη την κλινική εξέταση των γεννητικών οργάνων.
- *ιστορικό σεξουαλικών επαφών,* στο οποίο περιλαμβάνεται κυρίως η τελευταία εκούσια σεξουαλική επαφή του θύματος.

Η κλινική εξέταση θα πρέπει ιδανικά να διενεργείται από δύο Ιατροδικαστές ή σε κάθε περίπτωση, παρουσία κάποιου τρίτου ατόμου (π.χ. νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια) και να περιλαμβάνει αρχικώς την επισκόπηση όλου του σώματος, ούτως ώστε να καταγραφούν όλες οι πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν προκληθεί στο πλαίσιο του αναφερομένου συμβάντος, καθώς και ουλές οφειλόμενες σε παλαιότερες κακώσεις. Η κλινική εξέταση των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού θα πρέπει να διενεργείται βάσει των καταγγελιών του θύματος και να περιλαμβάνει τις περιοχές στις οποίες τελέσθηκε η σεξουαλική βία. Βεβαίως, σε περιπτώσεις ατόμων που δεν μπορούν να κατανοήσουν το πλήρες νόημα της άσκησης σεξουαλικής βίας, καθώς και σε παιδιά και ενήλικα άτομα, τα οποία δεν μπορούν να εκφράσουν με λέξεις τις πράξεις σεξουαλικής βίας, θα πρέπει να διενεργείται πλήρης κλινική εξέταση τόσο των γεννητικών οργάνων, όσο και του πρωκτού. Η κλινική εξέταση θηλέων ατόμων θα πρέπει να διενεργείται με τη χρήση κολποσκοπίου, ενώ όταν πρόκειται για κορίτσια η χρήση μάρκρου (στυλεού) και μόνον θα πρέπει να θεωρείται επαρκής για την εξέταση της ακεραιότητας και της μορφολογίας του παρθενικού υμένα. Σε περίπτωση δυσκολίας οπτικής εξέτασης του παρθενικού υμένα, η γόνατο-αγκωνιαία θέση είναι δυνατόν να τον καταστήσει εμφανή, ενώ όσον αφορά στην εξέταση του πρωκτού σε παιδιά, θα πρέπει να διενεργείται αρχικώς σε πλάγια θέση, καθώς σε ύπτια θέση είναι δυνατόν να εμφανισθεί φυσιολογικά συμφόρηση της περιοχής. Η αναφορά της μορφολογίας του παρθενικού υμένα θα πρέπει να θεωρείται απαραίτητο στοιχείο στην ιατροδικαστική έκθεση. Βάσει της καταγγελίας του θύματος, μπορεί να απαιτηθεί η λήψη βιολογικών υλικών (κυρίως αίμα και ούρα), καθώς ορισμένοι δραστές είναι δυνατόν να

χρησιμοποιήσουν κάποια ουσία με κατασταλτική δράση στο Κ.Ν.Σ, με στόχο να μειώσουν την «άμυνα» του θύματος. Παραδείγματα τέτοιων ουσιών αποτελούν η αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα), οι βενζοδιαζεπίνες με κυριότερο εκπρόσωπο τη φθοριονιτραζεπάμη, το γ-υδροξυβουτυρικό οξύ, η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη. Στις περιπτώσεις διενέργειας της κλινικής εξέτασης εντός των πρώτων 24 ωρών μετά το συμβάν θα πρέπει να λαμβάνονται δείγματα αίματος και ούρων, ενώ μετά την πάροδο τριών ημερών η τοξικολογική ανάλυση θα πρέπει να επικεντρώνεται στο δείγμα ούρων. Επίσης, ίσως χρειασθεί να ληφθούν δείγματα με μάκτρο (στυλεό) από διάφορες περιοχές του σώματος του θύματος, καθώς και τα ενδύματα που έφερε το άτομο κατά το συμβάν, ούτως ώστε να ανευρεθεί τυχόν γενετικό υλικό του δράστη, με σκοπό την ταυτοποίησή του. Τέλος, δεν θα πρέπει να λησμονούνται οι πιθανότητες εγκυμοσύνης και μετάδοσης κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος και το θύμα θα πρέπει να παραπέμπεται για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Επιπροσθέτως, όσον αφορά σε περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, πέραν της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης θα πρέπει να διενεργείται εκτίμηση από Παιδοψυχίατρο και Κοινωνικό Λειτουργό. (Stark, 2002)

4.4.2. Αξιολόγηση κακώσεων

Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, τα οποία διαπιστώνονται συχνότερα σε παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση είναι τα ακόλουθα (Sakelliadis et al., 2009; Madea, 2014):

- εκχυμώσεις στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, εφόσον αποκλεισθούν παθολογικά αίτια εμφάνισής τους,
- ρήξεις ή λύσεις της συνέχειας του βλεννογόνου, ιδίως όσον αφορά στα χείλη του αιδοίου και στον οπίσθιο σύνδεσμο των χειλέων,
- ουλές, κυρίως στο κατώτερο τμήμα του παρθενικού υμένα,
- πλήρης απουσία παρθενικού υμένα στο κατώτερο τμήμα αυτού, η οποία θα πρέπει να επιβεβαιώνεται τόσο σε πρηνή, όσο και σε ύπτια θέση εξέτασης,
- παρουσία υγρού (εξαιρουμένων του αίματος και των ούρων) στα γεννητικά όργανα, εφόσον αποκλεισθούν παθολογικά αίτια,
- περιπρωκτική φλεβική συμφόρηση,
- εκχυμώσεις στον πρωκτό και στην περιπρωκτική χώρα, εφόσον αποκλεισθούν παθολογικά αίτια,
- σχισμές, ρήξεις, ουλές ή προεξοχές του βλεννογόνου του πρωκτού (εξαιρουμένων των ραγάδων του δακτυλίου του πρωκτού) και

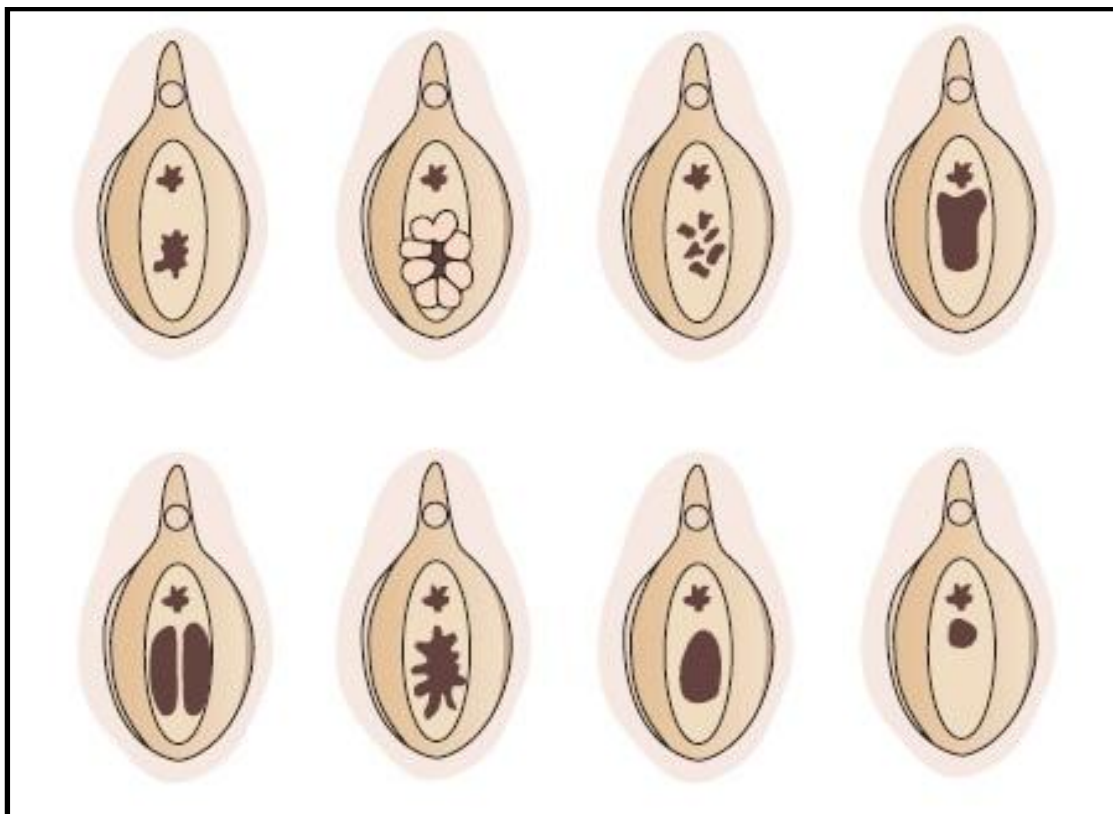
- παθολογικός τόνος και πρωκτικό αντανακλαστικό (θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την καταγραφή του μεγέθους της διαστολής, της θέσης και του χρόνου διενέργειας της εξέτασης, καθώς και της ύπαρξης κοπράνων στο ορθό).

Στα ευρήματα, για τα οποία δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή στοιχεία ή τα οποία διαπιστώνονται το ίδιο συχνά και σε παιδιά που δεν έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνονται:

- ερυθρότητα των γεννητικών οργάνων,
- φλεγμονή των γεννητικών οργάνων,
- οίδημα των γεννητικών οργάνων,
- εκδορές στην περιοχή των γεννητικών οργάνων,
- σχισμές ή εγκοπές του παρθενικού υμένα, εξαιρουμένων των περιπτώσεων που εντοπίζονται στο κατώτερο τμήμα αυτού. Οι φυσιολογικές παραλλαγές του υμένα είναι πολυάριθμες (Εικόνα 3-2) και η εκτίμηση της μορφολογίας θα πρέπει να βασίζεται στη γνώση αυτών των παραλλαγών.
- περιοχές κυκλικού σχήματος και σαφών ορίων στον παρθενικό υμένα, οι οποίες εμφανίζουν πάχυνση, ιδίως στα όρια αυτού,
- η μέτρηση του παρθενικού στομίου φαίνεται ότι δεν αποτελεί αξιόπιστη εξέταση, καθώς πέραν των φυσιολογικών παραλλαγών, η διάμετρος του στομίου μεταβάλλεται αναλόγως με τη θέση στην οποία διενεργείται η κλινική εξέταση,
- εύκολη απόσπαση των επιφανειακών στιβάδων του δέρματος ή/και των βλεννογόνων, λόγω εύθρυπτης σύστασης αυτών,
- συγκόλληση ή σύμφυση των χειλέων, εξαιρουμένων των περιπτώσεων με σημαντικό βαθμού εμφάνιση αυτών,
- παρουσία ξένων σωμάτων στα έσω γεννητικά όργανα και
- κακώσεις στα εξωτερικά γεννητικά όργανα αγοριών, εξαιρουμένων των σχισμών και των εκτεταμένων διαστάσεων εκχυμώσεων στο όσχεο και στο πέος, τα οποία μπορεί να υποδηλώνουν τραυματισμό ή σεξουαλική κακοποίηση.

Κατά τη διεύθυνση πέους στον πρωκτό ή στο αιδοίο κοριτσιών στην αρχή της εφηβικής ηλικίας, είναι δυνατόν να μην προκληθούν αλλοιώσεις, λόγω της ελαστικότητας που εμφανίζουν οι ιστοί στην ηλικία αυτή. Επίσης, η μορφολογία και οι διαστάσεις του παρθενικού υμένα μεταβάλλονται συνεχώς έως τουλάχιστον την ηλικία των 9 ετών, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σε καταγγελίες κακοποίησης παιδιών αυτών των ηλικιών. Οι αλλαγές που επέρχονται στον παρθενικό υμένα κατά την εφηβεία (πάχυνση, «υπερπλασία» και παρουσία προεξοχών), καθώς και η ταχεία διαδικασία επούλωσης, καθιστούν επιτακτική την εξέταση εντός 2-3 ημερών

μετά το συμβάν, καθώς πέραν αυτού του χρονικού διαστήματος είναι δυνατόν να μην είναι πλέον εμφανείς και διακριτές οι περισσότερες κακώσεις.



Εικόνα 3-2. Φυσιολογικές παραλλαγές του παρθενικού υμένα. (Πηγή: Burkhard Madea. *Handbook of forensic medicine*. New Jersey: Wiley Blackwell; 2014)

Οι αιμορραγικές πετέχειες συνήθως αποδράμουν εντός 24 ωρών, οι εκδορές στα γεννητικά όργανα πλην του υμένα εντός 3 ημερών, οι περιορισμένης έκτασης εκχυμώσεις και αιμορραγίες εντός 3-4 ημερών, ενώ η σημαντικού βαθμού αιμορραγία εντός 11-15 ημερών και οι εις βάθος ρήξεις του οπισθίου συνδέσμου των χειλέων εντός 2-3 εβδομάδων. (Madea, 2014; Stark, 2002)

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πλειονότητα των ενηλίκων θυμάτων δεν εμφανίζουν σημαντικού βαθμού κακώσεις στα γεννητικά όργανα. (Lincoln, 2018) Οι περισσότερες κακώσεις αφορούν σε εκχυμώσεις, εκδορές και ερυθρότητα, αλλά η ερμηνεία τους είναι αρκετά δυσχερής, λόγω της απουσίας ικανού αριθμού ερευνών σχετικά με τις κακώσεις που προκαλούνται σε περιπτώσεις συναινετικής και μη σεξουαλικής επαφής. Βεβαίως, υπάρχουν έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες η διαπίστωση ικανού αριθμού κακώσεων και σε διάφορες περιοχές των γεννητικών οργάνων, συνήθως υποδηλώνουν σεξουαλική βία. Όσον αφορά στους άνδρες, οι κακώσεις στο πέος και στο όσχεο είναι αρκετά σπάνιες, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η πρωκτική σεξουαλική επαφή είναι δυνατόν να μην προκαλέσει κακώσεις.

Όσον αφορά στις κακώσεις στο λοιπό σώμα, συνήθως αφορούν σε εκχυμώσεις και εκδορές, οι οποίες εντοπίζονται συχνότερα στους μαστούς των θηλέων ατόμων, καθώς στον τράχηλο και στα άνω και κάτω άκρα. Οι κακώσεις από ανθρώπινα δόγματα συναντώνται συχνά σε περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης και μέσω της εξέτασης από Οδοντίατρο και της λήψης δείγματος με μάκτρο (στυλεό) είναι δυνατή η ταυτοποίηση του δράστη. Οι κακώσεις από τέμνοντα όργανα, καθώς και αυτές που προκαλούνται κατά την απόπειρα στραγγαλισμού του θύματος απαντώνται λιγότερο συχνά, αλλά όχι σπάνια. Μία επιπρόσθετη και ιδιαίτερη κάκωση σε θύματα σεξουαλικής βίας είναι η ρήξη του χαλινού της γλώσσας, σε περιπτώσεις εξαναγκασμού στοματικής σεξουαλικής επαφής.

Ευρήματα, τα οποία υποδηλώνουν σεξουαλική επαφή, χωρίς όμως να αποδεικνύουν την άσκηση βίας, είναι η εγκυμοσύνη και η ανίχνευση σπέρματος από τα δείγματα που ελήφθησαν από το σώμα του θύματος. (Madea, 2014; Stark, 2002)

Μηχανισμός πρόκλησης	Είδος κάκωσης	Εντόπιση κάκωσης
Διάταση λόγω κολπικής διεύδυσης	Θλαστικά τραύματα/ρήξεις "διαχωριστικού τύπου", που εκτείνονται ακτινοειδώς	Παρθενικός υμένας, μικρά χείλη του αιδοίου, οπίσθιος σύνδεσμος των χειλέων του αιδοίου, χαλινός των χειλέων του αιδοίου
	Εκχυμώσεις, περιφερικές ή διακοπτόμενες	Παρθενικός υμένας
Άμεση πλήξη	Εκχυμώσεις, εκδορές, θλαστικά τραύματα/ρήξεις	Οπουδήποτε
Τριβή	Εκδορές, περιφερικές ή διακοπτόμενες	Οπουδήποτε
Συμπίεση των ιστών στα υποκείμενα οστά της πυέλου	Εκχυμώσεις, συνθλιπτικά θλαστικά τραύματα/ρήξεις	Χείλη του αιδοίου, παρθενικός υμένας, τοιχώματα κόλπου
Τομή/σχίσσιμο σταθερού ή "προσδεμένου" ιστού (π.χ. ραφή του περινέου)	Εκχυμώσεις, θλαστικά τραύματα/ρήξεις	Οπίσθιος σύνδεσμος των χειλέων του αιδοίου, περίνεο
Προσκόλληση μη λιπασμένης επιφάνειας ακολουθούμενη από κίνηση	Εκχυμώσεις	Ελεύθερο άκρο των χειλέων του αιδοίου ή του παρθενικού υμένα
	Θλαστικά τραύματα/ρήξεις	Μεταξύ των μικρών και των μεγάλων χειλέων του αιδοίου

Πίνακας 3-4. Θλαστικές κακώσεις στα γεννητικά όργανα θηλέων ατόμων, οι οποίες είναι δυνατόν να παρατηρηθούν μετά από κολπική διεύδυση. (Πηγή: Lincoln C.A. *Sexual assault: Forensic examination in the living and deceased. Academic Forensic Pathology* 2018; 8(4):912-923)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ

Η διαπροσωπική βία αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο δεν αναμένεται να εκλείψει από τις κοινότητες των ανθρώπων. Το φαινόμενο αυτό, το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αναπόσπαστο χαρακτηριστικό όλων των κοινωνιών διαχρονικά, χρήζει μελέτης ούτως ώστε να αντιμετωπισθεί -στο μέτρο του δυνατού- σε όλα τα επίπεδα (ατομικό, κοινωνικό, κ.λπ.).

Καθημερινώς, οι επαγγελματίες της υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν και να θεραπεύσουν θύματα διαπροσωπικής βίας. Πέραν όμως αυτών, πληθώρα άλλων επιστημόνων και επαγγελματιών (νομικοί, κοινωνιολόγοι, αστυνομικοί, κ.λπ.) συναναστρέφονται τόσο με τα θύματα, όσο και με τους δράστες αυτής της βίας. Η αναγνώριση του προβλήματος από όλους όσους εμπλέκονται σε αυτές τις καταστάσεις, αποτελεί πιθανότατα τον κυριότερο τρόπο αντιμετώπισης της βίας.

Η απουσία σύγχρονων ερευνών και στατιστικών στοιχείων στον ελλαδικό χώρο καθιστά την ερμηνεία των περιστατικών διαπροσωπικής βίας αρκετά επισφαλής.

Η εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής έχει ως σκοπό τη μελέτη των καταγγεληθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας. Η καταγραφή και η ανάλυση των καταγγεληθέντων περιστατικών πρόκλησης σωματικών κακώσεων, θα βοηθήσει τόσο στην εξαγωγή συμπερασμάτων που αφορούν στον ελλαδικό χώρο, όσο και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης. Περαιτέρω, η ανάδειξη των αποτελεσμάτων από τη μελέτη των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας στην Ελλάδα θα αποτελέσει ένα σημαντικό βοήθημα στην αντιμετώπιση αυτής σε όλα τα επίπεδα (ιατρική περίθαλψη, ποινική διαδικασία, κ.λπ.).

6. ΥΛΙΚΟ

Για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής χρησιμοποιήθηκε το αρχείο των κλινικών εξετάσεων, οι οποίες διενεργήθηκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. κατά την πενταετία 2012-2016.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο Εργαστήριο διενεργούνται ιατροδικαστικές πράξεις, για περιστατικά που επιλαμβάνονται οι Αστυνομικές Διευθύνσεις Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής. Κατ' εξαίρεση, είναι δυνατόν να διενεργούνται ιατροδικαστικές πράξεις τόσο από τις λοιπές περιοχές του Νομού Αττικής, όσο και γειτονικούς νομούς (π.χ. Βοιωτίας, Ευβοίας).

Το σύνολο των ατόμων που κατοικούν στις προαναφερθείσες περιοχές ανέρχεται σε περίπου 1,5 εκατομμύριο, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής αφορούν σε ένα αξιόλογο δείγμα πληθυσμού της Ελλάδας και τα συμπεράσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από πολλούς φορείς που εμπλέκονται στη διαχείριση θυμάτων διαπρωσωπικής βίας.

7. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε ανωνυμοποιημένα με τη χρήση λογιστικών φύλλων του προγράμματος Microsoft Office Excel. Οι παράμετροι που κατεγράφησαν ήταν οι ακόλουθες:

- το φύλο των εμπλεκομένων, με δύο κατηγορίες για τα θύματα (άρρεν και θήλυ) και τρεις κατηγορίες για τους δράστες (άρρενα, θήλεα και άρρενα-θήλεα άτομα από κοινού),
- η ηλικία των εμπλεκομένων,
- η εθνικότητα των εμπλεκομένων, με τρεις καταγραφές: στην πρώτη κατεγράφη η χώρα προέλευσης, στη δεύτερη η ήπειρος προέλευσης και στην τρίτη η κατηγοριοποίηση σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς,
- η εργασιακή απασχόληση των εμπλεκομένων, με τις ακόλουθες κατηγορίες: εργαζόμενος, άνεργος/άεργος, συνταξιούχος, μαθητής/φοιτητής,
- η μορφή σχέση των εμπλεκομένων, με τις ακόλουθες κατηγορίες για τα περιστατικά βίας στην κοινότητα: γνωστοί και άγνωστοι. Για τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας οι κατηγορίες ήταν οι ακόλουθες: σύζυγοι/σύντροφοι (έγγαμοι, σε διάσταση, διαζευγμένοι, σύντροφοι εκτός γάμου), αδέρφια, θύμα κάποιος εκ των γονέων και δράστης κάποιο παιδί και θύμα κάποιο παιδί και δράστης κάποιος εκ των γονέων, καθώς και οι λοιπές μορφές σχέσης που υπάγονται στο Ν 3500/2006.
- η οικογενειακή κατάσταση του θύματος (εξαιρουμένων των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας, βλ. ανωτέρω), με τέσσερις πιθανές κατηγορίες: άγαμος/η, έγγαμος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α,
- η αναφορά ύπαρξης νοσήματος του θύματος, με τις ακόλουθες κατηγορίες: σοβαρό σωματικό νόσημα πλην κακοήθους νεοπλασματικής νόσου (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, έμφραγμα του μυοκαρδίου-στεφανιαία νόσος, στένωση/ανεύρυσμα αορτής, βαλβιδοπάθεια, βρογχικό άσθμα, θρομβοπενία/θρομβοφιλία, σακχαρώδης διαβήτης, τύφλωση, μυοσκελετικά νοσήματα, φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, νεφροπάθεια, σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας, καθώς και χειρουργικές επεμβάσεις όπως αορτοστεφανιαία παράκαμψη, τοποθέτηση βηματοδότη, αγγειοπλαστική, σπληνεκτομή, σπονδυλοδεσία, αρθροπλαστική), κακοήθης νεοπλασματική νόσος, άλλο σωματικό νόσημα (αρτηριακή υπέρταση, θυρεοειδοπάθεια, δυσλιπιδαιμίες, αλλεργία, αναιμία) και ψυχιατρικό νόσημα (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη),

- ο αριθμός των φερόμενων ως δραστών (μόνον για τα περιστατικά βίας στην κοινότητα, καθώς όλα τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας αφορούσαν σε καταγγελίες μεταξύ δύο ατόμων),
- ο τόπος του συμβάντος, με δύο κύριες κατηγορίες: ιδιωτικός και δημόσιος χώρος. Στους ιδιωτικούς χώρους περιλαμβάνονταν η οικία του θύματος και η οικία του δράστη, οποιαδήποτε άλλη οικία, καθώς και άλλοι ιδιωτικοί χώροι, όπως δωμάτια ξενοδοχείων και αυτοκίνητα. Στους δημοσίους χώρους περιλαμβάνονταν οι δημόσιοι δρόμοι και οι δρόμοι έξωθεν της οικίας κάποιου εκ των εμπλεκομένων, οι κοινόχρηστοι χώροι των πολυκατοικιών, οι χώροι εργασίας κάποιου εκ των εμπλεκομένων, τα μέσα μαζικής μεταφοράς, οι χώροι εστίασης/αναψυχής και οι χώροι εκπαίδευσης μαθητών/φοιτητών, οι χώροι άθλησης, οι πλατείες, οι παραλίες, τα εμπορικά κέντρα, οι λαϊκές αγορές, κ.ά. Για τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας οι δημόσιοι χώροι κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις υποκατηγορίες: δημόσιος δρόμος, δρόμος έξωθεν της οικίας κάποιου εκ των εμπλεκομένων, χώρος εργασίας κάποιου εκ των εμπλεκομένων, με τους λοιπούς χώρους να αθροίζονται σε μία υποκατηγορία, ενώ για τα περιστατικά βίας στην κοινότητα οι χώροι άθλησης, τα μέσα μαζικής μεταφοράς, οι χώροι εστίασης/αναψυχής και οι χώροι εκπαίδευσης μαθητών/φοιτητών μελετήθηκαν χωριστά σε υποκατηγορίες από την υποκατηγορία άλλοι δημόσιοι χώροι,
- η γεωγραφική περιοχή, στην οποία έλαβε χώρα το συμβάν, με έμφαση στις περιοχές του Νομού Αττικής,
- ο μήνας του συμβάντος,
- η ημέρα του συμβάντος, συμπεριλαμβανομένου του χαρακτηρισμού αυτής ως εργάσιμη ή αργία,
- η ώρα του συμβάντος,
- ο αναφερόμενος από τον εξεταζόμενο μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων, με τις ακόλουθες κατηγορίες: χρήση μόνον κάποιου μέρους του σώματος (κεφαλή, χέρια, πόδια) ως θλών όργανο, χρήση μόνον θλώντων αντικειμένων, χρήση θλώντων αντικειμένων και μέρους του σώματος ως θλώντα όργανα, τουλάχιστον δήγμα του δράστη προς το θύμα, χρήση τουλάχιστον κάποιου νύσσοντος και τέμνοντος οργάνου, χρήση πυροβόλου όπλου, εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και λοιποί μηχανισμοί, στους οποίους περιλαμβάνονταν σκόπιμη πλήξη με κάποιο κινούμενο όχημα, χρήση κάποιου αιχμηρού αντικειμένου (κυρίως κλειδιά), χρήση κάποιου θερμού ή διαβρωτικού υγρού και χρήση φορητών συσκευών πρόκλησης ηλεκτροσόκ (taser),

- η επίσκεψη του θύματος σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή Α' βοηθειών, η παραμονή για νοσηλεία και η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης,
- η ανατομική εντόπιση των κακώσεων, με πέντε κύριες κατηγορίες (κεφαλή, τράχηλος, κορμός, άνω άκρα και κάτω άκρα) και τις ακόλουθες υποκατηγορίες: πρόσωπο, κρανίο, τράχηλος, θώρακας, κοιλία, ράχη, γεννητικά όργανα, βραχίονες, αντιβράχια, άκρες χείρες, μηροί, κνήμες και άκροι πόδες,
- το είδος των κακώσεων, με δύο κατηγορίες: μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις του δέρματος και τουλάχιστον εσωτερικές κακώσεις, στις οποίες περιλαμβάνονταν οι εγκεφαλικές κακώσεις και οι κακώσεις των οφθαλμών και των ώτων, οι κακώσεις των εσωτερικών οργάνων και σπλάχνων του θώρακα και της κοιλίας και οι μυοσκελετικές κακώσεις,
- ο χρόνος που μεσολάβησε από το συμβάν μέχρι την καταγγελία του
- ο χρόνος που μεσολάβησε από το συμβάν μέχρι την ιατροδικαστική κλινική εξέταση,
- ο χρόνος που μεσολάβησε από την καταγγελία του συμβάντος μέχρι την ιατροδικαστική κλινική εξέταση,
- ο εκτιμώμενος χρόνος αποχής του εξεταζομένου από τις δραστηριότητές του και
- ο πιθανός νομικός χαρακτηρισμός με βάση τα άρθρα του Ποινικού Κώδικα για τις σωματικές βλάβες.

Για τα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας κατεγράφησαν επίσης η ύπαρξη παιδιών και η ενδεχόμενη παρουσία τους μπροστά στο περιστατικό, η αναφερόμενη επανάληψη ανάλογου περιστατικού στο παρελθόν, καθώς και η αναφερόμενη ψυχιατρική νόσος και η κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης (οινόπνευμα) ή χρήση άλλων εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών του φερόμενου ως δράστη. Επίσης, κατεγράφησαν αναλυτικώς οι θλαστικές κακώσεις (εκδορές, εκχυμώσεις, θλαστικά τραύματα, κ.λπ.).

Για τα περιστατικά βίας στην κοινότητα κατεγράφη επίσης η αναφερόμενη από το θύμα αιτία του συμβάντος, με τις ακόλουθες κατηγορίες: αθλητική βία, απαγωγή, βία σχετική με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, διενέξεις μεταξύ γειτόνων και συγκατοίκων σε πολυκατοικίες, διενέξεις μεταξύ συγγενών που δεν υπάγονταν στο Ν 3500/2006, εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, επαγγελματικές διαφορές, ζήλια και λοιπά περιστατικά μεταξύ πρώην συντρόφων που δεν υπάγονταν στις διατάξεις του Ν 3500/2006 (μέχρι την πρόσφατη αναθεώρηση), ληστεία, οδηγική βία, οικονομικές διαφορές, σχολική βία, τραυματισμοί αστυνομικών εν ώρα υπηρεσίας, υπεράσπιση άλλου προσώπου (σύντροφος, αδελφός, τέκνο, φίλος), καθώς και δύο επιπλέον

κατηγορίες για τις αιτίες που δεν κατατάσσονταν σε κάποια εκ των ανωτέρω: άλλες διαπροσωπικές διαφορές και άλλες αιτίες.

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics (SPSS version 25.0, SPSS Inc. Chicago, Illinois) και όταν το p-value ήταν μικρότερο του 0.05 ($p < 0.05$), οι διαφοροποιήσεις θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές.

Λόγω του μικρού δείγματος των λοιπών περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας (βία μεταξύ γονέων και παιδιών και μεταξύ αδελφών) δεν κρίθηκε σκόπιμη η στατιστική ανάλυση των εν λόγω περιστατικών.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. Καταγγελθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας

8.1.1. Συνολικό δείγμα

Την πενταετία 2012-2016 διενεργήθηκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Ε.Κ.Π.Α. 2.466 ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις για περιστατικά διαπροσωπικής βίας. Οι 1.633 αφορούσαν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα και οι 833 αφορούσαν σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

	2012	2013	2014	2015	2016	Σύνολο	Μέση τιμή
Βία στην κοινότητα	364	295	339	333	302	1633	326,6
	68.42%	63.03%	65.70%	71.00%	64.12%	66.22%	
Ενδοοικογενειακή Βία	168	173	177	136	169	833	166,6
	31.58%	36.97%	34.30%	29.00%	35.88%	33.78%	
Σύνολο	532	468	516	469	471	2466	493,0

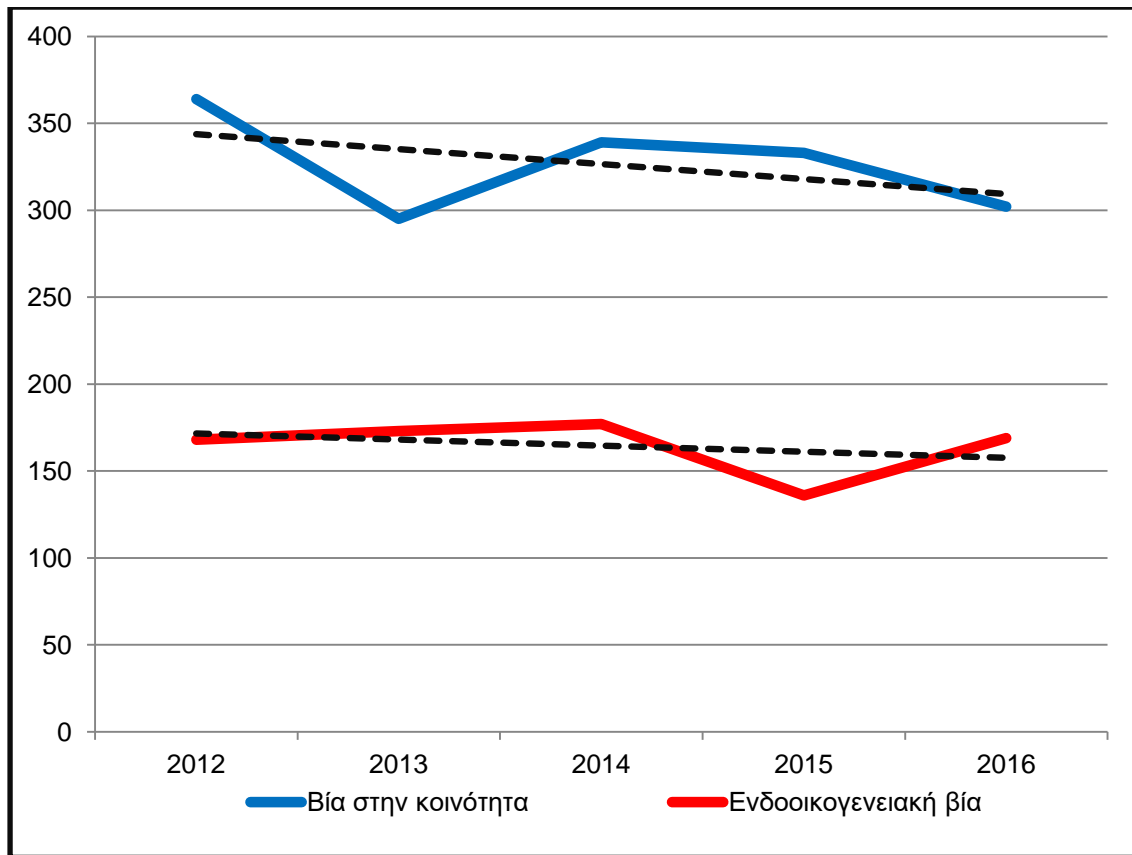
Πίνακας 8-1. Κατανομή καταγγελθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην πενταετία 2012-2016.

Σύμφωνα με τον ανωτέρω πίνακα, τα περισσότερα καταγγελθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας σημειώθηκαν το πρώτο έτος της υπό μελέτη περιόδου (2012) και οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν τα έτη 2013, 2015 και 2016 με 468, 469 και 471 περιστατικά, αντίστοιχα.

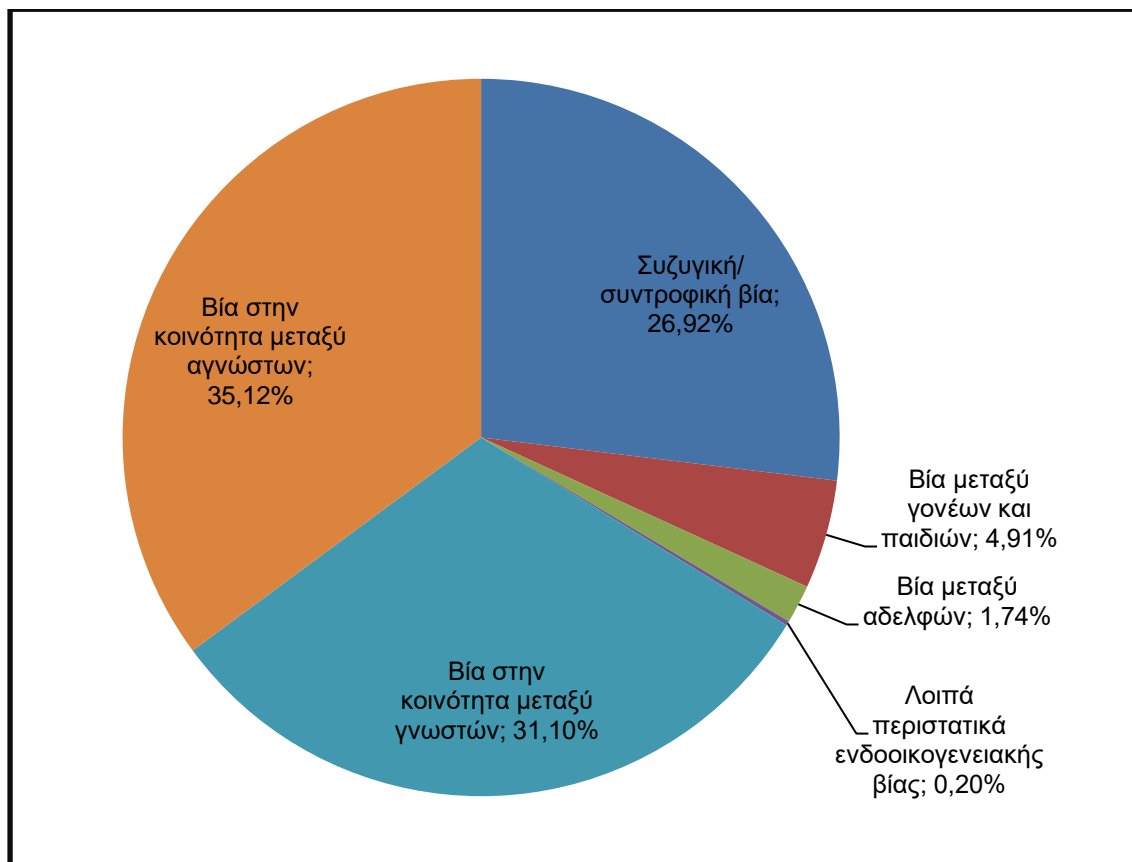
Επιπροσθέτως, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8-1, τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας φαίνεται να κυμαίνονται σχεδόν σε ένα σταθερό επίπεδο, κοντά στο μέσο όρο περιστατικών ανά έτος (166,6), πλην του έτους 2015.

Αντιθέτως, τα περιστατικά βίας στην κοινότητα εμφάνιζαν μεγαλύτερο εύρος τιμών, καθώς η χαμηλότερη τιμή ήταν 295 (το έτος 2013) και η μεγαλύτερη 364 (το έτος 2012), ενώ μέσο όρο περιστατικών ανά έτος ήταν 326,6.

Συνεπώς, φαίνεται ότι ενώ τα καταγγελθέντα περιστατικά βίας στην κοινότητα σημειώνουν πτωτική τάση κατά την υπό μελέτη πενταετία, τα περιστατικά τα οποία αφορούν σε ενδοοικογενειακή βία παραμένουν σε μία σταθερή τιμή, κοντά στο μέσο όρο περιστατικών ανά έτος.



Διάγραμμα 8-1. Ετήσια κατανομή καταγγελλθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας.



Διάγραμμα 8-2. Κατανομή καταγγελλθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας με βάση τον τύπο.

8.1.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.1.2.1. Φύλο θυμάτων και δραστών

Το 51.66% των θυμάτων ήταν άρρενα και το 48.34% ήταν θήλεα άτομα. Στην πλειονότητα των καταγγελλθέντων περιστατικών (81.06%), ο δράστης ήταν άρρεν άτομο.

	Θύμα (%)	Δράστης (%)
♂	1.274 (51.66)	1.999 (81.06)
♀	1.192 (48.34)	237 (9.61)
♂+♀	-	65 (2.64)
Άγνωστο	-	165 (6.69)
Σύνολο	2.466	2.466

Πίνακας 8-2. Φύλο εμπλεκομένων σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας.

8.1.2.2. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων

Σε 979 περιστατικά (39.70%) τόσο το θύμα όσο και ο δράστης ήταν άρρενα άτομα, ενώ μόλις σε 100 περιστατικά (4.05%) το θύμα και δράστης ήταν θήλεα άτομα.

		%(Συνόλου)	%(Αρρένων)
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♂	979	39.70	76.84
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♀	137	5.56	10.75
Θύμα: ♂ - Δράστες: ♂+♀	36	1.46	2.83
Θύμα: ♂ - Δράστης Άγνωστο	122	4.95	9.58
Σύνολο	1.274	2.466	1.274

Πίνακας 8-3. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων, όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο.

		%(Συνόλου)	%(Θηλέων)
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♂	1.020	41.36	85.57
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♀	100	4.05	8.39
Θύμα: ♀ - Δράστες: ♂+♀	29	1.18	2.43
Θύμα: ♀ - Δράστης: Άγνωστο	43	1.74	3.61
Σύνολο	1.192	2.466	1.192

Πίνακας 8-4. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων, όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο.

8.1.3. Εθνικότητα εμπλεκομένων

8.1.3.1. Εθνικότητα θυμάτων και δραστών

Σε 2.118 περιστατικά (85.89%) τα θύματα ήταν Έλληνες (1.108 άρρενα άτομα και 1.010 θήλεα). Σε 667 περιστατικά (27.05%) η εθνικότητα των δραστών ήταν άγνωστη. Σε τουλάχιστον 198 περιστατικά (8.03%) επρόκειτο για αλλοδαπούς και σε 1601 περιστατικά (64.92%) οι δράστες ήταν Έλληνες. Εκ των περιστατικών, στα οποία οι δράστες ήταν Έλληνες, σε 1.349 οι δράστες ήταν άρρενα άτομα και σε 194 θήλεα άτομα, ενώ σε 55 περιστατικά ήταν άτομα και των δύο φύλων και σε 3 περιστατικά δεν ήταν γνωστό το φύλο.

8.1.3.2 Συσχέτιση εθνικοτήτων θυμάτων-δραστών

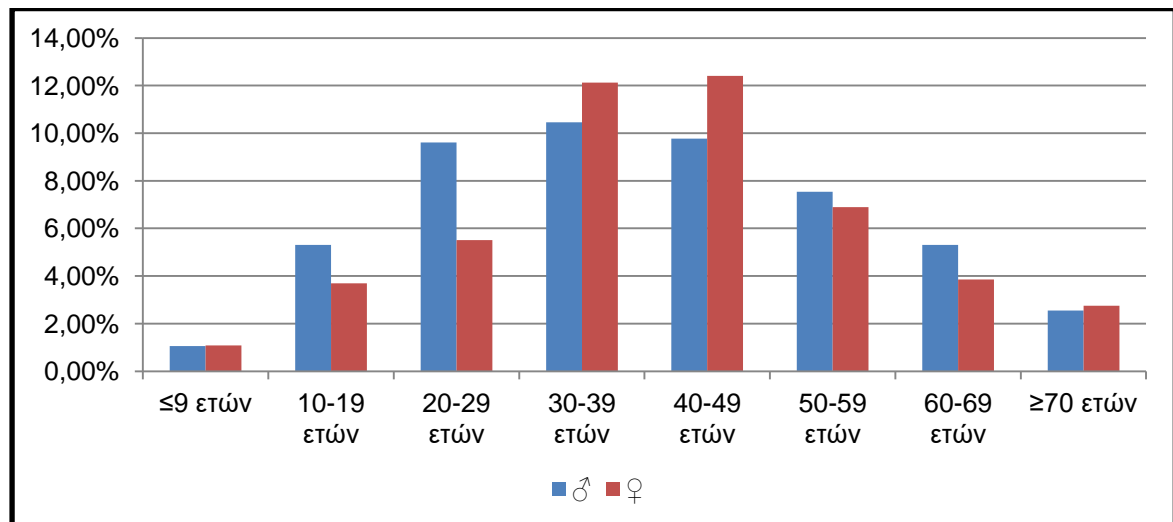
Σε 1.591 περιστατικά (64.52%) τόσο το θύμα, όσο και ο δράστης ήταν άτομα της ίδιας καταγωγής, με την πλειονότητα εξ αυτών (1.492 περιστατικά) να αφορούν σε Έλληνες και τα υπόλοιπα 99 περιστατικά να αφορούν σε αλλοδαπούς ομοεθνείς. Εξ αυτών, τα 66 αφορούσαν σε Αλβανούς και τα 10 σε Πακιστανούς.

Σε 238 περιστατικά (9.65%), το θύμα και ο δράστης ήταν άτομα διαφορετικής καταγωγής. Σε 87 περιστατικά, το θύμα ήταν Έλληνας και ο δράστης αλλοδαπός, σε 109 περιστατικά, το θύμα ήταν αλλοδαπός και ο δράστης Έλληνας και σε 42 περιστατικά, το θύμα και ο δράστης ήταν αλλοδαποί διαφορετικής εθνικότητας.

Εκ των υπολοίπων 667 περιστατικών, στα οποία δεν ήταν γνωστή η εθνικότητα του δράστη, στα 523 τα θύματα ήταν Έλληνες και στα 143 ήταν αλλοδαποί.

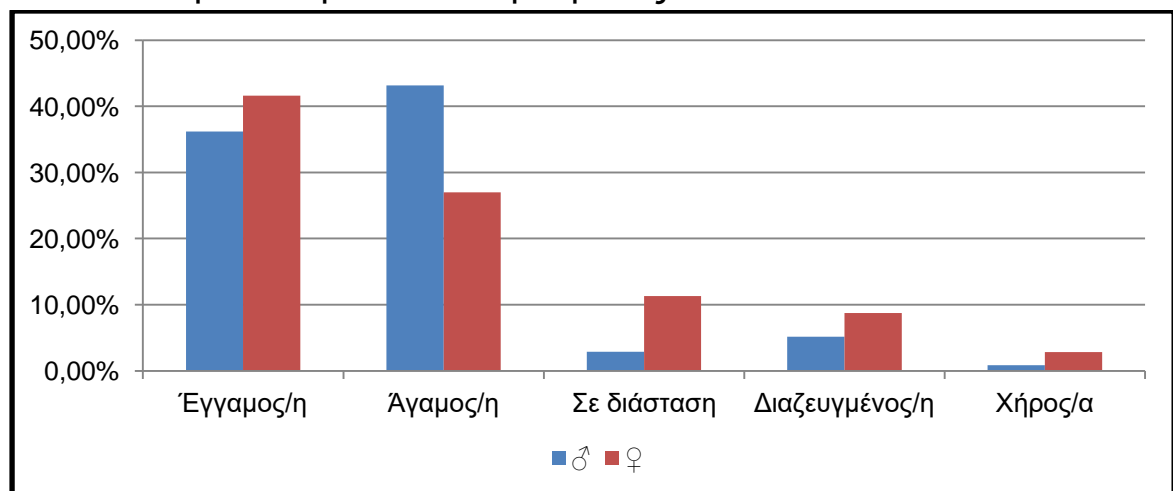
8.1.4. Ηλικία θυμάτων

Η μέση ηλικία των αρρένων θυμάτων ήταν 40,02 έτη και των θηλέων 41,46 έτη.



Διάγραμμα 8-3. Ηλικία θυμάτων, με βάση το φύλο.

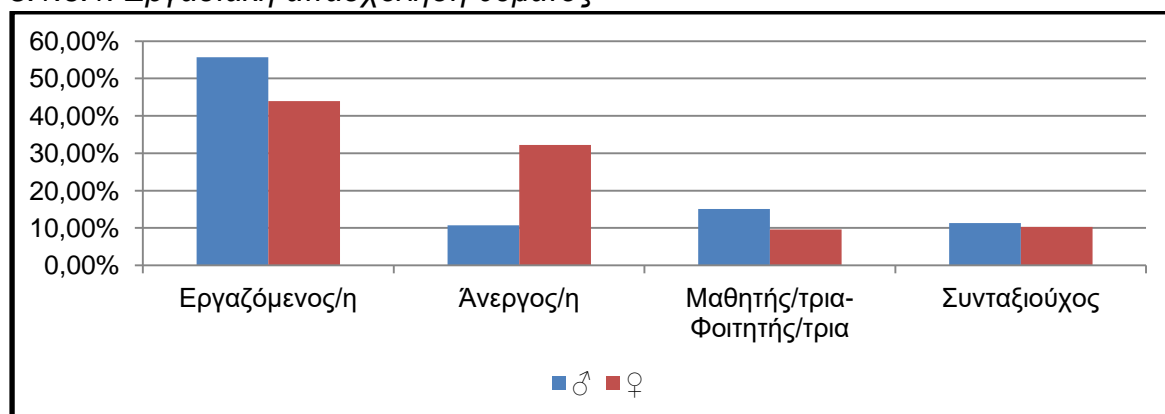
8.1.5. Οικογενειακή κατάσταση θύματος



Διάγραμμα 8-4. Οικογενειακή κατάσταση θυμάτων, με βάση το φύλο.

8.1.6. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

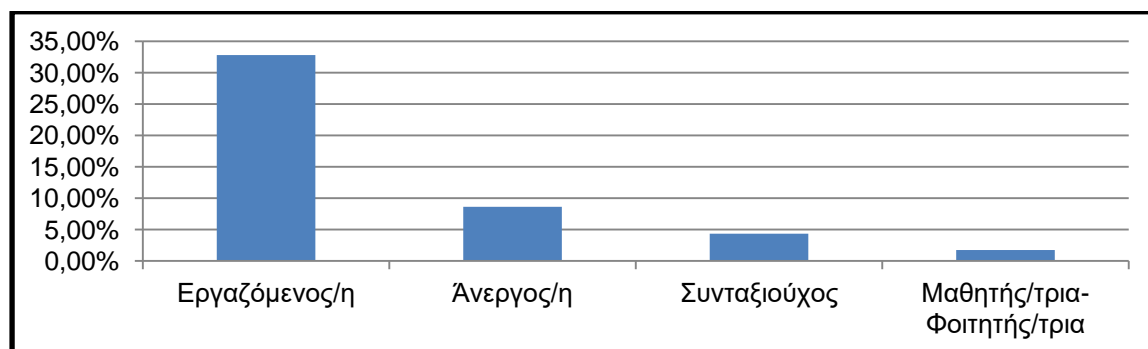
8.1.6.1. Εργασιακή απασχόληση θύματος



Διάγραμμα 8-5. Εργασιακή απασχόληση θυμάτων, με βάση το φύλο.

8.1.6.2. Εργασιακή απασχόληση δράστη

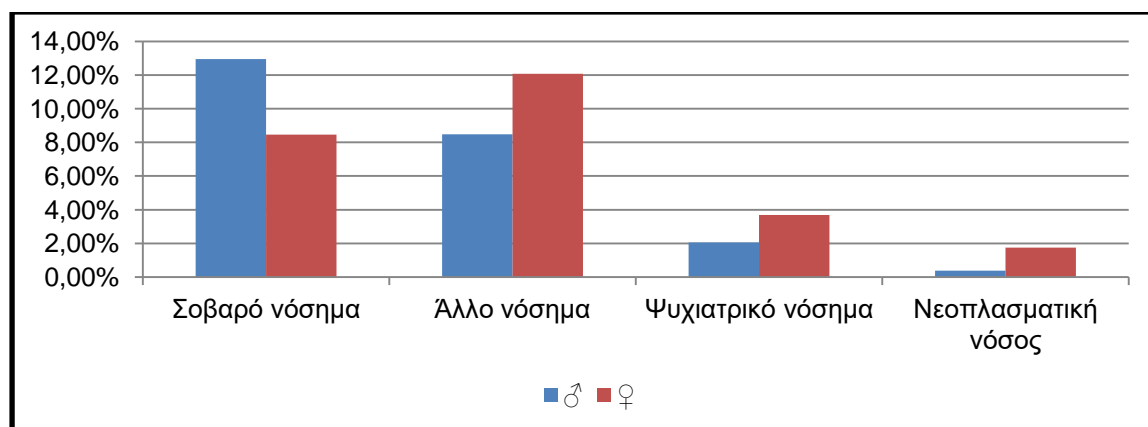
Η εργασιακή απασχόληση των δραστών ήταν άγνωστη σε 1.293 περιστατικά (52.43%). Τουλάχιστον στο 32.77% των περιστατικών, τα θύματα είχαν αναφέρει ότι οι δράστες εργάζονταν.



Διάγραμμα 8-6. Εργασιακή απασχόληση δραστών.

8.1.7. Νοσήματα θύματος

Στην πλειονότητα των περιστατικών (74.7%, 970 άνδρες και 872 γυναίκες), το θύμα ανέφερε ότι δεν έπασχε από κάποιο νόσημα. Μεταξύ των θυμάτων υπήρχαν και δέκα εγκυμονούσες (0.84% επί του συνόλου των γυναικών).

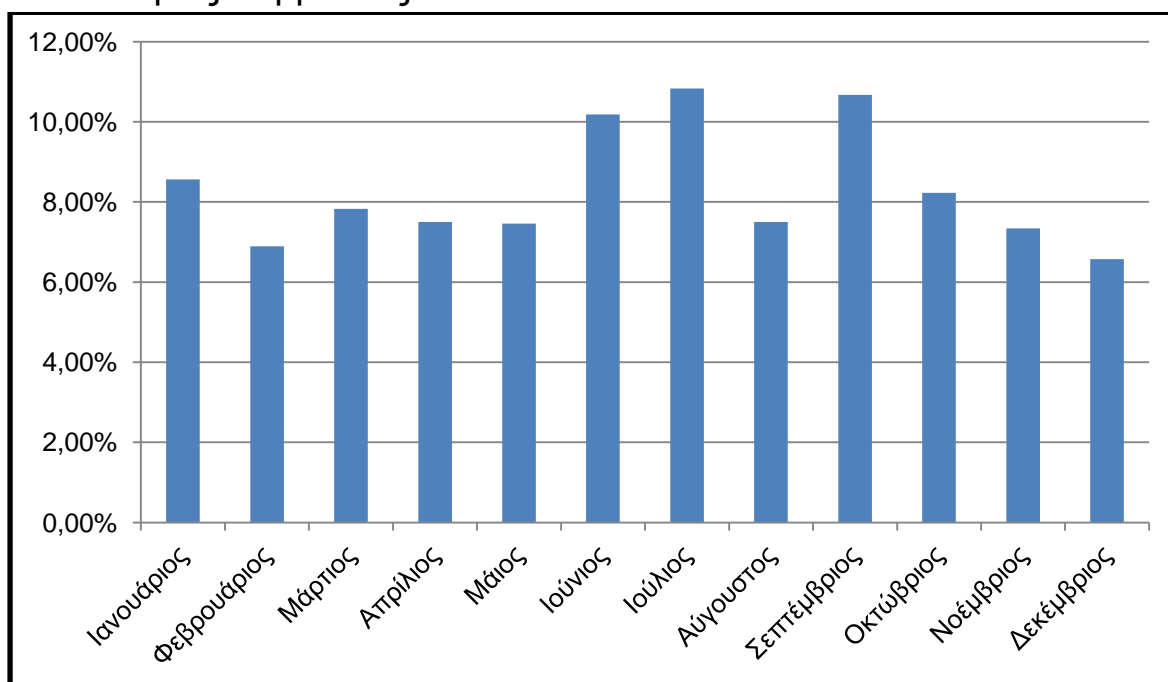


Διάγραμμα 8-7. Νοσηρότητα θυμάτων.

8.1.8. Αριθμός δραστηών

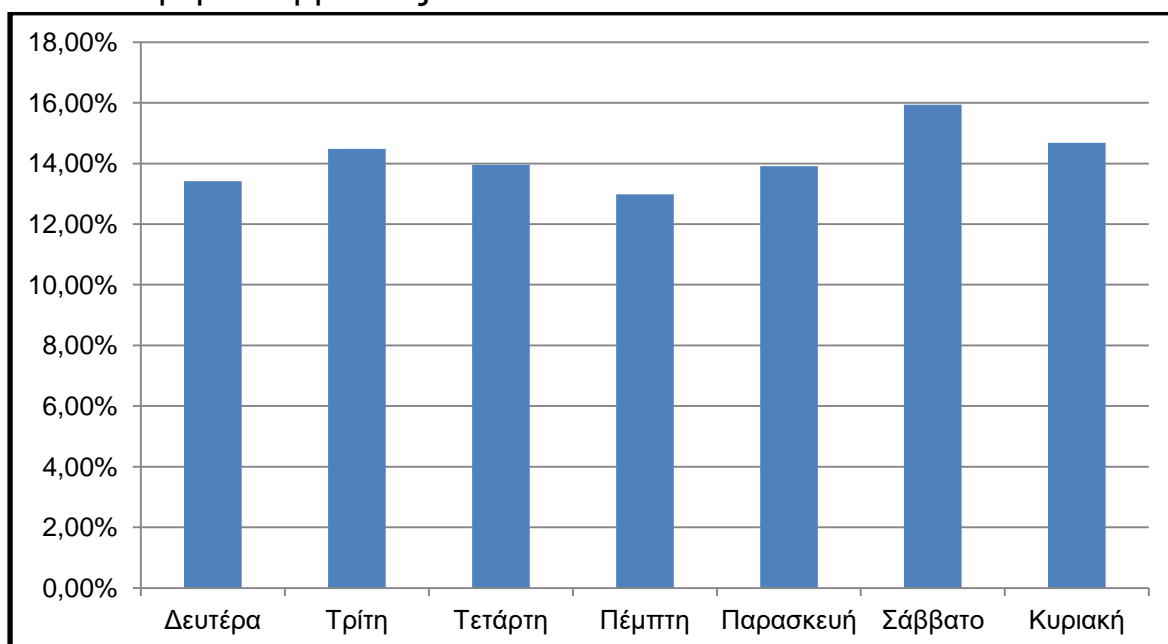
Ο ακριβής αριθμός των δραστηών δεν ήταν γνωστός σε 122 περιστατικά (4.95%). Στην πλειονότητα των περιστατικών (76.60%) το θύμα είχε αναφέρει ότι ο δράστης ήταν μόνον ένας, γεγονός που ήταν πιθανότερο όταν το θύμα ήταν θήλυ (89.01%) έναντι των αρρένων θυμάτων (64.99%).

8.1.9. Μήνας συμβάντος

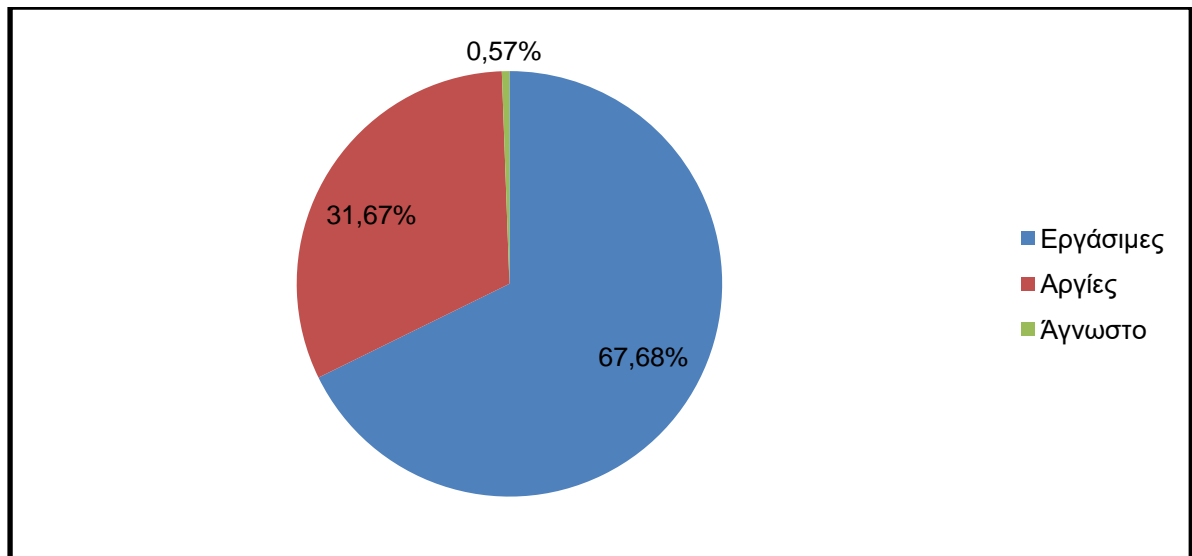


Διάγραμμα 8-8. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας.

8.1.10. Ημέρα συμβάντος

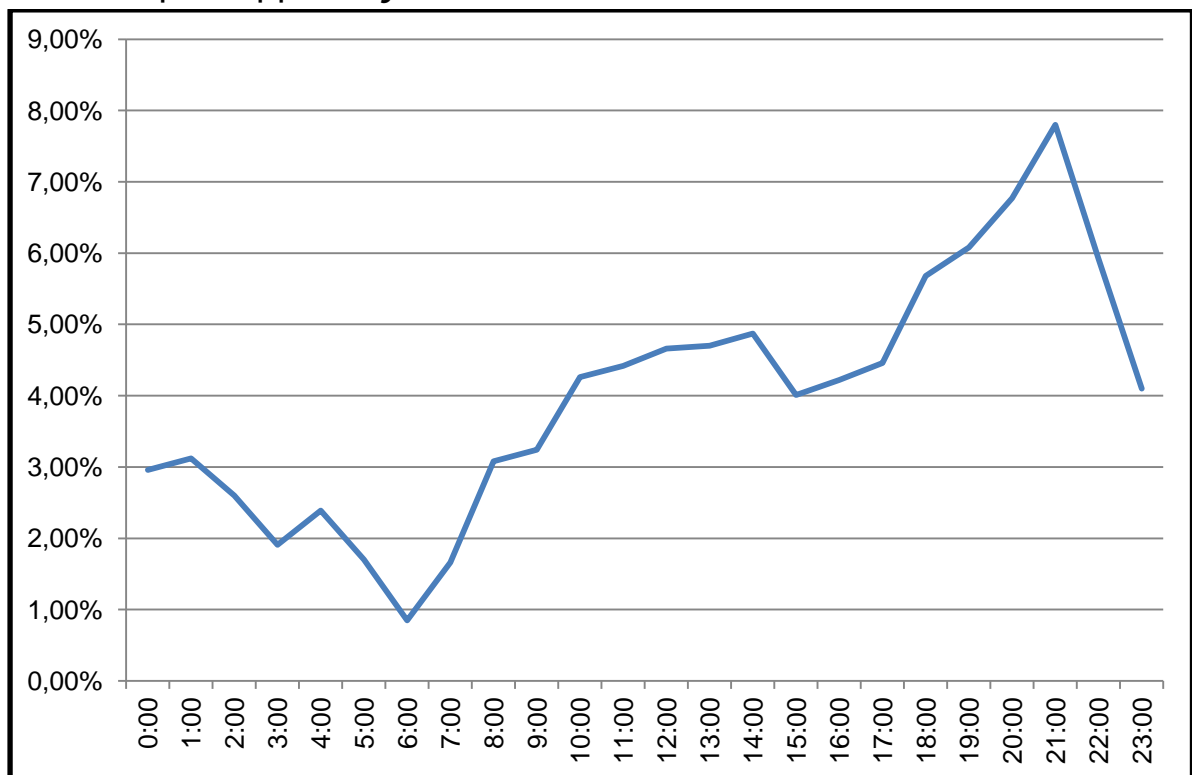


Διάγραμμα 8-9. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας.



Διάγραμμα 8-10. Κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας σε εργάσιμες ημέρες και αργίες.

8.1.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-11. Κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας στο 24ωρο.

8.1.12. Τόπος συμβάντος

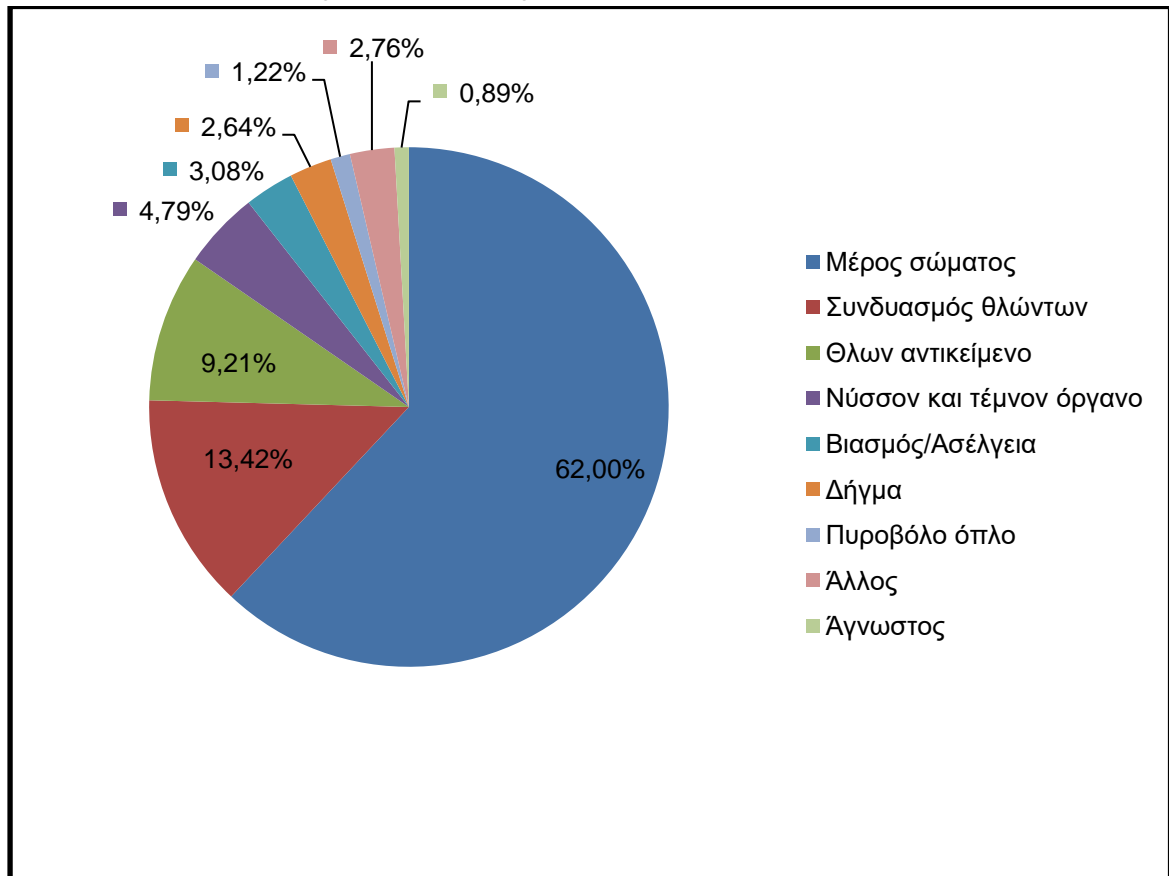
Σε 1.367 περιστατικά (55.43%) το συμβάν έλαβε χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο και 1.052 (44.57%) σε κάποιον ιδιωτικό χώρο. Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν θήλυ, ενώ όταν είχε συμβεί σε δημόσιο χώρο, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν.

8.1.13. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους

Δήμος	Πληθυσμός*	Καταγγεθέντα Περιστατικά	Καταγγελίες/1.000 κατοίκους
Μαρκοπούλου Μεσόγαιας	20.040	76	3,79
Μαραθώνα	33.423	97	2,90
Λαυρεωτικής	25.102	68	2,71
Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης	48.399	122	2,52
Σπάτων-Αρτέμιδος	33.821	83	2,45
Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνας	35.556	84	2,36
Κρωπίας	30.307	70	2,31
Κηφισιάς	70.600	159	2,23
Παλλήνης	54.415	109	2,00
Μεταμόρφωσης	29.891	58	1,94
Παπάγου-Χολαργού	44.539	85	1,91
Σαρωνικού	29.002	52	1,79
Πεντέλης	34.934	62	1,77
Γλυφάδας	87.305	149	1,71
Λυκόβρυσης-Πεύκης	31.002	49	1,57
Αμαρουσίου	72.333	107	1,48
Αγίας Παρασκευής	59.704	88	1,47
Παιανίας	26.668	38	1,42
Ωρωπού	33.769	48	1,42
Διονύσου	40.193	57	1,42
Βριλησίων	30.741	43	1,40
Αλίμου	41.720	56	1,34
Ελληνικού-Αργυρούπολης	51.356	66	1,29
Ραφήνας-Πικερμίου	20.266	24	1,18
Ηρακλείου	49.642	56	1,13
Χαλανδρίου	74.192	81	1,09
Ηλιούπολης	78.153	81	1,04
Φιλοθέης-Ψυχικού	26.968	27	1,00
Νέας Ιωνίας	67.134	30	0,45
Σύνολο	1.281.175	2.125	1,15

Πίνακας 8-5. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους. (*Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Απογραφή 2011.)

8.1.14. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

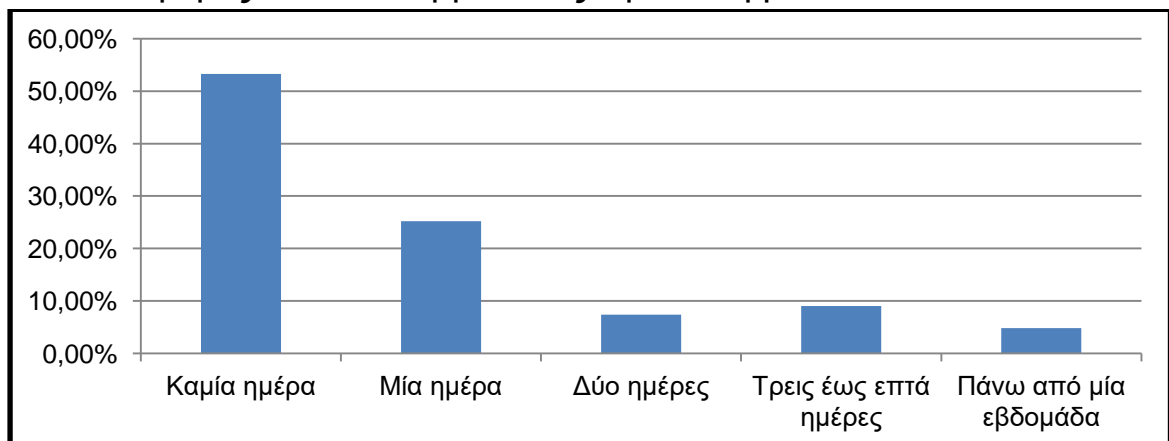


Διάγραμμα 8-12. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων.

8.1.15. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

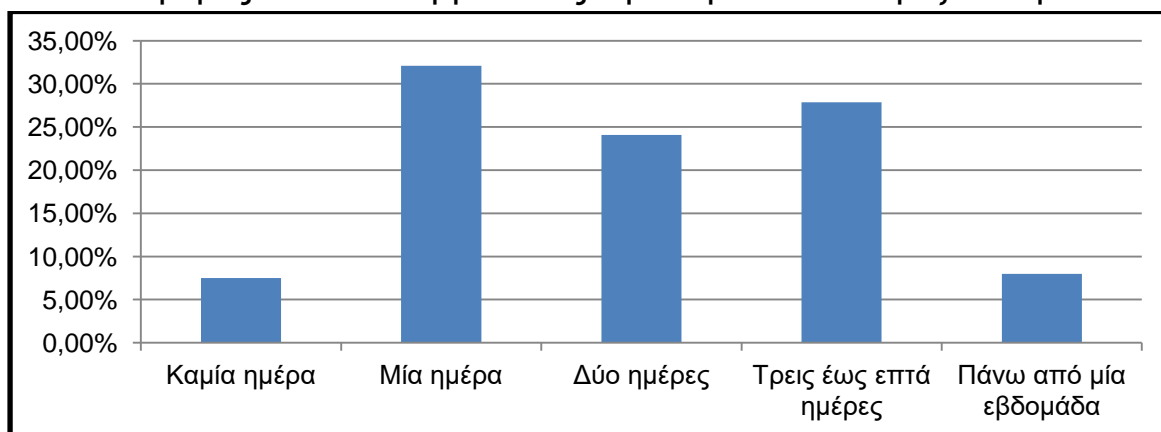
Σε 886 περιστατικά (40.39%) το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, στην πλειονότητα (34.87%) για την παροχή των Α' Βοηθειών. Το 3.41% χρειάστηκε να παραμείνουν για ολιγοήμερη νοσηλεία και το 2.11% υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση των προκληθεισών κακώσεων.

8.1.16. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία



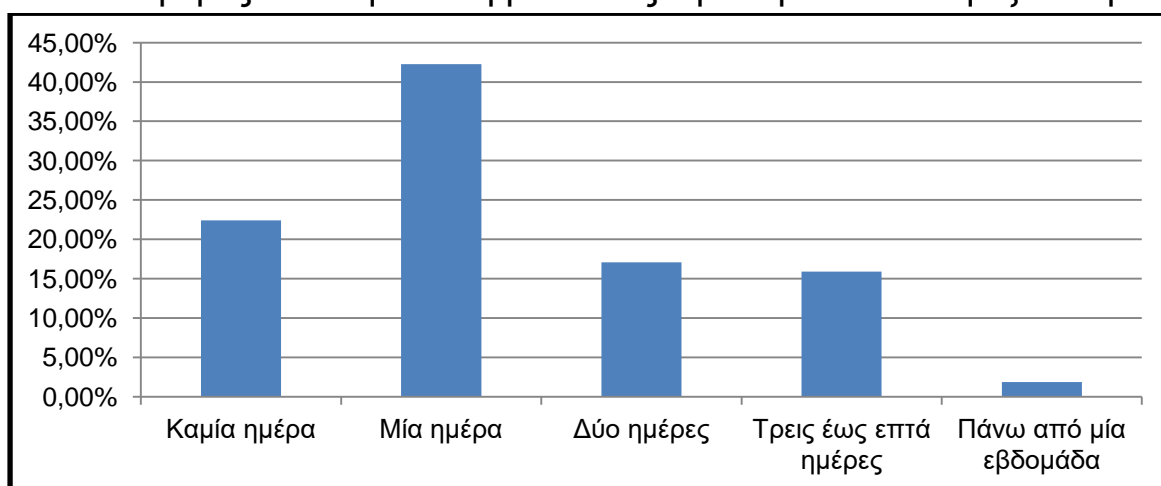
Διάγραμμα 8-13. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία.

8.1.17. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση



Διάγραμμα 8-14. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση.

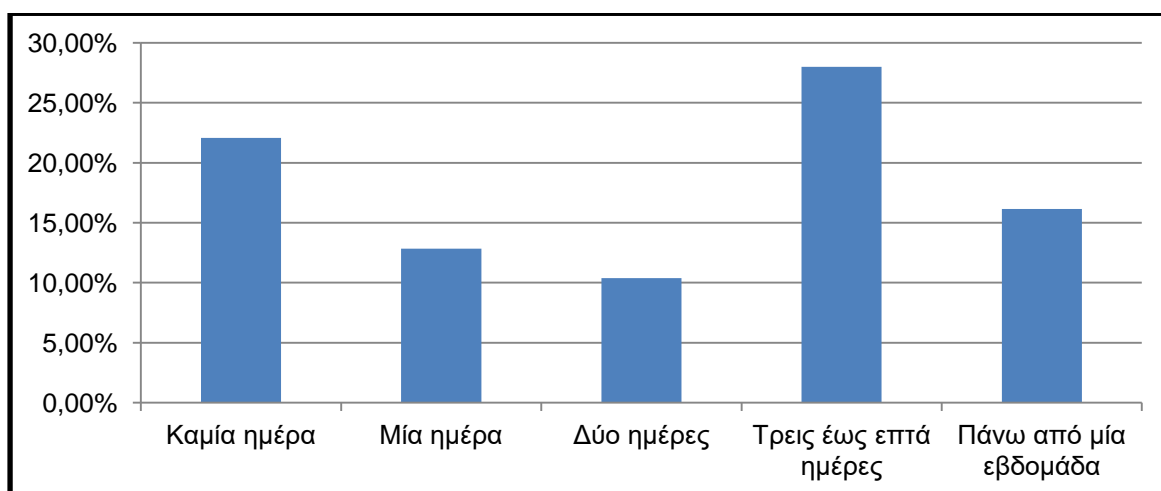
8.1.18. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση



Διάγραμμα 8-15. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση.

8.1.19. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από δραστηριότητες

Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής των εξεταζομένων από τις δραστηριότητές τους ήταν 6,10 ημέρες (7,91 ημέρες για τα άρρενα θύματα και 4,05 ημέρες για τα θήλεα).



Διάγραμμα 8-16. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των εξεταζομένων από τις δραστηριότητές τους.

8.1.20. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 261 θυμάτων (10.58%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις. Σε 360 θύματα (14.60%) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση και στα υπόλοιπα 1.845 θύματα (74.82%) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις.

8.1.21. Τύπος κακώσεων

Σε 1.863 περιστατικά (75.55%) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις. Σε 342 περιστατικά (13.87%) είχαν διαπιστωθεί προ της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και εσωτερικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν συχνότερα σε κατάγματα (9.33%).

8.1.22. Ανατομική εντόπιση των κακώσεων

Στα μισά θύματα διαπροσωπικής βίας διαπιστώθηκαν κακώσεις στα άνω άκρα (54.46%) και στην κεφαλή (53.77%). Στο 32.20% διαπιστώθηκαν κακώσεις στον κορμό, στο 31.51% στα κάτω άκρα και στο 13.30% στον τράχηλο.

Κεφαλή: Οι κακώσεις στο πρόσωπο ήταν συχνότερες σε σχέση με το κρανίο (48.95% έναντι 14.44%).

Κορμός: Οι κακώσεις του κορμού εντοπιζόνταν πρωτίστως στη ραχιαία επιφάνεια αυτού (18.21%) και στον θώρακα (17.76%) και δευτερευόντως στην κοιλία (7.06%). Κακώσεις στα γεννητικά όργανα (εξωτερικά ή/και εσωτερικά) διαπιστώθηκαν στο 0.85%, αν και θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εξέταση των γεννητικών οργάνων δεν διενεργείται σε όλες τις καταγγελίες.

Άνω άκρα: Στα άνω άκρα, οι κακώσεις εντοπιζόνταν κυρίως στους βραχίονες (35.00%) και στα αντιβράχια (33.01%) και δευτερευόντως στις άκρες χείρες (22.14%).

Κάτω άκρα: Οι κακώσεις των κάτω άκρων εντοπιζόνταν σχεδόν αποκλειστικά στους μηρούς (22.75%) και στις κνήμες (20.64%), καθώς μόλις στο 5.03% είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στους άκρους πόδες.

8.1.23. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

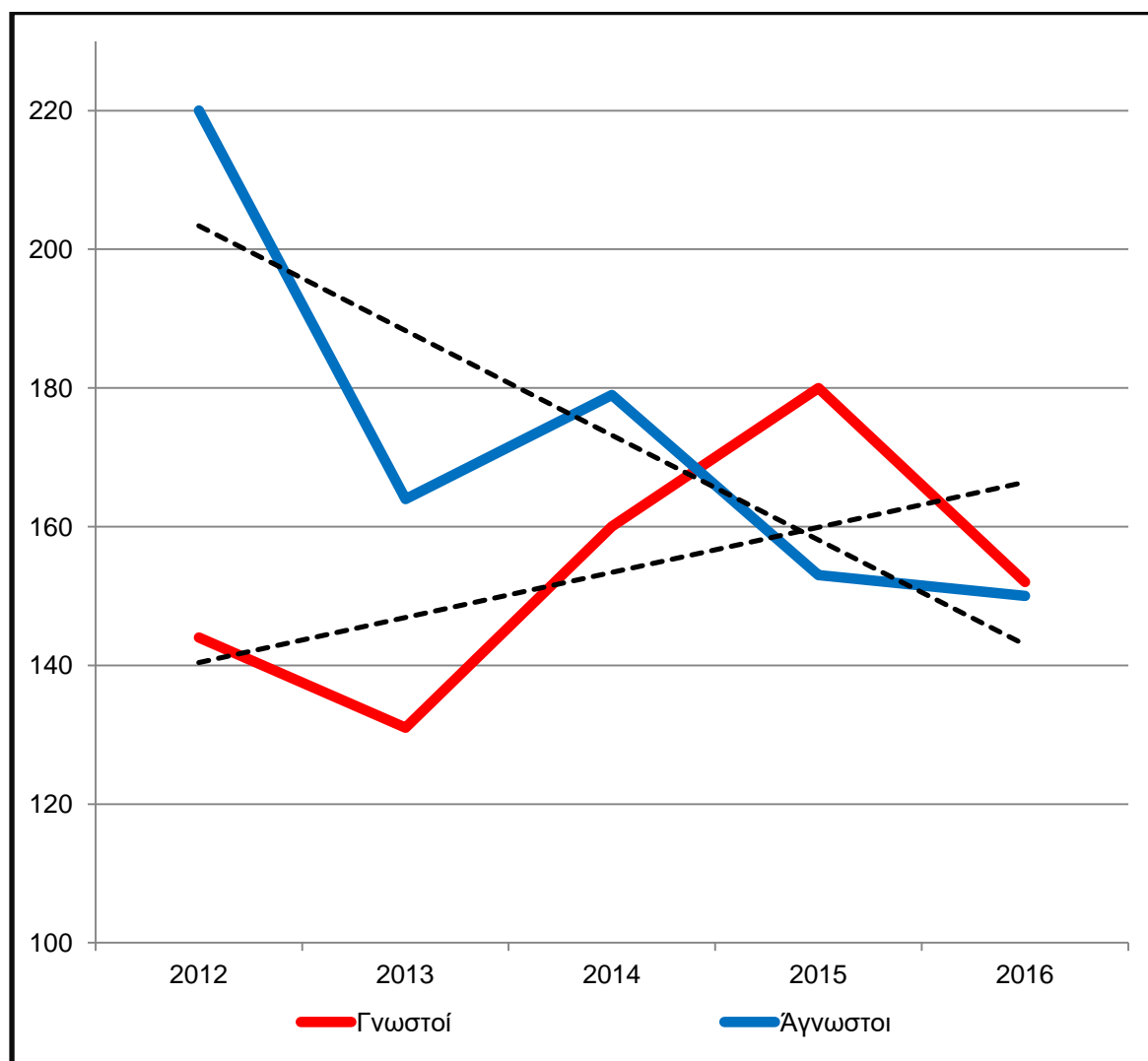
Σε 756 καταγγελίες (30.66%) οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση και τον λοιπό κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο κακώσεις θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν τουλάχιστον ως επικίνδυνες (464 περιστατικά), ή ακόμη και ως βαριές σωματικές βλάβες (292 περιστατικά).

8.2. Βία στην κοινότητα

8.2.1. Συνολικό δείγμα

Την πενταετία 2012-2016 διενεργηθήκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Ε.Κ.Π.Α. 1.633 ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις για περιστατικά βίας, τα οποία υπάγονταν στις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Στο 46.97% των καταγγελλθέντων περιστατικών (767 περιστατικά), τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ενώ στο υπόλοιπο 53.03% (866 περιστατικά), οι δράστες ήταν άτομα άγνωστα στα θύματα.



Διάγραμμα 8-17. Ετήσια κατανομή καταγγελλθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα, με βάση τη μορφή σχέσης του θύματος και του δράστη.

Όπως φαίνεται στο ανωτέρω διάγραμμα, στην υπό μελέτη πενταετία, όσον αφορά σε περιστατικά βίας, τα οποία δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν. 3500/2006, παρατηρείται ανοδική τάση των καταγγελιών μεταξύ γνωστών ατόμων και πτωτική τάση στα περιστατικά στα οποία τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες. Μάλιστα, κατά το έτος

2015 σημειώθηκε η μεγαλύτερη τιμή (180 περιστατικά) καταγγελιών για βίαια περιστατικά μεταξύ γνωστών ατόμων, με τα περιστατικά βίας μεταξύ αγνώστων ατόμων να είναι 153.

	2012	2013	2014	2015	2016	Σύνολο	Μέση τιμή
Περιστατικά μεταξύ αγνώστων ατόμων	220	164	179	153	150	866	173,2
	60.44%	55.59%	52.80%	45.95%	49.67%	53.03%	
Περιστατικά μεταξύ γνωστών ατόμων	144	131	160	180	152	767	153,4
	39.56%	44.41%	47.20%	54.05%	50.33%	46.97%	
Σύνολο	364	295	339	333	302	1633	326,6

Πίνακας 8-6. Κατανομή καταγγεληθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.2.2.1. Φύλο θυμάτων και δραστών

Η πλειονότητα των θυμάτων (1.122 άτομα, 68.71%) ήταν άρρενα άτομα, με τα θήλεα άτομα να αντιπροσωπεύουν το 31.29% των ατόμων που εξετάστηκαν για περιστατικά βίας στην κοινότητα (511 περιστατικά). Στην πλειονότητα των καταγγεληθέντων περιστατικών (1.292 περιστατικά, 79.12%), ο δράστης ήταν άρρεν άτομο.

	Θύμα (%)	Δράστης (%)
♂	1122 (68.71)	1292 (79.12)
♀	511 (31.29)	116 (7.10)
♂+♀	-	65 (3.98)
Άγνωστο	-	160 (9.80)
Σύνολο	1.633	1.633

Πίνακας 8-7. Φύλο εμπλεκομένων σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

Όπως φαίνεται στον ανωτέρω πίνακα, η εμπλοκή των θηλέων ατόμων σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα, αφορά κυρίως στη θυματοποίησή τους, καθώς ως δράστες, είτε κατά μόνας είτε από κοινού με κάποιο άρρεν άτομο, αντιπροσωπεύει μόλις το 11.08% των περιστατικών, σε σύγκριση με το 31.29% των περιστατικών, στα οποία το θύμα ήταν θήλυ άτομο.

8.2.2.2. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων

Σε 930 περιστατικά (56.95%) τόσο το θύμα όσο και ο δράστης ήταν άρρενα άτομα, ενώ μόλις σε 80 περιστατικά (4.90%) το θύμα και δράστης ήταν θήλεα άτομα. Μάλιστα, όπως φαίνεται στους Πίνακες 8-8 και 8-9, όταν οι δράστες ήταν άτομα και των δύο φύλων, το θύμα ήταν συχνότερα άρρεν άτομο (2.20%) παρά θήλυ (1.78%), γεγονός το οποίο πιθανότατα υποδηλώνει ότι η εμπλοκή των θηλέων ατόμων ως δράστες κατά αρρένων

θυμάτων, σε περιστατικά διαπρωσωπικής βίας στην κοινότητα, υποστηρίζεται από τα αρρενα άτομα που συμπράττουν μαζί τους ως δράστες.

		%(Συνόλου)	%(Αρρένων)
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♂	930	56.95%	82.89%
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♀	36	2.20%	3.21%
Θύμα: ♂ - Δράστες: ♂+♀	36	2.20%	3.21%
Θύμα: ♂ - Δράστης Άγνωστο	120	7.35%	10.69%
Σύνολο	1.122	1.633	1.122

Πίνακας 8-8. Συσχέτιση φύλου εμπλεκόμενων, όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο.

		%(Συνόλου)	%(Θηλέων)
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♂	362	22.17%	70.84%
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♀	80	4.90%	15.66%
Θύμα: ♀ - Δράστες: ♂+♀	29	1.78%	5.67%
Θύμα: ♀ - Δράστης: Άγνωστο	40	2.45%	7.83%
Σύνολο	511	1.63%	511

Πίνακας 8-9. Συσχέτιση φύλου εμπλεκόμενων, όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο.

8.2.3. Ηλικία εμπλεκόμενων

8.2.3.1. Ηλικία εμπλεκόμενων

Η ηλικιακή κατανομή των θυμάτων, με βάση το φύλο, φαίνεται στον Πίνακα 8-10. Τα ανήλικα θύματα ήταν συνολικά 138 (85 αγόρια και 53 κορίτσια). Η μέση ηλικία των θυμάτων 41,25 έτη, με τα θήλεα άτομα να είναι κατά δύο χρόνια μεγαλύτερα της μέσης ηλικίας (43,48 έτη) και τα αρρενα άτομα κατά ένα χρόνο μικρότερα αυτής (40,23 έτη). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8-10, ο κίνδυνος το θύμα να ήταν κορίτσι ηλικίας έως 9 ετών και γυναίκα ηλικίας άνω των 70 ετών, ήταν διπλάσιος, σε σύγκριση με τα αγόρια και τους άνδρες αυτών των ηλικιών. Σε 729 περιστατικά (44.64%) η ηλικία των δραστών ήταν άγνωστη. Η ηλικιακή κατανομή των δραστών στα υπόλοιπα 904 περιστατικά (55.36%) φαίνεται στον Πίνακα 8-11.

Ηλικία (σε έτη)	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
≤9	9 (0.80)	9 (1.77)	18 (1.10)
10-19	113 (10.07)	58 (11.35)	171 (10.47)
20-29	229 (20.41)	69 (13.50)	298 (18.25)
30-39	233 (20.77)	97 (18.98)	330 (20.21)
40-49	201 (17.91)	81 (15.85)	282 (17.27)
50-59	162 (14.44)	73 (14.29)	235 (14.39)
60-69	120 (10.70)	69 (13.50)	189 (11.57)
≥70	55 (4.90)	55 (10.76)	110 (6.74)
Σύνολο	1.122	511	1.633

Πίνακας 8-10. Ηλικία θυμάτων, με βάση το φύλο.

Ηλικία (σε έτη)	Σύνολο (%)
≤9	2 (0.12)
10-19	80 (4.90)
20-29	205 (12.55)
30-39	212 (12.98)
40-49	203 (12.43)
50-59	150 (9.19)
60-69	84 (5.14)
≥70	36 (2.20)
Άγνωστη	729 (44.64)
Σύνολο	1.633

Πίνακας 8-11. Ηλικία δραστήων (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην ποσοστιαία αναλογία επί του συνόλου των περιστατικών και όχι επί του συνόλου των δραστήων, καθώς σε πολλά περιστατικά ήταν άγνωστος ο συνολικός αριθμός των δραστήων ή/και το φύλο αυτών).

8.2.3.2. Συσχέτιση ηλικίας εμπλεκόμενων

Λόγω του γεγονότος ότι σε 729 περιστατικά η ηλικία των δραστήων ήταν άγνωστη, η εξαγωγή συμπεράσματος, όσον αφορά στη συσχέτιση των εμπλεκόμενων με βάση την ηλικία τους, θεωρείται αρκετά επισφαλής. Στα περιστατικά όπου αυτή ήταν γνωστή, φαίνεται ότι για τις ηλικίες 10-39 έτη και 50-59 έτη, οι εμπλεκόμενοι ήταν συνομήλικοι.

Ηλικία θύματος	Ηλικία δράστη									Σύνολο
	≤9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70	Άγνωστο	
≤9	2	-	-	3	2	1	2	-	8	18
10-19	-	45	29	10	17	4	2	2	66	171
20-29	-	19	60	42	20	20	5	2	147	298
30-39	-	4	44	51	50	27	16	8	151	330
40-49	-	7	30	40	43	25	21	8	118	282
50-59	-	3	23	32	35	34	12	5	101	235
60-69	-	2	13	24	25	25	15	9	81	189
≥70	-	-	7	11	11	13	12	2	56	109
Σύνολο	2	70	206	212	203	152	85	36	729	1.633

Πίνακας 8-12. Συσχέτιση ηλικίας εμπλεκόμενων.

8.2.4. Εθνικότητα εμπλεκόμενων

8.2.4.1. Εθνικότητα θυμάτων

Σε 1.401 περιστατικά (85.79%) τα θύματα ήταν Έλληνες (966 άρρενα άτομα και 435 θήλεα). Οι δύο συχνότερες χώρες προέλευσης των αλλοδαπών θυμάτων ήταν η Αλβανία (68 άρρενα άτομα και 25 θήλεα άτομα) και το Πακιστάν (42 άρρενα άτομα και κανένα θήλυ άτομο). Αξιοσημείωτο θεωρείται το γεγονός ότι τα θύματα υπηκόων Ασιατικών

χωρών και χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν κυρίως άρρενα άτομα, ενώ για τις χώρες εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν κυρίως θήλεα άτομα.

Ήπειρος	♂	♀	Σύνολο
Ευρώπη (εκτός Ε.Ε.)	75	36	111
Ασία	69	8	77
Ευρώπη (εντός Ε.Ε.)	9	23	32
Αφρική	6	0	6
Αμερική	2	3	5
Ωκεανία	0	1	1
Σύνολο	161	71	232

Πίνακας 8-13. Ήπειροι προέλευσης των αλλοδαπών θυμάτων διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα (Χώρες εκτός Ε.Ε.: Αλβανία, Γεωργία, Λευκορωσία, Μολδαβία, Νορβηγία, Ουκρανία, Ρωσία. Χώρες Ασίας: Αρμενία, Αφγανιστάν, Ινδία, Ιράκ, Ιράν, Μπαγκλαντές, Νότιος Κορέα, Πακιστάν, Συρία. Χώρες εντός Ε.Ε.: Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Κύπρος, Μεγάλη Βρετανία, Πολωνία, Ρουμανία, Σουηδία, Τσεχία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος, Λιβύη, Μαρόκο. Χώρες Αμερικής: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Καναδάς, Κολομβία. Χώρες Ωκεανίας: Αυστραλία.)

8.2.4.2. Εθνικότητα δραστών

Σε 635 περιστατικά (38.89%) η εθνικότητα των δραστών ήταν άγνωστη. Σε τουλάχιστον 162 περιστατικά (9.92%) επρόκειτο για αλλοδαπούς και σε 869 περιστατικά (53.21%) οι δράστες ήταν Έλληνες. Εκ των περιστατικών, στα οποία οι δράστες ήταν Έλληνες, σε 722 οι δράστες ήταν άρρενα άτομα και σε 90 θήλεα άτομα, ενώ σε 55 περιστατικά ήταν άτομα και των δύο φύλων και σε 2 περιστατικά δεν ήταν γνωστό το φύλο.

Ήπειρος	♂	♀	♂+♀	Άγνωστο	Σύνολο
Ευρώπη (εκτός Ε.Ε.)	68	8	3	2	81
Ασία	30	1	1	0	32
Ευρώπη (εντός Ε.Ε.)	7	2	0	0	9
Αφρική	6	0	0	0	6
Αμερική	1	0	0	0	1
Ωκεανία	0	0	0	0	0
Άγνωστο	31	1	0	1	33
Σύνολο	143	12	4	3	162

Πίνακας 8-14. Ήπειροι προέλευσης των αλλοδαπών δραστών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα. (Χώρες εκτός Ε.Ε.: Αλβανία, Γεωργία, Ουκρανία, Ρωσία. Χώρες Ασίας: Αρμενία, Αφγανιστάν, Ινδία, Ιράκ, Ιράν, Κίνα, Μπαγκλαντές, Πακιστάν, Συρία, Φιλιππίνες. Χώρες εντός Ε.Ε.: Πολωνία, Ρουμανία, Τσεχία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος, Ακτή Ελεφαντοστού, Μαρόκο. Χώρες Αμερικής: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.)

8.2.4.3. Συσχέτιση εθνικότητας θυμάτων-δραστών

Σε 861 περιστατικά (52.73%) τόσο το θύμα, όσο και ο δράστης ήταν άτομα της ίδιας καταγωγής, με την πλειονότητα εξ αυτών (817 περιστατικά) να αφορούν σε Έλληνες και τα υπόλοιπα 44 περιστατικά να αφορούν σε αλλοδαπούς ομοεθνείς. Εξ αυτών, τα 22 αφορούσαν σε άτομα αλβανικής καταγωγής, τα 10 σε άτομα πακιστανικής καταγωγής και τα 4 σε άτομα αφγανικής καταγωγής, ενώ από ένα περιστατικό αφορούσε σε ομοεθνή άτομα από την Αίγυπτο, τις Η.Π.Α., την Ινδία, το Μαρόκο, την Πολωνία, τη Συρία, τη Ρουμανία και τις Φιλιππίνες.

Σε 170 περιστατικά (10.41%), το θύμα και ο δράστης ήταν άτομα διαφορετικής καταγωγής. Σε 87 περιστατικά, το θύμα ήταν Έλληνας και ο δράστης αλλοδαπός (στα 46 ο δράστης ήταν άτομο αλβανικής καταγωγής), σε 56 περιστατικά, το θύμα ήταν αλλοδαπός και ο δράστης Έλληνας (στα 23 το θύμα ήταν άτομο αλβανικής καταγωγής) και σε 27 περιστατικά, το θύμα και ο δράστης ήταν αλλοδαποί διαφορετικής εθνικότητας. Εκ των υπολοίπων 602 περιστατικών (36.87%), στα οποία δεν ήταν γνωστή η εθνικότητα του δράστη, στα 498 τα θύματα ήταν Έλληνες και στα 104 ήταν αλλοδαποί.

8.2.4.4. Συσχέτιση εθνικότητας και μορφής σχέσης εμπλεκομένων

		% (Συνόλου)	% (Γνωστών)
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Έλληνας	585	35.82	76.27
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Άγνωστη	53	3.25	6.91
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Αλλοδαπός	42	2.57	5.48
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Έλληνας	37	2.27	4.82
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Αλλοδαπός	36	2.20	4.69
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Άγνωστη	14	0.86	1.83
Σύνολο	767	1.633	767

Πίνακας 8-15. Συσχέτιση εθνικότητας, όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη.

		% (Συνόλου)	% (Άγνωστων)
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Άγνωστη	447	27.37	51.62
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Έλληνας	228	13.96	26.33
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Άγνωστη	88	5.39	10.16
Θύμα: Έλληνας - Δράστης: Αλλοδαπός	53	3.25	6.12
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Αλλοδαπός	31	1.90	3.58
Θύμα: Αλλοδαπός - Δράστης: Έλληνας	19	1.16	2.19
Σύνολο	866	1.633	866

Πίνακας 8-16. Συσχέτιση εθνικότητας, όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη.

Εκ των 767 περιστατικών, στα οποία τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, στα 585 (76.27%) το θύμα και ο δράστης ήταν Έλληνες, ενώ εκ των 866 περιστατικών, στα οποία τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες, στα 228 (26.33%) ήταν και άτομα ελληνικής

καταγωγής. Από τους Πίνακες 8-15 και 8-16, φαίνεται ότι ήταν πιθανότερο, όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν Έλληνες, τότε να γνωρίζονταν κιάλας. Βεβαίως, λόγω του ότι στο 32.76% των περιστατικών δεν ήταν γνωστή η εθνικότητα του δράστη, δεν είναι βέβαιο κατά πόσον αυτό αποτελεί αξιόπιστο αποτέλεσμα. Σε κάθε περίπτωση, όμως, το εύρημα αυτό, πιθανότατα υποδηλώνει ότι η καταγγελία ενός περαστικού διαπροσωπικής βίας είναι πιθανότερη όταν τα θύματα και οι δράστες γνωρίζονται, ως προέκταση των παρεπόμενων δικαστικών διεκδικήσεων.

8.2.5. Οικογενειακή κατάσταση θύματος

	Σύνολο	%(Συνόλου)	%(Αρρένων)
Άγαμος (Ενήλικος)	426	26.09	37.97
Έγγαμος	414	25.35	36.90
Άγαμος (Ανήλικος)	84	5.14	7.49
Διαζευγμένος	57	3.49	5.08
Χήρος	11	0.67	0.98
Σε διάσταση	10	0.61	0.89
Άγνωστο	120	7.35	10.69
Σύνολο	1.122	1.633	1.122

Πίνακας 8-17. Οικογενειακή κατάσταση αρρένων θυμάτων βίας στην κοινότητα.

	Σύνολο	%(Συνόλου)	%(Θηλέων)
Έγγαμη	185	11.33	36.20
Άγαμη (Ενήλικη)	141	8.63	27.59
Διαζευγμένη	57	3.49	11.15
Άγαμη (Ανήλικη)	52	3.18	10.18
Χήρα	34	2.08	6.65
Σε διάσταση	3	0.19	0.59
Άγνωστο	40	2.45	7.83
Σύνολο	511	1.633	511

Πίνακας 8-18. Οικογενειακή κατάσταση θηλέων θυμάτων βίας στην κοινότητα.

8.2.6. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

8.2.6.1. Εργασιακή απασχόληση θύματος

Σε 829 περιστατικά (50.77%), το θύμα εργαζόταν, με το ποσοστό των άνεργων θυμάτων να ανέρχεται στο 15.00%.

	Σύνολο	%(Συνόλου)	%(Αρρένων)
Εργαζόμενος	633	38.76	56.42
Συνταξιούχος	125	7.65	11.14
Άνεργος/Άεργος	118	7.23	10.52
Μαθητής	98	6.00	8.73
Φοιτητής	60	3.67	5.35
Άγνωστο	119	7.29	10.61
Σύνολο	1.122	1.633	1.122

Πίνακας 8-19. Εργασιακή απασχόληση αρρένων θυμάτων βίας στην κοινότητα.

	Σύνολο	%(Συνόλου)	%(Θηλέων)
Εργαζόμενη	196	12.00	38.36
Άνεργη/Άεργη	127	7.78	24.85
Συνταξιούχος	85	5.21	16.63
Μαθήτρια	55	3.37	10.76
Φοιτήτρια	17	1.04	3.33
Άγνωστο	31	1.90	6.07
Σύνολο	511	1.633	511

Πίνακας 8-20. Εργασιακή απασχόληση θηλέων θυμάτων βίας στην κοινότητα.

8.2.6.2. Εργασιακή απασχόληση δράστη

Η εργασιακή απασχόληση του δράστη ήταν άγνωστη σε 1.088 περιστατικά (66.63%). Εκ των υπολοίπων 545 περιστατικών, στα 361 (22.11%) αναφέρθηκε από τα θύματα ότι οι δράστες εργάζονταν.

	♂	♀	♂+♀	Άγνωστο	Σύνολο
Εργαζόμενος	315	32	12	2	361
Άνεργος/Άεργος	68	16	2	1	87
Συνταξιούχος	35	11	6	1	53
Μαθητής	36	0	0	0	36
Φοιτητής	6	0	0	0	6
Άγνωστο	832	55	45	156	1.088
Σύνολο	1.292	116	65	160	1.633

Πίνακας 8-21. Εργασιακή απασχόληση δραστήων διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.6.3. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης θυμάτων-δραστήων

Η συσχέτιση της εργασιακής απασχόλησης των εμπλεκόμενων σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα δεν είναι εφικτή, καθώς στην πλειονότητα των δραστήων (66.63%) και σε ένα αξιόλογο ποσοστό των θυμάτων (9.19%), δεν ήταν γνωστή/καταγεγραμμένη αυτή η παράμετρος.

8.2.7. Νοσήματα θύματος

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Σοβαρό νόσημα	152 (13.55)	62 (12.13)	214 (13.10)
Άλλο νόσημα	103 (9.18)	83 (16.24)	186 (11.39)
Ψυχιατρική νόσος	20 (1.78)	21 (4.11)	41 (8.87)
Κακοήθης νεοπλασματική νόσος	5 (0.45)	12 (2.35)	17 (1.04)
Σύνολο	280 (24.96)	182 (35.62)	462 (28.29)

Πίνακας 8-22. Νοσήματα θυμάτων διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

Στην πλειονότητα των περιστατικών (71.71%, 842 αρρενα και 329 θήλεα άτομα), το θύμα ανέφερε ότι δεν έπασχε από κάποιο νόσημα, ενώ 214 θύματα ανέφεραν ότι έπασχαν από κάποιο σοβαρό νόσημα (πλην κακοήθους νεοπλασματικής νόσου ή ψυχιατρικής νόσου) και 41 ότι ελάμβαναν αγωγή για κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Μεταξύ

των θυμάτων υπήρχαν και τέσσερις εγκυμονούσες (0.78% επί του συνόλου των γυναικών). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-22, τα θήλεα θύματα λάμβαναν συχνότερα φαρμακευτική αγωγή για κάποιο ψυχιατρικό νόσημα και εμφάνιζαν συχνότερα νοσηρότητα από κάποια κακοήγη νεοπλασματική νόσο.

8.2.8. Αριθμός δραστών

Σε 455 περιστατικά (27.86%), το θύμα ανέφερε ότι οι δράστες ήταν περισσότεροι από δύο άτομα και σε 1.056 περιστατικά (64.67%) ότι ήταν μόνον ένας. Σε 122 περιστατικά (7.47%) ο συνολικός αριθμός των δραστών ήταν άγνωστος, καθώς είτε δεν ήταν καταγεγραμμένη αυτή η πληροφορία, είτε κυρίως το θύμα δεν είχε καταφέρει να εξακριβώσει το σύνολο των δραστών.

Αριθμός δραστών	Περιστατικά	Αριθμός δραστών	Περιστατικά
1	1.056 (64.67%)	7	5
2	223 (13.66%)	8	8
3	111 (6.80%)	9	0
4	47 (2.88%)	10	9
5	24 (1.47%)	≥11	18
6	10	Άγνωστο	122 (7.47%)

Πίνακας 8-23. Αριθμός δραστών σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.8.1. Συσχέτιση φύλου εμπλεκόμενων και αριθμού των δραστών

Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν άτομο (64.01% όταν ήταν ένας δράστης, έναντι 77.58% όταν ήταν περισσότεροι του ενός, $p < 0.001$).

8.2.8.2. Συσχέτιση μορφής σχέσης εμπλεκόμενων και αριθμού των δραστών

Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν πιθανότερο το θύμα να μην τους γνώριζε (42.90% ήταν άγνωστοι, όταν ο δράστης ήταν ένας, έναντι 67.25% όταν οι δράστες ήταν περισσότεροι του ενός, $p < 0.001$).

8.2.8.3. Συσχέτιση εθνικότητας θύματος και αριθμού των δραστών

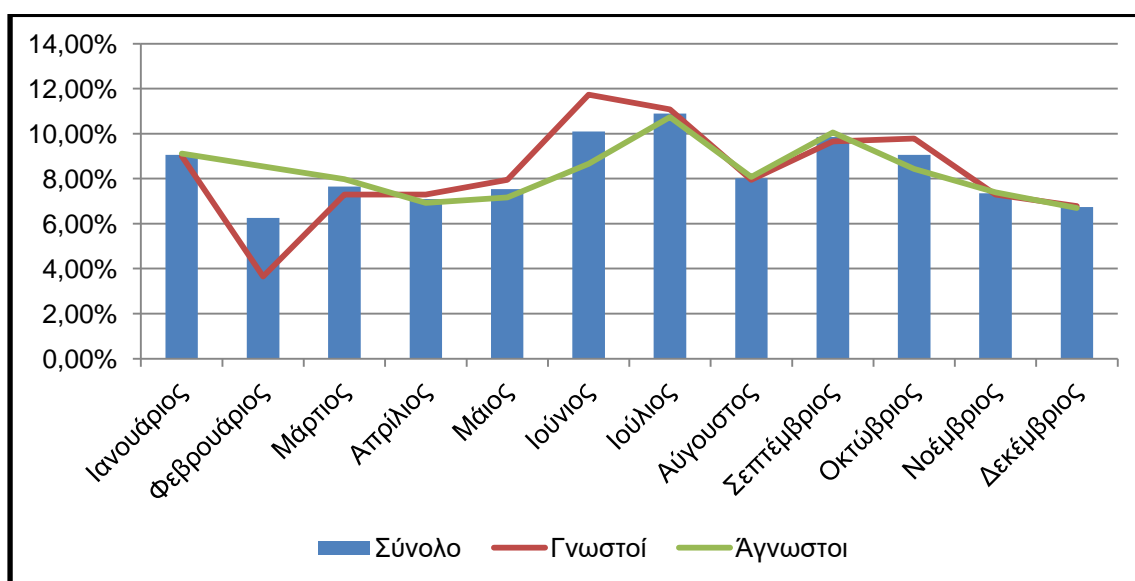
Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν ελαφρώς πιθανότερο το θύμα να ήταν αλλοδαπός (11.93% όταν ήταν ένας δράστης, έναντι 15.17% όταν ήταν περισσότεροι του ενός), χωρίς όμως η διαφοροποίηση αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($p > 0.05$).

8.2.8.4. Συσχέτιση μέσης ηλικίας των θυμάτων και αριθμού των δραστών

Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 40,04 έτη, ενώ όταν ήταν ένας, η μέση ηλικία ήταν 42,36 έτη.

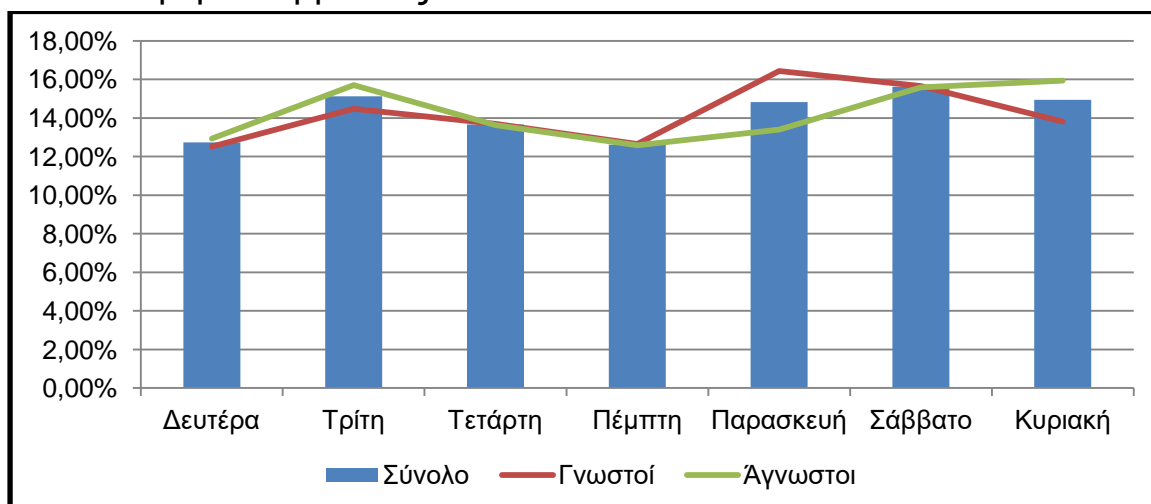
8.2.9. Μήνας συμβάντος

Η μηνιαία κατανομή παρίσταται στο Διάγραμμα 8-18, στο οποίο φαίνεται αύξηση των περιστατικών κατά τους θερινούς και τους δύο πρώτους φθινοπωρινούς μήνες (με εξαίρεση τον Αύγουστο, οπότε και παρατηρείται πτώση των περιστατικών). Επιπροσθέτως, όσον αφορά στις διαφοροποιήσεις με βάση τη μορφή σχέσης, τα περιστατικά μεταξύ αγνώστων υπερτερούν αυτών μεταξύ γνωστών, σε όλους τους μήνες, πλην του Ιουνίου (90 έναντι 75) και του Οκτωβρίου (75 έναντι 73), ενώ για τον μήνα Φεβρουάριο παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ αυτών (28 μεταξύ γνωστών έναντι 74 μεταξύ αγνώστων).



Διάγραμμα 8-18. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.10. Ημέρα συμβάντος

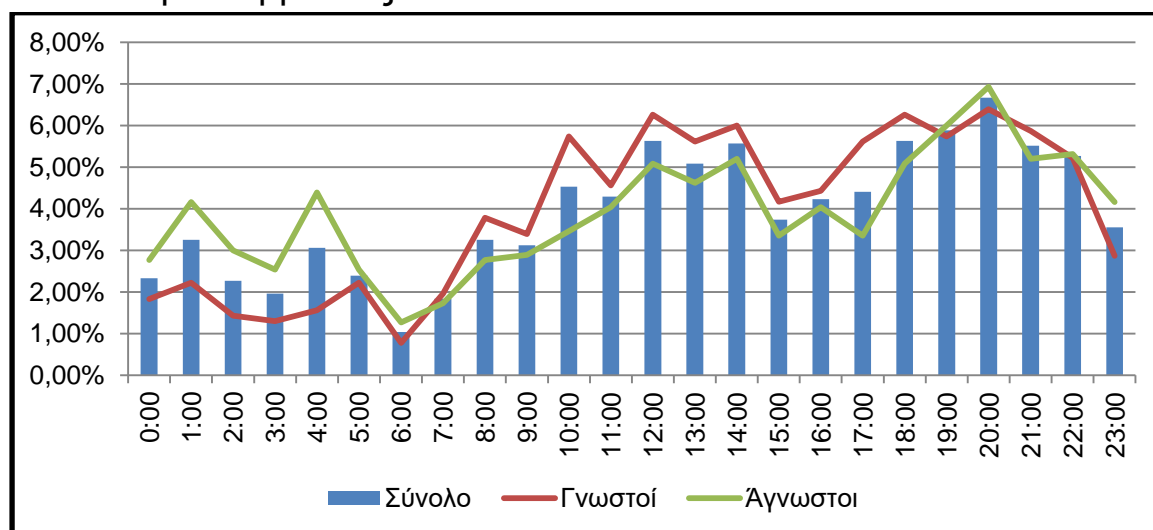


Διάγραμμα 8-19. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8-19, τα περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα μεταξύ αγνώστων υπερτερούν αυτών μεταξύ γνωστών ατόμων όλες τις ημέρες της εβδομάδας, πλην της Παρασκευής, όπου κατεγράφησαν 126 περιστατικά μεταξύ

γνωστών και 116 μεταξύ αγνώστων ατόμων. Το ένα τρίτο των περιστατικών (34.43%) συνέβησαν σε αργίες.

8.2.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-20. Κατανομή των περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα στο 24ωρο.

Η κατανομή στο 24ωρο της ημέρας εμφανίζει δύο περιόδους αύξησης των περιστατικών, με την πρώτη να σημειώνεται μεταξύ 10:00 και 14:59 και τη δεύτερη και μεγαλύτερη μεταξύ 18:00 και 22:59. Επιπροσθέτως, παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς την κατανομή, με βάση τη μορφή της σχέσης, καθώς μεταξύ 19:00 και 06:59 υπερτερούν τα περιστατικά μεταξύ αγνώστων ατόμων, ενώ στο υπόλοιπο 24ωρο καταγράφονται περισσότερα περιστατικά μεταξύ γνωστών ατόμων.

8.2.12. Τόπος συμβάντος

	Σύνολο (%)	Αγνώστοι (%)	Γνωστοί (%)
Δημόσιος χώρος	1.215 (74.40)	720 (83.14)	495 (64.54)
Δημόσιος δρόμος	531 (32.52)	374 (43.19)	157 (20.47)
Δρόμος έξωθεν οικίας θύματος ή δράστη	161 (9.86)	67 (7.74)	94 (12.26)
Χώρος εργασίας θύματος ή δράστη	160 (9.80)	87 (10.05)	73 (9.52)
Χώρος διασκέδασης	60 (3.67)	37 (4.27)	23 (3.00)
Χώρος εκπαίδευσης	41 (2.51)	17 (1.96)	24 (3.13)
Μέσα μαζικής μεταφοράς	31 (1.90)	26 (3.00)	5 (0.65)
Χώρος άθλησης	25 (1.53)	22 (2.54)	3 (0.39)
Άλλος δημόσιος χώρος	206 (12.62)	90 (10.39)	116 (15.13)
Ιδιωτικός χώρος	377 (23.09)	121 (13.97)	256 (33.38)
Οικία θύματος	281 (17.21)	104 (12.01)	177 (23.08)
Οικία δράστη	48 (2.94)	3 (0.35)	45 (5.87)
Άλλη οικία	30 (1.84)	5 (0.58)	25 (3.26)
Άλλος ιδιωτικός χώρος	18 (1.10)	9 (1.04)	9 (1.17)
Αγνώστος τόπος	41 (2.51)	25 (2.89)	16 (2.08)
Σύνολο	1.633	866	767

Πίνακας 8-24. Τόπος τέλεσης συμβάντος σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.12.1. Συσχέτιση του τόπου τέλεσης με τη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-24, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τόπο τέλεσης του βίαιου συμβάντος, με βάση τη μορφή των εμπλεκομένων και μάλιστα οι διαφορές αυτές είναι στατιστικώς σημαντικές ($p < 0.001$). Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα περιστατικά όταν ήταν γνωστοί είχαν λάβει σε ιδιωτικό χώρο (256 περιστατικά, 67.90%), με την οικία του θύματος να αποτελεί τον πρώτο σε συχνότητα χώρο (177 περιστατικά), εν αντιθέσει με τα περιστατικά που ήταν άγνωστοι, τα οποία είχαν λάβει χώρα σε κάποιο δημόσιο χώρο (745 περιστατικά, 59.32%), με τους δημόσιους δρόμους να αποτελούν τον πρώτο σε συχνότητα χώρο (374 περιστατικά).

8.2.12.2. Συσχέτιση του τόπου τέλεσης με το φύλο των εμπλεκομένων

Όταν το συμβάν είχε λάβει σε ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν θήλυ άτομο (53.05% έναντι 24.76% σε δημόσιο χώρο), σε αντίθεση με τα περιστατικά που είχαν λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο, στα οποία ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν άτομο (75.24% έναντι 46.95% σε ιδιωτικό χώρο) ($p < 0.001$).

	Σύνολο (%)	Δημόσιος χώρος (%)	Ιδιωτικός χώρος (%)
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♂	923 (57.98)	790 (65.02)	133 (35.28)
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♂	340 (21.36)	211 (17.37)	129 (34.22)
Θύμα: ♀ - Δράστης: ♀	80 (5.03)	48 (3.95)	32 (8.49)
Θύμα: ♂ - Δράστης: ♀	36 (2.26)	26 (2.14)	10 (2.65)
Θύμα: ♂ - Δράστες: ♂+♀	36 (2.26)	19 (1.56)	17 (4.51)
Θύμα: ♀ - Δράστες: ♂+♀	29 (1.82)	13 (1.07)	16 (4.24)
Σύνολο	1.592	1.215	377

Πίνακας 8-25. Συσχέτιση φύλου θύματος και δράστη με τον τόπο τέλεσης συμβάντος σε περιστατικά διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

Όταν το περιστατικό είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο, συχνότερα αφορούσε συμβάν μεταξύ αρρένων (65.02%). Επίσης, όταν οι δράστες ήταν άτομα και των δύο φύλων και το θύμα ήταν άρρεν άτομο, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό παρά σε δημόσιο χώρο, καθώς και πιθανότερο το περιστατικό να είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο, όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο και οι δράστες άτομα και των δύο φύλων ($p < 0.001$).

8.2.12.3. Συσχέτιση του τόπου τέλεσης με τον αριθμό των δραστήων

Όταν ο δράστης ήταν μόνον ένας, ήταν ελαφρώς πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο (70.67% έναντι 65.42% σε ιδιωτικό χώρο), ενώ όταν οι δράστες ήταν δύο ή περισσότερα άτομα, ήταν ελαφρώς πιθανότερο το περιστατικό να είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο (34.58% έναντι 29.33% σε δημόσιο χώρο), χωρίς όμως οι διαφοροποιήσεις αυτές να είναι στατιστικώς σημαντικές ($p > 0.05$).

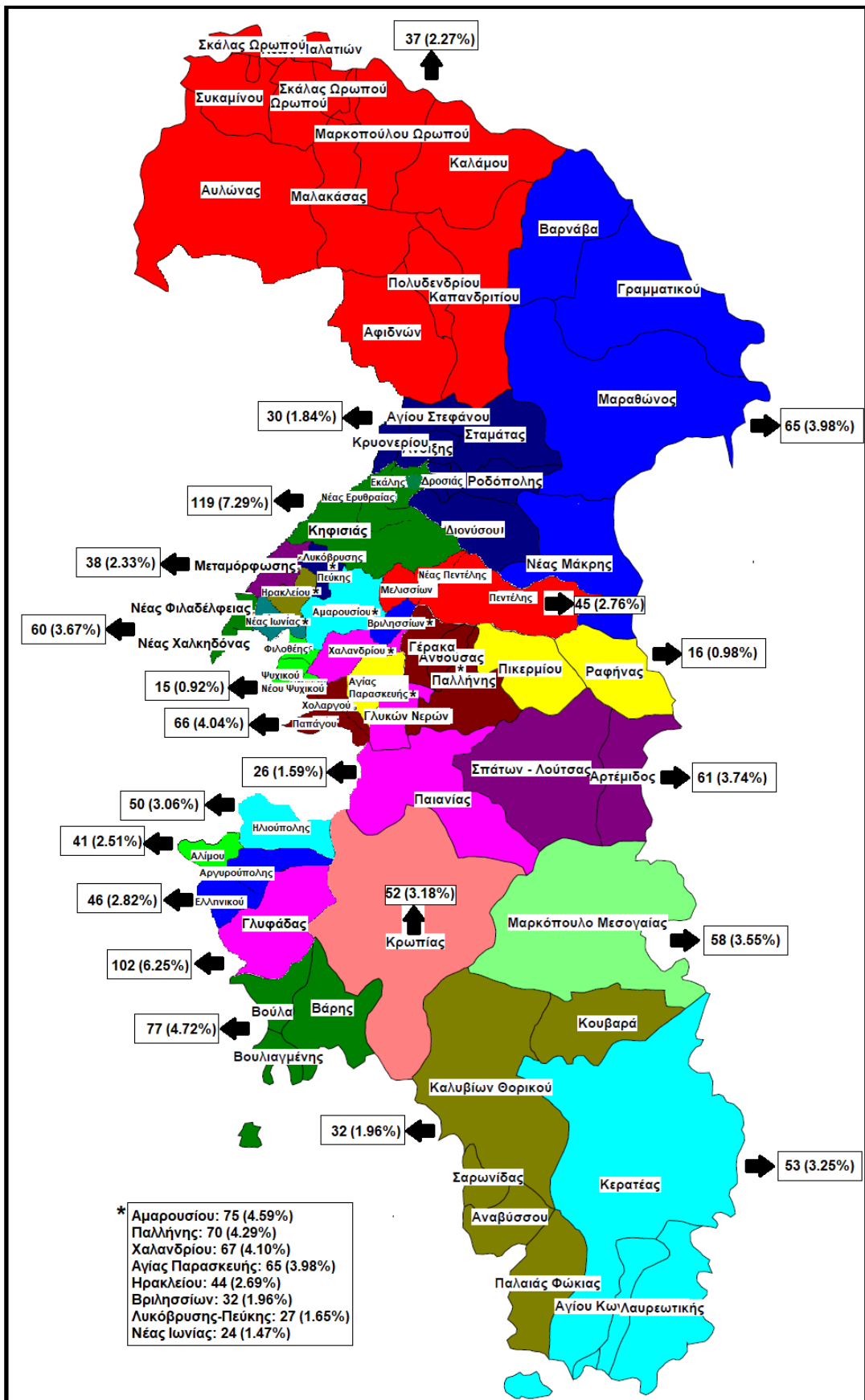
8.2.13. Γεωγραφική κατανομή περιστατικών

Η κατανομή των 1.474 περιστατικών που έλαβαν χώρα σε περιοχές αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής φαίνεται στην Εικόνα 8-1. Οι πρώτες σε συχνότητα περιοχές ήταν ο Δήμος Κηφισιάς (119 περιστατικά), ο Δήμος Γλυφάδας (102 περιστατικά), ο Δήμος Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης (77 περιστατικά), ο Δήμος Αμαρουσίου (75 περιστατικά) και ο Δήμος Παλλήνης (70 περιστατικά). Οι καταγγελίες από περιοχές αρμοδιότητας της Αστυνομικής Διεύθυνσης Ευβοίας ήταν 52, ενώ 71 περιστατικά έλαβαν χώρα στον υπόλοιπο Νομό Αττικής, 20 περιστατικά εκτός Νομού Αττικής και 2 περιστατικά εκτός Ελλάδος. Σε 14 περιστατικά δεν ήταν γνωστή η ακριβής τοποθεσία.

8.2.13.1. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους

Δήμος	Πληθυσμός*	Καταγγεθέντα περιστατικά	Καταγγελίες/ 1.000 κατοίκους
Μαρκοπούλου Μεσόγαιας	20.040	58	2,89
Λαυρεωτικής	25.102	53	2,11
Μαραθώνα	33.423	65	1,95
Σπάτων-Αρτέμιδος	33.821	61	1,80
Κρωπίας	30.307	52	1,72
Κηφισιάς	70.600	119	1,69
Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνος	35.556	60	1,69
Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης	48.399	77	1,59
Παπάγου-Χολαργού	44.539	66	1,48
Παλλήνης	54.415	70	1,29
Πεντέλης	34.934	45	1,29
Μεταμόρφωσης	29.891	38	1,27
Γλυφάδας	87.305	102	1,17
Ωρωπού	33.769	37	1,10
Σαρωνικού	29.002	32	1,10
Αγίας Παρασκευής	59.704	65	1,09
Αμαρουσίου	72.333	75	1,04
Βριλησίων	30.741	32	1,04
Αλίμου	41.720	41	0,98
Παιανίας	26.668	26	0,98
Χαλανδρίου	74.192	67	0,90
Ελληνικού-Αργυρούπολης	51.356	46	0,90
Ηρακλείου	49.642	44	0,89
Λυκόβρυσης-Πεύκης	31.002	27	0,87
Ραφήνας-Πικερμίου	20.266	16	0,79
Διονύσου	40.193	30	0,75
Ηλιούπολης	78.153	50	0,64
Φιλοθέης-Ψυχικού	26.968	15	0,56
Νέας Ιωνίας	67.134	24	0,36
Σύνολο	1.281.175	1.474	1,15

Πίνακας 8-26. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους. (*Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Απογραφή 2011.)

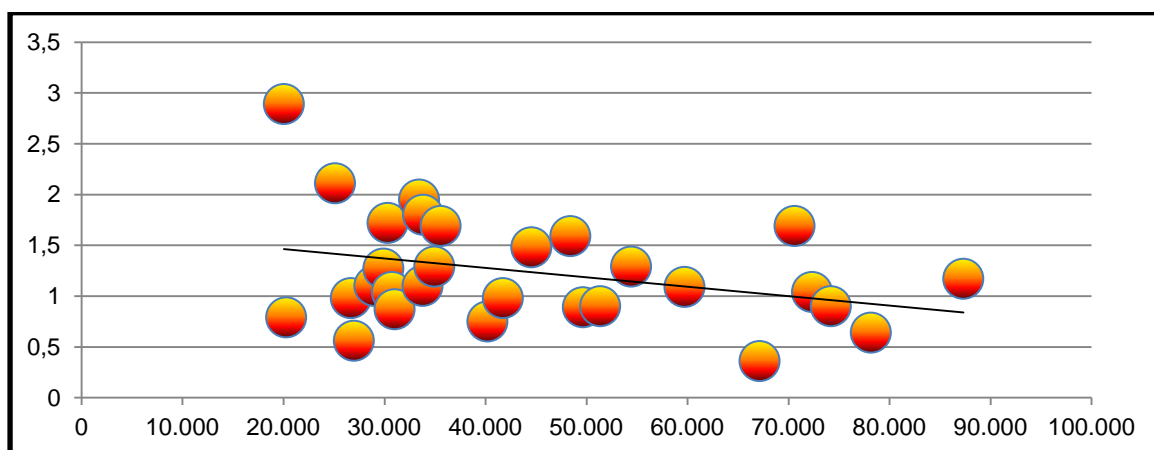


Εικόνα 8-1. Γεωγραφική κατανομή των καταγγελλέντων περιστατικών βίας στην κοινότητα, για τις περιοχές αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής.

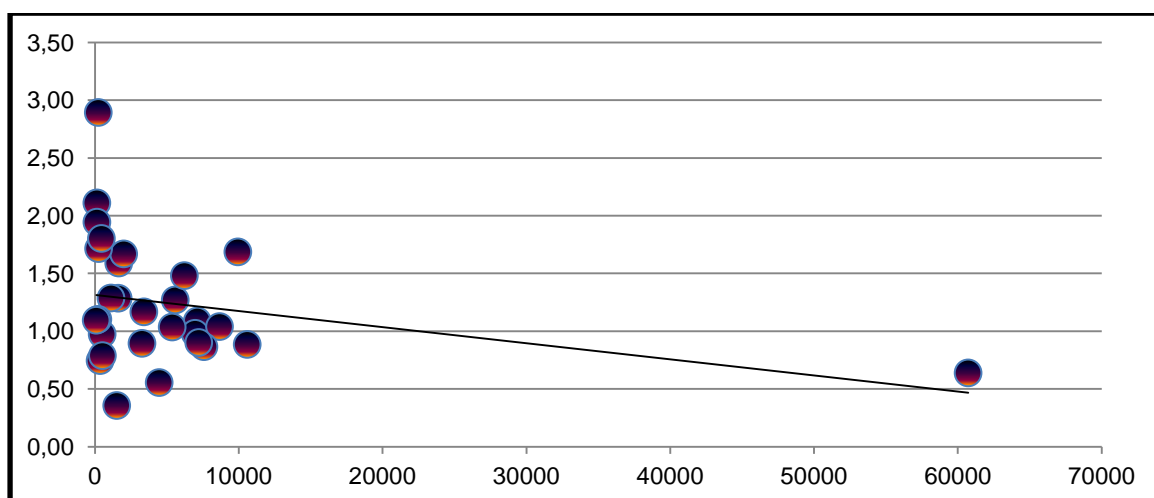
Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-26, στο σύνολο των Δήμων Αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, σημειώθηκαν 1,15 καταγγελίες ανά 1.000 κατοίκους.

Άξιο λόγου είναι το γεγονός οι πέντε δήμοι με τον υψηλότερο αριθμό καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους, έχουν πληθυσμό χαμηλότερο του μέσου πληθυσμού ανά δήμο (29 δήμοι, 44.178 κάτοικοι) και μάλιστα ο πρώτος (Δήμος Μαρκοπούλου Μεσόγαιας) είναι ο δήμος με τον χαμηλότερο πληθυσμό. Επιπροσθέτως, ο δεύτερος σε πληθυσμό (Δήμος Ηλιούπολης), όπως και ο έκτος (Δήμος Νέας Ιωνίας) εμφάνιζαν εξαιρετικά χαμηλό αριθμό καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους, με 0,64 και 0,36 καταγγελίες, αντίστοιχα.

Στο Διάγραμμα 8-21 φαίνεται ότι ο πληθυσμός ενός δήμου και οι καταγγελίες ανά 1.000 κατοίκους είναι μεταβλητές οι οποίες συνδέονται με αντιστρόφως ανάλογη σχέση, δηλαδή, τουλάχιστον όσον αφορά στους δήμους της Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, καθώς όσο αυξάνεται ο πληθυσμός του δήμου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα καταγγελίας ενός περιστατικού βίας στην κοινότητα.



Διάγραμμα 8-21. Συσχέτιση του αριθμού των καταγγεληθέντων περιστατικών βίας στην κοινότητα και του πληθυσμού του δήμου.



Διάγραμμα 8-22. Συσχέτιση του αριθμού των καταγγεληθέντων περιστατικών βίας στην κοινότητα και της πυκνότητας πληθυσμού του δήμου.

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 8-22, το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τη συσχέτιση της πυκνότητας του πληθυσμού και των καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους, τουλάχιστον όσον αφορά στους δήμους της Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, καθώς όσο αυξάνεται η πυκνότητα πληθυσμού του δήμου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα καταγγελίας ενός περιστατικού βίας στην κοινότητα.

8.2.14. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Σε 1.152 περιστατικά (70.55%) ο δράστης φέρεται να είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματος του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα), το οποίο έδρασε σαν θλυν όργανο. Στην πλειονότητα εξ αυτών (975 περιστατικά) χρησιμοποίησε μόνον κάποιο μέρος του σώματος, ενώ σε 177 περιστατικά (10.84%) χρησιμοποίησε και κάποιο θλυν αντικείμενο. Σε 37 περιστατικά (2.27%), ο δράστης είχε μεταξύ άλλων δαγκώσει το θύμα, ενώ σε 102 περιστατικά (6.25%) είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (μαχαίρι, γυαλί, κ.ά.). Στους άλλους μηχανισμούς συμπεριλαμβάνονται κυρίως η σκόπιμη πλήξη με κάποιο κινούμενο όχημα, ο ψεκασμός με κάποιο ερεθιστικό υγρό και η χρήση κάποιας συσκευής πρόκλησης ηλεκτροσόκ (taser). Τα ανωτέρω ευρήματα υποδηλώνουν πιθανότατα την παρορμητικότητα των δραστών στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς ενάντια σε κάποιο άτομο, καθώς στο 61.97% των περιστατικών, ο δράστης χρησιμοποίησε κάποιο μέρος του σώματος του, ιδίως τα χέρια του, χωρίς τη χρήση κάποιου άλλου αντικειμένου.

	Περιστατικά (%)
Μέρος σώματος ως θλυν όργανο	975 (59.71)
Θλυν αντικείμενο	178 (10.90)
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρους σώματος	177 (10.84)
Νύσσον και τέμνον όργανο	102 (6.25)
Βιασμός ή Ασέλγεια	59 (3.61)
Δήγμα	37 (2.27)
Πυροβόλο όπλο	30 (1.84)
Άλλος μηχανισμός πρόκλησης	56 (3.43)
Άγνωστος μηχανισμός πρόκλησης	19 (1.16)
Σύνολο	1.633

Πίνακας 8-27. Αναφερόμενος μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων.

8.2.14.1. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με τη μορφή σχέσης θύματος-δράστη
 Όταν ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει νύσσον και τέμνον όργανο ή πυροβόλο όπλο, ήταν πιθανότερο το θύμα να μην τον γνώριζε, ενώ τα δήγματα ήταν συχνότερα μεταξύ γνωστών ατόμων, χωρίς όμως οι διαφοροποιήσεις αυτές να είναι στατιστικώς σημαντικές ($p > 0.05$).

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο
Μέρος σώματος ως θλων όργανο	479 (49.13)	496 (50.87)	975
Θλων αντικείμενο	80 (44.94)	98 (55.06)	178
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρος σώματος	78 (44.07)	99 (55.93)	177
Νύσσον και τέμνον όργανο	40 (39.21)	62 (60.79)	102
Βιασμός ή Ασέλγεια	28 (47.46)	31 (52.54)	59
Δήγμα	22 (59.46)	15 (40.54)	37
Πυροβόλο όπλο	9 (30.00)	21 (70.00)	30
Σύνολο	736 (47.24)	822 (52.76)	1.558

Πίνακας 8-28. Συσχέτιση μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων με τη μορφή σχέσης θύματος-δράστη. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

8.2.14.2. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του θύματος

Στην πλειονότητα των περιστατικών που αφορούσαν σε βιασμούς ή ασέλγειες (88.14%), το θύμα ήταν θήλυ άτομο. Όταν ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει νύσσον και τέμνον όργανο ή πυροβόλο όπλο, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν άτομο ($p < 0.001$).

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο
Μέρος σώματος ως θλων όργανο	644 (66.05)	331 (33.95)	975
Θλων αντικείμενο	145 (81.46)	33 (18.54)	178
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρος σώματος	146 (82.49)	31 (17.51)	177
Νύσσον και τέμνον όργανο	27 (90.20)	10 (9.80)	102
Βιασμός ή Ασέλγεια	7 (11.86)	52 (88.14)	59
Δήγμα	27 (72.97)	10 (27.03)	37
Πυροβόλο όπλο	27 (90.00)	3 (10.00)	30
Σύνολο	1.023 (65.66)	535 (34.34)	1.558

Πίνακας 8-29. Συσχέτιση μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων με το φύλο του θύματος. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

8.2.14.3. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του δράστη

	♂ (%)	♀ (%)	♂+♀ (%)	Σύνολο
Μέρος σώματος ως θλων όργανο	776 (86.61)	83 (9.26)	37 (4.13)	896
Θλων αντικείμενο	148 (91.36)	5 (3.09)	9 (5.55)	162
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρους σώματος	141 (87.58)	10 (6.21)	10 (6.21)	161
Νύσσον και τέμνον όργανο	80 (96.39)	2 (2.41)	1 (1.20)	83
Βιασμός ή Ασέλγεια	58 (98.31)	0	1 (1.69)	59
Δήγμα	26 (70.27)	9 (24.32)	2 (5.41)	37
Πυροβόλο όπλο	18 (85.71)	0	3 (14.29)	21
Σύνολο	1.247 (87.88)	109 (7.68)	63 (4.44)	1.419

Πίνακας 8-30. Συσχέτιση μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων με το φύλο του δράστη. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο να είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο και κάποιο θλων αντικείμενο, ενώ σε όλες τις καταγγελίες βιασμών ή ασελγειών, πλην μίας, οι δράστες ήταν άρρενα άτομα. Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο να είχε δαγκώσει το θύμα ($p < 0.001$).

8.2.15. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Σε 792 περιστατικά (48.50%) το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, εκ των οποίων 64 θύματα (3.92%) χρειάστηκε να παραμείνουν για ολιγοήμερη νοσηλεία και 51 θύματα (3.12%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση των προκληθεισών κακώσεων. Τα θήλεα θύματα ήταν πιθανότερο να μην είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα (64.58% έναντι 45.54% των αρρένων θυμάτων), εν αντιθέσει με τα άρρενα θύματα, τα οποία ήταν πιθανότερο τόσο να τους είχαν παρασχεθεί οι Α' Βοήθειες, όσο και να έχρηζαν νοσηλείας ή και χειρουργικής επέμβασης. Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, ήταν πιθανότερο να είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (4.27% έναντι 1.83% όταν ήταν γνωστοί).

8.2.16. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε έως την καταγγελία του περιστατικού ήταν 4,56 ημέρες (3,73 ημέρες για τα άρρενα και 6,38 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Ο μέσος χρόνος καταγγελίας ήταν 2,72 ημέρες όταν ήταν άγνωστοι και 6,64 ημέρες όταν ήταν γνωστοί.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο
Καμία ημέρα	592 (52.81)	260 (51.28)	852 (52.34)
Μία ημέρα	290 (25.87)	125 (24.65)	415 (25.49)
Δύο ημέρες	81 (7.23)	38 (7.50)	119 (7.31)
Τρεις έως επτά ημέρες	103 (9.19)	53 (10.45)	156 (9.58)
Πάνω από μία εβδομάδα	55 (4.90)	31 (6.12)	86 (5.28)
Σύνολο	1.121	507	1.628

Πίνακας 8-31. Συσχέτιση των ημερών από το συμβάν έως την καταγγελία με το φύλο του θύματος.

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	395 (51.70)	457 (52.89)	852 (52.34)
Μία ημέρα	200 (26.18)	215 (24.88)	415 (25.49)
Δύο ημέρες	43 (5.63)	76 (8.80)	119 (7.31)
Τρεις έως επτά ημέρες	83 (10.86)	73 (8.45)	156 (9.58)
Πάνω από μία εβδομάδα	43 (5.63)	43 (4.98)	86 (5.28)
Σύνολο	764	864	1.628

Πίνακας 8-32. Συσχέτιση των ημερών από το συμβάν έως την καταγγελία με τη μορφή σχέσης.

8.2.17. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε έως την ιατροδικαστική κλινική εξέταση ήταν 6,45 ημέρες (5,63 ημέρες για τα άρρενα και 8,25 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Ο μέσος χρόνος έως την εξέταση όταν ήταν άγνωστοι ήταν 4,80 ημέρες και 8,31 ημέρες όταν ήταν γνωστοί.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	77 (6.87)	37 (7.30)	114 (7.00)
Μία ημέρα	346 (30.86)	153 (30.18)	499 (30.65)
Δύο ημέρες	270 (24.09)	112 (22.09)	382 (23.46)
Τρεις έως επτά ημέρες	330 (29.44)	152 (29.98)	482 (29.61)
Πάνω από μία εβδομάδα	98 (8.74)	53 (10.45)	151 (9.28)
Σύνολο	1.121	507	1.628

Πίνακας 8-33. Συσχέτιση των ημερών από το συμβάν έως την εξέταση με το φύλο του θύματος.

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	47 (6.15)	67 (7.75)	114 (7.00)
Μία ημέρα	232 (30.37)	267 (30.90)	499 (30.65)
Δύο ημέρες	182 (23.82)	200 (23.15)	382 (23.46)
Τρεις έως επτά ημέρες	229 (29.97)	253 (29.28)	482 (29.61)
Πάνω από μία εβδομάδα	74 (9.69)	77 (8.91)	151 (9.28)
Σύνολο	764	864	1.628

Πίνακας 8-34. Συσχέτιση των ημερών από το συμβάν έως την εξέταση με τη μορφή σχέσης.

8.2.18. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική κλινική εξέταση ήταν 1,89 ημέρες (1,90 ημέρες για τα άρρενα και 1,87 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Ο μέσος χρόνος έως την εξέταση όταν τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες ήταν 2,08 ημέρες, ενώ όταν τους γνώριζαν ήταν 1,68 ημέρες.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	233 (20.79)	120 (23.67)	353 (21.68)
Μία ημέρα	449 (40.05)	210 (41.42)	659 (40.48)
Δύο ημέρες	211 (18.82)	76 (14.99)	287 (17.63)
Τρεις έως επτά ημέρες	202 (18.02)	88 (17.36)	290 (17.81)
Πάνω από μία εβδομάδα	26 (2.32)	13 (2.56)	39 (2.40)
Σύνολο	1.121	507	1.628

Πίνακας 8-35. Συσχέτιση των ημερών από την καταγγελία έως την εξέταση με το φύλο του θύματος.

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	152 (19.90)	201 (23.26)	353 (21.68)
Μία ημέρα	319 (41.75)	340 (39.35)	659 (40.48)
Δύο ημέρες	143 (18.72)	144 (16.67)	287 (17.63)
Τρεις έως επτά ημέρες	134 (17.54)	156 (18.06)	290 (17.81)
Πάνω από μία εβδομάδα	16 (2.09)	23 (2.66)	39 (2.40)
Σύνολο	764	864	1.628

Πίνακας 8-36. Συσχέτιση των ημερών από την καταγγελία έως την εξέταση με τη μορφή σχέσης.

8.2.19. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής των εξεταζομένων από τις δραστηριότητές του ήταν 7,33 ημέρες (8,33 ημέρες για τα αρρένα και 4,87 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος νοσηλείας ήταν 7,31 ημέρες, ενώ όταν ήταν θήλυ άτομο ήταν 4,21 ημέρες. Όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 6,67 ημέρες, ενώ όταν οι δράστες ήταν άγνωστοι στα θύματα ήταν 7,91 ημέρες.

8.2.20. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 169 θυμάτων (10.34%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις και μάλιστα ήταν πιθανότερο να μην είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα θήλεα θύματα (18.00% έναντι 6.86% των αρρένων, $p < 0.001$), καθώς και στους ανηλίκους (26.09% έναντι 8.96% των ενηλίκων, $p < 0.001$). Επίσης, η μη διαπίστωση κακώσεων ήταν πιθανότερη όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο (11.96% έναντι 10.29% όταν ήταν άρρεν και 10.77% όταν άτομα και των δύο φύλων είχαν δράσει από κοινού, $p = 0.015$) και όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο (11.87% έναντι 9.19% όταν είχε συμβεί σε δημόσιο χώρο, $p = 0.004$). Σε 227 θύματα (160 αρρένα και 67 θήλεα) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση και στα υπόλοιπα θύματα (885 αρρένα και 352 θήλεα) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις. Η διαπίστωση πολλαπλών κακώσεων ήταν πιθανότερη στα αρρένα θύματα (78.81% έναντι 68.75% των θηλέων, $p < 0.001$) και στους ενηλίκους (77.54% έναντι 55.07% των ανηλίκων, $p < 0.001$), ενώ η διαπίστωση μίας μόνον κάκωσης ήταν πιθανότερη στα θήλεα θύματα και στους ανηλίκους.

8.2.21. Τύπος κακώσεων

Σε 1.176 περιστατικά (805 αρρένα και 371 θήλεα θύματα) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις. Σε 288 περιστατικά (240 αρρένα και 48 θήλεα θύματα) είχαν διαπιστωθεί προ της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και εσωτερικές κακώσεις. Μάλιστα, ήταν πιθανότερο οι εσωτερικές κακώσεις να είχαν διαπιστωθεί στα αρρένα θύματα (21.39% έναντι 9.39% των θηλέων, $p < 0.001$), καθώς και στα περιστατικά με αρρένες δράστες (18.10% έναντι 7.70% των θηλέων δραστών και 7.70% των περιστατικών με από κοινού δράση ατόμων και των δύο φύλων, $p = 0.015$). Σε 194 θύματα είχαν προκληθεί κατάγματα (14.8% των αρρένων και 5.48% των θηλέων θυμάτων), σε 126 είχαν προκληθεί και άλλες εσωτερικές κακώσεις (9.36% των αρρένων και 4.11% των θηλέων θυμάτων) και σε 35 είχαν προκληθεί τόσο κατάγματα, όσο και άλλες εσωτερικές κακώσεις (2.76% των αρρένων και 0.78% των θηλέων θυμάτων). Η διαπίστωση μόνον εξωτερικών κακώσεων ήταν λιγότερη πιθανή όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο (71.62% έναντι 80.34% όταν ήταν θήλυ και 81.54% όταν ήταν άτομα και

των δύο φύλων, $p=0.015$) και πιθανότερη όταν το θύμα ήταν ενήλικος (73.15% έναντι 58.70% των ανηλίκων, $p<0.001$), ενώ η διαπίστωση τουλάχιστον εσωτερικών κακώσεων ήταν πιθανότερη όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο (19.43% έναντι 13.17% όταν είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο, $p=0.004$), καθώς και όταν το θύμα ήταν ενήλικος (17.83% έναντι 15.22% των ανηλίκων, $p<0.001$).

8.2.22. Αιτία βίαιου περιστατικού

Η συχνότερη αναφερόμενη αιτία διαπροσωπικής βίας ήταν η ληστεία (13.34%), με τη βία μεταξύ γειτόνων ή συγκατοίκων σε πολυκατοικία να ακολουθεί (10.23%) και τη βία μεταξύ συγγενών, για περιστατικά που δεν ενέπιπταν στο Ν 3500/2006 να βρίσκονται στην τρίτη θέση (8.63%) και την οδηγική βία (7.16%) στην τέταρτη θέση. Βεβαίως, σε 318 περιστατικά (19.47%) η αιτία ήταν άγνωστη, δηλαδή είτε δεν είχε καταγραφεί, είτε το θύμα δεν τη δήλωσε, ή δήλωσε ότι δεν τη γνώριζε.

	Περιστατικά (%)
Ληστεία	218 (13.34)
Γείτονες / Συγκατοίκοι σε πολυκατοικία	167 (10.23)
Βία μεταξύ συγγενών (εκτός Ν 3500/2006)	141 (8.63)
Οδηγική βία	117 (7.16)
Οικονομικές διαφορές	105 (6.43)
Βιασμός / Ασέλγεια	83 (5.08)
Επαγγελματικές διαφορές	83 (5.08)
Ζήλεια/Πρώην σύντροφοι (εκτός Ν 3500/2006)	54 (3.31)
Τραυματισμός αστυνομικού εν ώρα υπηρεσίας	47 (2.88)
Βία σχετική με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών	38 (2.33)
Αθλητική βία	23 (1.41)
Υπεράσπιση άλλου προσώπου	16 (0.98)
Σχολικός εκφοβισμός	14 (0.86)
Απαγωγή	13 (0.80)
Άλλες διαπροσωπικές διαφορές	173 (10.60)
Άλλες αιτίες	23 (1.41)
Άγνωστη αιτία	318 (19.47)

Πίνακας 8-37. Αιτίες περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.2.22.1. Συσχέτιση αριθμού δραστών με την αιτία του βίαιου περιστατικού

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-38, εκ των περιστατικών όπου ο αριθμός των δραστών ήταν γνωστός, ήταν πιθανότερο να υπάρχουν δύο ή περισσότεροι δράστες όταν τα περιστατικά αφορούσαν σε απαγωγές, ληστείες και αθλητική βία, καθώς και βία σχετιζόμενη με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, ενώ ήταν πιθανότερο ο δράστης να ήταν μόνον ένας, όταν τα περιστατικά αφορούσαν σε γείτονες, σε συγγενείς και ζητήματα σχετικά με νυν ή πρώην συντρόφους, τα οποία δεν υπάγονταν στο Ν 3500/2006, σε επαγγελματικές και οικονομικές διαφορές, σε οδηγική βία, καθώς και σε

τραυματισμούς αστυνομικών εν ώρα υπηρεσίας και σε καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ($p < 0.001$).

	Αριθμός δραστών		
	1 (%)	≥2 (%)	Σύνολο
Ληστεία	48 (25.00)	144 (75.00)	192
Γείτονες / Συγκάτοικοι σε πολυκατοικία	141 (84.94)	25 (15.06)	166
Βία μεταξύ συγγενών (εκτός N 3500/2006)	114 (80.95)	27 (19.15)	141
Οδηγική βία	97 (84.35)	18 (15.65)	115
Οικονομικές διαφορές	85 (80.95)	20 (19.05)	105
Επαγγελματικές διαφορές	68 (81.93)	15 (18.07)	83
Βιασμός / Ασέλγεια	67 (81.71)	15 (18.29)	82
Ζήλεια/Πρώην σύντροφοι (εκτός N 3500/2006)	52 (96.30)	2 (3.70)	54
Τραυματισμός αστυνομικού εν ώρα υπηρεσίας	39 (92.86)	3 (7.14)	42
Βία σχετική με χρήση ουσιών	22 (59.46)	15 (40.54)	37
Αθλητική βία	10 (55.56)	8 (44.44)	18
Υπεράσπιση άλλου προσώπου	11 (68.75)	5 (31.25)	16
Σχολικός εκφοβισμός	7 (58.33)	5 (41.67)	12
Απαγωγή	2 (20.00)	8 (80.00)	10
Άλλες διαπροσωπικές διαφορές	102 (62.58)	61 (37.42)	163
Σύνολο	865 (69.98)	371 (30.02)	1.236

Πίνακας 8-38. Συσχέτιση αριθμού δραστών με τις αιτίες περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

8.2.22.2. Συσχέτιση φύλου θύματος με την αιτία του βίαιου περιστατικού

	Φύλο θύματος		
	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο
Ληστεία	131 (60.09)	87 (39.91)	218
Γείτονες / Συγκάτοικοι σε πολυκατοικία	97 (58.08)	70 (41.92)	167
Βία μεταξύ συγγενών (εκτός N 3500/2006)	76 (53.90)	65 (46.10)	141
Οδηγική βία	99 (84.62)	18 (15.38)	117
Οικονομικές διαφορές	74 (70.48)	31 (29.52)	105
Επαγγελματικές διαφορές	66 (79.52)	17 (20.48)	83
Βιασμός / Ασέλγεια	9 (10.84)	74 (89.16)	83
Ζήλεια/Πρώην σύντροφοι (εκτός N 3500/2006)	22 (40.74)	32 (59.26)	54
Τραυματισμός αστυνομικού εν ώρα υπηρεσίας	45 (95.74)	2 (4.26)	47
Βία σχετική με χρήση ουσιών	33 (86.84)	5 (13.16)	38
Αθλητική βία	23 (100.00)	0	23
Υπεράσπιση άλλου προσώπου	7 (43.75)	9 (56.25)	16
Σχολικός εκφοβισμός	12 (85.71)	2 (14.29)	14
Απαγωγή	8 (61.54)	5 (38.46)	13
Άλλες διαπροσωπικές διαφορές	128 (73.99)	45 (26.01)	173
Σύνολο	838 (64.86)	454 (35.14)	1.292

Πίνακας 8-39. Συσχέτιση φύλου θύματος με τις αιτίες περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-39, τα θήλεα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν προβεί σε καταγγελία όταν το περιστατικό αφορούσε σε βιασμό ή ασέλγεια, καθώς και σε περιστατικά που αφορούσαν ζητήματα ζήλεια, πρώην συντρόφους και συγγενείς, τα οποία δεν υπάγονταν στο Ν 3500/2006, ενώ αντιθέτως, η αθλητική βία και ο σχολικός εκφοβισμός φαίνεται ότι αφορούσε συχνότερα σε άρρενα άτομα, όπως επίσης η οδηγική βία και η βία σχετική με εξαρτησιογόνες/ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και οι τραυματισμοί αστυνομικών εν ώρα υπηρεσίας ($p < 0.001$).

8.2.22.3. Συσχέτιση φύλου δράστη με την αιτία του βίαιου περιστατικού

	Φύλο δράστη			Σύνολο
	♂ (%)	♀ (%)	♂+♀ (%)	
Ληστεία	171 (96.07)	1 (0.56)	6 (3.37)	178
Γείτονες / Συγκάτοικοι σε πολυκατοικία	127 (76.05)	25 (14.97)	15 (8.98)	167
Βία μεταξύ συγγενών (εκτός Ν 3500/2006)	93 (66.42)	27 (19.29)	20 (14.29)	140
Οδηγική βία	103 (90.35)	8 (7.02)	3 (2.63)	114
Οικονομικές διαφορές	86 (82.69)	11 (10.58)	7 (6.73)	104
Επαγγελματικές διαφορές	78 (96.30)	3 (3.70)	0	81
Βιασμός / Ασέλγεια	79 (97.53)	0	2 (2.47)	81
Ζήλεια/Πρώην σύντροφοι (εκτός Ν 3500/2006)	53 (98.15)	1 (1.85)	0	54
Τραυματισμός αστυνομικού εν ώρα υπηρεσίας	41 (95.35)	2 (4.65)	0	43
Βία σχετική με χρήση ουσιών	35 (100.00)	0	0	35
Αθλητική βία	18 (100.00)	0	0	18
Υπεράσπιση άλλου προσώπου	13 (81.25)	3 (18.75)	0	16
Σχολικός εκφοβισμός	14 (100.00)	0	0	14
Απαγωγή	8 (80.00)	0	2 (20.00)	10
Άλλες διαπροσωπικές διαφορές	140 (86.96)	20 (12.42)	1 (0.62)	161
Σύνολο	1059 (87.09)	101 (8.31)	56 (4.60)	1.216

Πίνακας 8-40. Συσχέτιση φύλου δράστη με τις αιτίες περιστατικών διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία για κάθε αναφερόμενη αιτία του βίαιου περιστατικού.)

Στα 1.216 περιστατικά ήταν γνωστά τόσο η ακριβής αιτία του συμβάντος, όσο και το φύλο του δράστη. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-40, στα περιστατικά που αφορούσαν σε σχολικό εκφοβισμό και σε χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, οι δράστες ήταν αποκλειστικά άρρενα άτομα, ενώ η πιθανότητα να ήταν δράστης θήλυ άτομο, ήταν μεγαλύτερη σε περιστατικά που αφορούσαν σε βία μεταξύ γειτόνων και συγγενών, καθώς και σε περιπτώσεις υπεράσπισης άλλου προσώπου. Στα περιστατικά που αφορούσαν σε ληστείες, οδηγική βία, επαγγελματικές διαφορές, πρώην συντρόφους και τραυματισμούς αστυνομικών εν ώρα υπηρεσίας, οι δράστες ήταν συχνότερα άρρενα άτομα, ενώ στα περιστατικά που αφορούσαν γείτονες και συγγενείς παρατηρήθηκε αυξημένη πιθανότητα εμπλοκής ατόμων και των δύο φύλων ως δράστες. Λόγω του

μικρού αριθμού των περιστατικών σε κάθε κατηγορία, το αποτέλεσμα της στατιστικής ανάλυσης για τις προαναφερθείσες διαφοροποιήσεις δεν θεωρείται αξιόπιστο.

8.2.23. Εντόπιση κακώσεων

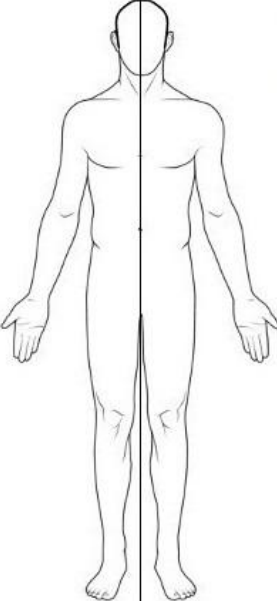
Στα άρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή ($p < 0.001$), τόσο στο πρόσωπο ($p < 0.001$) όσο και στο κρανίο ($p < 0.001$), καθώς και στον τράχηλο ($p = 0.044$) και στην κοιλία ($p = 0.023$). Τα θήλεα άτομα ήταν πιθανότερο να έφεραν κακώσεις στα άνω άκρα ($p = 0.010$), ιδίως στους βραχίονες ($p = 0.001$), καθώς και στους μηρούς ($p = 0.046$) και στα γεννητικά όργανα ($p < 0.001$). (Εικόνα 8-2).

Άνδρες (n=1122)	Γυναίκες (n=511)	Σύνολο (n=1633)
Κεφαλή: 67.29% Πρόσωπο: 61.41% Κρανίο: 19.96% Τράχηλος: 13.73%	Κεφαλή: 40.70% Πρόσωπο: 36.40% Κρανίο: 8.61% Τράχηλος: 10.18%	Κεφαλή: 58.97% Πρόσωπο: 53.58% Κρανίο: 16.41% Τράχηλος: 12.62%
Κορμός: 31.73% Θώρακας: 19.07% Κοιλία: 8.47% Ράχη: 16.31% Γεννητικά όργανα: 0,18%	Κορμός: 32.49% Θώρακας: 18.79% Κοιλία: 5.28% Ράχη: 18.59% Γεννητικά όργανα: 2.74%	Κορμός: 31.97% Θώρακας: 18.98% Κοιλία: 7.47% Ράχη: 17.02% Γεννητικά όργανα: 0.98%
Άνω άκρα: 49.82% Βραχίονες: 27.81% Αντιβράχια: 30.04% Άκρες χείρες: 24.87%	Άνω άκρα: 56.75% Βραχίονες: 36.20% Αντιβράχια: 32.88% Άκρες χείρες: 22.11%	Άνω άκρα: 51.99% Βραχίονες: 30.43% Αντιβράχια: 30.92% Άκρες χείρες: 24.01%
Κάτω άκρα: 29.50% Μηροί: 19.70% Κνήμες: 23.17% Άκροι πόδες: 4.46%	Κάτω άκρα: 31.31% Μηροί: 24.07% Κνήμες: 20.16% Άκροι πόδες: 4.11%	Κάτω άκρα: 30.07% Μηροί: 21.07% Κνήμες: 22.41% Άκροι πόδες: 4.35%

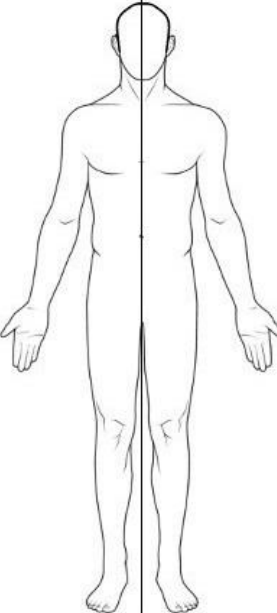
Εικόνα 8-2. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.2.23.1. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με το φύλο του δράστη

Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή ($p = 0.003$), ιδίως στο πρόσωπο ($p = 0.005$). Βεβαίως, οι κακώσεις στο κρανίο ήταν ελαφρώς συχνότερες όταν δράστης ήταν θήλυ άτομο (17.24% έναντι 16.56% όταν ήταν άρρεν άτομο, $p > 0.05$). Οι κακώσεις στα άνω άκρα ($p = 0.003$), τόσο στους βραχίονες ($p = 0.019$) όσο και στα αντιβράχια ($p = 0.003$) ήταν πιθανότερες όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο, ενώ και οι κακώσεις στον τράχηλο ήταν ελαφρώς συχνότερες σε αυτά τα περιστατικά (14.66% έναντι 11.84% όταν ήταν άρρεν άτομο), χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να θεωρείται στατιστικώς σημαντικό ($p > 0.05$).

Δράστης: ♂		
Θύμα: ♂ (n= 930)	Θύμα: ♀ (n= 362)	Σύνολο (n=1292)
<p>Κεφαλή: 68.28% <i>Πρόσωπο: 62.26%</i> <i>Κρανίο: 19.79%</i> Τράχηλος: 12.90%</p> <p>Κορμός: 30.43% <i>Θώρακας: 18.92%</i> <i>Κοιλία: 7.20%</i> <i>Ράχη: 16.02%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.22%</i></p> <p>Άνω άκρα: 48.93% <i>Βραχίονες: 28.28%</i> <i>Αντιβράχια: 28.93%</i> <i>Άκρες χείρες: 23.87%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 28.71% <i>Μηροί: 19.14%</i> <i>Κνήμες: 22.80%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.52%</i></p>		<p>Κεφαλή: 40.60% <i>Πρόσωπο: 36.19%</i> <i>Κρανίο: 8.29%</i> Τράχηλος: 9.12%</p> <p>Κορμός: 34.53% <i>Θώρακας: 18.51%</i> <i>Κοιλία: 4.97%</i> <i>Ράχη: 19.61%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 3.87%</i></p> <p>Άνω άκρα: 53.87% <i>Βραχίονες: 33.98%</i> <i>Αντιβράχια: 31.22%</i> <i>Άκρες χείρες: 22.38%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 32.60% <i>Μηροί: 25.41%</i> <i>Κνήμες: 21.27%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.87%</i></p>
<p>Κεφαλή: 60.53% <i>Πρόσωπο: 54.95%</i> <i>Κρανίο: 16.56%</i> Τράχηλος: 11.84%</p> <p>Κορμός: 31.58% <i>Θώρακας: 18.81%</i> <i>Κοιλία: 6.58%</i> <i>Ράχη: 17.28%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 1.24%</i></p> <p>Άνω άκρα: 50.31% <i>Βραχίονες: 29.88%</i> <i>Αντιβράχια: 29.57%</i> <i>Άκρες χείρες: 23.45%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 29.80% <i>Μηροί: 20.90%</i> <i>Κνήμες: 22.37%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.33%</i></p>		

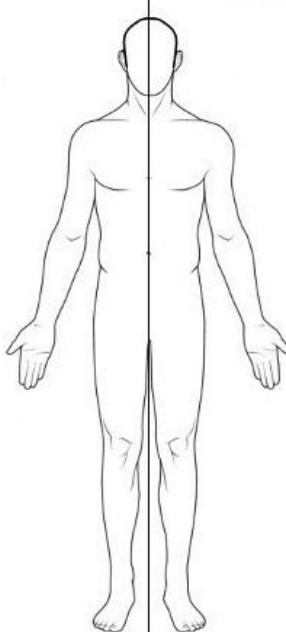
Εικόνα 8-3. Εντόπιση των κακώσεων, όταν δράστης ήταν άνδρας ή αγόρι.

Δράστης: ♀		
Θύμα: ♂ (n=36)	Θύμα: ♀ (n=80)	Σύνολο (n=116)
<p>Κεφαλή: 58.33% <i>Πρόσωπο: 52.78%</i> <i>Κρανίο: 19.44%</i> Τράχηλος: 13.89%</p> <p>Κορμός: 27.78% <i>Θώρακας: 11.11%</i> <i>Κοιλία: 8.33%</i> <i>Ράχη: 13.89%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 61.11% <i>Βραχίονες: 22.22%</i> <i>Αντιβράχια: 41.76%</i> <i>Άκρες χείρες: 33.33%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 27.78% <i>Μηροί: 16.67%</i> <i>Κνήμες: 22.22%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.56%</i></p>		<p>Κεφαλή: 42.50% <i>Πρόσωπο: 35.00%</i> <i>Κρανίο: 16.25%</i> Τράχηλος: 15.00%</p> <p>Κορμός: 27.50% <i>Θώρακας: 20.00%</i> <i>Κοιλία: 2.5%</i> <i>Ράχη: 16.25%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 61.25% <i>Βραχίονες: 37.50%</i> <i>Αντιβράχια: 31.25%</i> <i>Άκρες χείρες: 21.25%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 27.50% <i>Μηροί: 21.25%</i> <i>Κνήμες: 15.00%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.00%</i></p>
<p>Κεφαλή: 47.41% <i>Πρόσωπο: 40.52%</i> <i>Κρανίο: 17.24%</i> Τράχηλος: 14.66%</p> <p>Κορμός: 27.59% <i>Θώρακας: 17.24%</i> <i>Κοιλία: 4.31%</i> <i>Ράχη: 15.52%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 61.21% <i>Βραχίονες: 32.76%</i> <i>Αντιβράχια: 34.48%</i> <i>Άκρες χείρες: 25.00%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 27.59% <i>Μηροί: 19.83%</i> <i>Κνήμες: 17.24%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.17%</i></p>		

Εικόνα 8-4. Εντόπιση των κακώσεων, όταν δράστης ήταν γυναίκα ή κορίτσι.

8.2.23.2. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τη μορφή σχέσης

Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, ήταν πιθανότερο να έφερε κακώσεις στην κεφαλή ($p=0.004$), ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.006$), καθώς και στη ράχη ($p=0.027$) (Εικόνα 8-5).

Μορφή σχέσης		
Γνωστοί (n=767)	Άγνωστοι (n=866)	Σύνολο (n=1633)
<p>Κεφαλή: 55.28%</p> <p>Πρόσωπο: 50.07%</p> <p>Κρανίο: 15.63%</p> <p>Τράχηλος: 14.08%</p> <p>Κορμός: 31.68%</p> <p>Θώρακας: 19.56%</p> <p>Κοιλία: 6.39%</p> <p>Ράχη: 14.86%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 1.30%</p> <p>Άνω άκρα: 53.06%</p> <p>Βραχίονες: 32.73%</p> <p>Αντιβράχια: 32.07%</p> <p>Άκρες χείρες: 22.43%</p> <p>Κάτω άκρα: 31.03%</p> <p>Μηροί: 21.90%</p> <p>Κνήμες: 22.69%</p> <p>Άκροι πόδες: 4.30%</p>	 <p>Κεφαλή: 62.24%</p> <p>Πρόσωπο: 56.70%</p> <p>Κρανίο: 17.09%</p> <p>Τράχηλος: 11.32%</p> <p>Κορμός: 32.22%</p> <p>Θώρακας: 18.48%</p> <p>Κοιλία: 8.43%</p> <p>Ράχη: 18.94%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 0.69%</p> <p>Άνω άκρα: 51.04%</p> <p>Βραχίονες: 28.41%</p> <p>Αντιβράχια: 29.91%</p> <p>Άκρες χείρες: 25.40%</p> <p>Κάτω άκρα: 29.22%</p> <p>Μηροί: 20.32%</p> <p>Κνήμες: 22.17%</p> <p>Άκροι πόδες: 4.39%</p>	<p>Κεφαλή: 58.97%</p> <p>Πρόσωπο: 53.58%</p> <p>Κρανίο: 16.41%</p> <p>Τράχηλος: 12.62%</p> <p>Κορμός: 31.97%</p> <p>Θώρακας: 18.98%</p> <p>Κοιλία: 7.47%</p> <p>Ράχη: 17.02%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 0.98%</p> <p>Άνω άκρα: 51.99%</p> <p>Βραχίονες: 30.43%</p> <p>Αντιβράχια: 30.92%</p> <p>Άκρες χείρες: 24.01%</p> <p>Κάτω άκρα: 30.07%</p> <p>Μηροί: 21.07%</p> <p>Κνήμες: 22.41%</p> <p>Άκροι πόδες: 4.35%</p>

Εικόνα 8-5. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τη μορφή σχέσης.

8.2.23.3. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τον τόπο του συμβάντος

Οι κακώσεις στην κεφαλή ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο (60.82% έναντι 55.14% όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο, $p=0.045$), ενώ οι κακώσεις στα άνω άκρα ήταν πιθανότερες όταν το περιστατικό είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο (57.25% έναντι 50.70% όταν είχε συμβεί σε δημόσιο χώρο, $p=0.010$). Λόγω του μικρού δείγματος, η διαφοροποίηση όσον αφορά στις κακώσεις των γεννητικών οργάνων δεν θεωρείται αξιόπιστη.

8.2.23.4. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την ηλικία του θύματος

Θύμα: ♂		
Ανήλικοι (n=85)	Ενήλικοι (n=1036)	Σύνολο (n=1121)
<p>Κεφαλή: 62.35% <i>Πρόσωπο:</i> 61.18% <i>Κρανίο:</i> 9.41% Τράχηλος: 12.94%</p> <p>Κορμός: 22.35% <i>Θώρακας:</i> 14.12% <i>Κοιλία:</i> 5.88% <i>Ράχη:</i> 14.12%</p> <p>Άνω άκρα: 32.94% <i>Βραχίονες:</i> 15.29% <i>Αντιβράχια:</i> 24.71% <i>Άκρες χείρες:</i> 12.94%</p> <p>Κάτω άκρα: 24.71% <i>Μηροί:</i> 17.65% <i>Κνήμες:</i> 18.82% <i>Άκροι πόδες:</i> 1.18%</p>	<p>Κεφαλή: 67.76% <i>Πρόσωπο:</i> 61.49% <i>Κρανίο:</i> 20.85% Τράχηλος: 13.80%</p> <p>Κορμός: 32.43% <i>Θώρακας:</i> 19.50% <i>Κοιλία:</i> 8.69% <i>Ράχη:</i> 16.41%</p> <p>Άνω άκρα: 51.16% <i>Βραχίονες:</i> 28.86% <i>Αντιβράχια:</i> 30.41% <i>Άκρες χείρες:</i> 25.87%</p> <p>Κάτω άκρα: 29.92% <i>Μηροί:</i> 19.88% <i>Κνήμες:</i> 23.55% <i>Άκροι πόδες:</i> 4.73%</p>	<p>Κεφαλή: 65.93% <i>Πρόσωπο:</i> 59.52% <i>Κρανίο:</i> 20.64% Τράχηλος: 14.41%</p> <p>Κορμός: 32.65% <i>Θώρακας:</i> 19.22% <i>Κοιλία:</i> 8.72% <i>Ράχη:</i> 16.81%</p> <p>Άνω άκρα: 51.69% <i>Βραχίονες:</i> 29.45% <i>Αντιβράχια:</i> 31.14% <i>Άκρες χείρες:</i> 25.18%</p> <p>Κάτω άκρα: 28.83% <i>Μηροί:</i> 18.95% <i>Κνήμες:</i> 22.60% <i>Άκροι πόδες:</i> 4.63%</p>

Εικόνα 8-6. Συσχέτιση της ανατομικής εντόπισης των κακώσεων με την ηλικία των αρρένων θυμάτων.

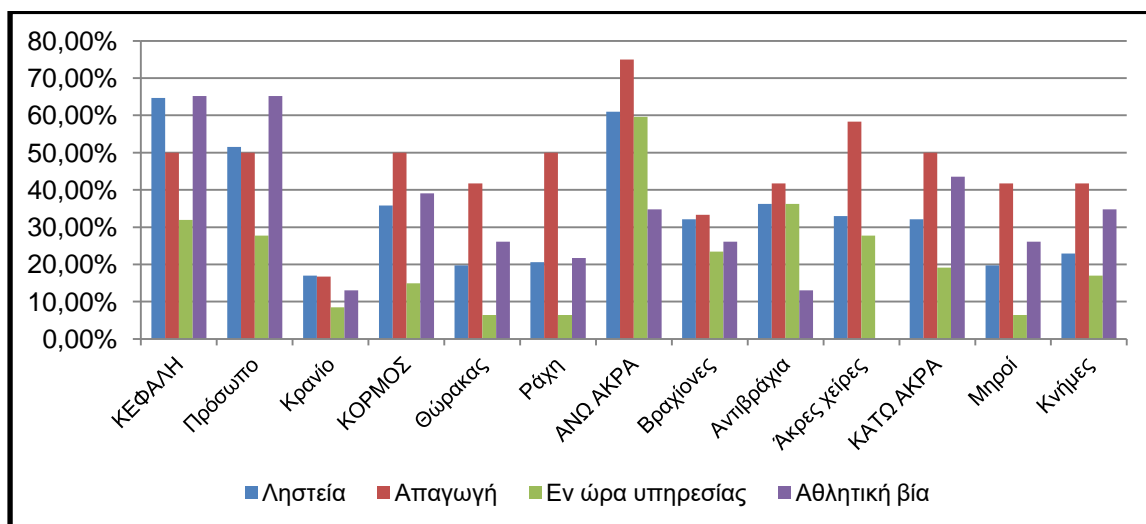
Θύμα: ♀		
Ανήλικοι (n=53)	Ενήλικοι (n=458)	Σύνολο (n=511)
<p>Κεφαλή: 15.09% <i>Πρόσωπο:</i> 15.09% <i>Κρανίο:</i> 1.89% Τράχηλος: 9.43%</p> <p>Κορμός: 28.30% <i>Θώρακας:</i> 9.43% <i>Κοιλία:</i> 1.89% <i>Ράχη:</i> 16.98%</p> <p>Άνω άκρα: 20.75% <i>Βραχίονες:</i> 9.43% <i>Αντιβράχια:</i> 15.09% <i>Άκρες χείρες:</i> 1.89%</p> <p>Κάτω άκρα: 15.09% <i>Μηροί:</i> 15.09% <i>Κνήμες:</i> 7.55% <i>Άκροι πόδες:</i> 0%</p>	<p>Κεφαλή: 43.67% <i>Πρόσωπο:</i> 38.86% <i>Κρανίο:</i> 9.39% Τράχηλος: 10.26%</p> <p>Κορμός: 32.97% <i>Θώρακας:</i> 19.87% <i>Κοιλία:</i> 5.68% <i>Ράχη:</i> 18.78%</p> <p>Άνω άκρα: 60.92% <i>Βραχίονες:</i> 39.30% <i>Αντιβράχια:</i> 34.93% <i>Άκρες χείρες:</i> 24.45%</p> <p>Κάτω άκρα: 33.19% <i>Μηροί:</i> 25.11% <i>Κνήμες:</i> 22.27% <i>Άκροι πόδες:</i> 4.58%</p>	<p>Κεφαλή: 40.70% <i>Πρόσωπο:</i> 36.40% <i>Κρανίο:</i> 8.61% Τράχηλος: 10.18%</p> <p>Κορμός: 32.49% <i>Θώρακας:</i> 18.79% <i>Κοιλία:</i> 5.28% <i>Ράχη:</i> 18.59%</p> <p>Άνω άκρα: 56.75% <i>Βραχίονες:</i> 36.20% <i>Αντιβράχια:</i> 32.88% <i>Άκρες χείρες:</i> 22.11%</p> <p>Κάτω άκρα: 31.31% <i>Μηροί:</i> 24.07% <i>Κνήμες:</i> 20.74% <i>Άκροι πόδες:</i> 4.11%</p>

Εικόνα 8-7. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την ηλικία των θηλέων θυμάτων.

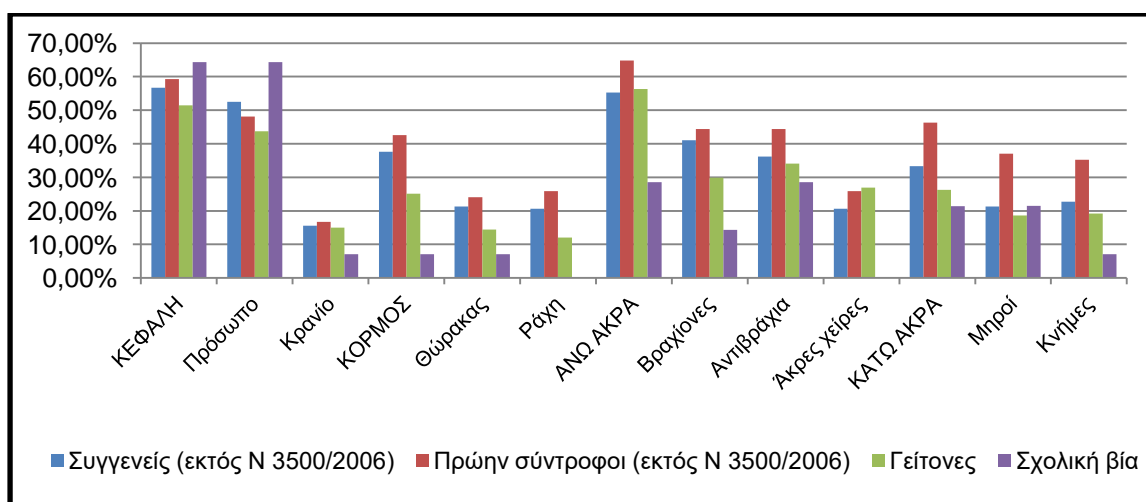
Ανεξαρτήτως φύλου θύματος, τα ενήλικα θύματα ήταν πιθανότερο έναντι των ανηλίκων να φέρουν κακώσεις στην κεφαλή ($p < 0.001$), στον θώρακα ($p = 0.038$), στα άνω άκρα ($p < 0.001$, συμπεριλαμβανομένων και των τριών υποκατηγοριών: βραχίονες $p < 0.001$, αντιβράχια $p = 0.009$ και άκρες χείρες $p < 0.001$), καθώς και στις κνήμες ($p = 0.020$) και στους άκρους πόδες ($p = 0.029$). Η διαφοροποίηση όσον αφορά στα γεννητικά όργανα (7.25% των ανηλίκων και 0.40% των ενηλίκων), αν και στατιστικώς σημαντική, δεν θεωρείται αξιόπιστο αποτέλεσμα.

8.2.23.5. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την αιτία του συμβάντος

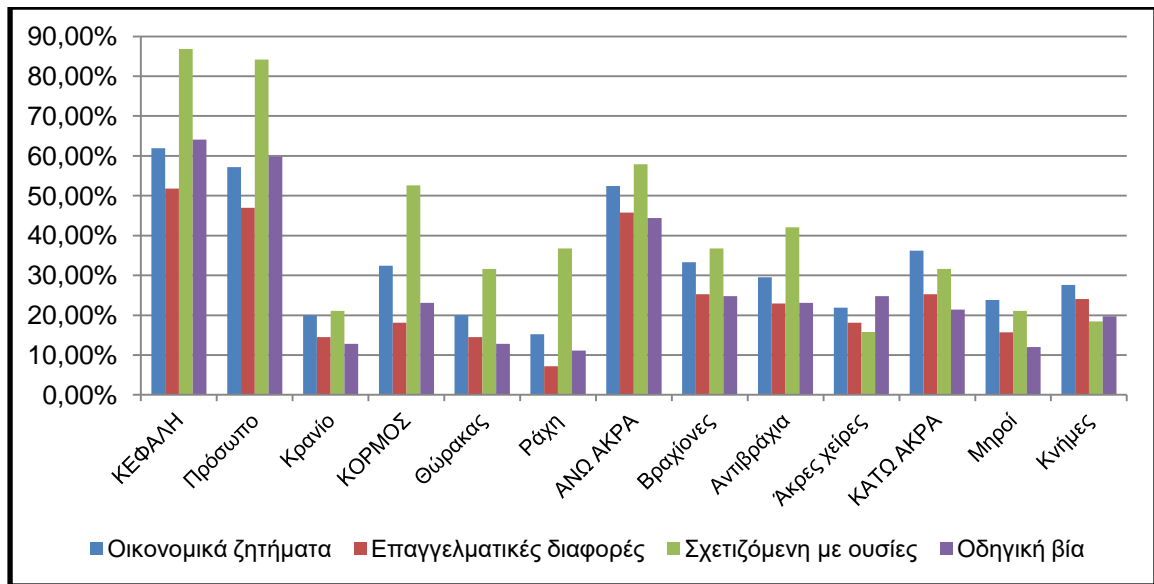
Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώνονται στην ανατομική εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με την αιτία του συμβάντος θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές για την πλειονότητα των ανατομικών περιοχών: κεφαλή ($p < 0.001$), πρόσωπο ($p < 0.001$), κρανίο ($p = 0.003$), κορμός ($p < 0.001$), θώρακας ($p = 0.005$), ράχη ($p < 0.001$), άνω άκρα ($p < 0.001$), βραχίονες ($p < 0.001$), αντιβράχια ($p < 0.001$), άκρες χείρες ($p < 0.001$), κάτω άκρα ($p = 0.002$), μηροί ($p = 0.007$) και κνήμες ($p = 0.002$).



Διάγραμμα 8-23α. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την αιτία του συμβάντος.



Διάγραμμα 8-23β. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την αιτία του συμβάντος.



Διάγραμμα 8-23γ. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την αιτία του συμβάντος.

Στα περιστατικά των καταγγελθεισών απαγωγών, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στα άνω άκρα και ιδίως στις άκρες χείρες (εμφανίζοντας μάλιστα την υψηλότερη συχνότητα, 58.30% και μεγάλη διαφορά με τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία, η οποία ήταν η ληστεία με 33.00%), εύρημα αναμενόμενο, λαμβάνοντας υπόψη την προσπάθεια του δράστη να ακινητοποιήσει το θύμα με δεσμά. Επιπροσθέτως, σε αυτά τα περιστατικά παρατηρήθηκε η υψηλότερη συχνότητα εντόπισης κακώσεων στη ραχιαία επιφάνεια του κορμού (50.00%) με τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία (σχετιζόμενη με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών) να εμφανίζει 36.80% και την τρίτη (πρώην σύντροφοι εκτός Ν 3500/2006) να εμφανίζει 25.90%. Στις τρεις προαναφερθείσες αιτίες φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα είτε ο δράστης να πλήξει το θύμα από πίσω, είτε να το απωθήσει βιαίως, προκαλώντας την πτώση του στο έδαφος και την πρόκληση κακώσεων στην εν λόγω ανατομική περιοχή. Τέλος, άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι στα περιστατικά των απαγωγών διαπιστώθηκαν οι υψηλότερες συχνότητες σχεδόν σε όλες τις ανατομικές περιοχές, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο δράστης ασκεί σωματική βία, ανεξελέγκτως, σε όλο το σώμα του θύματος.

Στις καταγγελίες για ληστείες, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην κεφαλή και ιδίως στο πρόσωπο και δευτερευόντως στα άνω άκρα, χωρίς όμως ουσιαστική διαφοροποίηση στις επιμέρους ανατομικές περιοχές αυτών.

Οι κακώσεις που είχαν προκληθεί σε αστυνομικούς εν ώρα υπηρεσίας εντοπίζονταν κυρίως στα άνω άκρα, υποδηλώνοντας είτε την πρόκληση κακώσεων από τον δράστη στην εν λόγω ανατομική περιοχή, είτε τον τραυματισμό κατά την προσπάθεια σύλληψης. Όσον αφορά στην αθλητική βία, οι κακώσεις εντοπίζονταν κυρίως στην κεφαλή και ιδίως στο πρόσωπο και δευτερευόντως στα κάτω άκρα, γεγονός που αναδεικνύει ότι οι εν λόγω ανατομικές περιοχές αποτελούν τα συχνότερα σημεία πλήξης από τους δράστες,

καθώς και την αυξημένη πιθανότητα βίαιης απώθησης και πρόσκρουσης των κάτω άκρων σε σκληρή και ανένδοτη επιφάνεια.

Στα περιστατικά βίας σχετιζόμενα με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, τα οποία αφορούσαν κυρίως αυξημένη κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην κεφαλή και δευτερευόντως στον κορμό, εμφανίζοντας μάλιστα την υψηλότερη συχνότητα και στις δύο αυτές ανατομικές περιοχές (κεφαλή: 86.80%, κορμός: 52.60%). Μάλιστα, η εντόπιση των κακώσεων στο κρανίο ήταν ιδιαίτερως αυξημένη (21.10%) σε σχέση με τις λοιπές αιτίες.

Στις καταγγελίες βίας μεταξύ συγγενών, οι οποίες δεν υπάγονταν στο Ν 3500/2006, οι κακώσεις εντοπίζονταν κυρίως στην κεφαλή (56.70%) και στα άνω άκρα (55.30%), ενώ σε αυτές που αφορούσαν πρώην συντρόφους εκτός Ν 3500/2006 πρωτίστως στα άνω άκρα (64.80%) και δευτερευόντως στην κεφαλή (59.30%).

8.2.24. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Σε 597 καταγγελίες (36.56%) οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση και τον λοιπό κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο κακώσεις θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν είτε ως επικίνδυνες (349 περιστατικά), είτε ως βαριές σωματικές βλάβες (248 περιστατικά).

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	551 (49.11)	300 (58.71)	851 (52.11)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	280 (24.96)	69 (13.50)	349 (21.37)
Βαριές σωματικές βλάβες	213 (18.98)	35 (6.85)	248 (15.19)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	1 (0.09)	15 (2.94)	16 (9.80)
Σύνολο	1.122	511	1.633

Πίνακας 8-41. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με το φύλο του θύματος.

	♂ (%)	♀ (%)	♂+♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	656 (50.77)	84 (72.41)	44 (67.69)	851 (52.11)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	292 (22.60)	11 (9.48)	10 (15.38)	349 (21.37)
Βαριές σωματικές βλάβες	196 (15.17)	8 (6.90)	4 (6.15)	248 (15.19)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	16 (1.24)	0	0	16 (9.80)
Σύνολο	1.292	116	65	1.633

Πίνακας 8-42. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με το φύλο του δράστη.

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	423 (55.15)	428 (49.42)	851 (52.11)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	142 (18.51)	207 (23.90)	349 (21.37)
Βαριές σωματικές βλάβες	108 (14.08)	140 (16.17)	248 (15.19)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	9 (1.17)	7 (0.81)	16 (9.80)
Σύνολο	767	866	1.633

Πίνακας 8-43. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με τη μορφή σχέσης.

	Δημόσιος (%)	Ιδιωτικός (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	641 (52.76)	198 (52.52)	851 (52.11)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	254 (20.91)	91 (24.14)	349 (21.37)
Βαριές σωματικές βλάβες	206 (16.95)	33 (8.75)	248 (15.19)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	3 (0.25)	7 (1.86)	16 (9.80)
Σύνολο	1.215	377	1.633

Πίνακας 8-44. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με τον τόπο τέλεσης.

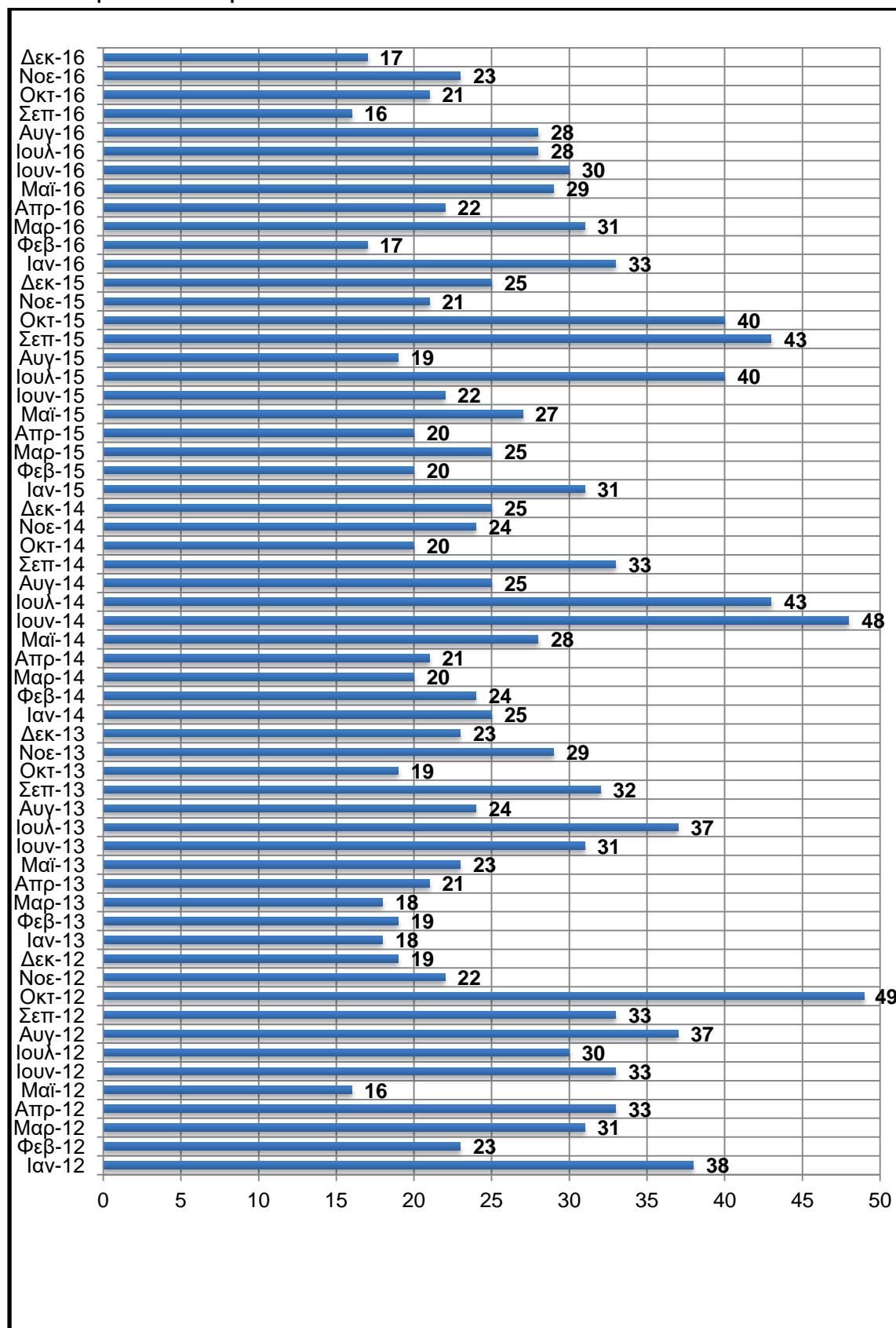
Όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$). Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες και όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$).

Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p = 0.016$).

Εκ των συνολικά 83 καταγγελιών για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, οι 58 (69.88%) αφορούσαν σε βιασμούς κατά θήλεων ατόμων (51 περιστατικά) ή ασέλγειες παρά φύση κατά αρρένων ατόμων (7 περιστατικά). Στα υπόλοιπα 23 περιστατικά, τα οποία αφορούσαν όλα σε θήλεα άτομα, το θύμα ανέφερε ότι δεν διενεργήθηκε διείσδυση του πέους στον κόλπο ή στον πρωκτό, αλλά οι δράστες χρησιμοποίησαν τα χέρια τους (19 περιστατικά, 22.89%) είτε ως θλων όργανο για την πρόκληση κακώσεων, είτε ως θωπιείς, ενώ σε 3 περιστατικά (3.61%) χρησιμοποιήθηκε και κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο, το οποίο προκάλεσε ανάλογα τραύματα.

Όπως φαίνεται στους ανωτέρω πίνακες, σε 16 καταγγελίες για βιασμούς ή ασέλγειες (27.59%) διαπιστώθηκαν κακώσεις στα γεννητικά όργανα, οι οποίες θα μπορούσαν να υποδηλώνουν βίαιη συνουσία. Οι δράστες σε αυτά τα περιστατικά ήταν όλοι άρρενα άτομα, ενώ τα θύματα ήταν 15 θήλεα άτομα και 1 άρρεν. Μάλιστα, ήταν πιθανότερο το θύμα να γνώριζε τον δράστη (1.17% έναντι 0.81% όταν δεν τον γνώριζε, $p = 0.016$).

8.2.25. Κατανομή των καταγγελλθέντων περιστατικών βίας στην κοινότητα κατά την πενταετία 2012-2016

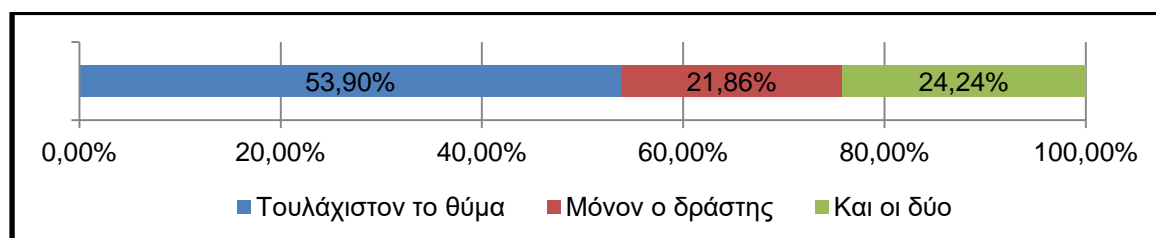


Διάγραμμα 8-24. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα, στην πενταετία 2012-2016. (Μέσος μηνιαίος αριθμός περιστατικών: 27,22)

8.3. Νεανική βία

8.3.1. Συνολικό δείγμα

Εκ των 1.633 ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν την πενταετία 2012-2016 στο Εργαστήριο, οι 590 (36.13%) αφορούσαν σε νεανική βία, δηλαδή περιστατικά βίας στα οποία τουλάχιστον ο ένας εκ των εμπλεκομένων ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών. Από το Διάγραμμα 8-25 φαίνεται ότι τουλάχιστον στο ένα τέταρτο των περιστατικών, τόσο τα θύματα, όσο και οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, καθώς και ότι τουλάχιστον στο ένα πέμπτο των περιστατικών μόνον οι δράστες ήταν ηλικίας 10-29 ετών. Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι εκ των υπολοίπων 318 περιστατικών (53.90%), η ηλικία των δραστών ήταν γνωστή στα 105 περιστατικά (17.80%) και άγνωστη στα 213 (36.10%).

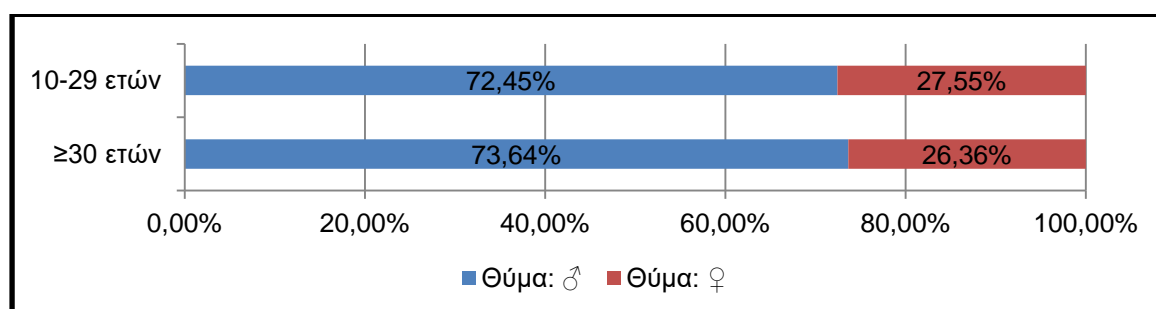


Διάγραμμα 8-25. Ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών νεανικής βίας στην κοινότητα σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των εμπλεκομένων.

8.3.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.3.2.1. Φύλο θύματος

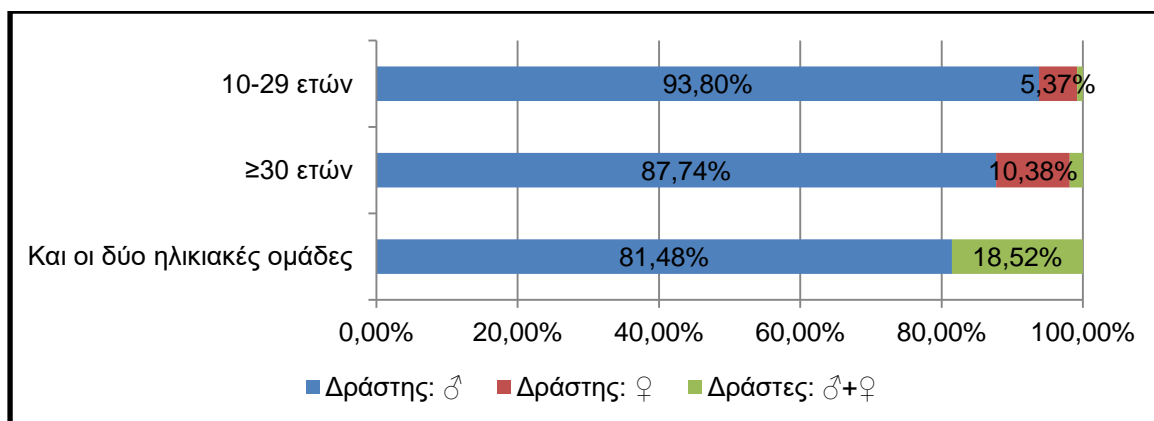
Εκ των 461 περιστατικών στα οποία το θύμα ήταν ηλικίας 10-29 ετών, στα 334 ήταν άρρενα και στα 127 ήταν θήλεα άτομα. Εκ των 129 περιστατικών στα οποία το θύμα ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών, στα 95 ήταν άρρενα και στα 34 ήταν θήλεα άτομα.



Διάγραμμα 8-26. Φύλο θυμάτων σε περιστατικά νεανικής βίας στην κοινότητα, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα.

8.3.2.2. Φύλο δράστη

Στην πλειονότητα των καταγγελλθέντων περιστατικών (484 περιστατικά, 82.04%), ο δράστης ήταν άρρεν άτομο. Σε 28 περιστατικά (4.75%) ο δράστης ήταν θήλυ άτομο και σε 16 περιστατικά (2.71%) οι δράστες ήταν άτομα και των δύο φύλων. Σε 62 περιστατικά (10.51%) το φύλο του δράστη δεν ήταν γνωστό.



Διάγραμμα 8-27. Φύλο δραστών σε περιστατικά νεανικής βίας στην κοινότητα, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα.

8.3.2.3. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων

Σε 354 περιστατικά (60.00%) τόσο το θύμα όσο και ο δράστης ήταν άρρενα άτομα, ενώ μόλις σε 18 περιστατικά (3.05%) το θύμα και δράστης ήταν θήλεα άτομα. Μάλιστα, όπως φαίνεται στους ανωτέρω πίνακες, όταν οι δράστες ήταν άτομα και των δύο φύλων, το θύμα ήταν συχνότερα άρρεν άτομο (2.20%) παρά θήλυ (0.51%).

		%(Συνόλου)	%(Αρρένων)
Θύμα: ♂- Δράστης: ♂	354	60.00	82.52
Θύμα: ♂- Δράστες: ♂+♀	13	2.20	3.03
Θύμα: ♂- Δράστης: ♀	10	1.70	2.33
Θύμα: ♂- Δράστης Άγνωστο	52	8.81	12.12
Σύνολο	429	590	429

Πίνακας 8-45. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων, όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο.

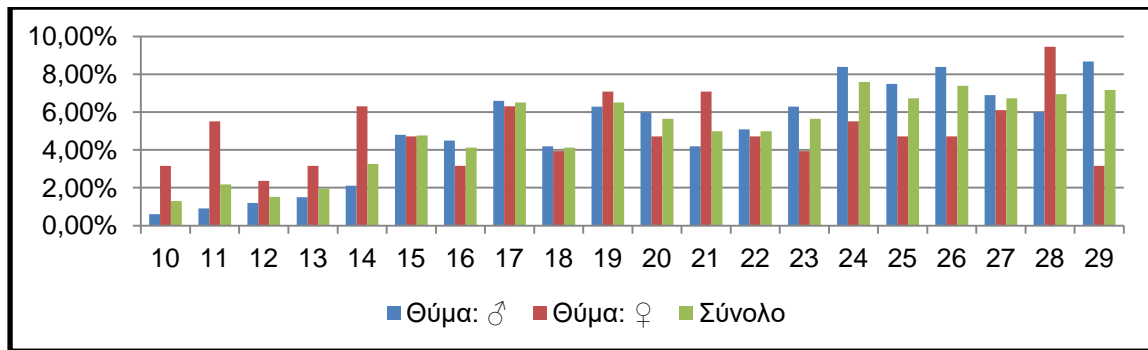
		%(Συνόλου)	%(Θηλέων)
Θύμα: ♀- Δράστης: ♂	130	22.03	80.75
Θύμα: ♀- Δράστης: ♀	18	3.05	11.18
Θύμα: ♀- Δράστες: ♂+♀	3	0.51	1.86
Θύμα: ♀- Δράστης: Άγνωστο	10	1.70	6.21
Σύνολο	161	590	161

Πίνακας 8-46. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων, όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο.

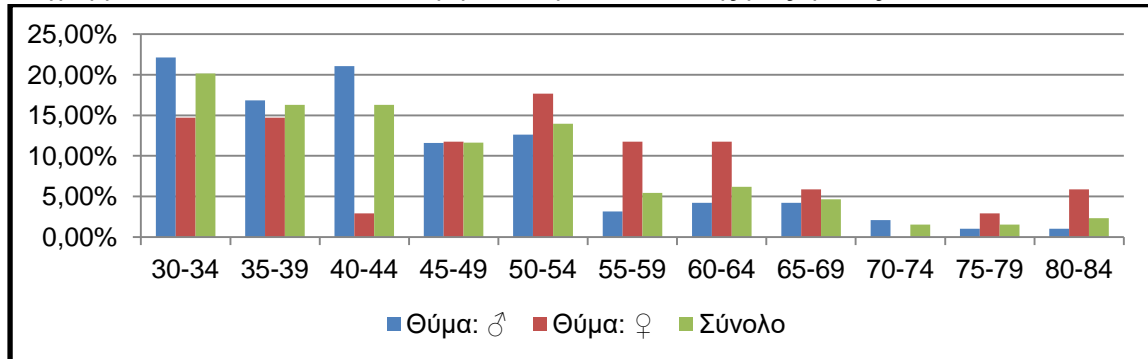
8.3.3. Ηλικία εμπλεκομένων

8.3.3.1. Ηλικία θυμάτων

Η μέση ηλικία των νεαρών θυμάτων ηλικίας 10-29 ετών ήταν 21,55 έτη (22,06 έτη για τα άρρενα και 20,20 έτη για τα θήλεα θύματα). Η μέση ηλικία των υπολοίπων 129 θυμάτων, τα οποία ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών, ήταν 46,05 έτη (44,30 έτη για τα άρρενα και 50,97 για τα θήλεα θύματα). Από τα Διαγράμματα 8-28 και 8-29 φαίνεται ότι η θυματοποίηση των θηλέων ατόμων σε περιστατικά νεανικής βίας ήταν πιθανότερη έως την ηλικία των 14 ετών, καθώς και μετά την ηλικία των 45 ετών, ενώ για τα άρρενα άτομα η θυματοποίησή τους ήταν πιθανότερη μεταξύ 15 και 44 ετών.



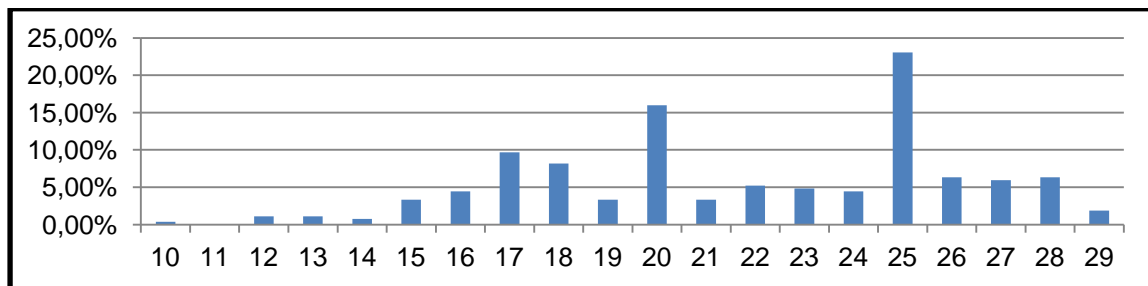
Διάγραμμα 8-28. Ποσοστιαία κατανομή των θυμάτων νεανικής βίας ηλικίας 10-29 ετών.



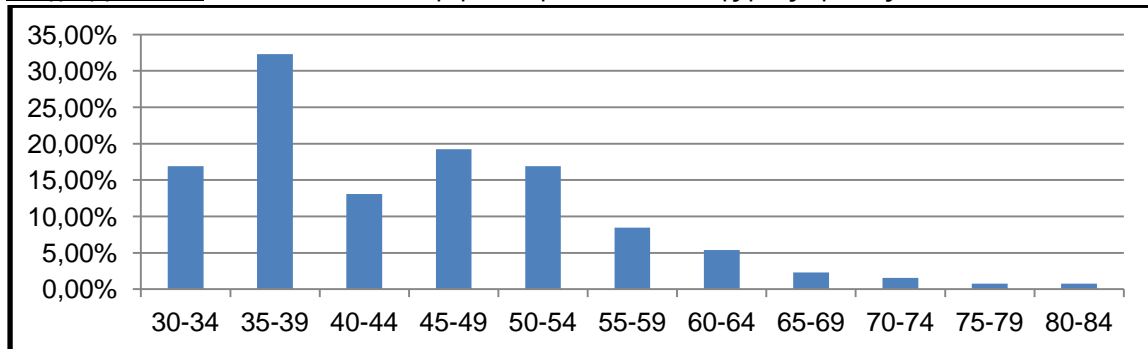
Διάγραμμα 8-29. Ποσοστιαία κατανομή των θυμάτων νεανικής βίας ηλικίας άνω των 30 ετών.

8.3.3.2. Ηλικία δραστήων

Σε 213 περιστατικά (36.10%) η ηλικία των δραστήων ήταν άγνωστη. Σε τουλάχιστον 269 περιστατικά (45.59%) οι δράστες ήταν ηλικίας έως 29 ετών και σε τουλάχιστον 130 περιστατικά (22.04%). Για την κατεξοχήν ηλικιακή ομάδα της νεανικής βίας (10-29 έτη), οι δράστες ήταν πιθανότερο να ήταν ηλικίας 20 ή 25 ετών, ενώ όταν ο δράστης ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών, συχνότερα ήταν 35-39 ετών.



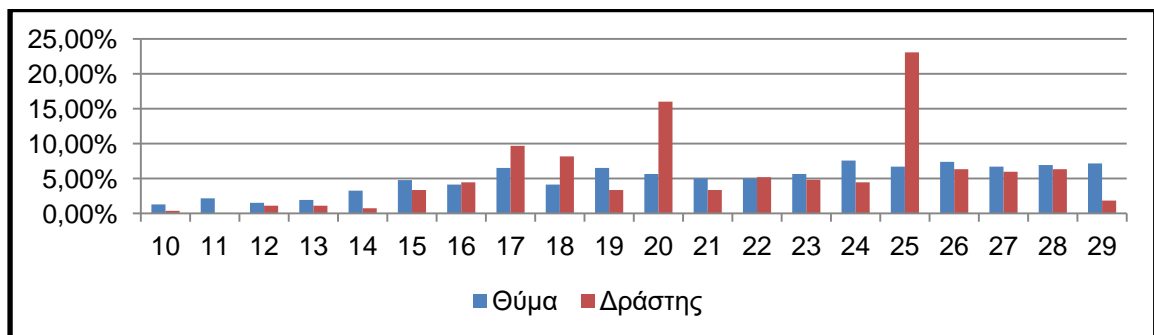
Διάγραμμα 8-30. Ποσοστιαία κατανομή των δραστήων νεανικής βίας, ηλικίας 10-29 ετών.



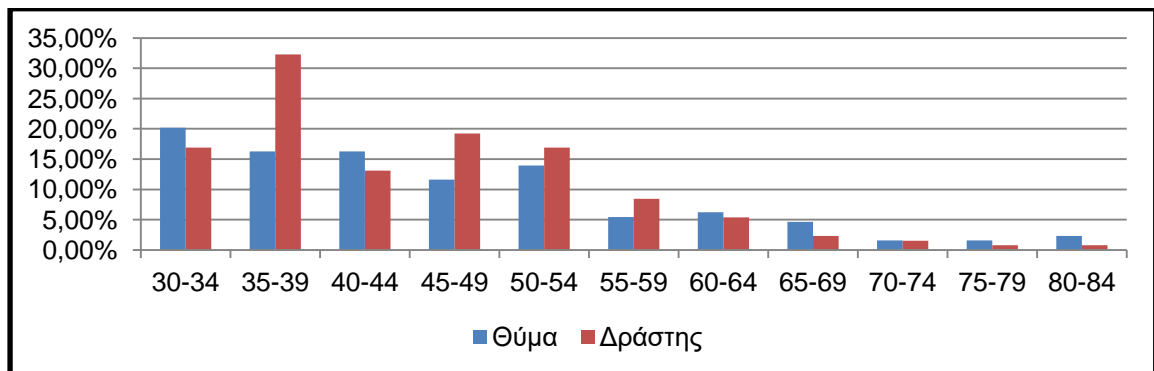
Διάγραμμα 8-31. Ποσοστιαία κατανομή των δραστήων νεανικής βίας, ηλικίας άνω των 30 ετών.

8.3.3.3. Συσχέτιση ηλικίας εμπλεκομένων

Για την κατεξοχήν ηλικιακή ομάδα της νεανικής βίας (10-29 έτη), ο μεγαλύτερος κίνδυνος θυματοποίησης σε περιστατικά νεανικής βίας σημειώνεται στις ηλικίες των 14, 19, 24 και 29 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος κίνδυνος διάπραξης νεανικής βίας σημειώνεται στις ηλικίες των 17, 18, 20 και 25 ετών. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι για τις ηλικίες των 16, 22, 23, 27 και 28 ετών δεν διαπιστώθηκε ουσιαστική διαφοροποίηση στην ποσοστιαία κατανομή του συνόλου των θυμάτων και των δραστών. Όσον αφορά στην εμπλοκή ατόμων ηλικίας άνω των 30 ετών, ήταν πιθανότερο τα άτομα ηλικίας 65-69 και 75-84 ετών να εμπλέκονται ως θύματα και τα άτομα ηλικίας 35-39, 45-49 και 55-59 ετών να εμπλέκονται ως δράστες, ενώ για τις ηλικίες 60-64 και 75-79 ετών δεν παρατηρήθηκε ουσιαστική διαφοροποίηση.



Διάγραμμα 8-32. Συσχέτιση ηλικίας θύματος και δράστη, για την ηλικιακή ομάδα 10-29 έτη.



Διάγραμμα 8-33. Συσχέτιση ηλικίας θύματος και δράστη, για την ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών.

8.3.4. Εθνικότητα εμπλεκομένων

8.3.4.1. Εθνικότητα θυμάτων

Σε 483 περιστατικά (81.86%) το θύμα ήταν Έλληνας (322 άρρενα άτομα και 161 θήλεα). Οι δύο χώρες με τα περισσότερα θύματα αλλοδαπής καταγωγής ήταν η Αλβανία (31 άρρενα άτομα και 13 θήλεα άτομα) και το Πακιστάν (23 άρρενα άτομα και κανένα θήλυ άτομο). Αξιοσημείωτο θεωρείται το γεγονός ότι τα θύματα υπηκόων Ασιατικών χωρών και χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν κυρίως άρρενα άτομα.

Ήπειρος	♂	♀	Σύνολο
Ευρώπη (εκτός Ε.Ε.)	33	15	48
Ασία	33	2	35
Ευρώπη (εντός Ε.Ε.)	6	8	14
Αφρική	5	0	5
Αμερική	1	3	4
Ωκεανία	0	1	1
Σύνολο	78	29	107

Πίνακας 8-47. Ήπειροι προέλευσης των αλλοδαπών θυμάτων νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα (Χώρες εκτός Ε.Ε.: Αλβανία, Νορβηγία, Ουκρανία, Ρωσία. Χώρες Ασίας: Αρμενία, Αφγανιστάν, Ινδία, Ιράκ, Μπαγκλαντές, Νότιος Κορέα, Πακιστάν, Συρία. Χώρες εντός Ε.Ε.: Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Κύπρος, Πολωνία, Ρουμανία, Σουηδία, Τσεχία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος, Λιβύη, Μαρόκο. Χώρες Αμερικής: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Καναδάς. Χώρες Ωκεανίας: Αυστραλία.)

8.3.4.2. Εθνικότητα δραστών

Σε 250 περιστατικά (42.37%) η εθνικότητα των δραστών ήταν άγνωστη. Σε τουλάχιστον 68 περιστατικά (11.53%) επρόκειτο για αλλοδαπούς και σε 272 περιστατικά (46.10%) για Έλληνες. Εκ των περιστατικών, στα οποία οι δράστες ήταν Έλληνες, σε 236 οι δράστες ήταν άρρενα και σε 23 θήλεα άτομα, ενώ σε 13 ήταν άτομα και των δύο φύλων.

Ήπειρος	♂	♀	♂+♀	Άγνωστο	Σύνολο
Ευρώπη (εκτός Ε.Ε.)	30	2	2	1	35
Ασία	15	0	0	0	15
Ευρώπη (εντός Ε.Ε.)	4	1	0	0	5
Αφρική	3	0	0	0	3
Αμερική	1	0	0	0	1
Σύνολο	53	3	2	1	59

Πίνακας 8-48. Ήπειροι προέλευσης των αλλοδαπών δραστών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα. (Χώρες εκτός Ε.Ε.: Αλβανία, Γεωργία, Ρωσία. Χώρες Ασίας: Αφγανιστάν, Ιράν, Κίνα, Μπαγκλαντές, Πακιστάν, Συρία. Χώρες εντός Ε.Ε.: Πολωνία, Ρουμανία, Τσεχία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος, Ακτή Ελεφαντοστού, Μαρόκο. Χώρες Αμερικής: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.)

8.3.4.3. Συσχέτιση εθνικοτήτων θυμάτων-δραστών

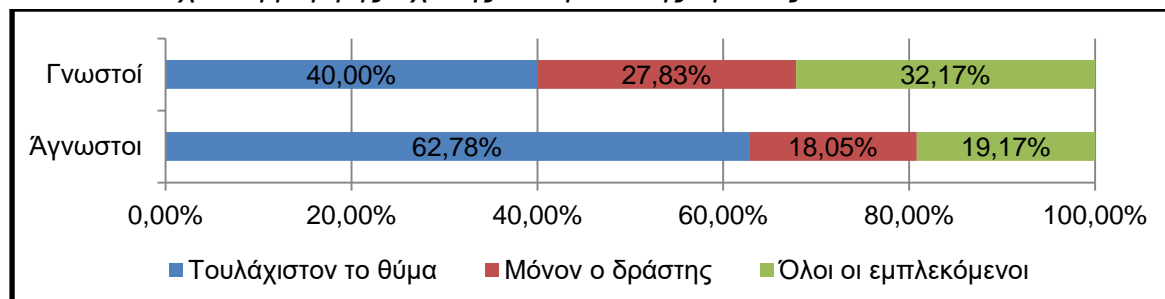
Σε 262 περιστατικά (44.41%) τόσο το θύμα, όσο και ο δράστης ήταν άτομα της ίδιας καταγωγής, με την πλειονότητα εξ αυτών (242 περιστατικά) να αφορούν σε Έλληνες (167 άρρενα και 77 θήλεα θύματα).

Σε 77 περιστατικά (13.05%), τα θύματα και οι δράστες ήταν άτομα διαφορετικής καταγωγής. Σε 36 περιστατικά, το θύμα ήταν Έλληνας και ο δράστης αλλοδαπός, σε 28 περιστατικά, το θύμα ήταν αλλοδαπός και ο δράστης Έλληνας και σε 13 περιστατικά, τα θύματα και οι δράστες ήταν αλλοδαποί διαφορετικής εθνικότητας.

8.3.5. Μορφή σχέσης

Σε 230 περιστατικά (38.98%) το θύμα γνώριζε τον δράστη, ενώ σε 360 περιστατικά (61.02%) ο δράστης ήταν άγνωστος στο θύμα.

8.3.5.1. Συσχέτιση μορφής σχέσης και ηλικιακής ομάδας 10-29 ετών

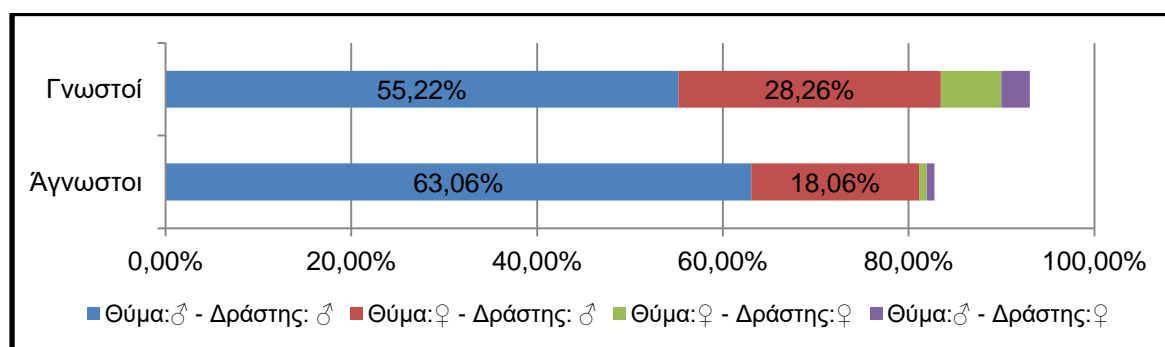


Διάγραμμα 8-34. Συσχέτιση μορφής σχέσης εμπλεκομένων και ηλικιακής ομάδας 10-29 ετών.

Όταν οι εμπλεκόμενοι σε περιστατικά νεανικής βίας στην κοινότητα ήταν άγνωστοι μεταξύ τους, ήταν πιθανότερο μόνον το θύμα άτομο της ηλικιακής ομάδας 10-29 έτη, ενώ όταν ήταν γνωστοί, ήταν πιθανότερο να ήταν είτε όλοι οι εμπλεκόμενοι άτομα της ηλικιακής ομάδας 10-29 έτη, είτε μόνον ο δράστης ($p < 0.001$).

8.3.5.2. Συσχέτιση μορφής σχέσης και φύλου εμπλεκομένων

Όταν το θύμα ήταν θήλυ και ο δράστης άρρεν, ήταν πιθανότερο οι εμπλεκόμενοι να γνωρίζονταν ($p = 0.002$).



Διάγραμμα 8-35. Συσχέτιση μορφής σχέσης και φύλου εμπλεκομένων.

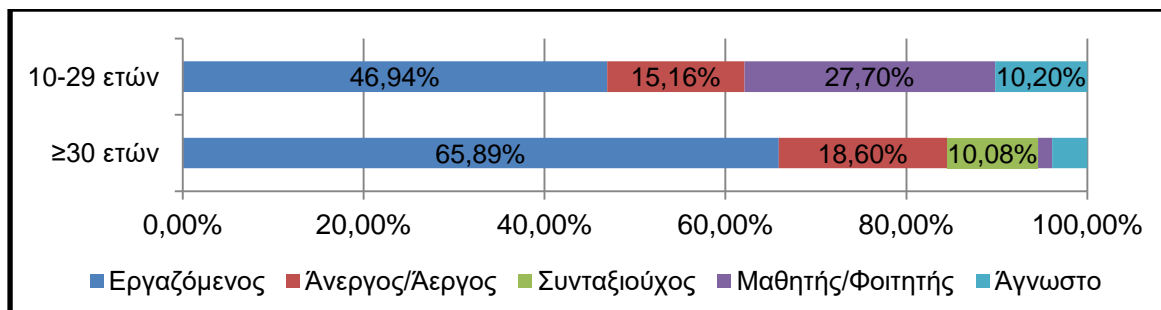
8.3.6. Οικογενειακή κατάσταση θύματος

Εκ των 343 ενηλίκων θυμάτων ηλικίας έως 29 ετών, τα 283 (82.51%) δεν ήταν παντρεμένα (216 άρρενα και 67 θήλεα θύματα). Εκ των 129 ενηλίκων θυμάτων ηλικίας άνω των 30 ετών, τα 59 (45.74%) ήταν παντρεμένα (45 άρρενα και 14 θήλεα θύματα) και τα 51 (39.53%) ήταν άγαμοι (42 άρρενα και 9 θήλεα θύματα).

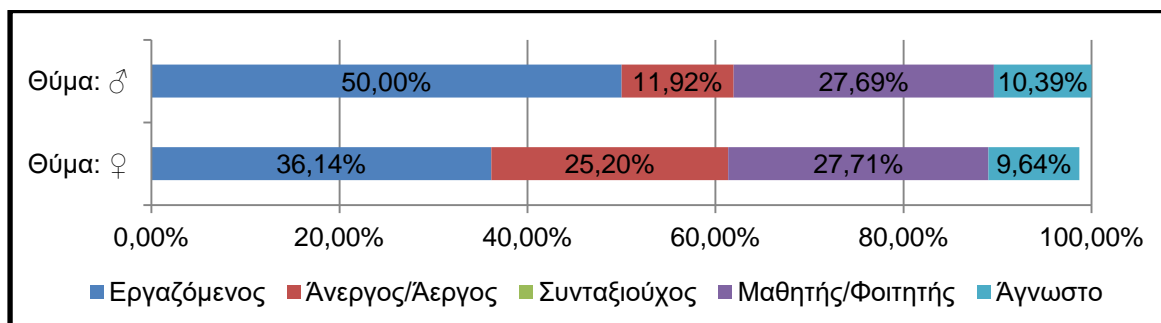
8.3.7. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

8.3.7.1. Εργασιακή απασχόληση θύματος

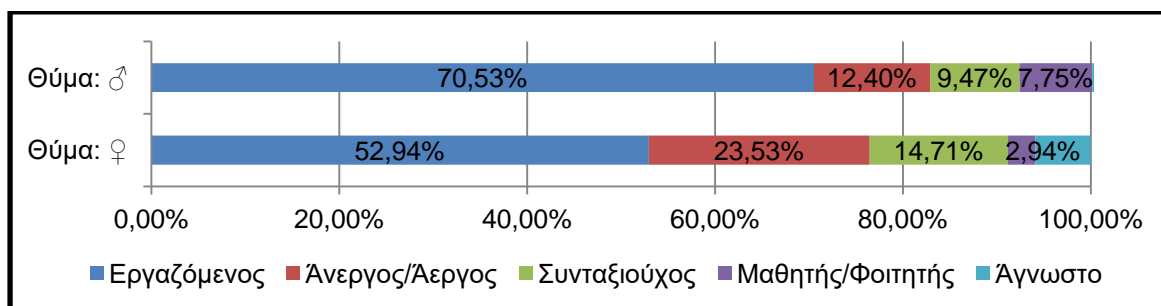
Εκ των 343 ενηλίκων θυμάτων ηλικίας έως 29 ετών, τα 161 (46.94%) εργάζονταν. Εκ των 129 ενηλίκων θυμάτων ηλικίας άνω των 30 ετών, τα 85 (65.89%) εργάζονταν.



Διάγραμμα 8-36. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης και ηλικιακής ομάδας θύματος.



Διάγραμμα 8-37. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης και φύλου θύματος για την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.



Διάγραμμα 8-38. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης και φύλου θύματος για την ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών.

Από τα ανωτέρω διαγράμματα φαίνεται ότι ήταν συχνότερο όταν το θύμα δεν εργαζόταν, τότε να ήταν ηλικίας έως 29 ετών, ιδίως όσον αφορά στα θήλεα θύματα.

8.3.7.2. Εργασιακή απασχόληση δράστη

Η εργασιακή απασχόληση των δραστών ήταν άγνωστη σε 411 περιστατικά (69.66%). Εκ των υπολοίπων 179 περιστατικών, στα 97 (17.32%) οι δράστες εργάζονταν και στα 35 (5.93%) δεν εργάζονταν, ενώ υπήρχαν και 42 μαθητές/φοιτητές (7.12%).

8.3.8. Νοσήματα θύματος

Στην πλειονότητα των περιστατικών (86.10%), το θύμα ανέφερε ότι δεν έπασχε από κάποιο νόσημα (90.89% των θυμάτων ηλικίας έως 29 ετών και 68.99% των θυμάτων ηλικίας άνω των 30 ετών). Μεταξύ των θυμάτων υπήρχαν και δύο εγκυμονούσες (0.43% επί του συνόλου των γυναικών), αμφότερες ηλικίας μικρότερης των 29 ετών.

	≤29 ετών (%)	≥30 ετών (%)	Σύνολο (%)
Σοβαρό νόσημα	20 (4.34)	17 (13.18)	37 (6.27)
Άλλο νόσημα	14 (3.04)	18 (13.95)	32 (5.42)
Ψυχιατρική νόσος	4 (0.87)	2 (1.55)	6 (1.02)
Κακοήθεια	0	3 (2.33)	3 (0.51)
Σύνολο	461	129	590

Πίνακας 8-49. Νοσήματα θυμάτων νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.3.9. Αριθμός δραστών

Αριθμός δραστών	Περιστατικά	Αριθμός δραστών	Περιστατικά
1	335 (56.78%)	7	3
2	86 (14.58%)	8	8
3	45 (7.63%)	9	0
4	25 (4.24%)	10	6
5	14 (2.37%)	≥11	12
6	8	Άγνωστο	48 (8.14%)

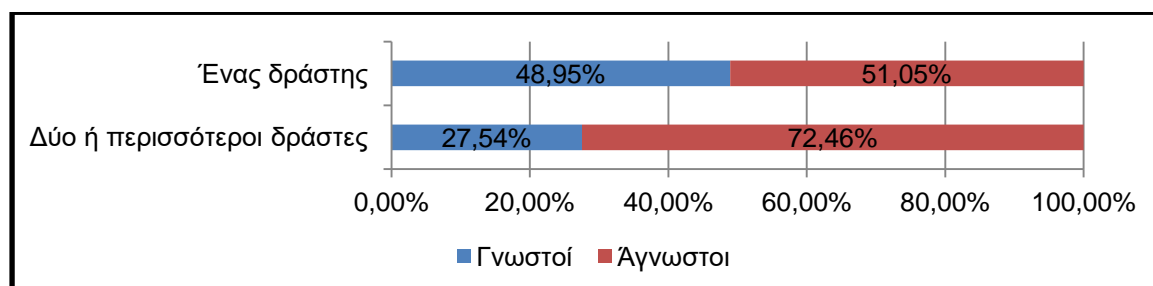
Πίνακας 8-50. Αριθμός δραστών σε περιστατικά νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

8.3.9.1. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων και αριθμού των δραστών

Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν άτομο (62.39% όταν ήταν ένας δράστης, έναντι 86.96% όταν ήταν περισσότεροι του ενός, $p < 0.001$).

8.3.9.2. Συσχέτιση μορφής σχέσης εμπλεκομένων και αριθμού των δραστών

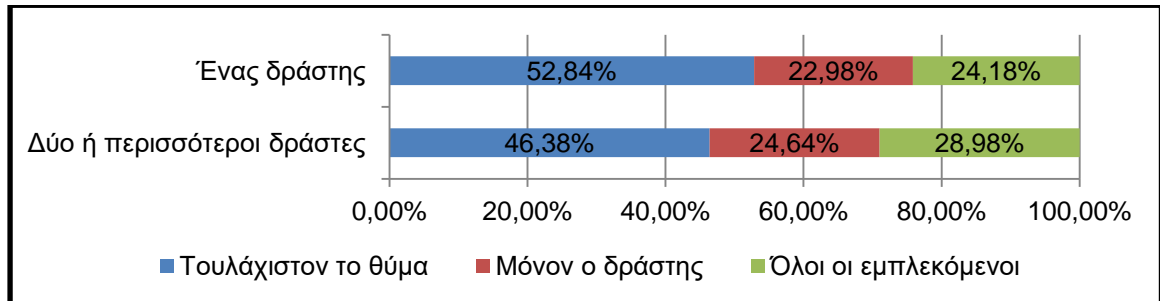
Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν πιθανότερο το θύμα να μην τους γνώριζε ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-39. Συσχέτιση μορφής σχέσης εμπλεκομένων και αριθμού δραστών.

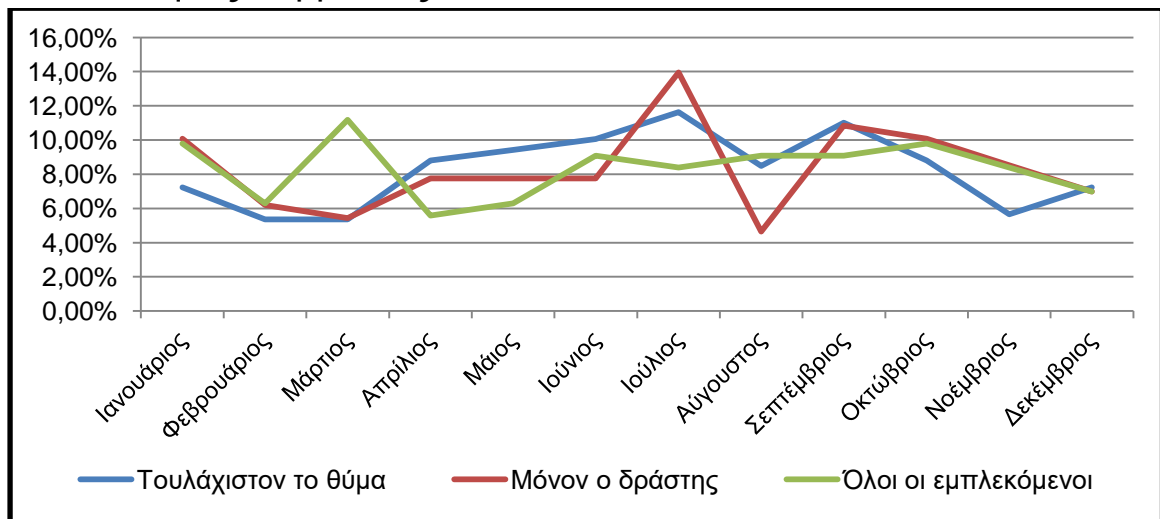
8.3.9.3. Συσχέτιση ηλικιακής ομάδας 10-29 ετών και αριθμού των δραστών

Όταν οι δράστες ήταν πάνω από δύο άτομα, τότε ήταν ελαφρώς συχνότερο όλοι οι εμπλεκόμενοι να ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, χωρίς όμως η συγκεκριμένη συσχέτιση να θεωρείται στατιστικώς σημαντική ($p > 0.05$).

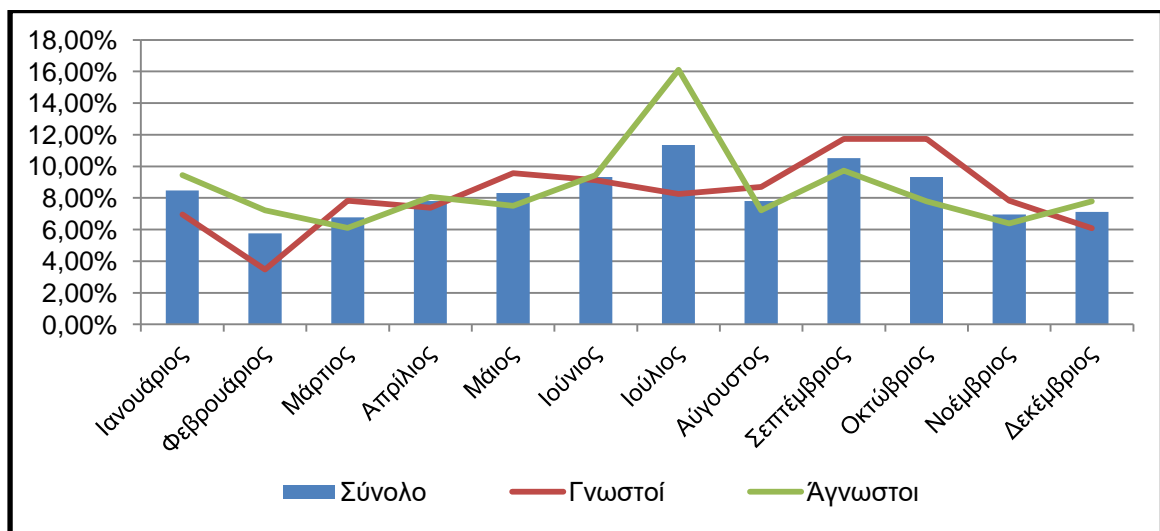


Διάγραμμα 8-40. Συσχέτιση ηλικιακής ομάδας 10-29 ετών και αριθμού δραστών.

8.3.10. Μήνας συμβάντος



Διάγραμμα 8-41. Ποσοστιαία μηνιαία κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

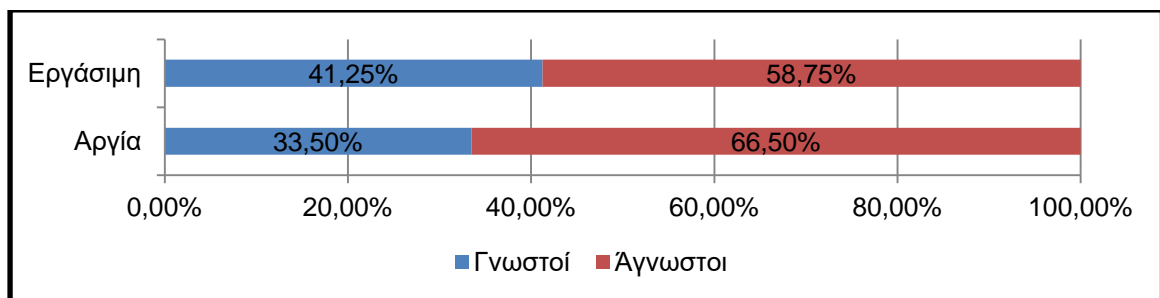


Διάγραμμα 8-42. Ποσοστιαία μηνιαία κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα σε σχέση με τη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων.

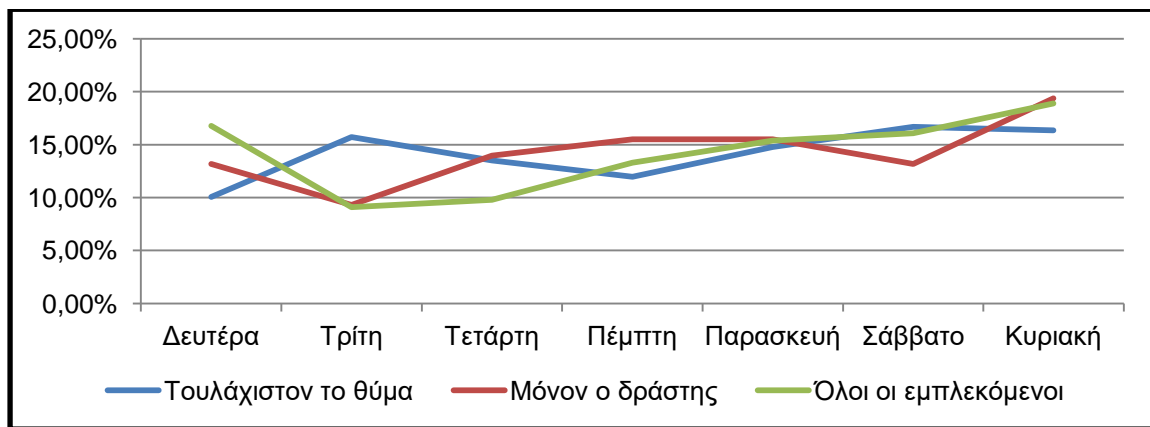
8.3.11. Ημέρα συμβάντος

Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα την Πέμπτη και την Κυριακή, ήταν συχνότερο μόνον ο δράστης να ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών, ενώ όταν είχε λάβει χώρα τη Δευτέρα ήταν συχνότερο όλοι οι εμπλεκόμενοι να ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών ($p>0.05$). Τα περιστατικά που είχαν συμβεί την Παρασκευή αφορούσαν συχνότερα σε νεανική βία μεταξύ γνωστών ατόμων ($p>0.05$).

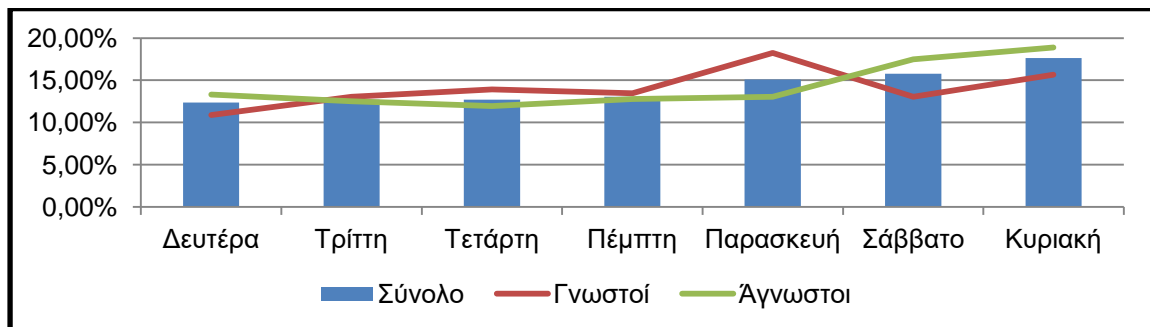
Το ένα τρίτο των περιστατικών (34.41%) είχαν συμβεί σε αργίες. Τα περιστατικά νεανικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων ήταν ελαφρώς πιθανότερο να είχαν συμβεί εργάσιμες ημέρες, ενώ όσον αφορά στη συσχέτιση με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών, δεν διαπιστώθηκαν ουσιώδεις διαφοροποιήσεις.



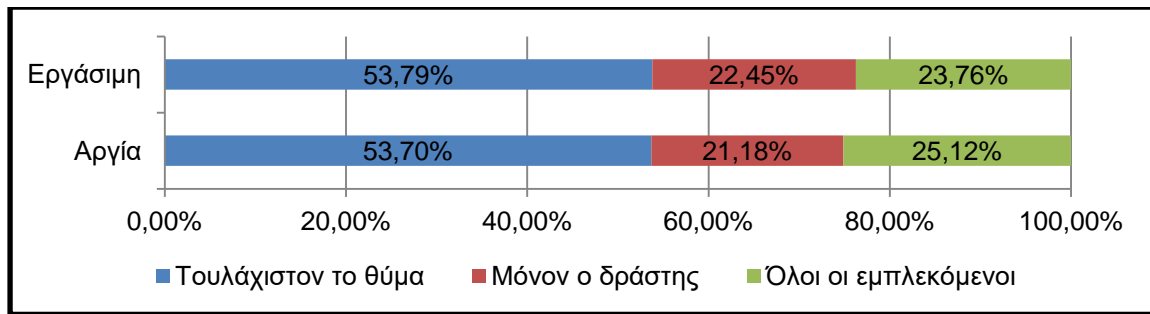
Διάγραμμα 8-43. Συσχέτιση μορφής σχέσης εμπλεκομένων και ημέρας συμβάντος.



Διάγραμμα 8-44. Ποσοστιαία ημερήσια κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

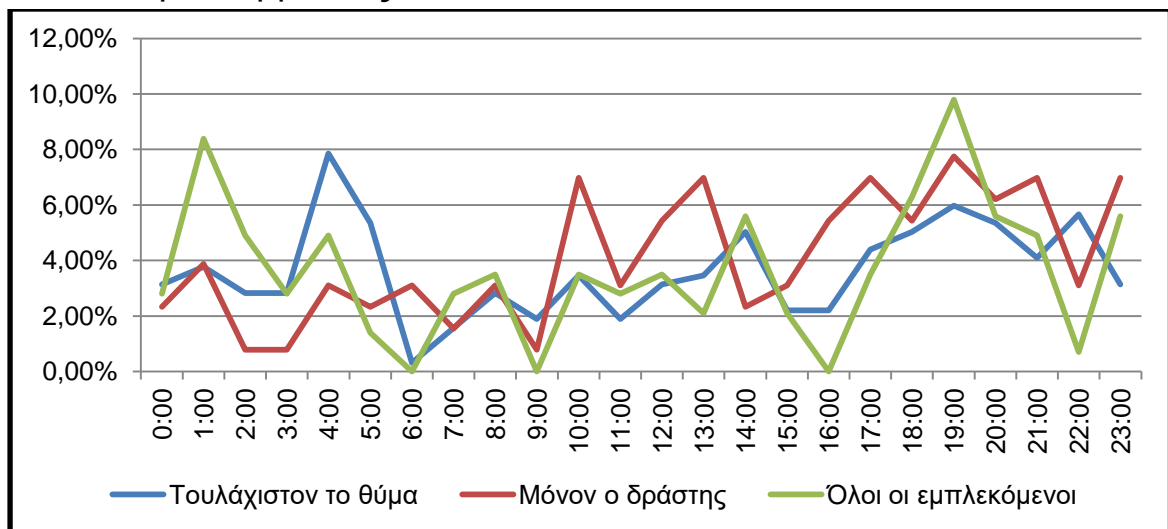


Διάγραμμα 8-45. Ποσοστιαία ημερήσια κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα σε σχέση με τη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων.

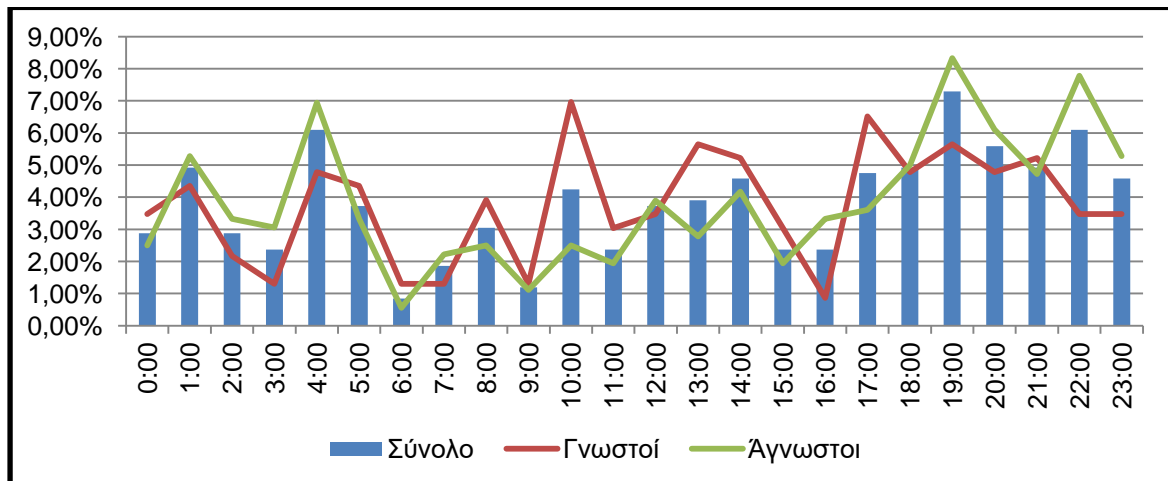


Διάγραμμα 8-46. Συσχέτιση ηλικιακής ομάδας 10-29 ετών και ημέρας συμβάντος.

8.3.12. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-47. Ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα στο 24ωρο, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.



Διάγραμμα 8-48. Ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα στο 24ωρο, σε σχέση με τη μορφή της σχέσης των εμπλεκόμενων.

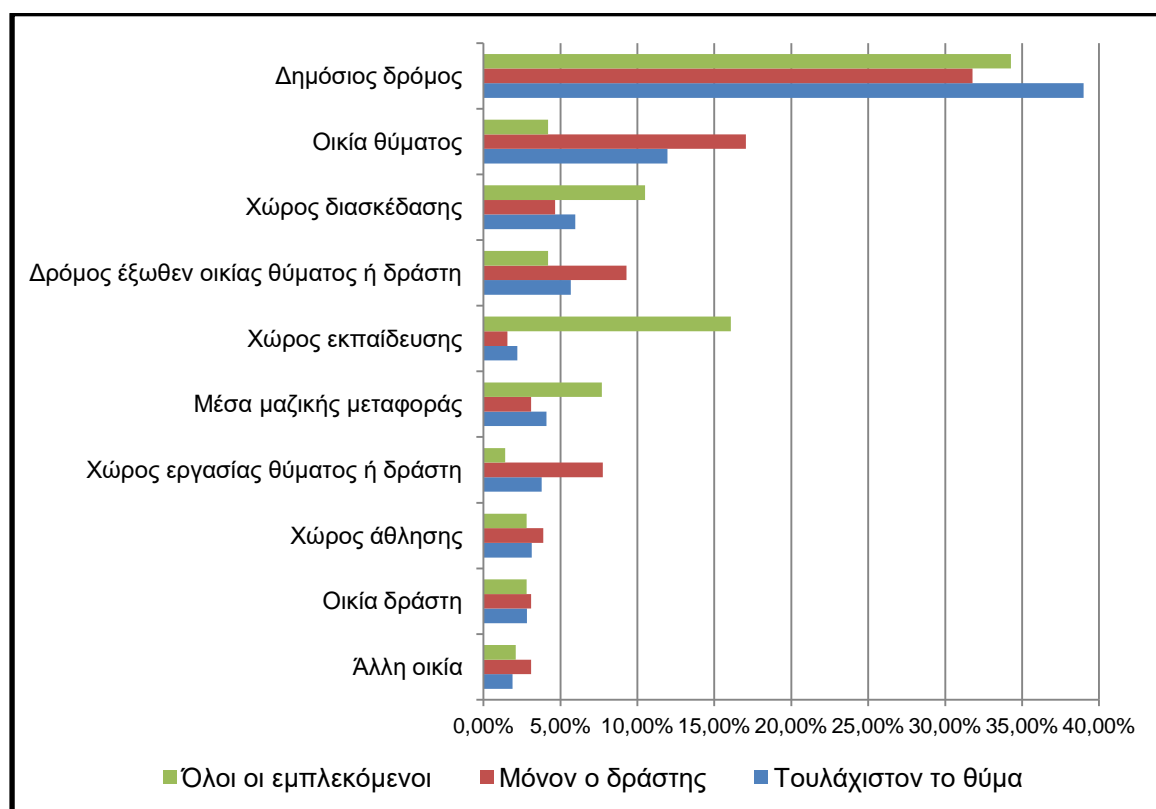
Όταν το περιστατικό είχε λάβει χώρα μεταξύ 08:00 και 16:59, ήταν πιθανότερο τα θύματα να γνώριζαν τους δράστες, ενώ μεταξύ 19:00 και 03:59 ήταν πιθανότερο οι δράστες να ήταν άγνωστοι στα θύματα ($p=0.005$).

8.3.13. Τόπος συμβάντος

Σε 465 περιστατικά (78.81%) το συμβάν έλαβε χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο και 104 (17.63%) σε κάποιον ιδιωτικό χώρο.

	Σύνολο (%)	Άγνωστοι (%)	Γνωστοί (%)
Δημόσιος χώρος	465 (78.81)	319 (88.61)	146 (63.48)
Δημόσιος δρόμος	214 (36.27)	166 (46.11)	48 (20.87)
Χώρος διασκέδασης	40 (6.78)	28 (7.78)	12 (5.22)
Δρόμος έξωθεν οικίας θύματος ή δράστη	36 (6.10)	18 (5.00)	18 (7.83)
Χώρος εκπαίδευσης	32 (5.42)	15 (4.17)	17 (7.39)
Μέσα μαζικής μεταφοράς	28(4.75)	24 (6.67)	4 (1.74)
Χώρος εργασίας θύματος ή δράστη	24 (4.07)	13 (3.61)	11 (4.78)
Χώρος άθλησης	19 (3.22)	17 (4.72)	2 (0.87)
Άλλος δημόσιος χώρος	72 (12.20)	38 (10.56)	34 (14.78)
Ιδιωτικός χώρος	104 (17.63)	31 (8.61)	73 (31.74)
Οικία θύματος	66 (11.19)	23 (6.39)	43 (18.70)
Οικία δράστη	17 (2.88)	2 (0.56)	15 (6.52)
Άλλη οικία	13 (2.20)	2 (0.56)	11 (4.78)
Άλλος ιδιωτικός χώρος	8 (1.36)	4 (1.11)	4 (1.74)
Άγνωστος τόπος	21 (3.56)	10 (2.78)	11 (0.48)
Σύνολο	590	360	230

Πίνακας 8-51. Τόπος τέλεσης συμβάντος σε περιστατικά νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

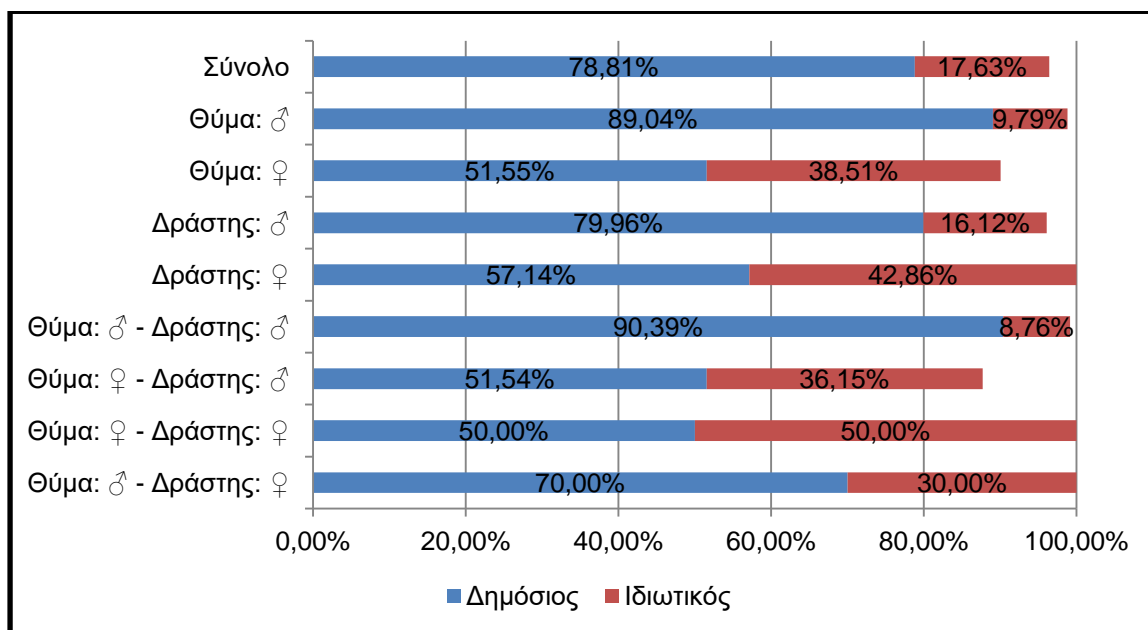


Διάγραμμα 8-49. Συσχέτιση του τόπου τέλεσης των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

Όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, ιδίως στην οικία του θύματος ή του δράστη, ενώ όταν ήταν οι εμπλεκόμενοι ήταν άγνωστοι μεταξύ τους ήταν πιθανότερο το περιστατικό να είχε συμβεί σε κάποιον δημόσιο χώρο, ιδίως σε κάποιον δημόσιο δρόμο πλην του δρόμου έξωθεν της οικίας κάποιου εκ των εμπλεκομένων, με εξαίρεση τους χώρους εκπαίδευσης, όπου ήταν πιθανότερο οι εμπλεκόμενοι να γνωρίζονταν ($p < 0.001$).

Επιπροσθέτως, όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα πρωτίστως σε χώρους εκπαίδευσης και δευτερευόντως σε χώρους διασκέδασης και μέσα μαζικής μεταφοράς, ενώ όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα είτε στην οικία του θύματος, είτε στον χώρο εργασίας του θύματος ή του δράστη ή στον δρόμο έξωθεν της οικίας του θύματος ($p < 0.001$).

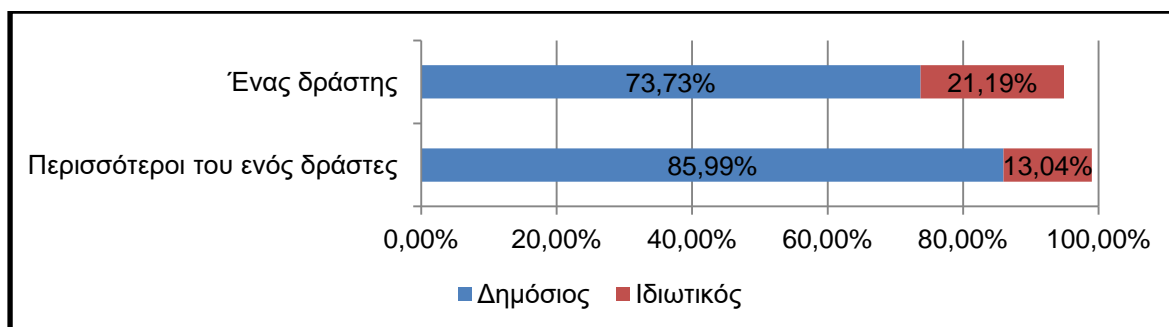
Τα άρρενα άτομα ήταν πιθανότερο να είχαν θυματοποιηθεί σε δημοσίους χώρους, ενώ τα θήλεα σε ιδιωτικούς ($p < 0.001$). Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο ($p = 0.004$).



Διάγραμμα 8-50. Συσχέτιση του τόπου τέλεσης των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα με το φύλο των εμπλεκομένων.

Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άρρενα άτομα, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο, ενώ όταν ήταν θήλεα άτομα ήταν πιθανότερο να είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο ($p < 0.001$).

Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, συχνότερα αφορούσε σε περιστατικά με έναν δράστη.



Διάγραμμα 8-51. Συσχέτιση του τύπου τέλεσης των περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα με τον αριθμό των δραστών.

8.3.14. Αιτία βίαιου περιστατικού

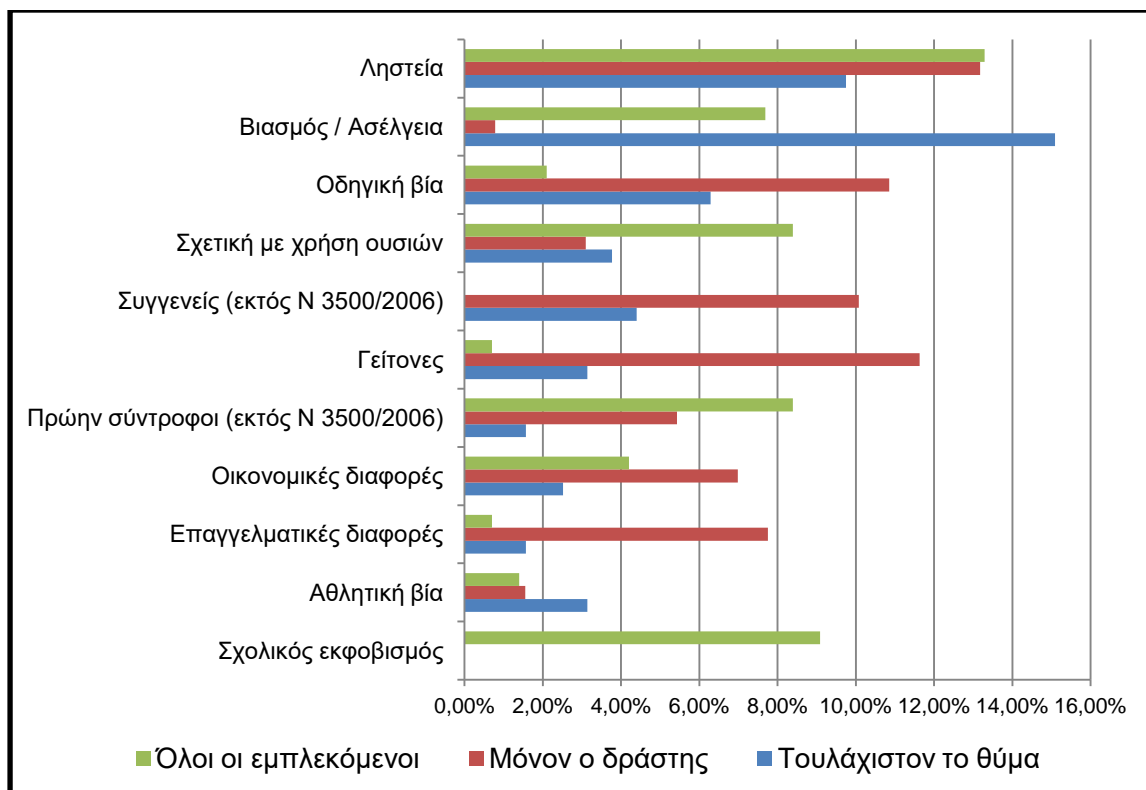
Η συχνότερη αναφερόμενη από το θύμα αιτία νεανικής διαπροσωπικής βίας ήταν η ληστεία (11.36%), με τις καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας να ακολουθούν (10.17%) και την οδηγική βία (6.27%) να βρίσκεται στην τρίτη θέση. Η αιτία ήταν άγνωστη σε 126 περιστατικά (21.35%).

	Περιστατικά (%)
Ληστεία	67 (11.36)
Βιασμός / Ασέλγεια	60 (10.17)
Οδηγική βία	37 (6.27)
Τραυματισμός αστυνομικού εν ώρα υπηρεσίας	30 (5.08)
Βία σχετική με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών	28 (4.74)
Βία μεταξύ συγγενών (εκτός N 3500/2006)	27 (4.58)
Γείτονες / Συγκάτοικοι σε πολυκατοικία	26 (4.41)
Ζήλεια/Πρώην σύντροφοι (εκτός N 3500/2006)	24 (4.07)
Οικονομικές διαφορές	23 (3.90)
Επαγγελματικές διαφορές	16 (2.71)
Αθλητική βία	14 (2.37)
Σχολικός εκφοβισμός	13 (2.20)
Υπεράσπιση άλλου προσώπου	10 (1.69)
Απαγωγή	8 (1.36)
Άλλες διαπροσωπικές διαφορές	40 (6.78)
Άλλες αιτίες	41 (6.95)
Άγνωστη αιτία	126 (21.35)

Πίνακας 8-52. Αιτίες περιστατικών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα.

Στις ληστείες, ήταν ελαφρώς πιθανότερο είτε μόνον ο δράστης είτε όλοι οι εμπλεκόμενοι να ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ενώ στις καταγγελίες εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας ήταν πιθανότερο τουλάχιστον το θύμα να ήταν ηλικίας 10-29 ετών. Στα περιστατικά οδηγικής βίας, ήταν πιθανότερο μόνον ο δράστης να ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών, όπως επίσης και στη βία μεταξύ συγγενών (εκτός N 3500/2006), στη βία μεταξύ γειτόνων / συγκατοίκων σε πολυκατοικία και σε περιστατικά λόγω επαγγελματικών και οικονομικών διαφορών. Τα περιστατικά στα οποία ήταν πιθανότερο όλοι οι εμπλεκόμενοι

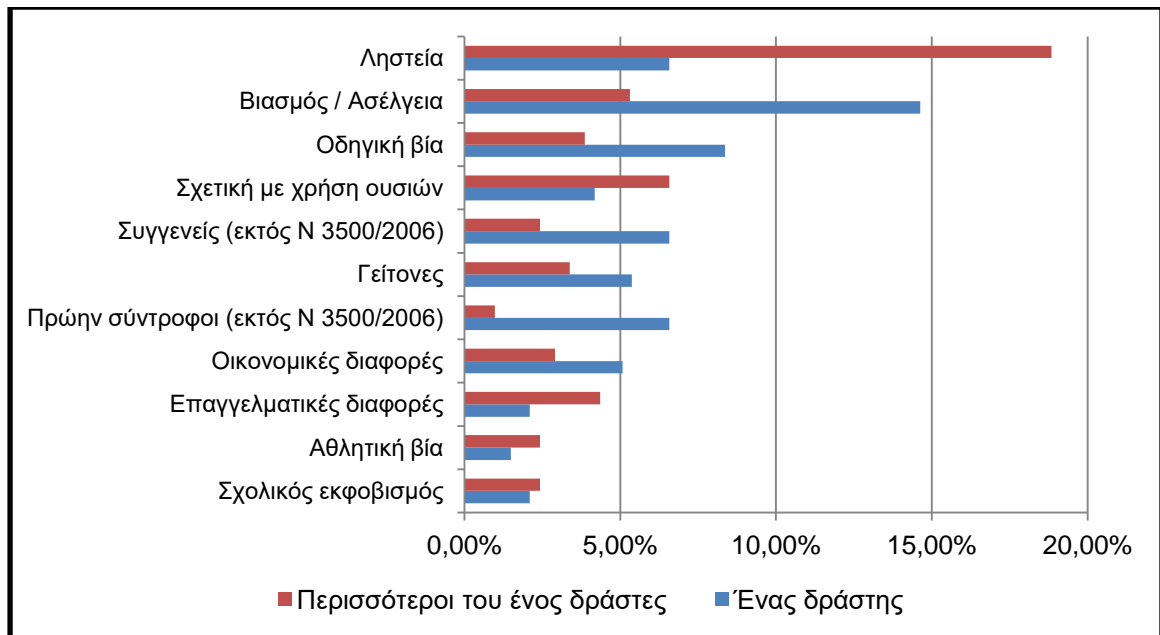
να ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών ήταν αυτά που σχετίζονταν με τη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και με πρώην συντρόφους (εκτός N 3500/2006). Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε όλα τα περιστατικά σχολικού εκφοβισμού, όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, καθώς και ότι στα περιστατικά βίας μεταξύ συγγενών (εκτός N 3500/2006) δεν κατεγράφησαν περιπτώσεις στις οποίες να ήταν όλοι οι εμπλεκόμενοι άτομα ηλικίας 10-29ετών. Λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών, οι ανωτέρω συσχετίσεις -αν και στατιστικώς σημαντικές- δεν θεωρούνται αξιόπιστες.



Διάγραμμα 8-52. Συσχέτιση των αιτιών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

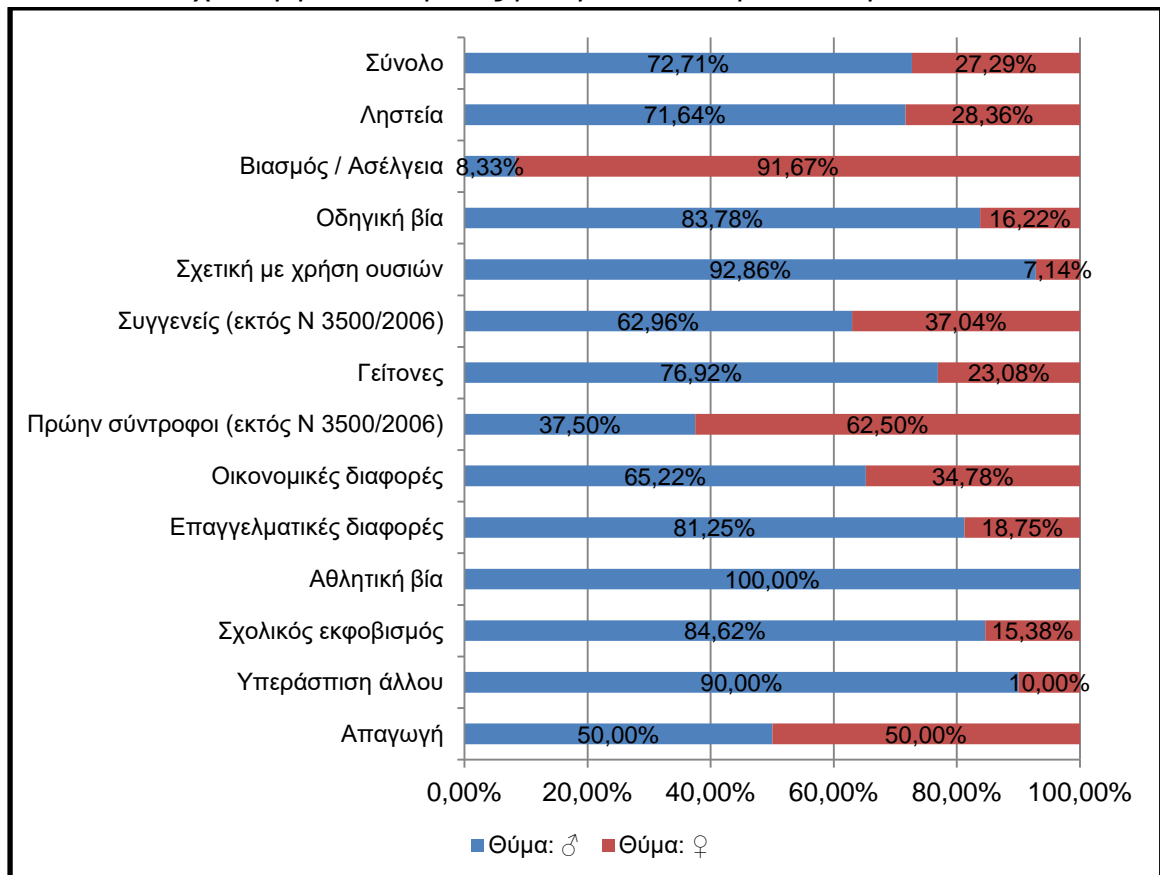
8.3.14.1. Συσχέτιση αριθμού δραστών με την αιτία του βίαιου περιστατικού

Πρωτίστως στις ληστείες και δευτερευόντως στα περιστατικά βίας που σχετίζονταν με τη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και με επαγγελματικές διαφορές ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε δεχθεί σωματική βία από πολλούς δράστες. Αντιθέτως, στα περιστατικά μεταξύ συγγενών και πρώην συντρόφων (εκτός N 3500/2006) και στις καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, καθώς και στα περιστατικά οδηγικής βίας, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε δεχθεί βία από μόνον έναν δράστη ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-53. Συσχέτιση των αιτιών νεανικής διαπροσωπικής βίας στην κοινότητα με τον αριθμό των δράστών.

8.3.14.2. Συσχέτιση φύλου θύματος με την αιτία του βίαιου περιστατικού



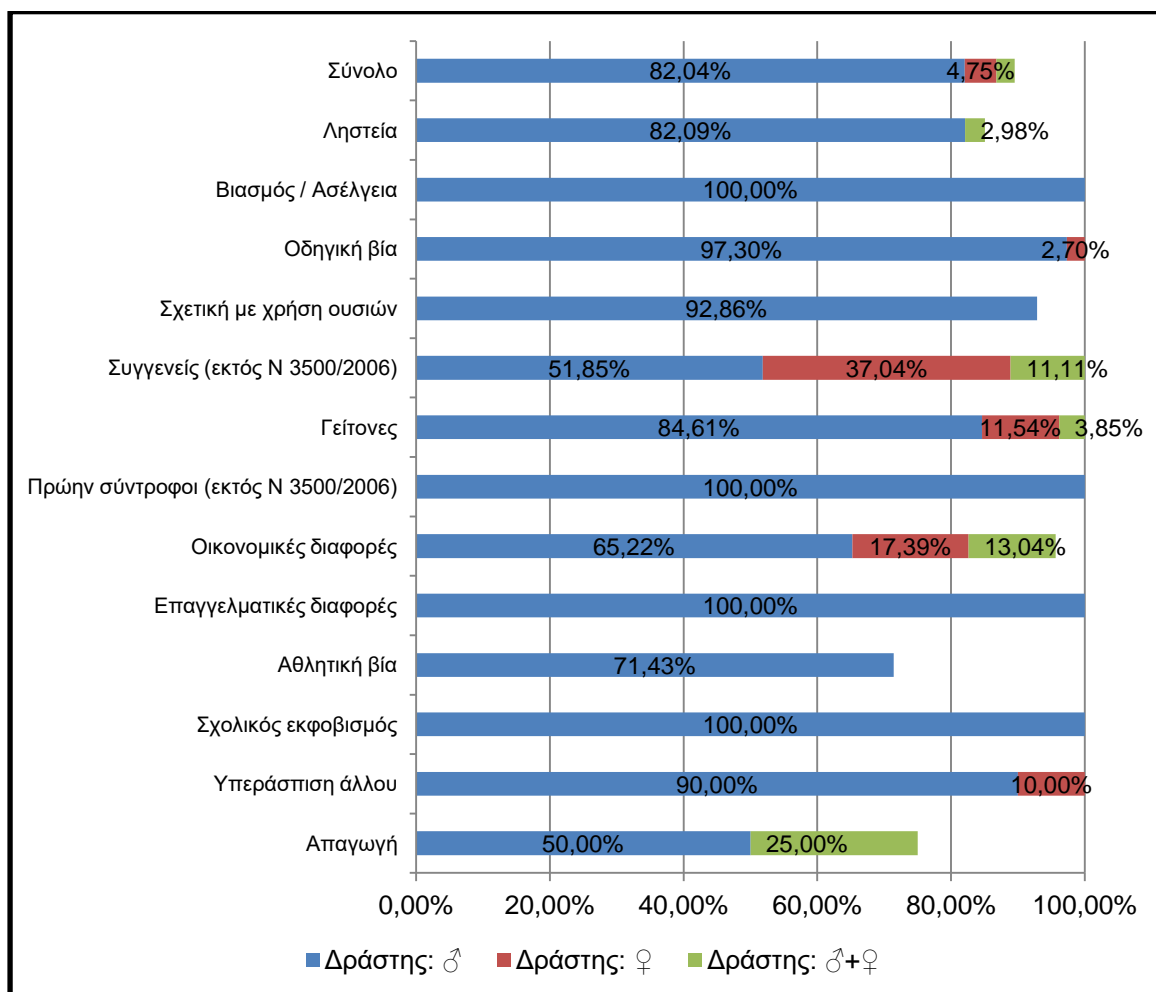
Διάγραμμα 8-54. Συσχέτιση των αιτιών νεανικής βίας με το φύλο του θύματος.

Στις καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και στα περιστατικά σχετικά με πρώην συντρόφους, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν θήλυ άτομο. Αντιθέτως, στα περιστατικά που σχετίζονταν με τη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων

ουσιών, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν ($p < 0.001$). Αυξημένος κίνδυνος έκθεσης αρρένων ατόμων σε βία σημειώθηκε και στα περιστατικά σχολικού εκφοβισμού (πιθανότερο να αφορούσαν σε άρρενα άτομα, $p < 0.001$), ενώ θα πρέπει να σημειωθεί σε όλα τα περιστατικά σχετικά με αθλητική βία, τα θύματα ήταν άρρενα άτομα.

8.3.14.3. Συσχέτιση φύλου δράστη με την αιτία του βίαιου περιστατικού

Στα περιστατικά εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας, όπως και σε αυτά που αφορούσαν πρώην συντρόφους, επαγγελματικές διαφορές και σχολικό εκφοβισμό, όλοι οι δράστες ήταν άρρενα άτομα. Εκ των περιστατικών βίας σχετικής με εξαρτησιογόνες/ψυχοτρόπες ουσίες, στα οποία ήταν γνωστό το φύλο του δράστη, όπως και στην αθλητική βία, όλοι οι γνωστοί δράστες ήταν άρρενα άτομα. Όταν οι δράστες ήταν θήλεα άτομα, ήταν πιθανότερο τα περιστατικά να αφορούν σε βία μεταξύ συγγενών και γειτόνων, όπως και σε περιστατικά σχετικά με οικονομικές διαφορές. Η εμπλοκή ανδρών και γυναικών, από κοινού ως δράστες, κατεγράφη πρωτίστως σε περιστατικά απαγωγών, οικονομικών διαφορών και συγγενών και δευτερευόντως σε περιστατικά βίας μεταξύ γειτόνων και ληστειών. Οι ανωτέρω συσχετίσεις -αν και στατιστικώς σημαντικές- δεν θεωρούνται αξιόπιστες.



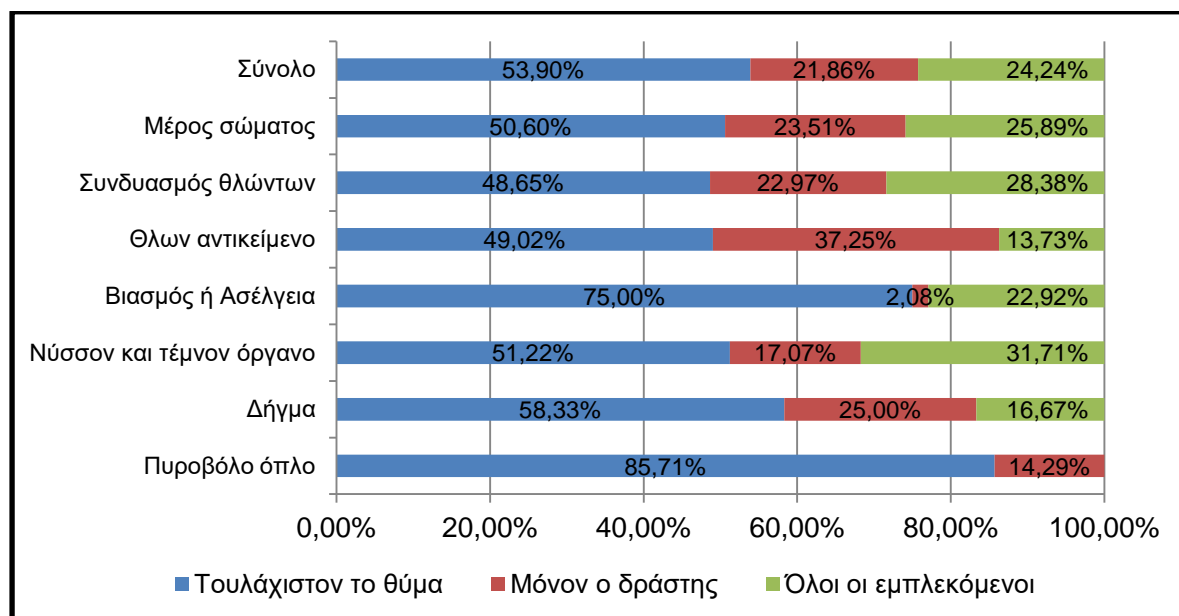
Διάγραμμα 8-55. Συσχέτιση των αιτιών νεανικής βίας με το φύλο του δράστη.

8.3.15. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Σε 410 περιστατικά (74.57%) ο δράστης φέρεται να είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματος του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα), το οποίο έδρασε ως θλων όργανο. Στην πλειονότητα (336 περιστατικά) χρησιμοποίησε μόνον κάποιο μέρος του σώματος, ενώ σε 74 περιστατικά (12.54%) χρησιμοποίησε συγχρόνως και κάποιο θλων αντικείμενο. Σε 12 περιστατικά (2.03%), ο δράστης είχε μεταξύ άλλων δαγκώσει το θύμα, ενώ σε 41 περιστατικά (6.95%) είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (μαχαίρι, γυαλί, κ.ά.)

	Περιστατικά (%)
Μέρος σώματος (κεφάλι, χέρια, πόδια) ως θλων όργανο	336 (62.03)
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρος σώματος	74 (12.54)
Θλων αντικείμενο	51 (8.64)
Βιασμός ή Ασέλγεια	48 (8.14)
Νύσσον και τέμνον όργανο	41 (6.95)
Δήγμα	12 (2.03)
Πυροβόλο όπλο	7 (1.19)
Άλλος μηχανισμός πρόκλησης	13 (2.20)
Άγνωστος μηχανισμός πρόκλησης	8 (1.36)
Σύνολο	590

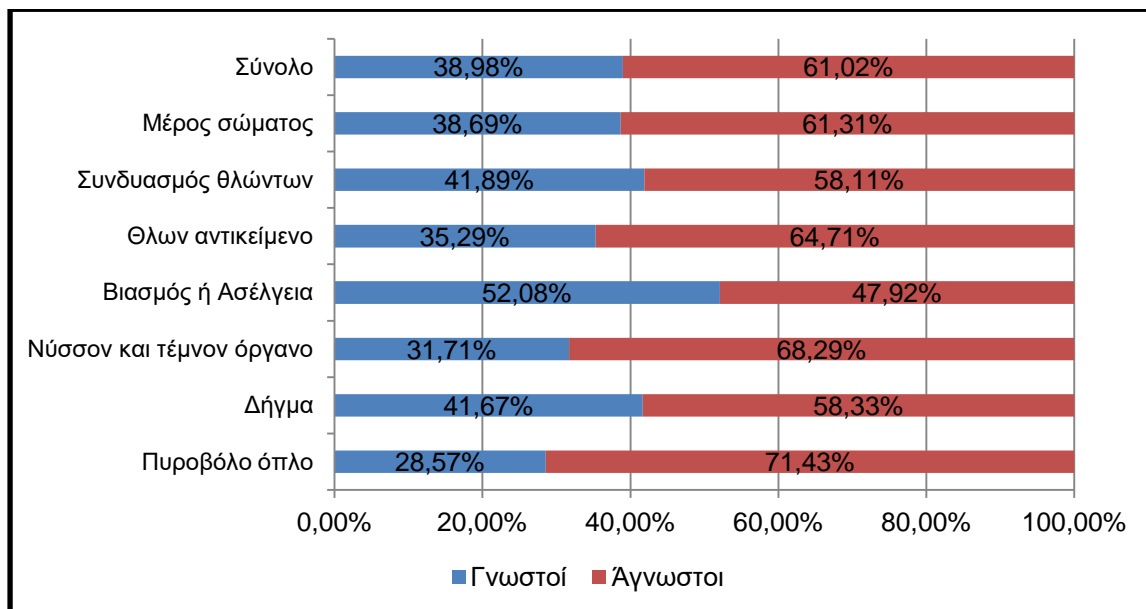
Πίνακας 8-53. Αναφερόμενος μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων.



Διάγραμμα 8-56. Συσχέτιση του μηχανισμού πρόκλησης με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

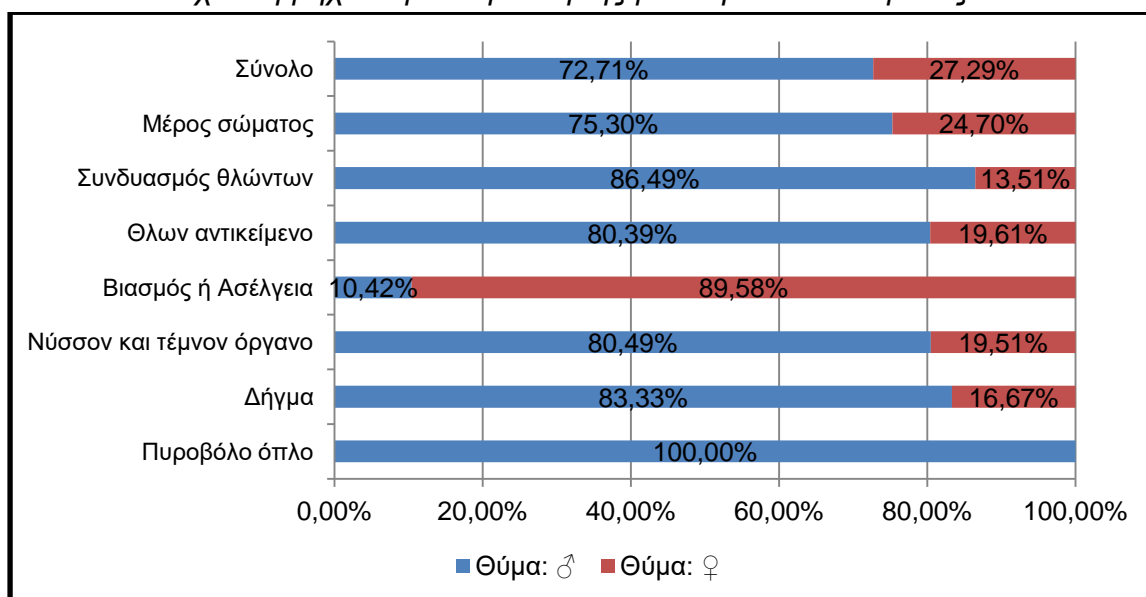
Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο οι δράστες να είχαν χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο, ενώ όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο να είχε χρησιμοποιηθεί μόνον κάποιο θλων αντικείμενο. Οι ανωτέρω συσχετίσεις -αν και στατιστικώς σημαντικές- δεν θεωρούνται αξιόπιστες.

8.3.15.1. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με τη μορφή σχέσης θύματος-δράστη
 Όταν ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει νύσσον και τέμνον όργανο ή πυροβόλο όπλο, ήταν λιγότερο συχνό το θύμα να τον γνώριζε, ενώ οι καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ήταν συχνότερες μεταξύ γνωστών ατόμων ($p>0.05$).



Διάγραμμα 8-57. Συσχέτιση του μηχανισμού πρόκλησης με τη μορφή σχέσης.

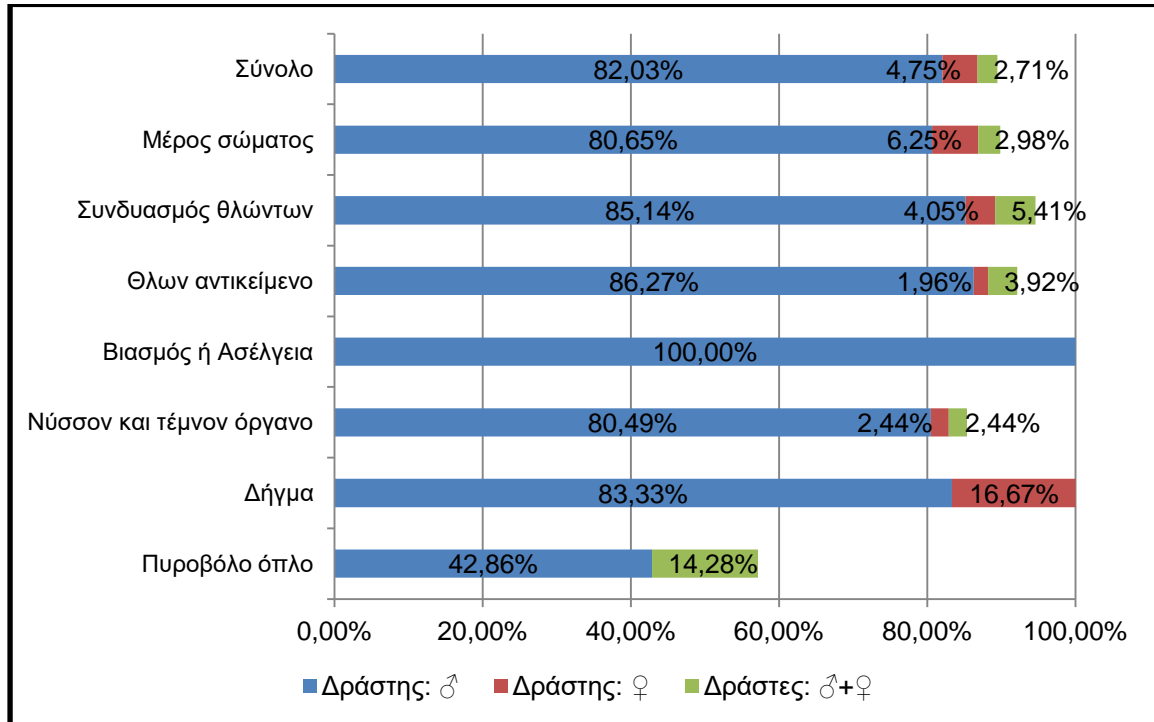
8.3.15.2. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του θύματος



Διάγραμμα 8-58. Συσχέτιση του μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του θύματος.

Στις καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν θήλυ άτομο. Όταν ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο μέρος του σώματος ως θλων όργανο σε συνδυασμό με κάποιο θλων αντικείμενο, καθώς και όταν είχε δαγκώσει το θύμα, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν άρρεν άτομο ($p<0.001$). Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε όλα τα περιστατικά, στα οποία ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει πυροβόλο όπλο, όλα τα θύματα ήταν άρρενα άτομα.

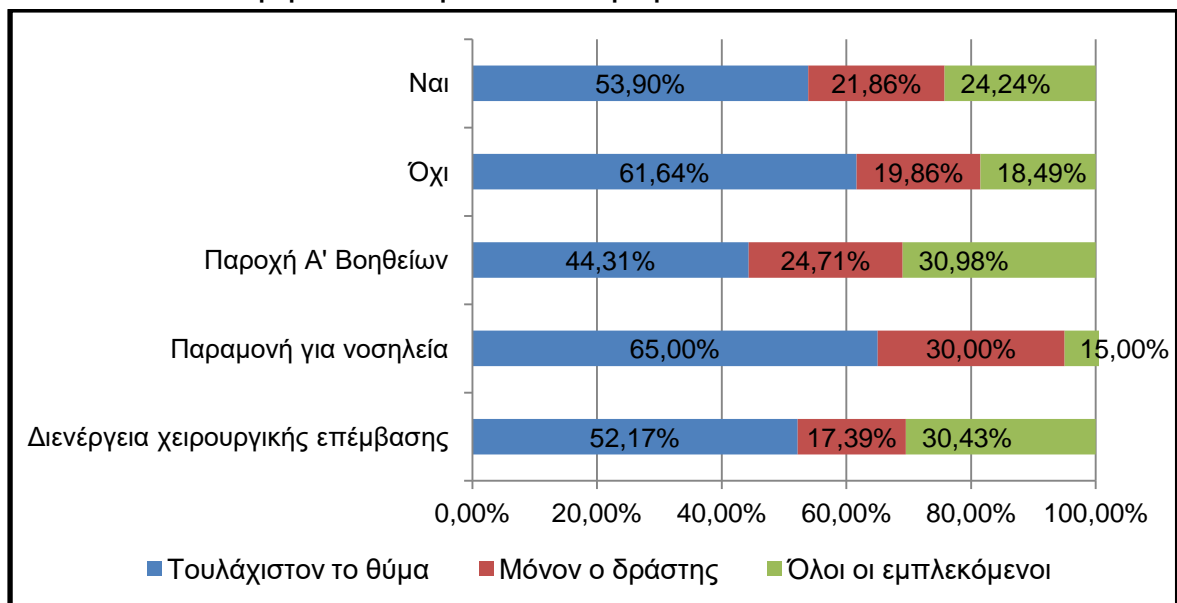
8.3.15.3. Συσχέτιση μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του δράστη



Διάγραμμα 8-59. Συσχέτιση του μηχανισμού πρόκλησης με το φύλο του δράστη.

Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο να είχε χρησιμοποιήσει κάποιο θλων αντικείμενο, ενώ σε όλες τις καταγγελίες βιασμών ή ασελγειών, οι δράστες ήταν άρρενα άτομα. Όταν ο δράστης ήταν θήλυ ήταν πιθανότερο να είχε δαγκώσει το θύμα. Οι ανωτέρω συσχετίσεις -αν και στατιστικώς σημαντικές- δεν θεωρούνται αξιόπιστες.

8.3.16. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα



Διάγραμμα 8-60. Συσχέτιση της επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

Σε 298 περιστατικά (50.51%) το θύμα είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, εκ των οποίων 20 θύματα (3.39%) χρειάστηκε να παραμείνουν για ολιγοήμερη νοσηλεία και 23 θύματα (3,90%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση των προκληθεισών κακώσεων.

Τα θήλεα θύματα ήταν πιθανότερο να μην είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα (71.43% έναντι 49.49% των αρρένων θυμάτων), εν αντιθέσει με τα άρρενα θύματα τα οποία ήταν πιθανότερο τόσο να τους είχαν παρασχεθεί οι Α' Βοήθειες, όσο και να έχριζαν νοσηλείας ή και χειρουργικής επέμβασης.

Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, είχε συχνότερα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (4.17% έναντι 3.48% όταν ήταν γνωστοί).

Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, όπου είτε του είχαν παρασχεθεί οι Α' Βοήθειες, είτε είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

8.3.17. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε έως την καταγγελία του περιστατικού ήταν 5,97 ημέρες (2,75 ημέρες για τα άρρενα και 14,59 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 11,58 ημέρες, ενώ όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 2,88 ημέρες. Όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ο μέσος χρόνος ήταν 11,47 ημέρες, ενώ όταν ήταν άγνωστοι ήταν 2,48 ημέρες.

8.3.18. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε έως την ιατροδικαστική κλινική εξέταση ήταν 8,10 ημέρες (4,78 ημέρες για τα άρρενα και 16,99 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 13,11 ημέρες, ενώ όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 4,93 ημέρες. Όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ο μέσος χρόνος ήταν 13,31 ημέρες, ενώ όταν ήταν άγνωστοι ήταν 4,80 ημέρες.

8.3.19. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική κλινική εξέταση ήταν 2,13 ημέρες (2,03 ημέρες για τα άρρενα και 2,39 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 1,53 ημέρες, ενώ όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος χρόνος ήταν 2,05 ημέρες. Όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ο μέσος χρόνος ήταν 1,83 ημέρες, ενώ όταν ήταν άγνωστοι ήταν 2,31 ημέρες. Από τη συσχέτιση του χρόνου που μεσολάβησε έως την καταγγελία του περιστατικού και του χρόνου που μεσολάβησε

έως τη διενέργεια της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης προκύπτει ότι όταν τα θύματα γνώριζαν τους δράστες ήταν πιθανότερο να είχαν καταγγείλει το περιστατικό πολύ αργότερα σε σχέση με τα θύματα που δεν γνώριζαν τους δράστες (11,47 ημέρες έναντι 2,48 ημέρες), αλλά ήταν πιθανότερο να είχαν προσέλθει για να εξετασθούν σε συντομότερο χρονικό διάστημα, σε σχέση με τα θύματα που δεν γνώριζαν τους δράστες (1,83 ημέρες έναντι 2,31 ημέρες). Αντίστοιχο εύρημα παρατηρήθηκε και στα περιστατικά, στα οποία όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, καθώς ο μέσος χρόνος έως την καταγγελία ήταν 11,58 ημέρες, ενώ ο μέσος χρόνος για όλα τα περιστατικά ήταν 5,97 ημέρες και ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την καταγγελία έως την εξέταση ήταν 1,53 ημέρες, ενώ για όλα τα περιστατικά ήταν 2,13 ημέρες.

8.3.20. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής των εξεταζομένων από τις δραστηριότητές τους ήταν 7,10 ημέρες (8,50 ημέρες για τα άρρενα και 2,68 ημέρες για τα θήλεα θύματα). Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος νοσηλείας ήταν 6,95 ημέρες, ενώ όταν ήταν θήλυ άτομο, ήταν 2,77 ημέρες. Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος ήταν 6,79 ημέρες, ενώ όταν μόνον ο δράστης ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών ήταν 8,27 ημέρες. Όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 6,90 ημέρες, ενώ όταν δράστης ήταν άγνωστος στο θύμα, ήταν 7,23 ημέρες.

8.3.21. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 67 θυμάτων (11.36%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις και μάλιστα ήταν πιθανότερο να μην είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στα θήλεα θύματα (22.36%) σε σχέση με τα άρρενα (7.23%) και ελαφρώς συχνότερο όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη (13.04% έναντι 10.28% όταν δεν γνωρίζονταν, $p > 0.05$).

Σε 77 θύματα (56 άρρενα και 21 θήλεα) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση και στα υπόλοιπα θύματα (342 άρρενα και 104 θήλεα) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις. Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο (είτε δρώντας μόνου του, είτε από κοινού με κάποιο άρρεν άτομο) ήταν συχνότερο να είχαν διαπιστωθεί πολλαπλές κακώσεις (82.14% και 87.50%, αντίστοιχα, έναντι 75.59% όταν οι δράστες ήταν μόνον άρρενα άτομα). Όταν είτε όλοι οι εμπλεκόμενοι, είτε μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί πολλαπλές κακώσεις (86.82% και 80.42%, αντίστοιχα, έναντι 68.87% όταν το θύμα ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών, $p < 0.001$).

8.3.22. Τύπος κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 416 θυμάτων (304 άρρενα και 112 θήλεα άτομα) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις. Σε 107 περιστατικά (94 άρρενα άτομα και 13 θήλεα άτομα) είχαν διαπιστωθεί προ της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και εσωτερικές κακώσεις. Μάλιστα, ήταν πιθανότερο οι εσωτερικές κακώσεις να είχαν διαπιστωθεί στα άρρενα θύματα (21.91%), σε σύγκριση με τα θήλεα (8.07%) ($p < 0.001$). Σε 72 θύματα είχαν προκληθεί κατάγματα (15.15% των αρρένων και 4.35% των θηλέων θυμάτων, $p < 0.001$).

Η διαπίστωση καταγμάτων ή/και άλλων εσωτερικών κακώσεων ήταν λιγότερη συχνή όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο (είτε μόνο του, είτε από κοινού με κάποιον άρρενα) (3.57% και 12.50% έναντι 18.18% όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα, $p > 0.05$).

Η διαπίστωση τουλάχιστον καταγμάτων, ήταν πιθανότερη όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών (17.05%), είτε όταν όλοι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών (14.69%) ($p < 0.001$).

8.3.23. Εντόπιση κακώσεων

♂ (n=429)	♀ (n=161)	Σύνολο (n=590)
Κεφαλή: 70.63% <i>Πρόσωπο: 66.67%</i> <i>Κρανίο: 19.81%</i> Τράχηλος: 12.82%	Κεφαλή: 31.06% <i>Πρόσωπο: 28.57%</i> <i>Κρανίο: 6.83%</i> Τράχηλος: 9.94%	Κεφαλή: 59.83% <i>Πρόσωπο: 56.27%</i> <i>Κρανίο: 16.27%</i> Τράχηλος: 12.03%
Κορμός: 32.17% <i>Θώρακας: 20.98%</i> <i>Κοιλία: 7.93%</i> <i>Ράχη: 18.88%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.47%</i>	Κορμός: 32.30% <i>Θώρακας: 17.39%</i> <i>Κοιλία: 3.73%</i> <i>Ράχη: 19.88%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 8.70%</i>	Κορμός: 32.20% <i>Θώρακας: 20.00%</i> <i>Κοιλία: 6.78%</i> <i>Ράχη: 19.15%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 2.71%</i>
Άνω άκρα: 44.52% <i>Βραχίονες: 27.27%</i> <i>Αντιβράχια: 26.57%</i> <i>Άκρες χείρες: 18.88%</i>	Άνω άκρα: 52.17% <i>Βραχίονες: 34.78%</i> <i>Αντιβράχια: 26.09%</i> <i>Άκρες χείρες: 18.63%</i>	Άνω άκρα: 46.61% <i>Βραχίονες: 29.32%</i> <i>Αντιβράχια: 26.44%</i> <i>Άκρες χείρες: 18.81%</i>
Κάτω άκρα: 30.07% <i>Μηροί: 21.45%</i> <i>Κνήμες: 22.38%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.50%</i>	Κάτω άκρα: 30.43% <i>Μηροί: 25.47%</i> <i>Κνήμες: 20.50%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.73%</i>	Κάτω άκρα: 30.17% <i>Μηροί: 22.54%</i> <i>Κνήμες: 21.86%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.56%</i>

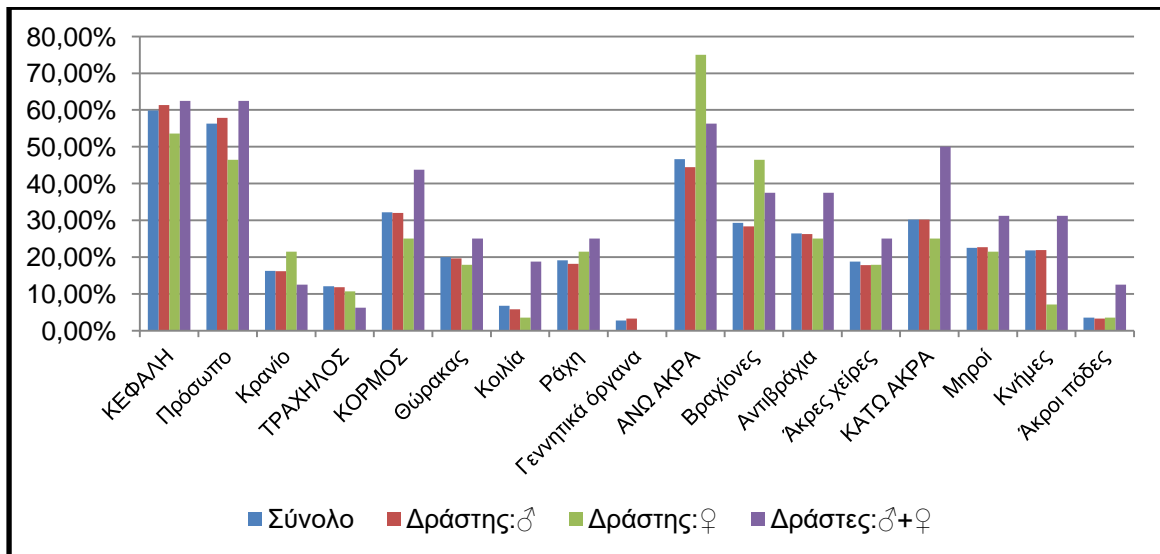
Εικόνα 8-8. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.

Η διαπίστωση κακώσεων στην κεφαλή ήταν πιθανότερη στα άρρενα θύματα ($p < 0.001$), τόσο στο κρανίο ($p < 0.001$) όσο και στο πρόσωπο ($p < 0.001$). Οι κακώσεις στα γεννητικά όργανα ήταν κατά πολύ συχνότερες στα θήλεα θύματα, αλλά λόγω του μικρού δείγματος το εν λόγω αποτέλεσμα δεν θεωρείται αξιόπιστο.

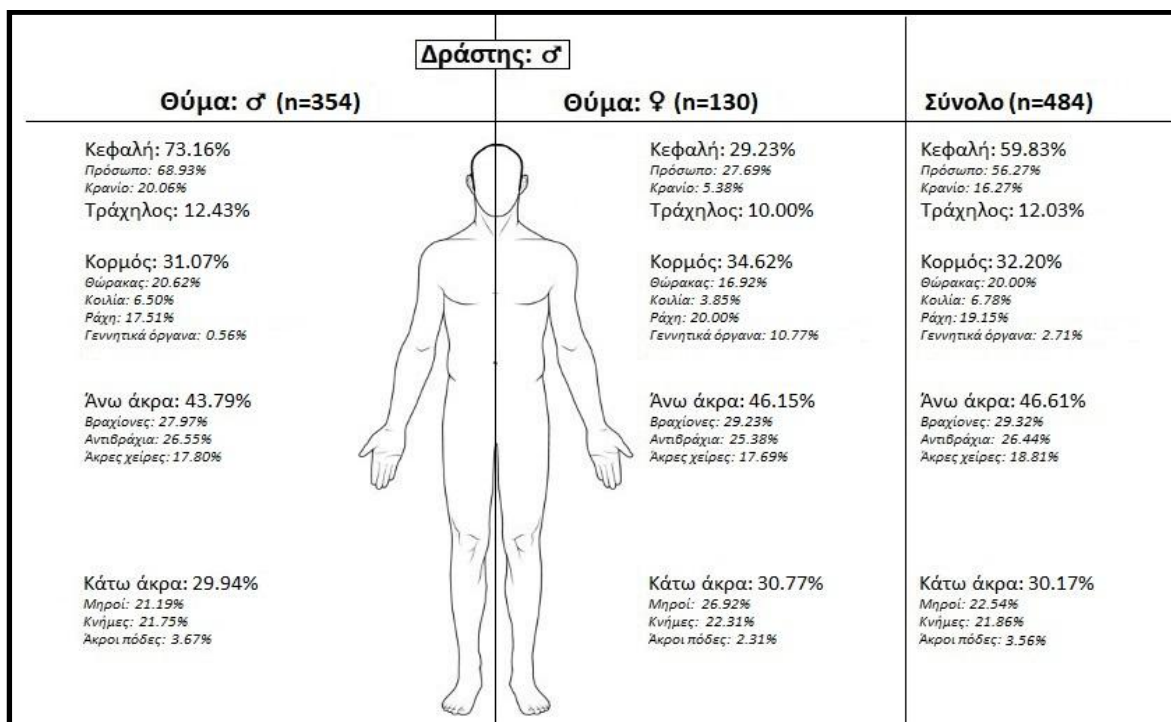
8.3.23.1. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με το φύλο του δράστη

Οι κακώσεις στα άνω άκρα ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ($p=0.005$).

Η διαπίστωση κακώσεων στη ράχη, στους βραχίονες, στους μηρούς και στις κνήμες ήταν ελαφρώς συχνότερη στα θήλεα θύματα όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα, ενώ η διαπίστωση κακώσεων στον τράχηλο και στον θώρακα ήταν ελαφρώς συχνότερη στα άρρενα θύματα όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα. Λόγω του μικρού αριθμού περιστατικών στα οποία οι δράστες ήταν θήλεα άτομα, δεν κρίθηκε σκόπιμη η συγκριτική ανάλυσή τους.



Διάγραμμα 8-61. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με το φύλο των δραστών.



Εικόνα 8-9. Εντόπιση των κακώσεων, όταν δράστης ήταν άνδρας ή αγόρι.

8.3.23.2. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τη μορφή σχέσης

Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, ήταν πιθανότερο να έφερε κακώσεις στη ράχη ($p=0.008$).

Γνωστοί (n=230)	Αγνωστοί (n=360)	Σύνολο (n=590)
<p>Κεφαλή: 58.70%</p> <p>Πρόσωπο: 55.65%</p> <p>Κρανίο: 14.35%</p> <p>Τράχηλος: 12.17%</p>	<p>Κεφαλή: 60.56%</p> <p>Πρόσωπο: 56.67%</p> <p>Κρανίο: 17.50%</p> <p>Τράχηλος: 11.94%</p>	<p>Κεφαλή: 59.83%</p> <p>Πρόσωπο: 56.27%</p> <p>Κρανίο: 16.27%</p> <p>Τράχηλος: 12.03%</p>
<p>Κορμός: 31.74%</p> <p>Θώρακας: 20.00%</p> <p>Κοιλία: 5.65%</p> <p>Ράχη: 13.91%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 4.35%</p>	<p>Κορμός: 32.50%</p> <p>Θώρακας: 20.00%</p> <p>Κοιλία: 7.50%</p> <p>Ράχη: 22.50%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 1.67%</p>	<p>Κορμός: 32.20%</p> <p>Θώρακας: 20.00%</p> <p>Κοιλία: 6.78%</p> <p>Ράχη: 19.15%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 2.71%</p>
<p>Άνω άκρα: 45.65%</p> <p>Βραχίονες: 29.13%</p> <p>Αντιβράχια: 27.39%</p> <p>Άκρες χείρες: 15.65%</p>	<p>Άνω άκρα: 47.22%</p> <p>Βραχίονες: 29.44%</p> <p>Αντιβράχια: 25.83%</p> <p>Άκρες χείρες: 20.83%</p>	<p>Άνω άκρα: 46.61%</p> <p>Βραχίονες: 29.32%</p> <p>Αντιβράχια: 26.44%</p> <p>Άκρες χείρες: 18.81%</p>
<p>Κάτω άκρα: 30.43%</p> <p>Μηροί: 22.61%</p> <p>Κνήμες: 20.00%</p> <p>Άκροι πόδες: 3.04%</p>	<p>Κάτω άκρα: 30.00%</p> <p>Μηροί: 22.50%</p> <p>Κνήμες: 23.06%</p> <p>Άκροι πόδες: 3.89%</p>	<p>Κάτω άκρα: 30.17%</p> <p>Μηροί: 22.54%</p> <p>Κνήμες: 21.86%</p> <p>Άκροι πόδες: 3.56%</p>

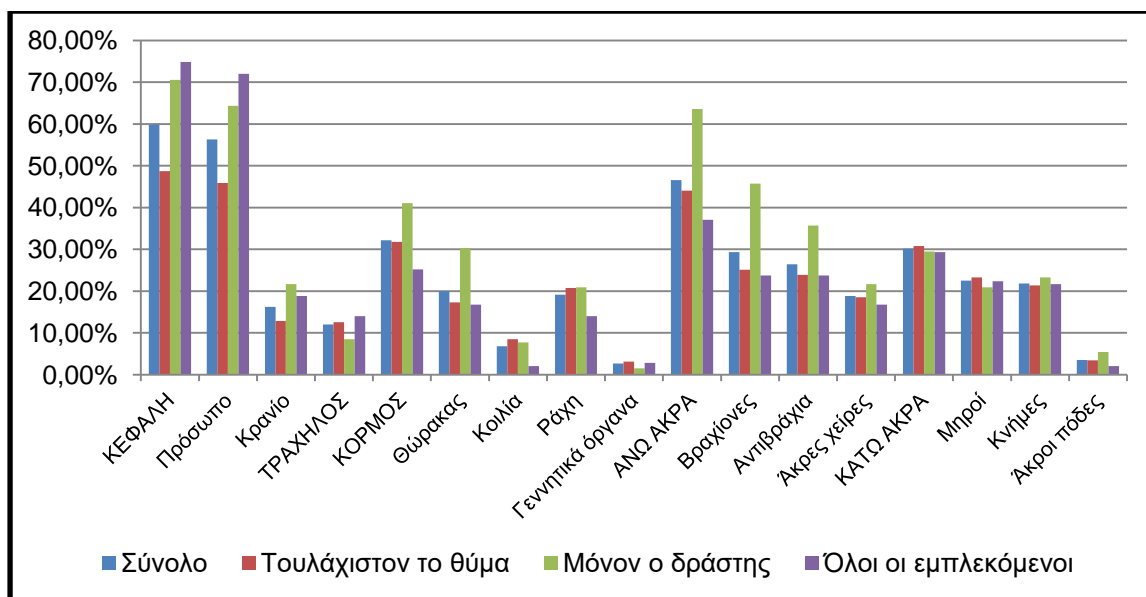
Εικόνα 8-10. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τη μορφή σχέσης.

8.3.23.3. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με τον τόπο του συμβάντος

Οι κακώσεις στην κεφαλή ήταν συχνότερες όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο (65.59% έναντι 42.31% όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο). Οι κακώσεις στα γεννητικά όργανα ήταν συχνότερες όταν το περιστατικό είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο, σε σχέση με τα περιστατικά που είχαν λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο.

8.3.23.4. Συσχέτιση της εντόπισης των κακώσεων με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών

Όταν μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στο κορμό ($p=0.022$), ιδίως στον θώρακα ($p=0.006$), καθώς και στα άνω άκρα ($p<0.001$), ιδίως στους βραχίονες ($p<0.001$) και στα αντιβράχια ($p=0.027$). Όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ή/και μόνον οι δράστες ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή ($p<0.001$), τόσο στο πρόσωπο ($p<0.001$), όσο και στο κρανίο ($p=0.047$). Επίσης, όταν όλοι οι όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών, ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κοιλία ($p=0.041$).



Διάγραμμα 8-62. Συσχέτιση της εντόπιση των κακώσεων με την ηλικιακή ομάδα των εμπλεκομένων.

8.3.24. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Σε 223 καταγγελίες (37.80%) οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση και τον λοιπό κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο κακώσεις θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν είτε ως επικίνδυνες (130 περιστατικά), είτε ως βαριές σωματικές βλάβες (93 περιστατικά).

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	199 (46.39)	85 (52.80)	284 (48.13)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	112 (26.11)	18 (11.18)	130 (22.03)
Βαριές σωματικές βλάβες	86 (20.05)	7 (4.35)	93 (15.76)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	1 (0.23)	15 (9.32)	16 (2.71)
Σύνολο	429	161	590

Πίνακας 8-54. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με το φύλο του θύματος.

	♂ (%)	♀ (%)	♂+♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	223 (46.07)	22 (78.57)	11 (68.75)	284 (48.13)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	114 (23.55)	3 (10.71)	3 (18.75)	130 (22.03)
Βαριές σωματικές βλάβες	74 (15.29)	1 (3.57)	2 (12.50)	93 (15.76)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	16 (3.31)	0	0	16 (2.71)
Σύνολο	484	28	65	590

Πίνακας 8-55. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με το φύλο του δράστη.

	Γνωστοί (%)	Άγνωστοι (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	109 (47.39)	175 (48.61)	284 (48.13)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	49 (21.30)	81 (22.50)	130 (22.03)
Βαριές σωματικές βλάβες	33 (14.35)	60 (16.67)	93 (15.76)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	9 (3.91)	7 (1.94)	16 (2.71)
Σύνολο	230	390	590

Πίνακας 8-56. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με τη μορφή σχέσης.

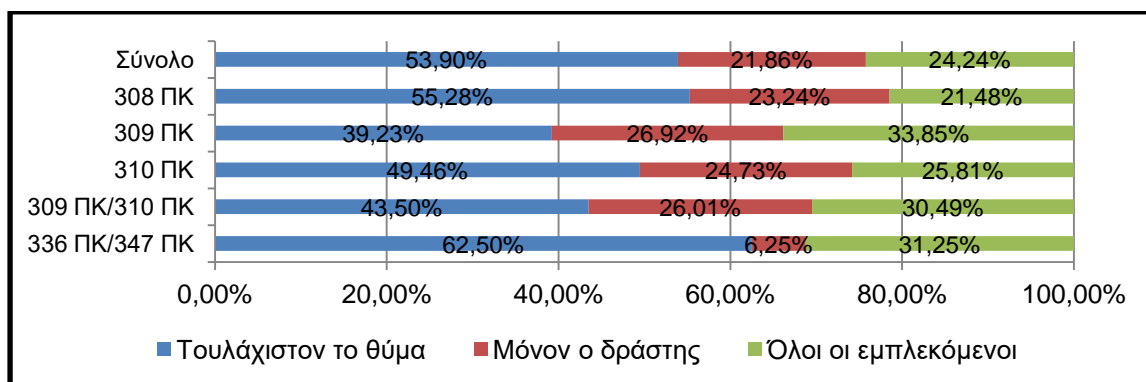
	Δημόσιος (%)	Ιδιωτικός (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	224 (48.17)	56 (53.85)	284 (48.13)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	113 (24.30)	16 (15.38)	130 (22.03)
Βαριές σωματικές βλάβες	82 (17.63)	8 (7.69)	93 (15.76)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	3 (0.65)	7 (6.73)	16 (2.71)
Σύνολο	465	104	590

Πίνακας 8-57. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με τον τόπο τέλεσης.

Όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$). Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε δημόσιο χώρο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$).

Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, ενώ όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες. Οι προαναφερθείσες συσχετίσεις -αν και στατιστικώς σημαντικές- δεν θεωρούνται αξιόπιστο αποτέλεσμα.

Εκ των συνολικά 60 καταγγελιών για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, οι 47 (78.33%) αφορούσαν σε βιασμούς κατά θήλεων ατόμων (42 περιστατικά) ή ασέλγειες παρά φύση κατά αρρένων ατόμων (5 περιστατικά). Στα υπόλοιπα 13 περιστατικά, τα οποία αφορούσαν όλα σε θήλεα άτομα, το θύμα ανέφερε ότι δεν διενεργήθηκε διείσδυση του πέους στον κόλπο ή στον πρωκτό, αλλά οι δράστες χρησιμοποίησαν τα χέρια τους είτε ως θλων όργανο για την πρόκληση κακώσεων, είτε ως θωπιείς (10 περιστατικά, 16.67%), ενώ σε 3 περιστατικά (5.00%) χρησιμοποιήθηκε κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο, το οποίο προκάλεσε και ανάλογα τραύματα. Σε 16 καταγγελίες για βιασμούς ή ασέλγειες (26.67%) διαπιστώθηκαν κακώσεις στα γεννητικά όργανα, οι οποίες θα μπορούσαν να υποδηλώνουν βίαιη συνουσία. Οι δράστες σε αυτά τα περιστατικά ήταν όλοι άρρενα άτομα, ενώ τα θύματα ήταν 15 θήλεα άτομα και 1 άρρεν. Μάλιστα, ήταν πιθανότερο το θύμα να γνώριζε τον δράστη (3.91% έναντι 1.94% όταν δεν τον γνώριζε), χωρίς όμως η εν λόγω διαφοροποίηση να θεωρείται στατιστικώς σημαντική ($p > 0.05$).

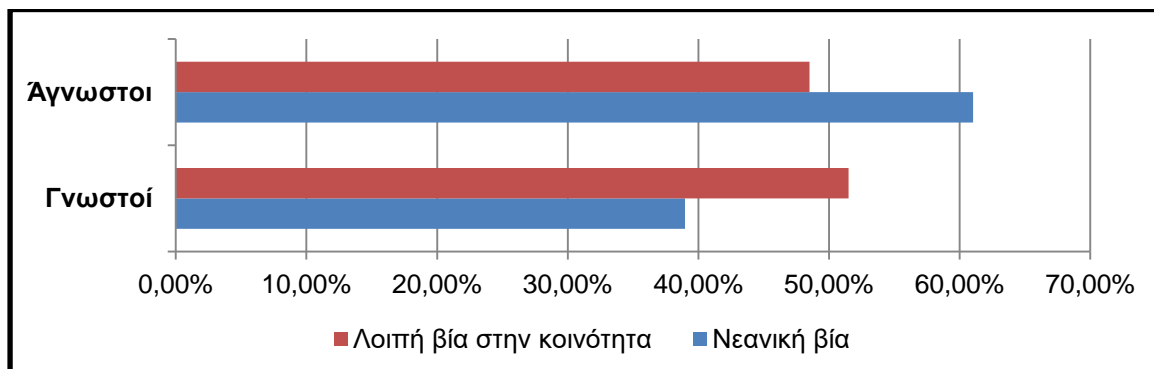


Διάγραμμα 8-63. Συσχέτιση πιθανού νομικού χαρακτηρισμού με την ηλικιακή ομάδα 10-29 ετών.

8.4. Σύγκριση μεταξύ των περιστατικών νεανικής βίας και των λοιπών περιστατικών βίας στην κοινότητα

8.4.1. Μορφή σχέσης εμπλεκομένων

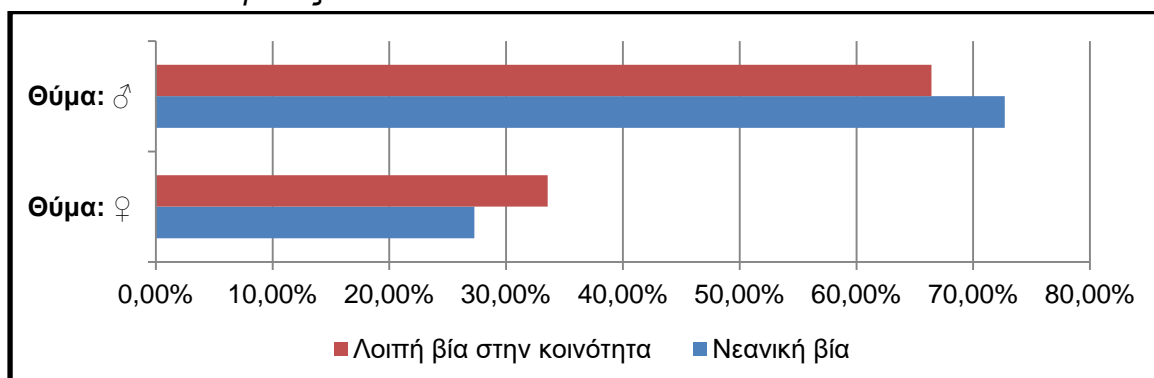
Όταν το θύμα γνώριζε τον δράστη, ήταν λιγότερο πιθανό το περιστατικό να αφορά σε νεανική βία ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-64. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων.

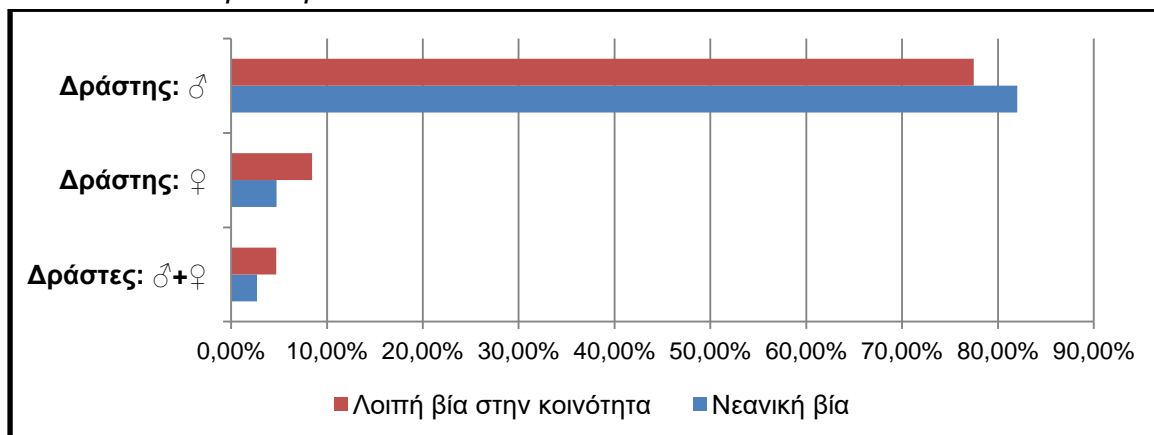
8.4.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.4.2.1. Φύλο θύματος



Διάγραμμα 8-65. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με το φύλο του θύματος.

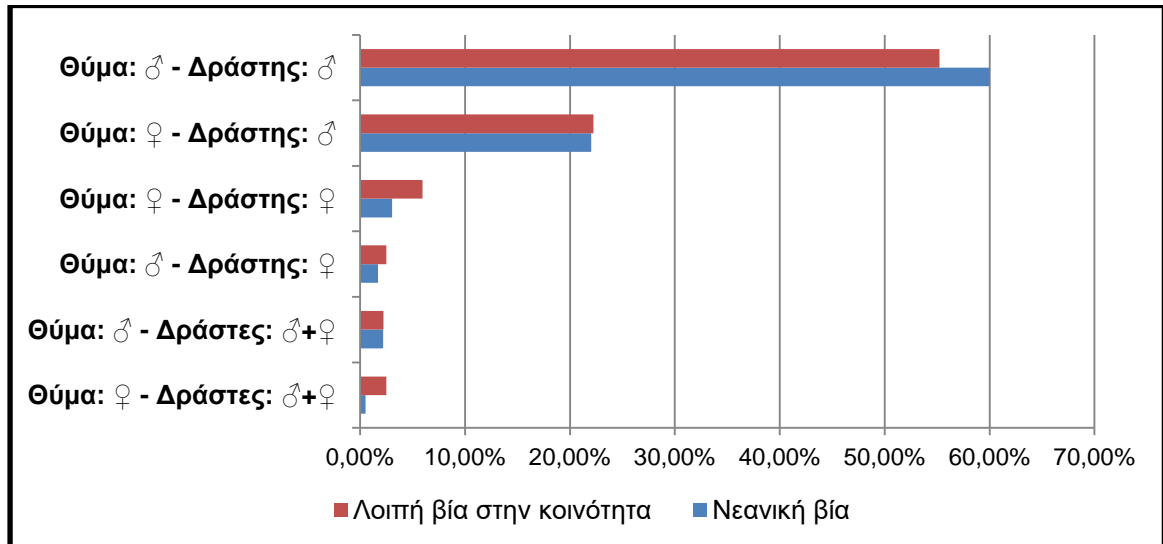
8.4.2.2. Φύλο δράστη



Διάγραμμα 8-66. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με το φύλο των δραστών.

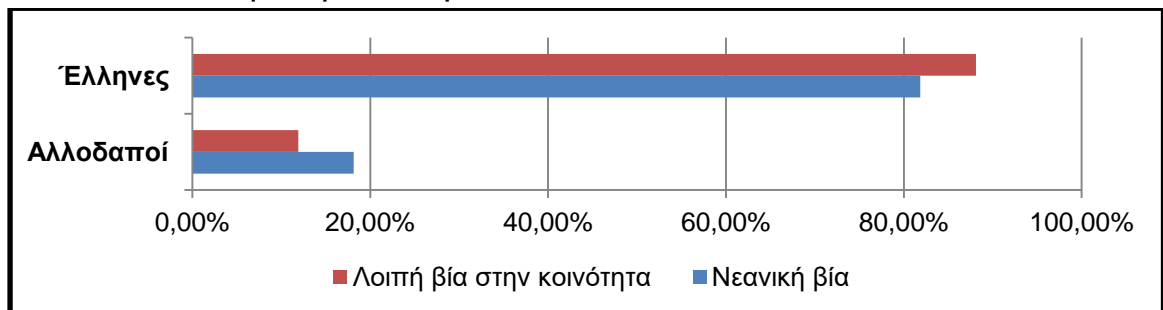
8.4.2.3. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων

Όσον αφορά στο φύλο των εμπλεκομένων δεν διαπιστώθηκαν ουσιώδεις διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο του θύματος, αλλά σε σχέση με το φύλο των δραστών. Πιο συγκεκριμένα, ήταν λιγότερο πιθανό τα θήλεα άτομα (είτε κατά μόνας, είτε από κοινού με άρρενα άτομα), να ήταν δράστες στα περιστατικά νεανικής βίας ($p=0.001$).

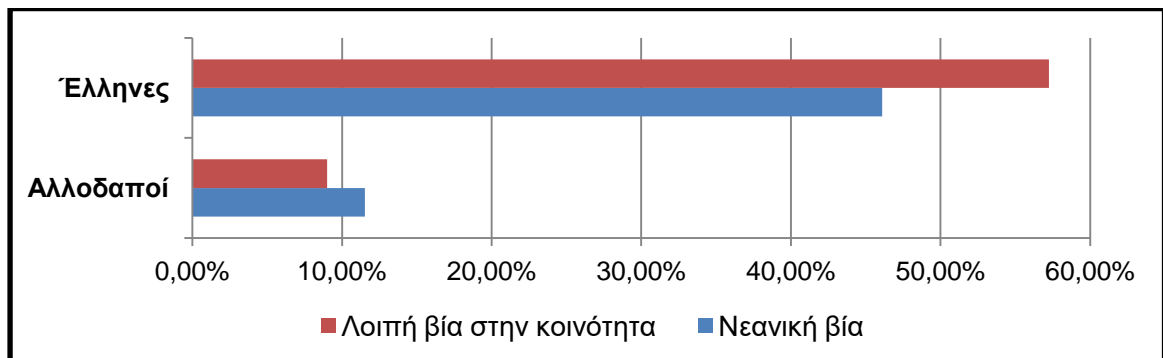


Διάγραμμα 8-67. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με το φύλο των εμπλεκομένων.

8.4.3. Εθνικότητα εμπλεκομένων



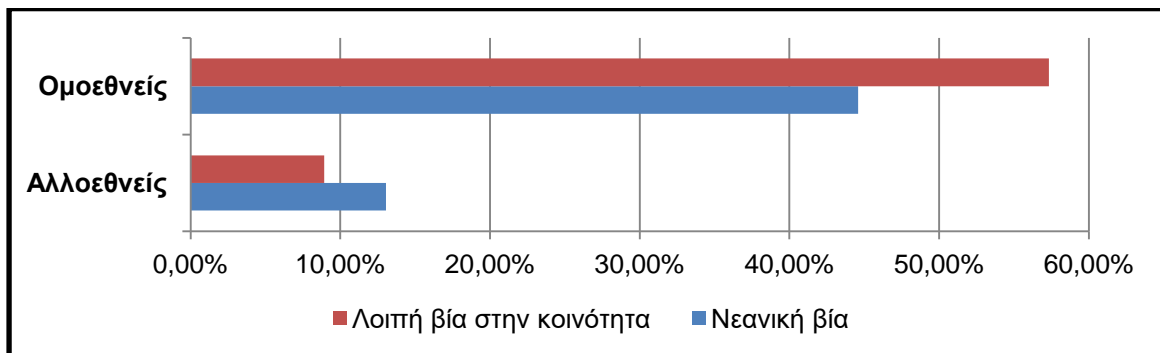
Διάγραμμα 8-68. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την εθνικότητα του θύματος.



Διάγραμμα 8-69. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την εθνικότητα του δράστη.

8.4.3.1. Συσχέτιση εθνικότητας εμπλεκομένων

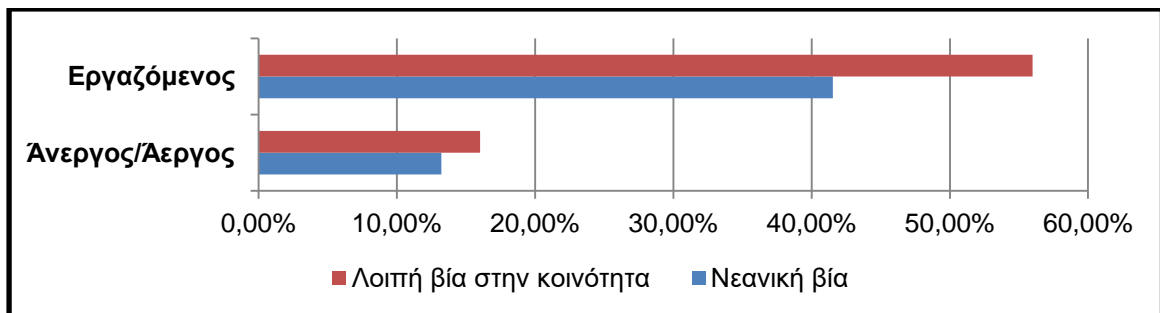
Στα περιστατικά νεανικής βίας, ήταν πιθανότερο τόσο το θύμα να ήταν αλλοδαπός, όσο και όλοι οι εμπλεκόμενοι να ήταν αλλοεθνείς ($p=0.001$).



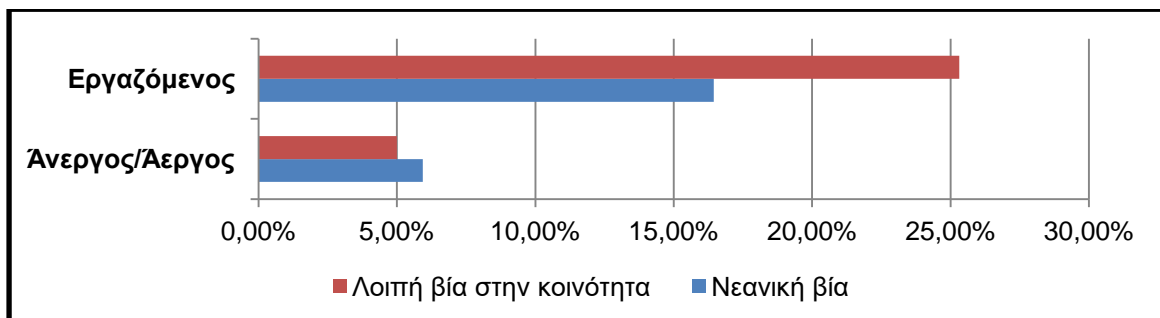
Διάγραμμα 8-70. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την εθνικότητα των εμπλεκομένων.

8.4.4. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

Στα περιστατικά νεανικής βίας στην κοινότητα, ήταν λιγότερο πιθανό να εργαζόταν το θύμα ή ο δράστης ($p<0.001$).



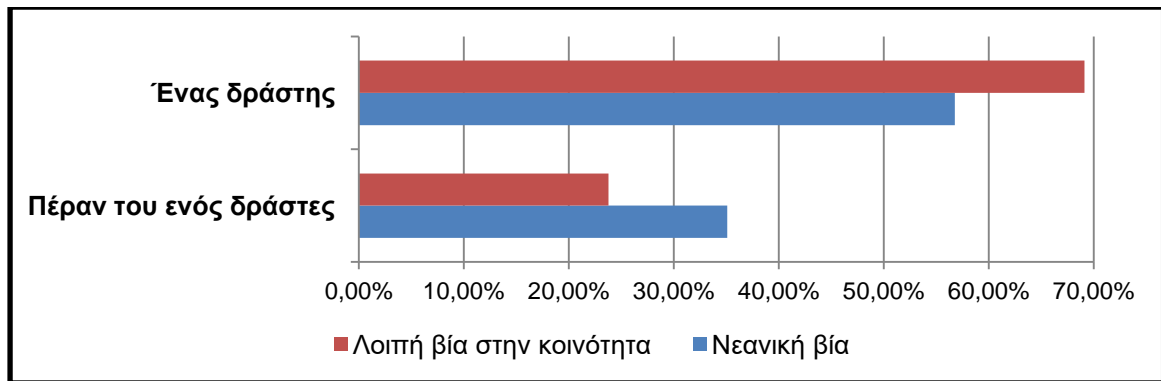
Διάγραμμα 8-71. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την εργασιακή απασχόληση του θύματος.



Διάγραμμα 8-72. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την εργασιακή απασχόληση του δράστη.

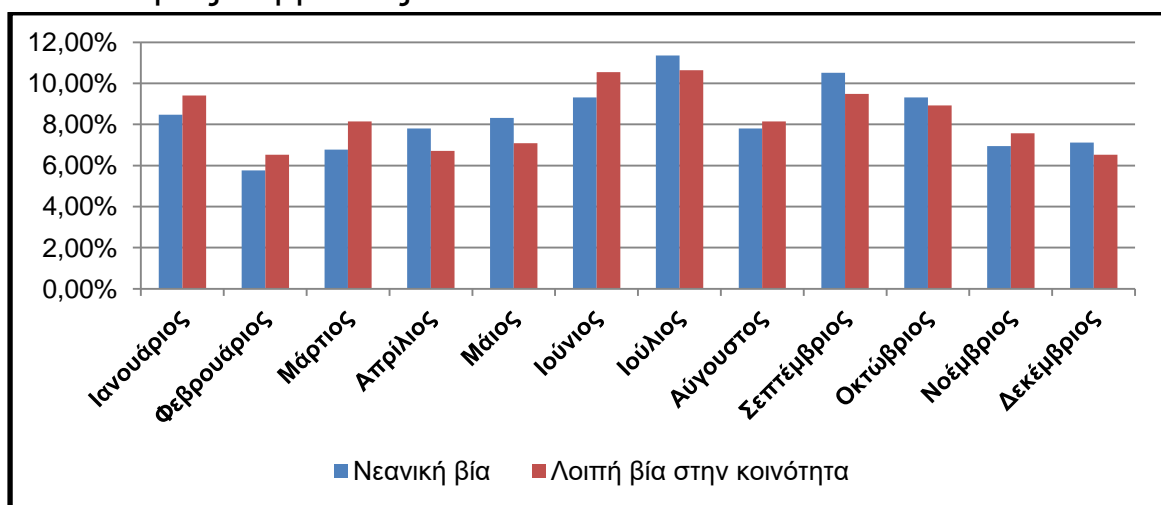
8.4.5. Αριθμός δραστών

Η εμπλοκή δύο ή περισσότερων δραστών στο περιστατικό, ήταν πιθανότερη στα περιστατικά νεανικής βίας ($p<0.001$).



Διάγραμμα 8-73. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον αριθμό των δράστών.

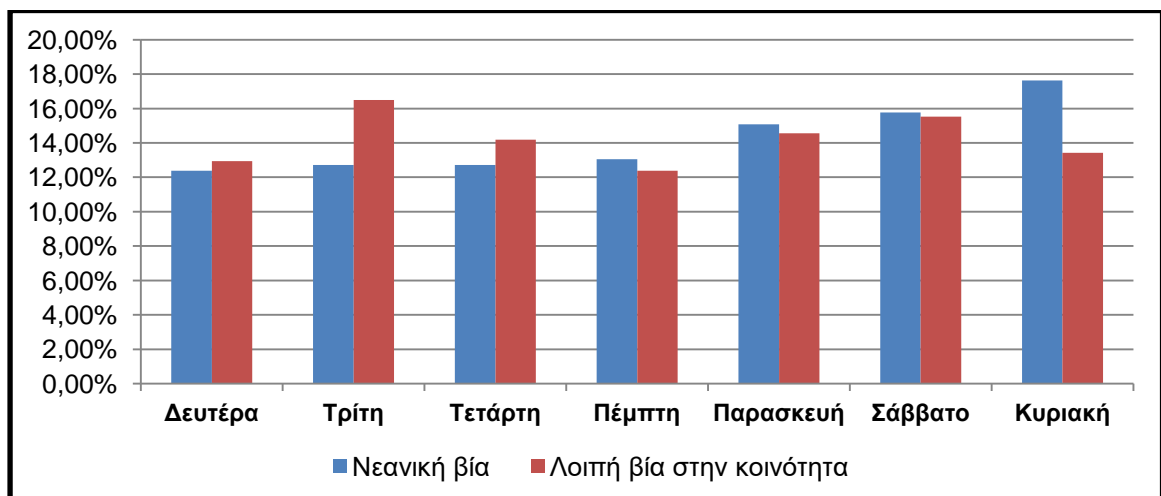
8.4.6. Μήνας συμβάντος



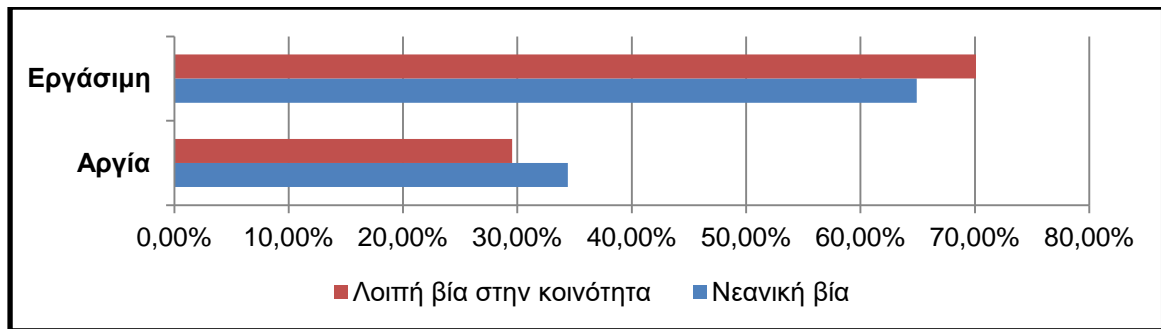
Διάγραμμα 8-74. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα.

8.4.7. Ημέρα συμβάντος

Τα περιστατικά που είχαν συμβεί σε αργίες, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε νεανική βία ($p=0.030$).



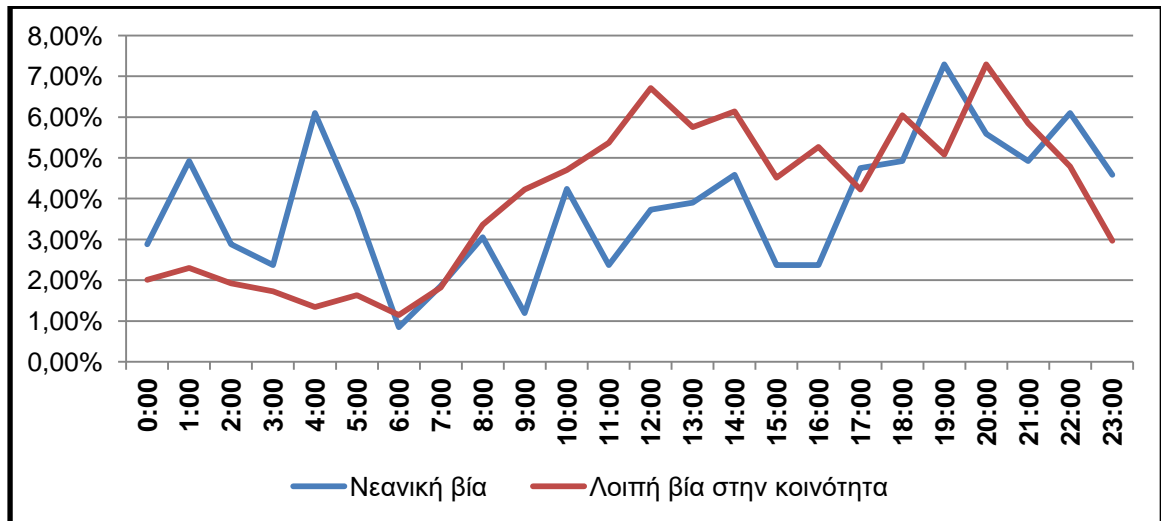
Διάγραμμα 8-75. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα.



Διάγραμμα 8-76. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την ημέρα του συμβάντος.

8.4.8. Ώρα συμβάντος

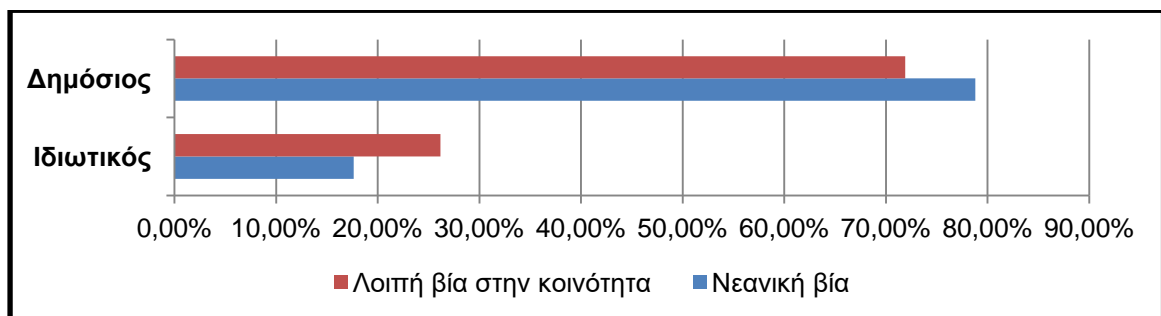
Τα περιστατικά τα οποία είχαν λάβει χώρα μεταξύ 00:00 και 07:59, ήταν πιθανότερο να αφορούν σε νεανική βία, ενώ τα περιστατικά τα οποία είχαν λάβει χώρα μεταξύ 08:00 και 15:59 ήταν πιθανότερο να αφορούν στα λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-77. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την ώρα του συμβάντος.

8.4.9. Τόπος συμβάντος

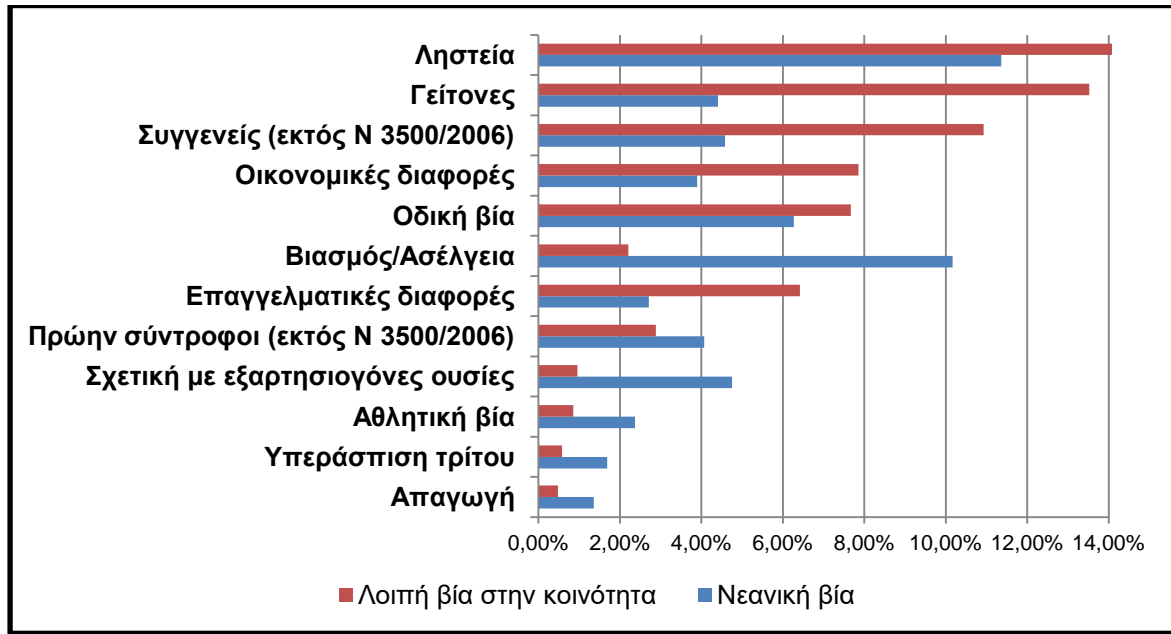
Όταν το περιστατικό είχε συμβεί σε ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσε στα λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-78. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον τόπο του συμβάντος.

8.4.10. Αιτία συμβάντος

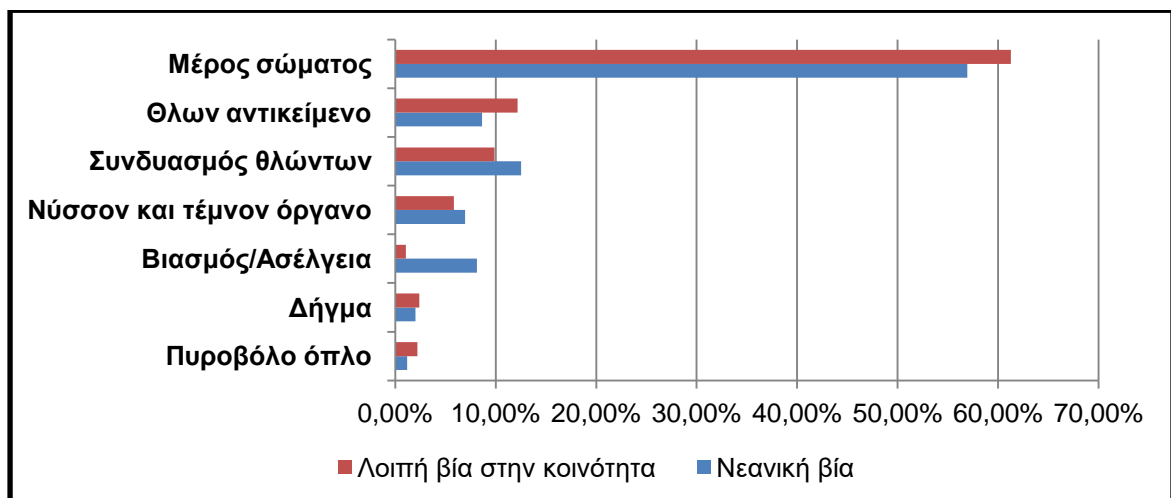
Τα περιστατικά τα οποία σχετίζονταν με τη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και την υπεράσπιση κάποιου άλλου προσώπου, οι απαγωγές και η αθλητική βία, καθώς οι καταγγελίες για βιασμούς και ασέλγειες ήταν πιθανότερο να αφορούν σε νεανική βία. Τα περιστατικά μεταξύ γειτόνων, καθώς και οι οικογενειακές, οι επαγγελματικές και οι οικονομικές ήταν πιθανότερο να αφορούν στη λοιπή βία στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-79. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την αιτία του συμβάντος.

8.4.11. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

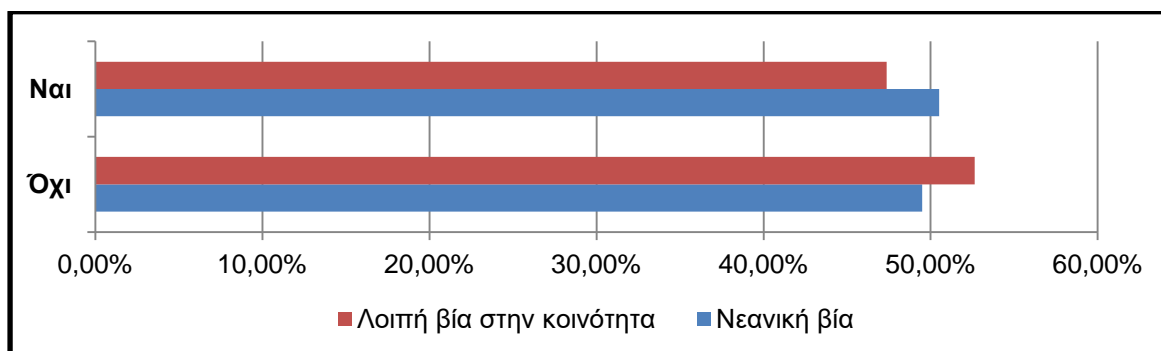
Η χρήση πυροβόλων όπλων και θλώντων αντικειμένων ήταν λιγότερο πιθανή στα περιστατικά νεανικής βίας. Οι καταγγελίες για βιασμούς και ασέλγειες ήταν πιθανότερες στη νεανική βία ($p < 0.001$).



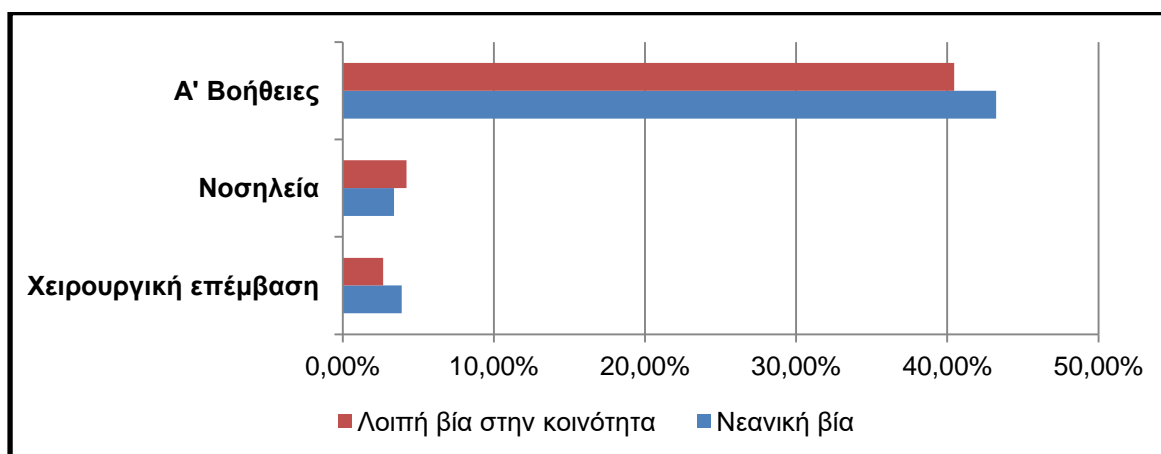
Διάγραμμα 8-80. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον μηχανισμό πρόκλησης των κακώσεων.

8.4.12. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Οι διαφορές όσον αφορά στην επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα δεν θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ($p>0.05$).

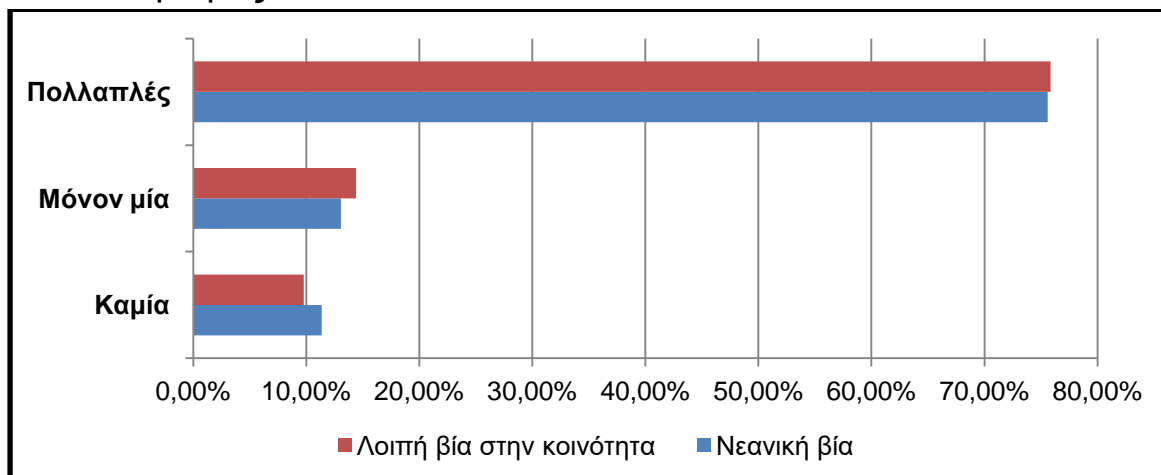


Διάγραμμα 8-81. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την προσέλευση σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα.



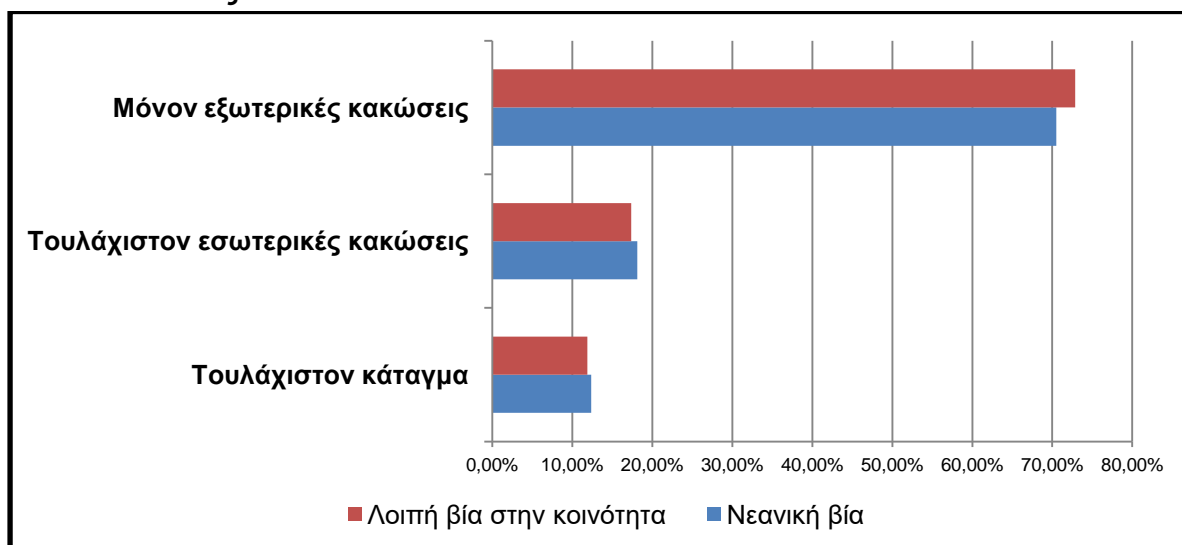
Διάγραμμα 8-82. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με την απαιτούμενη θεραπεία.

8.4.13. Αριθμός κατώσεων



Διάγραμμα 8-83. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον αριθμό των κατώσεων.

8.4.14. Τύπος κακώσεων



Διάγραμμα 8-84. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον τύπο των κακώσεων.

8.4.15. Ανατομική εντόπιση των κακώσεων

Νεανική βία (n=590)	Λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα (n=1043)	Σύνολο (n=1633)
<p>Κεφαλή: 59.83% Πρόσωπο: 56.27% Κρανίο: 16.27% Τράχηλος: 12.03%</p> <p>Κορμός: 32.20% Θώρακας: 20.00% Κοιλία: 6.78% Ράχη: 19.15% Γεννητικά όργανα: 2.71%</p> <p>Άνω άκρα: 46.61% Βραχίονες: 29.32% Αντιβράχια: 26.44% Άκρες χείρες: 18.81%</p> <p>Κάτω άκρα: 30.17% Μηροί: 22.54% Κνήμες: 21.86% Άκροι πόδες: 3.56%</p>	<p>Κεφαλή: 58.49% Πρόσωπο: 52.06% Κρανίο: 16.49% Τράχηλος: 12.94%</p> <p>Κορμός: 31.83% Θώρακας: 18.41% Κοιλία: 7.86% Ράχη: 15.82% Γεννητικά όργανα: 0%</p> <p>Άνω άκρα: 55.03% Βραχίονες: 31.06% Αντιβράχια: 33.46% Άκρες χείρες: 26.94%</p> <p>Κάτω άκρα: 30.01% Μηροί: 20.23% Κνήμες: 22.72% Άκροι πόδες: 4.79%</p>	<p>Κεφαλή: 58.97% Πρόσωπο: 53.58% Κρανίο: 16.41% Τράχηλος: 12.62%</p> <p>Κορμός: 31.97% Θώρακας: 18.98% Κοιλία: 7.47% Ράχη: 17.02% Γεννητικά όργανα: 0.98%</p> <p>Άνω άκρα: 51.99% Βραχίονες: 30.43% Αντιβράχια: 30.92% Άκρες χείρες: 24.01%</p> <p>Κάτω άκρα: 30.07% Μηροί: 21.07% Κνήμες: 22.41% Άκροι πόδες: 4.35%</p>

Εικόνα 8-11. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, σε σχέση με τη συμμετοχή τουλάχιστον ενός ατόμου ηλικίας 10-29 ετών.

Τα άτομα στα οποία διαπιστώθηκαν κακώσεις στα γεννητικά όργανα ήταν όλα θύματα νεανικής βίας. Οι κακώσεις στα άνω άκρα ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν διαπιστωθεί στα θύματα νεανικής βίας ($p=0.001$), τόσο στα αντιβράχια ($p=0.002$), όσο και στις άκρες χείρες ($p<0.001$). Οι κακώσεις στο πρόσωπο ($p=0.040$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα θύματα νεανικής βίας (ανεξαρτήτως φύλου), όταν οι δράστες ήταν

άρρενα άτομα. Αντιθέτως, οι κακώσεις στα άνω άκρα ($p=0.001$) (συμπεριλαμβανομένων των αντιβραχίων, $p=0.029$ και των άκρων χειρών, $p<0.001$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα, όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα.

Όταν το περιστατικό αφορούσε σε θυματοποίηση θηλέων ατόμων, οι κακώσεις στην κεφαλή ($p=0.003$), ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.013$), καθώς και στα αντιβράχια ($p=0.028$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα.

Όταν το περιστατικό αφορούσε σε θυματοποίηση αρρένων ατόμων, οι κακώσεις στην κεφαλή ($p=0.025$), ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.001$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα περιστατικά νεανικής βίας, ενώ οι κακώσεις στα άνω άκρα ($p=0.003$) (συμπεριλαμβανομένων των αντιβραχίων, $p=0.031$ και των άκρων χειρών, $p<0.001$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα.

Νεανική βία (n=484)	Λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα (n=808)	Σύνολο (n=1292)
Κεφαλή: 59.83% Πρόσωπο: 56.27% Κρανίο: 16.27% Τράχηλος: 12.03%	Κεφαλή: 60.02% Πρόσωπο: 53.22% Κρανίο: 16.83% Τράχηλος: 11.88%	Κεφαλή: 60.53% Πρόσωπο: 54.95% Κρανίο: 16.56% Τράχηλος: 11.84%
Κορμός: 32.20% Θώρακας: 20.00% Κοιλία: 6.78% Ράχη: 19.15% Γεννητικά όργανα: 2.71%	Κορμός: 31.31% Θώρακας: 18.32% Κοιλία: 7.05% Ράχη: 16.34% Γεννητικά όργανα: 0%	Κορμός: 31.58% Θώρακας: 18.81% Κοιλία: 6.58% Ράχη: 17.28% Γεννητικά όργανα: 1.24%
Άνω άκρα: 46.61% Βραχίονες: 29.32% Αντιβράχια: 26.44% Άκρες χείρες: 18.81%	Άνω άκρα: 52.60% Βραχίονες: 30.82% Αντιβράχια: 31.56% Άκρες χείρες: 26.86%	Άνω άκρα: 50.31% Βραχίονες: 29.88% Αντιβράχια: 29.57% Άκρες χείρες: 23.45%
Κάτω άκρα: 30.17% Μηροί: 22.54% Κνήμες: 21.86% Άκροι πόδες: 3.56%	Κάτω άκρα: 29.58% Μηροί: 19.80% Κνήμες: 22.65% Άκροι πόδες: 4.95%	Κάτω άκρα: 29.80% Μηροί: 20.90% Κνήμες: 22.37% Άκροι πόδες: 4.33%

Εικόνα 8-12. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, σε σχέση με τη συμμετοχή τουλάχιστον ενός ατόμου ηλικίας 10-29 ετών, όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα.

Νεανική βία (n=28)	Λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα (n=88)	Σύνολο (n=116)
<p>Κεφαλή: 53.57% <i>Πρόσωπο: 46.43%</i> <i>Κρανίο: 21.43%</i> Τράχηλος: 10.71%</p> <p>Κορμός: 25.00% <i>Θώρακας: 17.86%</i> <i>Κοιλία: 3.57%</i> <i>Ράχη: 21.43%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 75.00% <i>Βραχίονες: 46.43%</i> <i>Αντιβράχια: 25.00%</i> <i>Άκρες χείρες: 17.86%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 25.00% <i>Μηροί: 21.43%</i> <i>Κνήμες: 7.14%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.57%</i></p>	<p>Κεφαλή: 45.45% <i>Πρόσωπο: 38.64%</i> <i>Κρανίο: 15.91%</i> Τράχηλος: 15.91%</p> <p>Κορμός: 28.41% <i>Θώρακας: 17.05%</i> <i>Κοιλία: 4.55%</i> <i>Ράχη: 13.64%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 56.82% <i>Βραχίονες: 28.41%</i> <i>Αντιβράχια: 37.50%</i> <i>Άκρες χείρες: 27.27%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 28.41% <i>Μηροί: 19.32%</i> <i>Κνήμες: 20.45%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.68%</i></p>	<p>Κεφαλή: 47.41% <i>Πρόσωπο: 40.52%</i> <i>Κρανίο: 17.24%</i> Τράχηλος: 14.66%</p> <p>Κορμός: 27.59% <i>Θώρακας: 17.24%</i> <i>Κοιλία: 4.31%</i> <i>Ράχη: 15.52%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 61.21% <i>Βραχίονες: 32.76%</i> <i>Αντιβράχια: 34.48%</i> <i>Άκρες χείρες: 25.00%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 27.59% <i>Μηροί: 19.83%</i> <i>Κνήμες: 17.24%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.17%</i></p>

Εικόνα 8-13. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, σε σχέση με τη συμμετοχή τουλάχιστον ενός ατόμου ηλικίας 10-29 ετών, όταν οι δράστες ήταν θήλεα άτομα.

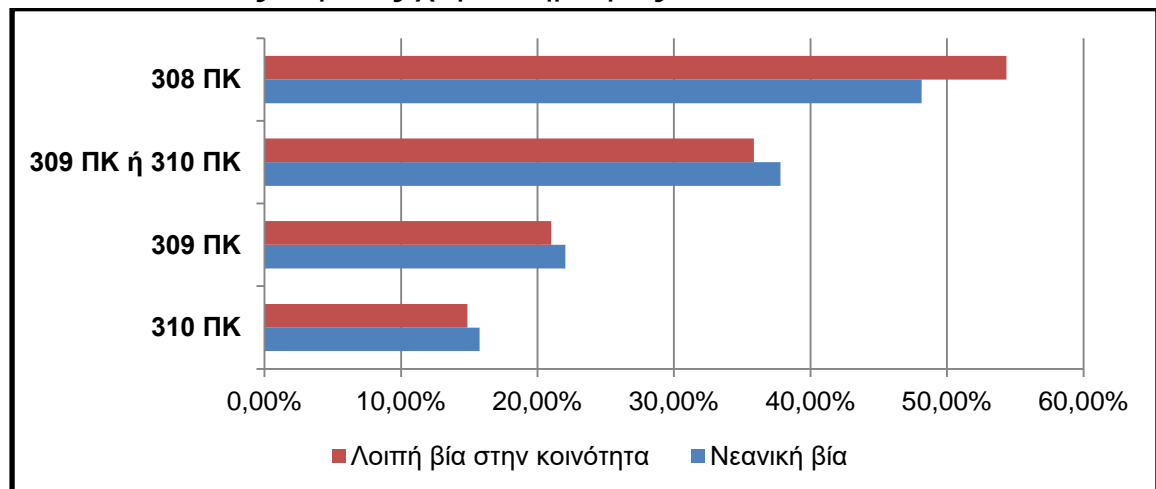
Νεανική βία (n=354)	Λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα (n=576)	Σύνολο (n= 930)
<p>Κεφαλή: 73.16% <i>Πρόσωπο: 68.93%</i> <i>Κρανίο: 20.06%</i> Τράχηλος: 12.43%</p> <p>Κορμός: 31.07% <i>Θώρακας: 20.62%</i> <i>Κοιλία: 6.50%</i> <i>Ράχη: 17.51%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.56%</i></p> <p>Άνω άκρα: 43.79% <i>Βραχίονες: 27.97%</i> <i>Αντιβράχια: 26.55%</i> <i>Άκρες χείρες: 17.80%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 29.94% <i>Μηροί: 21.19%</i> <i>Κνήμες: 21.75%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.67%</i></p>	<p>Κεφαλή: 65.28% <i>Πρόσωπο: 58.16%</i> <i>Κρανίο: 19.62%</i> Τράχηλος: 13.19%</p> <p>Κορμός: 30.03% <i>Θώρακας: 17.88%</i> <i>Κοιλία: 7.64%</i> <i>Ράχη: 15.10%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 50.35% <i>Βραχίονες: 28.47%</i> <i>Αντιβράχια: 30.38%</i> <i>Άκρες χείρες: 27.60%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 27.95% <i>Μηροί: 17.88%</i> <i>Κνήμες: 23.44%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.03%</i></p>	<p>Κεφαλή: 68.28% <i>Πρόσωπο: 62.26%</i> <i>Κρανίο: 19.79%</i> Τράχηλος: 12.90%</p> <p>Κορμός: 30.43% <i>Θώρακας: 18.92%</i> <i>Κοιλία: 7.20%</i> <i>Ράχη: 16.02%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.22%</i></p> <p>Άνω άκρα: 48.93% <i>Βραχίονες: 28.28%</i> <i>Αντιβράχια: 28.93%</i> <i>Άκρες χείρες: 23.87%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 28.71% <i>Μηροί: 19.14%</i> <i>Κνήμες: 22.80%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.52%</i></p>

Εικόνα 8-14. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, σε σχέση με τη συμμετοχή τουλάχιστον ενός ατόμου ηλικίας 10-29 ετών, όταν όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άρρενα άτομα.

Νεανική βία (n=130)	Λοιπά περιστατικά βίας στην κοινότητα (n=232)	Σύνολο (n= 362)
<p>Κεφαλή: 29.23% <i>Πρόσωπο: 27.69%</i> <i>Κρανίο: 5.38%</i> Τράχηλος: 10.00%</p> <p>Κορμός: 34.62% <i>Θώρακας: 16.92%</i> <i>Κοιλία: 3.85%</i> <i>Ράχη: 20.00%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 10.77%</i></p> <p>Άνω άκρα: 46.15% <i>Βραχίονες: 29.23%</i> <i>Αντιβράχια: 25.38%</i> <i>Άκρες χείρες: 17.69%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 30.77% <i>Μηροί: 26.92%</i> <i>Κνήμες: 22.31%</i> <i>Άκροι πόδες: 2.31%</i></p>	<p>Κεφαλή: 49.98% <i>Πρόσωπο: 40.95%</i> <i>Κρανίο: 9.91%</i> Τράχηλος: 8.62%</p> <p>Κορμός: 34.48% <i>Θώρακας: 19.40%</i> <i>Κοιλία: 5.60%</i> <i>Ράχη: 19.40%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0%</i></p> <p>Άνω άκρα: 58.19% <i>Βραχίονες: 36.64%</i> <i>Αντιβράχια: 34.48%</i> <i>Άκρες χείρες: 25.00%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 33.62% <i>Μηροί: 24.57%</i> <i>Κνήμες: 20.69%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.74%</i></p>	<p>Κεφαλή: 40.60% <i>Πρόσωπο: 36.19%</i> <i>Κρανίο: 8.29%</i> Τράχηλος: 9.12%</p> <p>Κορμός: 34.53% <i>Θώρακας: 18.51%</i> <i>Κοιλία: 4.97%</i> <i>Ράχη: 19.61%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 3.87%</i></p> <p>Άνω άκρα: 53.87% <i>Βραχίονες: 33.98%</i> <i>Αντιβράχια: 31.22%</i> <i>Άκρες χείρες: 22.38%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 32.60% <i>Μηροί: 25.41%</i> <i>Κνήμες: 21.27%</i> <i>Άκροι πόδες: 3.87%</i></p>

Εικόνα 8-15. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, σε σχέση με τη συμμετοχή τουλάχιστον ενός ατόμου ηλικίας 10-29 ετών, όταν οι δράστες ήταν άρρενα άτομα και το θύμα θήλυ.

8.4.16. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός



Διάγραμμα 8-85. Κατανομή των περιστατικών βίας στην κοινότητα σε σχέση με τον πιθανό νομικό χαρακτηρισμό.

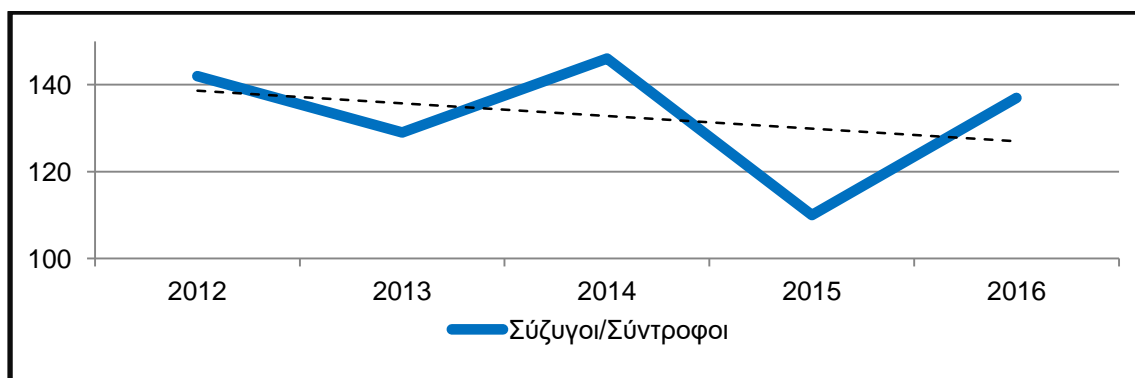
8.5. Ενδοοικογενειακή βία

Την πενταετία 2012-2016 διενεργηθήκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών 833 ιατροδικαστικές κλινικές εξετάσεις για περιστατικά βίας, τα οποία υπάγονταν στις διατάξεις του Ν 3500/2006. Η πλειονότητα αυτών (664 περιστατικά) αφορούσαν σε περιστατικά μεταξύ συζύγων/συντρόφων.

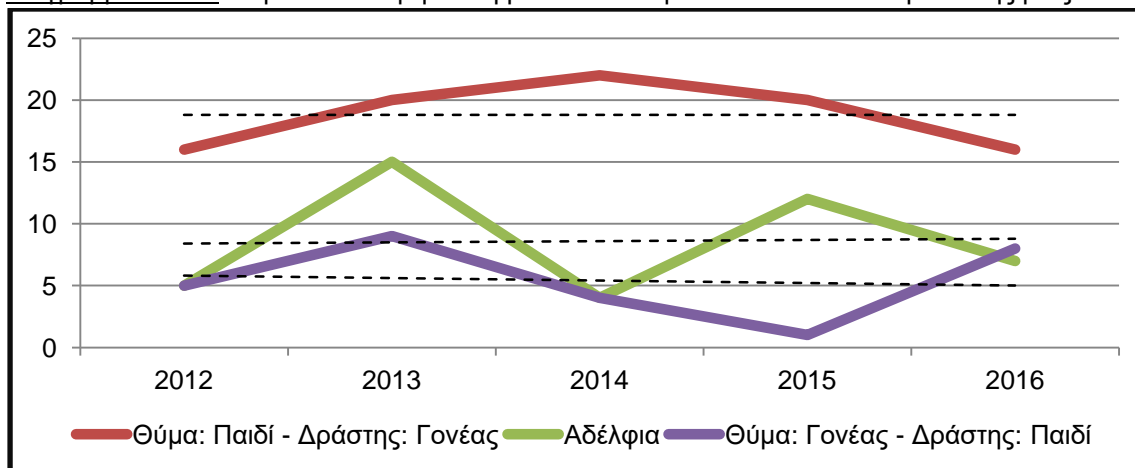
Μορφή σχέσης		%
Σύζυγοι / Σύντροφοι	664	79.71
Θύμα: Παιδί - Δράστης: Γονέας	94	11.29
Αδέλφια	43	5.16
Θύμα: Γονέας - Δράστης: Παιδί	27	3.24
Θύμα: Παιδί - Δράστης: Άλλος συγγενής	5	0.60
Σύνολο	833	-

Πίνακας 8-58. Κατανομή καταγγεληθέντων περιστατικών διαπροσωπικής ενδοοικογενειακής βίας.

Στο Διάγραμμα 8-86α, φαίνεται μία ελαφρώς πτωτική τάση των καταγγεληθέντων περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας. Βεβαίως, λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέση τιμή για την πενταετία είναι 132,8 μόνο τα καταγγεληθέντα περιστατικά κατά το έτος 2015 απέχουν πολύ από τη μέση τιμή, γεγονός το οποίο παρατηρείται και επί του συνόλου των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και επομένως φαίνεται ότι επηρεάζεται από αυτό.



Διάγραμμα 8-86α. Ετήσια κατανομή καταγγεληθέντων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας.



Διάγραμμα 8-86β. Ετήσια κατανομή καταγγεληθέντων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας.

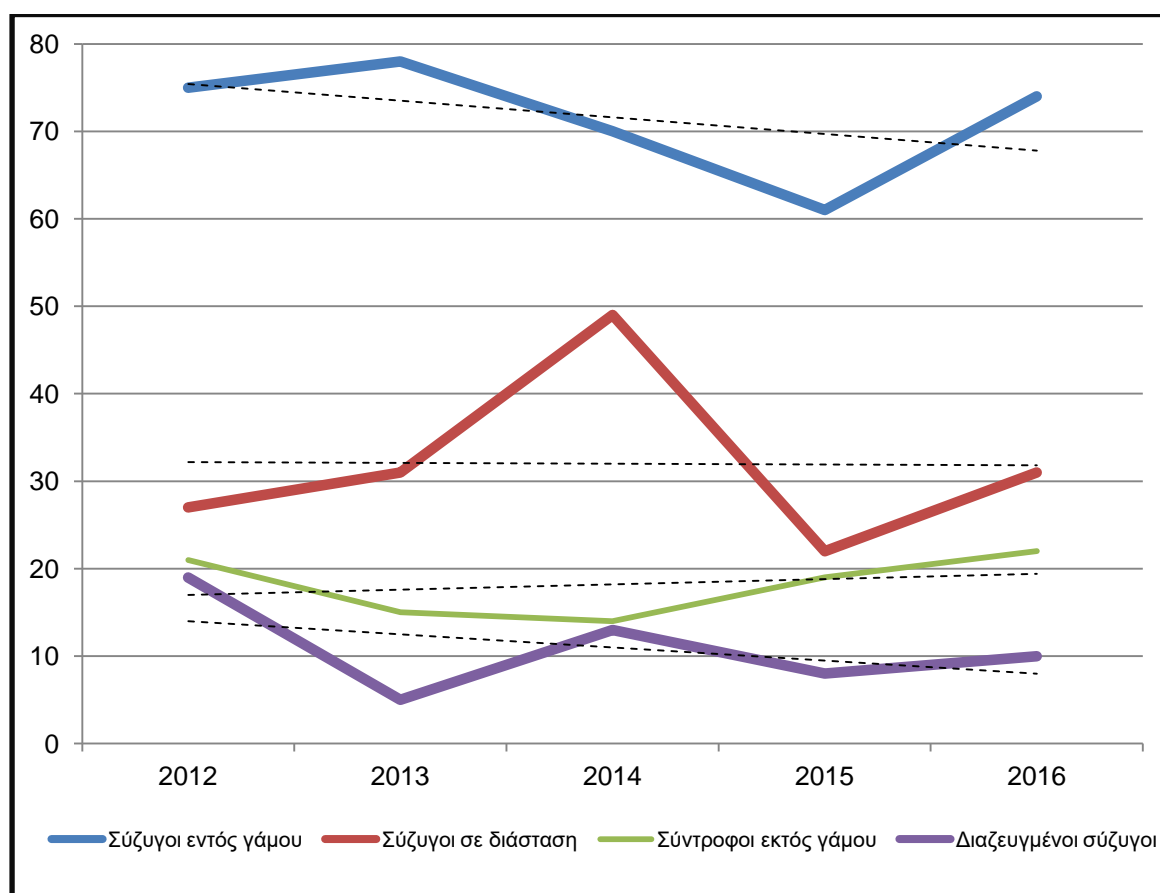
8.6. Συζυγική/συντροφική βία

8.6.1. Οικογενειακή κατάσταση

Τα μισά περιστατικά αφορούσαν σε καταγγελλθείσα σωματική βία μεταξύ παντρεμένων συζύγων.

Οικογενειακή κατάσταση		%
Σύζυγοι εντός γάμου	358	53.91
Σύζυγοι σε διάσταση	160	24.10
Σύντροφοι εκτός γάμου	91	13.71
Διαζευγμένοι	55	8.28
Σύνολο	664	-

Πίνακας 8-59. Οικογενειακή κατάσταση των εμπλεκομένων σε περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας.



Διάγραμμα 8-87. Ετήσια κατανομή περιστατικών μεταξύ συζύγων/συντρόφων.

Σύμφωνα με το ανωτέρω διάγραμμα, φαίνεται ότι υπάρχει τάση ανόδου στην υπό μελέτη πενταετία, όσον αφορά στην καταγγελία περιστατικών μεταξύ συντρόφων, οι οποίοι συνοικούν χωρίς να έχουν παντρευτεί, καθώς και ελαφρώς πτωτική τάση, όσον αφορά στις καταγγελίες μεταξύ παντρεμένων και διαζευγμένων συζύγων, ενώ οι καταγγελίες των εν διαστάσει συζύγων παραμένουν σε σταθερό επίπεδο.

8.6.2. Φύλο εμπλεκομένων

Όλα τα καταγγεληθέντα περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας αφορούσαν σε ετερόφυλα ζευγάρια. Η συντριπτική πλειονότητα των θυμάτων ήταν οι γυναίκες σύζυγοι/σύντροφοι, καθώς μόλις το 13.25% των εξεταζόμενων ήταν άνδρες. Μάλιστα, φαίνεται ότι στα περιστατικά τα οποία αφορούσαν σε συντρόφους, οι οποίοι συνοικούσαν, χωρίς όμως να είναι παντρεμένοι, η πιθανότητα το θύμα να είναι γυναίκα ήταν μεγαλύτερη, σε σύγκριση με τις λοιπές μορφές σχέσης. Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι οι άνδρες σε διάσταση ήταν πιθανότερο να είχαν καταγγείλει το περιστατικό, καθώς και ότι οι άνδρες σύντροφοι εκτός γάμου ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν προβεί σε καταγγελία, σε σύγκριση με τις λοιπές μορφές σχέσης. Οι προαναφερθείσες διαφοροποιήσεις δεν θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ($p > 0.50$).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο
Σύζυγοι εντός γάμου	311 (86.87)	47 (13.13)	358
Σύζυγοι σε διάσταση	133 (83.13)	27 (16.87)	160
Συμβιούντες εκτός γάμου	86 (94.50)	5 (5.50)	91
Διαζευγμένοι	46 (83.64)	9 (16.36)	55
Σύνολο	576 (86.75)	88 (13.25)	664

Πίνακας 8-60. Φύλο θύματος σε σχέση με τη μορφή σχέσης εμπλεκομένων. (Σημείωση: Τα ποσοστά αφορούν στην εκατοστιαία αναλογία ως προς τη μορφή σχέσης.)

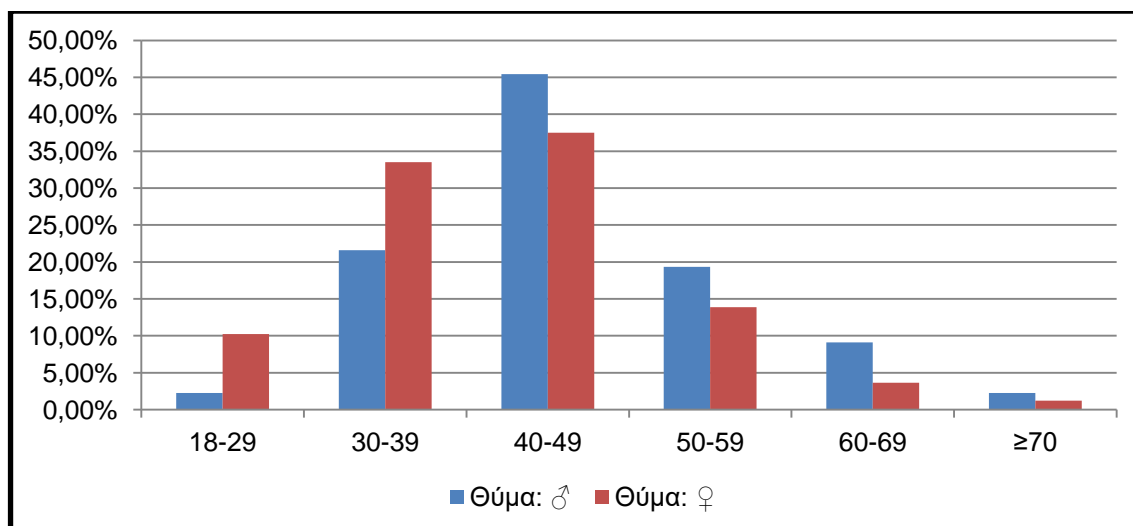
8.6.3. Ηλικία εμπλεκομένων

8.6.3.1. Ηλικία θυμάτων

Η μέση ηλικία του συνόλου των θυμάτων ήταν 42,25 έτη. Στις γυναίκες η μέση ηλικία ήταν 41,67 έτη, ενώ στους άνδρες ήταν 46,14 έτη. Η μοναδική αξιόλογη διαφοροποίηση ως προς τη μέση ηλικία σημειώνεται στους συντρόφους εκτός γάμου, όπου η μέση ηλικία του συνόλου των θυμάτων ήταν 34,35 έτη, των γυναικών ήταν 34,24 και των ανδρών ήταν 36,20 έτη. Μάλιστα, ήταν πιθανότερο οι γυναίκες-θύματα ηλικίας 18-29 ετών να συγκατοικούν χωρίς να έχουν παντρευτεί και λιγότερο πιθανό αυτό να συμβαίνει στις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών ($p < 0.001$).

	♀	♂	Σύνολο
Σύζυγοι εντός γάμου	43,63	46,62	44,02
Σύζυγοι σε διάσταση	41,68	47,48	42,66
Συμβιούντες εκτός γάμου	34,24	36,20	34,35
Διαζευγμένοι	42,07	45,67	42,65
Σύνολο	41,65	46,19	42,25

Πίνακας 8-61. Μέση ηλικία θυμάτων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και το φύλο.



Διάγραμμα 8-88. Ηλικία θυμάτων σε σχέση με το φύλο. (Οι αριθμοί αφορούν στο ποσοστό επί του συνόλου των ανδρών και των γυναικών αντίστοιχα.)

Το 70.48% του συνόλου των θυμάτων ήταν ηλικίας 30 έως 49 ετών. Τα ποσοστά των γυναικών και των ανδρών για αυτό το ηλικιακό εύρος ήταν 71.01% και 67.04%, αντίστοιχα. Βεβαίως, ήταν πιθανότερο οι γυναίκες-θύματα να ήταν ηλικίας 30-39 ετών και οι άνδρες-θύματα να ήταν ηλικίας 40-49 ετών. Επιπροσθέτως, ήταν πιθανότερο οι γυναίκες-θύματα να ήταν ηλικίας κάτω των 30 ετών και οι άνδρες-θύματα να ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών.

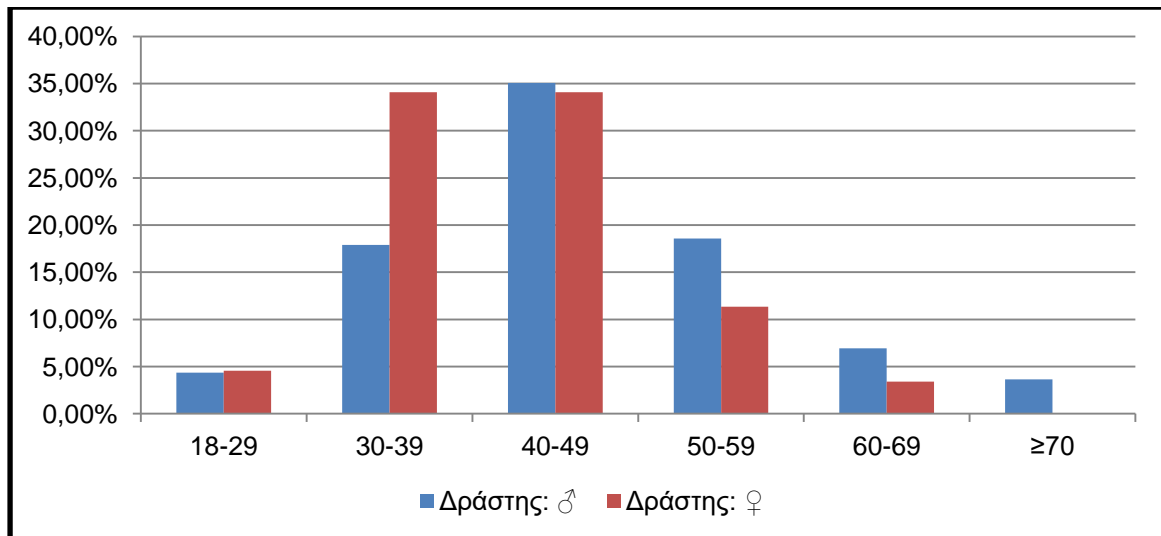
8.6.3.2. Ηλικία δραστήων

Η μέση ηλικία του συνόλου των δραστήων ήταν 45,75 έτη. Στους άνδρες η μέση ηλικία ήταν 46,37 έτη και στις γυναίκες ήταν 41,73 έτη. Η μοναδική μορφή σχέσης κατά την οποία αντιστρέφεται η ανωτέρω τάση είναι οι σύντροφοι εκτός γάμου, όπου οι άνδρες δράστες ήταν κατά μέσο όρο μικρότεροι από τις γυναίκες δράστες (μέση ηλικία 38,97 έτη και 40,00 έτη, αντίστοιχα).

	♀	♂	Σύνολο
Σύζυγοι εντός γάμου	42,44	48,08	47,31
Σύζυγοι σε διάσταση	40,54	46,54	45,54
Συμβιούντες εκτός γάμου	40,00	38,97	39,01
Διαζευγμένοι	42,14	47,29	46,43
Σύνολο	41,73	46,37	45,75

Πίνακας 8-62. Μέση ηλικία δράστη σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Το 72.59% των δραστήων ήταν ηλικίας 30 έως 59 ετών. Τα ποσοστά των γυναικών και των ανδρών για αυτό το ηλικιακό εύρος ήταν 80.45% και 71.40%. Βεβαίως, ήταν πιθανότερο οι γυναίκες δράστες να ήταν ηλικίας 30-49 ετών, ιδίως 30-39 ετών, και οι άνδρες δράστες να ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών ($p < 0.001$). Η ηλικία του δράστη ήταν άγνωστη στο 13.40% των περιστατικών (11.49% για τις γυναίκες και 13.69% για τους άνδρες).



Διάγραμμα 8-89. Ηλικία δραστήων σε σχέση με το φύλο. (Οι αριθμοί αφορούν στο ποσοστό επί του συνόλου των ανδρών και των γυναικών αντίστοιχα.)

8.6.3.3. Διαφορά ηλικίας εμπλεκομένων

Στο 5.72% (38 περιστατικά) το θύμα και ο δράστης ήταν συνομήλικοι. Στο 58.13% (386 περιστατικά) ο δράστης ήταν μεγαλύτερος του θύματος και στην πλειονότητα αυτών (373 περιστατικά - 96.63%) ήταν ο άνδρας. Στο 22.74% (151 περιστατικά) το θύμα ήταν μεγαλύτερο του δράστη, στο 59.60% εκ των οποίων ήταν η γυναίκα (90 περιστατικά) και στο 40.40% ήταν ο άνδρας (61 περιστατικά). Στο 65.21% (433 περιστατικά) ο άνδρας σύζυγος/σύντροφος ήταν μεγαλύτερος της γυναίκας, στο 86.00% εξ αυτών ως δράστης και στο 14.00% ως θύμα. Μόλις στο 15.66% (104 περιστατικά) η γυναίκα σύζυγος/σύντροφος ήταν μεγαλύτερη του άνδρα και μάλιστα κυρίως ως θύμα (87.40%), καθώς το ποσοστό των γυναικών-δραστήων, οι οποίες ήταν μεγαλύτερες ήταν 12.60%. Στο 41.42% (275 περιστατικά) η διαφορά ηλικίας ήταν από ένα έως πέντε έτη, εκ των οποίων 71 περιστατικά (68.27%) ήταν μεγαλύτερη η γυναίκα (90.00% ως θύμα και 10.00% ως δράστης) και 204 περιστατικά (47.11%) ήταν μεγαλύτερος ο άνδρας (13.66% ως θύμα και 86.34% ως δράστης). Επιπροσθέτως, στο 64.15% (426 περιστατικά) η διαφορά ηλικίας ήταν από ένα έως δέκα έτη, εκ των οποίων 93 περιστατικά (89.42%) ήταν μεγαλύτερη η γυναίκα (90.22% ως θύμα και 9.78% ως δράστης) και 333 περιστατικά (76.91%) ήταν μεγαλύτερος ο άνδρας (13.77% ως θύμα και 86.23% ως δράστης). Επιπροσθέτως, όταν η γυναίκα ήταν μεγαλύτερη από τον σύζυγο/σύντρόφο της, ήταν πιθανότερο η διαφορά ηλικίας να ήταν μικρότερη από δέκα έτη, ειδικά όσον αφορά την πρώτη πενταετία, σε σύγκριση με τα περιστατικά, όπου ήταν μεγαλύτερος ο άνδρας.

8.6.3.4. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και διαφορά ηλικίας εμπλεκομένων

Όταν οι εμπλεκόμενοι ήταν συνομήλικοι, ήταν πιθανότερο να ήταν παντρεμένοι ή να συμβίωναν εκτός γάμου και λιγότερο πιθανό να βρίσκονταν σε διάσταση ($p=0.011$).

Επίσης, όταν ο άνδρας ήταν μεγαλύτερος, ήταν πιθανότερο να είχαν χωρίσει και λιγότερο πιθανό να συμβίωναν εκτός γάμου, ενώ όταν η γυναίκα ήταν μεγαλύτερη ήταν πιθανότερο να συμβίωναν εκτός γάμου ή να βρίσκονται σε διάσταση και λιγότερο πιθανό να είχαν χωρίσει.

8.6.4. Εθνικότητα εμπλεκόμενων

Σε 560 περιστατικά (84.34%) και 579 περιστατικά (87.20%) το θύμα και ο δράστης, αντίστοιχα, ήταν Έλληνες. Σε 571 περιστατικά (86.00%) και οι δύο εμπλεκόμενοι ήταν άτομα της ίδιας εθνικότητας, 528 περιστατικά εκ των οποίων (79.52%) ήταν Έλληνες και 33 εκ των οποίων ήταν Αλβανοί.

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Έλληνες	477 (82.81)	83 (94.32)	560 (84.34)
Αλλοδαποί	99 (17.19)	5 (5.68)	164 (15.66)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-63. Εθνικότητα θύματος ($p=0.006$) (Χώρες εντός Ε.Ε.: Βέλγιο, Βουλγαρία, Γερμανία, Ιταλία, Κύπρος, Λιθουανία, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Τσεχία. Χώρες εκτός Ε.Ε.: Αζερμπαϊτζάν, Αλβανία, Γεωργία, Μολδαβία, Ουκρανία, ΠΓΔΜ, Ρωσία, Σερβία. Χώρες Ασίας: Ιαπωνία, Ινδονησία, Καζακστάν, Λίβανος, Συρία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος, Αιθιοπία. Χώρες Αμερικής: Δομινικανή Δημοκρατία.)

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Έλληνες	72 (81.61)	507 (88.04)	579 (87.20)
Αλλοδαποί	12 (13.79)	46 (6.98)	58 (8.73)
Άγνωστο	4 (4.60)	23 (3.99)	27 (4.07)
Σύνολο	88	576	664

Πίνακας 8-64. Εθνικότητα δράστη. (Χώρες εντός Ε.Ε.: Βουλγαρία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία. Χώρες εκτός Ε.Ε.: Μολδαβία, Ουκρανία, ΠΓΔΜ, Ρωσία, Σλοβενία. Χώρες Ασίας: Καζακστάν, Λίβανος, Συρία. Χώρες Αφρικής: Αίγυπτος.)

8.6.5. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκόμενων

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Εργαζόμενος	303 (52.60)	69 (78.41)	372 (56.02)
Ανεργός/Άεργος	234 (40.62)	8 (9.09)	242 (36.45)
Συνταξιούχος	26 (4.51)	9 (10.23)	35 (5.27)
Άγνωστο	13 (2.27)	2 (2.27)	15 (2.26)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-65. Εργασιακή απασχόληση θύματος.

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Εργαζόμενος	38 (43.18)	354 (61.46)	392 (59.03)
Ανεργός/Άεργος	26 (29.55)	72 (12.50)	98 (14.76)
Συνταξιούχος	6 (6.82)	39 (6.77)	45 (6.78)
Άγνωστο	18 (20.45)	111 (19.27)	129 (19.43)
Σύνολο	88	576	664

Πίνακας 8-66. Εργασιακή απασχόληση δράστη.

Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώθηκαν όσον αφορά στην εργασιακή απασχόληση σε σχέση με το φύλο των εμπλεκόμενων θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές ($p < 0.001$, τόσο για τα θύματα όσο και για τους δράστες). Πιο συγκεκριμένα, όταν το θύμα δεν εργαζόταν, ήταν πιθανότερο να ήταν η γυναίκα, ενώ όταν είχε συνταξιοδοτηθεί, ήταν πιθανότερο να ήταν ο άνδρας. Επίσης, όταν ο δράστης δεν εργαζόταν, ήταν πιθανότερο να ήταν και πάλι η γυναίκα, ενώ όταν το θύμα εργαζόταν, ήταν πιθανότερο ο δράστης να μην εργάζεται και το αντίστροφο, δηλαδή, ήταν πιθανότερο να εργάζεται μόνον ο ένας εκ των συζύγων/συντρόφων. Η γυναίκα-θύμα εργαζόταν συχνότερα όταν βρισκόταν σε διάσταση ή ήταν διαζευγμένη και λιγότερο συχνά όταν συγκατοικούσε με το σύντροφό της, χωρίς όμως να είναι παντρεμένοι. Ο άνδρας-θύμα εργαζόταν συχνότερα όταν ήταν παντρεμένος. Η γυναίκα-δράστης εργαζόταν συχνότερα όταν βρισκόταν σε διάσταση και δεν εργάζεται όταν ήταν παντρεμένη. Ο άνδρας-δράστης εργαζόταν συχνότερα όταν βρισκόταν σε διάσταση και λιγότερο συχνά όταν συγκατοικούσε με τη σύντροφό του, χωρίς όμως να είναι παντρεμένοι. Σε 225 περιστατικά (33.89%) εργαζόταν τόσο το θύμα, όσο και ο δράστης και σε 68 περιστατικά (10.24%) αμφότεροι δεν εργάζονταν. Σε 155 περιστατικά (23.34%) εργαζόταν μόνον ο άνδρας-δράστης και σε 8 περιστατικά (1.20%) εργαζόταν μόνον η γυναίκα-δράστης. Σε 49 περιστατικά (7.38%) εργαζόταν μόνον η γυναίκα-θύμα και 26 περιστατικά (3.92%) εργαζόταν μόνον ο άνδρας-θύμα. Συνολικά, σε 197 περιστατικά (29.67%) εργαζόταν τουλάχιστον ο άνδρας, στα 159 (80.71%) ως θύμα και στα 38 (19.29%) ως δράστης και 117 περιστατικά (17.62%) εργαζόταν τουλάχιστον η γυναίκα, στα 109 (93.16%) ως θύμα και στα 8 (6.84%) ως δράστης. Οι διαζευγμένες γυναίκες-θύματα, καθώς και οι εν διαστάσει, ήταν πιθανότερο να εργάζονταν, σε σύγκριση με τις παντρεμένες και τις συντρόφους εκτός γάμου, χωρίς όμως να είναι γνωστή η εργασιακή τους απασχόληση πριν την έναρξη των διαδικασιών λύσης του γάμου. Συνεπώς, οι γυναίκες αυτές είτε εργάζονταν και πριν τις διαδικασίες λύσεις του γάμου, είτε ξεκίνησαν να εργάζονταν μετά από αυτές. Όσον αφορά στους άνδρες θύματα, μόνο όσοι βρισκόνταν σε διάσταση ήταν λιγότερο πιθανό να εργάζονταν, σε σύγκριση με τις λοιπές μορφές σχέσης. Βεβαίως, οι άνδρες θύματα ήταν περισσότερο πιθανό να εργάζονται εν συγκρίσει με τις γυναίκες θύματα (78.16% και 52.60% αντίστοιχα). Λόγω του υψηλού ποσοστού περιστατικών, στα οποία η εργασιακή απασχόληση του δράστη ήταν άγνωστη (20.45% για τις γυναίκες και 19.27% για τις γυναίκες) δεν είναι δυνατή η εξαγωγή οποιουδήποτε ασφαλούς συμπεράσματος. Βεβαίως, στη σύγκριση σε σχέση με το φύλο, φαίνεται ότι ήταν πιθανότερο οι άνδρες να εργάζονται (63.35%) έναντι του ποσοστού 43.68%, το οποίο καταγράφηκε στις γυναίκες. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδηλώνουν ότι είναι πιθανότερο ο άνδρας να εργάζεται, ιδίως ως θύμα, ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι το 57.20% των γυναικών θυμάτων είχαν κάποια πηγή εισοδήματος (είτε κυρίως από εργασία τη στιγμή του συμβάντος, είτε κατά δεύτερο

λόγο από σύνταξη). Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι η απουσία εργασιακής απασχόλησης και κατ' επέκταση εισοδήματος ήταν επιβαρυντικός παράγοντας κυρίως για τις γυναίκες θύματα (40.55% έναντι του 57.20%) σε σύγκριση με τους άνδρες (9.20% έναντι του 88.50%). Ανάλογα ποσοστά παρατηρήθηκαν και στους δράστες (γυναίκες: 29.88% έναντι του 50.58%, άνδρες: 12.48% έναντι του 68.11%). Βεβαίως, οι άνδρες ήταν πιθανότερο να μην εργάζονται όταν ήταν οι δράστες του περιστατικού, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι και η απουσία εργασιακής απασχόλησης του άνδρα-συντρόφου είναι πιθανότερο να οδηγήσει σε κάποιο περιστατικό σωματικής κακοποίησης.

8.6.6. Αναφερόμενα νοσήματα θυμάτων

133 θύματα (20.03%), εκ των οποίων 120 γυναίκες (20.83%) και 13 άνδρες (14.77%) ανέφεραν ότι έπασχαν από κάποιο νόσημα. Τα συχνότερα αναφερόμενα νοσήματα ήταν οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα (46 θύματα), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (25 θύματα), οι ψυχιατρικές διαταραχές (23 θύματα) και οι νευρολογικές παθήσεις (11 θύματα). Επιπροσθέτως, 11 θύματα ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε χειρουργικές επεμβάσεις, όπως αορτοστεφανιαία παράκαμψη, τοποθέτηση καρδιακού βηματοδότη, αγγειοπλαστική, αποκατάσταση καταγμάτων ισχίου, αρθροπλαστική και σπονδυλοδεσία. Τέλος, 6 εκ των γυναικών που εξετάστηκαν (1.04%) ανέφεραν ότι εγκυμονούσαν, οι δύο ευρισκόμενες εντός γάμου και οι άλλες τέσσερις εκτός γάμου.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
ΝΑΙ	23.15%	17.29%	15.12%	26.09%	20.80%
ΟΧΙ	76.85%	82.71%	84.88%	73.91%	79.20%
Σύνολο	311	133	86	46	577

Πίνακας 8-67. Αναφερόμενο νόσημα γυναικών θυμάτων.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
ΝΑΙ	10.64%	22.22%	20.00%	11.11%	14.94%
ΟΧΙ	89.36%	77.78%	80.00%	88.89%	85.06%
Σύνολο	47	27	5	9	87

Πίνακας 8-68. Αναφερόμενο νόσημα ανδρών θυμάτων.

Τα ανωτέρω ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες θύματα εμφάνιζαν ελαφρώς μεγαλύτερη νοσηρότητα, χωρίς όμως αυτό να υποδηλώνει ότι οι άνδρες δράστες ασκούν σωματική βία σε γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν σημαντικού βαθμού αναπηρίες, καθώς μόλις 8 από τις συνολικά 120 γυναίκες ανέφεραν ότι είχαν υποβληθεί σε μείζονος βαρύτητας χειρουργικές επεμβάσεις.

8.6.7. Αναφερόμενο ψυχιατρικό νόσημα του δράστη

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
ΝΑΙ	61 (10.59)	12 (13.64)	73 (10.99)
ΟΧΙ	378 (65.63)	52 (59.09)	430 (64.76)
Άγνωστο	137 (23.78)	24 (27.27)	161 (24.25)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-69. Αναφερόμενο ψυχιατρικό νόσημα του δράστη.

73 θύματα ανέφεραν ότι ο δράστης πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα, στην πλειονότητα των οποίων ελάμβανε και φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά στους άνδρες-δράστες, ήταν πιθανότερο η γυναίκα να είχε αναφέρει ότι ο δράστης πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα όταν ήταν παντρεμένοι, καθώς και ότι δεν πάσχει όταν βρίσκονταν σε διάσταση. Όσον αφορά στις γυναίκες-δράστες, ήταν ελαφρώς πιθανότερο ο άνδρας να αναφέρει ότι πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα όταν βρίσκονταν σε διάσταση. Βεβαίως, αρνητικό ψυχιατρικό νόσημα του δράστη αναφέρθηκε στο 64.76% των περιστατικών (65.63% για τους άνδρες και 59.09% για τις γυναίκες), ενώ η παράμετρος αυτή ήταν άγνωστη στο 24.25% των περιστατικών (23.78% για τους άνδρες και 27.27% για τις γυναίκες).

8.6.8. Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τον δράστη

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
ΝΑΙ	150 (26.04)	5 (5.68)	155 (23.34)
ΟΧΙ	295 (51.22)	59 (67.05)	354 (53.31)
Άγνωστο	131 (22.74)	24 (27.27)	155 (23.34)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-70. Αναφερόμενη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τον δράστη.

Σε 155 περιστατικά το θύμα ανέφερε ότι είτε υπάρχει ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών (αιθυλική αλκοόλη, κάνναβη, ηρωίνη, κ.ά.), είτε ότι όταν το αναφερόμενο συμβάν έλαβε χώρα, ο δράστης είχε κάνει χρήση κάποιας τέτοιας ουσίας. Η αναφερόμενη χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών ήταν πιθανότερη για τους άνδρες (για όλες τις κατηγορίες των ουσιών) ($p < 0.001$), καθώς και όταν ο δράστης ήταν ηλικίας 30-69 ετών και ιδίως άνω των 50 ετών ($p = 0.018$). Ουδείς εκ των εξετασθέντων ανδρών ανέφερε χρήση άλλων εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τη σύζυγο/σύντροφο του πέραν της αιθυλικής αλκοόλης. Βεβαίως, η παράμετρος αυτή ήταν αρνητική στο 51.31% των περιστατικών (51.22% για τους άνδρες και 67.05% για τις γυναίκες) και άγνωστη στο 23.34% των περιστατικών (22.74% για τους άνδρες και 27.27% για τις γυναίκες). Όσον αφορά στους άνδρες-δράστες έκαναν συχνότερα χρήση τουλάχιστον αιθυλικής αλκοόλης όταν ήταν παντρεμένοι, σε σύγκριση με τις λοιπές μορφές σχέσεις των εμπλεκόμενων.

8.6.9. Ύπαρξη απογόνων και παρουσία αυτών στο βίαιο συμβάν

Εκ του συνόλου των συζύγων-συντρόφων, στα 560 περιστατικά (84.34%) υπήρχαν απόγονοι. Σε τουλάχιστον 293 εξ αυτών των περιστατικών (52.32%), τα παιδιά ήταν παρόντα στο συμβάν. Μάλιστα, τα παιδιά ήταν συχνότερα μάρτυρες του συμβάντος, όταν οι εμπλεκόμενοι βρίσκονταν σε διάσταση ή/και όταν το θύμα ήταν ο πατέρας και λιγότερο συχνά όταν το περιστατικό αφορούσε σε συντρόφους εκτός γάμου. Εκ των 251 περιστατικών στα οποία το θύμα ήταν η μητέρα και οι απόγονοι ήταν παρόντες, σε τουλάχιστον 70 περιστατικά (25.89%) ήταν αγόρια και σε 60 περιστατικά (23.90%) ήταν κορίτσια. Εκ των 42 περιστατικών στα οποία το θύμα ήταν ο πατέρας και οι απόγονοι ήταν παρόντες, σε τουλάχιστον 13 περιστατικά (30.95%) ήταν αγόρια και σε 7 περιστατικά (16.67%) ήταν κορίτσια. Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι τα κορίτσια είχαν γίνει συχνότερα μάρτυρες σωματικής κακοποίησης της μητέρα τους, σε σχέση με τα αγόρια.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
ΝΑΙ	92.18%	94.37%	32.97%	89.09%	84.34%
ΟΧΙ	7.92%	5.63%	67.03%	10.91%	15.66%
Σύνολο	358	160	91	55	664

Πίνακας 8-71. Ύπαρξη απογόνων, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
ΝΑΙ	52.12%	58.28%	40.00%	42.86%	52.32%
ΟΧΙ	33.33%	31.12%	50.00%	30.61%	33.39%
Άγνωστο	14.55%	10.60%	10.00%	26.53%	14.29%
Σύνολο	330	151	30	49	560

Πίνακας 8-72. Παρουσία απογόνων στο συμβάν, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Γάμος	148 (58.96)	24 (57.14)	172 (58.70)
Διάσταση	75 (29.88)	13 (30.95)	88 (30.03)
Διαζύγιο	18 (7.17)	3 (7.15)	21 (7.17)
Συμβίωση	10 (3.99)	2 (4.76)	12 (4.10)
Σύνολο	251	42	293

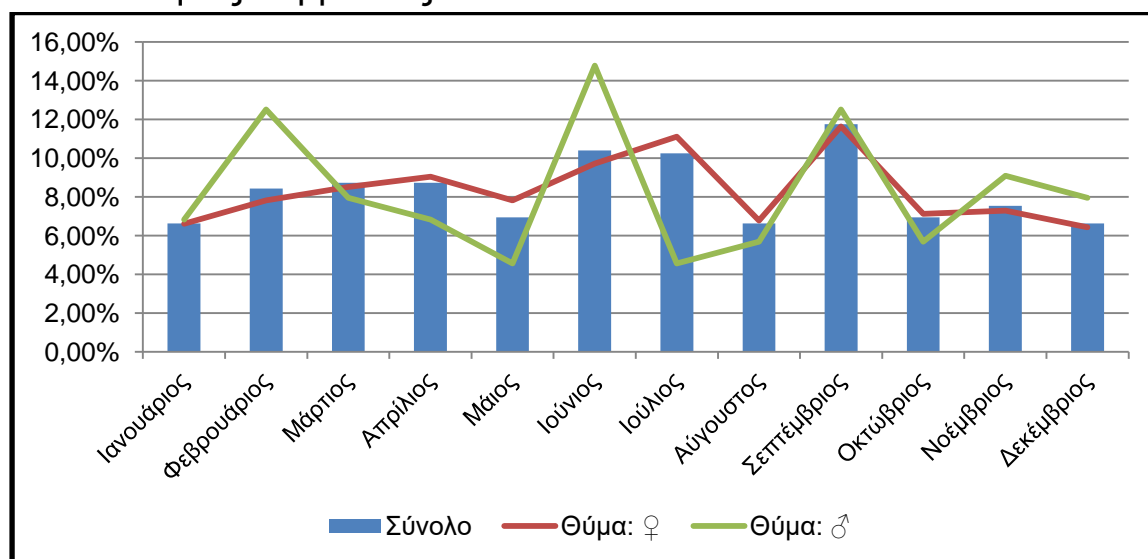
Πίνακας 8-73. Οικογενειακή κατάσταση εμπλεκομένων, όταν οι απόγονοι ήταν παρόντες στο συμβάν.

Ήταν πιθανότερο να υπήρχαν απόγονοι όταν ο άνδρας είχε καταγγείλει κάποιο περιστατικό σωματικής βίας ($p=0.009$) και όταν το θύμα ήταν ηλικίας άνω των 40 ετών ($p=0.012$). Βεβαίως, αξίζει να σημειωθεί ότι η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι η παρουσία των απογόνων μπροστά στο βίαιο περιστατικό δεν εμφάνιζε κάποια εξάρτηση από οποιαδήποτε μεταβλητή (πλην της ώρας, βλ. παρακάτω), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα τέκνα και ιδίως τα ανήλικα γίνονται μάρτυρες περιστατικών βίαιης συμπεριφοράς (έμμεση θυματοποίηση) μεταξύ των γονέων, χωρίς να είναι δυνατόν να προβλεφθούν οι συνθήκες και οι περιστάσεις που τα εκθέτουν σε τέτοιου είδους συμπεριφορές.

8.6.10. Αναφερόμενη άσκηση σωματικής βίας στο παρελθόν

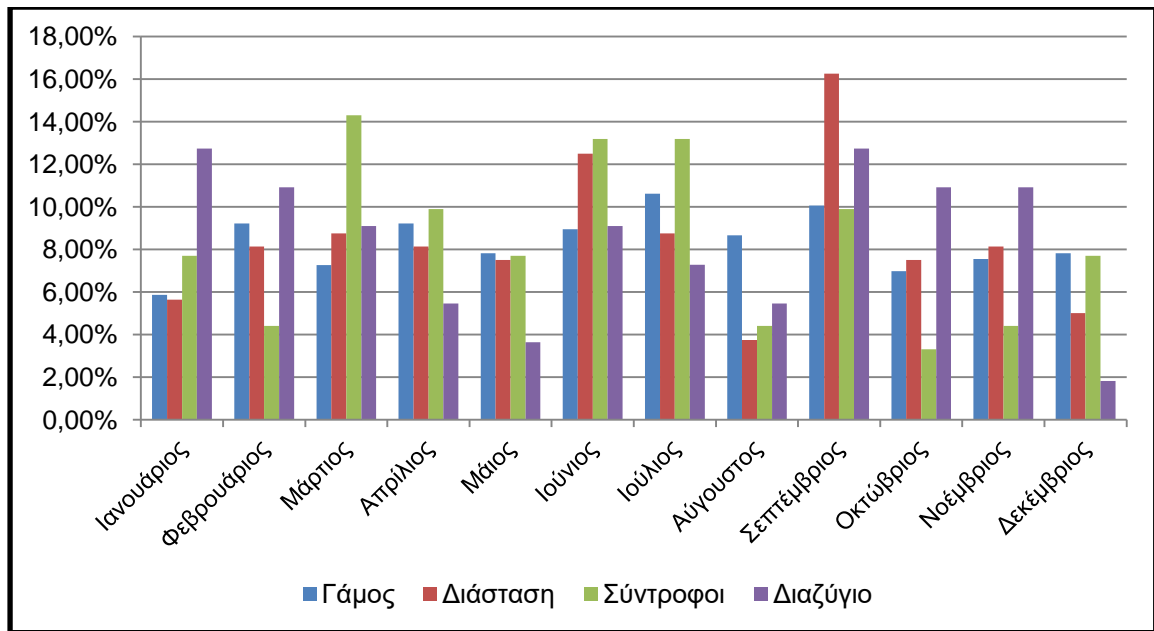
Σε 451 περιστατικά (67.92%), το θύμα ανέφερε ανάλογα περιστατικά σωματικής βίας στο παρελθόν από τον δράστη. Όταν οι εμπλεκόμενοι συμβίωναν εκτός γάμου, ήταν πιθανότερο το καταγγεληθέν περιστατικό να ήταν η πρώτη φορά άσκησης σωματικής βίας, ενώ όταν πρωτίστως είχαν χωρίσει και δευτερευόντως όταν ήταν παντρεμένοι, ήταν πιθανότερο να είχαν συμβεί ανάλογα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας στο παρελθόν ($p=0.011$).

8.6.11. Μήνας συμβάντος



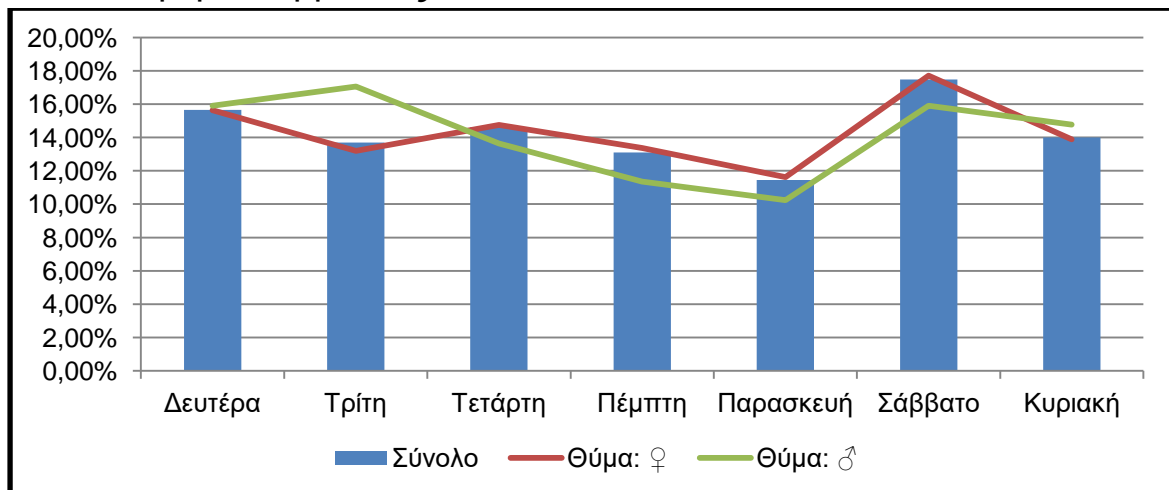
Διάγραμμα 8-90. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας.

Όπως φαίνεται στο ανωτέρω διάγραμμα, παρατηρείται αύξηση των καταγγεληθέντων περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, από τον Ιούνιο έως και τον Σεπτέμβριο, μήνα κατά τον οποίο εξετάστηκαν τα περισσότερα άτομα (78, ποσοστό 11.75%). Τα περιστατικά αυτά αφορούσαν ελαφρώς συχνότερα στις γυναίκες-θύματα (39.17%) έναντι των ανδρών-θυμάτων (37.93%). Στο Διάγραμμα 8-91 φαίνεται ότι υπήρχαν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τη μηνιαία κατανομή, όσον αφορά στη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων. Πιο συγκεκριμένα οι μέγιστες τιμές σημειώθηκαν τον Ιούλιο για τους παντρεμένους (38), τον Σεπτέμβριο για τους εν διαστάσει (26), τον Μάρτιο για τους συντρόφους εκτός γάμου (13) και τον Ιανουάριο και Σεπτέμβριο για τους διαζευγμένους (7). Επιπροσθέτως, η πιθανότητα το συμβάν να έλαβε χώρα κατά τον προαναφερθέν χρονικό διάστημα (Ιούνιος-Σεπτέμβριος) ήταν μεγαλύτερη για τους εν διαστάσει συζύγους και τους συντρόφους εκτός γάμου (41.25% και 40.66% αντίστοιχα) και λιγότερο πιθανή για τους διαζευγμένους (34.94%). Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση αφορούσε στα περιστατικά που έλαβαν χώρα τους μήνες Αύγουστο και Δεκέμβριο, καθώς το 70.45% και το 63.64% εξ αυτών, αντίστοιχα, αφορούσαν σε παντρεμένους συζύγους.

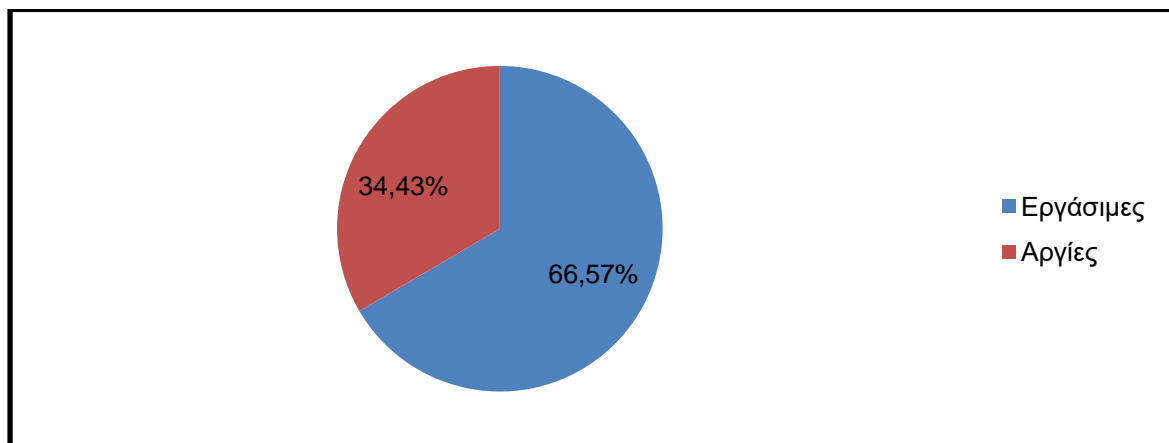


Διάγραμμα 8-91. Μηνιαία κατανομή των καταγγελέντων περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας, σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

8.6.12. Ημέρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-92. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας.

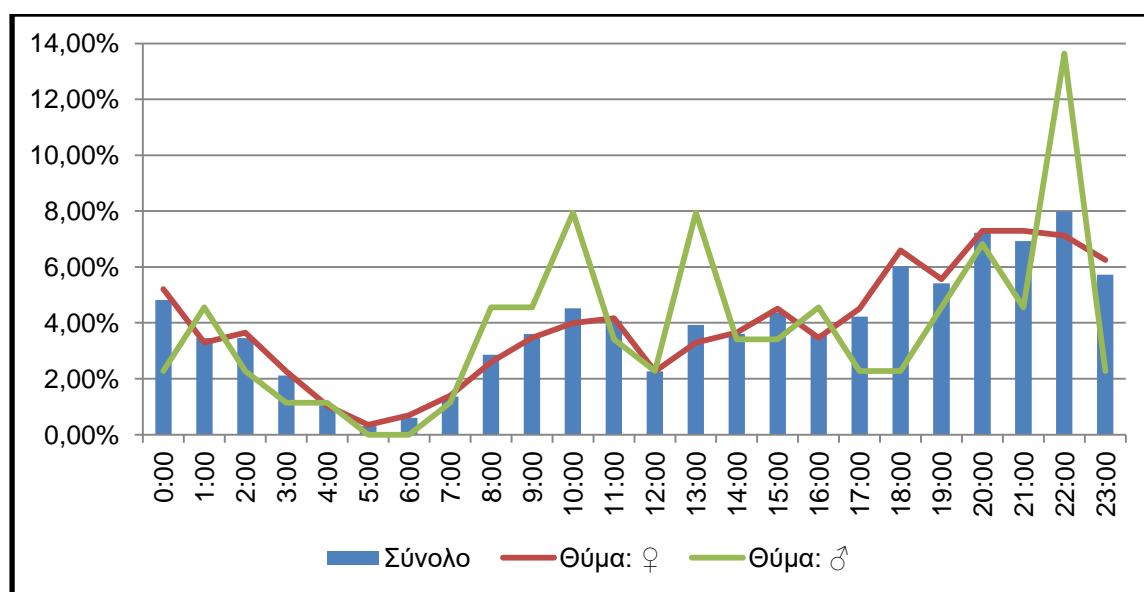


Διάγραμμα 8-93. Κατανομή των περιστατικών σε εργάσιμες ημέρες και αργίες.

Τα περισσότερα περιστατικά είχαν λάβει χώρα είτε τη Δευτέρα (104 περιστατικά), είτε το Σάββατο (116 περιστατικά) και λιγότερο συχνά την Παρασκευή (76 περιστατικά), χωρίς να παρατηρείται κάποια διαφοροποίηση ως προς το φύλο του θύματος. Μάλιστα, όσον αφορά στη Δευτέρα, ήταν πιθανότερο το συμβάν να αφορά σε παντρεμένους συζύγους και ιδίως σε θυματοποίηση γυναικών. Για τους παντρεμένους συζύγους ήταν λιγότερο πιθανό το συμβάν να είχε λάβει χώρα την Τρίτη ή την Παρασκευή, μέρες κατά τις οποίες ήταν πιθανότερο οι εμπλεκόμενοι να βρίσκονταν σε διάσταση. Η Δευτέρα και η Κυριακή ήταν οι μέρες με τη μικρότερη πιθανότητα για τους συντρόφους οι οποίοι συγκατοικούσαν, χωρίς να είναι παντρεμένοι. Τέλος, όσον αφορά τους διαζευγμένους, οι ημέρες με τη μεγαλύτερη πιθανότητα ήταν η Τετάρτη, η Παρασκευή και η Κυριακή, με τη Δευτέρα να είναι η ημέρα με τη μικρότερη πιθανότητα. Επιπροσθέτως, παρά το γεγονός ότι το Σαββατοκύριακο αντιπροσωπεύει τις αργίες (μη εργάσιμες ημέρες) και το 28,57% της εβδομάδας, το 34.43% των περιστατικών έλαβαν χώρα σε αργίες, χωρίς να διαπιστώνεται κάποια διαφοροποίηση όσον αφορά τόσο στο φύλο του θύματος, όσο και ως προς τη μορφή σχέσης των εμπλεκομένων.

8.6.13. Ώρα συμβάντος

Τα περισσότερα περιστατικά συνέβησαν απογευματινές και βραδινές ώρες, με το 63.86% (424 περιστατικά) να λαμβάνουν χώρα από την 13:00 ώρα έως την 00:59. Τα περιστατικά που συνέβησαν απογευματινές (17:00 – 18:59), βραδινές (21:00-21:59 και 23:00-00:59), μεταμεσονύχτιες (02:00-03:59) και πρώτες πρωινές ώρες (05:00-06:59) ήταν περισσότερο πιθανό να αφορούν στις γυναίκες-θύματα. Οι ώρες κατά τις οποίες εμφάνιζαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αφορούν στη θυματοποίηση των ανδρών ήταν 01:00-01:59, 08:00-08:59, 10:00-10:59, 13:00-13:59, 16:00-16:59 και 22:00-22:59.



Διάγραμμα 8-94. Κατανομή περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας στο 24ωρο.

Τα περιστατικά που συνέβησαν μεταξύ συντρόφων που συγκατοικούσαν χωρίς να είναι παντρεμένοι, είχαν λάβει χώρα συχνότερα τις μεταμεσονύκτιες και τις πρώτες πρωινές ώρες (00:00-06:59), ενώ οι ώρες 08:00-08:59, 13:00-13:59 και 22:00-23:59 συχνότερα αφορούσαν σε περιστατικά παντρεμένων. Για τους εν διαστάσει συζύγους οι ώρες με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν 11:00-11:59, 16:00-16:59, 18:00-18:59 και 21:00-21:59, ενώ για τους διαζευγμένους οι ώρες 03:00-03:59, 06:00-06:59, 14:00-14:59 και 20:00-20:59. Όταν δεν υπήρχαν απόγονοι, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα μεταμεσονύχτιες και πρώτες πρωινές ώρες (00:00-07:59), ενώ όταν υπήρχαν απόγονοι, ήταν πιθανότερο να είχε λάβει χώρα απογευματινές και βραδινές ώρες (16:00-23:59) ($p<0.001$). Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα απογευματινές και βραδινές ώρες (16:00-23:59) ήταν πιθανότερο οι απόγονοι να ήταν παρόντες στο συμβάν ($p=0.001$).

8.6.14. Τόπος συμβάντος

Τα 541 περιστατικά (81.48%) έλαβαν χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, συνηθέστερα στην οικία όπου διέμενε το θύμα, είτε κατά μόνας είτε από κοινού με τον δράστη. Τα 122 περιστατικά (18.37%) συνέβησαν σε κάποιον δημόσιο χώρο, κυρίως στον δρόμο έξωθεν της οικίας είτε του θύματος είτε του δράστη (5.87%) και σε κάποιον άλλον δημόσιο δρόμο (5.42%).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Ιδιωτικός	473 (82.12)	68 (77.27)	541 (81.48)
Οικία θύματος	416 (72.22)	56 (63.64)	472 (71.08)
Οικία δράστη	29 (5.03)	8 (9.09)	37 (5.57)
Άλλη οικία	7 (1.22)	2 (2.27)	9 (1.36)
Άλλος ιδιωτικός χώρος	21 (3.65)	2 (2.27)	23 (3.46)
Δημόσιος	102 (17.71)	20 (22.73)	122 (18.37)
Δρόμος έξωθεν οικίας	34 (5.90)	5 (5.68)	39 (5.87)
Άλλος δημόσιος δρόμος	30 (5.21)	6 (6.82)	36 (5.42)
Χώρος εργασίας	20 (3.47)	4 (4.54)	24 (3.61)
Άλλος δημόσιος χώρος	18 (3.13)	5 (5.68)	23 (3.46)
Άγνωστος	1 (0.17)	0	1 (0.15)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-74. Τόπος τέλεσης συμβάντος σε σχέση με το φύλο του θύματος. (Στην κατηγορία άλλος ιδιωτικός χώρος περιλαμβάνονται αυτοκίνητα και δωμάτια ξενοδοχείων. Στην κατηγορία άλλος δημόσιος χώρος περιλαμβάνονται παραλίες, χώροι εστίασης και διασκέδασης, νοσοκομεία, παιδικές χαρές, σχολεία, εμπορικά καταστήματα και δικαστικές αίθουσες.)

Όταν ο δράστης ήταν ηλικίας άνω των 40 ετών (με εξαίρεση τη δεκαετία των 50-59 ετών), ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο ($p=0.026$). Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος του συμβάντος είναι εξαρτημένες μεταβλητές ($p<0.001$). Πιο συγκεκριμένα:

- όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα στην οικία του θύματος, ήταν πιθανότερο να αφορούσε σε παντρεμένα ζευγάρια.
- όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιον άλλο δημόσιο δρόμο, ήταν λιγότερο πιθανό να αφορούσε σε παντρεμένα ζευγάρια.
- όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα στην οικία του δράστη, ήταν πιθανότερο να αφορούσε πρωτίστως σε ζευγάρια που βρίσκονταν σε διάσταση και δευτερευόντως σε ζευγάρια που συμβίωναν εκτός γάμου.
- όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα κάποιον άλλον ιδιωτικό χώρο ή στον χώρο εργασίας ενός εκ των εμπλεκόμενων, ήταν πιθανότερο να αφορούσε σε ζευγάρια που συμβίωναν εκτός γάμου.
- όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα στον δρόμο έξωθεν της οικίας ενός εκ των εμπλεκόμενων, ήταν πιθανότερο να αφορούσε σε ζευγάρια που βρίσκονταν σε διάσταση ή είχαν χωρίσει.

Οι ανωτέρω συσχετίσεις θεωρούνται αναμενόμενες, καθώς είναι γνωστό από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι η βία μεταξύ παντρεμένων συζύγων λαμβάνει χώρα κυρίως εντός της οικογενειακής στέγης, ενώ όταν οι σύζυγοι/σύντροφοι δεν μένουν πλέον μαζί, η ενδοοικογενειακή βία λαμβάνει χώρα, κυρίως κατά τις ώρες παράδοσης των απογόνων στον γονέα που έχει δικαίωμα επικοινωνίας με τα τέκνα του ή παραλαβής των απογόνων από τον γονέα που ασκεί την επιμέλεια των ανηλίκων τέκνων. Βεβαίως, από τις ανωτέρω συσχετίσεις προκύπτει ότι όταν οι σύντροφοι συμβιώνουν εκτός γάμου, η βία λαμβάνει χώρα μεν σε ιδιωτικούς χώρους, αλλά οι χώροι αυτοί αφορούν κυρίως στην οικία του δράστη ή σε άλλους ιδιωτικούς χώρους. Όταν το θύμα είχε αναφέρει ότι ο δράστης είχε κάνει ή έκανε χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα είτε σε κάποια άλλη οικία, είτε στο δρόμο έξωθεν της οικίας ή στο χώρο εργασίας ενός των εμπλεκόμενων. Αντιθέτως, όταν το θύμα δεν είχε αναφέρει χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα είτε σε κάποιον άλλον δημόσιο δρόμο, είτε σε κάποιον άλλο ιδιωτικό χώρο, είτε στην οικία του δράστη ή του θύματος ($p=0.042$).

8.6.15. Γεωγραφική κατανομή περιστατικών

Οι πρώτες σε συχνότητα περιοχές ήταν ο Δήμος Γλυφάδας (47 περιστατικά), ο Δήμος Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης (45 περιστατικά), ο Δήμος Κηφισιάς (40 περιστατικά), ο Δήμος Παλλήνης (39 περιστατικά), ο Δήμος Αμαρουσίου και ο Δήμος Μαραθώνα (32 περιστατικά έκαστος) και ο Δήμος Ηλιούπολης (31 περιστατικά). Οι καταγγελίες από περιοχές αρμοδιότητας της Αστυνομικής Διεύθυνσης Ευβοίας ήταν 6, ενώ 17 περιστατικά έλαβαν χώρα στον υπόλοιπο Νομό Αττικής και 6 περιστατικά εκτός Νομού Αττικής. Σε 4 περιστατικά δεν ήταν γνωστή η ακριβής τοποθεσία.



Εικόνα 8-16. Γεωγραφική κατανομή των καταγγεληθέντων περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας, για τις περιοχές αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής.

8.6.15.1. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους

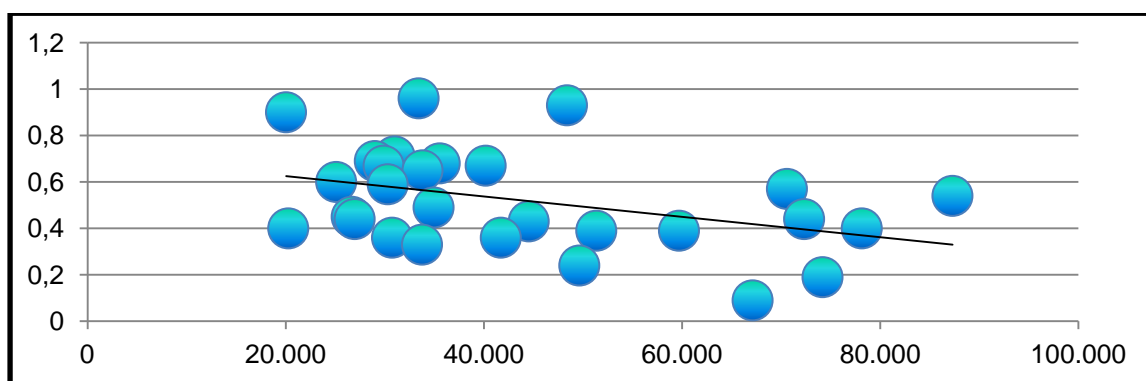
Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-75, στο σύνολο των Δήμων αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, σημειώθηκαν 0,49 καταγγελίες ανά 1000 κατοίκους. Άξιο λόγου είναι οι δέκα δήμοι με τον υψηλότερο αριθμό καταγγελιών ανά 1000 κατοίκους (εξαιρουμένου του Δήμου Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης), έχουν πληθυσμό χαμηλότερο του μέσου πληθυσμού ανά δήμο (29 δήμοι, 44178 κάτοικοι) και μάλιστα ο τρίτος (Δήμος Μαρκοπούλου Μεσόγαιας) είναι ο δήμος με τον χαμηλότερο πληθυσμό. Επιπροσθέτως, ο δεύτερος σε πληθυσμό (Δήμος Ηλιούπολης), όπως και ο τρίτος (Δήμος Χαλανδρίου) και ο έκτος (Δήμος Νέας Ιωνίας) εμφάνιζαν εξαιρετικά χαμηλό αριθμό καταγγελιών ανά 1000 κατοίκους, με 0,40, 0,19 και 0,09 καταγγελίες, αντίστοιχα.

Δήμος	Πληθυσμός*	Καταγγεληθέντα περιστατικά	Καταγγελίες/1.000 κατοίκους
Μαραθώνα	33.423	32	0,96
Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης	48.399	45	0,93
Μαρκοπούλου Μεσόγαιας	20.040	18	0,90
Παλλήνης	54.415	39	0,72
Λυκόβρυσης-Πεύκης	31.002	22	0,71
Σαρωνικού	29.002	20	0,69
Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνας	35.556	24	0,68
Διονύσου	40.193	27	0,67
Μεταμόρφωσης	29.891	20	0,67
Σπάτων-Αρτέμιδος	33.821	22	0,65
Λαυρεωτικής	25.102	15	0,60
Κρωπίας	30.307	18	0,59
Κηφισιάς	70.600	40	0,57
Γλυφάδας	87.305	47	0,54
Πεντέλης	34.934	17	0,49
Παιανίας	26.668	12	0,45
Φιλοθέης-Ψυχικού	26.968	12	0,44
Αμαρουσίου	72.333	32	0,44
Παπάγου-Χολαργού	44.539	19	0,43
Ηλιούπολης	78.153	31	0,40
Ραφήνας-Πικερμίου	20.266	8	0,40
Ελληνικού-Αργυρούπολης	51.356	20	0,39
Αγίας Παρασκευής	59.704	23	0,39
Αλίμου	41.720	15	0,36
Βριλησίων	30.741	11	0,36
Ωρωπού	33.769	11	0,33
Ηρακλείου	49.642	12	0,24
Χαλανδρίου	74.192	14	0,19
Νέας Ιωνίας	67.134	6	0,09
Σύνολο	1.281.175	632	0,49

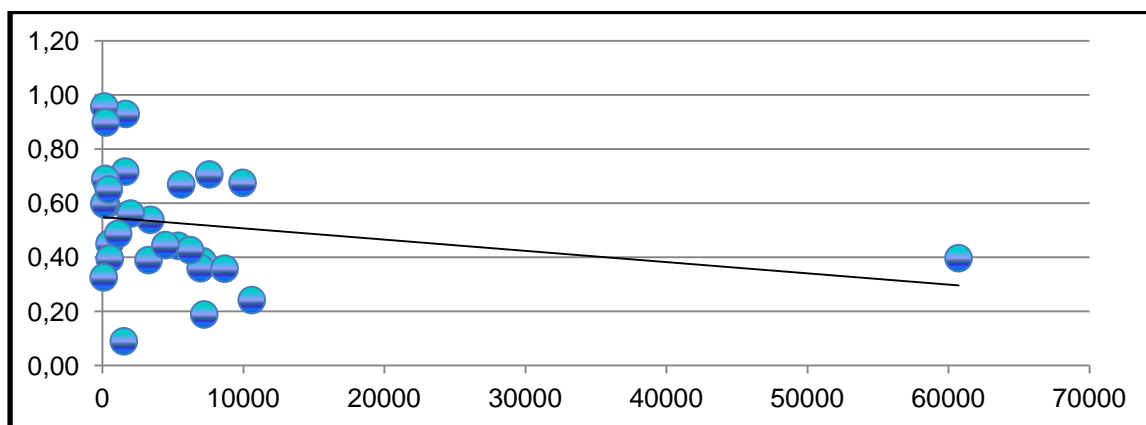
Πίνακας 8-75. Αριθμός καταγγελιών ανά 10.000 κατοίκους. (*Πηγή: Ελληνική Στατική Αρχή, Απογραφή 2011.)

Στο Διάγραμμα 8-95 φαίνεται ότι ο πληθυσμός ενός δήμου και οι καταγγελίες ανά 1000 κατοίκους είναι μεταβλητές οι οποίες συνδέονται με αντιστρόφως ανάλογη σχέση, δηλαδή, τουλάχιστον όσον αφορά στους δήμους της Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, όσο αυξάνεται ο πληθυσμός του δήμου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα καταγγελίας ενός περιστατικού συζυγικής/συντροφικής βίας.

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 8-96, το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τη συσχέτιση της πυκνότητας του πληθυσμού και των καταγγελιών ανά 1000 κατοίκους, τουλάχιστον όσον αφορά στους δήμους της Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής, καθώς όσο αυξάνεται η πυκνότητα πληθυσμού του δήμου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα καταγγελίας ενός περιστατικού συζυγικής/συντροφικής βίας.



Διάγραμμα 8-95. Συσχέτιση του αριθμού καταγγελιών περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας και του πληθυσμού του δήμου.



Διάγραμμα 8-96. Συσχέτιση του αριθμού καταγγελιών περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας και της πυκνότητας πληθυσμού του δήμου.

8.6.16. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Σε 583 περιστατικά (87.80%) ο δράστης φέρεται να είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματος του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα), το οποίο έδρασε σαν θλυν όργανο. Στην πλειονότητα εξ αυτών (553 περιστατικά) χρησιμοποίησε μόνον κάποιο μέρος του σώματος, ενώ σε 30 περιστατικά (4.52%) χρησιμοποίησε και κάποιο θλυν αντικείμενο. Σε 24 περιστατικά (3.61%), ο

δράστης είχε μεταξύ άλλων δαγκώσει το θύμα, ενώ μόλις σε 10 περιστατικά (1.51%) είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο (μαχαίρι, γυαλί, κ.ά.). Στους άλλους μηχανισμούς συμπεριλαμβάνονται κυρίως χρήση κάποιου αιχμηρού αντικειμένου, όπως κλειδιά ή δακτυλίδια.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8-77, σημειώνεται διαφοροποίηση ως προς τον αναφερόμενο μηχανισμό πρόκλησης των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του δράστη. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν λιγότερο συχνά χρησιμοποιήσει κάποιο μέρος του σώματός του ως θλων όργανο, ενώ συχνότερα είχαν χρησιμοποιήσει και κάποιο θλων αντικείμενο, είτε μόνο του είτε σε συνδυασμό με κάποιο μέρος του σώματος ή κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο ή είχαν δαγκώσει τον άνδρα.

	Περιστατικά (%)
Μέρος σώματος (κεφάλι, χέρια, πόδια) ως θλων όργανο	553 (83.28)
Θλων αντικείμενο	33 (4.97)
Συνδυασμός θλώντος αντικειμένου και μέρος σώματος	30 (4.52)
Δήγμα	24 (3.61)
Νύσσον και τέμνον όργανο	10 (1.51)
Άλλος μηχανισμός πρόκλησης	14 (2.11)
Σύνολο	664

Πίνακας 8-76. Αναφερόμενος μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Μέρος σώματος ως θλων όργανο	491 (85.24)	62 (70.45)	553 (83.28)
Θλων αντικείμενο	26 (4.51)	7 (7.95)	33 (4.97)
Συνδυασμός θλώντων αντικειμένων και οργάνων	23 (3.99)	7 (7.95)	30 (4.52)
Δήγμα	17 (2.95)	7 (7.95)	24 (3.61)
Νύσσον και τέμνον όργανο	7 (1.21)	3 (3.41)	10 (1.51)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-77. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.6.17. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Οι γυναίκες-θύματα ήταν πιθανότερο να είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ($p=0.041$), όπως και τα θύματα αλλοδαπής καταγωγής ($p=0.028$). Όταν ο δράστης ήταν ηλικίας 20-29 ετών, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών και όταν ο δράστης ήταν ηλικίας 30-39 ετών, ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε νοσηλευθεί ($p=0.024$).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Α' Βοήθειες	130 (22.57)	13 (14.77)	143 (21.54)
Νοσηλεία	11 (1.91)	0	11 (1.66)
Χειρουργική επέμβαση	1 (0.17)	0	1 (0.15)
ΟΧΙ	434 (75.35)	75 (85.23)	509 (76.65)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-78. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.6.18. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	329 (57.12)	42 (47.73)	371 (55.87)
Μία ημέρα	143 (24.83)	27 (30.68)	170 (25.60)
Δύο ημέρες	47 (8.16)	6 (6.82)	53 (7.98)
Τρεις έως επτά ημέρες	44 (7.64)	12 (13.64)	56 (8.43)
Πάνω από μία εβδομάδα	13 (2.26)	1 (1.14)	14 (2.11)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-79. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
♀	1,15	0,95	1,45	0,62	1,11
♂	1,17	0,70	3,20	0,87	1,12
Σύνολο	1,16	0,90	1,55	0,65	1,11

Πίνακας 8-80. Μέσος χρόνος καταγγελίας του συμβάντος σε σχέση με το φύλο του θύματος και την οικογενειακή κατάσταση των εμπλεκόμενων.

Πρωτίστως οι διαζευγμένοι σύζυγοι και δευτερευόντως οι σύζυγοι που βρίσκονταν σε διάσταση, ήταν πιθανότερο να είχαν προβεί στην καταγγελία του βίαιου περιστατικού την ημέρα του συμβάντος, ενώ οι σύντροφοι που συμβίωναν εκτός γάμου ήταν πιθανότερο να το είχαν καταγγείλει μετά την παρέλευση δύο ημερών, ιδίως μεταξύ τρίτης και έβδομης ημέρας ($p=0.007$). Η ανωτέρω συσχέτιση υποδηλώνει ότι πιθανότατα οι σύζυγοι/σύντροφοι που έχουν πρότερη «εμπλοκή με το Νόμο», στο πλαίσιο της ρύθμισης των ζητημάτων της λύσης του γάμου ή/και της επικοινωνίας και διατροφής των ανηλίκων τέκνων, γνωρίζουν την ύπαρξη του Ν 3500/2006 και είναι διατεθειμένοι να προβούν σε καταγγελία κατά του/της συζύγου/συντρόφου. Επίσης, όταν οι απόγονοι δεν ήταν παρόντες στο συμβάν, ήταν πιθανότερο η καταγγελία να είχε γίνει είτε πρωτίστως την ημέρα του συμβάντος, είτε δευτερευόντως μετά την πάροδο επτά ημερών, ενώ όταν ήταν παρόντες στο μεσοδιάστημα της επομένης του συμβάντος έως και επτά ημέρες μετά από αυτό ($p=0.031$). Όταν το θύμα δεν είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, ήταν πιθανότερο να είχε προβεί στην καταγγελία είτε την ημέρα του συμβάντος, είτε την επομένη αυτού, ενώ όταν του είχαν παρασχεθεί οι Α' Βοήθειες σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ήταν πιθανότερο να είχε προβεί στην καταγγελία είτε την επομένη του συμβάντος, είτε δύο ημέρες μετά από αυτό. Όταν το θύμα είχε νοσηλευθεί, ήταν πιθανότερο να είχε καταγγείλει το περιστατικό τουλάχιστον τρεις ημέρες μετά το συμβάν ($p=0.032$). Οι ανωτέρω συσχετίσεις θεωρούνται αναμενόμενες, αλλά ταυτοχρόνως υποδηλώνουν την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες της υγείας.

8.6.19. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

Σε 62 περιστατικά (9.34%) η ιατροδικαστική κλινική εξέταση διενεργήθηκε την ημέρα του συμβάντος και σε 237 περιστατικά (35.69%) την επομένη αυτού. Οι γυναίκες είχαν συχνότερα εξετασθεί την ημέρα του συμβάντος, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι οποίοι είχαν συχνότερα εξετασθεί δύο ημέρες μετά το συμβάν. Όταν το θύμα είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, ήταν πιθανότερο να είχε εξετασθεί τουλάχιστον δύο ημέρες μετά το συμβάν ($p < 0.001$).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	56 (9.72)	6 (6.82)	62 (9.34)
Μία ημέρα	209 (36.28)	28 (31.82)	237 (35.69)
Δύο ημέρες	143 (24.83)	31 (35.23)	174 (26.20)
Τρεις έως επτά ημέρες	146 (25.35)	20 (22.73)	166 (25.00)
Πάνω από μία εβδομάδα	22 (3.82)	3 (3.41)	25 (3.77)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-81. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
♀	1,15	2,47	2,59	1,97	2,42
♂	1,17	1,89	3,60	2,00	2,33
Σύνολο	1,16	2,37	2,65	1,98	2,41

Πίνακας 8-82. Μέσος χρόνος που μεσολάβησε από το συμβάν έως την εξέταση σε σχέση με το φύλο του θύματος και την οικογενειακή κατάσταση των εμπλεκόμενων.

8.6.20. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο
Καμία ημέρα	139 (24.13)	23 (26.14)	162 (24.40)
Μία ημέρα	275 (47.74)	39 (44.32)	314 (47.29)
Δύο ημέρες	86 (14.93)	18 (20.45)	104 (15.66)
Τρεις έως επτά ημέρες	74 (12.85)	8 (9.09)	82 (12.35)
Πάνω από μία εβδομάδα	2 (0.35)	0	2 (0.30)
Σύνολο	576	88	664

Πίνακας 8-83. Ημέρες από την καταγγελία έως την εξέταση σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	Γάμος	Διάσταση	Σύντροφοι	Διαζύγιο	Σύνολο
♀	1,27	1,36	1,14	1,53	1,32
♂	1,34	1,12	0,40	1,18	1,22
Σύνολο	1,28	1,33	1,10	1,47	1,30

Πίνακας 8-84. Μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την καταγγελία έως την εξέταση σε σχέση με το φύλο του θύματος και την οικογενειακή κατάσταση των εμπλεκόμενων.

8.6.21. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

Οι άνδρες-θύματα ήταν πιθανότερο να μην έχρηζαν αποχής ή να χρειάζονταν το πολύ μία ημέρα αποχής μετά το συμβάν, σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες ήταν πιθανότερο να έχρηζαν τουλάχιστον δύο ημέρες αποχής ($p < 0.001$). Τα άτομα αλλοδαπής καταγωγής ήταν πιθανότερο να έχρηζαν τουλάχιστον δύο ημέρες αποχής ($p < 0.001$). Όταν το θύμα είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή

των Α' Βοηθειών, ο εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν τουλάχιστον τρεις ημέρες από την ημερομηνία του συμβάντος ($p < 0.001$).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	147 (27.79)	42 (51.85)	189 (30.98)
Μία ημέρα	105 (19.84)	19 (23.46)	124 (20.33)
Δύο ημέρες	88 (16.63)	7 (8.64)	95 (15.57)
Τρεις έως επτά ημέρες	149 (28.17)	11 (13.58)	160 (26.23)
Πάνω από μία εβδομάδα	40 (7.56)	2 (2.47)	42 (6.89)
Σύνολο	529	81	610

Πίνακας 8-85. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους.

	Γάμος	Διάσταση	Συμβίωση	Διαζύγιο	Σύνολο
♀	3,30	3,55	4,65	2,98	3,53
♂	1,07	1,12	4,40	1,57	1,34
Σύνολο	3,00	3,11	4,64	2,77	3,24

Πίνακας 8-86. Μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες σε σχέση με το φύλο του θύματος και την οικογενειακή κατάσταση.

8.6.22. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 54 θυμάτων (8.13%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις (8.51% των γυναικών και 7.95% των ανδρών). Σε 96 θύματα (14.46%) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση (14.06% των γυναικών και 11.36% των ανδρών). Στα υπόλοιπα 512 θύματα (444 γυναίκες και 68 άνδρες) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις. Όταν δεν είχαν διαπιστωθεί κακώσεις, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν ελληνικής καταγωγής ($p=0.042$).

8.6.23. Τύπος κακώσεων

Στη συντριπτική πλειονότητα των ατόμων (95.39%) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και εκδορές. Όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση του θύματος, ήταν συχνότερο στις γυναίκες και δη στις παντρεμένες, να είχε διαπιστωθεί κάποιο κάταγμα, καθώς εκ των 21 θυμάτων που είχαν υποστεί κάποιο κάταγμα, υπήρχαν 19 γυναίκες και 2 άνδρες και εκ των 19 γυναικών, οι 11 ήταν παντρεμένες.

8.6.24. Εντόπιση κακώσεων

Οι κακώσεις στα κάτω άκρα ήταν συχνότερες στις γυναίκες ($p < 0.001$). Η διαπίστωση κακώσεων στην κεφαλή ήταν πιθανότερη πρωτίστως σε άτομα που συμβίωναν εκτός γάμου και δευτερευόντως σε άτομα που ήταν παντρεμένα ($p=0.003$). Η διαπίστωση κακώσεων στα κάτω άκρα ήταν πιθανότερη πρωτίστως σε άτομα που συμβίωναν εκτός γάμου και δευτερευόντως σε άτομα που είχαν χωρίσει ($p=0.015$). Όταν οι κακώσεις εντοπιζόνταν πρωτίστως τουλάχιστον στην κεφαλή ($p=0.027$) και δευτερευόντως στα

κάτω άκρα ($p=0.007$), ήταν πιθανότερο το θύμα να είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών.

♀ (n=576)	♂ (n=88)	Σύνολο (n= 664)
<p>Κεφαλή: 46.01% Πρόσωπο: 41.67% Κρανίο: 11.11% Τράχηλος: 14.93%</p>	<p>Κεφαλή: 44.32% Πρόσωπο: 36.36% Κρανίο: 18.18% Τράχηλος: 21.59%</p>	<p>Κεφαλή: 45.78% Πρόσωπο: 42.32% Κρανίο: 10.69% Τράχηλος: 15.66%</p>
<p>Κορμός: 34.03% Θώρακας: 15.45% Κοιλία: 6.60% Ράχη: 21.70%</p>	<p>Κορμός: 35.23% Θώρακας: 15.91% Κοιλία: 9.09% Ράχη: 21.59%</p>	<p>Κορμός: 33.58% Θώρακας: 15.51% Κοιλία: 6.02% Ράχη: 21.84%</p>
<p>Άνω άκρα: 62.67% Βραχίονες: 48.26% Αντιβράχια: 39.06% Άκρες χείρες: 19.62%</p>	<p>Άνω άκρα: 57.95% Βραχίονες: 36.36% Αντιβράχια: 39.77% Άκρες χείρες: 17.05%</p>	<p>Άνω άκρα: 62.05% Βραχίονες: 46.39% Αντιβράχια: 39.91% Άκρες χείρες: 18.68%</p>
<p>Κάτω άκρα: 37.67% Μηροί: 30.21% Κνήμες: 23.26% Άκροι πόδες: 6.60%</p>	<p>Κάτω άκρα: 15.91% Μηροί: 7.95% Κνήμες: 11.36% Άκροι πόδες: 3.41%</p>	<p>Κάτω άκρα: 34.79% Μηροί: 26.96% Κνήμες: 15.27% Άκροι πόδες: 6.18%</p>

Εικόνα 8-17. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.6.25. Τύπος θλαστικών κακώσεων σε σχέση με την ανατομική εντόπιση των κακώσεων

Σύμφωνα με τους Πίνακες 8-87 και 8-88, οι άνδρες-δράστες φαίνεται ότι ασκούν μεγαλύτερης ισχύος και βαρύτητας δύναμη στις γυναίκες συντρόφους τους, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση εκχυμώσεων, ενώ οι γυναίκες-δράστες στην πλειονότητα των περιστατικών ασκούν βία δια αιχμηρών αντικειμένων, όπως οι όνυχες και τα κλειδιά, με αποτέλεσμα να προκαλούνται εκδορές.

	♀	♂	Σύνολο
Πρόσωπο	6.77	19.32	8.43
Κρανίο	1.74	9.09	2.71
Τράχηλος	6.25	19.32	7.98
Θώρακας	4.51	9.09	5.12
Κοιλία	1.39	3.41	1.66
Ράχη	3.82	12.50	4.97
Βραχίονες	5.21	9.09	5.72
Αντιβράχια	9.72	22.73	11.46
Άκρες χείρες	7.29	11.36	7.83
Μηροί	3.13	3.41	3.16
Κνήμες	2.60	4.55	2.86
Άκροι πόδες	2.08	2.27	2.11

Πίνακας 8-87. Ποσοστιαία κατανομή των θυμάτων, στα οποία διαπιστώθηκαν τουλάχιστον εκδορές χωρίς να διαπιστωθούν εκχυμώσεις.

	♀	♂	Σύνολο
Πρόσωπο	21.88	9.09	20.18
Κρανίο	3.30	2.27	3.16
Τράχηλος	7.47	1.14	6.63
Θώρακας	9.38	3.41	8.58
Κοιλία	3.13	3.41	3.16
Ράχη	15.10	6.82	14.01
Βραχίονες	34.38	19.32	32.38
Αντιβράχια	19.10	9.09	17.77
Άκρες χείρες	4.17	1.14	3.77
Μηροί	22.22	4.55	19.88
Κνήμες	12.15	2.27	10.84
Άκροι πόδες	2.43	1.14	2.26

Πίνακας 8-88. Ποσοστιαία κατανομή των θυμάτων, στα οποία διαπιστώθηκαν τουλάχιστον εκχυμώσεις, χωρίς να έχουν διαπιστωθεί εκδορές.

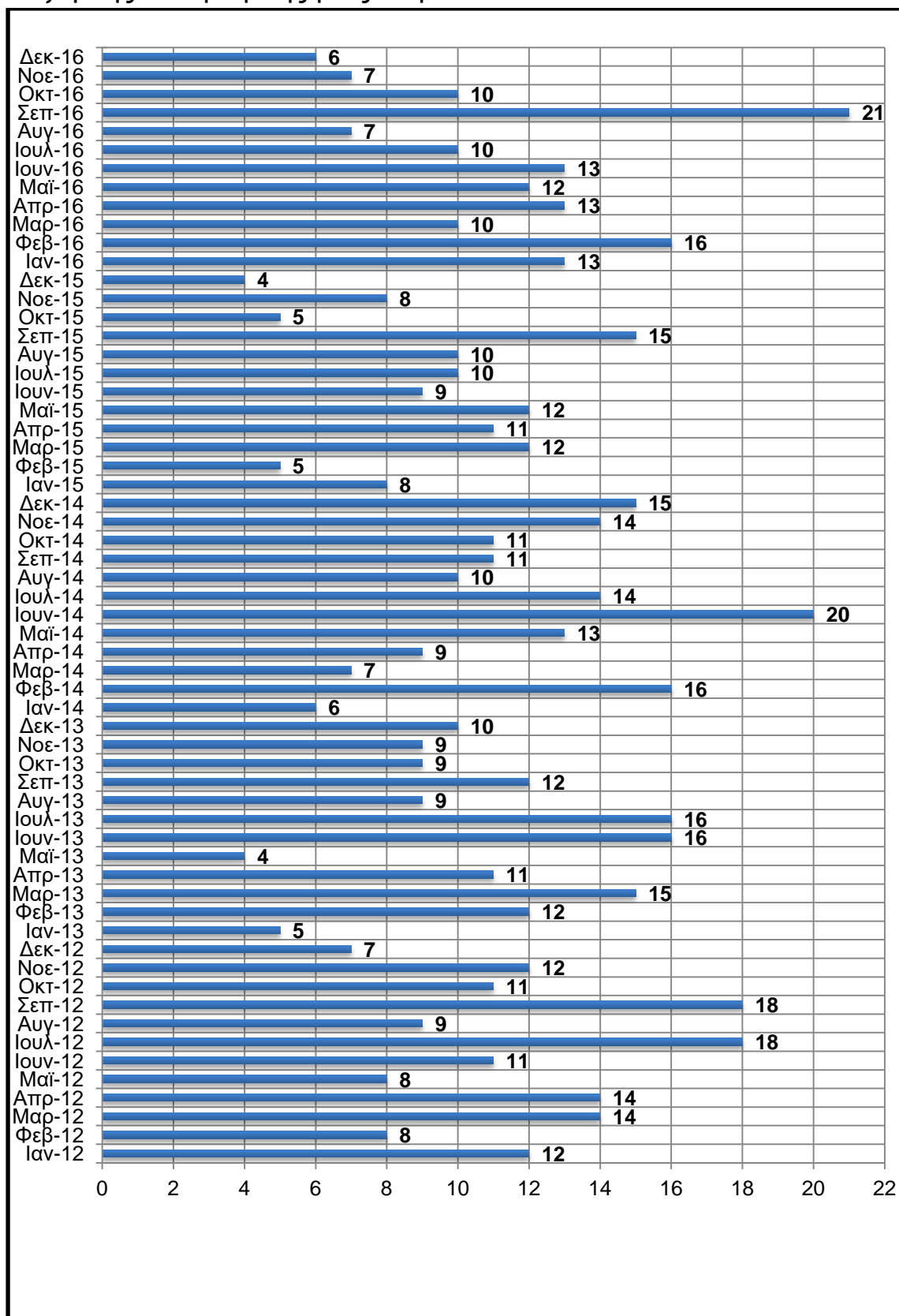
8.6.26. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση κακώσεις, στην πλειονότητα των περιστατικών (78.69%) πιθανότατα θα χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, με την πιθανότητα αυτή να φαίνεται να ήταν υψηλότερη όταν το θύμα ήταν ο άνδρας. Επιπροσθέτως, η πιθανότητα οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν τουλάχιστον ως επικίνδυνες σωματικές βλάβες ήταν σχεδόν διπλάσια, όταν το θύμα ήταν η γυναίκα (15.66%) σε σύγκριση με τους άνδρες-θύματα (7.50%). Μάλιστα, η ανωτέρω πιθανότητα φαίνεται ότι αφορούσε περισσότερο τις παντρεμένες γυναίκες και τις συντρόφους εκτός γάμου. Όταν είχε διαπιστωθεί μόνον μία κάκωση, ήταν πιθανότερο αυτή να χαρακτηριζόταν ως απλή σωματική βλάβη ($p < 0.001$). Όταν οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην κεφαλή ($p < 0.001$) και δευτερευόντως στον τράχηλο ($p < 0.001$), ήταν πιθανότερο αυτές να χαρακτηριζόταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες. Όταν το θύμα είχε επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, ήταν πιθανότερο οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση κακώσεις να χαρακτηριζόταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$). Όταν το θύμα έχρηζε αποχής έως δύο ημέρες μετά το συμβάν ήταν πιθανότερο οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, ενώ όταν έχρηζε πάνω από τρεις ημέρες και ιδίως πάνω από μία εβδομάδα, ήταν πιθανότερο οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες ($p < 0.001$).

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	411 (77.69)	69 (86.18)	480 (78.69)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	83 (15.69)	6 (7.41)	89 (14.59)
Βαριές σωματικές βλάβες	29 (5.48)	6 (7.41)	35 (5.74)
Εγκυμονούσες (N 3500/2006)	6 (1.13)	-	6
Σύνολο	529	81	610

Πίνακας 8-89. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.6.27. Κατανομή των καταγγεληθέντων περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας στην πενταετία 2012-2016



Διάγραμμα 8-97. Κατανομή των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων, στην πενταετία 2012-2016. (Μέσος μηνιαίος αριθμός περιστατικών: 11,07)

8.7. Βία μεταξύ γονέων και παιδιών

8.7.1. Θυματοποίηση παιδιών

8.7.1.1. Μορφή σχέσης

Σε 94 περιστατικά δράστης ήταν κάποιος εκ των γονέων, στην πλειονότητα εκ των οποίων (69 περιστατικά) ήταν ο πατέρας ή ο πατριός του τέκνου. Σε πέντε περιστατικά, δεν είχε εξακριβωθεί κατά την ημέρα διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης, ποιος εκ των δύο γονέων ήταν ο δράστης.

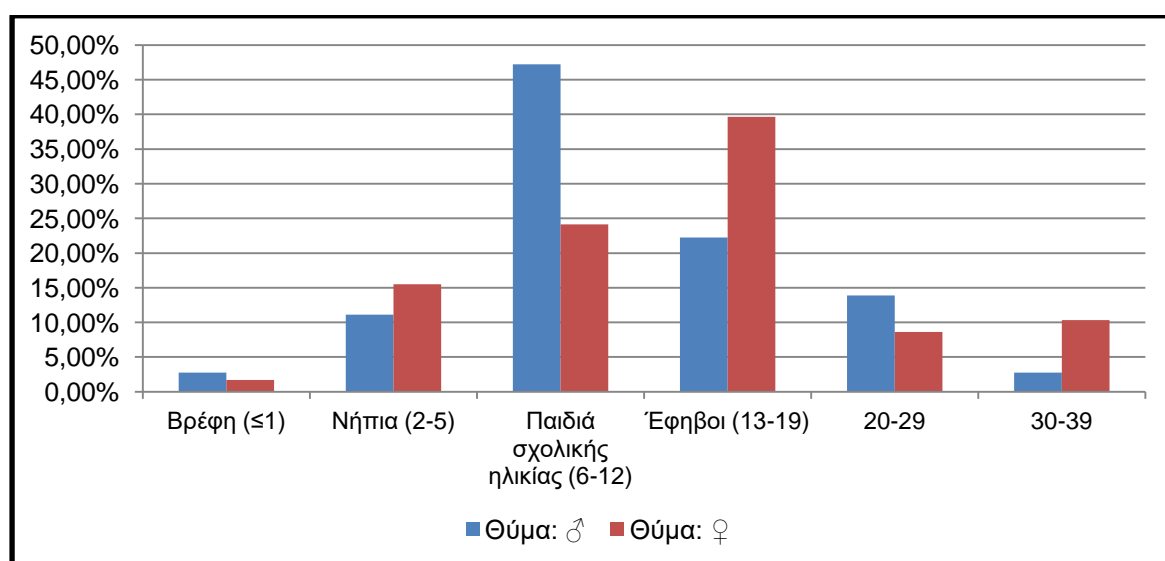
		%(Συνόλου)	%(Δράστης: Πατέρας)	%(Δράστης: Μητέρα)	%(Θύμα : Γιος)	%(Θύμα: Κόρη)
Δράστης: Πατέρας	69	73.41	-	-	72.22	74.14
Θύμα: Γιος	26	27.66	37.68	-	-	-
Θύμα: Κόρη	43	45.74	62.32	-	-	-
Δράστης: Μητέρα	20	21.28	-	-	22.22	20.69
Θύμα: Γιος	8	8.51	-	40.00	-	-
Θύμα: Κόρη	12	12.77	-	60.00	-	-
Σύνολο	94	-	-	-	-	-

Πίνακας 8-90. Μορφή σχέσης περιστατικών με θύμα το παιδί και δράστη κάποιον γονέα.

8.7.1.2. Ηλικία εμπλεκομένων

8.7.1.2.1. Ηλικία θύματος

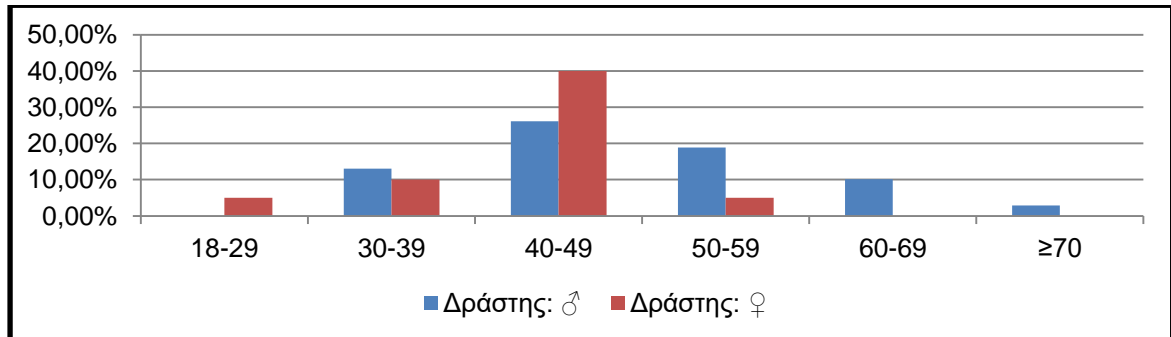
Σε 71 περιστατικά (75.53%) το παιδί-θύμα ήταν ανήλικο (29 αγόρια και 42 κορίτσια). Στα υπόλοιπα 23 περιστατικά, τα οποία αφορούσαν ενήλικους, υπήρχαν 7 καταγγελίες από άνδρες και 16 από γυναίκες. Όταν οι καταγγελίες αφορούσαν σε παιδιά σχολικής ηλικίας, τότε τα θύματα ήταν συχνότερα αγόρια, ενώ όταν η καταγγελία αφορούσε σε εφήβους και ενήλικες, τότε τα θύματα ήταν κορίτσια-γυναίκες.



Διάγραμμα 8-98. Ηλικιακή κατανομή των θυμάτων.

8.7.1.2.2. Ηλικία δράστη

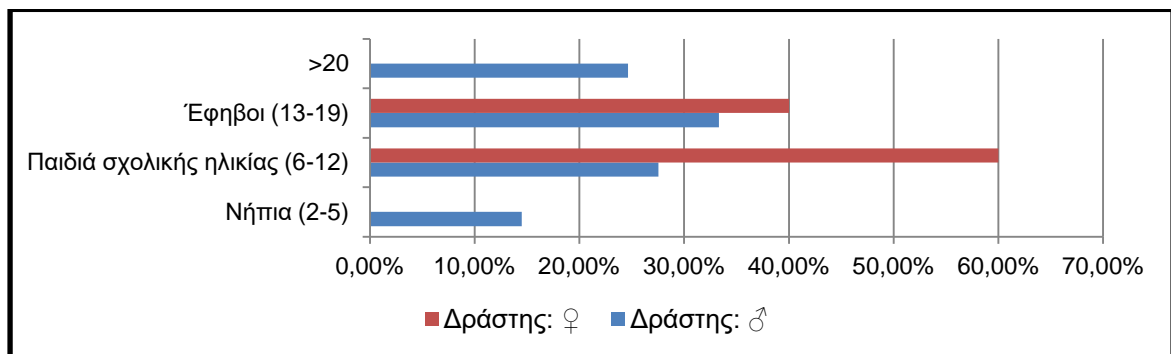
Η μητέρα-δράστης ήταν συχνότερα ηλικίας 40-49 ετών και ο πατέρας-δράστης μεγαλύτερος των 50 ετών. Η ηλικία του δράστη ήταν άγνωστη σε 33 περιστατικά (35.11%).



Διάγραμμα 8-99. Ηλικιακή κατανομή των δραστών.

8.7.1.2.3. Συσχέτιση της ηλικίας του θύματος και του φύλου του δράστη

Όταν το θύμα ήταν παιδί σχολικής ηλικίας, ο δράστης ήταν συχνότερα η μητέρα, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλα τα καταγγεληθέντα περιστατικά βίας κατά νηπίων και ατόμων ηλικίας άνω των 20 ετών, δράστης ήταν ο πατέρας.



Διάγραμμα 8-100. Συσχέτιση της ηλικίας του θύματος και του φύλου του δράστη.

8.7.1.3. Εθνικότητα εμπλεκομένων

Στην πλειονότητα των περιστατικών, τα θύματα και οι δράστες ήταν Έλληνες (89.36% των θυμάτων και 85.11% των δραστών). Σε 79 περιστατικά (84.04%) τόσο το θύμα όσο και ο δράστης ήταν Έλληνες, ενώ σε 87 περιστατικά (92.55%) και οι δύο εμπλεκόμενοι ήταν άτομα της ίδιας εθνικότητας.

8.7.1.4. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

Εκ των 23 ενηλίκων θυμάτων, εργάζονταν τα 7 (30.43%). Η εργασιακή απασχόληση των δραστών ήταν άγνωστη σε 41 περιστατικά (43.62%). Εκ των υπολοίπων 53 δραστών, οι 38 εργάζονταν (40.43%), οι 11 δεν εργάζονταν (11.70%) και οι 4 είχαν συνταξιοδοτηθεί. Τόσο τα περιστατικά στα οποία ο δράστης εργαζόταν, όσο και αυτά στα οποία δεν εργαζόταν, αφορούσαν κυρίως σε θυματοποίηση με δράστη τον πατέρα (86.84% εκ των εργαζομένων και 63.64% εκ των ανέργων/άεργων).

8.7.1.5. Αναφερόμενα νοσήματα θυμάτων

2 θύματα ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο νόσημα, αμφότερα από βρογχικό άσθμα.

8.7.1.6. Αναφερόμενο ψυχιατρικό νόσημα του δράστη

Σε 7 περιστατικά (7.45%) αναφέρθηκε ότι ο δράστης πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα, με την παράμετρο αυτή να είναι άγνωστη σε 49 περιστατικά (52.13%) και αρνητική σε 38 περιστατικά (40.42%).

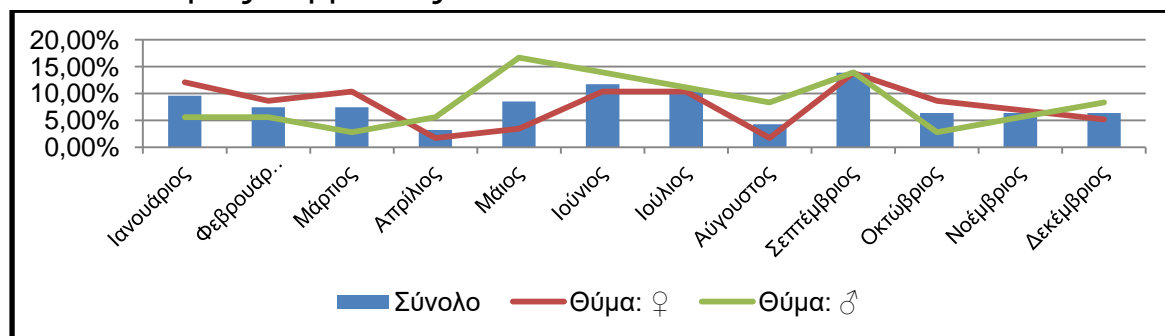
8.7.1.7. Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τον δράστη

Σε 14 περιστατικά (14.89%) αναφέρθηκε ότι ο δράστης κάνει χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας, κυρίως αιθυλικής αλκοόλης (18.84% των πατέρων και 5.00% των μητέρων). Η παράμετρος αυτή ήταν άγνωστη σε 47 περιστατικά (50.00%) και αρνητική σε 33 περιστατικά (35.11%).

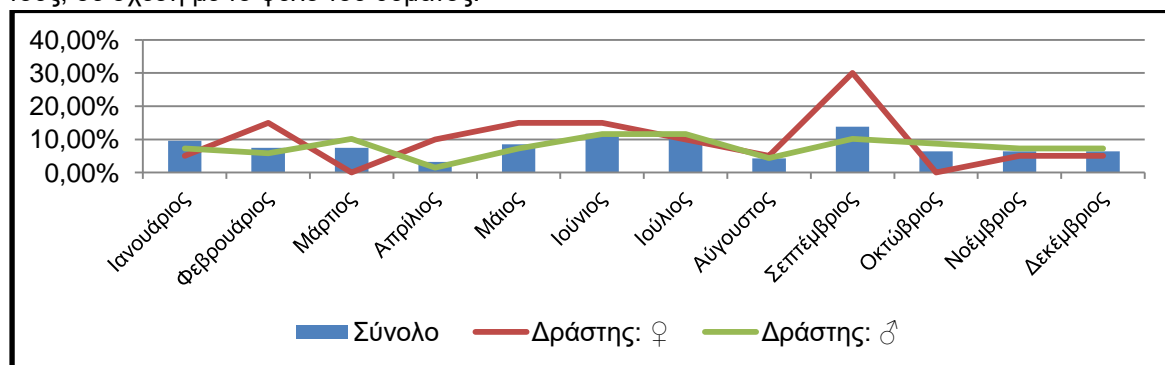
8.7.1.8. Αναφερόμενη άσκηση σωματικής βίας στο παρελθόν

Η παράμετρος αυτή ήταν άγνωστη σε 47 περιστατικά (50.00%). Στην πλειονότητα των υπολοίπων (40 περιστατικά) αναφέρθηκε ότι οι δράστες (44.93% εκ των πατέρων και 35.00% εκ των μητέρων) είχαν προβεί σε ανάλογα περιστατικά βίας στο παρελθόν.

8.7.1.9. Μήνας συμβάντος



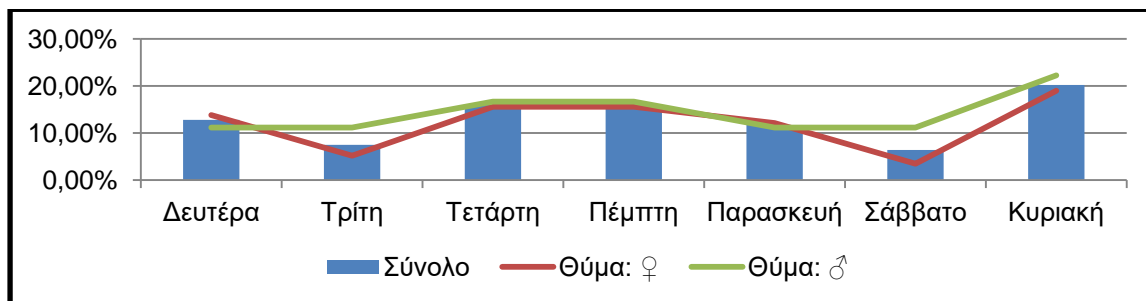
Διάγραμμα 8-101. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους, σε σχέση με το φύλο του θύματος.



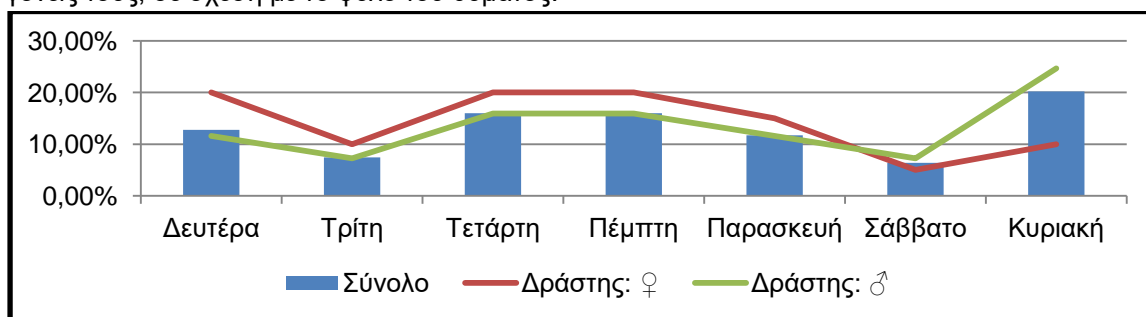
Διάγραμμα 8-102. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.1.10. Ημέρα συμβάντος

Η μητέρα ήταν συχνότερα δράστης τις καθημερινές ημέρες, ενώ ο πατέρας το Σαββατοκύριακο. 27 περιστατικά (30.68%) είχαν λάβει χώρα σε μη εργάσιμες ημέρες (αργίες) και στην πλειονότητα εξ αυτών (88.89%) δράστης ήταν ο πατέρας.

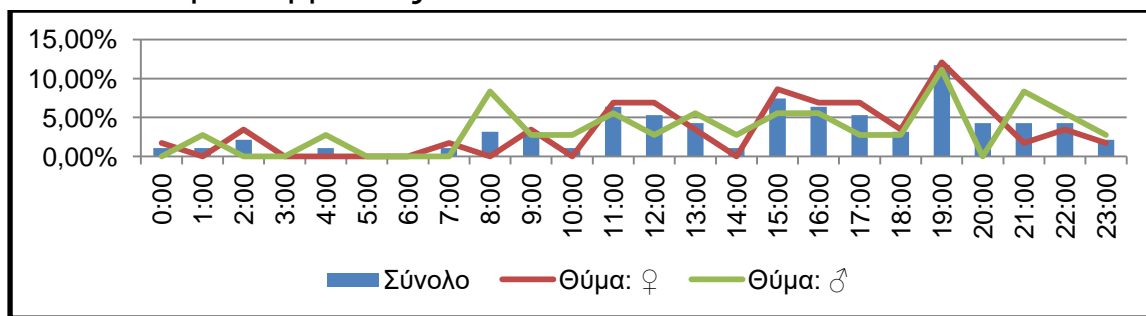


Διάγραμμα 8-103. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

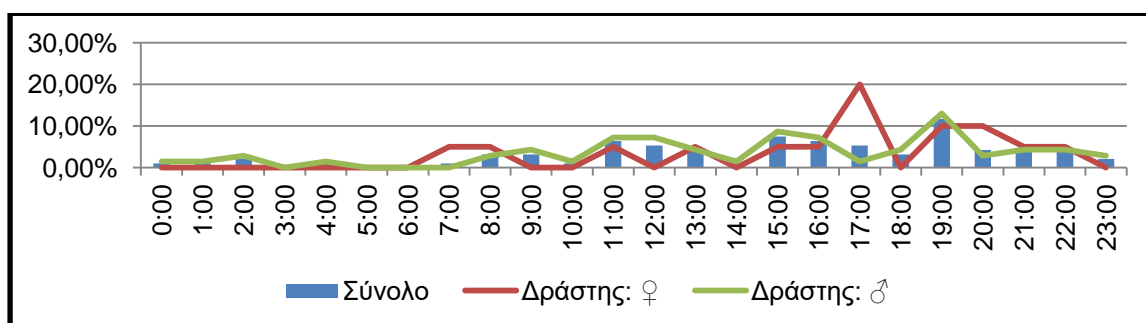


Διάγραμμα 8-104. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.1.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-105. Κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του θύματος.



Διάγραμμα 8-106. Κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης παιδιών από τους γονείς τους στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.1.12. Τόπος συμβάντος

Η πλειονότητα των περιστατικών (81.91%) έλαβαν χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (55 στην οικία του θύματος, 20 στην οικία του δράστη και 2 σε κάποιαν άλλη οικία). Σε 5 περιστατικά, ο τόπος τέλεσης του βίαιου περιστατικού ήταν άγνωστος και εκ των υπολοίπων 12 περιστατικών (12.77%), τα οποία συνέβησαν σε κάποιον δημόσιο χώρο, η πλειονότητα αυτών (7 περιστατικά) έλαβαν χώρα σε κάποιον δημόσιο δρόμο, πλην του δρόμου έξωθεν της οικίας του θύματος ή/και του δράστη.

8.7.1.13. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Στην πλειονότητα των περιστατικών (73.40%), ο γονέας-δράστης είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματός του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα) ως θλων όργανο. Επίσης, υπήρχαν 11 καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας (θυματοποίηση 9 κοριτσιών και 2 αγοριών).

8.7.1.14. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Σε 15 περιστατικά (15.96%) παρασχέθηκαν στο θύμα οι Α' Βοήθειες σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και 6 θύματα (6.38%) παρέμειναν νοσηλευόμενα.

8.7.1.15. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	29 (50.00)	16 (44.44)	45 (47.87)
Μία ημέρα	11 (18.97)	11 (30.56)	22 (23.40)
Δύο ημέρες	5 (8.62)	3 (8.33)	8 (8.51)
Τρεις έως επτά ημέρες	3 (5.17)	3 (8.33)	6 (6.38)
Πάνω από μία εβδομάδα	6 (10.34)	2 (5.56)	8 (8.51)
Σύνολο	58	36	94

Πίνακας 8-91. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με το φύλο του θύματος. (*Στο διάστημα άνω της εβδομάδας περιλαμβάνονταν περιστατικά με εξαιρετικώς ακραίες τιμές - από 44 ημέρες έως και 2 έτη μετά το συμβάν.)

8.7.1.16. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	3 (5.17)	1 (2.78)	4 (4.25)
Μία ημέρα	21 (36.21)	11 (30.56)	32 (34.04)
Δύο ημέρες	10 (17.24)	12 (33.33)	22 (23.40)
Τρεις έως επτά ημέρες	12 (20.69)	8 (22.22)	20 (21.28)
Πάνω από μία εβδομάδα	8 (13.79)	3 (8.33)	11 (11.70)
Σύνολο	58	36	94

Πίνακας 8-92. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.7.1.17. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	15 (25.86)	7 (19.44)	22 (23.40)
Μία ημέρα	25 (43.10)	13 (36.11)	38 (40.43)
Δύο ημέρες	7 (12.07)	12 (33.33)	19 (20.21)
Τρεις έως επτά ημέρες	5 (8.62)	3 (8.33)	8 (8.51)
Πάνω από μία εβδομάδα	2 (3.45)	0	2 (2.13)
Σύνολο	58	36	94

Πίνακας 8-93. Ημέρες από την καταγγελία έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.7.1.18. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	22 (53.66)	14 (50.00)	36 (52.17)
Μία ημέρα	7 (17.07)	2 (7.14)	9 (13.04)
Δύο ημέρες	3 (7.32)	4 (14.29)	7 (10.14)
Τρεις έως επτά ημέρες	4 (9.76)	6 (21.43)	10 (14.49)
Πάνω από μία εβδομάδα	5 (12.19)	2 (7.14)	7 (10.14)
Σύνολο	41	28	69

Πίνακας 8-94. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους.

Στο 52.17% των ατόμων που εξετάσθηκαν και διαπιστώθηκαν κακώσεις, εκτιμήθηκε ότι δεν έχρηζαν αποχής από τις δραστηριότητές τους. Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 4,52 ημέρες (3,88 ημέρες για τα θήλεα άτομα και 5,46 ημέρες για τα αρρένα άτομα). Όταν δράστης ήταν η μητέρα, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 0,38 ημέρες, ενώ όταν ήταν ο πατέρας ήταν 2,52 ημέρες.

8.7.1.19. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 25 θυμάτων (26.59%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις (22.22% των αρρένων και 29.31% των θηλέων θυμάτων). Σε 17 θύματα (18.08%) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση (16.67% των αρρένων και 18.96% των θηλέων θυμάτων). Στα υπόλοιπα 52 θύματα (61.11% των αρρένων και 51.72% των θηλέων θυμάτων) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις. Όταν ο δράστης ήταν ο πατέρας, ήταν συχνότερο να μην είχαν διαπιστωθεί κακώσεις (27.54% έναντι 20.00% όταν δράστης ήταν η μητέρα).

8.7.1.20. Τύπος κακώσεων

Στην πλειονότητα των ατόμων (92.75%) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και εκδορές. Σε πέντε περιστατικά (7.25%) είχαν διαπιστωθεί απεικονιστικώς προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και κατάγματα (2 αρρένα και 3 θήλεα θύματα).

8.7.1.21. Ανατομική εντόπιση κακώσεων

Θύμα		
♀ (n=58)	♂ (n=36)	Σύνολο (n=94)
<p>Κεφαλή: 22.41% <i>Πρόσωπο:</i> 18.97% <i>Κρανίο:</i> 8.62% Τράχηλος: 12.07%</p> <p>Κορμός: 32.76% <i>Θώρακας:</i> 10.34% <i>Κοιλία:</i> 10.34% <i>Ράχη:</i> 18.97%</p> <p>Άνω άκρα: 37.93% <i>Βραχίονες:</i> 27.59% <i>Αντιβράχια:</i> 22.41% <i>Ακρες χείρες:</i> 13.79%</p> <p>Κάτω άκρα: 27.59% <i>Μηροί:</i> 24.14% <i>Κνήμες:</i> 13.79% <i>Άκροι πόδες:</i> 5.17%</p>	<p>Κεφαλή: 33.33% <i>Πρόσωπο:</i> 33.33% <i>Κρανίο:</i> 2.78% Τράχηλος: 16.67%</p> <p>Κορμός: 33.33% <i>Θώρακας:</i> 27.78% <i>Κοιλία:</i> 5.55% <i>Ράχη:</i> 16.67%</p> <p>Άνω άκρα: 52.78% <i>Βραχίονες:</i> 38.89% <i>Αντιβράχια:</i> 19.44% <i>Ακρες χείρες:</i> 19.44%</p> <p>Κάτω άκρα: 33.33% <i>Μηροί:</i> 19.44% <i>Κνήμες:</i> 25.00% <i>Άκροι πόδες:</i> 5.55%</p>	<p>Κεφαλή: 26.60% <i>Πρόσωπο:</i> 24.47% <i>Κρανίο:</i> 6.38% Τράχηλος: 11.70%</p> <p>Κορμός: 32.98% <i>Θώρακας:</i> 17.02% <i>Κοιλία:</i> 8.51% <i>Ράχη:</i> 18.08%</p> <p>Άνω άκρα: 43.62% <i>Βραχίονες:</i> 31.91% <i>Αντιβράχια:</i> 21.28% <i>Ακρες χείρες:</i> 15.96%</p> <p>Κάτω άκρα: 29.77% <i>Μηροί:</i> 22.34% <i>Κνήμες:</i> 18.08% <i>Άκροι πόδες:</i> 5.32%</p>

Εικόνα 8-18. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.

Δράστης		
♂ (n=69)	♀ (n=20)	Σύνολο (n=94)
<p>Κεφαλή: 28.98% <i>Πρόσωπο:</i> 27.54% <i>Κρανίο:</i> 4.35% Τράχηλος: 13.04%</p> <p>Κορμός: 34.78% <i>Θώρακας:</i> 17.39% <i>Κοιλία:</i> 11.59% <i>Ράχη:</i> 21.74%</p> <p>Άνω άκρα: 43.48% <i>Βραχίονες:</i> 31.88% <i>Αντιβράχια:</i> 23.19% <i>Ακρες χείρες:</i> 17.39%</p> <p>Κάτω άκρα: 31.88% <i>Μηροί:</i> 23.19% <i>Κνήμες:</i> 18.84% <i>Άκροι πόδες:</i> 7.25%</p>	<p>Κεφαλή: 20.00% <i>Πρόσωπο:</i> 15.00% <i>Κρανίο:</i> 10.00% Τράχηλος: 10.00%</p> <p>Κορμός: 25.00% <i>Θώρακας:</i> 20.00% <i>Κοιλία:</i> 0% <i>Ράχη:</i> 5.00%</p> <p>Άνω άκρα: 50.00% <i>Βραχίονες:</i> 35.00% <i>Αντιβράχια:</i> 20.00% <i>Ακρες χείρες:</i> 15.00%</p> <p>Κάτω άκρα: 25.00% <i>Μηροί:</i> 20.00% <i>Κνήμες:</i> 15.00% <i>Άκροι πόδες:</i> 0%</p>	<p>Κεφαλή: 26.60% <i>Πρόσωπο:</i> 24.47% <i>Κρανίο:</i> 6.38% Τράχηλος: 11.70%</p> <p>Κορμός: 32.98% <i>Θώρακας:</i> 17.02% <i>Κοιλία:</i> 8.51% <i>Ράχη:</i> 18.08%</p> <p>Άνω άκρα: 43.62% <i>Βραχίονες:</i> 31.91% <i>Αντιβράχια:</i> 21.28% <i>Ακρες χείρες:</i> 15.96%</p> <p>Κάτω άκρα: 29.77% <i>Μηροί:</i> 22.34% <i>Κνήμες:</i> 18.08% <i>Άκροι πόδες:</i> 5.32%</p>

Εικόνα 8-19. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του δράστη.

Τα αρρένα θύματα έφεραν συχνότερα κακώσεις στην κεφαλή (πρόσωπο), στον τράχηλο, στον θώρακα, στα άνω άκρα (βραχίονες και άκρες χείρες) και στις κνήμες, σε σχέση με τα θήλεα. Τα θήλεα θύματα έφεραν συχνότερα κακώσεις στην κοιλία και στο κρανίο, σε σχέση με τα αρρένα. Όταν δράστης ήταν ο πατέρας, το θύμα έφερε συχνότερα κακώσεις στην κεφαλή και στον κορμό, στο πρόσωπο και στη ράχη. Όταν δράστης ήταν η μητέρα, το θύμα έφερε συχνότερα κακώσεις στο κρανίο.

8.7.1.22. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Οι διαπιστωθείσες κακώσεις, στην πλειονότητα των περιστατικών (76.81%) πιθανότατα θα χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, με την πιθανότητα αυτή να φαίνεται να ήταν υψηλότερη όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο. Όταν το θύμα ήταν αρρεν άτομο, ήταν πιθανότερο οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν τουλάχιστον ως επικίνδυνες σωματικές βλάβες (28.57% έναντι του 17.08% των θηλέων θυμάτων). Όταν δράστης ήταν ο πατέρας, ήταν πιθανότερο οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν τουλάχιστον ως επικίνδυνες σωματικές βλάβες.

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	33 (80.49)	20 (71.43)	53 (76.81)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	4 (9.76)	6 (21.43)	10 (14.49)
Βαριές σωματικές βλάβες	3 (7.32)	2 (7.14)	5 (7.25)
Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας	1 (2.44)	0	1 (1.45)
Σύνολο	41	28	69

Πίνακας 8-95. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	38 (71.10)	15 (93.75)	53 (76.81)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	9 (16.98)	1 (6.25)	10 (14.49)
Βαριές σωματικές βλάβες	2 (3.77)	0	5 (7.25)
Σύνολο	53	16	69

Πίνακας 8-96. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

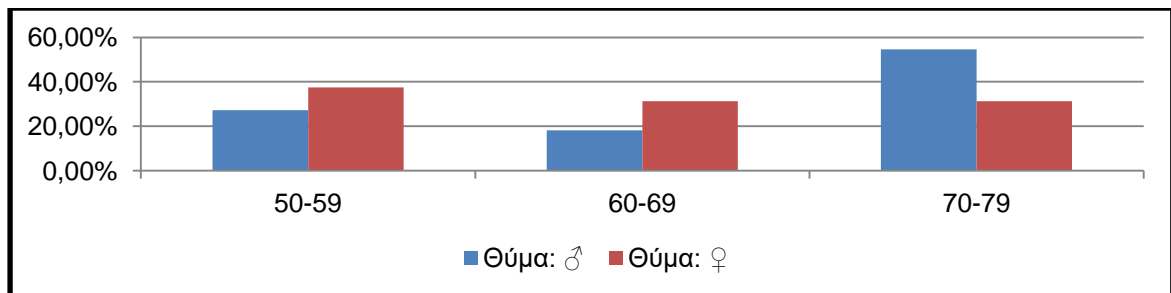
8.7.2. Θυματοποίηση γονέων

8.7.2.1. Φύλο εμπλεκομένων

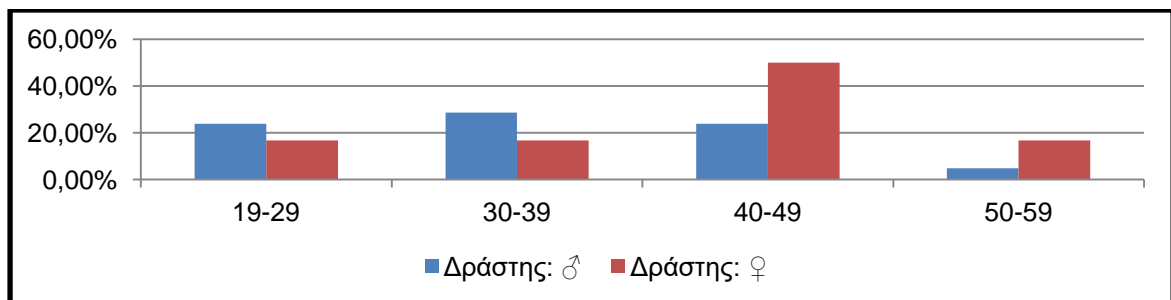
Εκ των 27 περιστατικών, στα οποία θύμα ήταν ο γονέας και δράστης κάποιο παιδί αυτού, στα 16 (59.26%) το θύμα ήταν η μητέρα και στα 11 (40.74%) ο πατέρας, ενώ δράστης ήταν ο γιος σε 21 περιστατικά (77.78%) και η κόρη σε 6 (22.22%). Εκ των 16 περιστατικών, στα οποία το θύμα ήταν η μητέρα, στα 13 (81.25%) δράστης ήταν ο γιος και στα 3 (18.75%) ήταν η κόρη. Εκ των 11 περιστατικών, στα οποία το θύμα ήταν ο πατέρας, στα 8 (72.73%) δράστης ήταν ο γιος και στα 3 (27.27%) ήταν η κόρη.

8.7.2.2. Ηλικία εμπλεκομένων

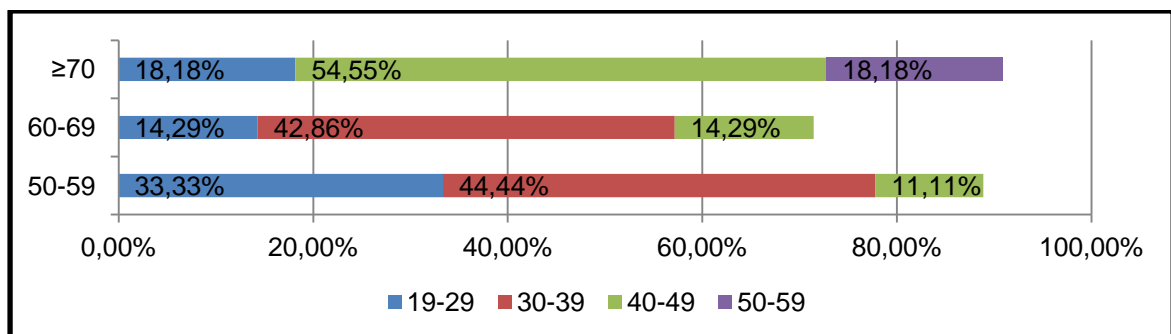
Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 66,52 έτη (67,91 για τους άνδρες και 65,56 για τις γυναίκες). Η μέση ηλικία των δραστών ήταν 40,69 έτη (39,5 για τους άνδρες και 44,67 για τις γυναίκες). Όταν το θύμα ήταν ηλικίας 50-59 ετών, ήταν πιθανότερο ο δράστης να ήταν ηλικίας 19-39 ετών, καθώς και ότι όταν ήταν μεγαλύτερος των 70 ετών, ήταν πιθανότερο ο δράστης να ήταν ηλικίας 40-49 ετών.



Διάγραμμα 8-107. Ποσοστιαία ηλικιακή κατανομή των θυμάτων.



Διάγραμμα 8-108. Ποσοστιαία ηλικιακή κατανομή των δραστών.



Διάγραμμα 8-109. Συσχέτιση της ηλικίας του θύματος και του δράστη.

8.7.2.3. Εθνικότητα εμπλεκομένων

Όλα τα θύματα και οι δράστες ήταν Έλληνες.

8.7.2.4. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

Η πλειονότητα των θυμάτων (62.96%) ήταν συνταξιούχοι και το 22.22% εργάζονταν. Στην πλειονότητα των περιστατικών, η εργασιακή απασχόληση του δράστη ήταν άγνωστη (48.15%). Εκ των υπολοίπων περιστατικών, στο 29.63% ο δράστης εργαζόταν και στο 22.22% ήταν άνεργος/άεργος.

8.7.2.5. Αναφερόμενα νοσήματα θυμάτων

14 θύματα (51.85%) ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο νόσημα, με την πλειονότητα εξ αυτών (10 εκ των 14) να αναφέρουν τουλάχιστον κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, όπως στεφανιαία νόσος και αρτηριακή υπέρταση.

8.7.2.6. Αναφερόμενο ψυχιατρικό νόσημα του δράστη

8 θύματα (29.63%) ανέφεραν ότι το παιδί-δράστης πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα, με την παράμετρο αυτή να είναι άγνωστη σε 9 περιστατικά (33.33%) και αρνητική σε 10 περιστατικά (37.04%).

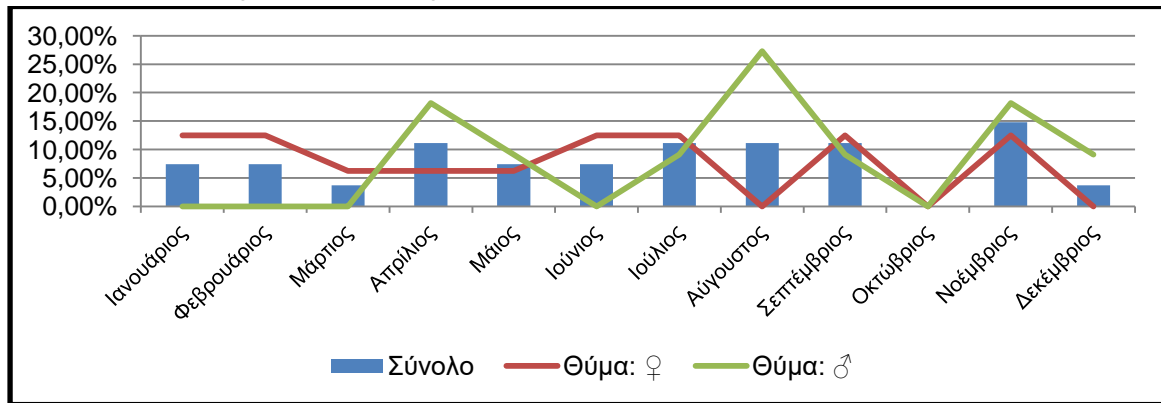
8.7.2.7. Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τον δράστη

8 θύματα (29.63%) ανέφεραν ότι το παιδί-δράστης κάνει χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας, κυρίως αιθυλικής αλκοόλης, με την παράμετρο αυτή να είναι άγνωστη σε 11 περιστατικά (40.74%) και αρνητική σε 8 περιστατικά (29.63%).

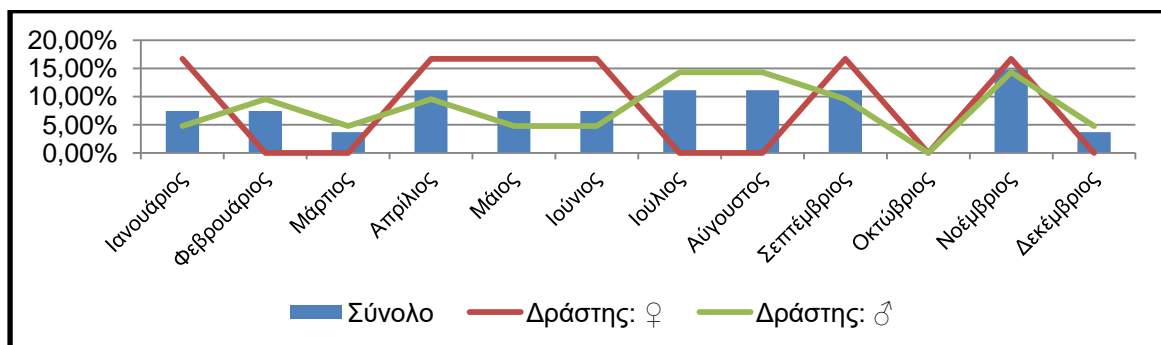
8.7.2.8. Αναφερόμενη άσκηση σωματικής βίας στο παρελθόν

14 θύματα (51.85%) ανέφεραν ότι το παιδί-δράστης είχε προβεί σε ανάλογα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας στο παρελθόν. Η παράμετρος αυτή ήταν άγνωστη σε 11 περιστατικά (40.74%) και αρνητική σε 2 (7.41%).

8.7.2.9. Μήνας συμβάντος

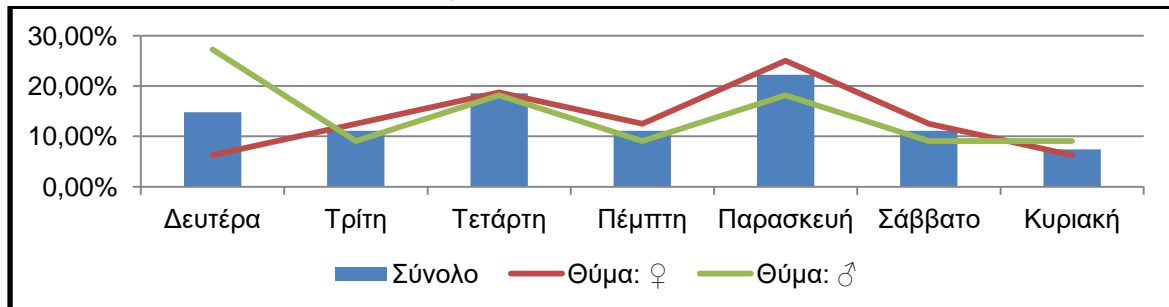


Διάγραμμα 8-110. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

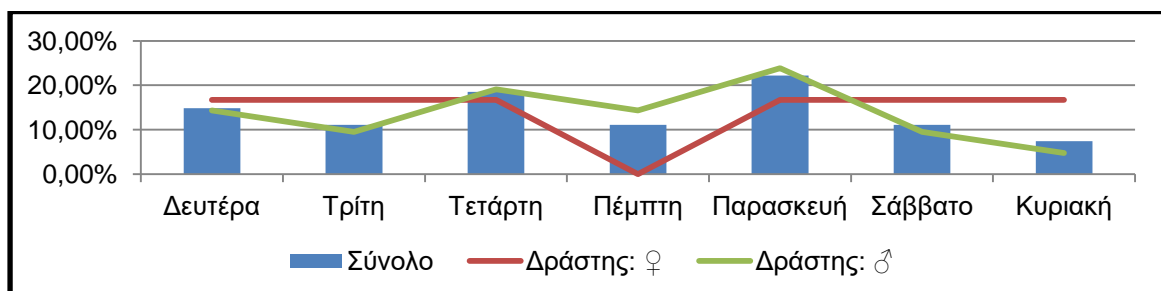


Διάγραμμα 8-111. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.2.10. Ημέρα συμβάντος

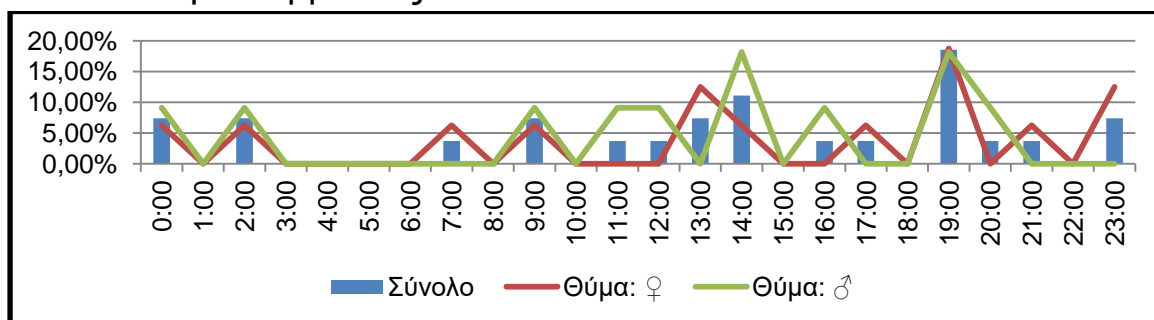


Διάγραμμα 8-112. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

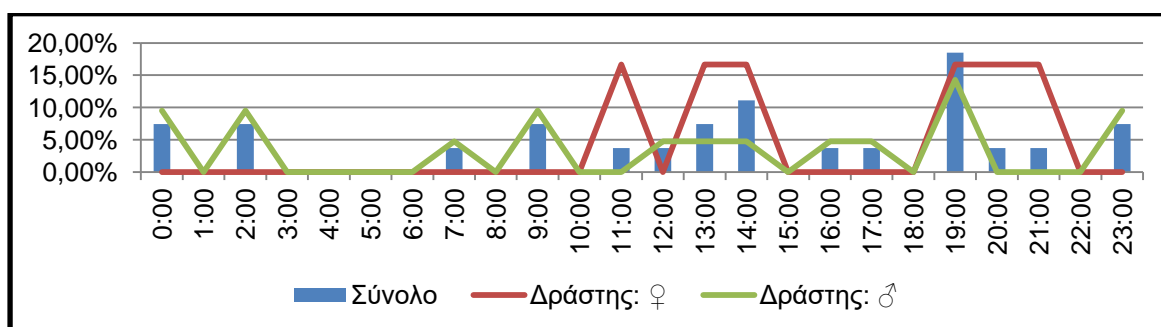


Διάγραμμα 8-113. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.2.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-114. Κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του θύματος.



Διάγραμμα 8-115. Κατανομή των περιστατικών θυματοποίησης γονέων από τα παιδιά τους στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.2.12. Τόπος συμβάντος

Η πλειονότητα των περιστατικών (81.48%) έλαβαν χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (21 στην οικία του θύματος και 1 στην οικία του δράστη). Εκ των 5 περιστατικών, τα οποία συνέβησαν σε κάποιον δημόσιο χώρο, τα 3 έλαβαν χώρα σε κάποιον δημόσιο δρόμο, πλην του δρόμου έξωθεν της οικίας του θύματος ή/και του δράστη. Όλα τα περιστατικά, στα οποία δράστης ήταν η κόρη, είχαν λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο.

8.7.2.13. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Στην πλειονότητα των περιστατικών (66.67%), το παιδί-δράστης είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματός του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα) ως θλων όργανο. Σε τρία περιστατικά, το παιδί-δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο και μάλιστα και οι τρεις δράστες ήταν άρρενα άτομα. Οι θυγατέρες ήταν πιθανότερο να είχαν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους (66.67% έναντι 57.14% των υιών).

8.7.2.14. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Σε 10 θύματα (37.04%) παρασχέθηκαν οι Α' Βοήθειες σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, χωρίς όμως να κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία τους. Τα άρρενα θύματα ήταν πιθανότερο να επισκεφθούν κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα (54.55% έναντι 25.00% των θηλέων θυμάτων).

8.7.2.15. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	11 (68.75)	8 (72.73)	19 (70.37)
Μία ημέρα	3 (18.75)	1 (9.09)	4 (14.82)
Δύο ημέρες	1 (6.25)	1 (9.09)	2 (7.41)
Τρεις έως επτά ημέρες	0	0	0
Πάνω από μία εβδομάδα	0	1 (9.09)	1 (3.70)
Σύνολο	16	11	27

Πίνακας 8-97. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.7.2.16. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο(%)
Καμία ημέρα	2 (12.50)	2 (18.18)	4 (14.81)
Μία ημέρα	4 (25.00)	2 (18.18)	6 (22.22)
Δύο ημέρες	4 (25.00)	0	4 (14.81)
Τρεις έως επτά ημέρες	4 (25.00)	5 (45.46)	9 (33.33)
Πάνω από μία εβδομάδα	1 (6.25)	2 (18.18)	3 (11.11)
Σύνολο	16	11	27

Πίνακας 8-98. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.7.2.17. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	3 (18.75)	2 (18.18)	5 (18.52)
Μία ημέρα	5 (31.25)	4 (36.36)	9 (33.33)
Δύο ημέρες	3 (18.75)	1 (9.09)	4 (14.81)
Τρεις έως επτά ημέρες	3 (18.75)	3 (27.27)	6 (22.22)
Πάνω από μία εβδομάδα	1 (6.25)	1 (9.09)	2 (7.41)
Σύνολο	16	11	27

Πίνακας 8-99. Ημέρες από την καταγγελία έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.7.2.18. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	5 (38.46)	1 (9.09)	6 (25.00)
Μία ημέρα	0	2 (18.18)	2 (8.33)
Δύο ημέρες	1 (7.69)	0	1 (4.17)
Τρεις έως επτά ημέρες	5 (38.46)	6 (54.55)	11 (45.83)
Πάνω από μία εβδομάδα	2 (15.39)	2 (18.18)	4 (16.67)
Σύνολο	13	11	24

Πίνακας 8-100. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους.

Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος ήταν 9,04 ημέρες (7,31 ημέρες για τα θήλεα άτομα και 11,09 ημέρες για τα αρρενα άτομα). Όταν δράστης ήταν η κόρη, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 11,67 ημέρες, ενώ όταν ήταν ο γιος ήταν 8,17 ημέρες.

8.7.2.19. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 3 θύματων (11.11%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις (και τα τρία περιστατικά αφορούσαν σε θυματοποίηση μητέρα από τον γιο). Σε 7 θύματα (25.93%) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση (18.18% των αρρένων και 31.25% των θηλέων θυμάτων). Στα υπόλοιπα 17 θύματα (81.82% των αρρένων και 50.00% των θηλέων θυμάτων) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις. Όταν διαπιστωνόταν μόνον μία κάκωση ήταν πιθανότερο δράστης να ήταν η κόρη (33.33% έναντι 23.81% όταν δράστης ήταν ο γιος).

8.7.2.20. Τύπος κακώσεων

Στην πλειονότητα των ατόμων (77.78%) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και εκδορές. Σε τρία περιστατικά (11.11%) είχαν διαπιστωθεί απεικονιστικώς προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και κατάγματα. Μάλιστα σε αυτά τα τρία περιστατικά, το θύμα και ο δράστης ήταν άτομα του ίδιου φύλου (δύο περιστατικά με δράστη τον γιο και ένα περιστατικά με δράστη την κόρη).

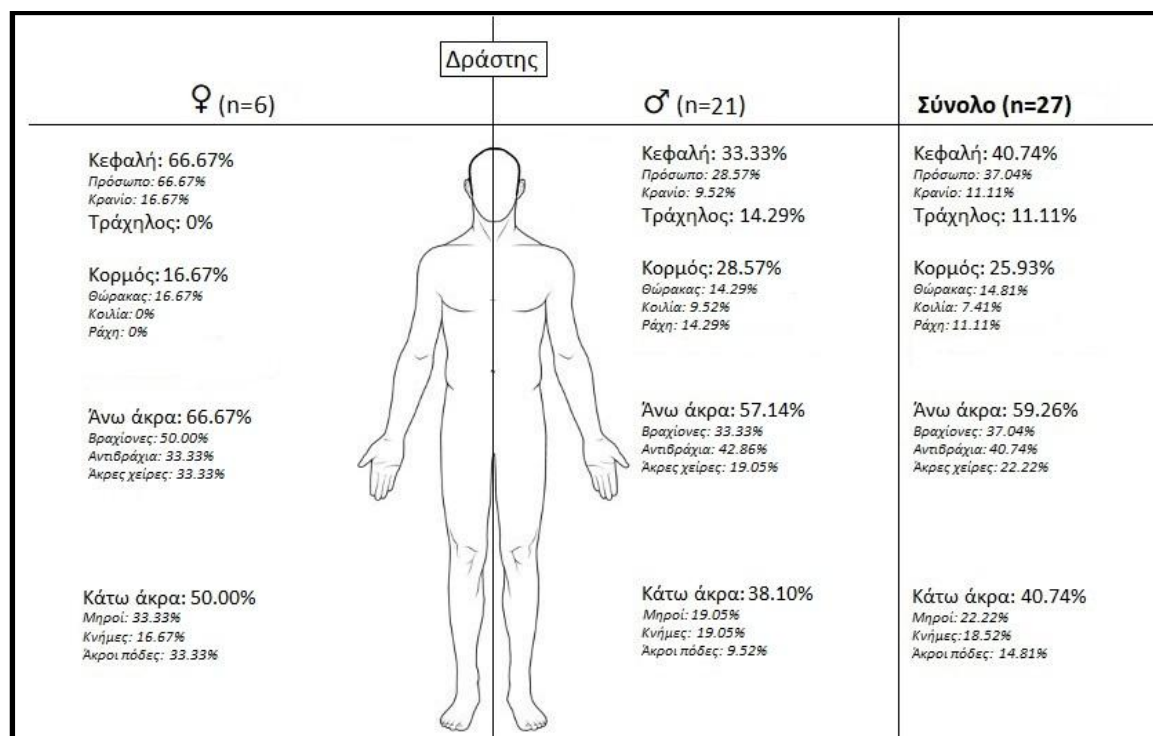
8.7.2.21. Ανατομική εντόπιση κακώσεων

Θύμα		Σύνολο (n=27)
♀ (n=16)	♂ (n=11)	
<p>Κεφαλή: 37.50%</p> <p>Πρόσωπο: 31.25%</p> <p>Κρανίο: 12.50%</p> <p>Τράχηλος: 6.25%</p>	<p>Κεφαλή: 45.45%</p> <p>Πρόσωπο: 45.45%</p> <p>Κρανίο: 9.09%</p> <p>Τράχηλος: 18.18%</p>	<p>Κεφαλή: 40.74%</p> <p>Πρόσωπο: 37.04%</p> <p>Κρανίο: 11.11%</p> <p>Τράχηλος: 11.11%</p>
<p>Κορμός: 18.75%</p> <p>Θώρακας: 12.50%</p> <p>Κοιλία: 6.25%</p> <p>Ράχη: 6.25%</p>	<p>Κορμός: 36.36%</p> <p>Θώρακας: 18.18%</p> <p>Κοιλία: 9.09%</p> <p>Ράχη: 18.18%</p>	<p>Κορμός: 25.93%</p> <p>Θώρακας: 14.81%</p> <p>Κοιλία: 7.41%</p> <p>Ράχη: 11.11%</p>
<p>Άνω άκρα: 56.25%</p> <p>Βραχίονες: 43.75%</p> <p>Αντιβράχια: 43.75%</p> <p>Άκρες χείρες: 12.50%</p>	<p>Άνω άκρα: 63.64%</p> <p>Βραχίονες: 27.27%</p> <p>Αντιβράχια: 36.36%</p> <p>Άκρες χείρες: 36.36%</p>	<p>Άνω άκρα: 59.26%</p> <p>Βραχίονες: 37.04%</p> <p>Αντιβράχια: 40.74%</p> <p>Άκρες χείρες: 22.22%</p>
<p>Κάτω άκρα: 43.75%</p> <p>Μηροί: 25.00%</p> <p>Κνήμες: 18.75%</p> <p>Άκροι πόδες: 12.50%</p>	<p>Κάτω άκρα: 36.36%</p> <p>Μηροί: 18.18%</p> <p>Κνήμες: 18.18%</p> <p>Άκροι πόδες: 18.18%</p>	<p>Κάτω άκρα: 40.74%</p> <p>Μηροί: 22.22%</p> <p>Κνήμες: 18.52%</p> <p>Άκροι πόδες: 14.81%</p>

Εικόνα 8-20. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.

Όταν το θύμα ήταν ο πατέρας, οι κακώσεις στον τράχηλο, στη ράχη, στους βραχίονες και στις άκρες χείρες ήταν συχνότερες σε σχέση με τα περιστατικά θυματοποίησης μίας μητέρας. Οι κακώσεις στα κάτω άκρα ήταν συχνότερες στις μητέρες-θύματα, σε σχέση με τα περιστατικά θυματοποίησης ενός πατέρα. Όταν δράστης ήταν ο γιος, ήταν

πιθανότερο το θύμα να έφερε κακώσεις στον κορμό. Όταν δράστης ήταν η κόρη, ήταν πιθανότερο το θύμα να έφερε κακώσεις στην κεφαλή (τόσο στο πρόσωπο, όσο και στο κρανίο). Επιπροσθέτως, θεωρείται αξιοσημείωτο ότι σε κανένα περιστατικό θυματοποίησης ενός γονέα από την κόρη, δεν διαπιστώθηκαν κακώσεις στον τράχηλο, στην κοιλία ή/και στη ράχη.



Εικόνα 8-21. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.7.2.22. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	9 (69.23)	4 (36.36)	13 (54.17)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	3 (23.08)	5 (45.46)	8 (33.33)
Βαριές σωματικές βλάβες	1 (7.69)	2 (18.18)	3 (12.50)
Σύνολο	13	11	24

Πίνακας 8-101. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	9 (50.00)	4 (66.67)	13 (54.17)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	7 (38.89)	1 (16.67)	8 (33.33)
Βαριές σωματικές βλάβες	2 (11.11)	1 (16.67)	3 (12.50)
Σύνολο	18	6	24

Πίνακας 8-102. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.8. Βία μεταξύ αδελφών

8.8.1. Φύλο εμπλεκομένων

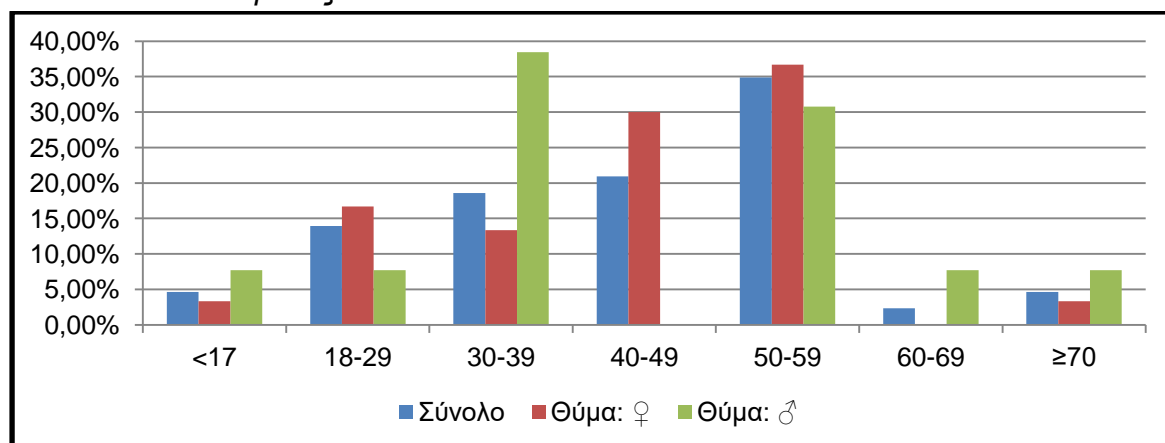
Εκ των 43 περιστατικών, στα οποία θύμα και δράστης ήταν αδέρφια, στα 30 (69.77%) το θύμα ήταν θήλυ άτομο και στα 37 (86.05%) ο δράστης ήταν άρρεν άτομο.

		%(Συνόλου)	%(Δράστης:♂)	%(Δράστης:♀)	%(Θύμα:♀)	%(Θύμα:♂)
Θύμα: ♀	30	69.77	67.57	83.33	-	-
Δράστης: ♂	25	58.14	-	-	83.33	-
Δράστης: ♀	5	11.63	-	-	16.67	-
Θύμα: ♂	13	30.23	32.43	16.67	-	-
Δράστης: ♂	12	27.91	-	-	-	92.31
Δράστης: ♀	1	2.32	-	-	-	7.69
Σύνολο	43	-	37	6	30	13

Πίνακας 8-103. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων.

8.8.2. Ηλικία εμπλεκομένων

8.8.2.1. Ηλικία θύματος

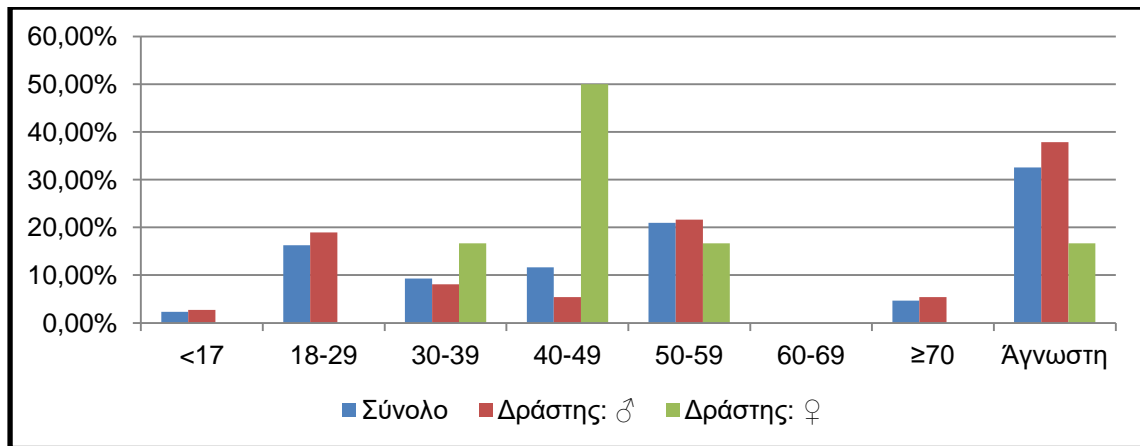


Διάγραμμα 8-116. Ηλικιακή κατανομή των θυμάτων.

Η μέση ηλικία των θυμάτων ήταν 42,53 έτη (43,77 για τα άρρενα και 43,43 για τα θήλεα θύματα). Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 8-116, όταν το θύμα ήταν ανήλικο και μεγαλύτερο των 70 ετών, καθώς και ηλικίας 30-39 ετών, τότε ήταν πιθανότερο να ήταν άρρεν άτομο, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπήρχαν άρρενα θύματα ηλικίας 40-49 ετών. Επίσης, όταν το θύμα ήταν ηλικίας 18-29 ετών και 50-59 ετών, τότε ήταν πιθανότερο να ήταν θήλυ άτομο, ενώ δεν υπήρχαν θήλεα θύματα ηλικίας 60-69 ετών.

8.8.2.2. Ηλικία δράστη

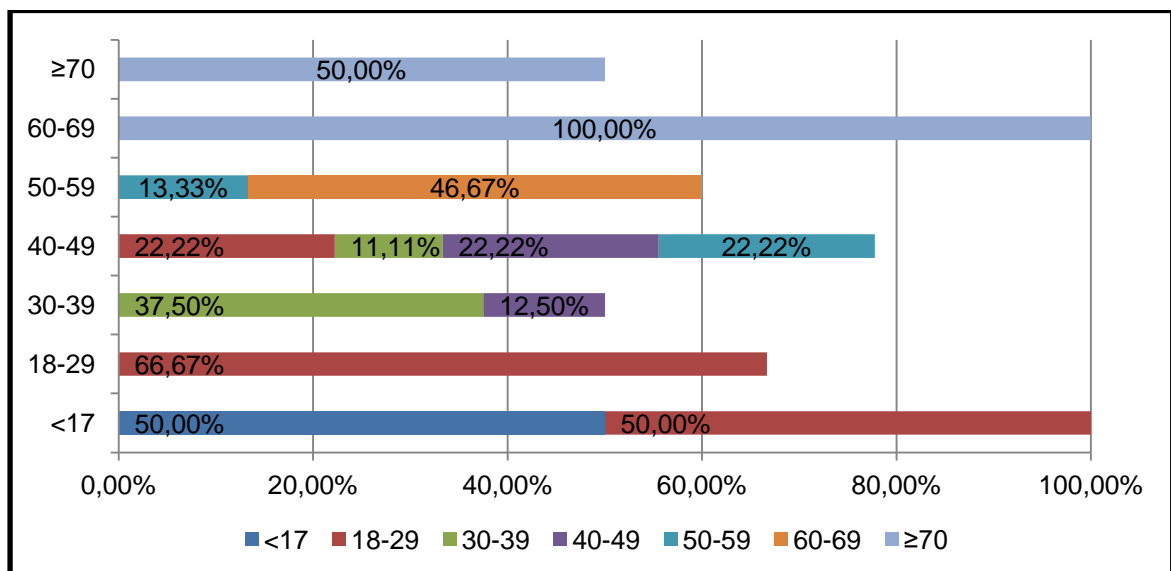
Η μέση ηλικία των δραστών ήταν 41,59 έτη (41,00 για τα άρρενα άτομα και 44,40 για τα θήλεα άτομα). Η ηλικία του δράστη ήταν άγνωστη σε 14 περιστατικά (32.56%). Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο, ήταν πιθανότερο να ήταν ηλικίας 30-49 ετών, ενώ όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο να ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών.



Διάγραμμα 8-117. Ηλικιακή κατανομή των δραστών.

8.8.2.3. Συσχέτιση της ηλικίας του θύματος και του δράστη

Σε 18 περιστατικά (41.86%), το θύμα και ο δράστης διένυαν την ίδια δεκαετία ζωής. Η μέση διαφορά ηλικίας ήταν 5,86 έτη (μέγιστη διαφορά ηλικίας: 19 έτη). Σε 22 περιστατικά (51.16%) η διαφορά ηλικίας ήταν έως 10 έτη και μάλιστα έως 7 έτη. Εκ των 26 περιστατικών, στα οποία δράστης και θύμα ήταν άτομα διαφορετικού φύλου, σε όλα τα περιστατικά στα οποία ήταν μεγαλύτερος ο δράστης (10 περιστατικά), επρόκειτο για άτομα του αρρενος φύλου, ενώ σε όλα τα περιστατικά στα οποία ήταν μεγαλύτερο το θύμα (8 περιστατικά), επρόκειτο για άτομα του θήλεος φύλου. Εκ των 17 περιστατικών, στα οποία δράστης και θύμα ήταν άτομα του ίδιου φύλου, ο δράστης ήταν μεγαλύτερος σε 7 περιστατικά (4 περιστατικά μεταξύ αρρένων ατόμων και 3 περιστατικά μεταξύ θηλέων ατόμων) και το θύμα ήταν μεγαλύτερο σε 3 περιστατικά (2 περιστατικά μεταξύ θηλέων ατόμων και 1 περιστατικό μεταξύ αρρένων ατόμων).



Διάγραμμα 8-118. Συσχέτιση της ηλικίας του θύματος και του δράστη.

8.8.3. Εθνικότητα εμπλεκομένων

Όλα τα θύματα και οι δράστες ήταν Έλληνες.

8.8.4. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

20 εκ των θυμάτων (46.51%) εργάζονταν και 5 (11.63%) ήταν συνταξιούχοι, ενώ 14 (32.56%) δεν εργάζονταν. Όσον αφορά στους δράστες, η εργασιακή τους απασχόληση ήταν άγνωστη σε 21 περιστατικά (48.84%). Εκ των υπολοίπων 22 περιστατικών, οι 9 εργάζονταν (20.93%), οι 11 δεν εργάζονταν (25.58%) και οι 2 ήταν συνταξιούχοι.

8.8.5. Αναφερόμενα νοσήματα θυμάτων

7 θύματα (16.28%) ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο νόσημα.

8.8.6. Αναφερόμενο ψυχιατρικό νόσημα του δράστη

6 θύματα (13.95%) ανέφεραν ότι ο/η αδελφός/η-δράστης πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα, με την παράμετρο αυτή να είναι άγνωστη σε 26 περιστατικά (60.47%) και αρνητική σε 11 περιστατικά (25.58%).

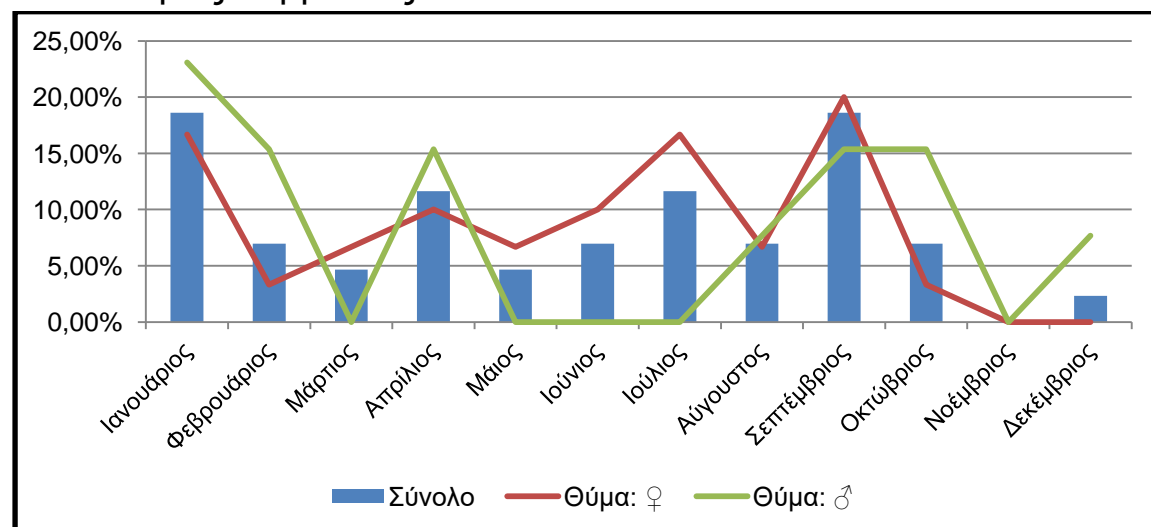
8.8.7. Χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών από τον δράστη

5 θύματα (11.63%) ανέφεραν ότι ο/η αδελφός/η-δράστης κάνει χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας, κυρίως αιθυλικής αλκοόλης, με την παράμετρο αυτή να είναι άγνωστη σε 25 περιστατικά (58.14%) και αρνητική σε 13 περιστατικά (30.23%).

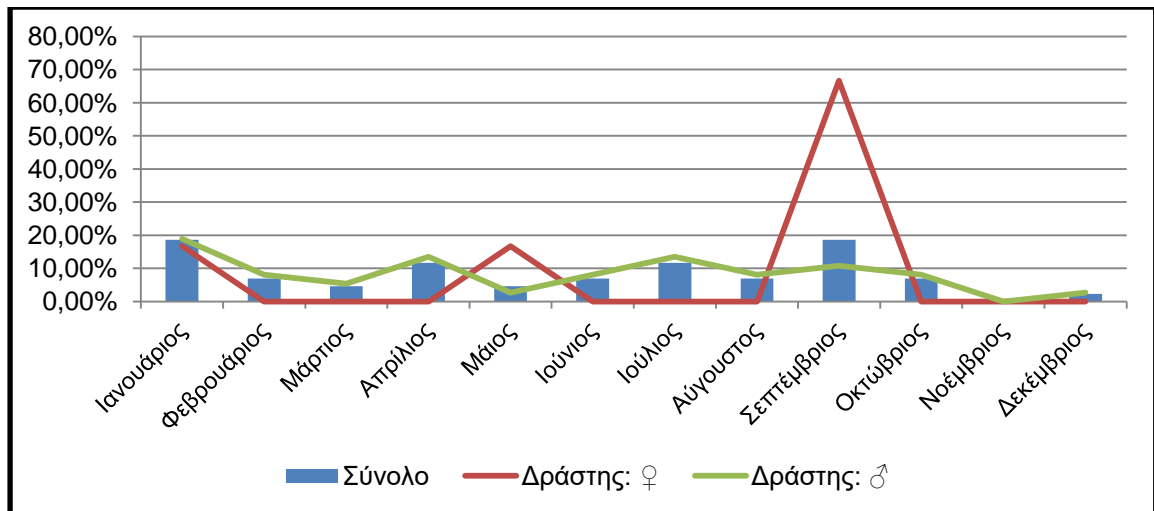
8.8.8. Αναφερόμενη άσκηση σωματικής βίας στο παρελθόν

14 θύματα (32.56%) ανέφεραν ότι ο/η αδελφός/η-δράστης είχε προβεί σε ανάλογα περιστατικά άσκησης σωματικής βίας στο παρελθόν. Η παράμετρος αυτή ήταν άγνωστη σε 25 περιστατικά (58.14%) και αρνητική σε 4 περιστατικά (9.30%).

8.8.9. Μήνας συμβάντος

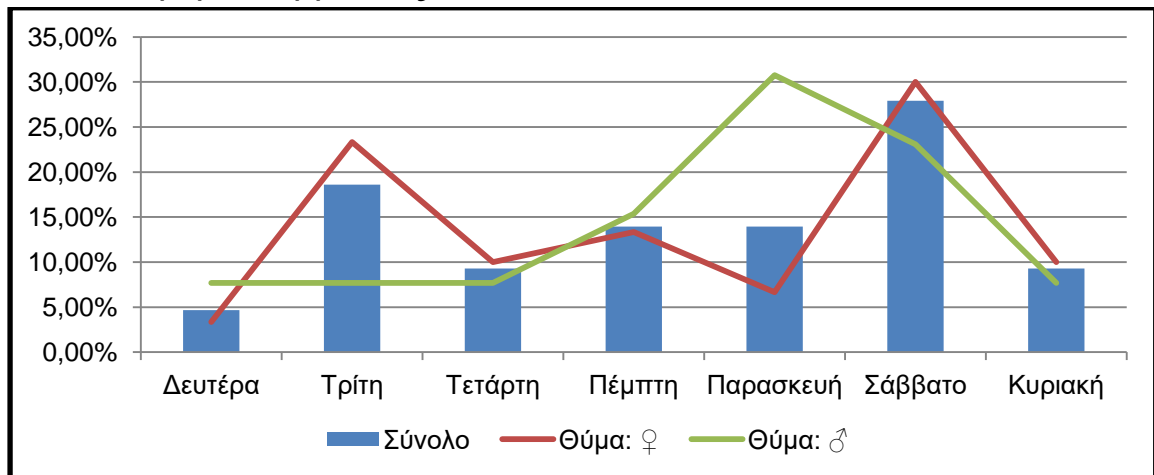


Διάγραμμα 8-119. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας μεταξύ αδελφών, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

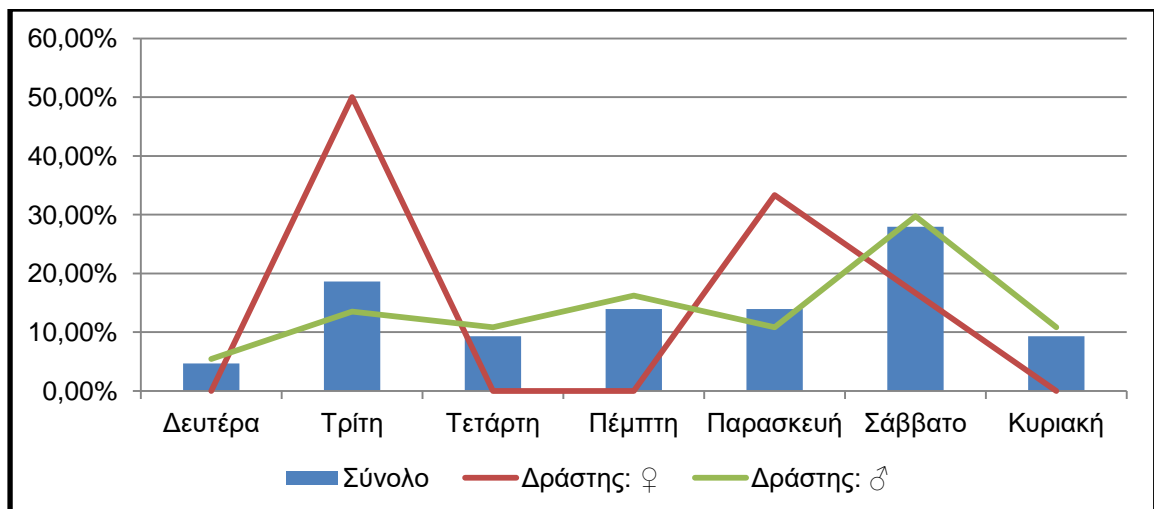


Διάγραμμα 8-120. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας μεταξύ αδελφών, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.8.10. Ημέρα συμβάντος

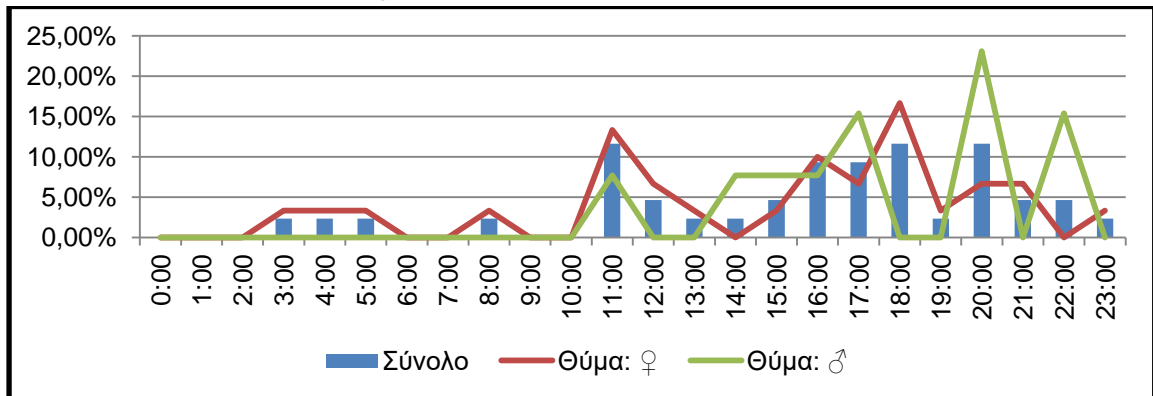


Διάγραμμα 8-121. Ημερήσια κατανομή των βίας μεταξύ αδελφών, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

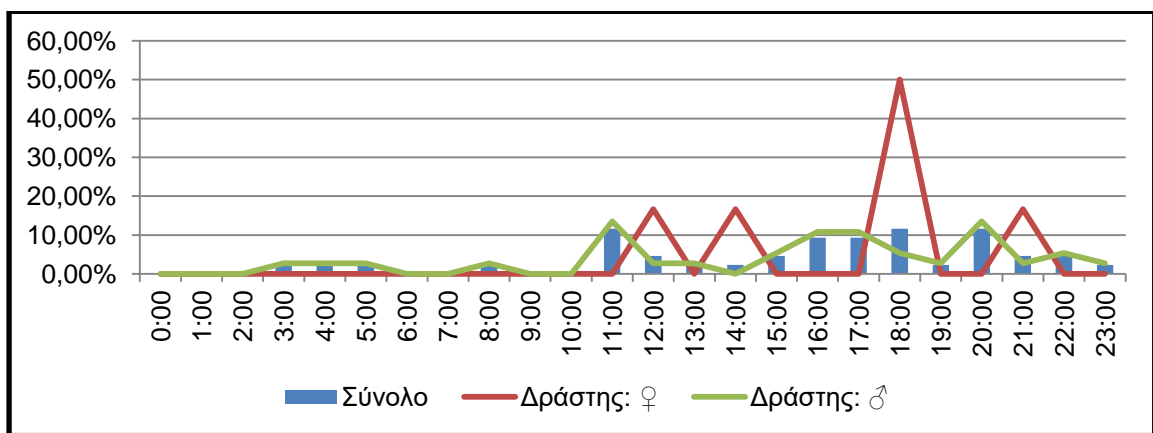


Διάγραμμα 8-122. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών βίας μεταξύ αδελφών, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.8.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-123. Κατανομή των περιστατικών βίας μεταξύ αδελφών στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του θύματος.



Διάγραμμα 8-124. Κατανομή των περιστατικών βίας μεταξύ αδελφών στο 24ωρο, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.8.12. Τόπος συμβάντος

Η πλειονότητα των περιστατικών (72.09%) έλαβαν χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (27 στην οικία του θύματος και 4 στην οικία του δράστη). Εκ των 12 περιστατικών, τα οποία συνέβησαν σε κάποιον δημόσιο χώρο, τα 6 έλαβαν χώρα σε κάποιον δημόσιο δρόμο, πλην του δρόμου έξωθεν της οικίας του θύματος ή/και του δράστη. Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ή το θύμα ήταν άρρεν άτομο, ήταν πιθανότερο το συμβάν να είχε λάβει χώρα σε ιδιωτικό χώρο.

8.8.13. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Στην πλειονότητα των περιστατικών (81.39%), ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει τουλάχιστον κάποιο μέρος του σώματός του (κουτουλιά, γροθιά, κόλαφος, αγκωνιά, γονατιά, λάκτισμα) ως θλων όργανο. Σε πέντε περιστατικά, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει κάποιο θλων αντικείμενο. Όλα τα κορίτσια/γυναίκες-δράστες είχαν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους. Όταν το θύμα ήταν θήλυ, ήταν πιθανότερο να είχε χρησιμοποιηθεί μόνον κάποιο μέρος του σώματος του δράστη.

8.8.14. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

16 θύματα (37.21%) επισκέφθηκαν κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα για την παροχή των Α' Βοηθειών, τα δύο εκ των οποίων παρέμειναν για νοσηλεία και το ένα υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση.

8.8.15. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	18 (60.00)	7 (53.85)	25 (58.14)
Μία ημέρα	8 (26.67)	3 (23.08)	11 (25.58)
Δύο ημέρες	0	0	0
Τρεις έως επτά ημέρες	2 (6.67)	2 (15.38)	4 (9.30)
Πάνω από μία εβδομάδα	1 (3.33)	1 (7.69)	2 (4.65)
Σύνολο	30	13	43

Πίνακας 8-104. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.8.16. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο
Καμία ημέρα	0	1 (7.69)	1 (2.32)
Μία ημέρα	15 (50.00)	2 (15.38)	17 (39.53)
Δύο ημέρες	6 (20.00)	5 (38.46)	11 (25.58)
Τρεις έως επτά ημέρες	5 (16.67)	4 (30.77)	9 (20.93)
Πάνω από μία εβδομάδα	3 (10.00)	1 (7.69)	4 (9.30)
Σύνολο	30	13	43

Πίνακας 8-105. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.8.17. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Καμία ημέρα	5 (16.67)	2 (15.38)	7 (16.28)
Μία ημέρα	15 (50.00)	6 (46.15)	21 (48.84)
Δύο ημέρες	1 (3.33)	5 (38.46)	6 (13.95)
Τρεις έως επτά ημέρες	7 (23.33)	0	7 (16.28)
Πάνω από μία εβδομάδα	1 (3.33)	0	1 (2.32)
Σύνολο	30	13	43

Πίνακας 8-106. Ημέρες από την καταγγελία έως την εξέταση, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

8.8.18. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο
Καμία ημέρα	7 (29.17)	7 (53.85)	14 (37.84)
Μία ημέρα	3 (12.50)	1 (7.69)	4 (10.81)
Δύο ημέρες	2 (8.33)	1 (7.69)	3 (8.11)
Τρεις έως επτά ημέρες	9 (37.50)	4 (30.77)	13 (35.13)
Πάνω από μία εβδομάδα	3 (12.50)	0	3 (8.11)
Σύνολο	24	13	37

Πίνακας 8-107. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους

Ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος αποχής ήταν 6,32 ημέρες (8,58 ημέρες για τα θήλεα και 2,15 ημέρες για τα αρρενα θύματα). Όταν δράστης ήταν ο αδελφός, ο μέσος εκτιμώμενος χρόνος ήταν 6,64 ημέρες, ενώ όταν ήταν η αδελφή ήταν 4,67 ημέρες.

8.8.19. Αριθμός κακώσεων

Κατά την ιατροδικαστική κλινική εξέταση 6 θυμάτων (13.95%) δεν διαπιστώθηκαν πρόσφατες κακώσεις (όλα αυτά τα περιστατικά αφορούσαν θυματοποίηση θηλέων από αρρηνες). Σε 12 θύματα (27.91%) διαπιστώθηκε μόνον μία κάκωση (30.77% των αρρένων και 26.67% των θηλέων θυμάτων). Στα υπόλοιπα 25 θύματα (69.23% των αρρένων και 53.33% των θηλέων θυμάτων) διαπιστώθηκαν δύο ή περισσότερες κακώσεις.

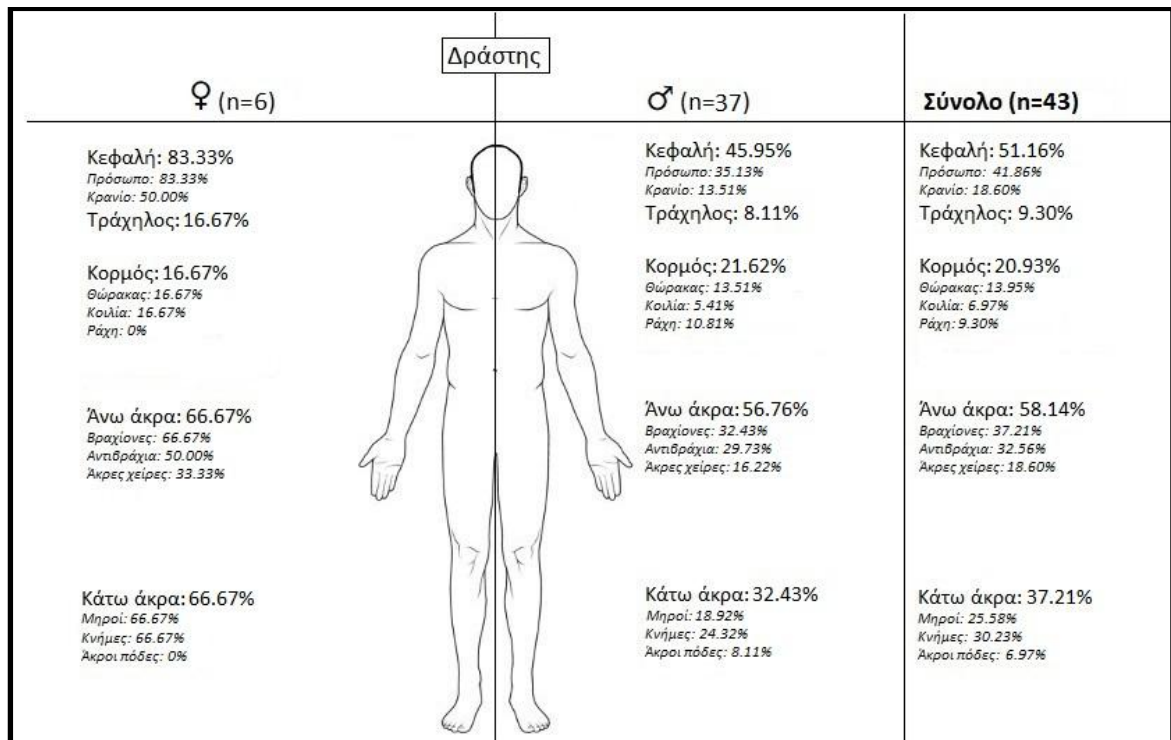
8.8.20. Τύπος κακώσεων

Στην πλειονότητα των ατόμων (83.72%) διαπιστώθηκαν μόνον πρόσφατες εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε εκχυμώσεις και εκδορές. Σε ένα περιστατικό (2.32%) είχε διαπιστωθεί απεικονιστικώς προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης και κατάγμα.

8.8.21. Ανατομική εντόπιση κακώσεων

Θύμα		
♀ (n=30)	♂ (n=13)	Σύνολο (n=43)
<p>Κεφαλή: 50.00% <i>Πρόσωπο:</i> 43.33% <i>Κρανίο:</i> 20.00% Τράχηλος: 10.00%</p> <p>Κορμός: 20.00% <i>Θώρακας:</i> 13.33% <i>Κοιλία:</i> 6.67% <i>Ράχη:</i> 13.33%</p> <p>Άνω άκρα: 56.67% <i>Βραχίονες:</i> 40.00% <i>Αντιβράχια:</i> 36.67% <i>Άκρες χείρες:</i> 13.33%</p> <p>Κάτω άκρα: 36.67% <i>Μηροί:</i> 33.33% <i>Κνήμες:</i> 33.33% <i>Άκροι πόδες:</i> 10.00%</p>	<p>Κεφαλή: 53.85% <i>Πρόσωπο:</i> 38.46% <i>Κρανίο:</i> 15.38% Τράχηλος: 7.69%</p> <p>Κορμός: 23.08% <i>Θώρακας:</i> 15.38% <i>Κοιλία:</i> 7.69% <i>Ράχη:</i> 0%</p> <p>Άνω άκρα: 61.54% <i>Βραχίονες:</i> 30.77% <i>Αντιβράχια:</i> 23.08% <i>Άκρες χείρες:</i> 30.77%</p> <p>Κάτω άκρα: 38.46% <i>Μηροί:</i> 30.77% <i>Κνήμες:</i> 23.08% <i>Άκροι πόδες:</i> 0%</p>	<p>Κεφαλή: 51.16% <i>Πρόσωπο:</i> 41.86% <i>Κρανίο:</i> 18.60% Τράχηλος: 9.30%</p> <p>Κορμός: 20.93% <i>Θώρακας:</i> 13.95% <i>Κοιλία:</i> 6.97% <i>Ράχη:</i> 9.30%</p> <p>Άνω άκρα: 58.14% <i>Βραχίονες:</i> 37.21% <i>Αντιβράχια:</i> 32.56% <i>Άκρες χείρες:</i> 18.60%</p> <p>Κάτω άκρα: 37.21% <i>Μηροί:</i> 25.58% <i>Κνήμες:</i> 30.23% <i>Άκροι πόδες:</i> 6.97%</p>

Εικόνα 8-22. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του θύματος.



Εικόνα 8-23. Εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το φύλο του δράστη.

8.8.22. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Οι διαπιστωθείσες κατά την ιατροδικαστική εξέταση κακώσεις, στην πλειονότητα των περιστατικών (72.97%) πιθανότατα θα χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, χωρίς ουσιώδεις διαφοροποιήσεις σε σχέση με το φύλο του θύματος. Όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο, ήταν πιθανότερο οι κακώσεις να χαρακτηρίζονταν τουλάχιστον ως επικίνδυνες σωματικές βλάβες.

	♀ (%)	♂ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	18 (75.00)	9 (69.23)	27 (72.97)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	5 (20.83)	4 (30.77)	9 (24.33)
Βαριές σωματικές βλάβες	1 (4.17)	0	1 (2.70)
Σύνολο	24	13	37

Πίνακας 8-108. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του θύματος.

	♂ (%)	♀ (%)	Σύνολο (%)
Απλές σωματικές βλάβες	22 (70.97)	5 (83.33)	27 (72.97)
Επικίνδυνες σωματικές βλάβες	8 (25.81)	1 (16.67)	9 (24.33)
Βαριές σωματικές βλάβες	1 (3.22)	0	1 (2.70)
Σύνολο	31	6	37

Πίνακας 8-109. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το φύλο του δράστη.

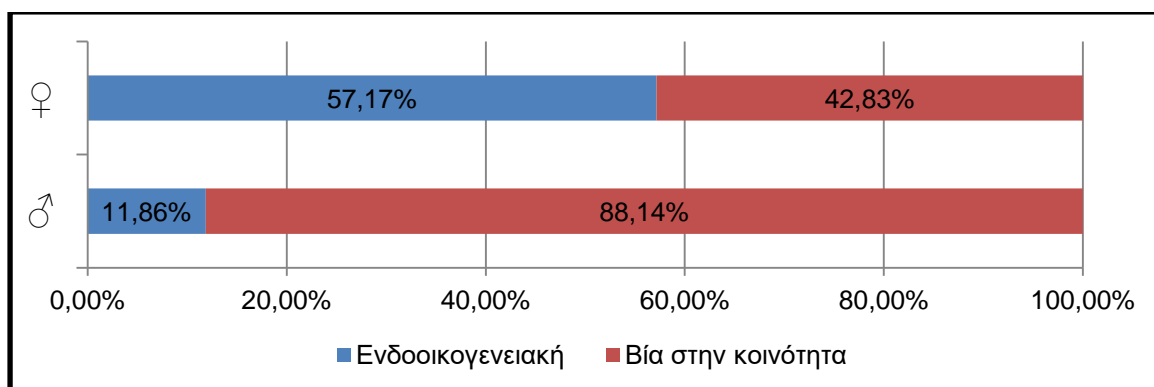
8.9. Σύγκριση μεταξύ των περιστατικών βίας στην κοινότητα και των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας

8.9.1. Σύνολο καταγγεληθέντων περιστατικών

8.9.1.1. Φύλο εμπλεκομένων

8.9.1.1.1. Φύλο θύματος

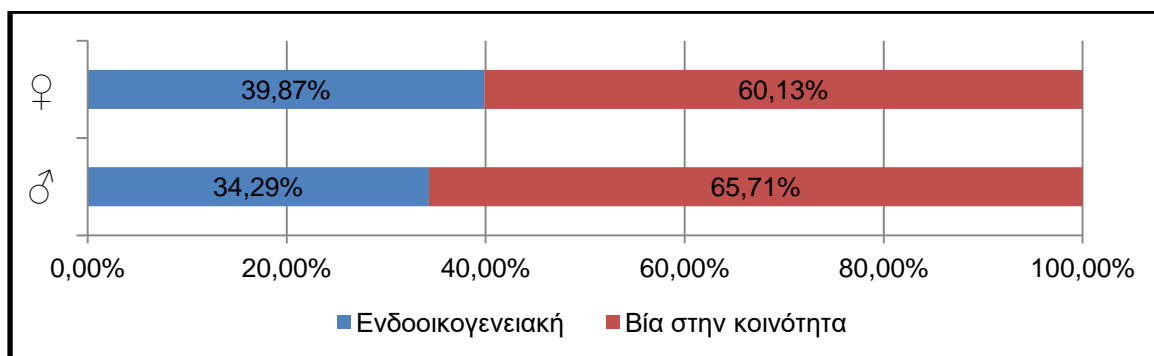
Όταν το θύμα ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε βία στην κοινότητα, ενώ όταν το θύμα ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε ενδοοικογενειακή βία ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-125. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.1.1.2. Φύλο δράστη

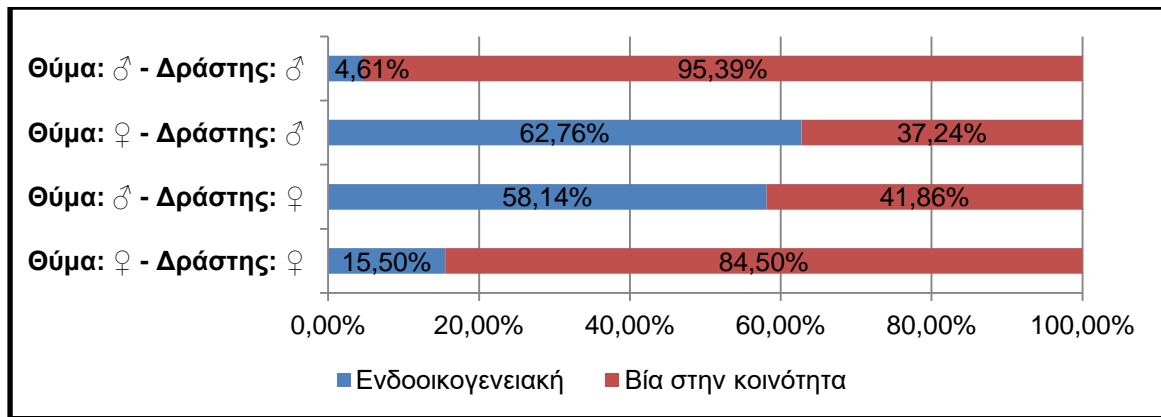
Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε ενδοοικογενειακή βία και όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε βία στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-126. Κατανομή των δραστών σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.1.1.3. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων

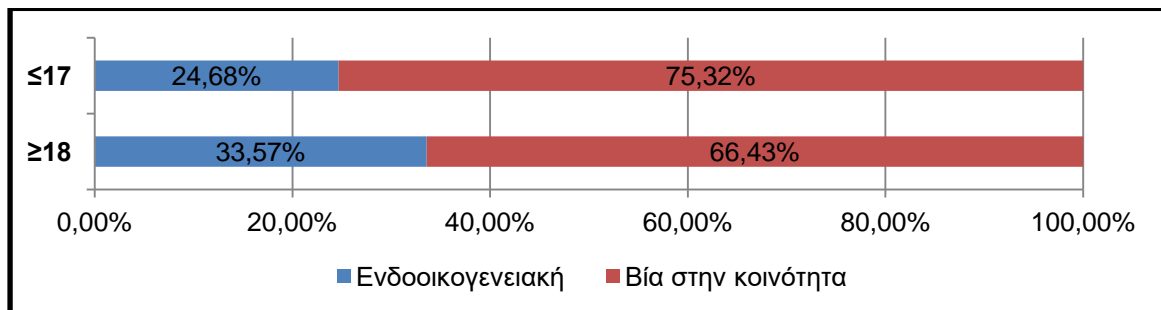
Όταν οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα διαφορετικού φύλου, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε ενδοοικογενειακή βία. Όταν οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα του ίδιου φύλου, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε βία στην κοινότητα ($p < 0.001$).



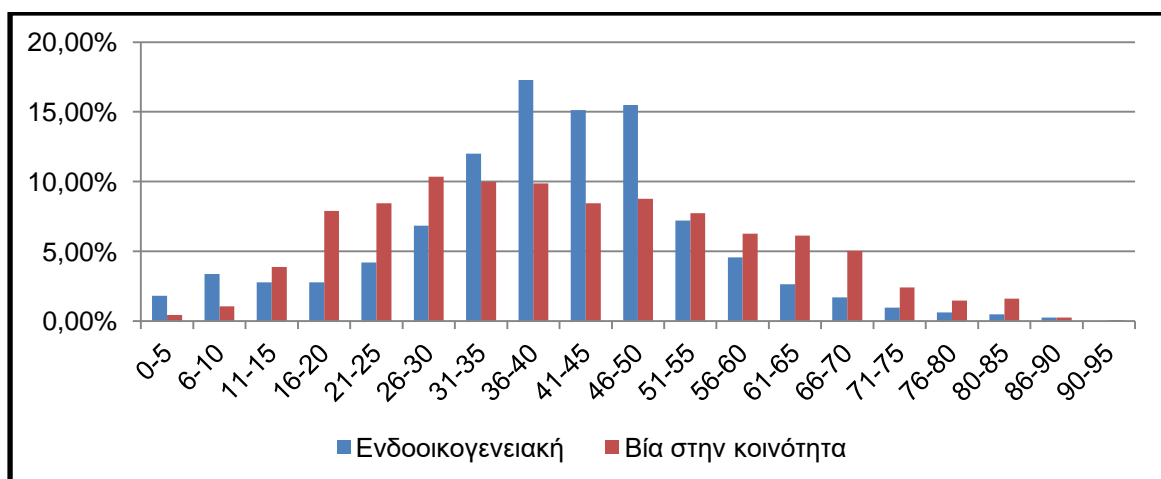
Διάγραμμα 8-127. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων.

8.9.1.2. Ηλικία θύματος

Η θυματοποίηση των ανηλίκων αφορούσε συχνότερα σε περιστατικά βίας στην κοινότητα, χωρίς όμως το εν λόγω αποτέλεσμα να θεωρείται στατιστικώς σημαντικό ($p > 0.05$). Η πιθανότητα αυτή αφορούσε παιδιά ηλικίας άνω των 11 ετών, καθώς όταν το παιδί ήταν ηλικίας έως 10 ετών ήταν συχνότερα θύμα ενδοοικογενειακής βίας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το Διάγραμμα 8-129, φαίνεται ότι ο κίνδυνος έκθεσης σε περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν μεγαλύτερος για άτομα ηλικίας 16-30 ετών και 56-85 ετών, ενώ για άτομα ηλικίας 31-46 ετών ο κίνδυνος έκθεσης σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν μεγαλύτερος ($p < 0.001$).



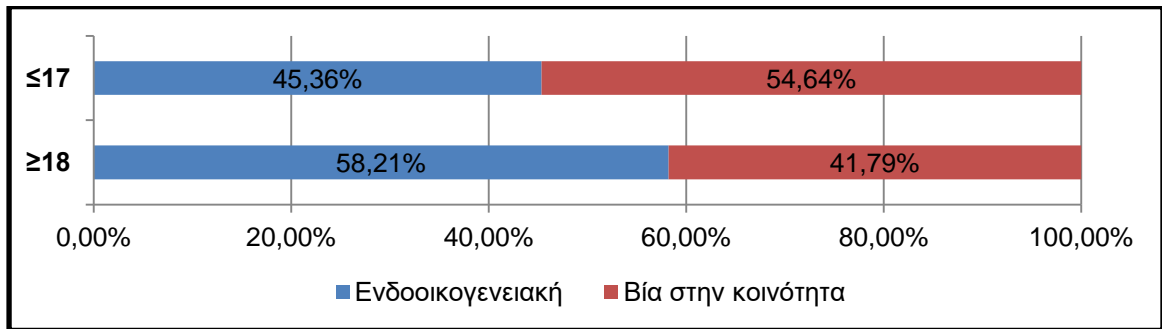
Διάγραμμα 8-128. Συσχέτιση ηλικίας θύματος με το είδος της βίας.



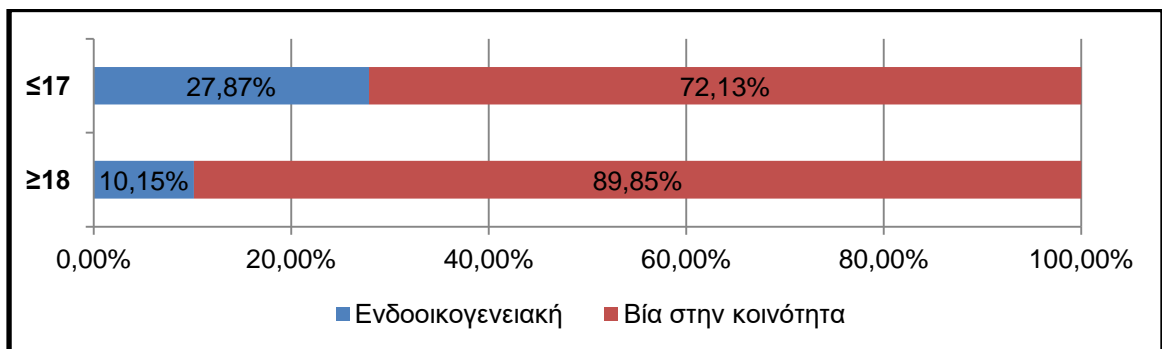
Διάγραμμα 8-129. Ηλικιακή κατανομή των θυμάτων.

8.9.1.2.1. Συσχέτιση φύλου και ηλικίας θύματος

Τα ενήλικα θήλεα θύματα, ήταν πιθανότερο να είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας ($p < 0.001$).

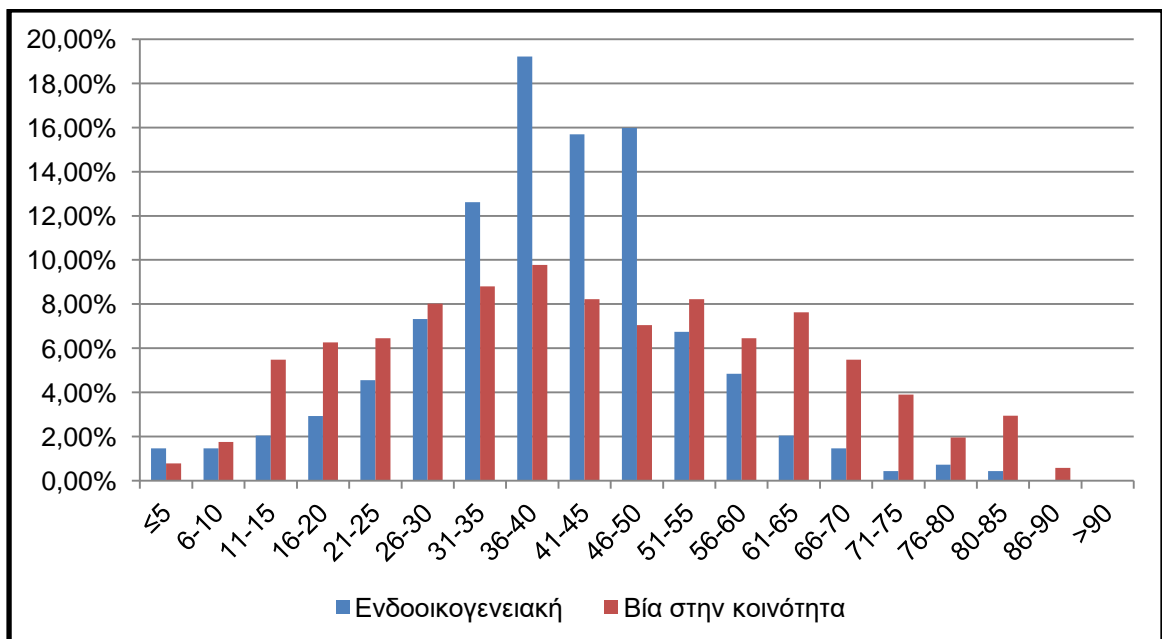


Διάγραμμα 8-130. Συσχέτιση ηλικίας θηλέων θυμάτων με το είδος της βίας.



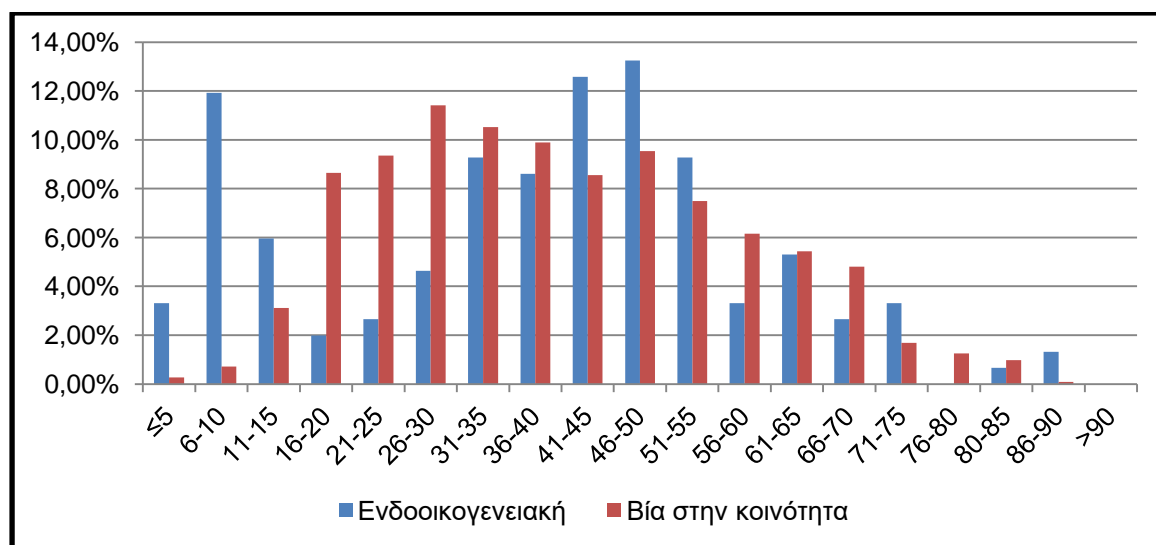
Διάγραμμα 8-131. Συσχέτιση ηλικίας αρρένων θυμάτων με το είδος της βίας.

Τα θήλεα άτομα ήταν πιθανότερο να ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας, όταν ήταν ηλικίας 31-50 ετών, ενώ για τις ηλικίες 11-25 ετών και άνω των 51 ετών ήταν πιθανότερο να ήταν θύματα βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-132. Ηλικιακή κατανομή των θηλέων θυμάτων.

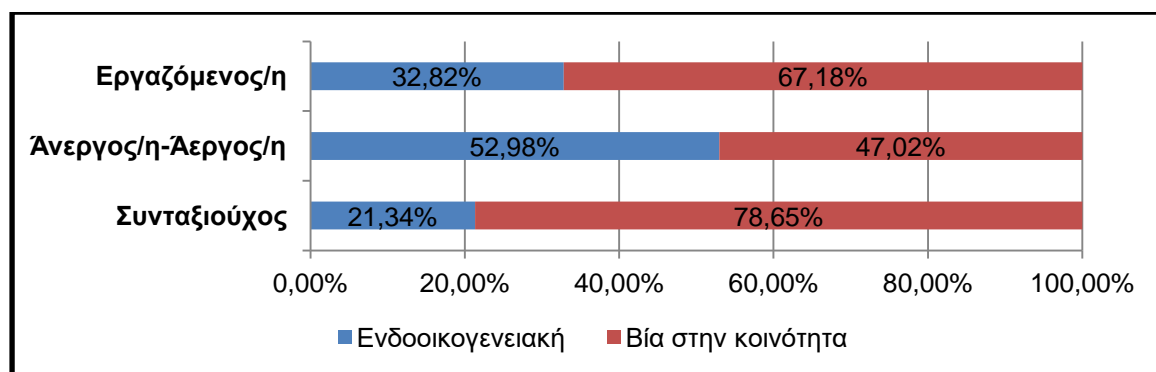
Τα άρρενα άτομα ήταν πιθανότερο να ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας, όταν ήταν ηλικίας έως 15 ετών και 41-55 ετών, ενώ για τις ηλικίες 16-40 ετών ήταν πιθανότερο να ήταν θύματα βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-133. Ηλικιακή κατανομή των αρρένων θυμάτων.

8.9.1.3. Εργασιακή απασχόληση θύματος

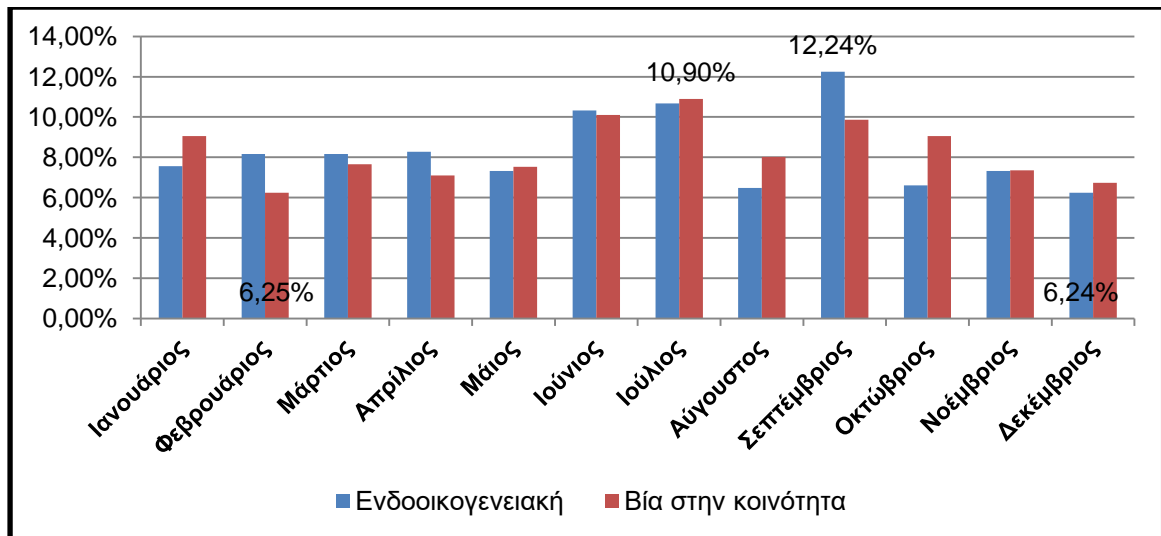
Όταν το θύμα δεν εργαζόταν και κατ' επέκταση εμφάνιζε κάποια μορφή οικονομική εξάρτηση, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε ενδοοικογενειακή βία ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-134. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης θύματος με το είδος της βίας.

8.9.1.4 Μήνας συμβάντος

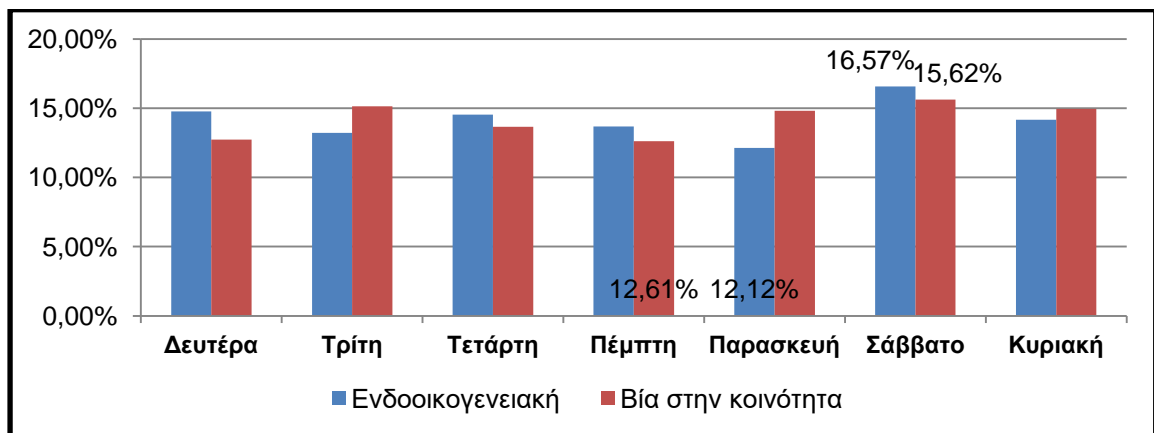
Τα περισσότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σημειώθηκαν τον Σεπτέμβριο, ενώ αυτά της βίας στην κοινότητα τον Ιούλιο. Το λιγότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας έλαβαν χώρα τον Δεκέμβριο, ενώ αυτά της βίας στην κοινότητα τον Φεβρουάριο. Επιπροσθέτως, για τους μήνες Ιανουάριο, Αύγουστο και Οκτώβριο, τα ποσοστά περιστατικών βίας στην κοινότητα ήταν μεγαλύτερα από αυτά της ενδοοικογενειακής βίας, ενώ για τους μήνες Φεβρουάριο και Σεπτέμβριο, τα ποσοστά περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας ήταν μεγαλύτερα από αυτά της βίας στην κοινότητα.



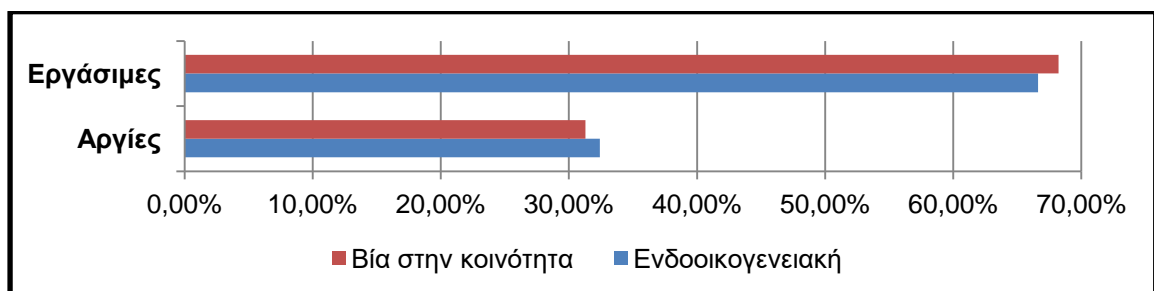
Διάγραμμα 8-135. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας.

8.9.1.5. Ημέρα συμβάντος

Τα περισσότερα περιστατικά τόσο ενδοοικογενειακής όσο και βίας στην κοινότητα έλαβαν χώρα το Σάββατο. Τα λιγότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας συνέβησαν την Παρασκευή, ενώ τα λιγότερα περιστατικά βίας στην κοινότητα κατεγράφησαν την Πέμπτη. Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, ήταν ελαφρώς συχνότερα κατά τις αργίες και αυτά της βίας στην κοινότητα κατά τις εργάσιμες ημέρες.

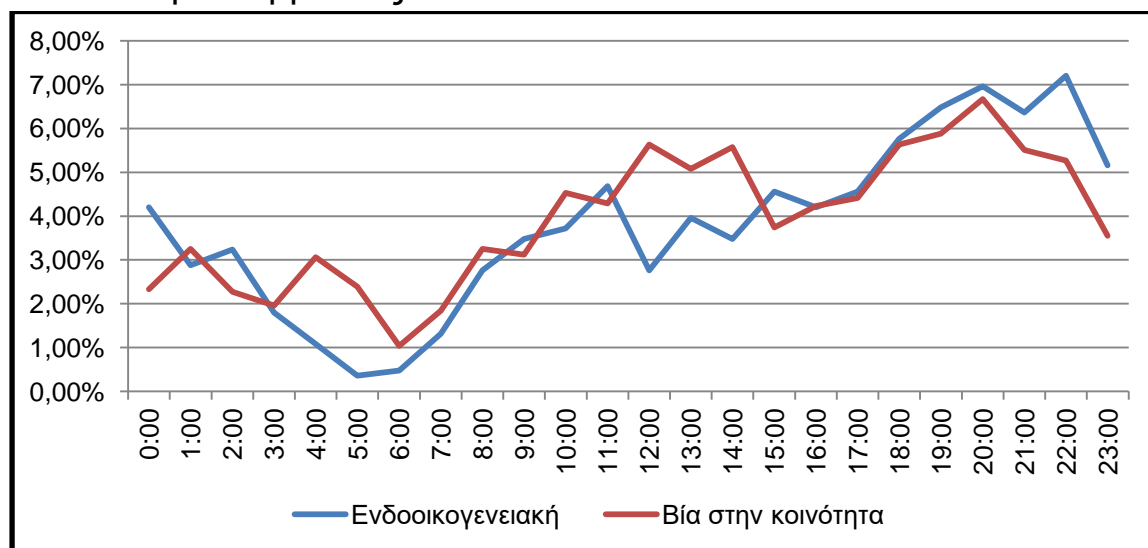


Διάγραμμα 8-136. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών βίας.



Διάγραμμα 8-137. Κατανομή των περιστατικών βίας σε εργάσιμες ημέρες και αργίες.

8.9.1.6. Ώρα συμβάντος

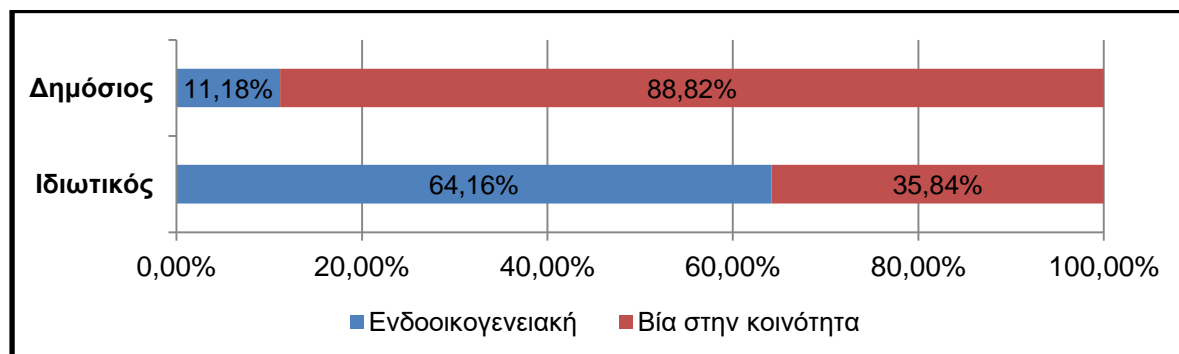


Διάγραμμα 8-138. Κατανομή των περιστατικών βίας στο 24ωρο.

Στο ανωτέρω διάγραμμα φαίνεται η διαφορετική κατανομή των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και βίας στην κοινότητα. Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σημειώνουν πτωτική τάση τις μεταμεσονύχτιες ώρες, περίοδο κατά την οποία τα περιστατικά βίας στην κοινότητα παραμένουν σχεδόν σταθερά (σε ποσοστό της τάξεως 2-3% επί του συνόλου των περιστατικών βίας στην κοινότητα). Επιπροσθέτως, τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σημειώνουν ανοδική τάση τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ενώ τα περιστατικά βίας στην κοινότητα εμφανίζουν δύο περιόδους ανοδικής τάσης, η πρώτη κατά τις ώρες 12:00-13:59 και η δεύτερη τις απογευματινές και βραδινές ώρες, όπως και η ενδοοικογενειακή βία.

8.9.1.7. Τόπος συμβάντος

Όταν τα περιστατικά βίας είχαν λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία, ενώ όταν είχαν συμβεί σε κάποιον δημόσιο χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε βία στην κοινότητα ($p < 0.001$), επιβεβαιώνοντας ουσιαστικά και τους ορισμούς των δύο ειδών βίας.



Διάγραμμα 8-139. Συσχέτιση του τόπου συμβάντος με το είδος της βίας.

8.9.1.8. Γεωγραφική κατανομή περιστατικών

Δήμος	Καταγγελίες βίας στην κοινότητα/1.000 κατοίκους	Καταγγελίες ενδοοικογενειακής βίας/1.000 κατοίκους	Καταγγελίες βίαιων περιστατικών/1.000 κατοίκους
Μαρκοπούλου Μεσόγαιας	2,89	0,90	3,79
Μαραθώνα	1,95	0,96	2,91
Λαυρεωτικής	2,11	0,60	2,71
Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης	1,59	0,93	2,52
Σπάτων-Αρτέμιδος	1,80	0,65	2,45
Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνας	1,69	0,68	2,37
Κρωπίας	1,72	0,59	2,31
Κηφισιάς	1,69	0,57	2,26
Μεταμόρφωσης	1,27	0,67	1,94
Παπάγου-Χολαργού	1,48	0,43	1,91
Σαρωνικού	1,10	0,69	1,79
Πεντέλης	1,29	0,49	1,78
Γλυφάδας	1,17	0,54	1,71
Λυκόβρυσσης-Πεύκης	0,87	0,71	1,58
Αμαρουσίου	1,04	0,44	1,48
Αγίας Παρασκευής	1,09	0,39	1,48
Παιανίας	0,98	0,45	1,43
Ωρωπού	1,10	0,33	1,43
Διονύσου	0,75	0,67	1,42
Βριλησσιών	1,04	0,36	1,40
Αλίμου	0,98	0,36	1,34
Ελληνικού-Αργυρούπολης	0,90	0,39	1,29
Ραφήνας-Πικερμίου	0,79	0,40	1,19
Ηρακλείου	0,89	0,24	1,13
Χαλανδρίου	0,90	0,19	1,09
Ηλιούπολης	0,64	0,40	1,04
Φιλοθέης-Ψυχικού	0,56	0,44	1,00
Νέας Ιωνίας	0,36	0,09	0,45
Σύνολο	1,15	0,49	1,64

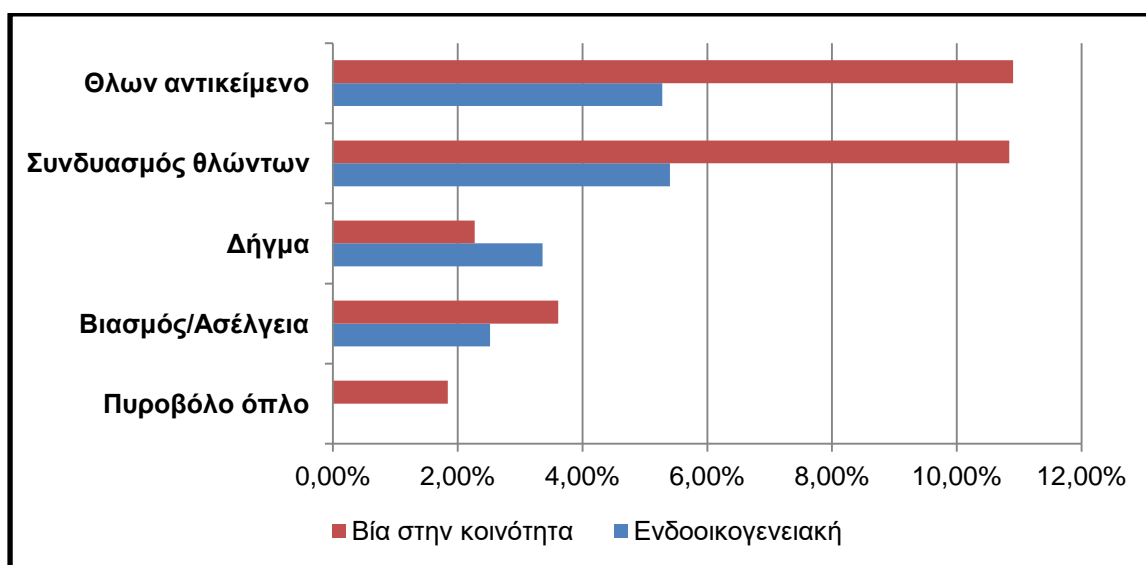
Πίνακας 8-110. Αριθμός καταγγελιών ανά 1.000 κατοίκους σε σχέση με το είδος της βίας.

Στον ανωτέρω πίνακα φαίνεται ότι στους Δήμους Λυκόβρυσσης-Πεύκης, Διονύσου, Ηλιούπολης και Φιλοθέης-Ψυχικού, η πιθανότητα καταγγελίας κάποιου βίαιου περιστατικού δεν επηρεάζεται σημαντικά από το είδος της βίας (ενδοοικογενειακή ή βία στην κοινότητα).

8.9.1.9. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

Στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν πιθανότερο ο δράστης να είχε χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματος του (79.95% έναντι 59.71% στα περιστατικά βίας στην κοινότητα). Η χρήση κάποιου θλώντος αντικειμένου (είτε κατά μόνας, είτε σε συνδυασμό με κάποιο μέρος του σώματος) ήταν πιθανότερη σε περιστατικά βίας στην κοινότητα. Οι κακώσεις από δόγματα ήταν πιθανότερο να είχαν

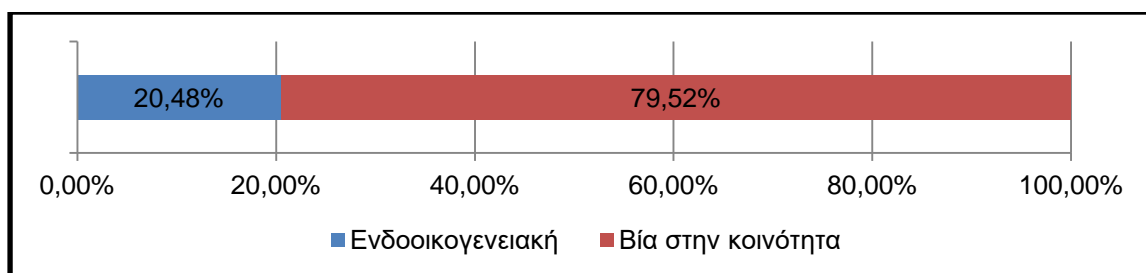
προκληθεί σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, ενώ οι καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας (βιασμοί και ασέλγειες) ήταν πιθανότερο να αφορούν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα. Όλα τα προαναφερθέντα ευρήματα θεωρούνται στατιστικώς σημαντικά ($p < 0.001$). Επιπροσθέτως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας δεν υπήρχαν καταγγελίες για πρόκληση κακώσεων από βολίδες ή γομώσεις πυροδοτημένων φυσιγγίων πυροβόλων όπλων, εύρημα το οποίο -σε συνδυασμό με τις αιτίες θανάτου ατόμων σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας στην περιοχή αρμοδιότητας του Εργαστηρίου- υποδηλώνει ότι η χρήση πυροβόλων όπλων στις περιοχές αρμοδιότητας των Αστυνομικών Διευθύνσεων Βορειοανατολικής και Νοτιοανατολικής Αττικής για την πρόκληση κακώσεων σε κάποιο άτομο της οικογένειας είναι πολύ μικρή έως μηδαμινή.



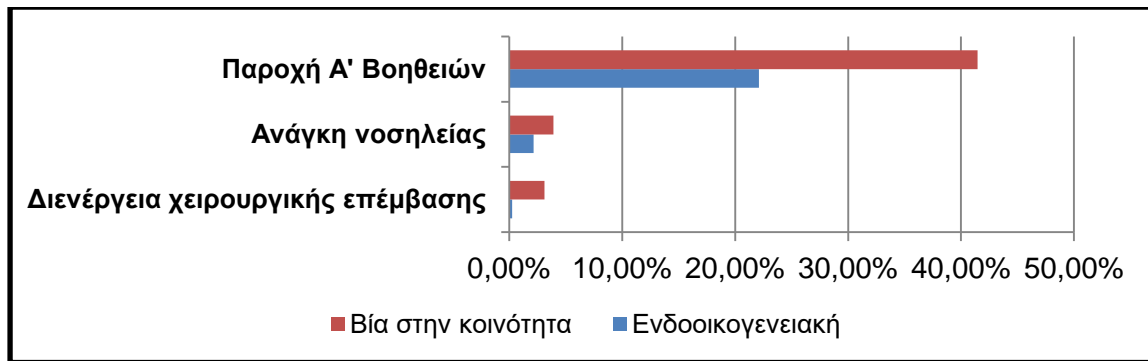
Διάγραμμα 8-140. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.1.10. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Όταν το θύμα είχε εξετασθεί σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή του είχαν παρασχεθεί οι Α' Βοήθειες, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε βία στην κοινότητα, καθώς μόλις 1 στα 5 άτομα, τα οποία εξετάζονται ή/και νοσηλεύονται σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό βίας, ήταν θύμα ενδοοικογενειακής βίας ($p < 0.001$).



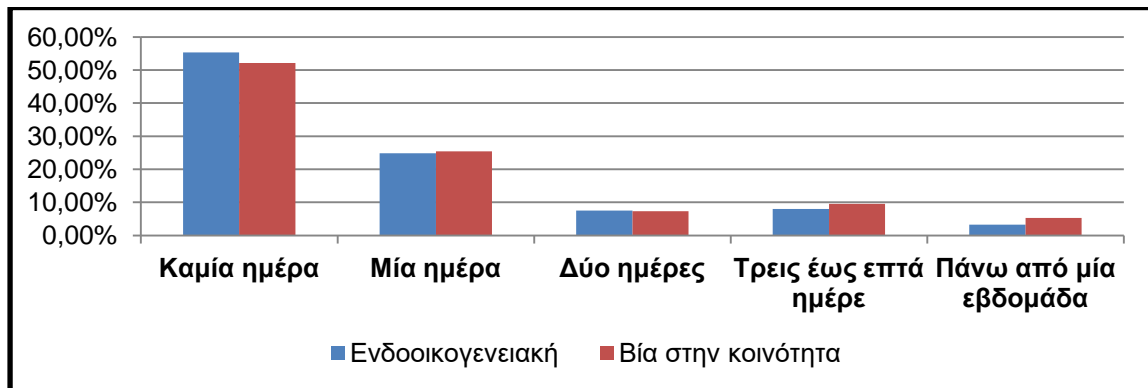
Διάγραμμα 8-141. Συσχέτιση επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-142. Ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών στα οποία το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

8.9.1.11. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

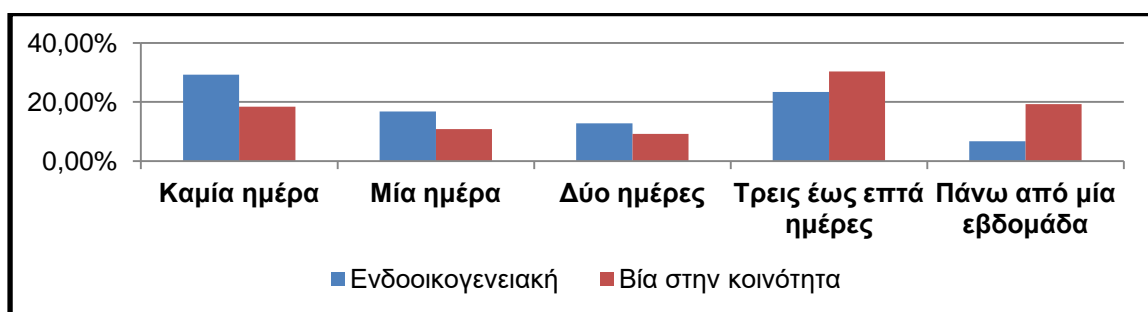
Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν ελαφρώς πιθανότερο να είχαν καταγγεληθεί στις Αρχές την ημέρα κατά την οποία είχαν συμβεί, χωρίς όμως η εν λόγω συσχέτιση να θεωρείται στατιστικώς σημαντική ($p > 0.05$).



Διάγραμμα 8-143. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία.

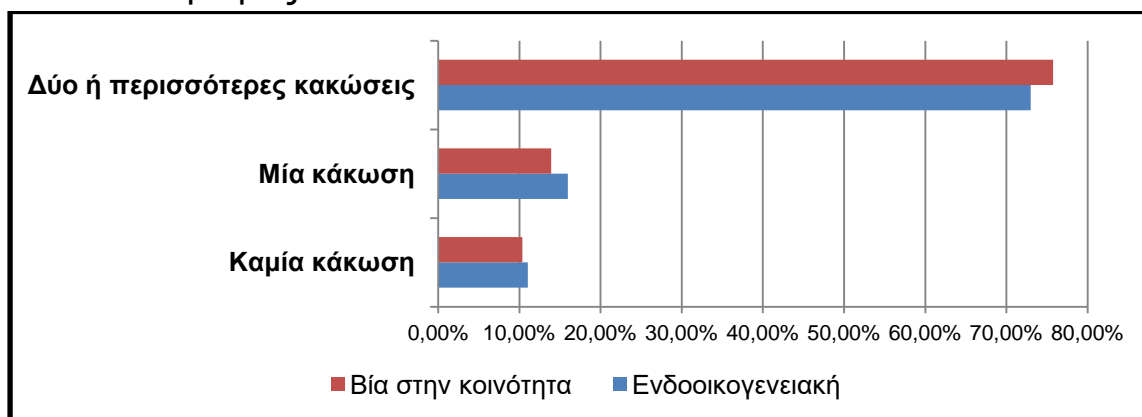
8.9.1.12. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

Όταν οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας, ήταν πιθανότερο το θύμα να μην έχρηζε αποχής από τις δραστηριότητές του, ενώ όταν είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να έχρηζαν αποχής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας, εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι οι κακώσεις σε αυτά τα περιστατικά ήταν μεγαλύτερης βαρύτητας σε σχέση με τις κακώσεις στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-144. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους.

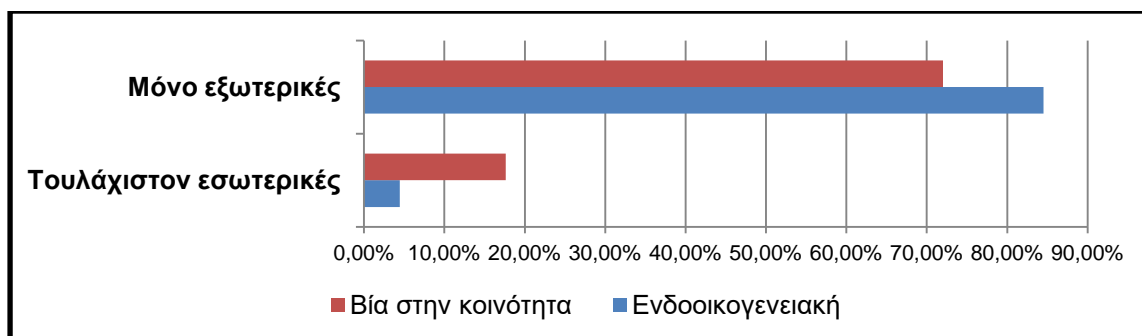
8.9.1.13. Αριθμός κακώσεων



Διάγραμμα 8-145. Αριθμός κακώσεων.

8.9.1.14. Τύπος κακώσεων

Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί στο θύμα τουλάχιστον εσωτερικές κακώσεις ($p < 0.001$).

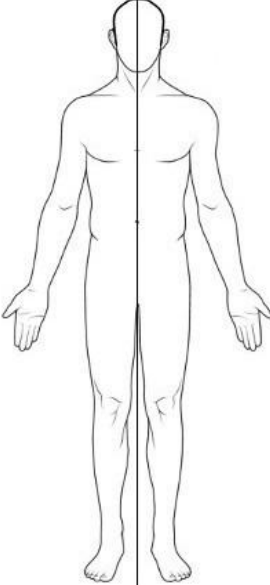


Διάγραμμα 8-146. Τύπος κακώσεων.

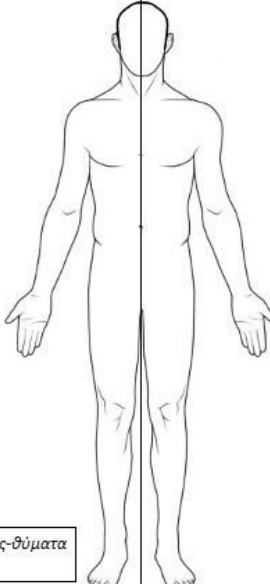
8.9.1.15. Ανατομική εντόπιση κακώσεων

Όταν το περιστατικό αφορούσε σε βία στην κοινότητα, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή ($p < 0.001$), τόσο στο πρόσωπο ($p < 0.001$), όσο και στο κρανίο ($p < 0.001$), καθώς και στον θώρακα ($p = 0.029$), στις άκρες χείρες ($p = 0.002$) και στις κνήμες ($p = 0.003$). Οι κακώσεις στη ράχη ($p = 0.030$), στα άνω άκρα ($p < 0.001$), τόσο στους βραχίονες ($p < 0.001$), όσο και στα αντιβράχια ($p = 0.002$), καθώς και στα κάτω άκρα ($p = 0.027$), τόσο στους μηρούς ($p = 0.005$) όσο και στους άκρους πόδες ($p = 0.029$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

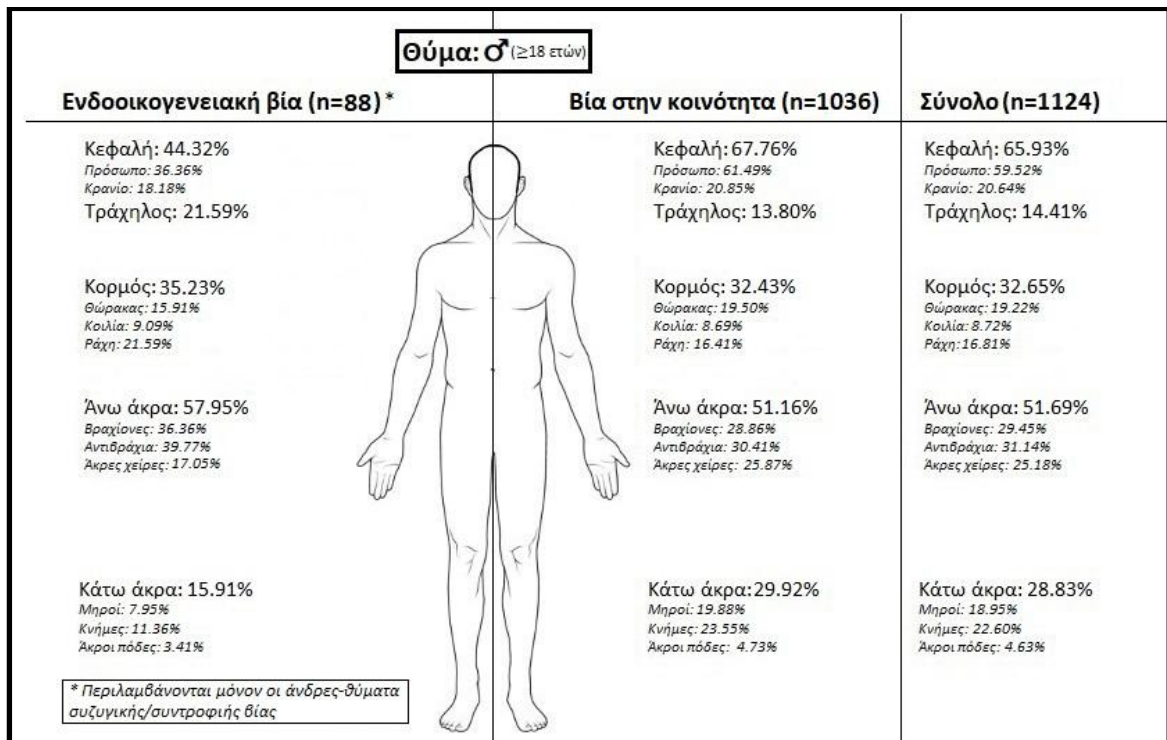
Λόγω του μικρού δείγματος των αρρένων θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας (τόσο της συζυγικής/συντροφικής, όσο και των λοιπών υποκατηγοριών) δεν κρίθηκε σκόπιμη η στατιστική ανάλυση και σύγκριση με τα αρρένα θύματα βίας στην κοινότητα. Οι διαφοροποιήσεις όσον αφορά στα θήλεα θύματα περιγράφονται αναλυτικώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Ενδοοικογενειακή βία (n=833)	Βία στην κοινότητα (n=1633)	Σύνολο (n=2466)
<p>Κεφαλή: 43.58% <i>Πρόσωπο: 38.78%</i> <i>Κρανίο: 11.64%</i> Τράχηλος: 14.77%</p> <p>Κορμός: 32.89% <i>Θώρακας: 15.37%</i> <i>Κοιλία: 6.96%</i> <i>Ράχη: 20.41%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.60%</i></p> <p>Άνω άκρα: 59.30% <i>Βραχίονες: 44.18%</i> <i>Αντιβράχια: 36.49%</i> <i>Άκρες χείρες: 18.97%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 34.33% <i>Μηροί: 26.29%</i> <i>Κνήμες: 21.49%</i> <i>Άκροι πόδες: 6.36%</i></p>	 <p>Κεφαλή: 58.97% <i>Πρόσωπο: 53.58%</i> <i>Κρανίο: 16.41%</i> Τράχηλος: 12.61%</p> <p>Κορμός: 31.97% <i>Θώρακας: 18.98%</i> <i>Κοιλία: 7.47%</i> <i>Ράχη: 17.02%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.98%</i></p> <p>Άνω άκρα: 51.99% <i>Βραχίονες: 30.43%</i> <i>Αντιβράχια: 30.92%</i> <i>Άκρες χείρες: 24.00%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 30.07% <i>Μηροί: 21.07%</i> <i>Κνήμες: 22.41%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.35%</i></p>	<p>Κεφαλή: 53.77% <i>Πρόσωπο: 48.58%</i> <i>Κρανίο: 14.80%</i> Τράχηλος: 13.34%</p> <p>Κορμός: 32.28% <i>Θώρακας: 17.76%</i> <i>Κοιλία: 7.30%</i> <i>Ράχη: 18.17%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 0.85%</i></p> <p>Άνω άκρα: 54.46% <i>Βραχίονες: 35.08%</i> <i>Αντιβράχια: 32.81%</i> <i>Άκρες χείρες: 22.30%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 31.51% <i>Μηροί: 22.83%</i> <i>Κνήμες: 22.10%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.03%</i></p>

Εικόνα 8-24. Εντόπιση των κακώσεων επί του συνόλου των θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.

Θύμα: ♀ (≥18 ετών)		
Ενδοοικογενειακή βία (n=576)*	Βία στην κοινότητα (n=458)	Σύνολο (n=1034)
<p>Κεφαλή: 46.01% <i>Πρόσωπο: 41.67%</i> <i>Κρανίο: 11.11%</i> Τράχηλος: 14.93%</p> <p>Κορμός: 34.03% <i>Θώρακας: 15.45%</i> <i>Κοιλία: 6.60%</i> <i>Ράχη: 21.70%</i></p> <p>Άνω άκρα: 62.67% <i>Βραχίονες: 48.26%</i> <i>Αντιβράχια: 39.06%</i> <i>Άκρες χείρες: 19.62%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 37.67% <i>Μηροί: 30.21%</i> <i>Κνήμες: 23.26%</i> <i>Άκροι πόδες: 6.60%</i></p> <p>*Περιλαμβάνονται μόνον οι γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας</p>	 <p>Κεφαλή: 43.67% <i>Πρόσωπο: 38.86%</i> <i>Κρανίο: 9.39%</i> Τράχηλος: 10.26%</p> <p>Κορμός: 32.97% <i>Θώρακας: 19.87%</i> <i>Κοιλία: 5.68%</i> <i>Ράχη: 18.78%</i></p> <p>Άνω άκρα: 60.92% <i>Βραχίονες: 39.30%</i> <i>Αντιβράχια: 34.93%</i> <i>Άκρες χείρες: 24.45%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 33.19% <i>Μηροί: 25.11%</i> <i>Κνήμες: 22.27%</i> <i>Άκροι πόδες: 4.58%</i></p>	<p>Κεφαλή: 44.97% <i>Πρόσωπο: 40.43%</i> <i>Κρανίο: 10.35%</i> Τράχηλος: 12.86%</p> <p>Κορμός: 33.17% <i>Θώρακας: 17.41%</i> <i>Κοιλία: 6.19%</i> <i>Ράχη: 20.41%</i></p> <p>Άνω άκρα: 61.90% <i>Βραχίονες: 44.29%</i> <i>Αντιβράχια: 37.23%</i> <i>Άκρες χείρες: 21.76%</i></p> <p>Κάτω άκρα: 35.69% <i>Μηροί: 27.95%</i> <i>Κνήμες: 22.82%</i> <i>Άκροι πόδες: 5.71%</i></p>

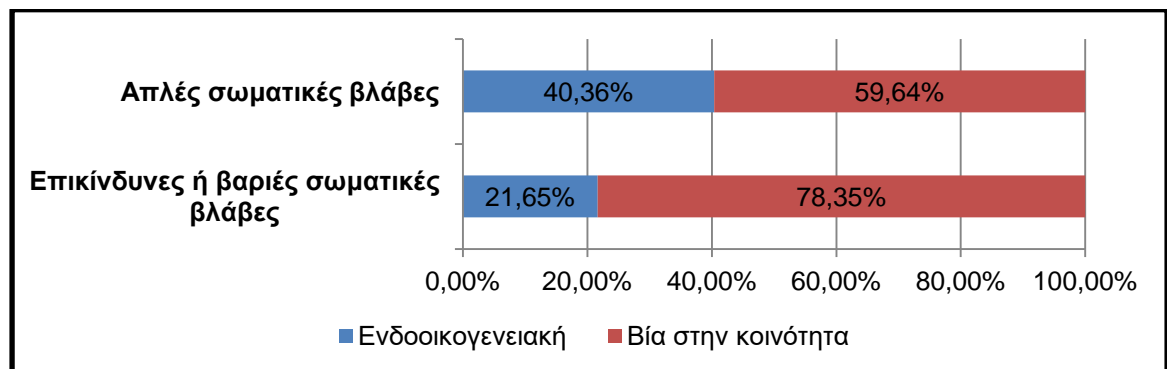
Εικόνα 8-25. Εντόπιση των κακώσεων επί των ενηλίκων θηλέων θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.



Εικόνα 8-26. Εντόπιση των κακώσεων επί των ενηλίκων αρρένων θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.1.16. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

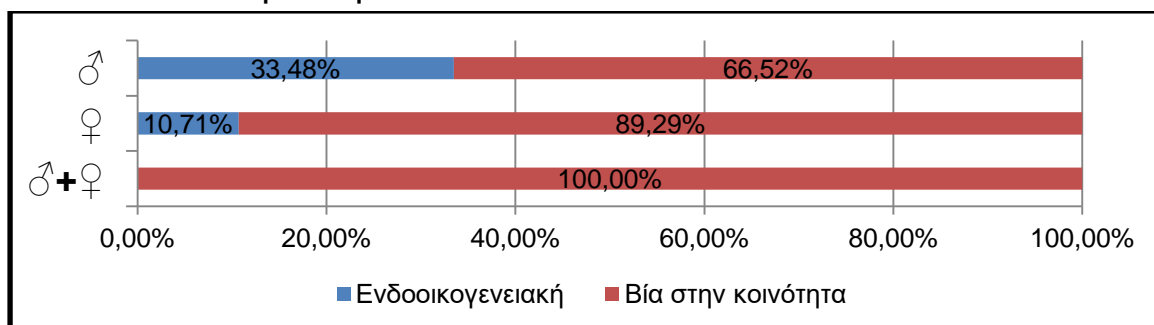
Όταν οι κακώσεις θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες, ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-147. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός.

8.9.2. Θυματοποίηση ενηλίκων γυναικών

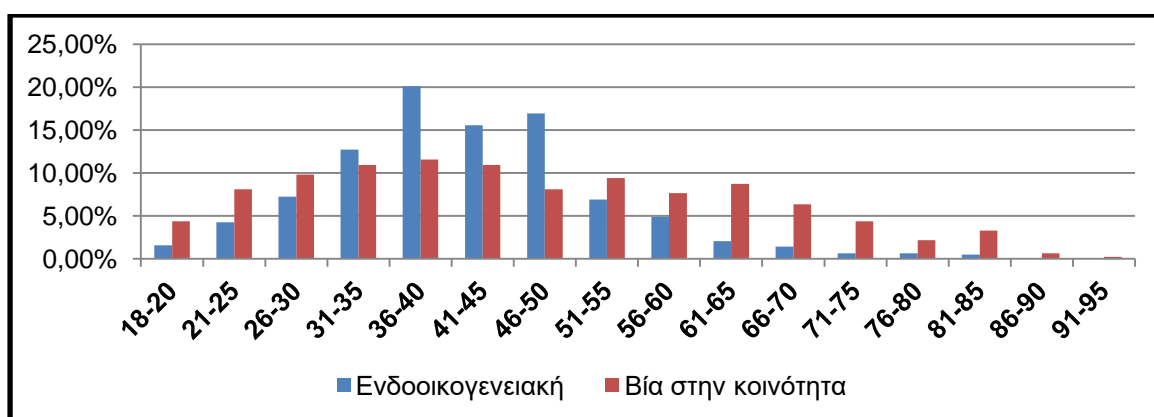
8.9.2.1. Φύλο δράστη



Διάγραμμα 8-148. Φύλο των δραστών, σε σχέση το είδος της βίας ($p < 0.001$).

8.9.2.2. Ηλικία θύματος

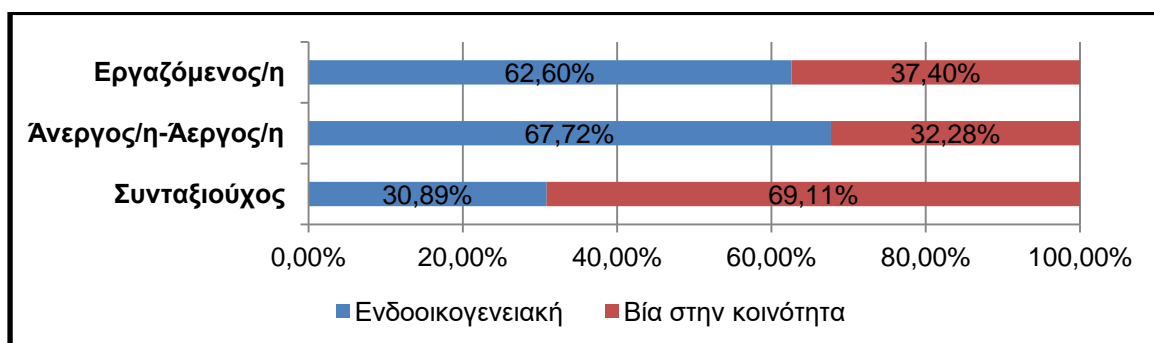
Ο κίνδυνος έκθεσης σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν μεγαλύτερος για τις γυναίκες ηλικίας 31-50 ετών, ενώ για οι γυναίκες ηλικίας 18-30 και 51-85 ετών ήταν πιθανότερο να ήταν θύματα βίας στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-149. Ηλικιακή κατανομή των θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.3. Εργασιακή απασχόληση θύματος

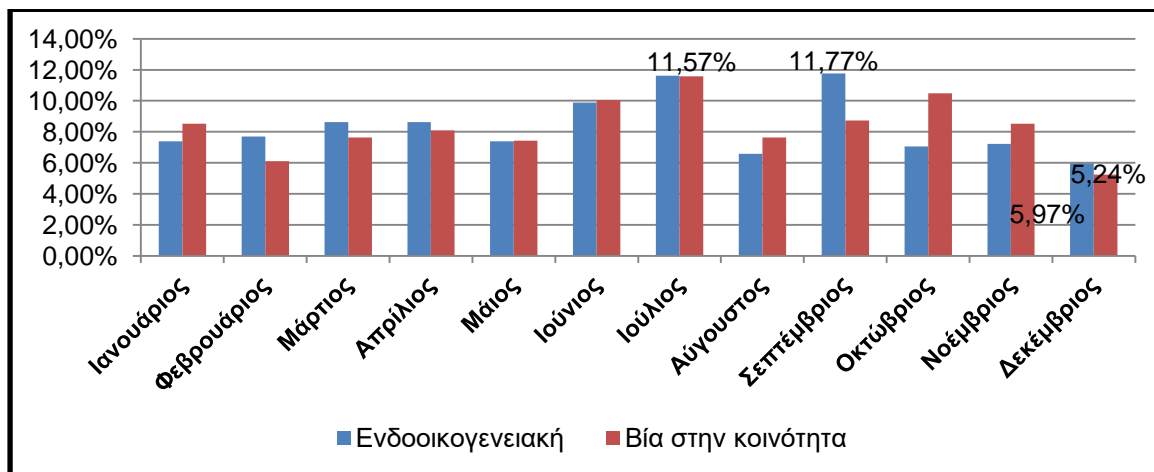
Όταν η γυναίκα δεν εργαζόταν και κατ' επέκταση εμφάνιζε κάποιας μορφής οικονομική εξάρτηση από τον σύζυγο/σύντροφο, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε ενδοοικογενειακή βία, ενώ όταν ήταν συνταξιούχος ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε βία στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-150. Συσχέτιση εργασιακής απασχόλησης θύματος με το είδος της βίας.

8.9.2.4 Μήνας συμβάντος

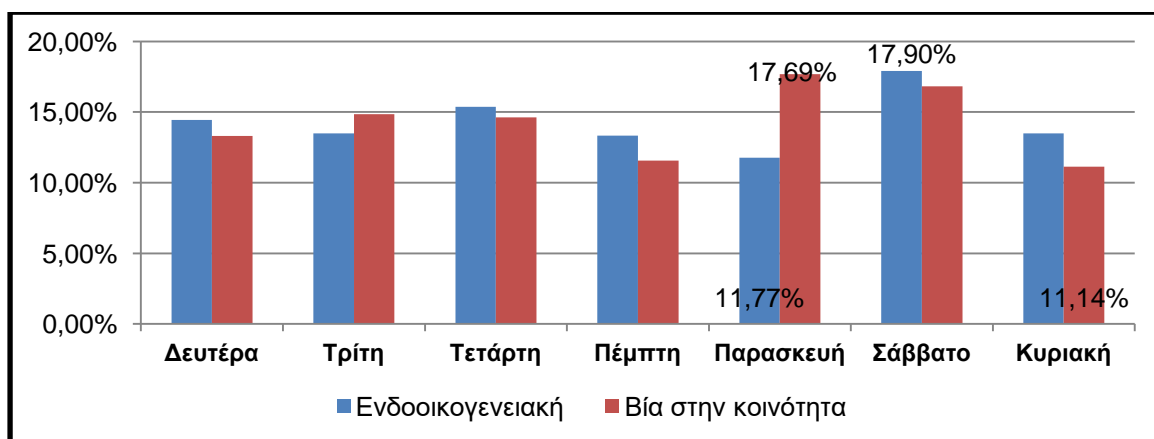
Τα περισσότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σημειώθηκαν τον Σεπτέμβριο, ενώ αυτά της βίας στην κοινότητα τον Ιούλιο. Το λιγότερο περιστατικά τόσο βίας στην κοινότητα όσο και ενδοοικογενειακής βίας έλαβαν χώρα τον Δεκέμβριο.



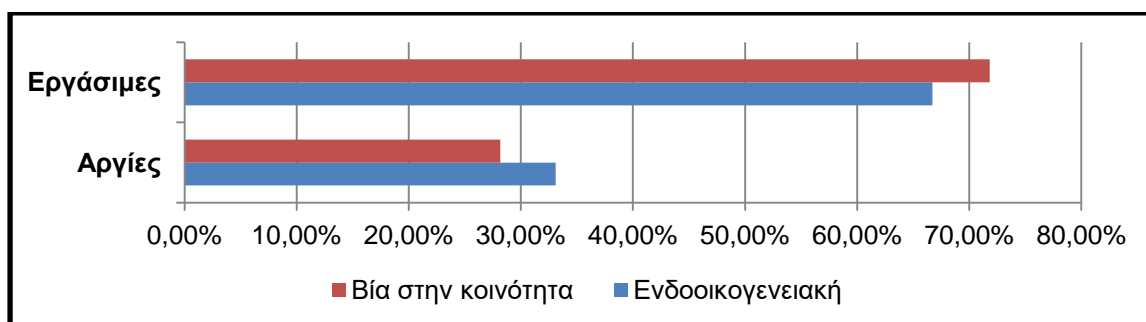
Διάγραμμα 8-151. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.5. Ημέρα συμβάντος

Τα περισσότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας έλαβαν χώρα το Σάββατο, ενώ της βίας στην κοινότητα την Παρασκευή. Τα λιγότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας συνέβησαν την Παρασκευή, ενώ τα λιγότερα περιστατικά βίας στην κοινότητα κατεγράφησαν την Κυριακή.



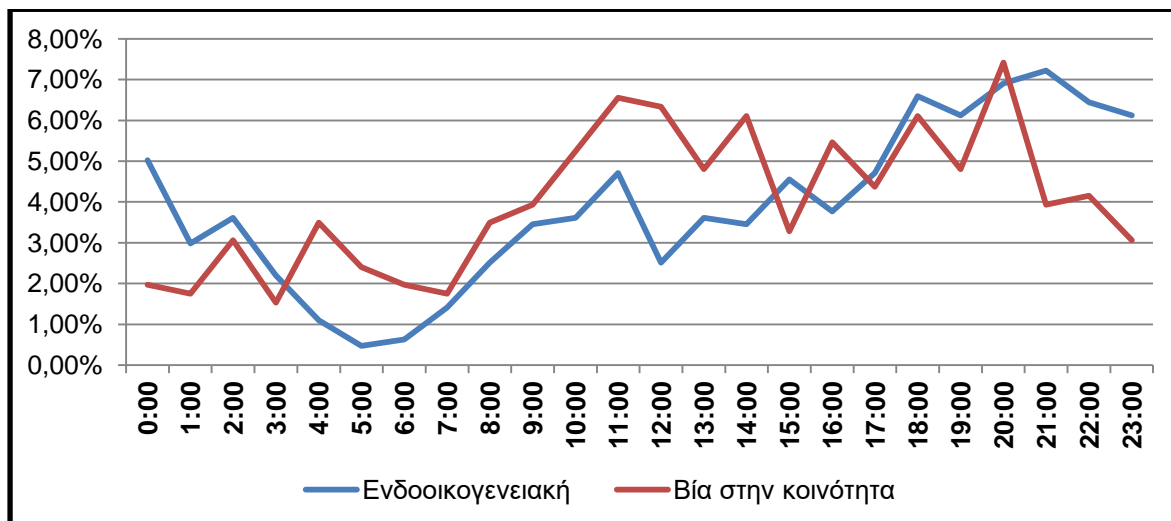
Διάγραμμα 8-152. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών, σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-153. Κατανομή των περιστατικών βίας σε εργάσιμες ημέρες και αργίες.

8.9.2.6. Ώρα συμβάντος

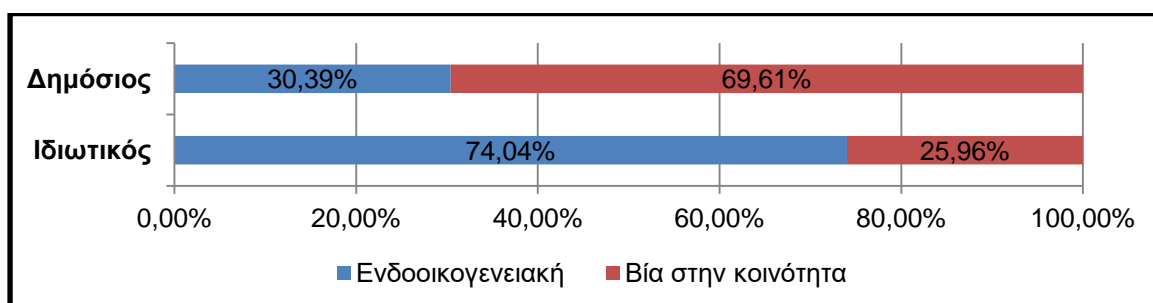
Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν πιθανότερο να είχαν λάβει χώρα απογευματινές και βραδινές ώρες (16:00-23:59), ενώ τα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να είχαν συμβεί πρωινές και μεσημεριανές ώρες (08:00-15:59).



Διάγραμμα 8-154. Κατανομή των περιστατικών στο 24ωρο, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.7. Τόπος συμβάντος

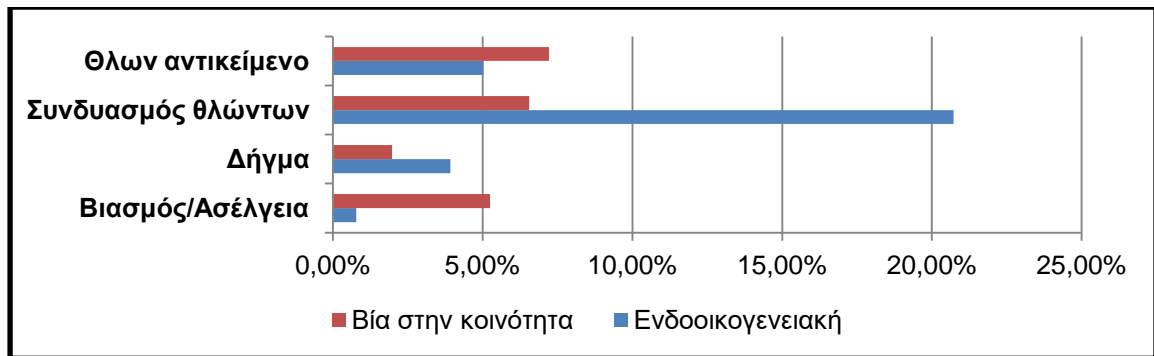
Όταν τα περιστατικά βίας είχαν λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία, ενώ όταν είχαν συμβεί σε κάποιον δημόσιο χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε βία στην κοινότητα ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-155. Συσχέτιση του τόπου συμβάντος με το είδος της βίας.

8.9.2.8. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

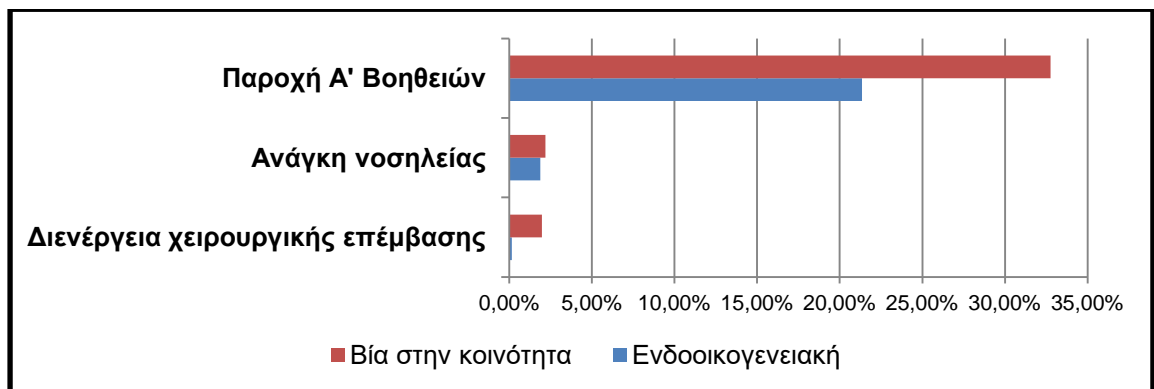
Στην πλειονότητα των περιστατικών, τόσο ενδοοικογενειακής βίας, όσο και βίας στην κοινότητα, ο δράστης είχε χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός του ως θλών όργανο. Οι κακώσεις από δόγματα ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, ενώ οι καταγγελίες για εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε περιστατικά στην κοινότητα. Η χρήση μόνον κάποιου θλώντος αντικείμενου ήταν πιθανότερη στα περιστατικά βίας στην κοινότητα, ενώ η συνδυαστική χρήση θλώντος αντικείμενου και μέρους του σώματος ήταν πιθανότερη στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Όλες οι ανωτέρω συσχετίσεις θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ($p < 0.001$).



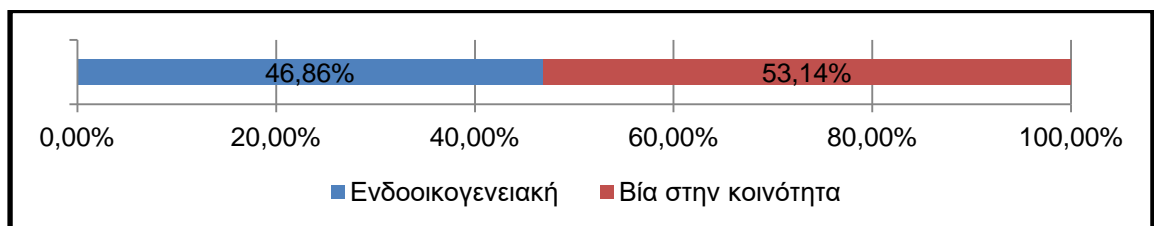
Διάγραμμα 8-156. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.9. Επίσκεψη του θύματος σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες θύματα βίας στην κοινότητα εξετάζονται συχνότερα από ιατρούς (σε σχέση με τις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας) ($p < 0.001$), οι μισές σχεδόν ενήλικες γυναίκες που εξετάζονται ή/και νοσηλεύονται σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό βίας, είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας.



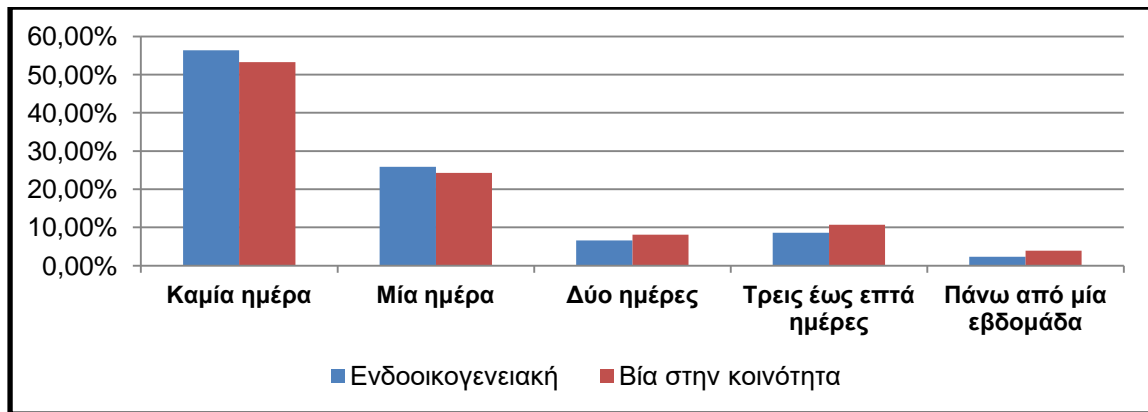
Διάγραμμα 8-157. Κατανομή των περιστατικών στα οποία το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-158. Συσχέτιση επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με το είδος της βίας.

8.9.2.10. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

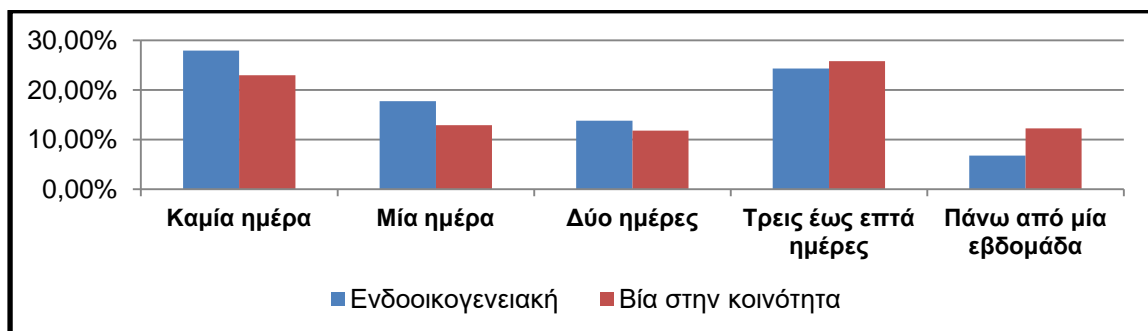
Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν ελαφρώς πιθανότερο να είχαν καταγγελθεί την ημέρα κατά την οποία είχαν συμβεί ή την επομένη αυτής, ενώ τα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν ελαφρώς πιθανότερο να είχαν καταγγελθεί στις Αρχές δύο ημέρες μετά το συμβάν, ιδίως δε μετά την παρέλευση εβδομάδας. Βεβαίως, οι ανωτέρω διαφοροποιήσεις δεν θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ($p > 0.05$).



Διάγραμμα 8-159. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.11. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

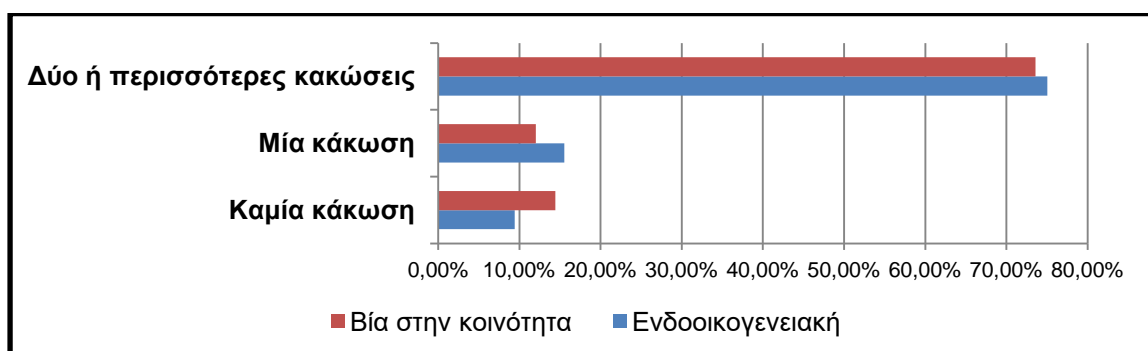
Όταν οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας, ήταν πιθανότερο οι γυναίκες να έχρηζαν αποχής από τις δραστηριότητές τους το μέγιστο για μία ημέρα, ενώ όταν είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα, ήταν πιθανότερο να έχρηζαν αποχής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας ($p=0.021$), εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι οι κακώσεις σε αυτά τα περιστατικά ήταν μεγαλύτερης βαρύτητας σε σχέση με τις κακώσεις στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.



Διάγραμμα 8-160. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.9.2.12. Αριθμός κακώσεων

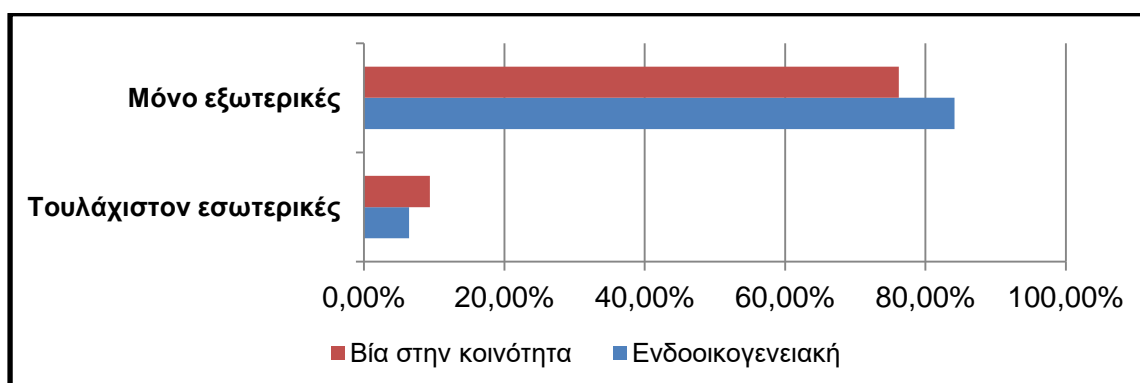
Στις γυναίκες θύματα βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να μην είχαν διαπιστωθεί κακώσεις ($p<0.001$).



Διάγραμμα 8-161. Αριθμός κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

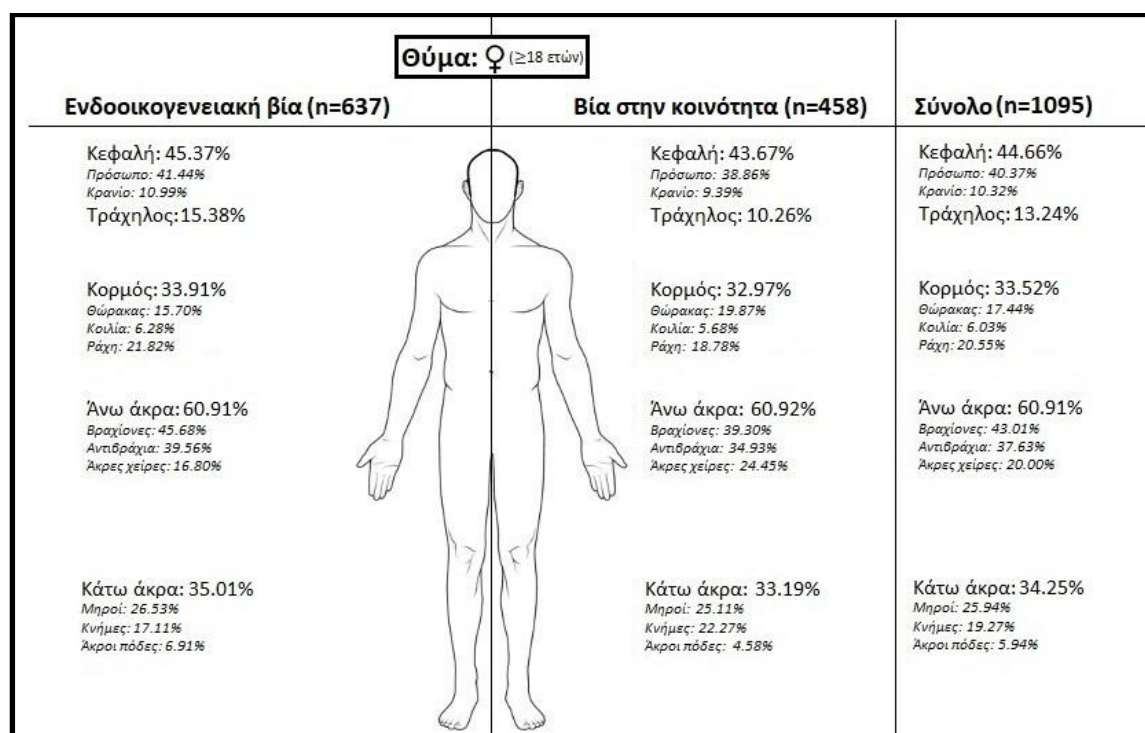
8.9.2.13. Τύπος κακώσεων

Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί στο θύμα τουλάχιστον εσωτερικές κακώσεις ($p=0.003$).



Διάγραμμα 8-162. Τύπος κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

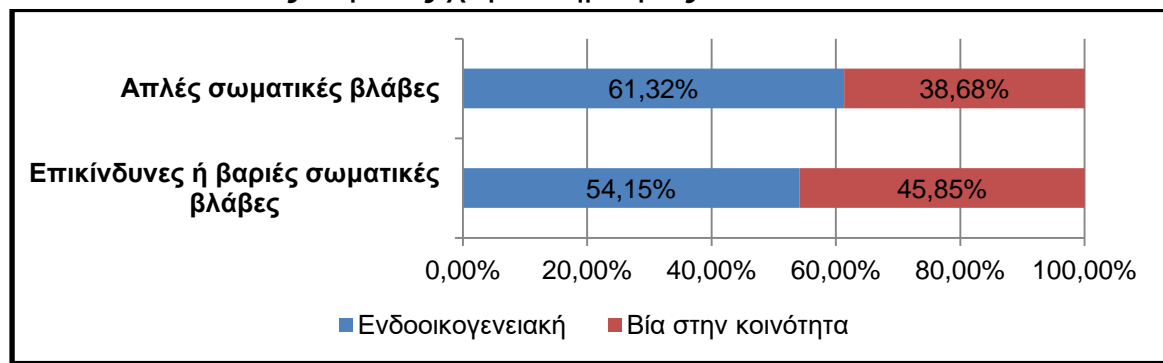
8.9.2.14. Ανατομική εντόπιση κακώσεων



Εικόνα 8-27. Εντόπιση των κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

Όταν το περιστατικό αφορούσε σε βία στην κοινότητα, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις πρωτίστως στις άκρες χείρες ($p=0.002$) και δευτερευόντως στις κνήμες ($p=0.035$). Αντιθέτως, οι κακώσεις στον τράχηλο ($p=0.013$) και στους βραχίονες ($p=0.031$) ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

8.9.2.14. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός



Διάγραμμα 8-163. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10. Θυματοποίηση ανηλίκων

8.10.1 Σύνολο δείγματος

Σε 216 περιστατικά (8.76%) το θύμα ήταν ηλικίας κάτω των 18 ετών. Οι 138 καταγγελίες (63.89%) αφορούσαν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα και οι 78 (36.11%) σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

Η πλειονότητα των περιστατικών βίας στην κοινότητα (86.96%) αφορούσαν σε περιστατικά νεανικής βίας, ενώ όσον αφορά στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, στο 91.03% δράστης ήταν κάποιος εκ των γονέων, στο 2.56% κάποιος αδελφός και στο 6.41% ο παππούς ή η γιαγιά. Στο 2.17% των περιστατικών βίας στην κοινότητα, δράστης ήταν κάποιος άλλος συγγενής, η σχέση του οποίου με το θύμα δεν συμπεριλαμβάνεται στις διατάξεις του Ν 3500/2006.

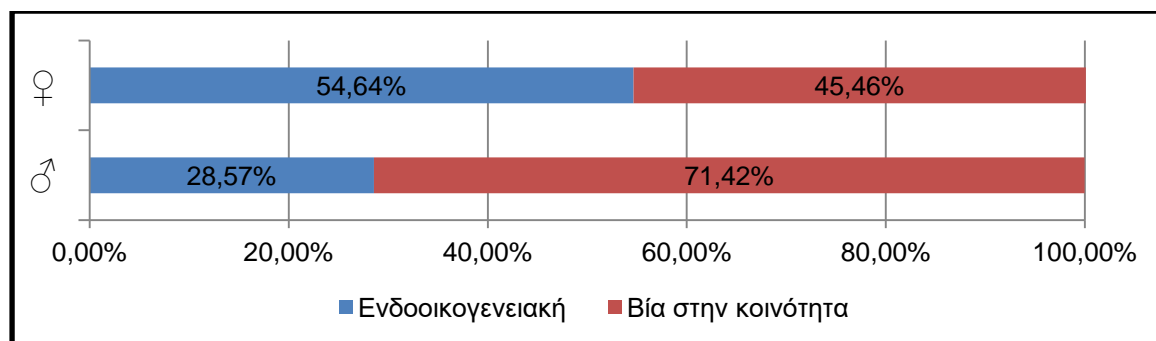
Στο 51.45% των περιστατικών βίας στην κοινότητα, τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, ενώ στο 48.55% οι δράστες ήταν άγνωστοι στα θύματα.

Συνολικά, σε 149 περιστατικά (68.98%) τα θύματα γνώριζαν τους δράστες και στο 58.70% ήταν συγγενείς, ενώ 67 περιστατικά (31.02%) τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες.

8.10.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.10.2.1. Φύλο θύματος

Όταν το θύμα ήταν αγόρι ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε βία στην κοινότητα ($p=0.011$), ενώ όταν το θύμα ήταν κορίτσι δεν υπήρχε ουσιώδης διαφοροποίηση μεταξύ περιστατικών βίας στην κοινότητα και ενδοοικογενειακής βίας.

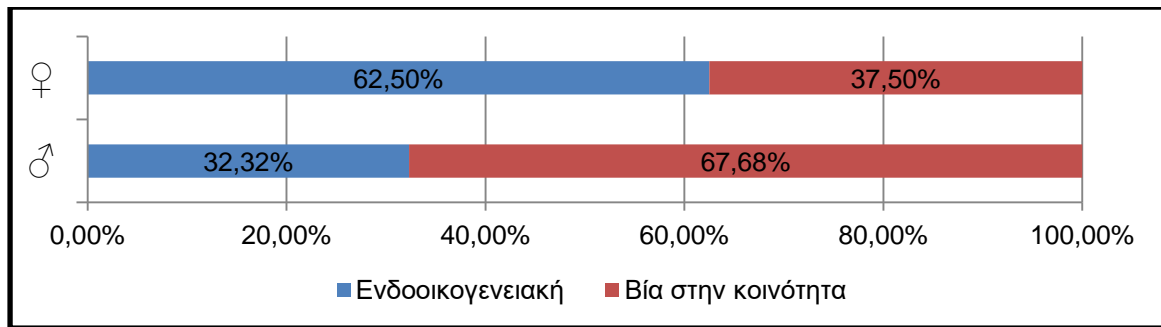


Διάγραμμα 8-164. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.2.2. Φύλο δράστη

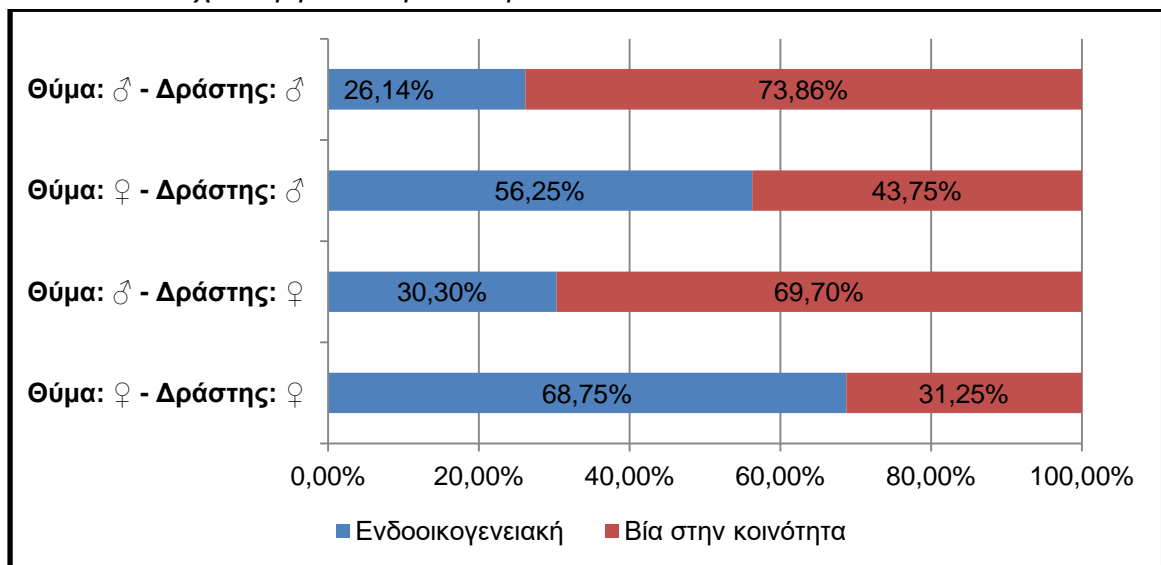
Σε 164 περιστατικά (75.93%) ο δράστης ήταν άρρεν άτομο, σε 32 περιστατικά (14.61%) ήταν θήλυ άτομο και σε 2 περιστατικά (0.93%) ήταν άτομα και των δύο φύλων.

Όταν ο δράστης ήταν θήλυ άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε ενδοοικογενειακή βία και όταν ο δράστης ήταν άρρεν άτομο ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορούσε σε βία στην κοινότητα ($p=0.001$).



Διάγραμμα 8-165. Κατανομή των δραστην σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.2.3. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων



Διάγραμμα 8-166. Συσχέτιση φύλου εμπλεκομένων.

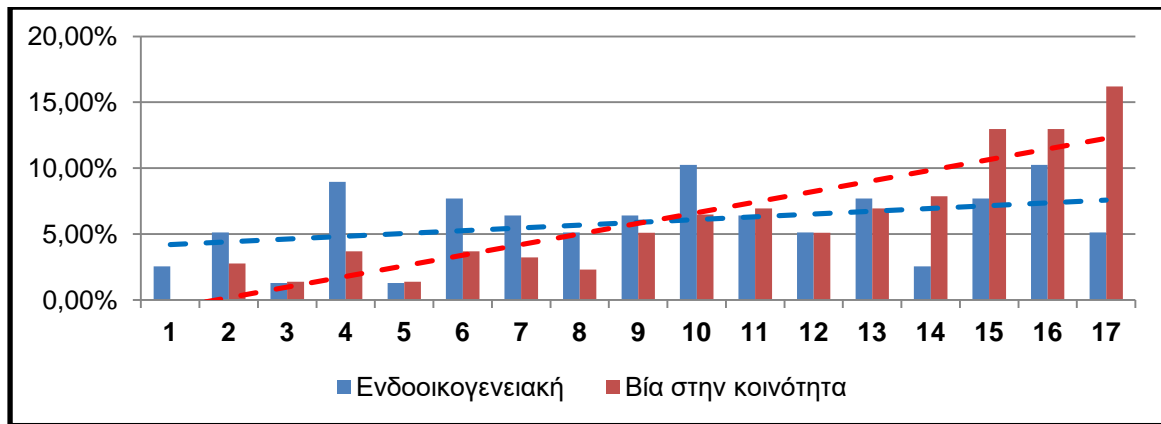
Σε 72 περιστατικά, οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα του ίδιου φύλου (σε 88 ήταν αρρένα και σε 16 θήλεα). Οι καταγγελίες αγοριών κατά αρρένων ατόμων ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε βία στην κοινότητα ($p=0.016$), ενώ οι καταγγελίες κοριτσιών κατά θηλέων ατόμων ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία ($p=0.032$).

Σε 82 περιστατικά, οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα διαφορετικού φύλου. Οι καταγγελίες αγοριών κατά θηλέων ατόμων ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία ($p=0.016$), ενώ όσον αφορά στις καταγγελίες κοριτσιών κατά αρρένων ατόμων δεν παρατηρήθηκε ουσιώδης διαφοροποίηση.

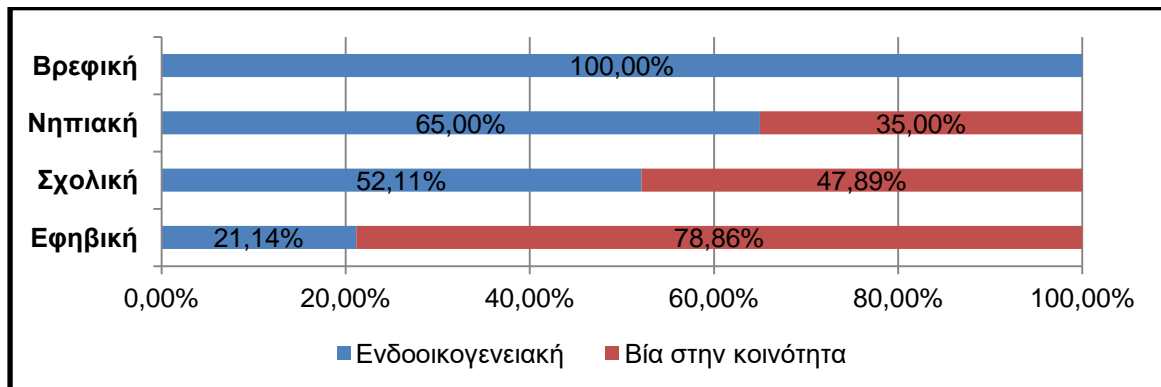
8.10.3. Ηλικία εμπλεκομένων

8.10.3.1. Ηλικία θύματος

Στα Διαγράμματα 8-167 και 8-168 φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία του θύματος, αυξάνεται η πιθανότητα καταγγελιών για περιστατικά βίας στην κοινότητα.



Διάγραμμα 8-167. Ηλικιακή κατανομή των θυμάτων.



Διάγραμμα 8-168. Συσχέτιση ηλικίας θύματος με το είδος της βίας.

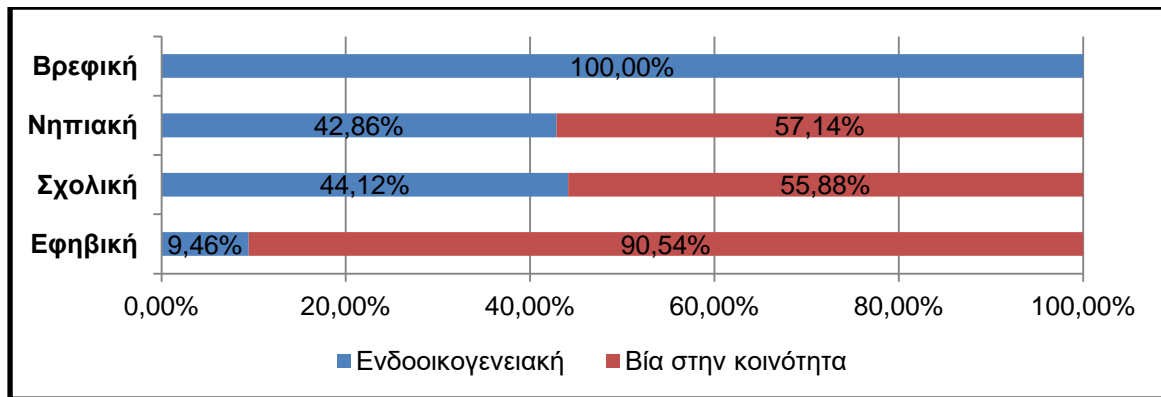
8.10.3.2. Συσχέτιση φύλου και ηλικίας θύματος



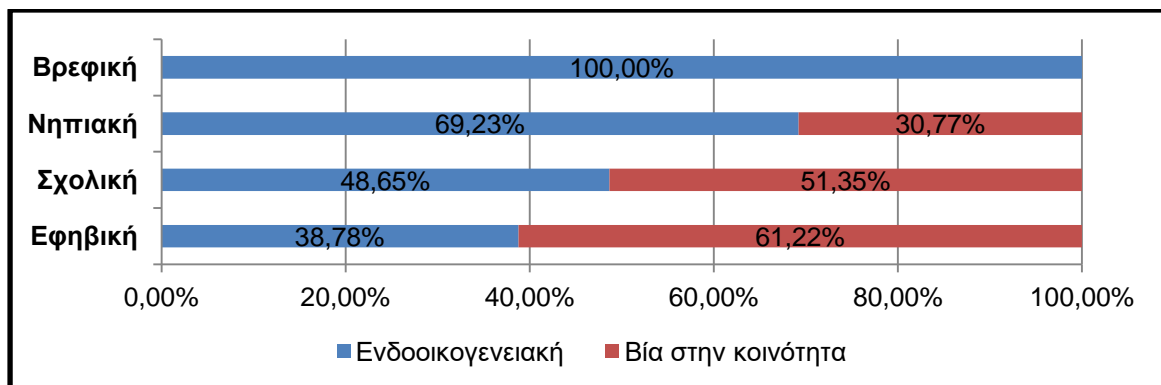
Διάγραμμα 8-169. Ηλικιακή κατανομή των αγοριών.



Διάγραμμα 8-170. Ηλικιακή κατανομή των κοριτσιών.



Διάγραμμα 8-171. Συσχέτιση ηλικίας αγοριών με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-172. Συσχέτιση ηλικίας κοριτσιών με το είδος της βίας.

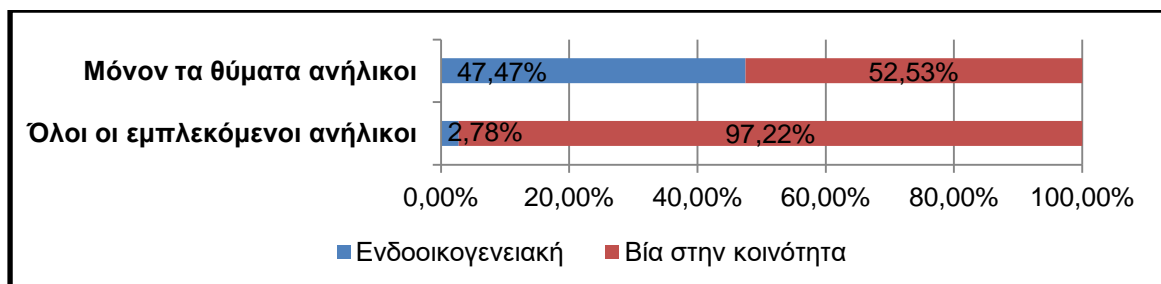
Από τα ανωτέρω διαγράμματα, φαίνεται ότι η αύξηση της πιθανότητας καταγγελίας περιστατικών βίας στην κοινότητα, πρωτίστως κατά την εφηβεία και δευτερευόντως κατά τη νηπιακή ηλικία, αφορά στα αγόρια.

8.10.3.3. Ηλικία δράστη

Η ηλικία του δράστη ήταν άγνωστη σε 81 περιστατικά (37.50%). Σε 36 περιστατικά (16.67%) οι δράστες ήταν επίσης ανήλικοι και σε 99 περιστατικά (45.83%) ήταν ενήλικοι.

8.10.3.4. Συσχέτιση ηλικίας εμπλεκομένων

Σε 36 περιστατικά (16.67%) όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν ανήλικοι με την πλειονότητα αυτών των περιστατικών να αφορούν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα και σε 99 περιστατικά (45.83%) μόνον τα θύματα ήταν ανήλικοι, χωρίς να σημειώνεται ουσιώδης διαφοροποίηση σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-173. Συσχέτιση ηλικίας εμπλεκομένων με το είδος της βίας.

8.10.4. Εθνικότητα εμπλεκομένων

8.10.4.1. Εθνικότητα θύματος

Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν Έλληνες (86.11%). Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα με θύματα αλλοδαπούς, ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν κορίτσι.

8.10.4.2. Εθνικότητα δράστη

Η εθνικότητα του δράστη ήταν άγνωστη σε 57 καταγγελίες (26.39%). Σε 136 περιστατικά (62.96%) οι δράστες ήταν Έλληνες και σε 23 περιστατικά (10.65%) ήταν αλλοδαποί. Στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν πιθανότερο οι δράστες να ήταν Έλληνες

8.10.4.3. Συσχέτιση εθνικότητας εμπλεκομένων

Σε 142 περιστατικά (65.74%) τα θύματα και οι δράστες ήταν άτομα της ίδιας καταγωγής και σε 17 περιστατικά (7.87%) ήταν διαφορετικής καταγωγής. Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ήταν πιθανότερο να αφορούν σε βία μεταξύ ομοεθνών ατόμων, ενώ τα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να αφορούν σε βία μεταξύ αλλοεθνών.

8.10.5. Νόσημα θύματος

Η πλειονότητα των ανηλίκων θυμάτων (94.44%) δεν ανέφεραν ότι έπασχαν από κάποιο νόσημα (92.03% των θυμάτων βίας στην κοινότητα και 98.72% των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας).

8.10.6. Αριθμός δραστών

Σε όλα τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, δράστης ήταν μόνον ένας. Σε 39 περιστατικά βίας στην κοινότητα (28.26%) οι δράστες ήταν πέραν του ενός. Μάλιστα, στις καταγγελίες βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο όταν οι δράστες ήταν πολλοί, το θύμα να ήταν αγόρι και όταν δράστης ήταν μόνον ένας, το θύμα να ήταν κορίτσι.

8.10.7. Ψυχιατρικό νόσημα δράστη

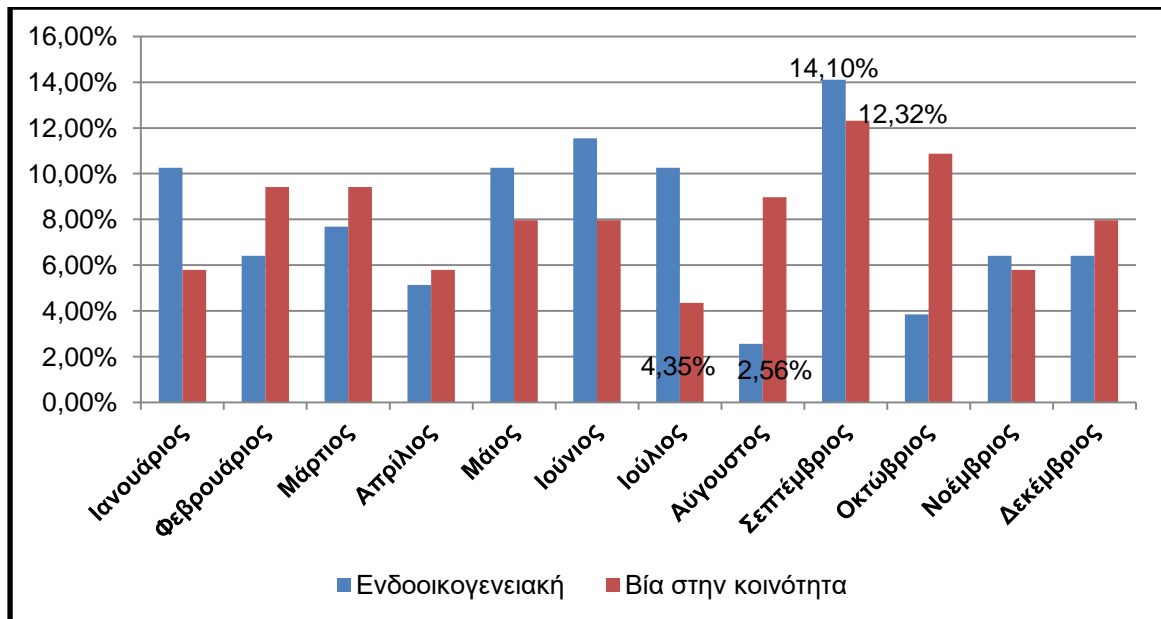
Σε 5 περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (6.41%) αναφέρθηκε ότι ο δράστης πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα.

8.10.8. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τον δράστη

Σε 10 περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (12.82%) αναφέρθηκε ότι ο δράστης έκανε χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών, κυρίως κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης.

8.10.9 Μήνας συμβάντος

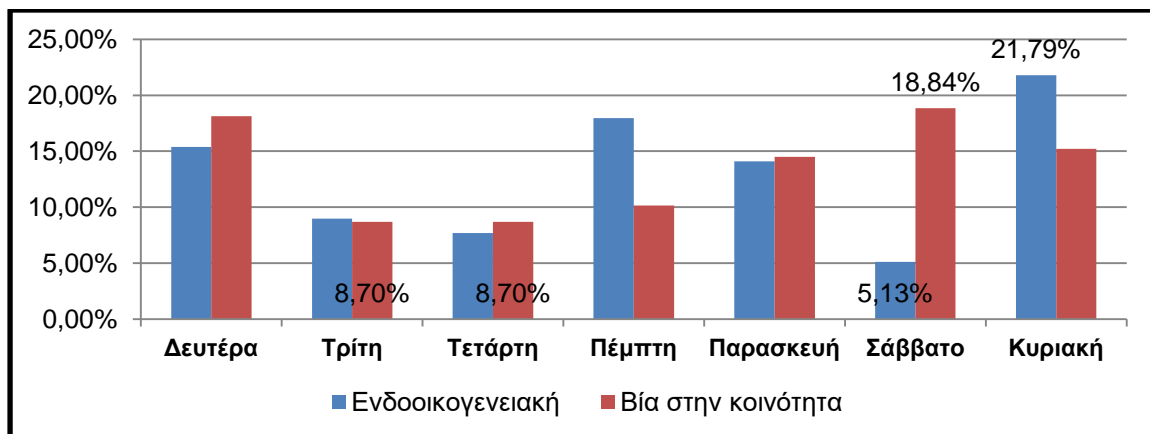
Τα περισσότερα περιστατικά τόσο ενδοοικογενειακής βίας, όσο και βίας στην κοινότητα σημειώθηκαν τον Σεπτέμβριο. Το λιγότερο περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας έλαβαν χώρα τον Αύγουστο, ενώ αυτά της βίας στην κοινότητα τον Ιούλιο.



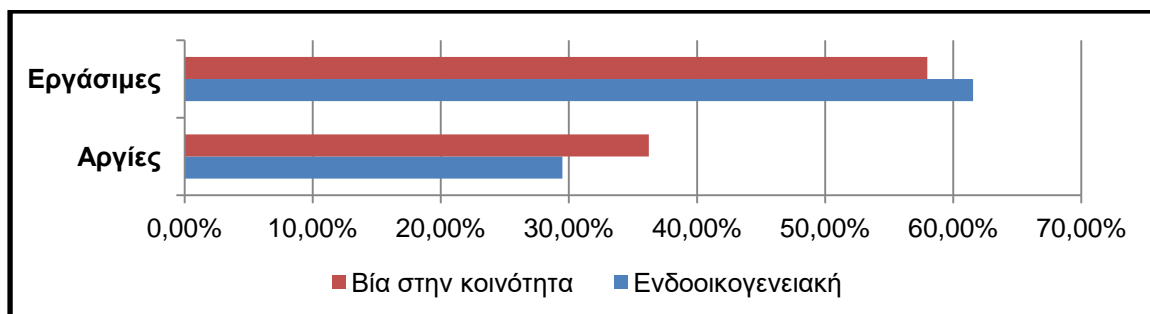
Διάγραμμα 8-174. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.10. Ημέρα συμβάντος

Τα περισσότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας έλαβαν χώρα την Κυριακή, ενώ της βίας στην κοινότητα έλαβαν χώρα το Σάββατο, ημέρα κατά την οποία συνέβησαν τα λιγότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Μάλιστα, τα περιστατικά που έλαβαν χώρα Σάββατο συχνότερα αφορούσαν σε βία στην κοινότητα.

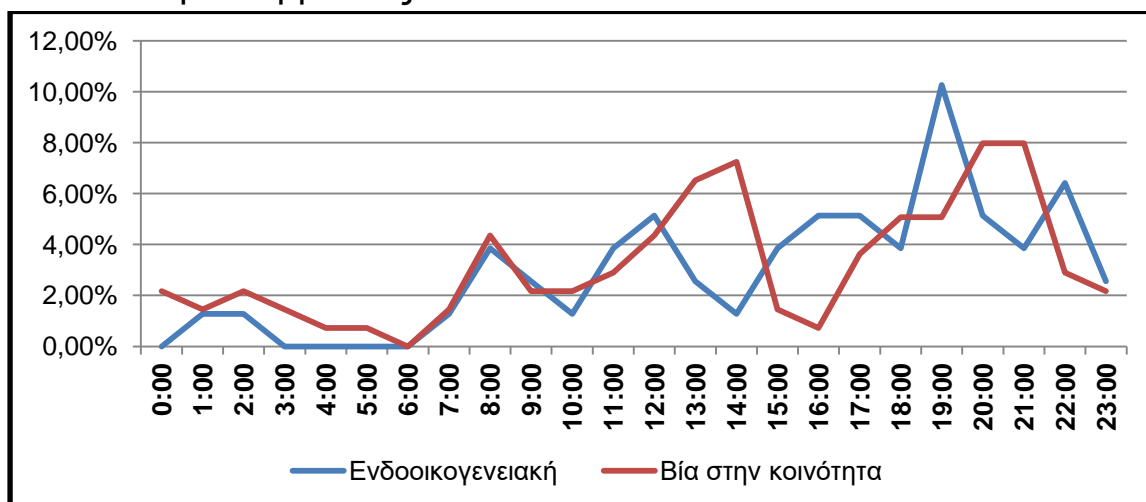


Διάγραμμα 8-175. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών, σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-176. Κατανομή των περιστατικών σε εργάσιμες ημέρες και αργίες.

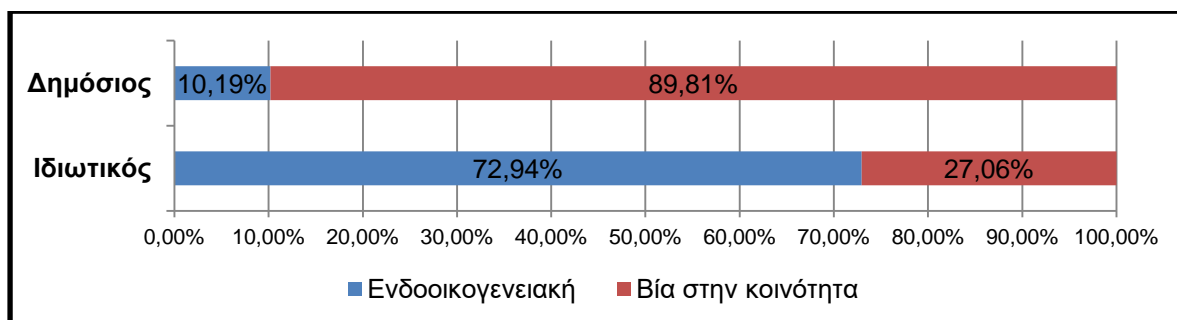
8.10.11. Ώρα συμβάντος



Διάγραμμα 8-177. Κατανομή των περιστατικών στο 24ωρο, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.12. Τόπος συμβάντος

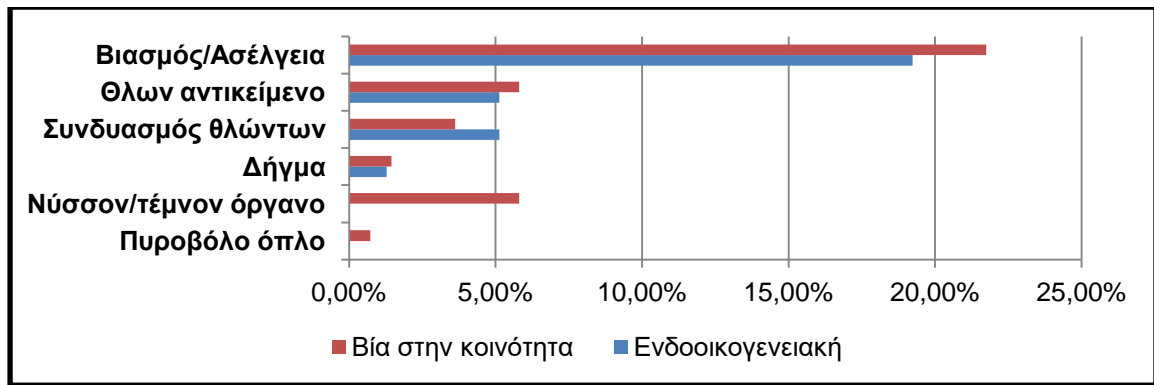
Τα 108 περιστατικά (50,00%) έλαβαν χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο και τα 85 (39,35%) σε κάποιον ιδιωτικό. Όταν τα περιστατικά βίας είχαν λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία, ενώ όταν είχαν συμβεί σε κάποιον δημόσιο χώρο, ήταν πιθανότερο να αφορούσαν σε βία στην κοινότητα ($p < 0,001$). Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα, τα οποία είχαν λάβει χώρα σε κάποιον ιδιωτικό χώρο ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν κορίτσι, ενώ όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιο δημόσιο χώρο ήταν πιθανότερο το θύμα να ήταν αγόρι.



Διάγραμμα 8-178. Συσχέτιση του τόπου συμβάντος με το είδος της βίας.

8.10.13. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

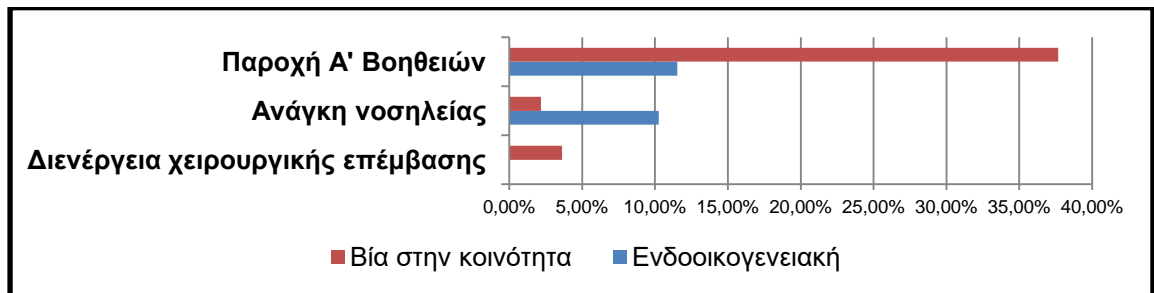
Σε 125 περιστατικά (57,87%), οι δράστες χρησιμοποίησαν μόνον κάποιο μέρος του σώματος ως θλυν όργανο (61,54% των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και 55,87% των περιστατικών βίας στην κοινότητα), ενώ 45 περιστατικά (20,83%) αφορούσαν σε καταγγελίες εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας. Στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας δεν κατεγράφησαν καταγγελίες για χρήση κάποιου νύσσοντος ή/και τέμνοντος οργάνου ή κάποιου πυροβόλου όπλου από μέρος του δράστη.



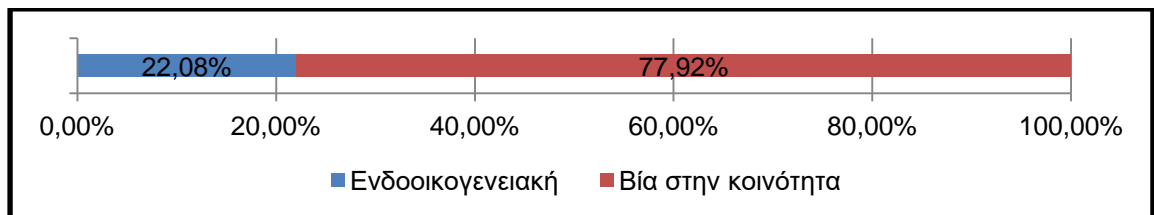
Διάγραμμα 8-179. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.14. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

Όταν το ανήλικο θύμα είχε εξετασθεί σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ήταν πιθανότερο το περιστατικό να αφορά σε βία στην κοινότητα ($p=0.001$), καθώς μόλις 1 στα 4 ανήλικα άτομα, τα οποία είχαν εξετασθεί ή/και νοσηλευθεί σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό βίας, ήταν θύμα ενδοοικογενειακής βίας.

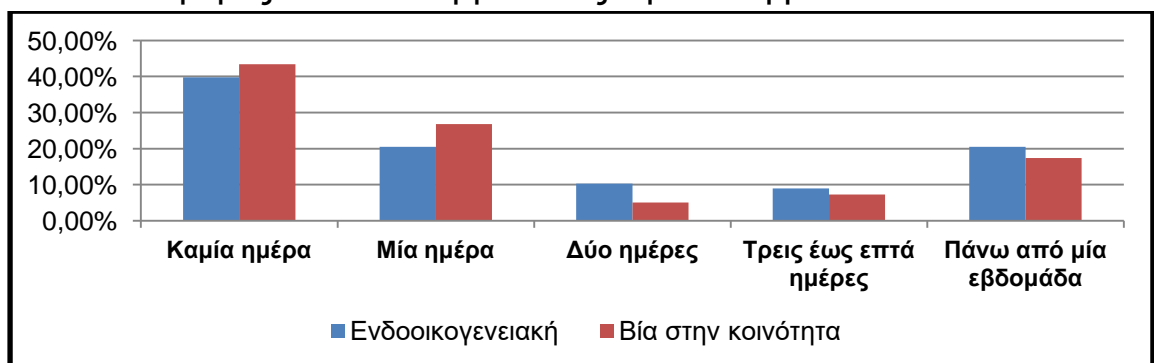


Διάγραμμα 8-180. Κατανομή των περιστατικών στα οποία το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.



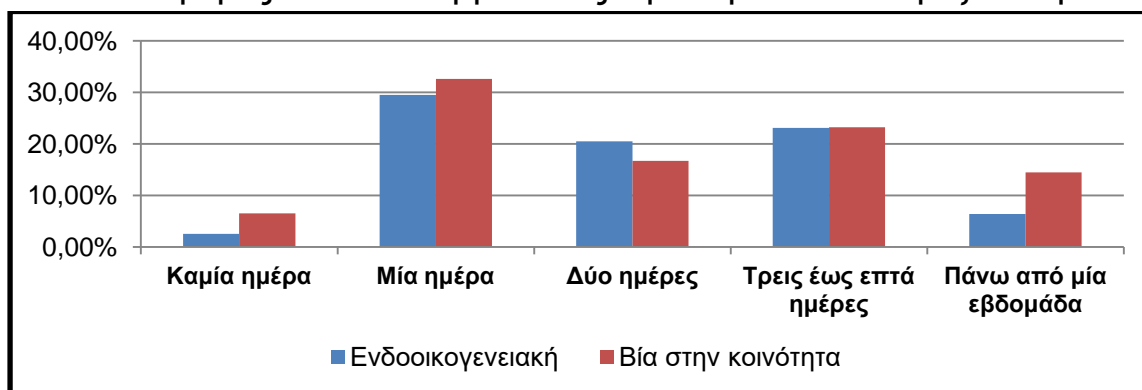
Διάγραμμα 8-181. Συσχέτιση επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με το είδος της βίας.

8.10.15. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία



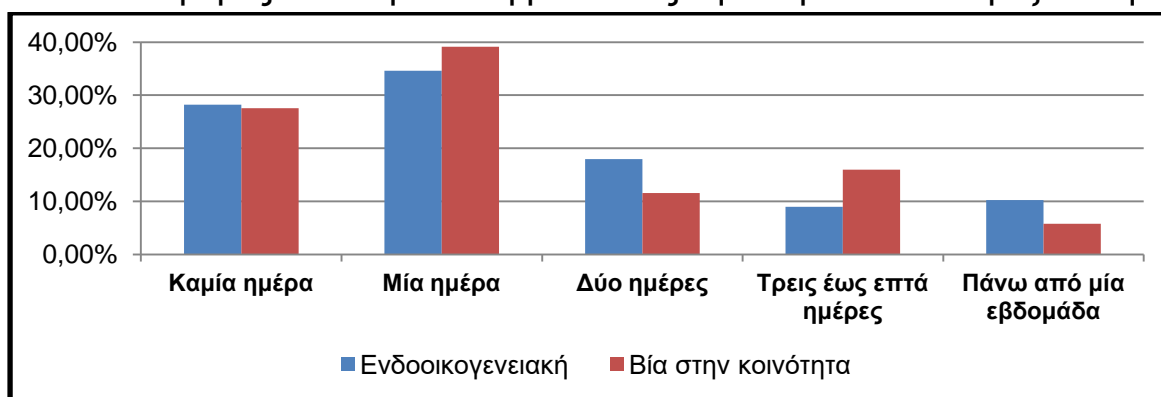
Διάγραμμα 8-182. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία.

8.10.16. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση



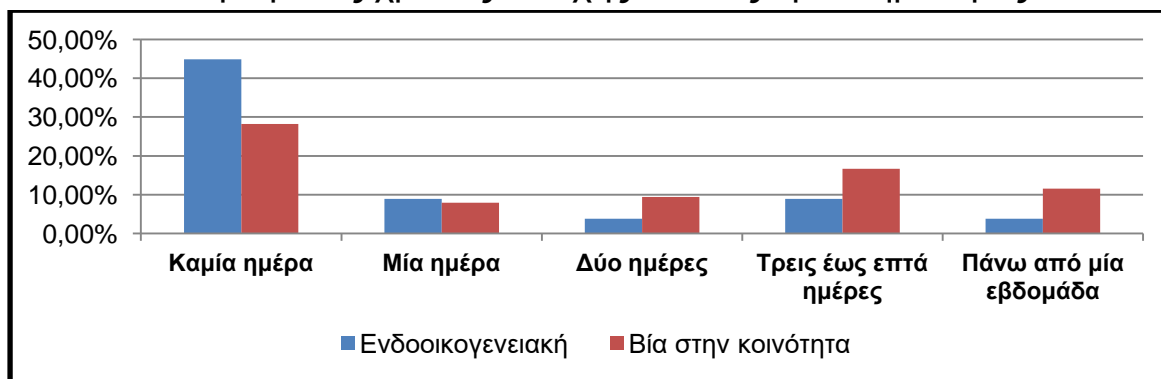
Διάγραμμα 8-183. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση.

8.10.17. Ημέρες από την καταγγελία έως την ιατροδικαστική εξέταση



Διάγραμμα 8-184. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική κλινική εξέταση.

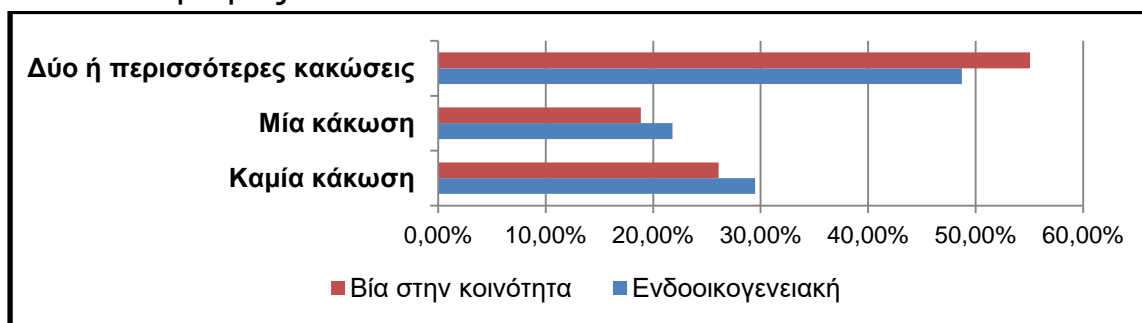
8.10.18. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες



Διάγραμμα 8-185. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους.

Όταν οι κακώσεις είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας, ήταν πιθανότερο το θύμα να μην έχρηζε αποχής από τις δραστηριότητές του, ενώ όταν είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα, ήταν πιθανότερο να έχρηζαν αποχής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας ($p=0.028$), εύρημα το οποίο υποδηλώνει ότι οι κακώσεις σε αυτά τα περιστατικά ήταν μεγαλύτερης βαρύτητας σε σχέση με τις κακώσεις στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

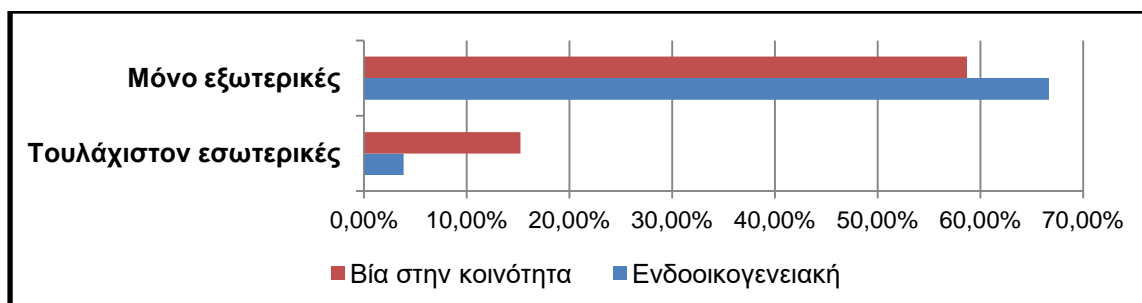
8.10.19. Αριθμός κακώσεων



Διάγραμμα 8-186. Αριθμός κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

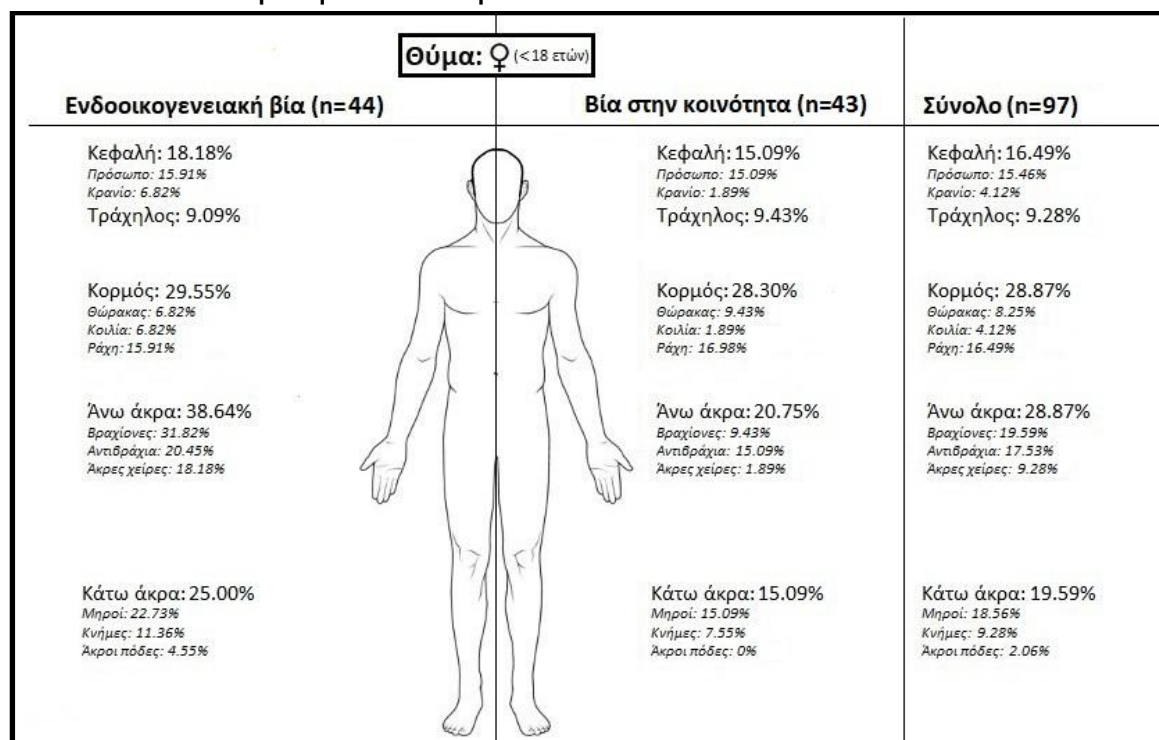
8.10.20. Τύπος κακώσεων

Στα περιστατικά βίας στην κοινότητα ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί στο θύμα τουλάχιστον εσωτερικές κακώσεις ($p=0.038$).

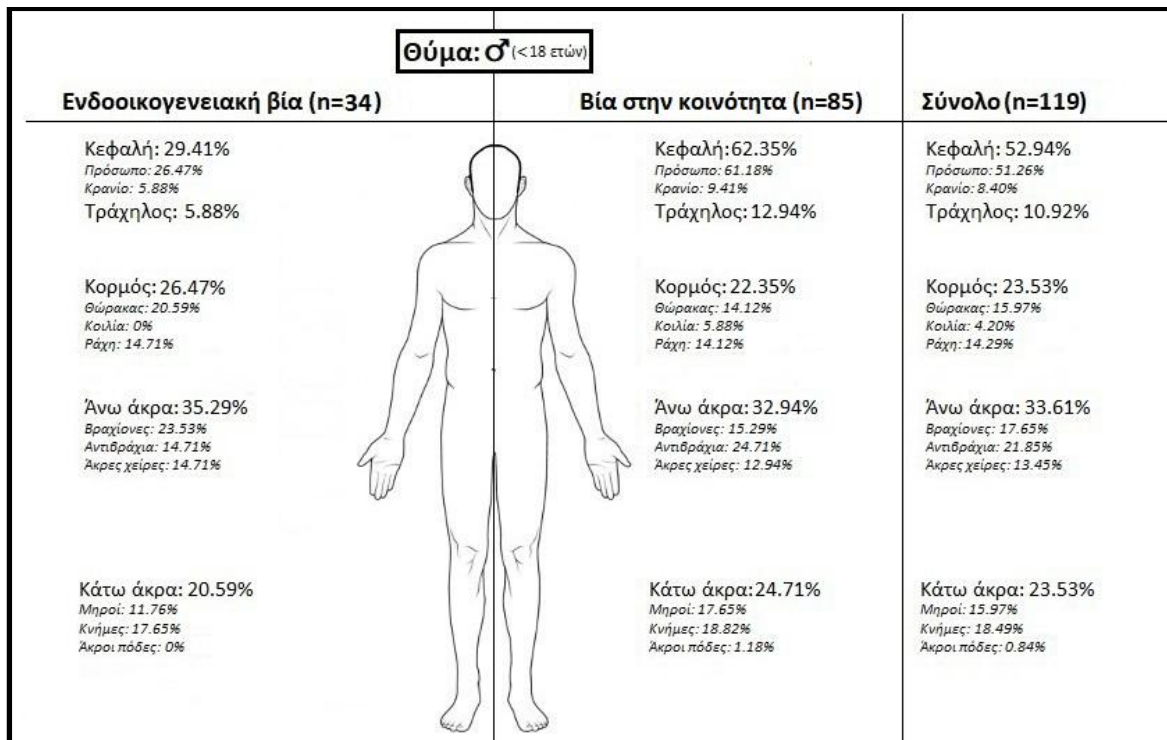


Διάγραμμα 8-187. Τύπος κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

8.10.21. Ανατομική εντόπιση κακώσεων



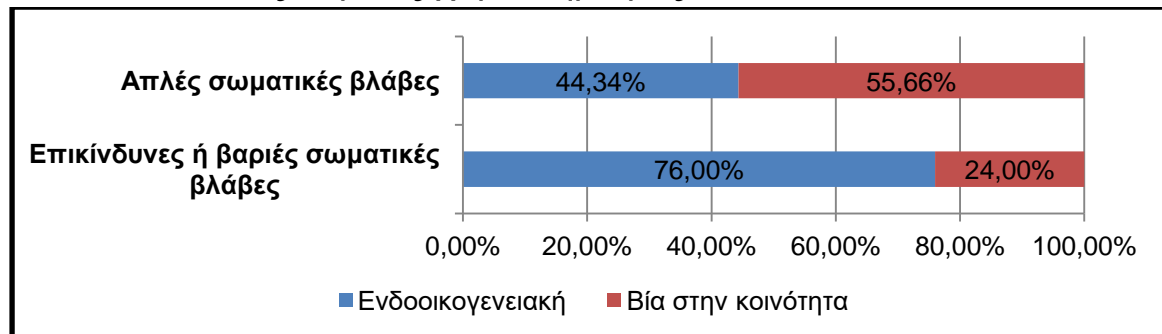
Εικόνα 8-28. Εντόπιση των κακώσεων επί των ανηλικών θηλέων θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.



Εικόνα 8-29. Εντόπιση των κακώσεων επί των ανηλικών αρρένων θυμάτων, σε σχέση με το είδος της βίας.

Ανεξαρτήτως του φύλου του θύματος, οι κακώσεις στην κεφαλή ($p=0.002$) και ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.001$) ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα, ενώ οι κακώσεις στους βραχίονες ήταν πιθανότερες στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας ($p=0.006$). Όσον αφορά στα αγόρια, ήταν πιθανότερο να είχαν διαπιστωθεί κακώσεις στην κεφαλή ($p=0.001$) και ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.001$) όταν το περιστατικό αφορούσε σε θυματοποίηση βίας στην κοινότητα, ενώ όσον αφορά στα κορίτσια οι κακώσεις στα γεννητικά όργανα ήταν πιθανότερο να είχαν προκληθεί σε κάποιο περιστατικό βίας στην κοινότητα ($p=0.033$), ενώ οι κακώσεις στους βραχίονες σε κάποιο περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας ($p=0.006$).

8.10.22. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός



Διάγραμμα 8-188. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός, σε σχέση με το είδος της βίας ($p=0.010$).

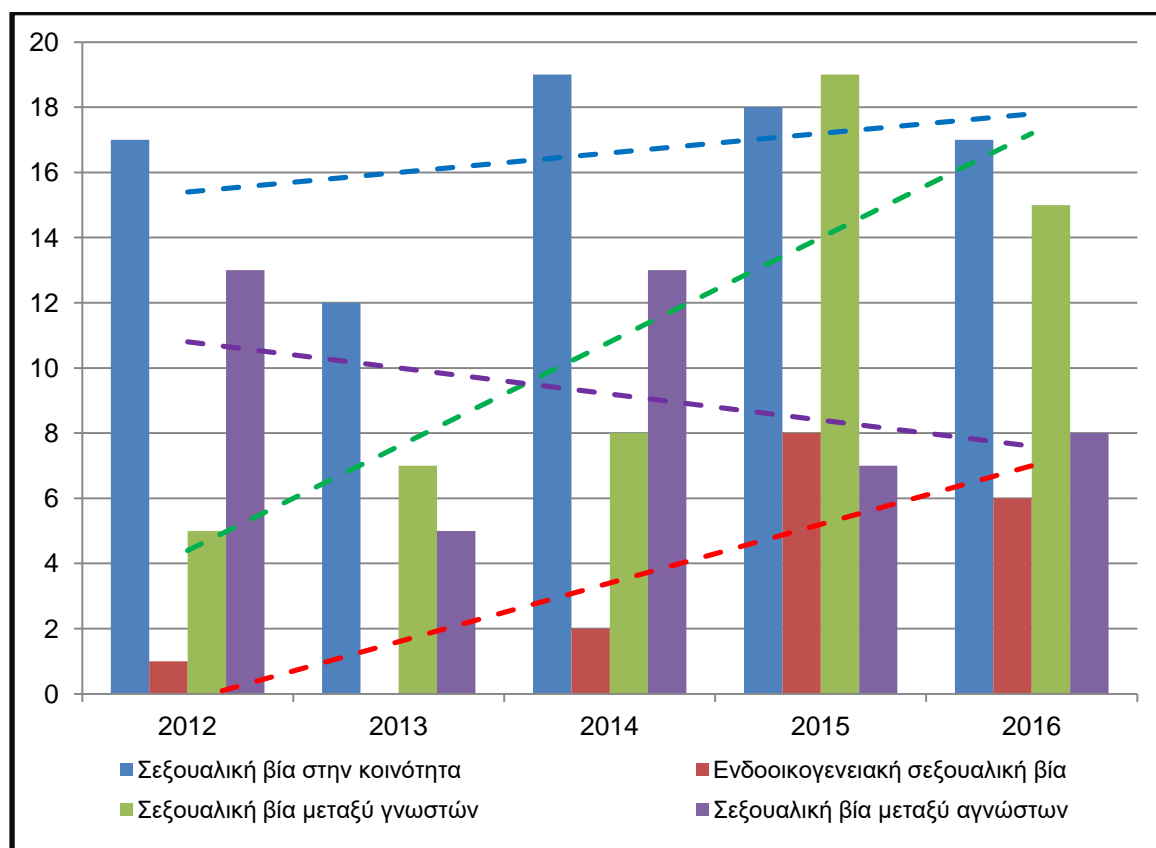
8.11. Σεξουαλική βία

8.11.1 Σύνολο δείγματος

Οι 100 (4.05%) καταγγελίες αφορούσαν σε περιστατικά σεξουαλικής βίας. Η πλειονότητα εξ αυτών (83 καταγγελίες) αφορούσαν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα και τουλάχιστον τα 60 εξ αυτών θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως νεανική βία (σε 48 καταγγελίες τουλάχιστον το θύμα ήταν άτομο ηλικίας 10-29 ετών, σε 11 καταγγελίες όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα ηλικίας 10-29 ετών και σε 1 καταγγελία μόνον ο δράστης ήταν άτομο ηλικίας 10-29ετών).

Οι υπόλοιπες 17 καταγγελίες αφορούσαν σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και στην πλειονότητα εξ αυτών (12 καταγγελίες) δράστης φερόταν να ήταν κάποιος εκ των γονέων και θύμα κάποιο τέκνο.

Συνολικά, τα θύματα γνώριζαν τους δράστες σε 54 καταγγελίες, ενώ σε 46 καταγγελίες οι δράστες ήταν άγνωστοι στα θύματα.



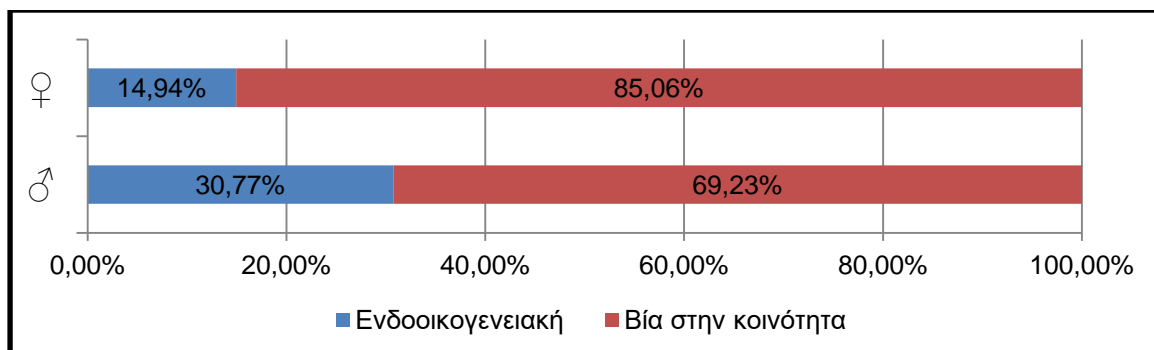
Διάγραμμα 8-189. Ετησία κατανομή των καταγγεληθέντων περιστατικών σεξουαλικής βίας με βάση το είδος της βίας.

Στο Διάγραμμα 8-189 φαίνεται ότι οι καταγγελίες για περιστατικά σεξουαλικής βίας σημειώνουν αυξητική τάση κατά την υπό μελέτη πενταετία και μάλιστα αυτή η τάση φαίνεται να αφορά κυρίως τις καταγγελίες σεξουαλικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων, καθώς και τις καταγγελίες ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας.

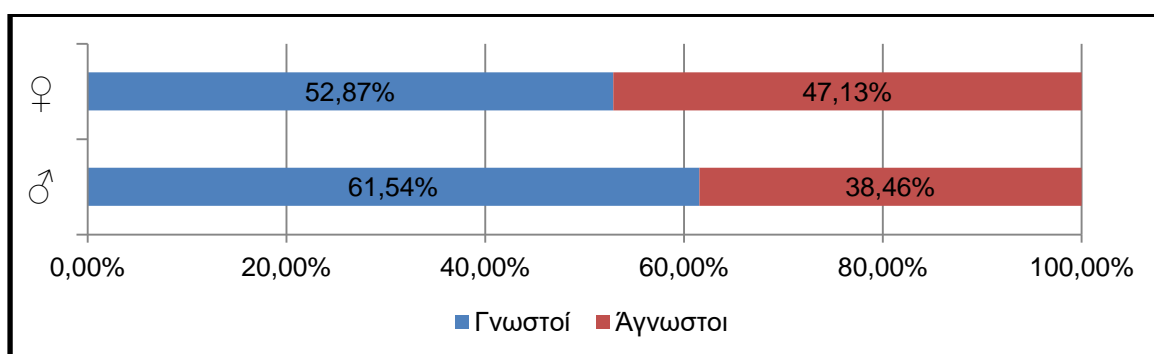
8.11.2. Φύλο εμπλεκομένων

8.11.2.1. Φύλο θύματος

Στην πλειονότητα των περιστατικών (87.00%), τα θύματα ήταν θήλεα άτομα, χωρίς να διαπιστώνεται κάποια στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση.



Διάγραμμα 8-190. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-191. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

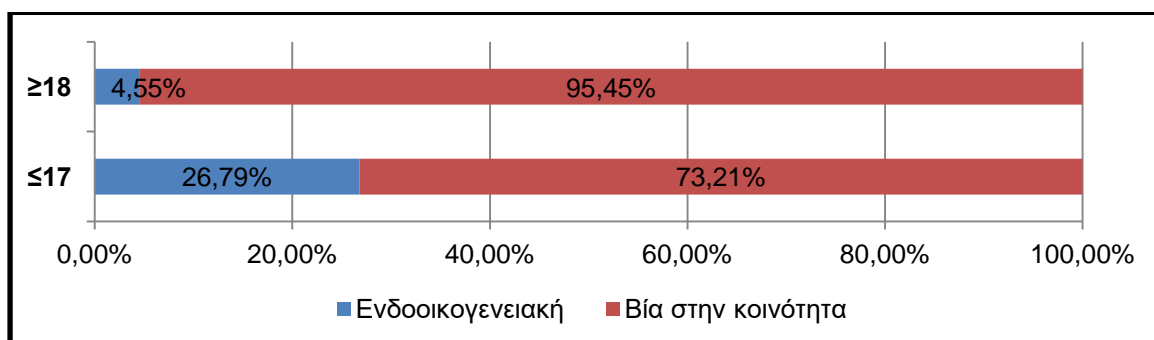
8.11.2.2. Φύλο δράστη

Σε 94 περιστατικά, ο δράστης ήταν άρρεν άτομο, σε δύο περιστατικά ήταν άτομα και των δύο φύλων, σε ένα περιστατικό ήταν θήλυ άτομο και σε τρία άτομα δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με το φύλο του δράστη.

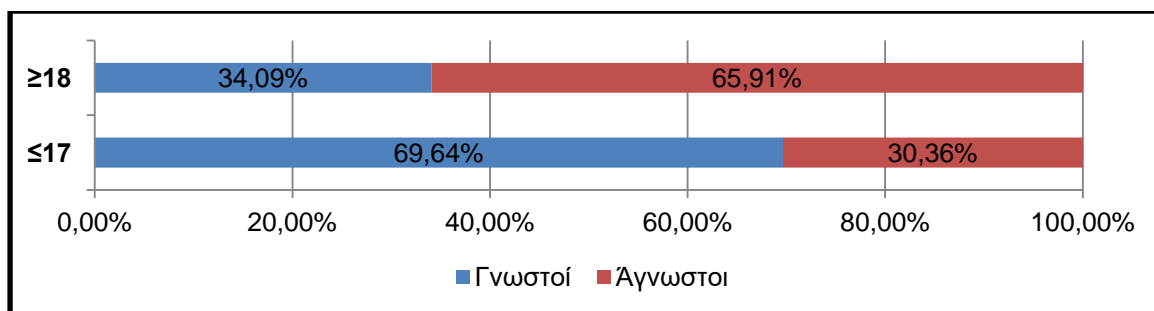
8.11.3. Ηλικία εμπλεκομένων

8.11.3.1. Ηλικία θύματος

Τα 56 περιστατικά αφορούσαν σε θυματοποίηση ανηλίκων και τα 44 σε θυματοποίηση ενηλίκων.



Διάγραμμα 8-192. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-193. Κατανομή των θυμάτων σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

Από τα ανωτέρω διαγράμματα φαίνεται ότι η θυματοποίηση ανηλίκων ήταν πιθανότερη στο οικογενειακό περιβάλλον ($p=0.003$), καθώς και ότι τα ανήλικα θύματα ήταν πιθανότερο να γνώριζαν τον δράστη ($p<0.001$). Αντιθέτως, η θυματοποίηση ενηλίκων ήταν πιθανότερη στην κοινότητα ($p=0.003$) και μάλιστα ήταν πιθανότερο οι δράστες να ήταν άγνωστοι στο θύμα ($p<0.001$).

8.11.3.2. Ηλικία δράστη

Η ηλικία του δράστη ήταν άγνωστη σε 57 περιστατικά. Σε δύο περιστατικά οι δράστες ήταν ανήλικοι και σε 41 περιστατικά ήταν ενήλικοι.

8.11.4. Εθνικότητα εμπλεκομένων

8.11.4.1. Εθνικότητα θύματος - δράστη

Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν Έλληνες (72.00%). Η εθνικότητα του δράστη ήταν άγνωστη σε 32 καταγγελίες. Σε 45 περιστατικά επρόκειτο για Έλληνες και σε 23 για αλλοδαπούς.

8.11.4.2. Συσχέτιση εθνικότητας εμπλεκομένων

Σε 51 περιστατικά τα θύματα και οι δράστες ήταν ομοεθνείς, τα 40 εκ των οποίων αφορούσαν σε Έλληνες. Σε 17 περιστατικά τα θύματα και οι δράστες ήταν αλλοεθνείς, τα 11 εκ των οποίων αφορούσαν σε θυματοποίηση Ελλήνων από αλλοδαπούς και τα 5 περιστατικά σε θυματοποίηση αλλοδαπών από Έλληνες.

8.11.6. Οικογενειακή κατάσταση θύματος

Εκ των 44 ενηλίκων θυμάτων, η πλειονότητα (25 θύματα) ήταν άγαμοι.

8.11.7. Εργασιακή απασχόληση εμπλεκομένων

Η πλειονότητα των θυμάτων ήταν μαθητές ή φοιτητές (59 θύματα). Εκ των υπολοίπων, τα 19 ανέφεραν ότι δεν εργάζονταν, τα 11 ότι εργάζονταν και τα 7 ότι είχαν συνταξιοδοτηθεί. Η εργασιακή απασχόληση των δραστών ήταν άγνωστη σε 75 περιστατικά. Εκ των υπολοίπων, στα 14 περιστατικά αναφέρθηκε ότι ο δράστης εργαζόταν.

8.11.8. Νόσημα θύματος

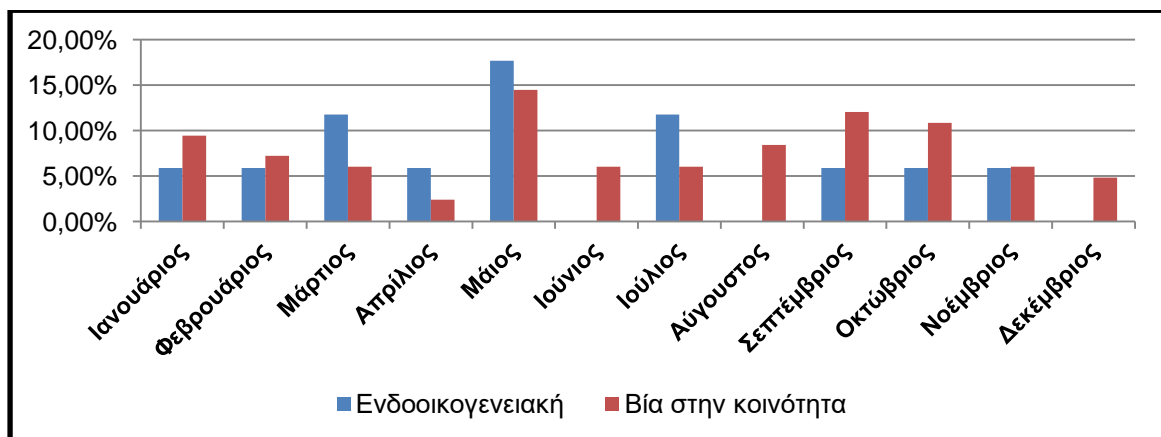
Η πλειονότητα των θυμάτων (88.00%) ανέφεραν ότι δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα. Σε 7 καταγγελίες, το θύμα ανέφερε ότι έπασχε από κάποιο σοβαρό σωματικό νόσημα, σε δύο από κάποιο άλλο και σε δύο ότι ελάμβανε αγωγή για κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Επίσης, κατεγράφη και μία καταγγελία για σεξουαλική βία εναντίον εγκυμονούσης.

8.11.9. Αριθμός δραστών

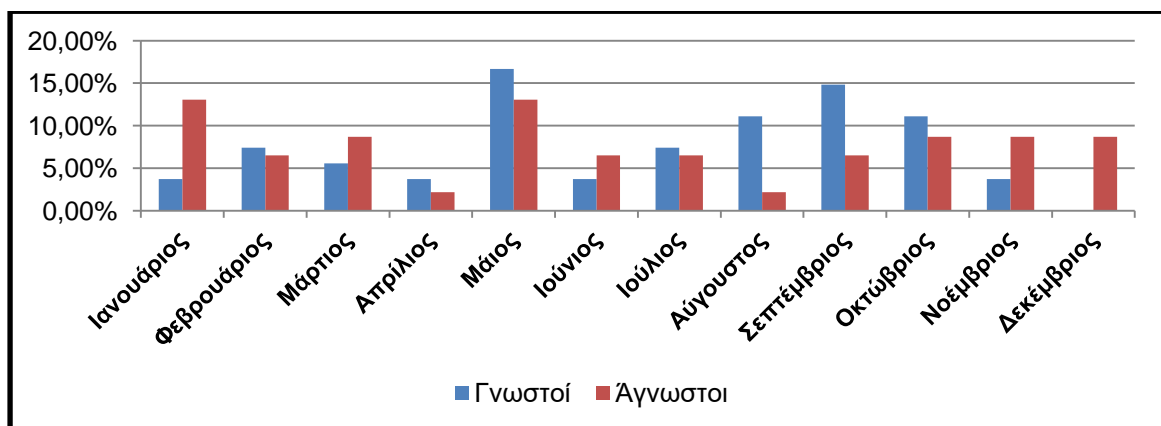
Σε όλα τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, δράστης ήταν μόνον ένας. Σε 15 περιστατικά σεξουαλική βίας στην κοινότητα, οι δράστες ήταν πέραν του ενός. Όταν οι δράστες ήταν πολλά άτομα, ήταν πιθανότερο το θύμα να μην τους γνώριζε ($p=0.002$).

8.11.10. Μήνας συμβάντος

Τα περισσότερα περιστατικά τόσο ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας, όσο και σεξουαλικής βίας στην κοινότητα σημειώθηκαν τον Μάιο. Τα περισσότερα περιστατικά ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας είχαν λάβει χώρα τους μήνες της άνοιξης, ενώ αυτά της σεξουαλικής βίας στην κοινότητα κατά τους χειμερινούς μήνες. Τα περισσότερα περιστατικά σεξουαλικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων έλαβαν χώρα κατά τους φθινοπωρινούς μήνες, ενώ αυτά μεταξύ αγνώστων ατόμων κατά τους χειμερινούς μήνες.



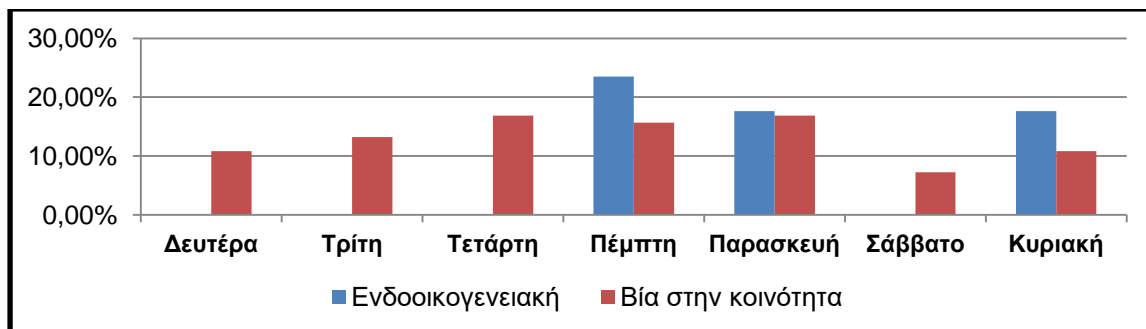
Διάγραμμα 8-194. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας, σε σχέση με το είδος της βίας.



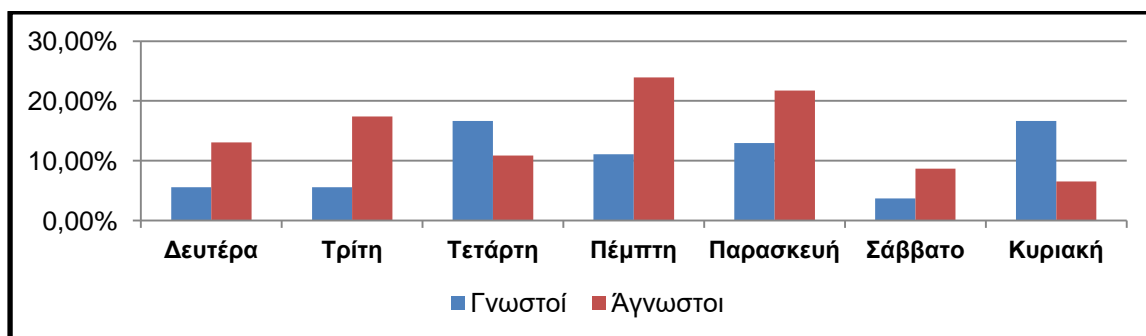
Διάγραμμα 8-195. Μηνιαία κατανομή των περιστατικών βίας, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.11. Ημέρα συμβάντος

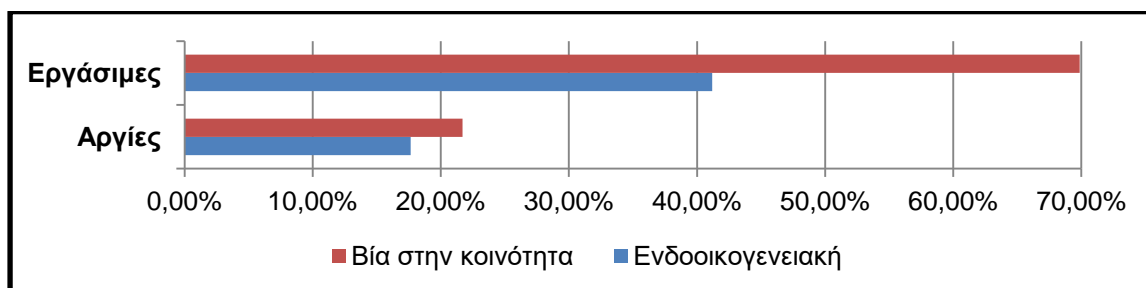
Σε 14 περιστατικά (7 ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας και 7 σεξουαλικής βίας στην κοινότητα) δεν ήταν γνωστή η ημέρα του συμβάντος. Τα περιστατικά σεξουαλικής βίας μεταξύ αγνώστων ήταν συχνότερα κατά τις εργάσιμες ημέρες, χωρίς όμως η διαφοροποίηση αυτή να θεωρείται στατιστικώς σημαντική ($p>0.05$).



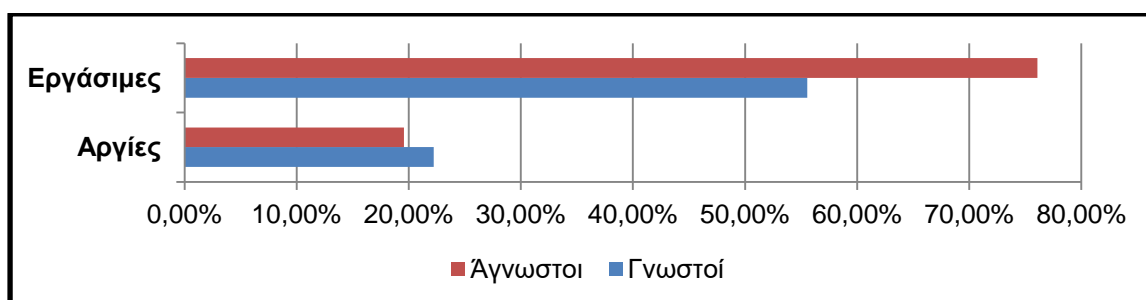
Διάγραμμα 8-196. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών βίας, σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-197. Ημερήσια κατανομή των περιστατικών βίας, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.



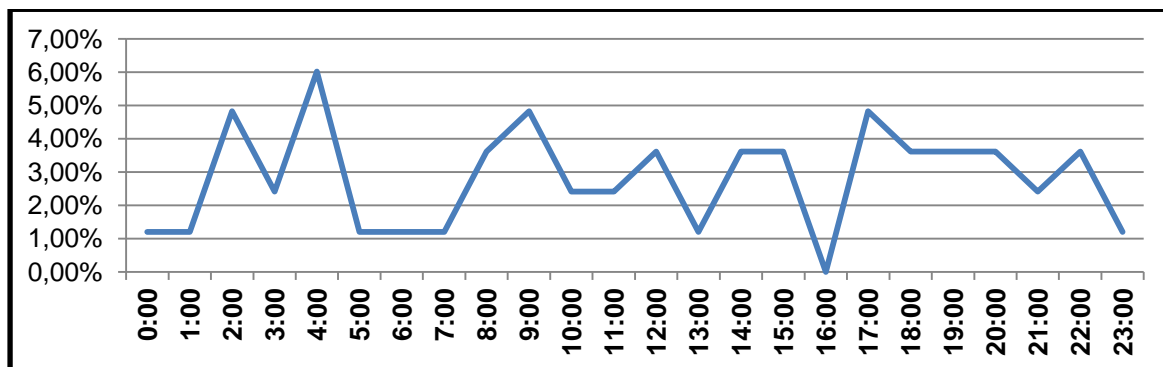
Διάγραμμα 8-198. Κατανομή των περιστατικών βίας σε εργάσιμες ημέρες και αργίες, σε σχέση με το είδος της βίας.



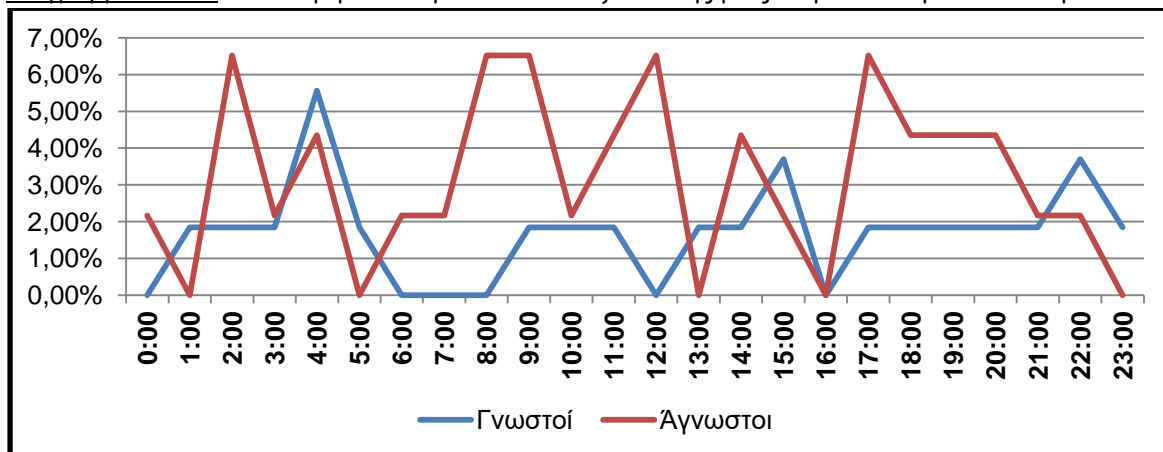
Διάγραμμα 8-199. Κατανομή των περιστατικών βίας σε εργάσιμες ημέρες και αργίες, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.12. Ώρα συμβάντος

Η ακριβής ώρα του συμβάντος δεν ήταν γνωστή στα 16 εκ των 17 καταγγελιών ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας και σε 27 εκ των 83 καταγγελιών σεξουαλικής βίας στην κοινότητα.



Διάγραμμα 8-200. Κατανομή των περιστατικών σεξουαλικής βίας στην κοινότητα στο 24ωρο.

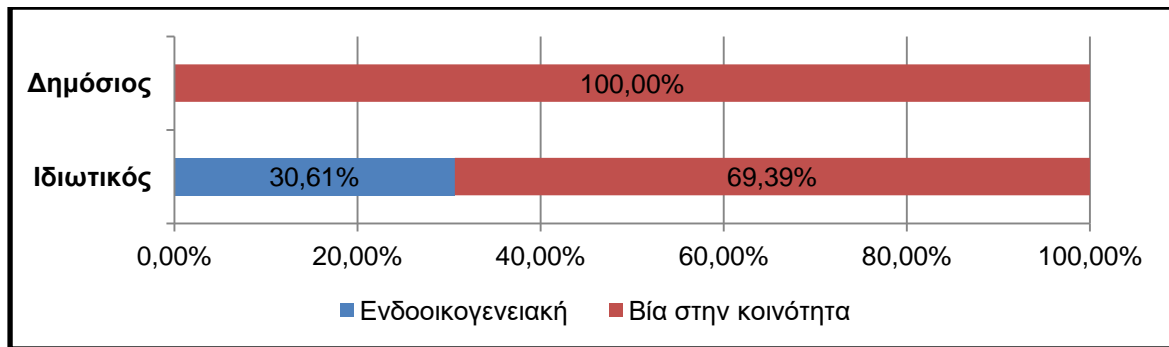


Διάγραμμα 8-201. Κατανομή των περιστατικών σεξουαλικής βίας στο 24ωρο, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

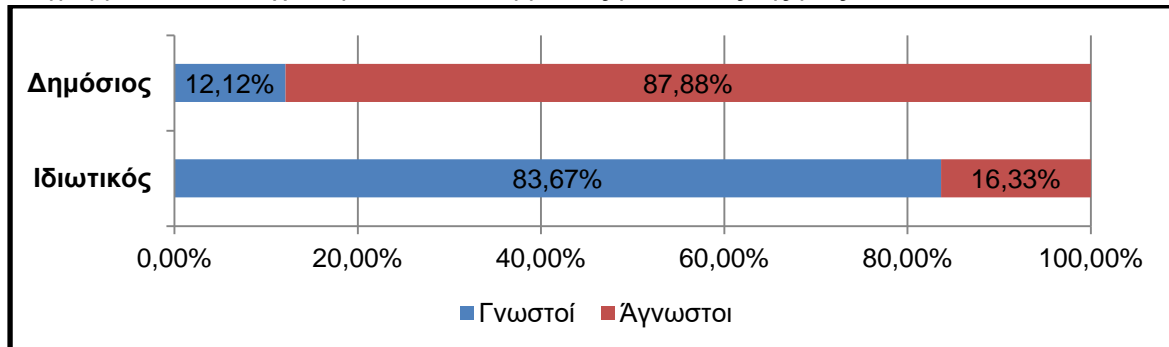
Όπως φαίνεται στα Διαγράμματα 8-200 και 8-201, δεν παρατηρείται κάποια αξιοσημείωτη διαφοροποίηση ως προς την κατανομή των περιστατικών σεξουαλικής βίας στο 24ωρο, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι δεν είναι δυνατόν να αναγνωρισθεί κάποιο συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο αυξημένου κινδύνου θυματοποίησης.

8.11.13. Τόπος συμβάντος

Σε 18 καταγγελίες δεν ήταν γνωστός ο τόπος τέλεσης του συμβάντος. Σε 49 περιστατικά, η σεξουαλική βία είχε ασκηθεί σε κάποιον ιδιωτικό χώρο και σε 33 περιστατικά σε κάποιον δημόσιο χώρο. 15 εκ των 17 περιστατικών ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας είχαν λάβει σε κάποιον ιδιωτικό χώρο (στα υπόλοιπα 2, ο τόπος ήταν άγνωστος). Όταν το συμβάν είχε λάβει χώρα σε κάποιον δημόσιο χώρο, ήταν πιθανότερο το θύμα να μην γνώριζε τον δράστη, ενώ όταν είχε συμβεί σε κάποιον ιδιωτικό χώρο, ήταν πιθανότερο να τον γνώριζε ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 8-202. Συσχέτιση του τύπου συμβάντος με το είδος της βίας.



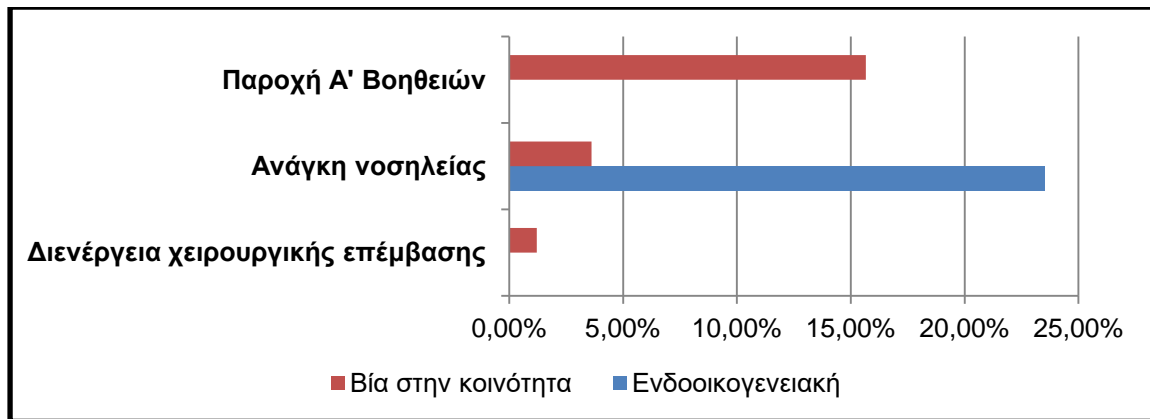
Διάγραμμα 8-203. Συσχέτιση του τύπου συμβάντος με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.14. Μηχανισμός πρόκλησης των κακώσεων

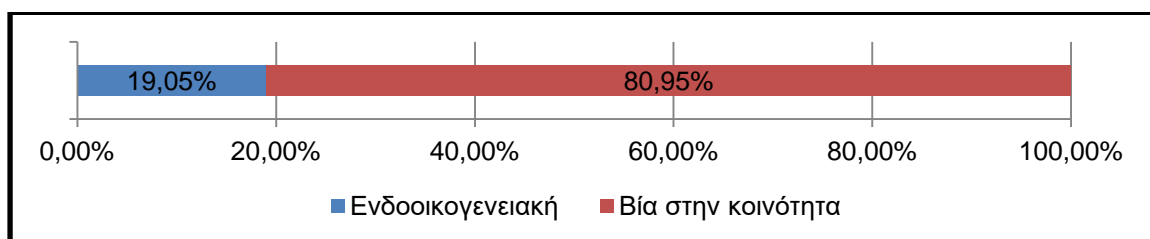
Οι 75 καταγγελίες αφορούσαν σε βιασμούς (κολπική ή πρωκτική διείσδυση πέους). Σε 20 περιστατικά ο δράστης φερόταν να είχε θωπεύσει το θύμα, ή να είχε χρησιμοποιήσει τα χέρια του ως θλων όργανο, ενώ σε 3 περιστατικά είχε χρησιμοποιήσει και κάποιο νύσσον και τέμνον όργανο και σε 2 περιστατικά και κάποιο θλων αντικείμενο. Σε 4 εκ των 5 περιστατικών, στα οποία ο δράστης χρησιμοποίησε κάποιο αντικείμενο (θλων ή νύσσον και τέμνον) για να προκαλέσει κακώσεις στο θύμα, το θύμα δεν τον γνώριζε.

8.11.15. Επίσκεψη σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

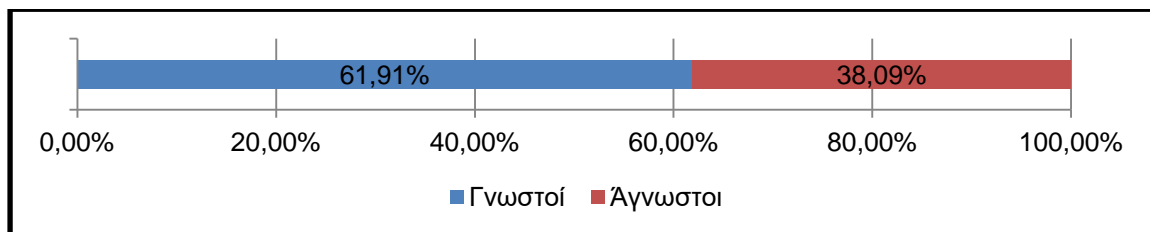
Συνολικά 79 θύματα δεν είχαν εξετασθεί από άλλον ιατρό προ της καταγγελίας και της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης. Στις καταγγελίες ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας, 4 θύματα (23.53%) νοσηλεύονταν σε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ενώ τα υπόλοιπα 13 θύματα εξετάσθηκαν για πρώτη φορά στο Εργαστήριο. Στις καταγγελίες σεξουαλικής βίας στην κοινότητα, μόλις δεκαεπτά θύματα (20.48%) είχαν εξετασθεί από κάποιον άλλο ιατρό προ της καταγγελίας και της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης. Τα ανωτέρω γεγονότα αναδεικνύουν ότι τα θύματα τόσο ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας, όσο και σεξουαλικής βίας στην κοινότητα είναι λιγότερο πιθανό να έχουν εξετασθεί από κάποιον άλλο ιατρό, προ της καταγγελίας και της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης, καθώς μόλις ένα στα τέσσερα θύματα είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης.



Διάγραμμα 8-204. Κατανομή των περιστατικών στα οποία το θύμα επισκέφθηκε κάποιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.



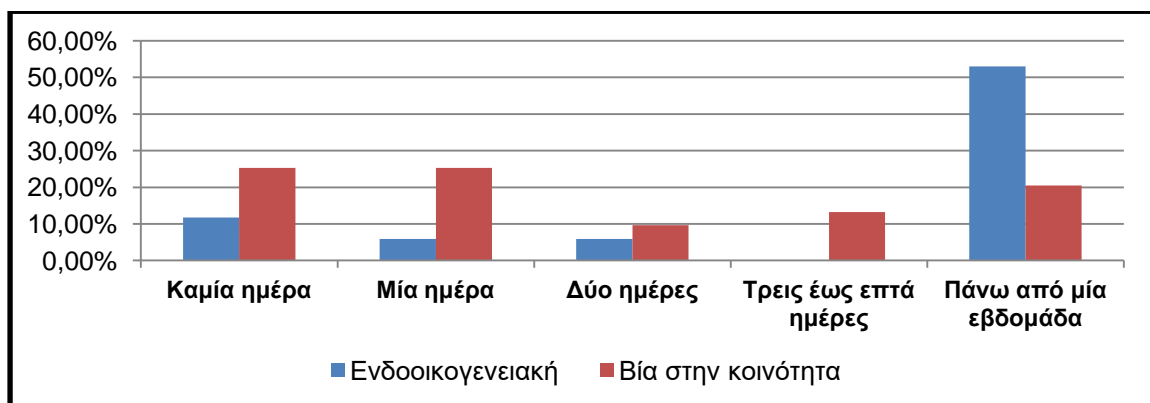
Διάγραμμα 8-205. Συσχέτιση επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-206. Συσχέτιση επίσκεψης σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

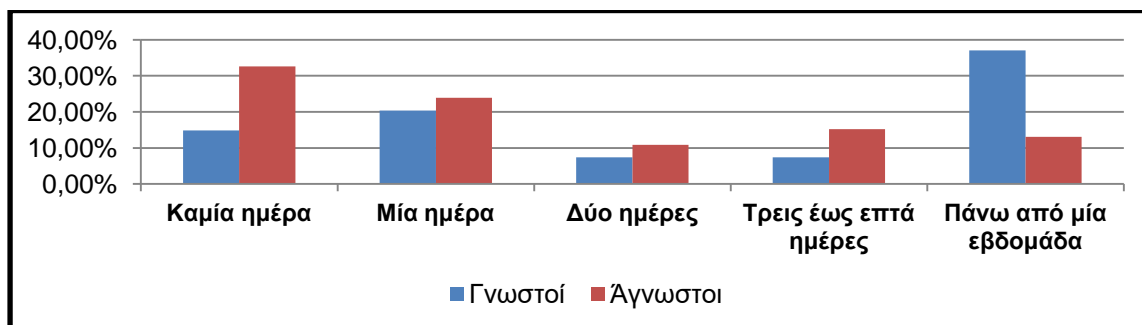
8.11.16. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία

Τα μισά θύματα σεξουαλικής βίας στην κοινότητα είχαν προβεί στην καταγγελία είτε την ημέρα του συμβάντος, είτε την επομένη αυτής, ενώ στα μισά περιστατικά ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας, η καταγγελία είχε γίνει μετά την παρέλευση εβδομάδας από το αναφερόμενο συμβάν.



Διάγραμμα 8-207. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με το είδος της βίας.

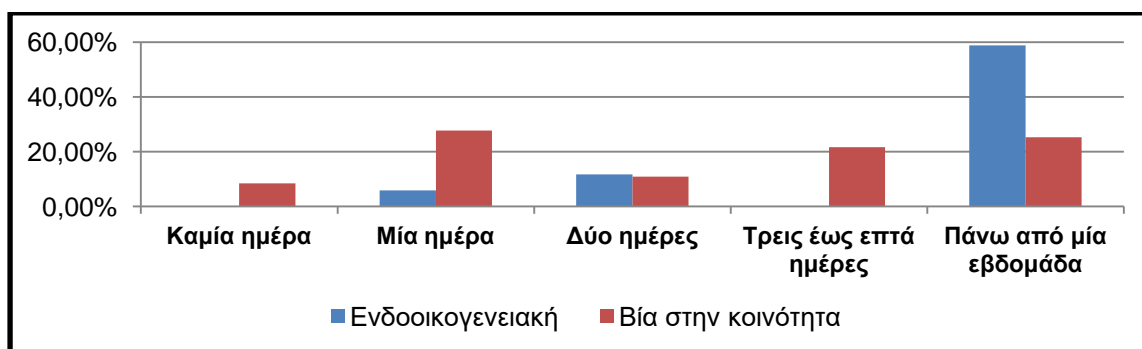
Όταν το θύμα δεν γνώριζε τον δράστη, ήταν πιθανότερο η καταγγελία να είχε γίνει έως και δύο ημέρες μετά το συμβάν, ενώ όταν τον γνώριζε, ήταν πιθανότερο η καταγγελία να είχε γίνει μετά την παρέλευση τριών ήμερων από το συμβάν, ιδίως δε μετά την παρέλευση εβδομάδας ($p=0.031$).



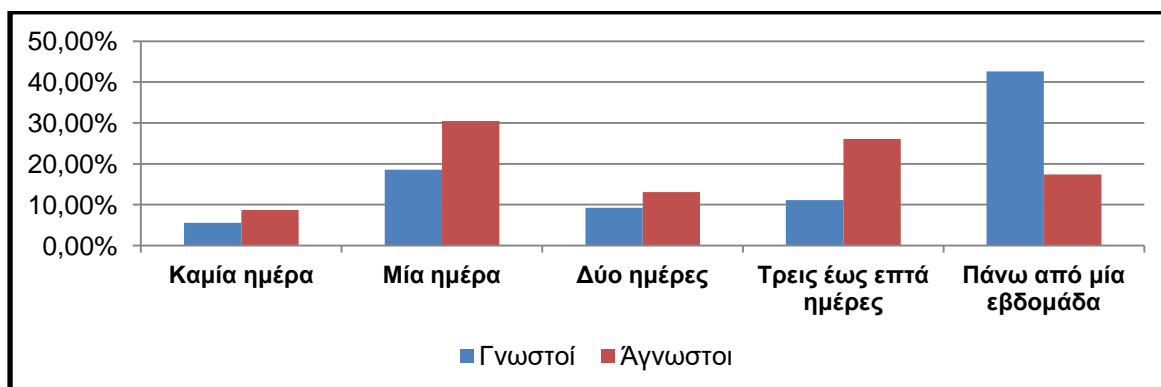
Διάγραμμα 8-208. Ημέρες από το συμβάν έως την καταγγελία, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.17. Ημέρες από το συμβάν έως την ιατροδικαστική εξέταση

Μόλις 3 θύματα ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας (17.64%) εξετάσθηκαν εντός των δύο πρώτων ημερών μετά το συμβάν, με το αντίστοιχο ποσοστό θυμάτων σεξουαλικής βίας στην κοινότητα να ανέρχεται στο 46.98%. Το 52.17% των θυμάτων που δεν γνώριζαν τον δράστη εξετάσθηκαν έως και τη δεύτερη ημέρα μετά το συμβάν, με το αντίστοιχο ποσοστό των θυμάτων που γνώριζαν τον δράστη να ανέρχεται μόλις στο 33.34%.



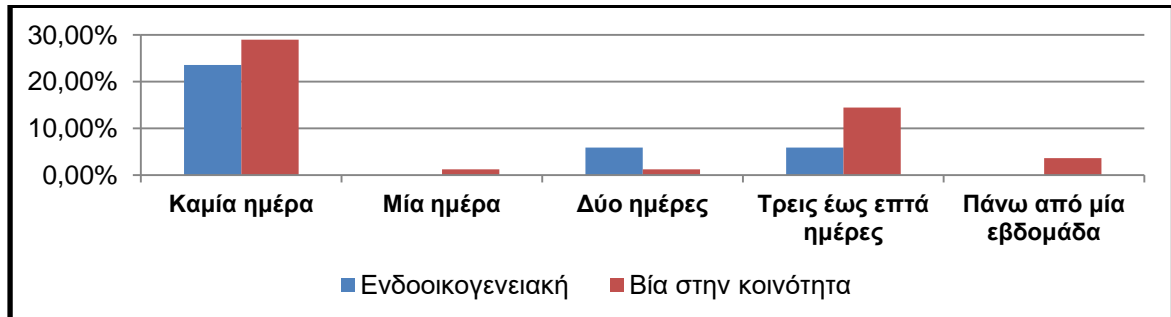
Διάγραμμα 8-209. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση, σε σχέση με το είδος της βίας.



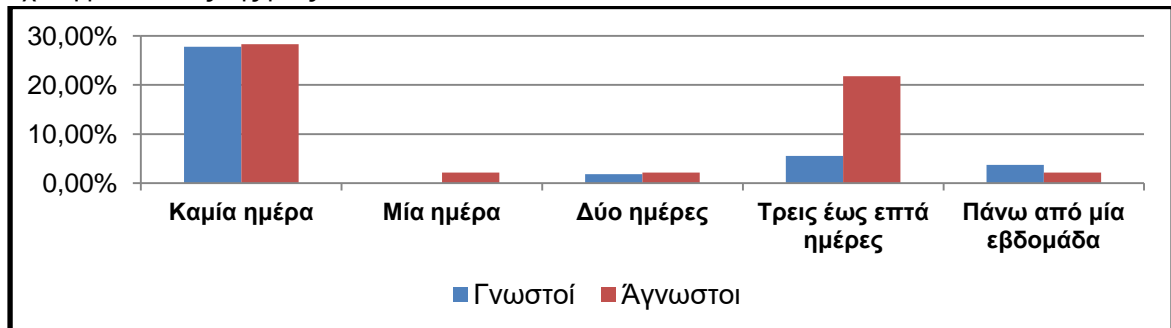
Διάγραμμα 8-210. Ημέρες από το συμβάν έως την εξέταση, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.18. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής από τις δραστηριότητες

Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώθηκαν όσον αφορά στον εκτιμώμενο χρόνο αποχής δεν θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές ($p>0.05$), αλλά λόγω το μικρού δείγματος το εν λόγω αποτέλεσμα δεν θεωρείται αξιόπιστο.



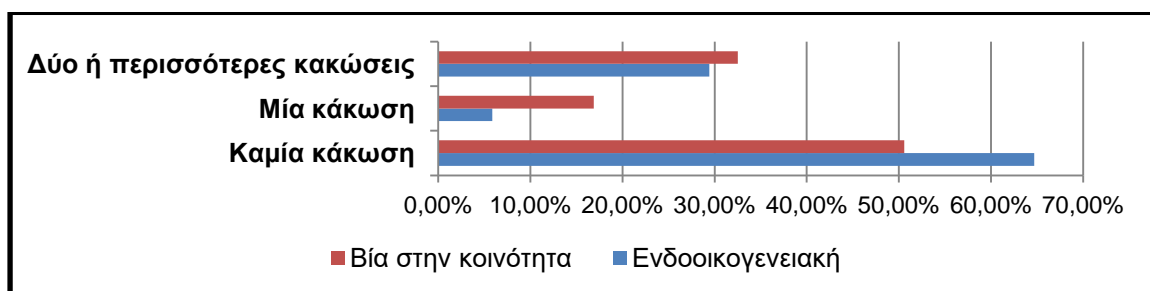
Διάγραμμα 8-211. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους, σε σχέση με το είδος της βίας.



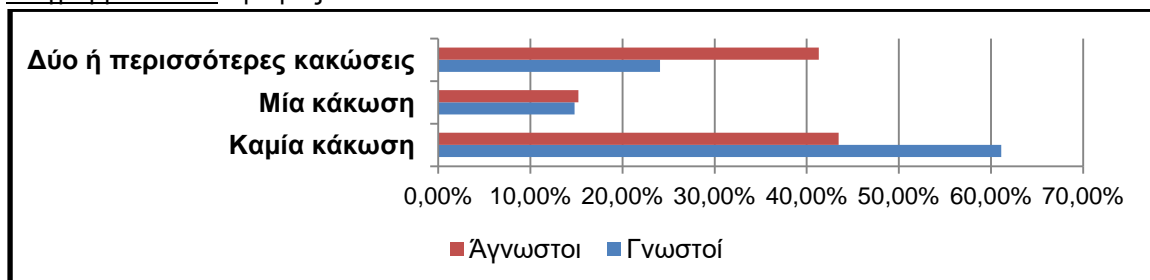
Διάγραμμα 8-212. Εκτιμώμενος χρόνος αποχής των θυμάτων από τις δραστηριότητές τους, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.19. Αριθμός κακώσεων

Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώθηκαν όσον αφορά στον αριθμό των κακώσεων δεν θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές ($p>0.05$).



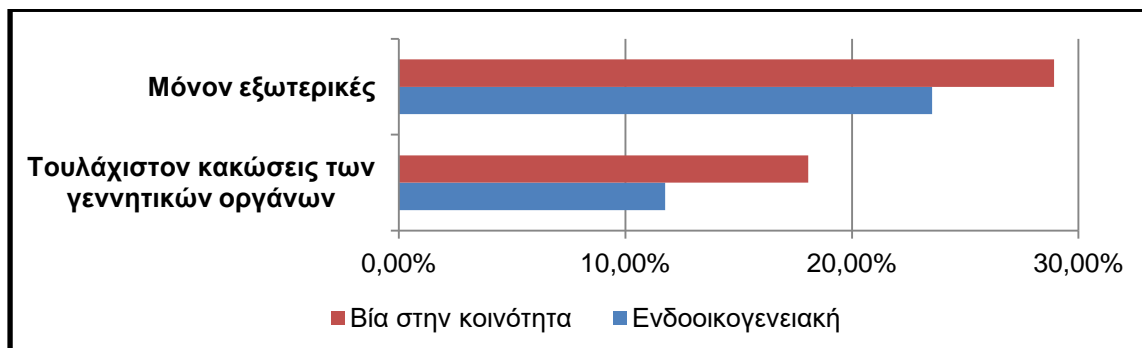
Διάγραμμα 8-213. Αριθμός κακώσεων.



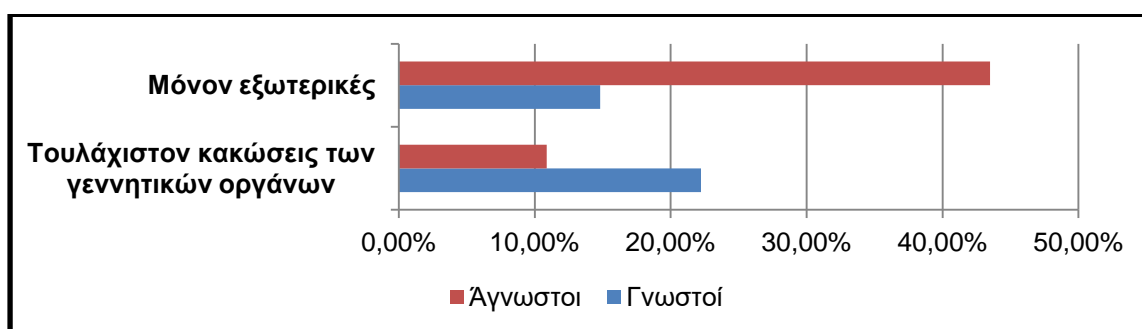
Διάγραμμα 8-214. Αριθμός κακώσεων.

8.11.20. Τύπος κακώσεων

Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώθηκαν όσον αφορά στον τύπο των κακώσεων δεν θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές ($p > 0.05$), αλλά λόγω το μικρού δείγματος το εν λόγω αποτέλεσμα δεν θεωρείται αξιόπιστο.



Διάγραμμα 8-215. Τύπος κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.



Διάγραμμα 8-216. Τύπος κακώσεων, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

8.11.21. Ανατομική εντόπιση κακώσεων

Θύματα σεξουαλικής βίας στην κοινότητα (n=83)	Θύματα ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας (n=17)	Σύνολο (n=100)
<p>Κεφαλή: 15.66%</p> <p>Πρόσωπο: 15.66%</p> <p>Κρανίο: 1.20%</p> <p>Τράχηλος: 7.23%</p>	<p>Κεφαλή: 5.88%</p> <p>Πρόσωπο: 5.88%</p> <p>Κρανίο: 5.88%</p> <p>Τράχηλος: 0%</p>	<p>Κεφαλή: 14.00%</p> <p>Πρόσωπο: 14.00%</p> <p>Κρανίο: 2.00%</p> <p>Τράχηλος: 6.00%</p>
<p>Κορμός: 40.96%</p> <p>Θώρακας: 18.07%</p> <p>Κοιλία: 8.43%</p> <p>Ράχη: 15.66%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 18.07%</p>	<p>Κορμός: 23.53%</p> <p>Θώρακας: 5.88%</p> <p>Κοιλία: 5.88%</p> <p>Ράχη: 5.88%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 11.76%</p>	<p>Κορμός: 38.00%</p> <p>Θώρακας: 16.00%</p> <p>Κοιλία: 8.00%</p> <p>Ράχη: 14.00%</p> <p>Γεννητικά όργανα: 17.00%</p>
<p>Άνω άκρα: 19.28%</p> <p>Βραχίονες: 12.05%</p> <p>Αντιβράχια: 9.64%</p> <p>Άκρες χείρες: 6.02%</p>	<p>Άνω άκρα: 11.76%</p> <p>Βραχίονες: 11.76%</p> <p>Αντιβράχια: 11.76%</p> <p>Άκρες χείρες: 5.88%</p>	<p>Άνω άκρα: 18.00%</p> <p>Βραχίονες: 12.00%</p> <p>Αντιβράχια: 10.00%</p> <p>Άκρες χείρες: 6.00%</p>
<p>Κάτω άκρα: 21.69%</p> <p>Μηροί: 21.69%</p> <p>Κνήμες: 9.64%</p> <p>Άκροί πόδες: 1.20%</p>	<p>Κάτω άκρα: 5.88%</p> <p>Μηροί: 5.88%</p> <p>Κνήμες: 0%</p> <p>Άκροί πόδες: 0%</p>	<p>Κάτω άκρα: 19.00%</p> <p>Μηροί: 19.00%</p> <p>Κνήμες: 8.00%</p> <p>Άκροί πόδες: 1.00%</p>

Εικόνα 8-30. Εντόπιση των κακώσεων, σε σχέση με το είδος της βίας.

Θύματα σεξουαλικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων (n=54)	Θύματα σεξουαλικής βίας μεταξύ αγνώστων ατόμων (n=46)	Σύνολο (n=100)
Κεφαλή: 3.70% <i>Πρόσωπο: 3.70%</i> <i>Κρανίο: 1.85%</i> Τράχηλος: 3.70% Κορμός: 33.33% <i>Θώρακας: 11.11%</i> <i>Κοιλία: 5.56%</i> <i>Ράχη: 5.56%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 22.22%</i> Άνω άκρα: 11.11% <i>Βραχίονες: 11.11%</i> <i>Αντιβράχια: 9.26%</i> <i>Άκρες χείρες: 3.70%</i> Κάτω άκρα: 11.11% <i>Μηροί: 11.11%</i> <i>Κνήμες: 5.56%</i> <i>Άκροι πόδες: 0%</i>	Κεφαλή: 26.09% <i>Πρόσωπο: 26.09%</i> <i>Κρανίο: 2.17%</i> Τράχηλος: 8.70% Κορμός: 43.48% <i>Θώρακας: 21.74%</i> <i>Κοιλία: 10.87%</i> <i>Ράχη: 23.91%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 10.87%</i> Άνω άκρα: 26.09% <i>Βραχίονες: 13.04%</i> <i>Αντιβράχια: 10.87%</i> <i>Άκρες χείρες: 8.70%</i> Κάτω άκρα: 28.26% <i>Μηροί: 28.26%</i> <i>Κνήμες: 10.87%</i> <i>Άκροι πόδες: 2.17%</i>	Κεφαλή: 14.00% <i>Πρόσωπο: 14.00%</i> <i>Κρανίο: 2.00%</i> Τράχηλος: 6.00% Κορμός: 38.00% <i>Θώρακας: 16.00%</i> <i>Κοιλία: 8.00%</i> <i>Ράχη: 14.00%</i> <i>Γεννητικά όργανα: 17.00%</i> Άνω άκρα: 18.00% <i>Βραχίονες: 12.00%</i> <i>Αντιβράχια: 10.00%</i> <i>Άκρες χείρες: 6.00%</i> Κάτω άκρα: 19.00% <i>Μηροί: 19.00%</i> <i>Κνήμες: 8.00%</i> <i>Άκροι πόδες: 1.00%</i>

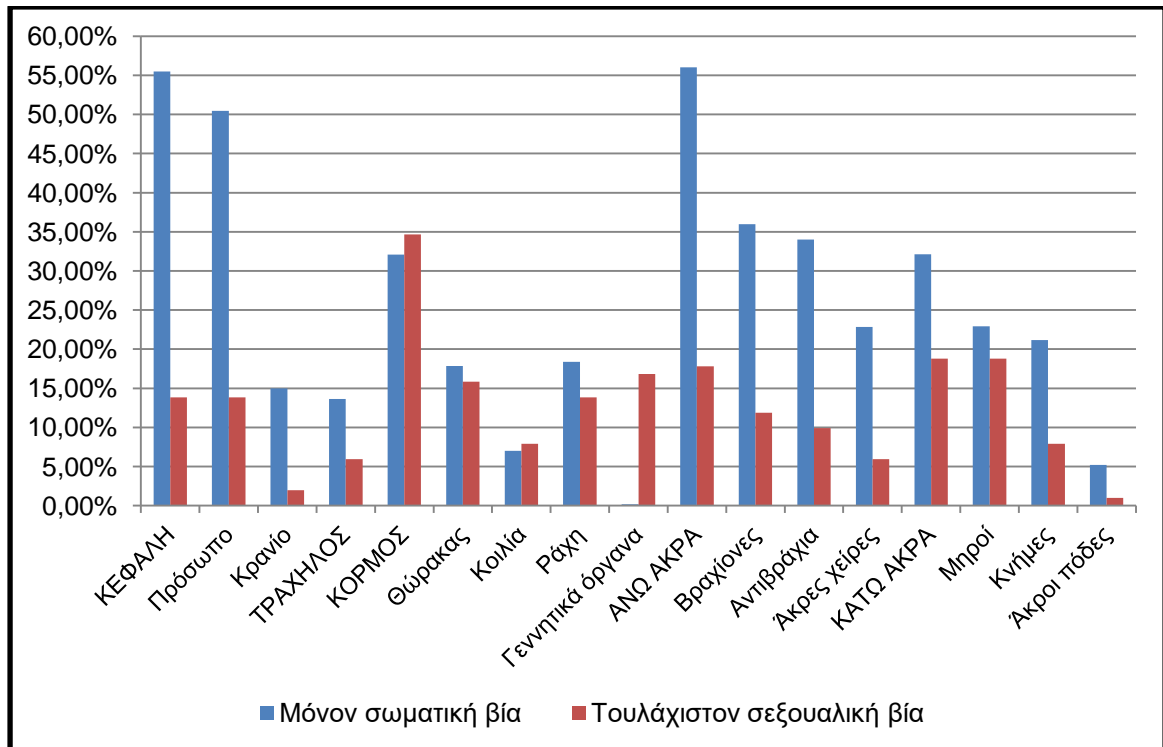
Εικόνα 8-31. Εντόπιση των κακώσεων, σε σχέση με την αναγνώριση του δράστη από το θύμα.

Η διαπίστωση κακώσεων στην κεφαλή ($p=0.002$) και ιδίως στο πρόσωπο ($p=0.002$), καθώς και στη ράχη ($p=0.010$) και στους μηρούς ($p=0.034$) ήταν πιθανότερη στα περιστατικά μεταξύ αγνώστων. Οι διαφοροποιήσεις που διαπιστώθηκαν όσον αφορά στην εντόπιση των κακώσεων σε σχέση με το είδος της βίας (ενδοοικογενειακή και βία στην κοινότητα) δεν θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές ($p>0.05$), αλλά λόγω το μικρού δείγματος το εν λόγω αποτέλεσμα δεν θεωρείται αξιόπιστο.

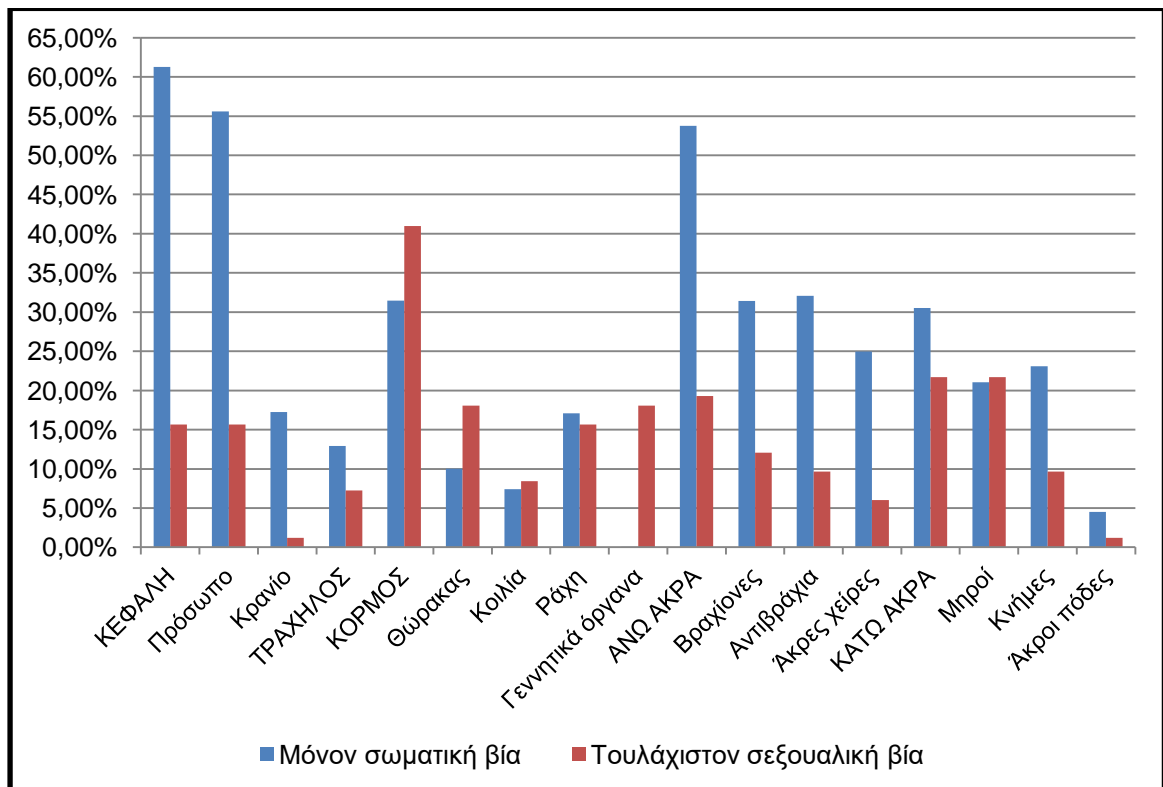
Συγκρίνοντας τις καταγγελίες για σεξουαλική βία με τις λοιπές καταγγελίες σωματικής βίας, πέραν της διαπίστωσης κακώσεων στα γεννητικά όργανα, η οποία είναι κατά πολύ συχνότερη στις καταγγελίες σεξουαλικής βίας, φαίνεται ότι η διαπίστωση κακώσεων στις περιοχές του κορμού (θώρακας, κοιλία και ράχη), καθώς και στους μηρούς δεν διαπιστώθηκε ουσιώδης διαφοροποίηση της ποσοστιαίας κατανομής των κακώσεων. Τα ανωτέρω ευρήματα πιθανότατα υποδηλώνουν ότι η διαπίστωση κακώσεων στις προαναφερθείσες περιοχές θα μπορούσε να αποτελεί υποβοηθητικό στοιχείο στην ιατροδικαστική διερεύνηση περιστατικών σεξουαλικής βίας. Οι κακώσεις στην κεφαλή ($p<0.001$), τόσο στο πρόσωπο ($p<0.001$), όσο και στο κρανίο ($p<0.001$), στον τράχηλο ($p=0.026$), στα άνω άκρα ($p<0.001$), τόσο στους βραχίονες ($p<0.001$), όσο και στα αντιβράχια ($p<0.001$) και στις άκρες χείρες ($p<0.001$), καθώς και στα κάτω άκρα ($p=0.001$), ιδίως στις κνήμες ($p=0.001$) ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν διαπιστωθεί στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού σεξουαλικής βίας.

Βεβαίως, τα προαναφερθέντα ευρήματα φαίνεται ότι αφορούν κυρίως στα περιστατικά σεξουαλικής βίας στην κοινότητα και σεξουαλικής βίας μεταξύ αγνώστων ατόμων, καθώς

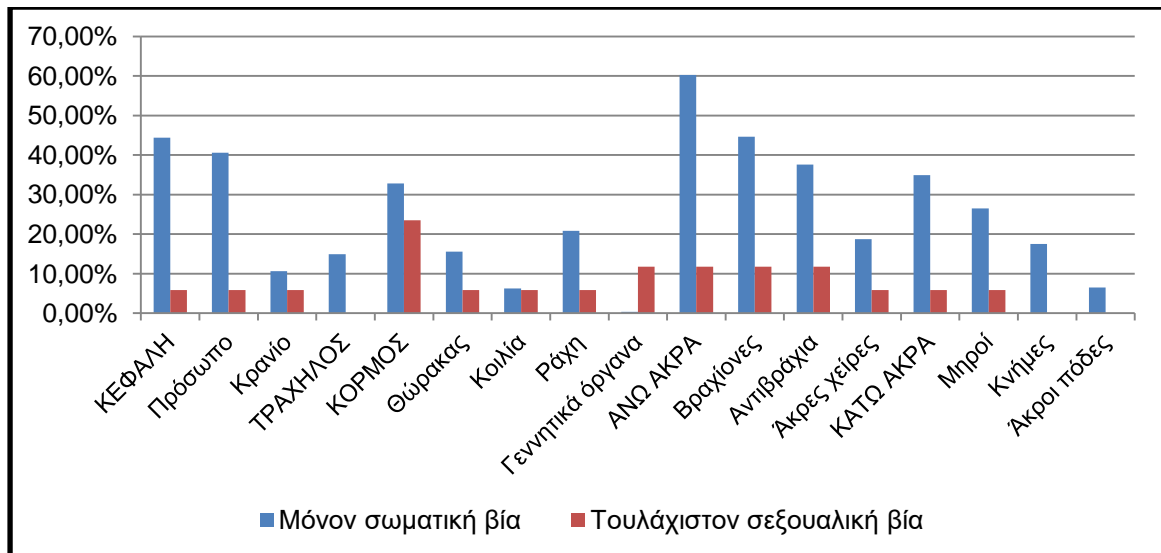
στα περιστατικά ενδοοικογενειακής σεξουαλικής βίας και σεξουαλικής βίας μεταξύ γνωστών ατόμων, πέραν της διαπίστωσης κακώσεων στα γεννητικά όργανα, μόνον η διαπίστωση κακώσεων στην κοιλία εμφάνιζε την προαναφερθείσα συσχέτιση.



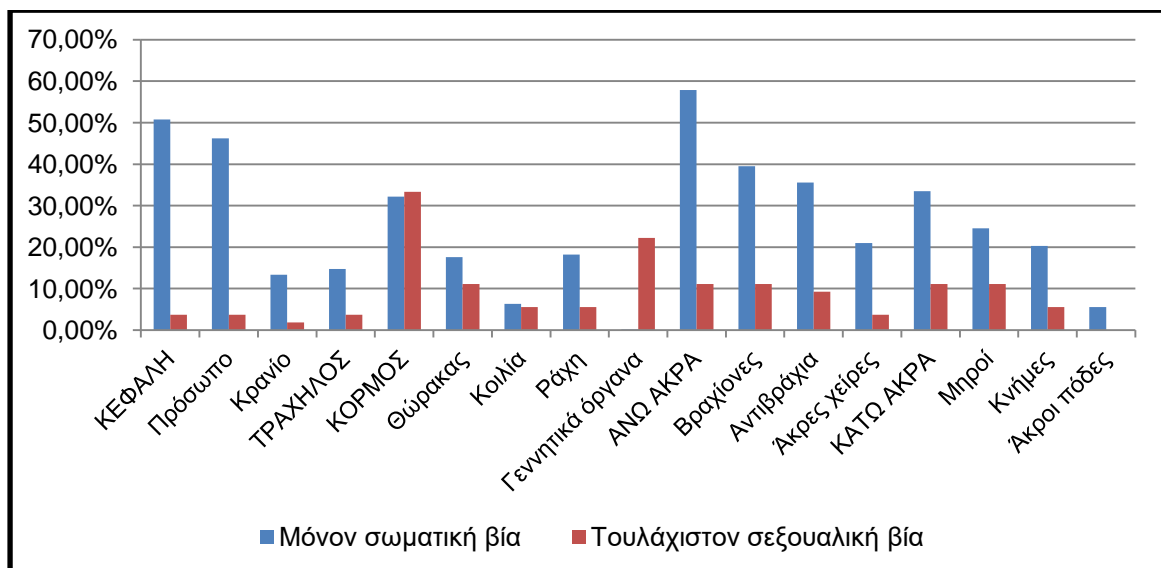
Διάγραμμα 8-217. Εντόπιση των κακώσεων στο σύνολο των καταγγεληθέντων περιστατικών διαπροσωπικής βίας.



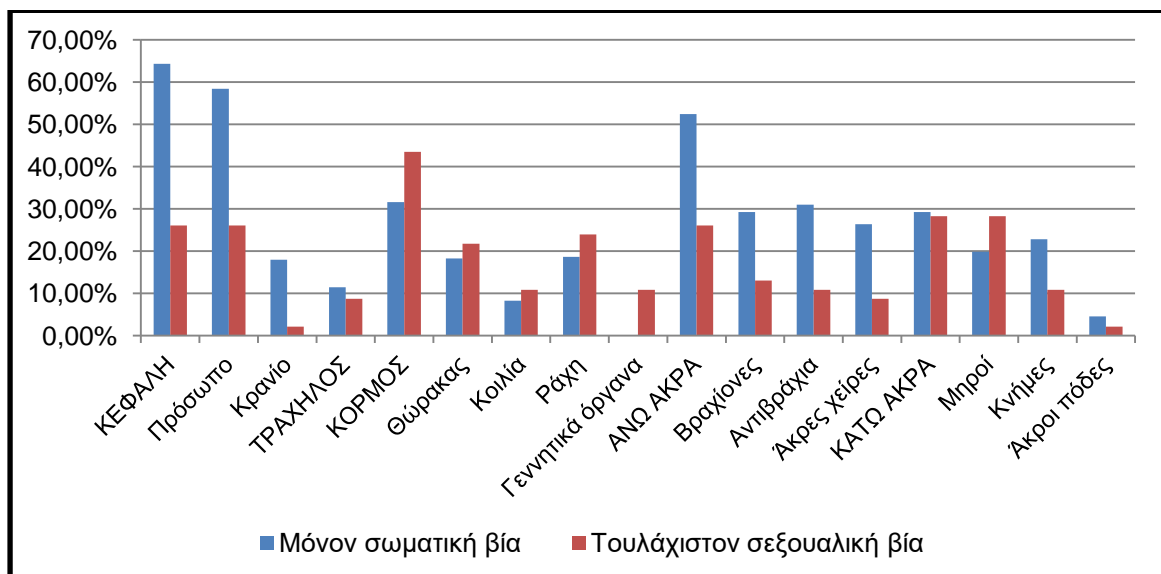
Διάγραμμα 8-218. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας στην κοινότητα.



Διάγραμμα 8-219. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.



Διάγραμμα 8-220. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας μεταξύ γνωστών ατόμων.



Διάγραμμα 8-221. Εντόπιση των κακώσεων σε περιστατικά βίας μεταξύ αγνώστων ατόμων.

8.11.22. Πιθανός νομικός χαρακτηρισμός

Σε 29 περιστατικά είχαν διαπιστωθεί μόνον εξωτερικές κακώσεις, οι οποίες στην πλειονότητα τους θα χαρακτηρίζονταν ως απλές σωματικές βλάβες, καθώς μόνον σε 4 εξ αυτών θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως επικίνδυνες ή βαριές σωματικές βλάβες. Κατά την κλινική εξέταση και των λοιπών εργαστηριακό έλεγχο 19 θυμάτων είχαν διαπιστωθεί ευρήματα, τα οποία υποδήλωναν τουλάχιστον συνουσία.

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διενεργηθεί για πρώτη φορά συστηματική καταγραφή και ανάλυση του φαινομένου της βίας στην Ελλάδα. Όπως έχει αναφερθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές αντίστοιχες δημοσιευμένες έρευνες με αντικείμενο τη βία. Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε αξιολογώντας υποθέσεις καταγγελλείσας σωματικής βίας, τα θύματα των οποίων εξετάσθηκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν κατά το πλείστον με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας, ιδίως όσον αφορά στο προφίλ των θυμάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας στην Ελλάδα, ιδίως δε της συζυγικής/συντροφικής βίας, φαίνεται ότι είναι πρωτίστως γυναίκες, οι οποίες είναι Ελληνίδες, παντρεμένες, ηλικίας 30-49 ετών και έχουν τουλάχιστον ένα παιδί. Τα βίαια περιστατικά λαμβάνουν χώρα κατά το πλείστον σε ιδιωτικούς χώρους, κυρίως στο σπίτι που διαμένει το θύμα και τα ανήλικα τέκνα γίνονται συχνά μάρτυρες αυτής της βίας, ανεξαρτήτως ημέρας ή εποχής του έτους. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τη σημαντικότητα της έγκαιρης πρόληψης της συζυγικής/συντροφικής βίας στην Ελλάδα.

Η συζυγική/συντροφική βία αποτελεί τη συχνότερη μορφή καταγγελλείσας σωματικής ενδοοικογενειακής βίας (οκτώ στα δέκα περιστατικά), ενώ η μία στις δέκα καταγγελίες αφορά σε θυματοποίηση των παιδιών από τους γονείς τους. Η άσκηση σωματικής βίας από το σύζυγο (νυν ή τέως) φαίνεται ότι αποτελεί χρόνιο και επαναλαμβανόμενο φαινόμενο στο ζευγάρι, το οποίο μάλιστα δεν καταγγέλλεται αμέσως από τις γυναίκες, σε αντίθεση με αυτές που δέχονται σωματική βία από το σύντροφο με τον οποίο δεν έχουν παντρευτεί, οι οποίες προβαίνουν συνήθως στην καταγγελία μετά το πρώτο βίαιο περιστατικό.

Οι άνδρες δράστες συζυγικής/συντροφικής βίας δεν χρησιμοποιούν συχνά κάποιο αντικείμενο ως μέσο άσκησης της βίας, καθώς σε οκτώ στα δέκα περιστατικά χρησιμοποιούν μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους, ενώ οι γυναίκες δράστες δαγκώνουν το θύμα συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες. Ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί ο χρόνος που επιλέγει το θύμα να καταγγείλει το βίαιο περιστατικό στις Αρχές, ο οποίος φαίνεται ότι εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση του θύματος, καθώς οι διαζευγμένοι και οι εν διστάσει προβαίνουν στην καταγγελία νωρίτερα σε σχέση με τα έγγαμα ή τα άγαμα θύματα. Το εν λόγω εύρημα θα μπορούσε να υποδηλώνει τόσο κάποια ιδιαίτερα κίνητρα των θυμάτων, όσον αφορά μεταγενέστερα ζητήματα αστικής φύσεως (επιμέλεια τέκνων, διατροφή, κ.ά.) όσο και την αυξημένη πιθανότητα γνώσης των διατάξεων του Ν 3500. Μία στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους επτά άνδρες που είχαν προβεί σε καταγγελία του περιστατικού είχαν εξετασθεί και

από κάποιον άλλον ιατρό πριν τη διενέργεια της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης. Το εν λόγω εύρημα, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι καταγγελίες αποτελούν την «κορυφή του παγόβουνου», αναδεικνύει τη σημαντικότητα της ενημέρωσης των επαγγελματιών της υγείας σχετικά με το φαινόμενο, καθώς στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας θα πρέπει να παρέχεται αρωγή, είτε πρωτίστως όσον αφορά στην ιατρική περίθαλψη, είτε όσον αφορά σε άλλες άμεσες ανάγκες ζωτικής σημασίας και προστασίας, καθώς και σε ζητήματα αστικής και ποινικής φύσεως, ενώ θα πρέπει να καταβάλλονται από όλους τους εμπλεκόμενους οι μέγιστες δυνατές προσπάθειες αποφυγής δευτερογενούς θυματοποίησης.

Οι κακώσεις που διαπιστώνονται συχνότερα στα θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας εντοπίζονται -ανεξαρτήτως φύλου- πρωτίστως στα άνω άκρα και δευτερευόντως στην κεφαλή, ενώ όσον αφορά στο λοιπό σώμα διαφοροποιούνται με βάση το φύλο των εμπλεκομένων.

Αντιθέτως, στα περιστατικά βίας στην κοινότητα φαίνεται ότι εμπλέκονται κυρίως άνδρες, είτε ως θύματα είτε ως δράστες, ανεξαρτήτως του εάν γνωρίζονται ή όχι μεταξύ τους. Τα θύματα είναι συνήθως Έλληνες, ηλικίας 20-39 ετών και σε έξι στα δέκα περιστατικά εμπλέκεται μόνον ένας δράστης, ενώ σε τρία στα δέκα περιστατικά, το θύμα δέχεται επίθεση από πολλούς δράστες, τους οποίους μάλιστα δεν γνωρίζει. Όπως αναφέρεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, τα περιστατικά αυτά λαμβάνουν χώρα σε δημοσίους χώρους και η συχνότερη αιτία άσκησης σωματικής βίας είναι η ληστεία. Βεβαίως, άξιο λόγου είναι ότι η δεύτερη σε συχνότητα αιτία καταγγελιών είναι οι διενέξεις μεταξύ γειτόνων και η τρίτη μεταξύ συγγενών, ενώ η τέταρτη σε συχνότητα αιτία είναι η οδηγική βία. Σε έξι στα δέκα περιστατικά, οι δράστες φέρονται να έχουν χρησιμοποιήσει μόνον κάποιο μέρος του σώματός τους, ενώ η χρήση πυροβόλων όπλων και νυσσόντων και τεμνότων οργάνων αφορά κυρίως σε άρρενα άτομα, τα οποία δεν γνωρίζουν τους δράστες. Ένα στα δύο θύματα έχουν εξετασθεί από κάποιον άλλον ιατρό προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης, ενώ άξιο λόγου είναι και το γεγονός ότι οι καταγγελίες περιστατικών, στα οποία τα θύματα δεν γνώριζαν τους δράστες γίνονται νωρίτερα σε σύγκριση με τις καταγγελίες περιστατικών μεταξύ γνωστών ατόμων.

Στα άρρενα θύματα, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην κεφαλή και δευτερευόντως στα άνω άκρα, ενώ στα θήλεα θύματα ήταν συχνότερες στα άνω άκρα και εντοπίζονταν δευτερευόντως στην κεφαλή και ακολουθούσαν σε συχνότητα ο κορμός, τα κάτω άκρα και ο τράχηλος, ανεξαρτήτως του φύλου του θύματος.

Ένα επιπρόσθετο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η έκταση του φαινομένου της νεανικής βίας στην Ελλάδα, καθώς τουλάχιστον μία στις τρεις καταγγελίες αφορούσε σε εμπλοκή ατόμων ηλικίας 10-29 ετών. Εξ αυτών, στο 20% περίπου μόνον οι δράστες

ήταν ηλικίας 10-29 ετών και σε τουλάχιστον μία στις τέσσερις όλοι οι εμπλεκόμενοι ήταν άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας. Τα περιστατικά νεανικής βίας αφορούν συχνότερα σε βία μεταξύ αρρένων ατόμων, τα οποία γνωρίζονται, καθώς και σε θυματοποίηση αλλοδαπών και πολλαπλούς δράστες. Μάλιστα, ορισμένες αιτίες, όπως οι βιασμοί και οι ασέλγειες, οι απαγωγές, η αθλητική βία, η βία σχετιζόμενη με χρήση εξαρτησιογόνων/ψυχοτρόπων ουσιών και η υπεράσπιση κάποιου άλλου προσώπου, ήταν κατά πολύ συχνότερες στα περιστατικά νεανικής βίας, σε σχέση με τις λοιπές καταγγελίες για περιστατικά βίας στην κοινότητα.

Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα θα πρέπει να αποτελέσουν πεδίο μελλοντικής έρευνας, καθώς η εμπλοκή παιδιών και νεαρών ενηλίκων σε βίαιες συμπεριφορές αποτελεί τον προπομπό εκδήλωσης και άλλων συμπεριφορών τόσο σε επίπεδο οικογένειας, όσο και επίπεδο κοινότητας, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν δυσμενώς τους άμεσα, αλλά και τους έμμεσα εμπλεκόμενους, καθώς και την κοινότητα και την κοινωνία εν γένει.

Συγκρίνοντας τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας με αυτά της βίας στην κοινότητα αναδείχθηκαν ορισμένα αξιολογικά ευρήματα, όπως το γεγονός ότι η εμπλοκή των θηλέων ατόμων ως δράστες είναι συχνότερη στα περιστατικά βίας στην κοινότητα. Επίσης, διαπιστώθηκε διαφορετική κατανομή των περιστατικών στο 24ωρο, γεγονός το οποίο φαίνεται να οφείλεται τόσο στον τόπο τέλεσης του συμβάντος, όσο και στην εμπλοκή μόνον ή κατά το πλείστον ανδρών, καθώς και διαφορές στο μηχανισμό πρόκλησης των κακώσεων. Η σημαντικότερη διαφορά ήταν η πλήρης απουσία χρήσης πυροβόλων όπλων στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Το γεγονός αυτό είναι αναμενόμενο, λαμβάνοντας υπόψη την εξαιρετικώς περιορισμένη οπλοκατοχή στην Ελλάδα, αλλά και τα σπανίως εμφανιζόμενα περιστατικά πρόκλησης θανατηφόρων κακώσεων στο περιβάλλον της οικογένειας δια βολίδων ή γομώσεων πυροδοτημένων φυσιγγίων πυροβόλων όπλων.

Όσον αφορά στην εντόπιση των κακώσεων ως μέσο έγκαιρης αναγνώρισης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, παρατηρήθηκε διαφοροποίηση σε σχέση με τα όσα αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε αντίθεση με τις διεθνείς έρευνες, οι οποίες αναφέρουν ότι οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου σχετίζονται με τη θυματοποίηση γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η εντόπιση των κακώσεων μόνον στον τράχηλο, καθώς και στους άκρους πόδες είναι συχνότερη στις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ενώ οι κακώσεις στις άκρες χείρες, στις κνήμες και στον θώρακα θα μπορούσαν να υποδηλώνουν θυματοποίηση στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα.

Βεβαίως, το εν λόγω εύρημα, όπως και τα αποτελέσματα των διεθνών ερευνών, υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς ερμηνείας. Οι μέχρι σήμερα δημοσιευμένες

διεθνείς έρευνες χρησιμοποιούν αποκλειστικώς περιστατικά ασθενών που έχουν εξετασθεί σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείων, ενώ για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα καταγγεληθέντα περιστατικά διαπροσωπικής βίας, η ιατροδικαστική διερεύνηση των οποίων ανατέθηκε στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. Δηλαδή, η σύγκριση για τη μελέτη του φαινομένου γίνεται με διαφορετικούς πληθυσμούς. Τα θύματα που επισκέπτονται κάποιο Νοσοκομείο είναι δυνατόν να εμφανίζουν είτε σοβαρότερης μορφής κακώσεις, είτε να αναφέρουν συμπτωματολογία σχετιζόμενη με το περιστατικό βίας, χωρίς όμως εμφανείς εξωτερικές κακώσεις. Ένας επιπρόσθετος λόγος εμφάνισης της διαφοροποίησης στην ανατομική εντόπιση των κακώσεων, ίσως είναι και η μεθοδολογία της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, για την παρούσα μελέτη, οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής καταγράφηκαν χωριστά από τις κακώσεις του τραχήλου, ενώ σε ορισμένες εκ των διεθνών ερευνών, που καταλήγουν στο εν λόγω συμπέρασμα, οι περιοχές αυτές καταγράφονται ως μία ενιαία περιοχή και σε άλλες η σύγκριση δεν διενεργείται με θύματα άλλων κατηγοριών διαπροσωπικής βίας, αλλά είτε με το σύνολο των ασθενών, είτε με το λοιπό σώμα. Η καταγραφή των κακώσεων στην κεφαλή και στον τράχηλο ως μία ενιαία περιοχή είναι δυνατόν να εμφανίσει αποτελέσματα που επηρεάζονται από τη μία ή την άλλη περιοχή. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη η κεφαλή ήταν η δεύτερη σε συχνότητα ανατομική περιοχή εντόπισης των κακώσεων, τόσο για τις γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, όσο και βίας στην κοινότητα, ενώ ο τράχηλος ήταν η πέμπτη και τελευταία περιοχή σε συχνότητα. Επιπλέον, θεωρούμε ότι η ανάδειξη κακώσεων ενδεικτικών κακοποίησης στο περιβάλλον της οικογένειας θα πρέπει να διενεργείται συγκρίνοντας τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας με τα θύματα βίας στην κοινότητα, καθώς θα πρέπει να είναι ευχερής ο τρόπος διάκρισης των θυμάτων αυτών από τα λοιπά θύματα διαπροσωπικής βίας.

Καθίσταται, λοιπόν, σαφές ότι τόσο οι έρευνες που βασίζονται σε αρχεία ασθενών από Νοσοκομεία, όσο και αυτές που χρησιμοποιούν αρχεία καταγγεληθέντων περιστατικών, εμφανίζουν σημαντικούς περιορισμούς. Σε κάθε περίπτωση, όμως, αναδεικνύουν το μέγεθος του προβλήματος και η ταυτόχρονη ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι δυνατόν να συνεισφέρει περαιτέρω στην ερμηνεία του φαινομένου της βίας και στην εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης.

Πέραν όμως της σύγκρισης των αποτελεσμάτων για τις ενήλικες γυναίκες, στην παρούσα μελέτη διενεργήθηκαν και συγκρίσεις όσον αφορά τόσο στις καταγγελίες διαπροσωπικής βίας κατά ανηλίκων, όσο και στις καταγγελίες θυμάτων σεξουαλικής βίας. Το σημαντικότερο εύρημα για τη θυματοποίηση των ανηλίκων είναι το γεγονός ότι σε επτά στις δέκα καταγγελίες, τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, καθώς και ότι σε έξι εξ αυτών, οι δράστες ήταν συγγενείς του θύματος και κυρίως οι γονείς. Όσον αφορά στη

σεξουαλική βία, αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με τις διεθνείς έρευνες, οι καταγγελίες για σεξουαλική βία από τον σύζυγο/σύντροφο ήταν ελάχιστες (μόλις πέντε καταγγελίες επί συνόλου 576), καθώς και το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες-θύματα αρνήθηκαν να δώσουν συγκατάθεση για εξέταση των γεννητικών οργάνων.

Παρά το γεγονός, ότι τα εν λόγω δείγματα θα μπορούσαν να θεωρηθούν σχετικά μικρά σε μέγεθος και μη αξιοποιήσιμα από στατιστικής άποψης, είναι ένα πρώτο δείγμα και θα πρέπει να αποτελέσουν έναυσμα για τη διενέργεια μελετών και ερευνών, ούτως ώστε να εξαχθούν τα ασφαλέστερα δυνατά συμπεράσματα για την έκταση των φαινομένων αυτών στην Ελλάδα.

Το γεγονός ότι ένα στα τέσσερα ανήλικα θύματα διαπροσωπικής βίας τα οποία είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό διαπροσωπικής βίας και είχαν εξετασθεί από κάποιον άλλο Ιατρό προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης, είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας, αναδεικνύει τη σπουδαιότητα της επαγρύπνησης των Ιατρών και ιδίως των Παιδιάτρων στην έγκαιρη αναγνώριση των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, με σκοπό την κατάλληλη αντιμετώπισή τους.

Τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας λαμβάνουν χώρα κυρίως στην οικία όπου διαμένει το θύμα, είτε κατά μόνας, είτε μαζί με τον δράστη και εν γένει σε ιδιωτικούς χώρους (οκτώ στα δέκα περιστατικά), ενώ αντιθέτως τα περιστατικά βίας στην κοινότητα συμβαίνουν κυρίως σε δημοσίους χώρους (έξι στα δέκα περιστατικά). Η εν λόγω διαφοροποίηση φαίνεται ότι επιβεβαιώνει τους ορισμούς των δύο αυτών ειδών βίας. Βεβαίως, θα μπορούσε να οφείλεται και σε παλαιότερες αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους των φύλων, δηλαδή στο γεγονός ότι η γυναίκα βρίσκεται εντός της οικογενειακής στέγης, απασχολούμενη με το νοικοκυριό και την ανατροφή των παιδιών, ενώ ο άνδρας εργάζεται στοχεύοντας στην παροχή των απαραίτητων αγαθών στην οικογένειά του. Σε κάθε περίπτωση και παρά το γεγονός σχεδόν οι μισές γυναίκες-θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας εργάζονταν κατά τη χρονική περίοδο που συνέβη το βίαιο περιστατικό, η θυματοποίηση των γυναικών εξακολουθεί να λαμβάνει χώρα σε ιδιωτικούς χώρους και σε καταστάσεις «κεκλισμένων των θυρών». Οι καταγγελίες για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας αφορούσαν στο ένα τρίτο των ατόμων που εξετάστηκαν κατά την πενταετία 2012-2016. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη γνώση από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι μόλις το ένα τρίτο των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας κατά των γυναικών καταγγέλλονται στις Αρχές, αναδεικνύει το μέγεθος του φαινομένου και στην Ελλάδα. Υπό αυτό το πρίσμα είναι δυνατό να θεωρηθεί ότι η έκταση της άσκησης σωματικής βίας στο περιβάλλον της οικογένειας, όπως αυτή ορίζεται από το Ν 3500/2006, είναι τουλάχιστον της ίδιας τάξης μεγέθους με τις καταγγελίες βίας στο πλαίσιο της κοινότητας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όσον αφορά στην άσκηση σωματικής βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων, φαίνεται ότι καταρρίπτουν ορισμένους μύθους σχετικά με τη βία κατά των γυναικών. Πιο συγκεκριμένα:

- Η αεργία/ανεργία του συζύγου/συντρόφου δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την άσκηση σωματικής βίας κατά των γυναικών συζύγων/συντρόφων τους, καθώς μόλις ένας στους δέκα συζύγους/συντρόφους δεν εργαζόταν, ενώ οι έξι στους δέκα εργάζονταν και σχεδόν ένας στους δέκα λάμβανε σύνταξη. Βεβαίως, η εργασιακή απασχόληση του ανδρός συζύγου/συντρόφου ήταν άγνωστη σε δύο στις δέκα καταγγελίες, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εν λόγω παράμετρος έχει καταγραφεί μόνον ως εργασία, αεργία/ανεργία και λήψη σύνταξης και δεν αντικατοπτρίζει την οικονομική ευχέρεια του ατόμου και εν γένει της οικογένειας. Σε κάθε περίπτωση φαίνεται η πλειονότητα των ανδρών δραστών δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα ανεργίας.
- Η οικονομική εξάρτηση της γυναίκας από τον σύζυγό/σύντροφό της, επίσης, δεν φαίνεται να αποτελεί χαρακτηριστικό του δείγματος της παρούσας μελέτης, καθώς οι μισές γυναίκες θύματα εργάζονταν και μία στις είκοσι λάμβανε σύνταξη. Βεβαίως, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, ο τρόπος καταγραφής της εν λόγω παραμέτρου υπόκειται σε περιορισμούς ερμηνείας.
- Τουλάχιστον επτά στις δέκα γυναίκες θύματα ανέφεραν ότι ο σύζυγός/σύντροφός, τους είχε ασκήσει σωματική βία στο παρελθόν, καταρρίπτοντας τον μύθο ότι μία μακροχρόνια συμπεριφορά κακοποίησης από τον σύζυγο/σύντροφο είναι δυνατόν να βελτιωθεί ή/και να αλλάξει.

Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δύο άλλοι «μύθοι» φαίνεται ότι επιβεβαιώνονται από την παρούσα μελέτη. Πιο συγκεκριμένα:

- Η πλειονότητα των καταγγελιών αφορούσαν σε περιστατικά βίας μετά την έγγαμη συμβίωση, καθώς μόλις μία στις επτά καταγγελίες γυναικών αφορούσαν σε περιπτώσεις όπου οι σύντροφοι συμβίωναν χωρίς να έχουν παντρευτεί. Το εν λόγω εύρημα φαίνεται ότι βρίσκεται σε συμφωνία με το μύθο της εμφάνισης της βίαιης συμπεριφοράς μετά την τέλεση του γάμου.
- Τουλάχιστον μία στις τέσσερις γυναίκες (η παράμετρος ήταν άγνωστη σε μία στις τέσσερις καταγγελίες των γυναικών) ανέφερε ότι ο σύζυγος/σύντροφος εμφάνιζε προβλήματα κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης ή χρήση κάποιας άλλης εξαρτησιογόνου/ψυχοτρόπου ουσίας. Βεβαίως, όπως έχει ήδη αναφερθεί θεωρείται αρκετά πιθανό η χρήση αυτών των ουσιών να αποτελεί ευκαιριακό παράγοντα κινδύνου και όχι απαραίτητως την πραγματική αιτία εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς.

Ένα επιπρόσθετο στοιχείο της παρούσας έρευνας είναι τα αποτελέσματα σχετικά με την ψυχιατρική νοσηρότητα των δραστών. Τουλάχιστον μία στις εννέα γυναίκες και ένας στους επτά άνδρες ανέφεραν ότι ο/η σύζυγος/σύντροφος πάσχει από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, λαμβάνοντας μάλιστα και σχετική φαρμακευτική αγωγή. Βεβαίως, η θετική καταγραφή της συγκεκριμένης παραμέτρου διενεργήθηκε με την απλή αναφορά του θύματος, χωρίς επίσημη επιβεβαίωση της διάγνωσης. Όσον αφορά στην ψυχική νοσηρότητα των θυμάτων, το 3.41% των ανδρών και το 3.65% των γυναικών ανέφεραν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι η ψυχιατρική νόσος, είτε του θύματος είτε του δράστη, δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της συζυγικής/συντροφικής βίας. Βεβαίως, λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν είναι γνωστή η επίπτωση των ψυχιατρικών διαταραχών και της λήψης ιδιοσκευασμάτων για ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό, η ερμηνεία του εν λόγω αποτελέσματος υπόκειται σε περιορισμούς.

Ολοκληρώνοντας, θεωρούμε ότι αξίζει να αναφερθούν διάφορα αποσπάσματα από το βιβλίο «Εισαγωγή στην Εγκληματολογία» της Καθηγήτριας Εγκληματολογίας, Σοφίας Βιδάλη (2013), σύμφωνα με την οποία: *«Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η διάδοση στην Ευρώπη των θεωριών και πολιτικών ελέγχου του εγκλήματος που είχαν επικρατήσει και εφαρμοστεί κυρίως στις Η.Π.Α., επιτεύχθηκε στο πλαίσιο μίας γενικότερης επίδρασης του αμερικανικού μοντέλου ανάπτυξης. Έτσι, μαζί με το πνεύμα του καπιταλισμού διαδόθηκαν και οι επιστημονικές ανακαλύψεις και ο πολιτισμός του και κατ' επέκταση και οι θεωρίες για το έγκλημα. Κυρίως, όμως, διαδόθηκαν μοντέλα αντιεγκληματικής πολιτικής. Ωστόσο για τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Ελλάδα, τα πρότυπα αυτά παρουσιάστηκαν και επιβλήθηκαν ως μία ιστορική αναγκαιότητα, χωρίς απαραίτητα να έχουν αποτελέσει προϊόν κοινωνικής ζύμωσης. Η ελληνική κοινωνία και ελληνικό κρατικό φαινόμενο στο επίπεδο της πολιτικής, της οικονομίας και του κοινωνικού ελέγχου, σε αντίθεση με τις Η.Π.Α. και τη Βρετανία από τις οποίες επηρεάστηκε η εθνική αντιεγκληματική πολιτική, δεν αφομοίωσε ποτέ το ορθολογικό, ούτε το φιλελεύθερο πνεύμα του καπιταλισμού, αλλά μόνον τον τύπο του. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, οι αντιλήψεις για το έγκλημα και τον εγκληματία αποτελούσαν περιθωριακής σημασίας πρόβλημα και ήταν. Και τούτο επειδή κατ' αρχάς σε ένα ορθολογικό κράτος και σύστημα εξουσίας όφειλε, πριν από όλα, να υπαχθεί ο ίδιος ο μηχανισμός του στο νόμο, πράγμα που δεν συνέβαινε. Αλλά και η χαμηλή εγκληματικότητα της εποχής συχνά παραπέμπει σε σκέψεις σχετικά με μία ενδεχόμενη εκτεταμένη γκρίζα εγκληματικότητα: σε μία τέτοια κοινωνία, γαλουχημένη στη βία των πολυτάραχων πολιτικών συνθηκών και κοινωνικών ανατροπών, των πολέμων και της πατριαρχικής οικογένειας, το μέτρο της βίας προσδιοριζόταν με βάση τη βία που*

επιβαλλόταν από το κράτος (που δεν καταγγελλόταν). Αυτό είχε ως συνέπεια, να υποβαθμίζεται και η σημασία άλλων μορφών βίας (ενδοοικογενειακή βία, κατά των γυναικών) ή να θεωρούνται φυσικές».

Καθίσταται, λοιπόν, σαφές ότι το φαινόμενο της βίας στην Ελλάδα, τόσο εν γένει, όσο και των ιδιαίτερων μορφών αυτής, όπως η συζυγική/συντροφική βία και η κακοποίηση παιδιών, θα πρέπει να προλαμβάνεται τόσο μέσω της διαπαιδαγώγησης των πολιτών στο σεβασμό προς τους νόμους (Σπινέλλη, 2014), όσο και στην οικοδόμηση μίας κοινωνίας βασισμένης σε αξίες και αρχές που αναγνωρίζουν τον σεβασμό στα δικαιώματα και στην ισότητα των πολιτών.

Όπως και στο παρελθόν, έτσι και στο μέλλον, η βία θα εξακολουθεί αποτελεί, πιθανότατα, αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Η παραδοχή ότι δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί στο σύνολό της, αλλά θα μπορούσε να εκλείψει σε σημαντικό βαθμό, θα πρέπει να αποτελεί τη βάση κάθε μορφής πρόληψης και αντιμετώπισης, είτε σε επίπεδο κοινωνίας, είτε σε ατομικό επίπεδο.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία εκ των πρώτων προσπαθειών «ποσοτικοποίησης» της βίας στην Ελλάδα και εμφάνισης στατιστικών από πραγματικά περιστατικά, τα οποία καταγγέληθηκαν στις αρμόδιες Αρχές. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ίσως φαντάζει εύκολη με την πρώτη ματιά, αλλά θεωρούμε ότι χρειάζεται διεπιστημονική προσέγγιση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας στην Ελλάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η βία ορίζεται ως «η σκόπιμη χρήση της φυσικής δύναμης ή της εξουσίας ενός ατόμου, πραγματικής ή απειλής, κατά του εαυτού του, κατά ενός άλλου ατόμου, ή κατά ομάδας ή της κοινότητας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα ή μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, διαταραχή στην ανάπτυξη ή αποστέρωση». Απαραίτητη προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί ένα περιστατικό ως βίαιο είναι η ηθελημένη χρήση της βίας, με οποιαδήποτε μορφή κι αν εκφράζεται αυτή. Η διαπροσωπική βία διαχωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες, τη βία στο πλαίσιο της οικογένειας και τη βία στην κοινότητα. Για κάθε ένα καταγγελλθέν περιστατικό συζυγικής/συντροφικής βίας, υπάρχουν τουλάχιστον άλλα δύο τα οποία δεν καταγγέλλονται. Επίσης, η πιθανότητα έκθεσης μίας γυναίκας σε ένα περιστατικό σεξουαλικής βίας στην κοινότητα σε όλη της τη ζωή είναι περίπου 7.2%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα έκθεσης σε ένα περιστατικό συζυγικής/συντροφικής βίας είναι περίπου 30%.

Στα τέλη της δεκαετίας του '80 άρχισαν να δημοσιεύονται πρώτες έρευνες, οι οποίες χρησιμοποιούσαν τα αρχεία ασθενών-θυμάτων διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν επισκεφθεί κάποιο Νοσοκομείο, ενώ σταδιακά άρχισαν να δημοσιεύονται και έρευνες που χρησιμοποιούσαν τα αρχεία ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων θυμάτων διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν προβεί σε καταγγελία του περιστατικού στις Αρχές. Μάλιστα, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου σε ενήλικες γυναίκες φαίνεται ότι σχετίζονται με περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας.

Το 2005 ψηφίστηκε στην Ελλάδα ο Ν 3500 για την ενδοοικογενειακή βία, ο οποίος μεταξύ άλλων προβλέπει αυστηρότερες ποινές για την πρόκληση σωματικών βλαβών στο πλαίσιο της οικογένειας, σε σχέση με τον Ποινικό Κώδικα, ενώ για πρώτη φορά ποινικοποιήθηκε ο βιασμός εντός γάμου.

Παρά το γεγονός της ύπαρξης διεθνών ερευνών, οι έρευνες όσον αφορά στον ελλαδικό χώρο είναι λιγοστές και εμφανίζονται σποραδικά στη βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν να διενεργηθεί μία πρώτη συστηματική καταγραφή και ανάλυση του φαινομένου της βίας στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας το αρχείο των ιατροδικαστικών κλινικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στο Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. κατά την πενταετία 2012-2016.

Συνολικά εξετάστηκαν 2466 θύματα διαπροσωπικής βίας, με τα δύο τρίτα να αφορούν σε περιστατικά βίας στην κοινότητα και το υπόλοιπο ένα τρίτο σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Το 31.1% των περιστατικών αφορούσαν σε καταγγελίες βίας

στην κοινότητα μεταξύ γνωστών ατόμων και το 35.1% μεταξύ αγνώστων, ενώ το 26.9% σε περιστατικά συζυγικής/συντροφικής βίας, το 4.9% σε περιστατικά βίας μεταξύ γονέων και παιδιών και το 1.7% σε περιστατικά βίας μεταξύ αδελφών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν κατά το πλείστον με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς η θυματοποίηση των γυναικών αφορά κυρίως σε περιστατικά συζυγικής/συντροφικής, ενώ των ανδρών σε περιστατικά βίας στην κοινότητα. Στην πλειονότητα των περιστατικών συζυγικής/συντροφικής βίας, το θύμα έχει υποστεί κακοποίηση πολλές φορές στο παρελθόν, μέχρις ότου να φθάσει στο κρίσιμο σημείο καταγγελίας της βίας και ο δράστης χρησιμοποιεί κυρίως τα χέρια και τα πόδια του ως μέσον άσκησης της σωματικής βίας. Μία στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους επτά άνδρες που είχαν προβεί σε καταγγελία του περιστατικού είχαν εξετασθεί και από κάποιον άλλον Ιατρό πριν τη διενέργεια της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης. Οι κακώσεις που διαπιστώνονται συχνότερα στα θύματα συζυγικής/συντροφικής βίας εντοπίζονται ανεξαρτήτως φύλου πρωτίστως στα άνω άκρα και δευτερευόντως στην κεφαλή, ενώ όσον αφορά στο λοιπό σώμα διαφοροποιούνται με βάση το φύλο των εμπλεκομένων. Τα περιστατικά αυτά λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικούς χώρους, κυρίως στην οικία όπου διαμένει το θύμα, εν αντιθέσει με τα περιστατικά βίας στην κοινότητα, τα οποία συμβαίνουν κυρίως σε δημοσίους χώρους. Η συχνότερη αιτία καταγγελίας άσκησης σωματικής βίας στην κοινότητα είναι η ληστεία, με τις διενέξεις μεταξύ γειτόνων και μεταξύ συγγενών να ακολουθούν και την οδηγική βία να είναι η τέταρτη σε συχνότητα αιτία. Στα άρρενα θύματα, οι κακώσεις εντοπίζονταν πρωτίστως στην κεφαλή και δευτερευόντως στα άνω άκρα, ενώ στα θήλεα θύματα ήταν συχνότερες στα άνω άκρα και εντοπίζονταν δευτερευόντως στην κεφαλή, με τον κορμό, τα κάτω άκρα και τον τράχηλο να ακολουθούν σε αυτήν τη σειρά συχνότητας, ανεξαρτήτως του φύλου του θύματος.

Το ένα τρίτο των περιστατικών βίας στην κοινότητα αφορούσε σε νεανική βία, μεταξύ αρρένων ατόμων, τα οποία γνωρίζονταν. Οι βιασμοί και οι ασέλγειες, οι απαγωγές και η αθλητική βία ήταν κατά πολύ συχνότερες στα περιστατικά νεανικής βίας, σε σχέση με τις λοιπές καταγγελίες για περιστατικά βίας στην κοινότητα.

Συγκρίνοντας τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας με αυτά της βίας στην κοινότητα αναδείχθηκαν ορισμένα αξιολογικά ευρήματα, όπως το γεγονός ότι η εμπλοκή των θηλέων ατόμων ως δράστες είναι συχνότερη στα περιστατικά βίας στην κοινότητα. Επίσης, διαπιστώθηκε διαφορετική κατανομή των περιστατικών στο 24ωρο, καθώς και η πλήρης απουσία χρήσης πυροβόλων όπλων στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

Σε αντίθεση με τις διεθνείς έρευνες, οι οποίες αναφέρουν ότι οι κακώσεις στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου σχετίζονται με τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η εντόπιση των κακώσεων μόνον στον τράχηλο, καθώς και

στους άκρους πόδες είναι συχνότερη στις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ενώ οι κακώσεις στις άκρες χείρες, στις κνήμες και στον θώρακα θα μπορούσαν να υποδηλώνουν θυματοποίηση στο πλαίσιο κάποιου περιστατικού βίας στην κοινότητα.

Όσον αφορά στη θυματοποίηση των ανηλίκων, το σημαντικότερο εύρημα είναι το γεγονός ότι σε επτά στις δέκα καταγγελίες, τα θύματα γνώριζαν τους δράστες, καθώς και ότι σε έξι εξ αυτών, οι δράστες ήταν συγγενείς του θύματος και κυρίως οι γονείς. Όσον αφορά στη σεξουαλική βία, αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με τις διεθνείς έρευνες, οι καταγγελίες για σεξουαλική βία από τον σύζυγο/σύντροφο ήταν ελάχιστες (μόλις πέντε καταγγελίες επί συνόλου 576), καθώς και το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες θύματα αρνήθηκαν να δώσουν συγκατάθεση για τη διενέργεια εξέτασης των γεννητικών οργάνων.

Ένα στα τέσσερα ανήλικα θύματα διαπροσωπικής βίας, τα οποία είχαν καταγγείλει κάποιο περιστατικό βίας και είχαν εξετασθεί από κάποιον άλλο Ιατρό προ της διενέργειας της ιατροδικαστικής κλινικής εξέτασης, είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη σπουδαιότητα της επαγρύπνησης των Ιατρών και ιδίως των Παιδιάτρων στην έγκαιρη αναγνώριση των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, με σκοπό την κατάλληλη αντιμετώπισή τους.

Το φαινόμενο της βίας στην Ελλάδα, τόσο εν γένει, όσο και των ιδιαίτερων μορφών αυτής, όπως η συζυγική/συντροφική βία και η κακοποίηση παιδιών, θα πρέπει να προλαμβάνεται τόσο μέσω της διαπαιδαγώγησης των πολιτών στο σεβασμό προς τους νόμους, όσο και στην οικοδόμηση μίας κοινωνίας βασισμένης σε αξίες και αρχές που αναγνωρίζουν τον σεβασμό στα δικαιώματα και στην ισότητα των πολιτών.

Όπως και στο παρελθόν, έτσι και στο μέλλον, η βία θα εξακολουθεί αποτελεί, πιθανότατα, αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Η παραδοχή ότι δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί στο σύνολό της, αλλά θα μπορούσε να εκλείψει σε σημαντικό βαθμό, θα πρέπει να αποτελεί τη βάση κάθε μορφής πρόληψης και αντιμετώπισης, είτε σε επίπεδο κοινότητας/κοινωνίας, είτε σε ατομικό επίπεδο.

ABSTRACT

According to World Health Organization violence is defined as *"the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation."* This definition associates intentionality with the committing of the act itself, irrespective of the outcome it produces. Interpersonal violence is divided into two subcategories; violence at the domestic context and community violence.

For each allegation about intimate partner violence (IPV), there are at least two others that are not reported to the Police. The global lifetime prevalence of intimate partner violence among ever-partnered women is 30%, while the global lifetime prevalence of non-partner sexual violence is 7.2%

In the late 1980s, the first research articles were published, using the records of patient-victims of interpersonal violence that had attended a hospital, as long as forensic clinical examinations' records of victims of interpersonal violence, which had reported the incident to the Authorities. According to the literature head and neck injuries appear to be related to adult women IPV victimization.

In 2005, Law N 3500 about domestic violence was passed in Greece, which provided stricter penalties for causing bodily harm within the family context, comparing with the Penal Code, while rape within marriage was criminalized for the first time.

Despite the existence literature, research articles in Greece are scarce, appearing sporadically. The purpose of this PhD thesis was to perform a first systematic recording and analysis of the phenomenon of violence in Greece, using the archives of the forensic clinical examinations that were conducted at the Department of Forensic Medicine and Toxicology of the Medical School of the NKUA, during a five-year period (2012-2016).

2466 victims of interpersonal violence were examined, two third of which concerned cases of community violence and one third cases of domestic violence. 31.1% of the allegations concerned victims that knew the perpetrator(s) and 35.1% allegations against strangers, while 26.9% concerned IPV, 4.9% violence between parents and children and 1.7% violence between siblings.

The results of our study are consistent with the literature, as female victimization is mainly related IPV cases, while men are mostly victims and perpetrators in cases of community violence. In the majority of IPV cases, the victim has been abused several times in the past until the victim reached the critical point to make the allegation and the perpetrators mainly used their limbs as a means of exercising physical violence.

One out of four women and one out of seven men who had reported the incident had been examined by another physician before the forensic clinical examination. The most frequently encountered injuries to victims of IPV were identified, regardless of gender, primarily in the upper limbs and secondarily in the head, while in the rest of the body they are differentiated according to the sex of the persons involved. IPV incidents occur mostly in private places, mainly in the home where the victim lives, as opposed to incidents of community violence, which occur mainly in public places. The most common reason to report physical community violence was robbery, with conflicts between neighbors and relatives following and road rage being the fourth most frequent cause. In male victims of community violence, injuries were primarily detected in the head and secondarily in the upper limbs, while in females victims were more common in the upper limbs and were located secondarily in the head, with the trunk, lower limbs and neck following in that frequency range, regardless of the victim's sex. One third of the incidents of community violence concerned youth violence, between males, who were known to each other. Allegations for sexual violence, kidnapping and athletic violence were much more frequent in cases of youth violence, than in the rest of allegations about community violence.

Comparison of incidents of domestic violence with those of community violence emerged some remarkable findings, such as the fact that the involvement of female as perpetrators is more common in cases of community violence. In addition, differences at the 24-hour breakdown were observed, as well as the complete lack of use of firearms in the domestic context.

In contrast to existing literature, which has shown that head and neck injuries are related to cases of IPV, the present study has shown that localization of injuries only to the neck and the feet are more common in female victims of IPV, while injuries to the hands and the legs, as long as chest injuries could indicate victimization in the community context.

With regard to child victimization, the most important finding was that in seven out of ten allegations the victims knew the perpetrators, and that in six of them the perpetrators were relatives of the victim, mainly the parents. Regarding sexual violence, contrary to existing literature, allegations for spousal sexual violence were few (only five complaints out of a total of 576) and the fact that all these female victims refused to give consent to a genital examination.

One in four victims aged under 18 years-old, who had made allegations for interpersonal violence and had been examined by another physician prior to the forensic clinical examination is a victim of domestic violence, which highlights the importance of the vigilance/watchfulness of physicians, and in particular pediatricians,

in early identification of children who have been abused in order to deal with them appropriately.

The phenomenon of violence in Greece, both in general as in its particular forms, such as IPV and child abuse, should be prevented both by educating citizens to respect for the laws and by building a society based on values and principles that recognize the respect for the rights and equality of citizens.

As in the past, so in the future, violence will still probably be an integral part of human nature. The assumption that it cannot be dealt with as a whole, but could be eliminated to a significant extent, should be the basis of all forms of prevention and treatment, either at the social/societal level or at the individual level.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξερόγλωσσα βιβλία και εκδόσεις

1. Bilo R.A.C., Robben S.G.F., van Rijn R.R. Forensic aspects of pediatric fractures. Differentiating accidental trauma from child abuse. New York: *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, 2010
2. Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: *Harvard University Press*, 1979
3. Butchart A., Brown D., Khanh-Huynh A., Corso P., Florquin N., Muggah R. Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence. Geneva: *World Health Organization*, 2008
4. DiMaio V.J.M. Gunshot Wounds. Practical aspects of firearms, ballistics, and forensic techniques. 3rd Edition. New York: *CRC Press, Taylor & Francis Group*, 2016
5. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: *World Health Organization*, 2013
6. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: *World Health Organization*, 2003
7. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Geneva: *World Health Organization*, 2004
8. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. World Report on Violence and Health. Geneva: *World Health Organization*, 2002
9. Madea B. Handbook of forensic medicine. New Jersey: *Wiley Blackwell*; 2014
10. Pinheiro P.S. World Report on violence against children. Geneva: *United Nations & World Health Organization*, 2006
11. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: *World Health Organization*, 2006
12. Preventing intimate partner violence and sexual violence against women. Taking action and generating evidence. Geneva: *World Health Organization*, 2010
13. Rosenberg M.L., Butchart A., Mercy J., Narasimhan V., Waters H., Marshall M.S. Interpersonal Violence. In: Jamison D.T., Breman J.G., Measham A.R., Alleyne G., Claeson M., Evans D.B., Jha R., Mills A., Musgrove P. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd Edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 40.
14. Rothman E.F., Butchart A., Cerda M. Intervening with Perpetrators of Intimate Partner Violence: A Global Perspective. Geneva: *World Health Organization*, 2003
15. Seventh United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. New York: *United Nations publications*, 1986

16. Stark M.M. Clinical Forensic Medicine. A Physician's Guide. 2nd Edition. New Jersey: *Humana Press*, 2005
17. Wyatt J., Squires T., Norfolk G., Payne-Jones J. Oxford Handbook of Forensic Medicine. New York: *Oxford University Press*; 2011

Ελληνικά βιβλία και εκδόσεις

1. Αρτινοπούλου Β. Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση Γυναικών. Αθήνα: *Νομική Βιβλιοθήκη* 2006
2. Βιδάλη Σ. Εισαγωγή στην Εγκληματολογία. Αθήνα: *Νομική Βιβλιοθήκη* 2013
3. Δημόπουλος Χ. Εγχειρίδιο Εγκληματολογίας. Αθήνα: *Νομική Βιβλιοθήκη* 2012
4. Κουτσελίνης Α.Σ. Ιατροδικαστική. 5η Έκδοση. Αθήνα: *Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.* 2002
5. Μαγγανάς Α.Δ. Το εγκληματικό φαινόμενο στην πράξη. Αθήνα: *Νομική Βιβλιοθήκη* 2004
6. Μπαμπινιώτης Γ.Δ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: *Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.* 2002
7. Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάππας Ι.Α., Λύκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: *Εκδόσεις ΒΗΤΑ* 2013
8. Σουλή Σ.Ι. Αθέατη βία. Η αγάπη δεν πρέπει να πονάει. Οδηγός αυτοβοήθειας για κάθε γυναίκα. Αθήνα: *Εκδόσεις Ψυχογίος Α.Ε.* 2010
9. Σπινέλλη Κ.Δ. Εγκληματολογία. Σύγχρονες και παλαιότερες κατευθύνσεις. 3η Έκδοση Αναεωμένη. Αθήνα: *Νομική Βιβλιοθήκη* 2014

Άρθρα σε ξενόγλωσσα περιοδικά

1. Aalund O., Danielsen L., Katz E., Mazza P.H. Injuries due to deliberate violence in areas of Argentina. I. The extent of violence. *Forensic Science International* 1989; 42(1-2):151-163
2. Aalund O., Danielsen L. Sanhueza R.O. Injuries due to deliberate violence in Chile. *Forensic Science International* 1990; 46(3):189-202
3. Abedr-Rahman H., Salameh H.O., Salameh R.J., Al Abdallat I.M. Role of forensic medicine in evaluating non-fatal physical violence against women by their husbands in Jordan. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2017; 49:33-36
4. Agathonos H., Stathacopoulou N., Adam H., Nakou S. Child abuse and neglect in Greece: Sociomedical aspects. *Child Abuse and Neglect* 1982; 6(3):307-311
5. Agathonos-Georgopoulou H. Child Maltreatment in Greece: A Review Research. *Child Abuse Review* 1997; 6(4):257-271

6. Antoniadou E., Dardavesis T., Pavlou E., Zaggelidou E. Child Physical Abuse in Northern Greece: A Retrospective Study Based on Forensic Protocols. *Journal of Forensic Biomechanics* 2017; 8:135
7. Aydin B. Akbas S., Turla A., Dundar C., Yuce M., Karabekiroglu K. Child Sexual Abuse in Turkey: An Analysis of 1002 Cases. *Journal of Forensic Sciences* 2015; 60(1):61-65
8. Bagley C., Bolitho F., Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence* 1997; 32(126):361-366
9. Baker R.B., Sommers M.S. Physical Injury From Intimate Partner Violence: Measurement Strategies and Challenges. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2008; 37(2): 228-233
10. Balci Y.G., Ayranci U. Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2005; 12(5):258-263
11. Bernardino Í.M., Barbosa K.G.N., Nóbrega L.M., Cavalcante G.M.S., Ferreira E.F.E., d'Ávila S. Interpersonal violence, circumstances of aggressions and patterns of maxillofacial injuries in the metropolitan area of Campina Grande, State of Paraíba, Brazil (2008-2011). *Ciencia & Saude Coletiva* 2017; 22(9):3033-3044
12. Bhandari M., Dosanjh S., Tornetta III P., Matthews D. Musculoskeletal Manifestations of Physical Abuse After Intimate Partner Violence. *The Journal of Trauma* 2006; 61(6):1473-1479
13. Breiting V.B., Aalund O., Albrektsen S.B., Danielsen L., Helweg-Larsen K., Jacobsen J., Kjaerulff H., Staugaard H., Thomsen J.L. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. I. The extent of violence. *Forensic Science International* 1989a; 40(2): 183-199
14. Breiting V.B., Helweg-Larsen K. Staugaard H., Aalund O., Albrektsen S.B., Danielsen L., Jacobsen J., Kjaerulff H., Thomsen J.L. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. V. Violence against women and Children. *Forensic Science International* 1989b; 41(3): 285-294
15. Brink O., Vesterby A., Jensen J. Pattern of injuries due to interpersonal violence. *Injury* 1998; 29(9): 705-709
16. Brink O. When Violence Strikes The Head, Neck, and Face. *The Journal of Trauma* 2009; 67(1): 147-151
17. Boyle A., Todd C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2003; 20(5):438-442

18. Butchart A., Brown D.S.O. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg - Soweto: Incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International* 1991; 52(1):35-51
19. Caldas I.M., Grams A.C., Afonso A., Magalhaes T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Science International* 2012; 221(1-3):102-105
20. Carmo R., Grams A., Magalhaes T. Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2011; 18(8):355-359
21. Chan K.L., Choi W.M.A., Fong D.Y.T., Chow C.B., Leung M., Ip P. Characteristics of family violence victims presenting to emergency departments in Hong Kong. *The Journal of Emergency Medicine* 2013; 44(1):249-258
22. Costa D., Soares J. Lindert J. Hatzidimitriadou E., Sundin O., Toth O., Ioannidi-Kapolo E., Barros H. Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *International Journal of Public Health* 2015;60(4): 467-478
23. Curca G.C., Buda O., Capatana C., Marinescu M., Hostiuc S., Dermengiu D., Cartina C., Cretoiu V.A., Stoica N.A., Badescu I., Voinea M., Darie C., Apostu I., Banciu D.P.G., Balica E.G., Brezeanu O., Constantinescu A., Gheorghiu V., Balan L. Study on domestic violence: a legal medicine perspective. *Romanian Journal of Legal Medicine* 2008; 16(3):226-242
24. Curca G.C., Dermengiu D., Hostiuc S. Patterns of Injuries in Domestic Violence in a Romanian Population. *Journal of Interpersonal Violence* 2012; 27(14):2889-2902
25. Danielsen L., Aalund O., Mazza P.H. Katz E. Injuries due to deliberate violence in areas of Argentina. II. Lesions. *Forensic Science International* 1989; 42(1-2):165-175
26. Dearwater S.R., Coben J.H., Campbell J.C., Nah G., Glass N., McLoughlin E. Bekemeier B. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. *JAMA* 1998; 280(5):433-438
27. Devries K., Knight L., Petzold M., Merrill K.G., Maxwell L., Williams A., Cappa C., Chan K.L., Garcia-Moreno C., Hollis N., Kress H., Peterman A., Walsh S.D., Kishor S., Guedes A., Bott S., Butron Riveros B.C., Watts C., Abrahams N. Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. *BMJ Open Paediatrics* 2018; 2(1):e000180
28. de Sousa R.I.M., de Macedo Bernardino I., Castro R.D., Cavalcanti A.L., Bento P.M., d'Avila S. Facial trauma as physical violence against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006; 67:55-60
29. de Vries Robbe M., March L., Vinen J., Horner D., Roberts G. Prevalence of domestic violence among patients attending a hospital emergency department. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1996; 20(4): 364-368

30. Dias N.G., Costa D., Soares J, Hatzidimitriadou E., Ioannidi-Kapolou E., Lindert J., Sundin Ö., Toth O., Barros H., Fraga S. Social support and the intimate partner violence victimization among adults from six European countries. *Family Practice* 2019; 36(2):117-124
31. Falcao de Oliveira S., Ribeiro de Lima Cardoso K., Possante de Almeida C.A., Cardoso L.R., Guffilen B. Violence against women: Profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014; 23:49-54
32. Farchi S., Polo A., Asole S., Ruggieri M.P., Di Lallo D. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Women's Health* 2013; 13:31
33. Fein J.A., Mollen C.J. Interpersonal Violence. *Current Opinion in Pediatrics* 1999; 11(6):588-593
34. Fothergill N.J., Hashemi K. A prospective study of assault victims attending a suburban A&E department. *Archives of Emergency Medicine* 1990; 7(3):172-177
35. Gall J.A.M. Does the forensic physician have a role beyond injury documentation and specimen collection in Australia? A personal view. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2017;46:46-52.
36. Garbarino J, Crouyer A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development* 1978; 49(3):604-616
37. Gayford J.J. Wife Battering: a Preliminary Survey of 100 Cases. *British Medical Journal* 1975; 1(5951):194-197
38. Giannakopoulos G.F., Reijnders U.J. Assessment of Musculoskeletal Injuries from Domestic Violence in the Emergency Department. *Case Reports in Emergency Medicine* 2015; 2015:721528.
39. Gregersen M., Vesterby A. Child abuse and neglect in Denmark: Medico-legal aspects. *Child Abuse & Neglect* 1984; 8(1):83-91
40. Hackenberg E.A.M., Sallimen V., Koljonen V., Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both youth and elderly patients of both sexes. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2016; 43(3):319-327
41. Hedeboe J., Charles A.V., Nielsen J., Grymer F., Moller B.N., Moller-Madson B., Jensen S.E.T. Interpersonal Violence: Patterns in a Danish Community. *American Journal of Public Health* 1985; 75(6):651-653
42. Hocking M.A. Assaults in south east London. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1989; 82(5):281-284

43. Hofner M.-C. Python N.V., Martin E., Gervasoni J.-P., Graz. B., Yersin B. Prevalence of victims admitted to an emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2005; 22(7):481-485
44. Hofner M.-C., Burquier R., Huissound T., Romain N., Graz B., Mangin P. Characteristics of victims of violence admitted to a specialized medico-legal unit in Switzerland. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2009; 16(5):269-272
45. Hornor G., Thackeray J., Scribano P., Curran S., Benzinger E. Pediatric sexual assault nurse examiner care: Trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *Journal of Forensic Nursing* 2012; 8(3):105-111
46. Hugl-Wajek J.A., Cairo D., Shah S., McCreary B. Detection of domestic violence by a domestic violence advocate in the ED. *The Journal of Emergency Medicine* 2012; 43(5):860-865
47. Joseph B., Khalili M., Zangbar B., Kulvatunyou N., Orouji T., Pandit V., O’Keeffe T., Tang A., Gries L., Friese R.S., Rhee P., Davis J.W. Prevalence of Domestic Violence Among Trauma Patients. *JAMA Surgery* 2015; 150(12): 1177-1183
48. Kiani M., Bazmi S., Rezvani S., Naeaji H. A Survey on Spousal Abuse of 500 Victims in Iran. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2014; 35(1):50-54
49. Kjaerulff H., Jacobsen J., Aalund O., Albrektsen S.B., Breiting V.B., Danielsen L., Helweg-Larsen K., Staugaard H., Thomsen J.L. Injuries due to deliberate violence in areas of Denmark. III. Lesions. *Forensic Science International* 1989; 41(1-2):169-180
50. Kjærulff M.L.B.G., Bonde U., Astrup B.S. The significance of the forensic clinical examination on the judicial assessment of rape complaints - developments and trends. *Forensic Science International* 2019; 297:90-99
51. Kostakis G., Stathopoulos P., Dais P., Gkinis G., Igoumenakis D., Mezitis M., Rallis G. An epidemiologic analysis of 1,142 maxillofacial fractures and concomitant injuries. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 2012; 114(suppl 5):S69-S73
52. Kothari R.U., Kothari c., DeBoer M., Koestner A., Rohs T. Inpatient hospitalization and intimate partner violence: Who are we treating? *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2014; 77(1): 129-136
53. Krob D.B., Steffen L. Religious influence on education and culture: violence against women as common sense. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015; 174:2374-2379
54. Kyrgidis A., Koloutsos G., Kommata A., Lazarides N., Antoniadis K. Incidence, aetiology, treatment outcome and complications of maxillofacial fractures. A retrospective study from Northern Greece. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 2013; 41(7):637-643

55. Larsen M.-L., Hilden M., Lidegaard O. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG* 2015; 122(4):577-584
56. Lincoln C.A. Sexual assault: Forensic examination in the living and deceased. *Academic Forensic Pathology* 2018; 8(4):912-923
57. Litz C.N., Ciesla D.J., Danielson P.D., Chandler N.M. A closer look at non-accidental trauma: Caregiver assault compared to non-caregiver assault. *Journal of Pediatric Surgery* 2017; 52(4):625-627
58. Magalhaes T., Carneiro de Souza J., Gomes da Silva A., Pinto da Costa D., Grams A.C., Ribeiro C., Gonzalez R., Pinto da Costa J. Child sexual abuse: a preliminary study. *Journal of Clinical and Forensic Medicine* 1998; 5(4):176-182
59. Magalhaes T., Taviera F., Jardim P., Santos L., Matos E., Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2009; 16(8):455-459
60. Martone M., Jaudes P.K., Cavins M.K. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(5):457-464
61. Miller J.D., Lyman D.R. Structural models of personality and their relation to antisocial behavior: A meta-analytic review. *Criminology* 2001; 39(4):765-798
62. Mills R., Scott J., Alati R., O'Callaghan M., Najman J.M., Strathearn L. Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse & Neglect* 2013; 37(5):292-302
63. Moller A.S., Backstrom T., Sondergaard H.P., Helstrom L. Patterns of Injury and Reported Violence Depending on Relationship to Assailant in Female Swedish Sexual Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence* 2012; 27(16):3131-3148
64. Morgan L., Dill A., Welch J. Sexual assault of postmenopausal women: A retrospective study. *BJOG* 2011; 118(7):832-843.
65. Muellman R.L., Lenaghan P.A., Pakieser R.A. Battered Women: Injury Locations and Types. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 28(5):486-492
66. Muellman R.L., Burgess P. Male Victims of Domestic Violence and Their History of Perpetrating Violence. *Academic Emergency Medicine* 1998; 5(9):866-870
67. Mullen P.E., Walton V.A., Romans-Clarkson S.E., Herbison G.P. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet* 1988; 331(8590):841-845
68. Okulate G.T. Interpersonal Violence Cases Reported to the Police: A Nigerian Study. *Journal of Interpersonal Violence* 2005; 20(12):1598-1610
69. Papadakaki M., Tzamalouka G.S., Chatzifotiou S., Chliaoutakis J. Seeking for Risk Factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek National Sample: The Role of Self-Esteem. *Journal of Interpersonal Violence* 2009; 24(5):732-750

70. Perciaccante V.J., Ochs H.A., Dodson T.B. Head, Neck, and Facial Injuries as Markers of Domestic Violence in Women. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1999; 57(7):760-762
71. Petridou E., Moustaki M., Gemanaki E., Djeddah C., Trichopoulos D. Intentional childhood injuries in Greece 1996-97 - Data from a population-based Emergency Department Injury Surveillance System (EDISS). *Scandinavian Journal of Public Health* 2001; 29(4):279-284
72. Petridou E., Browne A., Lichter E., Dedoukou X., Alexe D., Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Injury Prevention* 2002; 8(3):197-201
73. Pfeiffer J.-L., Puschel K., Seifert D. Interpersonal violence in road rage. Cases from the Medico-Legal Center for Victims of Violence in Hamburg. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2016; 39:42-45
74. Purcell R., Baksheev G.N., Mullen P.E. A descriptive study of juvenile family violence: Data from intervention order applications in a Children's Court. *International Journal of Law and Psychiatry* 2014; 37(6):558-563
75. Ranney M.L., Mello M.J. A comparison of female and male adolescent victims of violence seen in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 2011; 41(6): 701-706
76. Regueira-Diequez A., Perez-Rivas N., Munoz-Barus J.I., Vazquez-Portomene F., Rodriguez-Calvo M.S. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminology study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2015; 34:119-126
77. Reijnders U.J.L., Ceelen M. 7208 Victims of domestic and public violence; an exploratory study based on reports of assaulted individuals reporting to the police. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014; 24:18-23
78. Roberts A.L., Gilman S.E., Fitzmaurice G., Decker M.R., Koenen K.C. Witness of Intimate Partner Violence in Childhood and Perpetration of Intimate Partner Violence in Adulthood. *Epidemiology* 2010; 21(6):809-818
79. Roberts G.L., O'Toole B.I., Lawrence J.M., Raphael B. Domestic violence victims in a hospital emergency department. *The Medical Journal of Australia* 1993; 159(5):307-310 (Abstract only)
80. Roberts G.L., Lawrence J.M., O'Toole B.I., Raphael B. Domestic Violence in the Emergency Department: I. Two Case-Control Studies of Victims. *General Hospital Psychiatry* 1997; 19(1):5-11
81. Sakellidis E.I., Spiliopoulou C.A., Papadodima S.A. Forensic Investigation of Child Victim with Sexual Abuse. *Indian Pediatrics* 2009; 46: 144-151

82. Savall F., Lechevalier A., Herin F., Vergnault M., Telmon N., Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2017; 46:12-15
83. Seifert D., Lambe A., Anders S., Poeschel K., Heinemann A. Quantitative analysis of victim demographics and injury characteristics at a metropolitan Medico-Legal Center. *Forensic Science International* 2009; 188(1-3):46-51
84. Sharaf El-Din A.A.I., Elkholy S.M.S., Metwally E.S., Farag H.A. Pattern of Female Sexual Assault in Qalyubia Governate, Egypt, During the Period From 2009 to 2013. A Retrospective Study. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2015; 36(4):276-284
85. Sheridan D.J., Nash K.R. Acute Injury Patterns of Intimate Violence Victims. *Trauma, Violence & Abuse* 2007; 8(3):281-289
86. Shepherd J.P., Shapland M., Pearce N.X., Scully C. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1990; 83(2):75-78
87. Silva W.d.S., Barroso-Junior U.d.O. Child Sexual Abuse Confirmed by Forensic Examination in Salvador, Bahia, Brazil. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2017; 38(1):54-58
88. Sorenson S.B. Guns in Intimate Partner Violence: Comparing Incidents by Type of Weapon. *Journal of Women's Health* 2017; 26(3): 249-258
89. Souto R.Q., Araujo F.K.C.D., Xavier A.F.C., Cavalcanti A.L. Rape against Brazilian Women: Characteristics of Victims and Sex Offenders. *Iranian Journal of Public Health* 2015; 44(12):1613-1619
90. Stark M.M. Rogers D.J., Howitt J. Domestic violence: do forensic physicians have a role? *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1997; 4(2):59-63
91. Stranjalis G., Bouras T., Korfiatis S., Andrianakis I., Pitaridis M., Tsamandouraki K., Alamanos Y., Sakas D.E., Marmarou A. Outcome in 1,000 Head Injury Hospital Admissions: The Athens Head Trauma Registry. *The Journal of Trauma* 2008; 65(4):789-793
92. Subba S.H., Binu V.S., Menezes R.G., Kumar V. Physical assault related injuries in Western Nepal - A hospital based retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2010; 17(4):203-208
93. Sutherland I., Sivarajasingam V., Shepherd J.P. Recording of community violence by medical and police services. *Injury Prevention* 2002; 8(3):246-247
94. Thureau S., Le Blanc-Louvry I., Thureau S., Gricourt C., Proust B. Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2015; 31:42-46

95. Tingne C.V., Shrigiriwar M.B., Ghormade P.S. Kumar N.B. Quantitative analysis of injury characteristics in victims of interpersonal violence: An emergency department perspective. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014; 26:19-23
96. Tsavoussis A., Stawicki S.P.A., Stoicea N., Papadimos T.J. Child-witnessed domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness. *Frontiers in Public Health* 2014; 2:178
97. Tsokos M. Diagnostic criteria for cutaneous injuries in child abuse: classification, findings, and interpretation. *Forensic Science, Medicine and Pathology* 2015; 11(2):235-242
98. Vatnar S.K.B., Bjorkly S. Does It Make Any Difference if She Is a Mother? An Interactional Perspective on Intimate Partner Violence With a Focus on Motherhood and Pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence* 2010; 25(1):94-110
99. Velea O.P., Trutescu C., Curca G.C. Psychosocial factors associated to violence against women. *Romanian Journal of Legal Medicine* 2015; 23(3):221-226
100. Wood S.L., Sommers M.S. Consequences of Intimate Partner Violence on Child Witnesses: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2001; 24(4):223-236
101. Wu V., Huff H., Bhandari M. Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse* 2010; 11(2):71-82
102. Wyatt J.P., Woodhams S., Weinberg L., Alao D., Mitchell L. A prospective study of injuries inflicted on children by children. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2010; 17(1):8-10
103. Xia Y., Li S.D., Liu T.-H. The Interrelationship between Family Violence, Adolescent Violence, and Adolescent Violent Victimization: An Application and Extension of the Cultural Spillover Theory in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15(2): pii: E371
104. Yau R.K., Stayton C.D., Davidson L.L. Indicators of intimate partner violence: Identification in emergency departments. *The Journal of Emergency Medicine* 2013; 45(3):441-449
105. Zacarias A.E., Macassa G., Svanstrom L., Soares J.J.F., Antai D. Intimate partner violence against women in Maputo city, Mozambique. *BMC International Health & Human Rights* 2012; 12:35
106. Zachariades N., Papavassiliou D. The Pattern and Aetiology of Maxillofacial Injuries in Greece. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 1990; 18(6):251-254
107. Zhan W., Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Krasnoselkskikh T.V., Abdala N. History of Childhood Abuse, Sensation Seeking, and Intimate Partner Violence

under/Not under the Influence of a Substance: A Cross-Sectional Study in Russia. *PloS One* 2013; 8(7):e68027

108. Zilkens R.R., Smith D.A., Phillips M.A., Mukhtar S.A., Semmens J.B., Kelly M.C. Genital and Anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. *Forensic Science International* 2017a; 275:195-202
109. Zilkens R.R., Smith D.A., Kelly M.C., Mukhtar S.A., Semmens J.B., Phillips M.A. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. *Forensic Science International* 2017b; 279:112-120

Άρθρο σε ελληνικό περιοδικό

1. Πετρουλάκη Κ., Τσιριγώτη Α., Ζαρόκωστα Φ., Νικολαΐδης Γ. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά έκθεσης ανηλίκων σε βίαιες εμπειρίες στην Ελλάδα: Η έρευνα BECAN. *Ψυχιατρική* 2013; 24(4): 262-271