



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΚΑΙ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ

ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ – ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΓΙΑΚΟΥΜΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΖΩΗ ΡΟΥΠΑ

ΛΑΡΙΣΑ 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες στην Επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου Δρ. Ζωή Ρούπα για την ανεκτίμητη βοήθειά της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
1.1 ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	7
1.2 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	8
1.3 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ – ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ	10
1.4 ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	12
1.5 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ.....	15
1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	17
1.7 ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	19
1.8 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ.....	21
1.9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	24
1.10 ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ	27
1.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ	30
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	38
2.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	38
2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	38
2.4 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	38
2.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	39
2.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	40
2.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	42
2.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	70
3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά στην ανίχνευση των θυμάτων της συντροφικής βίας και την παροχή βοήθειας προς αυτά αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διακοπή του φαινομένου της βίας.

Σκοπός : Να διερευνηθούν οι γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία

Υλικό και μέθοδος : Στη μελέτη συμμετείχαν 60 κλινικοί νοσηλευτές και 40 ιατροί που εργάζονταν στον παθολογικό, χειρουργικό και παιδιατρικό τομέα, νοσοκομείου μεγάλου αστικού κέντρου (δείγμα ευκολίας). Ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και δύο ερωτηματολόγια (RADAR και των Nicolaidis et al.) για τις γνώσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία.

Αποτελέσματα : Ένας στους τρεις περίπου επαγγελματίες υγείας απάντησε ποτέ ή σπάνια ρωτά για ενδοοικογενειακή βία, ακόμα και όταν υπάρχουν υποψίες από τα συμπτώματα και τα σημεία του ασθενούς. Οι νοσηλευτές αναζητούν συχνότερα από τους ιατρούς σημεία και συμπτώματα ενδοοικογενειακής βίας, ($p < 0,05$). Οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως η σωματική και σεξουαλική βία αφορά στις ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά ομάδες. Ως κυριότερα εμπόδια στην αναζήτηση της ενδοοικογενειακής βίας αναφέρουν την έλλειψη χρόνου, αλλά και κατάλληλου χώρου για μια τέτοια προσέγγιση, ζητήματα ιδιωτικότητας, όπως επίσης και την άρνηση εκ μέρους του ασθενούς της κακοποίησης ως αιτία του τραυματισμού, το φόβο συνεπειών από την αναφορά της κακοποίησης και το έλλειμμα ειδικής εκπαίδευσης.

Συμπεράσματα : Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τις διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών στο ζήτημα της προσέγγισης της ενδοοικογενειακής βίας. Φανερώνουν το μεγάλο έλλειμμα εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο ζήτημα, γεγονός που αναγνωρίζεται και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: ενδοοικογενειακή βία, συντροφική βία, επαγγελματίες υγείας, γνώσεις, στάσεις.

ABSTRACT

Introduction: Health professional interventions regarding detection of intimate partner violence (IPV) and caring for the victims are the first step towards disruption of the vicious cycle of violence

Aim :To investigate health professionals' knowledge and attitudes against IPV.

Material and methods: Sixty clinical nurses and doctors of a city hospital working in internal medicine, surgery and pediatric department were enrolled in the study (convenience sample). The RADAR and Nicholaidis *et al.*'s questionnaires regarding IPV and a questionnaire of sociodemographic variables were used as research tools.

Results : One out of three health professionals stated that seldom or never asks about symptoms and signs of IPV, even in the case of strong suspicion. Nurses ask patients about IPV more often in comparison with doctors ($p < 0.05$). Health professionals believe that IPV refers to socially vulnerable groups. They report **lack of time and appropriate space, patient's denial of violence, fear of consequences, privacy matters and lack of appropriate education** as main obstacles in dealing with IPV, the latter reported as a major one.

Conclusion: The findings of the present study emphasize the different approach of nurses and doctors against IPV and reveal the lack of education on IPV, the latter stressed heavily by health professionals.

Key words: intimate partner violence, health professionals, knowledge, attitudes, domestic violence

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ANTI ΠΡΟΛΟΓΟΥ

«Ο ξυλοδαρμός γινόταν όλο και πιο σοβαρός... Στην αρχή ήταν περιορισμένος στο σπίτι. Με χαστούκισε μπροστά σε άλλους και συνέχισε να με απειλεί. Κάθε φορά που με χτυπούσε ήταν σαν να προσπαθούσε να δοκιμάσει τις αντοχές μου, να δει πόσο ακόμα μπορώ να αντέξω».

Απόφοιτη πανεπιστημίου, 22 ετών, από την Ταϊλάνδη.

«Η ψυχολογική κακοποίηση είναι χειρότερη. Μπορεί να τρελαθείς όταν εξευτελίζεσαι συνεχώς, και σου λένε ότι δεν αξίζεις, ότι είσαι ένα τίποτα».

Γυναίκα από τη Σερβία.

Δηλώσεις γυναικών που πήραν μέρος στην έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, αναφορικά με την υγεία των γυναικών και την ενδοοικογενειακή βία.

(WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Woman, 2005)

1.2 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια αποτελεί την πρώτη βιοκοινωνική μονάδα στην οποία συμμετέχει ο άνθρωπος, μέσα από την οποία θεμελιώνεται και προετοιμάζεται η κοινωνική του ανάπτυξη.¹

Δεν είναι τυχαίο το ότι η οικογένεια αντιπροσωπεύει για τους ανθρώπους την πιο σημαντική αξία, τη σταθερά αναφοράς τους. Είναι το γαλήνιο καταφύγιο που τους προσφέρει ασφάλεια, αναλαμβάνοντας την ευθύνη να στηρίζει συναισθηματικά τα μέλη της, να τα φροντίζει αλλά και να καλύπτει τις οικονομικές τους ανάγκες, προωθώντας την ομαλή λειτουργικότητά της και τη συνοχή της.²

Ο A.Gittens, (2002), αναφέρει ότι: *«Μια οικογένεια είναι μια ομάδα προσώπων συνδεδεμένων άμεσα με σχέσεις συγγένειας, τα ενήλικα μέλη της οποίας, αναλαμβάνουν την ευθύνη της ανατροφής των παιδιών».*³

Η οικογένεια, μέσα από τις λειτουργίες της, στοχεύει: α) στη βιολογική αναπαραγωγή, προκειμένου να αποκτήσει παιδιά, αλλά και στην περαιτέρω αναπαραγωγή της κοινωνίας, β) στην εκπαίδευση των νεότερων μελών της αποσκοπώντας στην παροχή εφοδίων, ούτως ώστε να καταστήσει τα παιδιά ικανά για τον ενεργά παραγωγικό ρόλο τους στην κοινωνία, φροντίζοντας ταυτόχρονα και για την κοινωνικοποίηση, λειτουργία βασισμένη στην αλληλεπίδραση όλων των μελών της οικογένειας, μικρών και μεγάλων, καθώς οι πληροφορίες, οι συμπεριφορές, οι εμπειρίες και η μετάδοση γνώσεων είναι αμφίδρομες, γ) στην οικονομική της επιβίωση και ευημερία, για την κάλυψη στοιχειωδών αναγκών όπως σίτιση, στέγαση και εξασφάλιση της υγείας των μελών της, δ) στην κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ατόμων της οικογένειας, με την προσφορά αγάπης, στοργής και αποδοχής, με την προϋπόθεση ότι τα πρόσωπα που την πλαισιώνουν, χαρακτηρίζονται από ωριμότητα, επιθυμούν και είναι ικανά, να παράσχουν και να απολαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, ε) στην παροχή φροντίδας για τα μέλη της οικογένειας που έχουν ανάγκη, και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, όπως βρέφη, ηλικιωμένοι ή πάσχοντες.^{4,5,6}

Γίνεται αντιληπτό, ότι μέσα από τους ρόλους και τις σχέσεις εξουσίας που ισχύουν ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, από την ποιότητα της επικοινωνίας και τη μορφή των σχέσεων που αναπτύσσουν μεταξύ τους, αλλά και με τον κοινωνικό τους περίγυρο, σμιλεύεται το δίκτυο των ενδοοικογενειακών σχέσεων.¹

Υπάρχουν διάφορα σχήματα με τα οποία εμφανίζονται οι οικογένειες σήμερα και χαρακτηρίζονται από ποικιλία και εναλλαγή, καθώς, αφενός, οι κοινωνικές συνθήκες αλλάζουν ραγδαία, και αφετέρου, ο άνθρωπος έχει επιλογές για την οργάνωση της ζωής του ανταποκρινόμενος σε αυτές τις αλλαγές ή και στις προσδοκίες του.⁷ Αναφέρονται τα κυριότερα:

Πυρηνική οικογένεια, η οποία είναι κυρίως αστική και περιλαμβάνει τους γονείς και τα παιδιά.

Εκτεταμένη οικογένεια, στην οποία συμμετέχουν τρεις ή περισσότερες γενιές συγγενικών προσώπων.

Μονογονεϊκή οικογένεια, στην οποία υπάρχει ο γονέας που μπορεί να είναι άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος, και το ή τα παιδιά.

Ανασυγκροτημένη οικογένεια, η οποία μπορεί να δημιουργηθεί μετά από διαζύγιο και δεύτερο γάμο, για τον ένα ή και τους δύο γονείς, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών. Επιλογή που μπορεί να ακολουθηθεί και στην περίπτωση χηρείας.

«Χωλή» οικογένεια, όπου συντρέχουν λόγοι οικονομικοί (μετανάστευση), ή επαγγελματικοί (εκπαιδευτικοί διορισμένοι σε άλλη πόλη), ή κοινωνικοί (φυλακή) ή λόγοι υγείας οπότε οι δύο γονείς δε μένουν μαζί.

«Διπλής σταδιοδρομίας» οικογένεια, όπου οι προτεραιότητες των συζύγων αφορούν στην επαγγελματική τους καταξίωση.^{1,4,7}

Από το 1993, σύμφωνα με απόφαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, καθιερώθηκε ο εορτασμός της Παγκόσμιας Ημέρας για την Οικογένεια στις 15 Μαΐου. Ο Μπαν Κι -Μουν, Γενικός Γραμματέας του Ο.Η.Ε, στο εορταστικό του μήνυμα, εξήρε τη σπουδαιότητα της ευημερίας της οικογένειας, τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε οικονομικό πλαίσιο, καθώς υπάρχει άμεσος αντίκτυπος στη διαμόρφωση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της κοινωνίας.

Αναγνωρίζοντας τις μεταβολές που έχει υποστεί το εργασιακό και το οικογενειακό περιβάλλον, καλεί και προτρέπει τις κυβερνήσεις αλλά και τον ιδιωτικό τομέα, να αναπτύξουν δίκτυ προστασίας για την εξισορρόπηση της εργασιακής και της οικογενειακής ζωής.⁸

Παρόλα αυτά, η επίτευξη της σταθερότητας στην οικογένεια καθώς και η δημιουργία και αναπαραγωγή υγιών σχέσεων, μέσα και έξω από αυτή, δεν εξαρτάται ούτε από το σχήμα που έχει, ούτε και από την κρατική προστασία που ούτως ή άλλως κατοχυρώνεται συνταγματικά. Το σημαντικότερο όλων είναι, το ότι, τα πρόσωπα αυτά καθ' αυτά τα οποία απαρτίζουν την οικογένεια, να συνειδητοποιήσουν το νόημα ύπαρξης της οικογένειας, και το πως αυτό σηματοδοτεί τη μελλοντική ψυχολογική και κοινωνική εξέλιξή τους, καθώς και το μερίδιο ευθύνης που αναλογεί στον καθένα χωριστά για την υλοποίηση του στόχου της και την εξασφάλιση της συνοχής της.²

Ωστόσο η αρμονική συνύπαρξη των μελών της οικογένειας, πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολίες, και ο οικογενειακός ιστός δεν είναι δυνατό να παρέχει στα πρόσωπα ασφάλεια και ικανοποίηση. Τη θέση των θερμών συναισθημάτων μπορεί να καταλαμβάνουν ο φόβος, η απόγνωση, η αγωνία και η ενοχή, ιδιαίτερα όταν μέσα στην οικογένεια υπάρχουν καταπιεστικές και καταχρηστικές συμπεριφορές, με καταστροφικότερες, την ασέλγεια σε βάρος ανηλίκων και την ενδοοικογενειακή βία.³

1.3 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ - ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ

Είναι γνωστό ότι οι σχέσεις των ανθρώπων δοκιμάζονται συνεχώς και η ένωση δύο ατόμων, όχι απαραίτητα με γάμο, αλλά υποθετικά πάντα με γνώμονα την αγάπη, αρκετά συχνά πλαισιώνονται από βία.⁹

Η οικογενειακή βία αποτελεί υποκατηγορία της διαπροσωπικής βίας, και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αφορά, συνήθως, στα μέλη μιας οικογένειας και λαμβάνει χώρα, συνήθως στο οικιακό περιβάλλον χωρίς αυτό να ισχύει πάντα.¹⁰

Η βία που εκδηλώνεται μέσα στην οικογένεια μπορεί να εμπεριέχει τη βία μεταξύ των συζύγων, τη βία των γονιών προς τα παιδιά, τη βία των παιδιών προς τους γονείς καθώς και τη βίαιη συμπεριφορά μεταξύ αδελφών, είτε είναι ετεροθαλή είτε έχουν εξ' αίματος συγγένεια.¹¹

Συνήθως ο όρος «ενδοοικογενειακή βία» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την εκδήλωση της βίαιης έμφυλης συμπεριφοράς, δηλαδή την άσκηση βίας κατά των γυναικών, εξαιτίας του φύλου τους, με δράστες τους άνδρες συζύγους ή συντρόφους τους. Επειδή όμως η βία στις σχέσεις

φαίνεται να μην έχει φύλο, χρησιμοποιείται ο όρος «συντροφική βία» για να συμπεριλάβει τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια, καθώς και τα ζευγάρια όπου η βία ασκείται από τις γυναίκες σε βάρος των αντρών συντρόφων τους.⁹

Σύμφωνα με τις οδηγίες-συστάσεις τις οποίες εξέδωσε το Αμερικανικό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων και το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου τραυματισμών, αναφορικά με τη χρήση ενιαίας ορολογίας και τη συλλογή στοιχείων για τη συντροφική βία, η τελευταία συναντάται σε ετεροφυλόφιλα ή μη ζευγάρια, σε σχέσεις των οποίων τα μέλη είναι σύζυγοι ή πρώην σύζυγοι, σύντροφοι ή πρώην σύντροφοι οι οποίοι δεν υπήρξαν παντρεμένοι, άνθρωποι που γνωρίζονται για πρώτη φορά (κατά τη διάρκεια του «πρώτου ραντεβού», ενώ τα εμπλεκόμενα πρόσωπα μπορεί να έχουν παιδιά ή όχι).¹²

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει πως «η συντροφική βία» αναφέρεται σε όλες εκείνες τις συμπεριφορές, μέσα σε μια σχέση, οι οποίες προκαλούν σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη συγκαταλέγοντας σε αυτές τις συμπεριφορές την επιθετικότητα τον εξαναγκασμό, την ψυχολογική κακοποίηση καθώς και την άσκηση και επιβολή ελέγχου».¹³

Η βία διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

A. Σωματική βία

Στην κατηγορία αυτή ή άσκηση βίας εμφανίζεται με την χρήση σωματικής δύναμης και έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση διαφόρων τραυματισμών, την πρόκληση ανικανότητας ή ακόμα και το θάνατο του θύματος. Χαστούκια, σπρώξιμο, ταρακούνημα, γρονθοκόπημα, τράβηγμα μαλλιών, εγκαύματα μέχρι και χρήση όπλου είναι μερικές από τις εκφάνσεις της σωματικής βίας.¹²

B. Σεξουαλική βία

Κατά την άσκηση σεξουαλικής βίας, ο δράστης λόγω μεγαλύτερης σωματικής δύναμης, μπορεί να υποχρεώσει το θύμα του να συμμετάσχει, παρά τη θέλησή του, σε σεξουαλική πράξη άσχετα αν αυτή θα ολοκληρωθεί. Είναι πιθανό το θύμα να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί τη φύση της κατάστασης, να συναινέσει, ή ακόμη και να επικοινωνήσει όπως για παράδειγμα σε περίπτωση ασθένειας, αναπηρίας ή ακόμα όταν βρίσκεται υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ.¹² Ειδικά για το βιασμό η Π.Ο.Υ τον ορίζει «ως την εξαναγκασμένη συνουσία, από το

αιδοίο ή τον πρωκτό, με πέος, με τη χρήση κάποιου άλλου τμήματος του σώματος ή με τη χρήση αντικειμένου». ¹³

Γ. Λεκτική βία

Η λεκτική βία εκδηλώνεται με τη χρήση λέξεων, χειρονομιών ή όπλων ενώ ταυτόχρονα το θύμα απειλείται με τραυματισμό ή θάνατο. Η χρήση λεκτικής βίας συνυπάρχει και στην περίπτωση του εξαναγκασμού για σεξουαλική πράξη.

Δ. Ψυχολογική – Συναισθηματική βία

Περιλαμβάνει τον εξευτελισμό του θύματος, την άσκηση ελέγχου στη συμπεριφορά του, την κοινωνική του απομόνωση με την απομάκρυνση οικογένειας και φίλων, τον οικονομικό του αποκλεισμό, τη χρησιμοποίηση των παιδιών προκειμένου να ελεγχθεί η συμπεριφορά του θύματος ή ακόμα και την εμπλοκή του σε παράνομες πράξεις. ¹²

Αξιίζει να σημειωθεί ότι η Π.Ο.Υ, στην Παγκόσμια Αναφορά για τη Βία και την Υγεία, (2002), αναφέρει πως οι μορφές βίας έτσι όπως περιγράφονται στα ζευγάρια διακρίνονται σε δύο μοντέλα. Το πρώτο αφορά την εκδήλωση όλων των τύπων της βίας καθώς αυτές εξελίσσονται με κλιμακούμενη ένταση από την πλευρά του δράστη. Το δεύτερο φωτογραφίζει τη βία που εμφανίζεται σε ζευγάρια λόγω της απογοήτευσης και του θυμού, τα οποία μπορούν να δράσουν σωρευτικά και να εκδηλωθούν με επιθετικότητα. ¹⁰

1.4 ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν τη βία κατά των γυναικών «κάθε πράξη βίας η οποία βασίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα ή πιθανό να έχει ως αποτέλεσμα, τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη των γυναικών ή οδηγεί σε μια κατάσταση κατά την οποία η γυναίκα υποφέρει. Περιλαμβάνει δε, απειλές, πράξεις εξαναγκασμού, την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας της, είτε αφορά στην ιδιωτική είτε στην κοινωνική της ζωή». ¹⁴

Σε δελτίο τύπου που εξέδωσε το Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών, εκφράζεται έντονη ανησυχία τόσο για την Ευρώπη όσο και για την Ελλάδα, καθώς κατά τη διάρκεια της ζωής της, κάθε γυναίκα υφίσταται κάποια μορφή

κακοποίησης. Παράλληλα υποστηρίζει ότι 1 στις 5 γυναίκες είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας, ενώ 1 στις 10 είναι θύμα σεξουαλικής βίας. Επιπρόσθετα τα Ηνωμένα Έθνη αναφέρουν ότι, το 80% των θυμάτων της βίας είναι γυναίκες.¹⁵

Η συντροφική βία συναντάται σε όλες τις χώρες, και σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, ανεξαρτήτως θρησκευτικών πεποιθήσεων και πολιτισμικών δεδομένων. Η αυξημένη προσοχή που δόθηκε από τις γυναικείες οργανώσεις, σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών ως κατάφορη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και σαν ένα σημαντικότατο πρόβλημα που αφορά στη Δημόσια Υγεία.^{10,16}

Η E. Alpert αποκαλεί την ενδοοικογενειακή βία «μυστική πανδημία», υπονοώντας την τακτική αποσιώπησης του προβλήματος, τονίζοντας παράλληλα την ιδιαίτερη βαρύτητα που έχουν οι συνέπειες της βίας για την υγεία και την ευεξία όχι μόνο των θυμάτων αλλά και ολόκληρης της ανθρωπότητας.¹⁷

Σε έρευνα του ΚΕΘΙ (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2003, σε Πανελλαδικό επίπεδο, αποκαλύπτεται ότι σε δείγμα 1200 γυναικών, ηλικίας 18 – 60 ετών, το 56% βίωσε λεκτική ψυχολογική βία. Εμπειρία σωματικής βίας, δήλωσε το 3,6%, ενώ το 3,5% εξαναγκάστηκε σε σεξουαλική επαφή. Το 23,6% δήλωσε ότι γνώριζε κάποια γυναίκα από το συγγενικό ή το φιλικό του περιβάλλον, η οποία υφίσταται συντροφική βία. Το γεγονός ότι, μόνο το 8,8% των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, χαρακτηρίζει το σύντροφο ή το σύζυγό της βίαιο,¹⁸ δηλώνει την αδυναμία αναγνώρισης της βίας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008, από Διομήδους και συν, για τη διερεύνηση της βίας σε κακοποιημένες γυναίκες, βρέθηκε ότι το 35% του δείγματος υπέστησαν σωματική βία, το 26% λεκτική βία, το 22% ψυχολογική βία, το 12% οικονομική βία και τέλος το 5% των γυναικών βίωσε τη σεξουαλική βία.²⁰

Στις Η.Π.Α πάνω από μια στις τρεις γυναίκες έχουν υποστεί βιασμό, σωματική κακοποίηση ή έχουν παρενοχληθεί με παρακολούθηση από σύντροφό τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σχεδόν μια στις δέκα γυναίκες υπέστησαν βιασμό από σύντροφό τους και το 16% έχουν υποστεί άλλη μορφή σεξουαλικής βίας σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Περίπου

μια στις τέσσερις, δέχθηκε δριμύτατη σωματική βία όπως γρονθοκόπημα ή χτύπημα με σκληρό αντικείμενο, από σύντροφο στη διάρκεια της ζωής της. Σχεδόν οι μισές από το σύνολο των γυναικών των Η.Π.Α, έχουν υποστεί ψυχολογική βία, ενώ τα περισσότερα θύματα αναφέρουν ότι βίωσαν κάποια μορφή βίας, για πρώτη φορά, πριν από τα 25 τους χρόνια.¹⁹

Ενδεικτικά στην πολιτεία του Τέξας υπολογίζεται ότι 3.069.421 γυναίκες έχουν αντιμετωπίσει τη βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Συγκεκριμένα ένα ποσοστό 23% αναφέρει ότι βίωσε μόνο σωματική βία, 2% αναφέρει τη σεξουαλική βία μόνο και το 13% αναφέρει την εμπειρία και των δύο μορφών βίας, σωματικής και σεξουαλικής. Στην έρευνα αυτή, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί, μεταξύ άλλων, το ότι στο σύνολό τους 43,8% των συμμετεχόντων, δήλωσαν ότι είχαν ένα βίαιο σύντροφο, το 22% ανέφερε την ύπαρξη δύο βίαιων συντρόφων στη ζωή τους, ενώ το 8,5% τρεις ή τέσσερις βίαιους συντρόφους.²¹

Στη Βραζιλία, περίπου 30% των γυναικών έχουν υποστεί σωματική και σεξουαλική βία από το σύντροφό τους, με χαρακτηριστική αύξηση αυτού του ποσοστού για τις γυναίκες που ζουν στις αγροτικές περιοχές.²²

Στο Μαλάουι, μελέτη δείχνει ότι τουλάχιστον μια στις πέντε γυναίκες δηλώνουν άσκηση σωματικής βίας, και μια στις δέκα αναφέρουν συναισθηματική και σεξουαλική μορφή συντροφικής βίας.²³

Σε έρευνα που εκπονήθηκε στην Ισπανία, το 2010, με σκοπό τη διερεύνηση των συνεπειών της βίας κατά των γυναικών, συμπεριλαμβανομένης και της συντροφικής βίας, βρέθηκε ότι η συντροφική βία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών.²⁴

Στη Βρετανική Κολομβία, έκθεση της ιατροδικαστικής υπηρεσίας σχετικά με τις δολοφονίες που διεπράχθησαν το διάστημα 2003-2011, αποκαλύπτει ότι έλαβαν χώρα 120 δολοφονίες λόγω συντροφικής βίας. Το 72,5% των θυμάτων ήταν γυναίκες και συγκεκριμένα το 75,8% των δολοφονιών διαπράχτηκε από σύζυγο ή σύντροφο, το 14,2% από πρώην σύζυγο ή σύντροφο και 10,0% από άλλα πρόσωπα.²⁵ Ανάλογες αναφορές υπολογίζουν ότι στη Βραζιλία το ποσοστό των γυναικών που δολοφονήθηκε, στα πλαίσια της συντροφικής βίας, για το διάστημα 1997 – 2005 είναι περίπου 60%.²²

1.5 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ

Η ενδοοικογενειακή βία έχει σοβαρό αντίκτυπο στη σωματική και στην ψυχική υγεία των γυναικών που την υφίστανται, αλλά και στα παιδιά τους που πολλές φορές γίνονται μάρτυρες των βίαιων επεισοδίων. Γίνεται αντιληπτό ότι οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα απειλητικές για τις ίδιες και τα παιδιά τους, καθώς πλήττεται η σωματική και η συναισθηματική τους υπόσταση, ενώ παράλληλα παρεμποδίζεται η προσωπική και κοινωνική τους ανάπτυξη.^{16,18}

Το ερώτημα που εύλογα σχηματίζεται, αφορά τους λόγους για τους οποίους μία γυναίκα παραμένει σε μια επώδυνη και σίγουρα επικίνδυνη σχέση. Η γυναίκα που κακοποιείται ζει μόνιμα με φόβο, ντροπή και ενοχές. Η οικονομική εξάρτηση καθώς και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί και να ζητήσει βοήθεια, αλλά και η βαθιά αίσθηση ανημποριάς, αποτελούν σημαντικούς λόγους για την παραμονή αυτής της γυναίκας σε μια σχέση, όπου βιώνει καταχρηστικές συμπεριφορές.²⁶

Σε μια προσπάθεια εξήγησης του φαινομένου της βίας στο σπίτι, η L. Walker, ανέπτυξε τη θεωρία του κύκλου της βίας το 1979.²⁶ Η Walker, υποστηρίζει ότι οι κακοποιημένες γυναίκες εμφανίζουν δυσκολία στη διακοπή αυτών των σχέσεων εξαιτίας πολύπλοκων ψυχοκοινωνικών λόγων. Εκτός των λόγων που προαναφέρθηκαν, η ανεπαρκής ανταπόκριση από τις αστυνομικές και τις δικαστικές αρχές ενισχύουν την παραμονή των γυναικών σε βίαιες σχέσεις.

Εξίσου σημαντικό όμως είναι, και το γεγονός ότι οι ίδιες οι γυναίκες, δεν πιστεύουν ότι μπορούν να κάνουν κάτι για να αλλάξουν την κατάσταση που βιώνουν. Εξήγηση δίδεται με τη θεωρία της Επικτήτης Αδυναμίας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα που υφίστανται βία, ανακαλύπτουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασης που βιώνουν, καθώς, όπως και να αντιδράσουν δεν μπορούν να ελέγξουν το αποτέλεσμα που προκύπτει, και έτσι μετατρέπονται σε υπάκουα, παθητικά, υποχωρητικά άτομα τα οποία πιστεύουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν και άρα να επηρεάσουν αυτό που τους συμβαίνει. Από τη στιγμή που πείθονται για την «αδυναμία» τους, η αντίληψη αυτή γίνεται πραγματικότητα. Εκεί ακριβώς

έγκειται και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες αυτές, στο να αποδεσμευτούν από μια σχέση.²⁷

Ταυτόχρονα, δεν πιστεύουν ότι φεύγοντας θα σταματήσει η βία και επομένως θα προστατεύσουν τους εαυτούς τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι νιώθουν έντονα την παρουσία του θύτη και φοβούνται ότι δεν μπορούν να ξεφύγουν από την παντοδυναμία του, καθώς είναι πεπεισμένες για τη βλάβη που θα υποστούν τελικά. Συνυπολογίζοντας και τις ασθενείς κοινωνικές και νομικές συνέπειες που έχει ο δράστης, επιβεβαιώνεται η κυριαρχία του πάνω τους.²⁸

Οι κακοποιημένες γυναίκες δεν κακοποιούνται ούτε συνεχώς, ούτε σε τυχαία χρονικά διαστήματα. Η Walker, με την ανάπτυξη της κυκλικής θεωρίας της βίας, εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο οι κακοποιημένες γυναίκες θυματοποιούνται, το πως αποκτούν το αίσθημα της αδυναμίας, και πως τελικά παραμένουν στις σχέσεις κακοποίησης.

Σύμφωνα με τη θεωρία, υπάρχουν τρεις φάσεις οι οποίες δεν είναι όμοιες, σε χρόνο και ένταση, όχι μόνο για όλα τα ζευγάρια αλλά αλλάζουν και στο ίδιο το ζευγάρι:

1^η Φάση: Δημιουργία έντασης.

Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής λαμβάνουν χώρα επεισόδια κακοποίησης μικρής έντασης, όπως χαστούκισμα, σπρώξιμο ή πέταγμα φαγητού στο πάτωμα. Για τα επεισόδια αυτά, όσο δυσάρεστα και να είναι, η γυναίκα «πνίγει» το θυμό της και ελαχιστοποιεί τη σημασία τους αφού γνωρίζει ότι ο θύτης είναι ικανός για ακόμα χειρότερη συμπεριφορά. Το ζητούμενο είναι να τον εμποδίσει να ξεσπάσει, προσπαθώντας να ελέγξει όσους εξωτερικούς παράγοντες είναι δυνατόν, για να αποφύγει την πυροδότηση δυσμενέστερης κακοποίησης. Παρόλα αυτά, η ένταση κλιμακώνεται και ο έλεγχος δεν αργεί να χαθεί και από τους δύο.^{26,27}

2^η Φάση: Η έκρηξη.

Από τη στιγμή που το ζευγάρι φτάνει στο σημείο όπου η κατάσταση είναι μη ελέγξιμη, εξελίσσεται το σοβαρό επεισόδιο της κακοποίησης. Δύο είναι τα χαρακτηριστικά της δεύτερης φάσης: α) έλλειψη ελέγχου και β) πολύ σοβαρό επεισόδιο κακοποίησης. Η φάση αυτή είναι μικρότερη σε διάρκεια από την πρώτη και την τρίτη φάση, τελειώνει δε όταν ο θύτης

εκτονωθεί, κουραστεί ή τον απομακρύνουν μάρτυρες που τυχαίνει να βρίσκονται στον ίδιο χώρο. Με τη λήξη του επεισοδίου έρχεται και το σοκ, η δυσπιστία και η άρνηση γι αυτό που έχει συμβεί, για δράστη και θύμα, οι οποίοι προσπαθούν από κοινού να δικαιολογήσουν τη σοβαρότητα τη συγκεκριμένης επίθεσης. Το θύμα μόνο σε περίπτωση σοβαρής κάκωσης θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια, καθώς το συναίσθημα της ντροπής και η τήρηση της μυστικότητας υπερισχύουν.^{26,27}

3^η Φάση: «Μήνας του μέλιτος» ή φάση της Αδιασάλευτης Ευτυχίας.

Στην τρίτη φάση του κύκλου της βίας, ο θύτης εμφανίζεται μετανιωμένος, με ιδιαίτερη αγάπη και φροντίδα, υποσχόμενος ότι η συμπεριφορά του θα αλλάξει. Είναι η φάση που η γυναίκα ζει με μεγάλη ένταση την τρυφερότητα και την αγάπη, ελπίζοντας ότι οι δύο προηγούμενες φάσεις θα περιοριστούν μαζί με τη βία που τις συνοδεύει. Έτσι, θα έχει μια σχέση με το κομμάτι του άντρα της που αγαπά. Ακριβώς αυτό το κομμάτι είναι που θέλουν να κρατήσει, ενώ αποφεύγει την ταύτιση του συντρόφου της με το βίαιο πρόσωπό του. Μόνο όταν συνειδητοποιήσει την κακοποίηση που υφίσταται θα μπορέσει να συνειδητοποιήσει και τη βίαιη ταυτότητα του άντρα που έχει δίπλα της, διαδικασία που διαρκεί μήνες ή και χρόνια μέχρι να ολοκληρωθεί.^{16,26,27}

Η Τρίτη φάση διαρκεί λίγο, για να δώσει τη θέση της στην έναρξη της έντασης με μικρά επεισόδια βίας, και την επανάληψη του κύκλου της βίας. Η κακοποιημένη γυναίκα έχοντας μνήμες και τραύματα από το παρελθόν, κάθε φορά που ένας καινούριος κύκλος ξεκινά, ο φόβος της γίνεται όλο και μεγαλύτερος έχοντας πάντα δύο στόχους: α) να ηρεμήσει το θύτη και β) να γλυτώσει την κακοποίηση, αναπόφευκτο αποτέλεσμα της κλιμακούμενης βίας.²⁸

1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η κακοποίηση των γυναικών έχει πληθώρα δυσμενών σωματικών και ψυχικών συνεπειών για τις ίδιες και τα παιδιά τους, αποτελώντας ταυτόχρονα πλήγμα και για την κοινωνία. Η σταδιακή απομόνωσή τους από τους συγγενείς και φίλους, και η δυσκολία να ανταπεξέλθουν στην απόκτηση και ανάπτυξη εργασίας, καθώς μπορεί να εμφανίσουν μειωμένη

απόδοση και παραγωγικότητα, οδηγεί σε μειωμένη προσωπική και κοινωνική ευημερία.^{16,29}

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις σωματικές συνέπειες της άσκησης της συντροφικής βίας: Τραυματισμοί στο θώρακα και στην κοιλιά, εκδορές, μώλωπες, σύνδρομο χρόνιου πόνου, κατάγματα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, γαστρεντερικές διαταραχές, πονοκέφαλοι, εμετοί, θολή όραση, αρθρίτιδα, υπέρταση, πόνοι στο στήθος, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανικανότητα φροντίδας χρόνιων νοσημάτων όπως άσθμα, διαβήτη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.^{10,24,29,30,31}

Η συντροφική βία, είναι συνυφασμένη με αυξημένο αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των κακοποιημένων γυναικών. Το χρόνιο ψυχολογικό stress που βιώνουν, μπορεί έμμεσα να επηρεάσει οξεία ή χρόνια προβλήματα υγείας. Οι κακοποιημένες γυναίκες υποφέρουν από άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και διατροφής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα ντροπής, αυτοκτονικές τάσεις, φοβίες, κρίσεις πανικού, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Συναντούν επίσης δυσκολίες στη διαμόρφωση φιλικών σχέσεων, στο χώρο εργασίας τους και στην εκπαιδευτική τους απόδοση.^{10,29,30,31,32}

Εξαιρετικά σημαντικές αποδεικνύονται και οι οικονομικές συνέπειες της συντροφικής βίας, αφενός λόγω της μείωσης ή της απώλειας της παραγωγικότητας του θύματος και αφετέρου εξαιτίας της αυξημένης χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας.¹⁰ Το οικονομικό κόστος αυξάνεται αρκετά, είτε η αναζήτηση και η παροχή υγειονομικής οικονομικής βοήθειας γίνει άμεσα, είτε χρειάζεται μακροπρόθεσμη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των θυμάτων λόγω επιπλοκών αναφορικά με τη φυσική ή ψυχική τους υγεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η μη έγκαιρη αναγνώριση της συντροφικής βίας, η δυσκολία εφαρμογής παρεμβάσεων και η παραμονή της γυναίκας στη σχέση, οδηγεί στη χρονιότητα του προβλήματος με την παράλληλη αυξημένη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας, αντανakλώντας στην άνοδο του κόστους για την υγεία.³³

Αν συνυπολογιστεί και το οικονομικό κόστος που εμπεριέχεται, σε έξοδα για δικαστήρια, φυλακές, δράσεις για τα θύματα αλλά και προγράμματα αντιμετώπισης των θυτών, τα ποσά που απαιτούνται είναι πολύ υψηλά.²⁹ Η κατάρτιση ενός μαθηματικού μοντέλου στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004, για

τον ετήσιο υπολογισμό της ενδοοικογενειακής βίας, εκτίμησε ότι ανέρχεται στο ποσό των 34δισ €, ενώ αντίστοιχες μελέτες εκτιμούν ότι στη Φιλανδία ανέρχεται σε 91εκ € ετησίως, στην Ισπανία 2.4δισ €, στην Ολλανδία 151εκ €, και στο Ηνωμένο Βασίλειο 34δισ €.⁹

1.7 ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η διερεύνηση και η αντιμετώπιση όλων εκείνων των παραγόντων που είτε ευθύνονται για την εκδήλωση της συντροφικής βίας, είτε λειτουργούν προστατευτικά έναντι της βίας, αποτελούν το πρώτο βήμα για την κατανόηση, πρόληψη και παρέμβαση σε θέματα συντροφικής βίας. Διάφορα θεωρητικά μοντέλα έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να περιγράψουν τους παράγοντες αυτούς, βασιζόμενα σε αντιλήψεις πάνω στη βιολογία, την ψυχολογία τον πολιτισμό αλλά και την ισότητα των δύο φύλων.³⁴

Παρόλα αυτά η χρήση του οικολογικού μοντέλου,¹⁰ όπως παρουσιάζεται στην Παγκόσμια Έκθεση για τη Βία και την Υγεία, διευκολύνει την κατανόηση του μηχανισμού αλληλεπίδρασης των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση της συντροφικής βίας.^{34,35}

Σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο οι παράγοντες επικινδυνότητας παρουσιάζονται, διαμορφώνονται και αλληλεπιδρούν σε τέσσερα επίπεδα:

- ❖ Το ατομικό πεδίο όπου αναπτύσσονται όλα εκείνα τα προσωπικά, βιολογικά στοιχεία που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον να προβεί σε βίαιες πράξεις ή να γίνει αποδέκτης αυτών.
- ❖ Το επίπεδο των σχέσεων έτσι όπως αυτές διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στην οικογένεια αλλά και στον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, όπως συμβαίνει με φίλους, συντρόφους. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να εμφανίζονται ως αποτέλεσμα αυτών των σχέσεων.
- ❖ Το κοινοτικό επίπεδο ως πλαίσιο μέσα στο οποίο τα άτομα συναναστρέφονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (σχολείο, δουλειά, γειτονιά), αποτελείται από περιβάλλοντα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να συνδέονται με την ανάπτυξη των ενοχοποιητικών παραγόντων.

- ❖ Το κοινωνικό επίπεδο εμπεριέχει πολύ σημαντικούς παράγοντες, όπως η θρησκεία, οι κοινωνικοοικονομικές πολιτικές, τα θέματα που αφορούν την ισότητα των δύο φύλων, τα οποία δύνανται να οδηγήσουν στην εκδήλωση συγκεκριμένων συμπεριφορών.³⁴

Η παιδική κακοποίηση ή κάποιο παιδί να είναι μάρτυρας της κακοποίησης της μητέρας του, αποτελεί πιθανό επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης βίαιης συμπεριφοράς, στο μέλλον κατά τη δημιουργία συντροφικής σχέσης. Μαθαίνοντας υποσυνείδητα ότι η βία αποτελεί μέσο επιβολής κυριαρχίας, και ελλείπει υγιών προτύπων αντιμετώπισης των προβλημάτων, είναι πολύ πιθανό να χρησιμοποιήσει τη βία ως έφηβος ή ως ενήλικας στις δικές του σχέσεις. Εξίσου σημαντική όμως είναι και η πιθανότητα υιοθέτησης παθητικής στάσης η οποία μπορεί να οδηγήσει στη θυματοποίηση του παιδιού κατά την ενήλικη ζωή του. Παρόλα αυτά, δεν ενστερνίζονται όλα τα παιδιά τη βίαιη συμπεριφορά που βιώνουν στο οικιακό τους περιβάλλον. Εύλογα ωστόσο διατυπώνεται από τους επιστήμονες το ερώτημα αναφορικά με τους λόγους που κάποιο παιδί, αν και είχε στο παρελθόν ζήσει κακοποίηση, δεν την αναπαράγει ως ενήλικας.^{10,26,34} Έρευνα των Abramsky at al, (2011), αναφέρει ότι οι πιθανότητες εμφάνισης συντροφικής βίας αυξάνεται όταν υπάρχει ιστορικό κακοποίησης των μητέρων και των δύο μελών του ζευγαριού.³⁶

Η χρήση αλκοόλ συνδέεται, με την εκδήλωση βίαιων επεισοδίων κακοποίησης σε βάρος των γυναικών.¹⁰ Επίσης, οι Gerber at al, (2005), ερευνητές στο Harvard, υποστηρίζουν ότι γυναίκες που ακολουθούν επιζήμιες για την υγεία τους συνήθειες, όπως κάπνισμα και χρήση αλκοόλ, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμπλοκή σε καταστάσεις συντροφικής βίας.³⁷ Γίνεται αντιληπτό, ότι το πρόβλημα οξύνεται όταν και οι δύο σύντροφοι κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος.³⁶ Ωστόσο θα πρέπει να διευκρινισθεί σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, ότι ευθύνονται για την εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς αποτελώντας επιβαρυντικούς και όχι αιτιολογικούς παράγοντες χρήσης βίας.^{16,20}

Η διαφορά που μπορεί να υπάρχει στο μορφωτικό επίπεδο των δύο συντρόφων, μπορεί να πυροδοτήσει την έκρηξη βίαιων επεισοδίων, ιδιαίτερα όταν η γυναίκα υπερτερεί στο συγκεκριμένο τομέα.³⁴ Στη μελέτη τους, οι Abramsky at al, (2011), επισημαίνουν ότι η ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας, τουλάχιστον, εκπαίδευσης από τους δύο συντρόφους

μπορεί να λειτουργήσει σαν προστατευτική ασπίδα για την εμφάνιση συντροφικής βίας.³⁶ Σε αντίθεση, σε σχετική έρευνα που εκπονήθηκε από το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, το 2008, φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών που συμμετείχαν δεν απέτρεψε τη βία, αν και είχαν λάβει δευτεροβάθμια αλλά και ανώτερη ή και ανώτατη εκπαίδευση.²⁰

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο αποδεικνύεται επιβαρυντικό για τη συντροφική βία. Έτσι η φτώχεια, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η μικρή ηλικία μπορεί να προκαλέσουν την αύξηση του άγχους, της απογοήτευσης καθώς και την αίσθηση ανεπάρκειας από πλευράς των αντρών. Αντίστοιχα και η οικονομική δυσπραγία και εξάρτηση, από την πλευρά των γυναικών, αυξάνει τις πιθανότητες παραμονής σε μια βίαιη σχέση.^{10,20,34,35}

Στη διάρκεια της συμβίωσης οι συνεχείς διαφωνίες, διαμάχες για τυχόν χαμηλό εισόδημα ή για θέματα ρόλων, καθώς και η απογοήτευση των συντρόφων αποβαίνουν επιβαρυντικά, και διαμορφώνουν μια βίαιη σχέση. Επίσης η θυματοποίηση της γυναίκας αυξάνεται, όταν εκείνη ξεκινά τον καυγά ή ανταπαντά.³⁴

Οι διαμορφωμένες κοινωνικές συνθήκες παίζουν σπουδαίο υποστηρικτικό ρόλο στην εμφάνιση ή την αποτροπή βίαιων συμπεριφορών. Όταν το κοινωνικό πλαίσιο δεν αποδέχεται πρακτικές βίας, και υπάρχουν δομές πληροφόρησης όπου οι γυναίκες έχουν πρόσβαση και υποστήριξη, είναι πολύ πιθανό να επιτευχθεί πρόληψη του φαινομένου της συντροφικής βίας. Αντίθετα όταν υπάρχουν τακτικές επιδοκίμασις της βίας και στάσεις ή πολιτικές που ευνοούν την ανισότητα των φύλων ο φόβος αύξησης της συντροφικής βίας είναι ορατός.^{10,2034,35}

1.8 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

Η κακοποίηση των γυναικών έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών, και είναι φανερό το ενδιαφέρον που προκαλεί, δεδομένων των προσπαθειών κατάστροφωσης στρατηγικών και ανάληψης πολιτικών για την αντιμετώπισή της.³⁸

Η αντρική κακοποίηση φαίνεται ότι έρχεται στο προσκήνιο, αποκαλύπτοντας την ύπαρξη της βίας κατά των αντρών από τις συντρόφους τους, καθώς υποστηρίζεται ότι 2 στα 5 θύματα

ενδοοικογενειακής βίας, συνολικά, είναι άνδρες. Συγκεκριμένα στατιστικά στοιχεία, που παρέχονται από το Υπουργείο Εσωτερικών της Βρετανίας και την British crime survey, αποκαλύπτουν την αύξηση που σημειώνεται στους άνδρες, θύματα της συντροφικής βίας, για το χρονικό διάστημα 2004 -2008, από 40% σε 45%, ενώ μια μείωση της τάξης του 37,7% παρατηρείται για το διάστημα 2008 – 2009.³⁹

Επιπλέον σχεδόν οι μισοί Αμερικανοί έχουν βιώσει ψυχολογική βία. Ένα ποσοστό 2,1% έχει εμπειρία από παρενόχληση – παρακολούθηση (stalking), 1 στους 4 άντρες υπέστησαν βιασμό, σωματική βία ή επίμονη παρακολούθηση, ενώ 1 στους 7 άντρες δέχθηκαν βαριά σωματική επίθεση από σύντροφό τους.¹⁹

Η βία κατά των αντρών μπορεί να οδηγήσει τόσο σε σωματική κακοποίηση, η οποία εκδηλώνεται με χτυπήματα ή ρήξη αντικειμένων, τραυματισμών στο κεφάλι ή στα γεννητικά όργανα ή με τη χρήση όπλου.^{38,40}

Η ψυχολογική κακοποίηση την οποία υφίστανται οι άνδρες, έχει ως αποτέλεσμα να νιώθουν ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο ρόλο τους ως αρσενικά, με ταυτόχρονη αίσθηση αποδυνάμωσης και περιθωριοποίησης.³⁸

Η δυσκολία που αντιμετωπίζει ένας άντρας να αποκαλύψει ότι κακοποιείται, έγκειται στο φόβο που έχει ότι δεν θα γίνει πιστευτός. Όταν δε κάποιος προβαίνει στη γνωστοποίηση της βίας που δέχεται, προκαλεί τόσο την έκπληξη όσο και το σκεπτικισμό των ανθρώπων που έρχεται σε επαφή, είτε πρόκειται για το προσωπικό υγειονομικών υπηρεσιών ή το προσωπικό καταφυγίων για κακοποιημένα άτομα, είτε όταν απευθύνεται σε νομικές υπηρεσίες.³⁸

Ο Mark Mahnkey, σε άρθρο του το 2007, υποστηρίζει, στηριζόμενος σε 200 επιστημονικές μελέτες, ότι και οι γυναίκες έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τους άνδρες, να επιδείξουν συντροφική επιθετικότητα. Η μονομερής αντιμετώπιση του προβλήματος της συντροφικής βίας, η οποία υποστηρίζει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των κακοποιημένων θυμάτων είναι γυναίκες, οδηγεί σε επιδείνωση του προβλήματος, καθώς οι άνδρες συνεχίζουν να αρνούνται να ζητήσουν βοήθεια από τις κατάλληλες υπηρεσίες, αλλά και οι επιθετικές γυναίκες, δεν απευθύνονται σε ειδικούς. Αναπόφευκτα, οι λανθασμένοι ισχυρισμοί και αιτιάσεις κλιμακώνουν τη βία βλάπτοντας την οικογένεια.⁴¹

Ο M. Straus, παραθέτοντας την άποψή του για την ενδοοικογενειακή βία, εξάρει την ανάγκη εξάλειψης του φαινομένου, υποστηρίζοντας ωστόσο τη συμμετρία που παρατηρείται στα φύλα αναφορικά με την εκδήλωση της συντροφικής βίας. Η ανάπτυξη των ανδρικών κινημάτων, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, αλλά και η χρήση των υπηρεσιών, βάσει νόμου, από κακοποιημένους άνδρες και όχι μόνο από γυναίκες και παιδιά, θεμελιώνουν την άποψη του συγκεκριμένου κοινωνιολόγου, ότι αποδεχόμενοι το μοντέλο συμμετρίας των φύλων για τη βία, θα επέλθει μείωση όλων των ειδών της διαπροσωπικής βίας.⁴²

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των βίαιων γυναικών, έχουν ενοχοποιηθεί ο αλκοολισμός, οι ψυχικές διαταραχές και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες, συμπεράσματα και υποθέσεις που ωθούν τις γυναίκες στο να κατηγορούν τους συντρόφους τους για δικά τους προβλήματα.³⁸

Ενδιαφέρον παρουσιάζει έρευνα των Caldwell et al, (2009), η οποία μελέτησε τα κίνητρα τα οποία οδήγησαν γυναίκες στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, και κατέληξε ότι:

- Η αυτοάμυνα συνιστά σπουδαίο κίνητρο για τις γυναίκες, οι οποίες εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα επιθετικότητας. Τονίζεται ότι, οι γυναίκες αυτές, σπάνια χρησιμοποιούσαν ψυχολογική βία καθώς ήθελαν την αποφυγή κλιμάκωσης της βίας των συντρόφων τους. Αντίθετα, οι γυναίκες που δεν εκδήλωναν φόβο για τυχόν ανταπόδοση, κατέφευγαν στη χρήση ψυχολογικής βίας.
- Η άσκηση ελέγχου με σκοπό την επιβολή και τον εξαναγκασμό του συντρόφου τους να συμπεριφερθεί με συγκεκριμένο τρόπο, αποτέλεσε επίσης κίνητρο.
- Το κίνητρο της ζήλιας οδήγησε γυναίκες να υποχρεώσουν το σύντροφό τους να συμπεριφερθεί ανάλογα με τις δικές τους επιθυμίες, αλλά η άσκηση σωματικής βίας είχε μικρή ανταπόκριση.
- Ο παράγοντας που συνδέθηκε με μεγάλα ποσοστά ψυχολογικής και σωματικής βίας, ήταν αυτός της γυναίκας με το «σκληρό προσωπείο» (tough guise). Η εξήγηση που δίδεται για τον εκφοβιστικό τρόπο με τον οποίο φέρονται είναι ότι οδηγούνται στη συμπεριφορά αυτή προκειμένου να αντιδράσουν στην υψηλή θυματοποίηση των γυναικών, ή λόγω χρήσης ουσιών οπότε και υπάρχει έκπτωση των αναστολών, ή επειδή ο τόπος διαμονής τους (κακόφημες συνοικίες), τους αναγκάζει να φέρονται έτσι για να μπορούν να ανταπεξέλθουν.

- Το σεξουαλικό κίνητρο, ενώ είναι ασυνήθιστη η άσκηση σεξουαλικής βίας από τις γυναίκες, βρέθηκε ότι το 32% των συμμετεχόντων γυναικών, είχαν χρησιμοποιήσει το σεξ σαν τρόπο επιβολής στους συντρόφους τους.⁴³

1.9 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η συντροφική βία, λόγω των εξαιρετικά δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου που την υφίσταται, αλλά και εξαιτίας του συνολικού απόηχού της στην κοινωνία, αποτελεί πρόβλημα υψίστης σημασίας για τη Δημόσια Υγεία.

Η ανάπτυξη βίαιων σχέσεων είναι αποτέλεσμα πολλών αιτιών και παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε τέσσερα βασικά πεδία: το ατομικό, το οικογενειακό, το κοινοτικό και τέλος το κοινωνικό επίπεδο.

Δεδομένης της πολύπλευρης φύσης της, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, επισημαίνει ότι η αντιμετώπιση της συντροφικής βίας απαιτεί τη συνδρομή και την ανταλλαγή γνώσεων και πληροφοριών από πολλές επιστημονικές ειδικότητες όπως της ιατρικής, της επιδημιολογίας, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας και της εγκληματολογίας.³⁴

Στόχος της Δημόσιας Υγείας είναι να εστιάσει στην πρωτογενή πρόληψη, με σκοπό να εμποδίσει την εμφάνιση τη βίας πριν να συμβεί.^{30,34} Η εκτεταμένη προσοχή στον ευρύτερο πληθυσμό, συμβαίνει γιατί επιδιώκεται η μείωση της βίας στο σύνολο, αν και δε μπορεί να εμποδίσει συγκεκριμένα άτομα να διαπράξουν βίαιη πράξη, ωστόσο επιτυγχάνεται η ελάττωση του αριθμού τους.⁴⁵ Επιπλέον το ότι φαίνεται να δίδεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη σε σχέση με την πρωτογενή, ίσως να οφείλεται στην ανάγκη θεραπείας των «ορατών συμπτωμάτων», χωρίς όμως να υποβαθμίζονται παράλληλα τα βαθύτερα αίτια των φαινομένων βίας.^{10,34}

Η εκπαίδευση, αποτελεί πρωταρχικό στόχο της πρωτογενούς πρόληψης, ξεκινώντας από την ίδια την οικογένεια δηλαδή τους γονείς και τα παιδιά.²⁶ Η διαμόρφωση και διατήρηση υγιών σχέσεων μεταξύ των γονέων, πλαισιωμένες με αλληλοσεβασμό, και η επίλυση προβλημάτων χωρίς βία και επιθετικότητα, συντελεί στη δημιουργία ενός θετικού προτύπου. Επομένως

τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη σπουδαιότητα των υγιών σχέσεων, μέσα σε ένα περιβάλλον που τα στηρίζει συναισθηματικά και διατηρεί δίαυλους επικοινωνίας, απαραίτητα συστατικά, για την πρόληψη επικίνδυνων παραγόντων εμφάνισης της βίας.^{19,26}

Ο γονεϊκός ρόλος αποδεικνύεται ιδιαίτερα απαιτητικός και δύσκολος. Πολιτικές εκπαίδευσης που επιδιώκουν σε ενημέρωση, υποστήριξη και προετοιμασία των γονέων, αποβαίνουν πολύτιμες για την αποφυγή περιστατικών παιδικής κακοποίησης αλλά και επεισοδίων συντροφικής βίας.²⁶

Η συνέχεια της εκπαίδευσης αφορά το σχολικό περιβάλλον, όπου μέσα από διεργασίες εκμάθησης θεμάτων που αφορούν τα δύο φύλα, το σεβασμό και την αναγνώριση της άποψης και της αυτονομίας του άλλου φύλου, την ανάπτυξη δεξιοτήτων για καλύτερη επικοινωνία και την αποφυγή της βίας για επίλυση των προβλημάτων, είναι πιθανή η πρόληψη της συντροφικής αλλά και της σεξουαλικής βίας.¹⁹

Η διαδικασία της εκπαίδευσης αφορά επίσης και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και τα άτομα που στελεχώνουν τις ειδικές υπηρεσίες στις οποίες απευθύνονται τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

Η επίτευξη των παραπάνω στόχων δεν μπορεί να πραγματοποιηθούν χωρίς τη συνδρομή της κοινότητας και της κοινωνίας στο σύνολό της.

Είναι πολύ σημαντική η προσπάθεια εξάλειψης στάσεων, πεποιθήσεων και αντιλήψεων που αφενός υπονομεύουν τις μη βίαιες σχέσεις, και αφετέρου στέλνουν μηνύματα ότι η βία είναι αποδεκτή. Η συνεργασία όλων των κοινοτικών, κοινωνικών δομών καθώς και η δημιουργία και εφαρμογή στρατηγικών είναι επιβεβλημένη.¹⁹

Ο ρόλος που διαδραματίζουν τα Μ.Μ.Ε είναι πολύ σημαντικός, καθώς η αναπαραγωγή της βίας και η πρόωθηση αρνητικών στερεότυπων για τον ανδρισμό ή την υποβάθμιση της γυναίκας ενισχύουν πεποιθήσεις ανοχής της βίας.^{19,26}

Η ανάπτυξη υποστηρικτικών δομών μέσα στην κοινότητα, όπως τηλεφωνικά κέντρα για την αντιμετώπιση κρίσεων, δημιουργία συμβουλευτικών κέντρων για θέματα ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης γυναικών, αποτελεί ακόμη ένα μέσο, με το οποίο γίνεται γνωστό στην κοινότητα ότι η βία δεν είναι αποδεκτή.^{19,26}

Επομένως, αναγκαία κρίνεται η θέσπιση ενός νομικού πλαισίου, με το οποίο θα καλύπτεται νομικά το θύμα αλλά θα υπάρχουν και ανάλογες κυρώσεις στο θύτη, έτσι ώστε να αποτρέπονται ανάλογες συμπεριφορές^{10,34}. Άξια αναφοράς είναι η αλληλοκάλυψη πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, καθώς η προσαγωγή του κατηγορουμένου λειτουργεί προειδοποιητικά ότι η βία δεν είναι αποδεκτή, (πρωτογενής πρόληψη), αλλά και η επιβολή νομικών κυρώσεων αποτρέπουν την υποτροπή (δευτερογενή πρόληψη).⁴⁴

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται και στη νομοθεσία σχετικά με τις κατασκευαστικές προδιαγραφές, την πώληση και την κατοχή όπλων. Η εύκολη πρόσβαση σε όπλα αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση βίας.²⁶

Επιπρόσθετα επιβάλλεται, η λήψη μέτρων για την ενίσχυση εκείνων των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που θα οδηγήσει στη μείωση της φτώχειας.³⁴

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι, η αξιολόγηση και η παροχή βοήθειας σε άτομα και οικογένειες που αντιμετωπίζουν τις συνέπειές της, αφού έχει αυτή εκδηλωθεί.²⁶ Επικεντρώνεται στις ανάγκες που έχουν τα θύματα σε προ-νοσοκομειακό επίπεδο, στα τμήματα των επειγόντων, αναφορικά με τη θεραπεία των βλαβών, όπως συμβαίνει με τα νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Ο σκοπός είναι η θεραπεία αλλά και η πρώιμη διάγνωση.^{26,34}

Επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα και με τη βοήθεια πρωτοκόλλων, μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανίχνευση κακοποιημένων γυναικών, κατά τη διάρκεια των επισκέψεών τους στις υγειονομικές υπηρεσίες. Απαραίτητη προϋπόθεση η φροντίδα, και η καθοδήγηση, να γίνεται με σεβασμό και ευαισθησία.^{19,26}

Επίσης, η παραπομπή και η παροχή πληροφοριών για τις κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες, όπου οι κακοποιημένες γυναίκες θα έχουν τη στήριξη που χρειάζονται, καθώς και η δυνατότητα πρόσβασής τους στις νομικές υπηρεσίες, κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαία.²⁶

Η αποκατάσταση και η ενδυνάμωση ατόμων και οικογενειών που έχουν βιώσει καταχρηστικές συμπεριφορές, αφορά την τριτογενή πρόληψη. Η δημιουργία στρατηγικών ενδυνάμωσης των κακοποιημένων γυναικών, η

παροχή βοήθειας μέσω υπηρεσιών συμβουλευτικής, η μακροχρόνια φροντίδα του θύματος, αλλά και η κοινωνική - νομική παρέμβαση για το θύτη, διαμορφώνουν την προσέγγιση της τριτογενούς πρόληψης.²⁶

Οι συνέπειες όλων των μορφών συντροφικής βίας, είναι πολύ έντονες και σημαδεύουν βαθιά τα άτομα που έχουν επιζήσει από βίαια επεισόδια. Η ανάπτυξη ενός πλέγματος υπηρεσιών όπου θα προσφέρεται συνεχώς βοήθεια, με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της υγείας, της θεραπείας αλλά και της προαγωγής της πρόληψης είναι επιβεβλημένη.¹⁹

1.10 ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Το Σεπτέμβριο του 1995 πραγματοποιήθηκε στο Πεκίνο η Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη για τις Γυναίκες.¹⁴ Το Πρόγραμμα Δράσης παρουσίασε, μεταξύ των στόχων του που καλύπτουν δράσεις για θέματα που αφορούν τη γυναίκα, προτάσεις για δραστηριοποίηση ενάντια στη βία κατά των γυναικών. Βασικοί άξονες των προτάσεων, αποτέλεσαν η συνολική λήψη προληπτικών μέτρων κατά της βίας και η αξιολόγησή τους, η μελέτη των αιτιολογικών παραγόντων και των συνεπειών της βίας, η καταπολέμηση της διακίνησης γυναικών, καθώς και η παροχή βοήθειας σε θύματα σωματεμπορίας και εξαναγκασμού σε πορνεία.¹⁴

Το 2010, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με το «Πεκίνο 15 χρόνια μετά» - Πρόγραμμα δράσης του ΟΗΕ για την ισότητα των φύλων, επισήμανε ότι στη διάρκεια αυτών των ετών πραγματοποιήθηκε πρόοδος, κατά την προσπάθεια υλοποίησης και εφαρμογής των στρατηγικών στόχων του προγράμματος δράσης του Πεκίνου, αλλά η ανισότητα των φύλων καθώς και τα στερεότυπα με βάση το φύλλο, εξακολουθούν να υφίστανται. Παράλληλα όμως εξέφρασε την απογοήτευσή του, καθώς δεν παρέχονται αξιόπιστα και συγκρίσιμα στοιχεία για τους δείκτες που θεσπίστηκαν στο Πρόγραμμα δράσης του Πεκίνου, και αφορούν διάφορα πεδία, μεταξύ των οποίων και τη βία κατά των γυναικών, καλώντας την Επιτροπή για ανάπτυξη του ελέγχου εφαρμογής του Προγράμματος Δράσης του Πεκίνου σε ετήσια βάση.⁴⁵

Πολύ σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών, αποτέλεσε η υπογραφή της « Σύμβασης του Συμβουλίου της

Ευρώπης για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας».⁴⁶

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, το άρθρο του Γενικού Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης και πρώην πρωθυπουργού της Νορβηγίας, Thorbjorn Jagland, ο οποίος αναγνωρίζοντας ότι η βία κατά των γυναικών συνάδει με κατάφορη καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεραίνει ότι τα ποσοστά που αντιστοιχούν στην εκδήλωση του φαινομένου είναι πολύ υψηλότερα από αυτά που αποκαλύπτονται. Σχολιάζοντας επίσης τη σπανιότητα των καταδικών για τους δράστες, λόγω αδυναμίας των αρχών ασφαλείας, και την υιοθέτηση πολλαπλών αλλά όχι ενιαίων και άρα διαφορετικών πρακτικών από κάθε χώρα, τονίζει τη σπουδαιότητα της συγκεκριμένης συνθήκης, την πρώτη του είδους της, για την αποτροπή και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών.

Η συνθήκη στοχεύει σε α) πρόληψη της βίας, β) προστασία των θυμάτων γ) δίωξη των θυτών και δ) ενσωμάτωση και συντονισμό ενιαίων πρακτικών. Μέσω της συνθήκης προωθείται η προστασία των γυναικών από την έμφυλη βία, καθώς η ανισότητα των δύο φύλων είναι υπαρκτή, ενώ οι κυβερνήσεις καλούνται να εφαρμόσουν την ποινικοποίηση ενεργειών που στο παρελθόν παρέμεναν ατιμώρητες όπως για παράδειγμα η γυναικεία περιτομή, ο βιασμός, η οικιακή βία και η αναγκαστική στέρωση, στο όνομα της κουλτούρας, της θρησκείας ή της «τιμής». Επιπλέον θεωρείται αναγκαία η ίδρυση ή η χρηματοδότηση από τις κυβερνήσεις, κατάλληλων υπηρεσιών εξειδικευμένων σε θέματα βίας.⁴⁷

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το νόμο περί οικογενειακής βίας 3500/06,⁴⁸ ο οποίος περιλαμβάνει αδικήματα που είναι πλημμελήματα και κακουργήματα, απαγορεύεται η άσκηση κάθε μορφής βίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, στην οποία μπορεί να ανήκουν και άτομα μέχρι 4^{ου} βαθμού συγγένειας. Στις μορφές βίας ανήκουν η πρόκληση σωματικής βλάβης, η άσκηση παράνομης βίας, η απειλή, η ανθρωποκτονία και η σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης αναφέρεται η απαγόρευση επιβολής σωματικής τιμωρίας στα παιδιά, και ότι η άσκηση βίας αποτελεί τεκμήριο διάλυσης του γάμου.

Μεταξύ άλλων τονίζεται ότι για τα θύματα παρέχεται το ευεργέτημα της πενίας, σε περίπτωση που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα των νομικών διαδικασιών, καθώς και η τήρηση εχεμύθειας από την αστυνομία.

Επιπρόσθετα αναφέρεται, σε διαδικασίες είτε προσαγωγής του δράστη είτε στη δέσμευσή του για παρακολούθηση ειδικών προγραμμάτων.⁴⁹

Επίσης, η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (ΓΓΙΦ) στα πλαίσια προγράμματος για το διάστημα 2007 – 2013, έχει αναλάβει διάφορες δράσεις προκειμένου να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τους Έλληνες πολίτες σε θέματα έμφυλης βίας κατά των γυναικών (ενδοοικογενειακή βία, βιασμός, παρενόχληση).

Για την επίτευξη του στόχου, ανακοινώνονται δράσεις που σχετίζονται με αξιοποίηση όλων των ΜΜΕ, με την παραγωγή και διάχυση έντυπου ηλεκτρονικού και οπτικοακουστικού υλικού, με την επιμόρφωση μέσω καμπάνιας των γυναικών σε θέματα πρόληψης, αντιμετώπισης και ενδυνάμωσής τους σχετικά με τη βία, καθώς και τη διοργάνωση θεματικών συνεδρίων και επιμορφωτικών ημερίδων.⁵⁰

Η ΓΓΙΦ έχει σχεδιάσει ένα Πανελλαδικό δίκτυο 61 δομών για την πρόληψη και αντιμετώπιση όλων των μορφών βίας κατά των γυναικών, με τη χρηματοδότηση του ΕΣΠΑ, στα πλαίσια του Εθνικού Προγράμματος για την Ουσιαστική Ισότητα των Φύλων για το διάστημα 2010 – 2013.

Το δίκτυο περιλαμβάνει:

- Την τηλεφωνική γραμμή SOS 15900, η οποία λειτουργεί σε 24ωρη βάση όλο το έτος, προσφέροντας πληροφορίες και συμβουλευτική σε γυναίκες που έχουν ανάγκη υποστήριξης.⁵⁴ Η τηλεφωνική γραμμή ξεκίνησε τη λειτουργία της στις 11/3/2011, και με τη συμπλήρωση ενός έτους λειτουργίας η ΓΓΙΦ εξέδωσε δελτίο τύπου, ενημερώνοντας ότι δέχτηκε 5089 κλήσεις και 37 ηλεκτρονικά μηνύματα. Επί του συνόλου των κλήσεων οι 2958 κλήσεις πραγματοποιήθηκαν από τις ίδιες τις κακοποιημένες γυναίκες εκ των οποίων 2448 κλήσεις (83%) κατήγγειλαν περιπτώσεις συντροφικής βίας, οι 87 κλήσεις (3%) σεξουαλική παρενόχληση, οι 46 κλήσεις (2%) βιασμό, οι 4 κλήσεις (0,1%) πορνεία, 1 κλήση (0%) trafficking. Οι 272 λοιπές κλήσεις (9%) αφορούσαν σε καταγγελία άλλων μορφών βίας.⁵²
- Τη λειτουργία των Συμβουλευτικών Κέντρων σε Αθήνα, Ηράκλειο και Λαμία, με προοπτική δημιουργίας στις πόλεις Ερμούπολη, Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή, Λάρισα, Μυτιλήνη, Πειραιά και Τρίπολη. Επιπλέον στον επίσημο διαδικτυακό ιστό της η ΓΓΙΦ ανακοινώνει τη μελλοντική δημιουργία Σ.Κ. σε 25 ακόμη Δήμους. Στα Συμβουλευτικά

Κέντρα υπάρχει η δυνατότητα παροχής πληροφοριών και συμβουλευτικής από ειδικούς στον τομέα της βίας κατά των γυναικών, εντελώς δωρεάν.

- Τους 19 Ξενώνες Φιλοξενίας προκειμένου να βρουν στέγη οι κακοποιημένες γυναίκες και τα παιδιά τους.
- Τους 2 ξενώνες του Εθνικού Κέντρου Αλληλεγγύης στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη με προοπτική αναβάθμισης της λειτουργίας τους.⁵¹

1.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, όσο αφορά στην ανίχνευση των θυμάτων της συντροφικής βίας, στη διαχείριση αλλά και στην περαιτέρω παροχή βοήθειας μέσω παραπομπής τους στις κατάλληλες υπηρεσίες, κρίνεται ιδιαίτερα καθοριστικός, δεδομένου ότι αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διακοπή του φαινομένου της βίας.^{53,54}

Η προσέγγιση των κακοποιημένων θυμάτων αναγνωρίζεται ως δύσκολο εγχείρημα, λόγω του μεγάλου ενδοιασμού που έχουν αναφορικά με την αποκάλυψη των δυσάρεστων εμπειριών, καθώς αφενός βιώνουν έντονα συναισθήματα (φόβος, αμηχανία ντροπή), και αφετέρου πιστεύουν ότι δεν υπάρχει κανείς να τους βοηθήσει.⁵³ Στην περίπτωση μάλιστα που το θύμα είναι άνδρας, ο φόβος του ότι δε θα γίνει πιστευτός, λειτουργεί ανασταλτικά ακόμα και στο να ζητήσει βοήθεια.⁵⁵

Παρόλα αυτά οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση, φαίνεται να προτιμούν τις ευθείες ερωτήσεις από τους επαγγελματίες υγείας, αρκεί οι τελευταίοι να επιδεικνύουν τον απαραίτητο σεβασμό, ευγένεια και ευαισθησία στην αρχική αντίδρασή τους. Αποτελέσματα ερευνών, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας, και η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και κατανόησης, με ταυτόχρονη έλλειψη επίκρισης, διευκολύνει το θύμα να αποκαλύψει την κακοποίηση.^{56,57}

Η επίτευξη θεραπευτικής σχέσης είναι από μόνη της ιαματική για την ασθενή, καθώς μέσα από αυτή ο επαγγελματίας υγείας παρέχει υποστήριξη, ενδυνάμωση, εκπαίδευση και το περιθώριο επιλογών προκειμένου η γυναίκα να αναλάβει δράση.⁵⁸

Επιπλέον οι γιατροί που είναι καλοί ακροατές των ασθενών τους, μπορούν να συγκεντρώσουν περισσότερες πληροφορίες, και μετατρέπονται, σύμφωνα με την E. J. Alpert, σε «συμπονετικούς θεραπευτές» προσφέροντας στους ασθενείς τους αυτό που πραγματικά δικαιούνται.¹⁷

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, εφιστά την προσοχή των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον πρώιμο έλεγχο (screening) των κακοποιημένων γυναικών, τονίζοντας ότι η τήρηση του απορρήτου και η εχεμύθεια αποτελούν ζητήματα υψίστης σημασίας, για την ασφάλεια των γυναικών αυτών και των παιδιών τους. Όσο αφορά στον έλεγχο για την αναγνώριση της βίας, επισημαίνεται ότι η εξέταση των γυναικών θα πρέπει να πραγματοποιείται χωρίς την παρουσία του συντρόφου και των παιδιών τους, ενώ όταν υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας, λόγω διαφορετικής γλώσσας, επιβάλλεται η παρουσία μεταφραστή.⁵⁹

Ο έλεγχος της γυναίκας χωρίς την παρουσία του συντρόφου της είναι αναγκαίος, καθώς η παρέμβασή του σε θέματα υγείας αποτελεί πρόβλημα για την ίδια τη γυναίκα αφού αυξάνει τις πιθανότητές της για φτωχότερη υγεία. Παράλληλα συγκαταλέγεται στα εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να ανιχνεύσουν τυχόν καταχρηστική συμπεριφορά, αλλά και να παράσχουν κατάλληλη θεραπεία και ενημέρωση.

Η συγκεκριμένη έρευνα επισημαίνει ότι, η συνεχής παρουσία του συντρόφου στερεί την ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας την ευκαιρία, να ρωτήσουν την ασθενή για θέματα συντροφικής βίας, και συνάδει με τις τακτικές που ακολουθούν οι θύτες, προκειμένου να επιβληθούν και να ασκούν έλεγχο όπως συμβαίνει και σε άλλους τομείς που αφορούν τη γυναίκα (μόρφωση, εργασία κ.α.).⁶⁰

Επιπρόσθετα, ο φόβος των αντιποίνων εμποδίζει τους επαγγελματίες υγείας να αναλάβουν δράση σε περιπτώσεις κακοποίησης, γεγονός που δηλώνει την ανάγκη ύπαρξης και εφαρμογής συγκεκριμένου νομικού πλαισίου.⁶¹

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι υποψιασμένοι σε περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών, οι οποίες δε συμμορφώνονται με τη θεραπευτική αγωγή – πρόταση, ή χάνουν κατ'επανάληψη προγραμματισμένες επισκέψεις για επανεξέταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η επιδείνωση της υγείας των γυναικών είναι πιθανή, αλλά

ταυτόχρονα καταστρατηγείται η αυτονομία της και το δικαίωμά της στην αυτοφροντίδα.⁶⁰

Την απομόνωση της γυναίκας τόσο από το σύντροφο όσο και από τα παιδιά της, την ώρα της εξέτασης, τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος καθησυχάζοντάς την ότι οι ερωτήσεις αφορούν έλεγχο ρουτίνας, και την αποδοχή της ευάλωτης θέσης της υποστηρίζει και το άρθρο των P. Janseen at al, (2005), στην *Journal of the American Board of Family Medicine*.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ανάδειξη της σημαντικότητας του ελέγχου, παρουσιάζει ο παραλληλισμός που παραθέτει, για την αντιμετώπιση των καπνιστών. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αναφέρει, σίγουρα δεν περιμένουν ο καπνιστής να διακόψει το κάπνισμα, όταν γίνεται σχετική ερώτηση. Ο θεράπων όμως, βασισμένος στις γνώσεις του για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, αυξάνει τον προληπτικό έλεγχο του καπνιστή για καρδιοπνευμονικά νοσήματα. Ακολουθώντας το ίδιο σκεπτικό, η ανίχνευση της συντροφικής βίας, μέσω του ελέγχου, μπορεί να προφυλάξει τη γυναίκα από τη δυσμενή έκβαση της υγείας της που εμπεριέχει η άσκηση βίας.⁶²

Οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση όταν αντιμετωπίζουν γυναίκες που φέρουν τραύματα, αλλά και σε περιπτώσεις κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, λόγω της εμφάνισής τους σε θύματα κακοποίησης. Επιπλέον, ένδειξη ελέγχου για συντροφική βία αποτελεί και η παρουσία άτυπων συμπτωμάτων, όπως η ύπαρξη συνεχόμενης κούρασης.⁵⁹

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δύο Χειρουργικές και μία Μαιευτική κλινική στο Cambridge, το 2006, έδειξε ότι οι γυναίκες που περίμεναν στη Μαιευτική κλινική, παρουσίασαν μεγαλύτερη αποδοχή στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη συντροφική βία.⁶³

Αντίθετα στο Βέλγιο, την ίδια χρονιά, Γυναικολόγοι και Μαιευτήρες που συμμετείχαν σε έρευνα, φάνηκε να υποτιμούν την έκταση της συντροφικής βίας, διενεργώντας πρώιμο έλεγχο σε γυναίκες που παρουσίαζαν εμφανή τραύματα, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες μη ανιχνεύσιμων περιπτώσεων βίας.⁶⁴

Γίνεται αντιληπτό ότι υφίστανται εμπόδια και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Έτσι, σε σχετική έρευνα μπορεί ένα σημαντικό ποσοστό (81%) των συμμετεχόντων γιατρών να δήλωσαν το ίδιο υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας όπως και για τα άλλα

προβλήματα υγείας των ασθενών τους, όμως μόνο το 27% φάνηκε σίγουρο να διαχειριστεί το συγκεκριμένο θέμα. Η έλλειψη εμπιστοσύνης που μπορεί να έχει ένας γιατρός στις ικανότητές του, οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ελέγχου. Επιπλέον ο φόβος ότι θα προσβάλλουν το θύμα ή θα προκαλέσουν το θυμό τους, καθώς και η έλλειψη χρόνου, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τον έλεγχο των θυμάτων συντροφικής βίας. Άξιο προσοχής είναι ότι το 41% των γιατρών δήλωσε ότι ξεχνά να ελέγξει σε επίπεδο ρουτίνας για ενδοοικογενειακή βία, ενώ οι γυναίκες γιατροί φαίνεται ότι ελέγχουν για ενδοοικογενειακή βία, με μεγαλύτερη συχνότητα, σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους.⁶⁵

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν επαρκή εκπαίδευση και επαγγελματική εμπειρία, σε θέματα συντροφικής βίας, εμφανίζονται περισσότερο προετοιμασμένοι και με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, προκειμένου να διαχειριστούν το συγκεκριμένο ζήτημα. Παρουσιάζουν μεγαλύτερη άνεση να ξεκινήσουν μια συζήτηση με την κακοποιημένη γυναίκα, και αισθάνονται λιγότερο άγχος για την έκβαση αυτής της συνομιλίας, είτε προκύψει αποκάλυψη βίαιης συμπεριφοράς, είτε προκληθεί αρνητική αντίδραση.

Στην ίδια έρευνα αναφέρεται και μια διαφοροποίηση, από άποψη ετοιμότητας στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών, με τους τελευταίους να υπερτερούν. Τονίζεται ωστόσο ότι με την κατάλληλη εκπαίδευση η διαφορά εξαλείφεται.⁶⁶

Ειδικά για τους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ετοιμότητα να ανταπεξέλθουν σε περιπτώσεις συντροφικής βίας παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς, στα πλαίσια της παροχής φροντίδας, συναναστρέφονται τόσο με τις ασθενείς όσο και με τις οικογένειές τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα.⁶⁷

Η αυτό-αποτελεσματικότητα, η πίστη δηλαδή που έχει ένα άτομο για τις ικανότητές του προκειμένου να επιτύχει ένα στόχο,⁶⁸ φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την επιτυχημένη διεξαγωγή ελέγχου σε θύματα συντροφικής βίας. Η αυτό-αποτελεσματικότητα ενός επαγγελματία υγείας ενισχύεται όταν ο ίδιος γνωρίζει τα εμπόδια που συναντούν και προβάλλουν τα θύματα, όταν προβαίνουν σε αποκαλύψεις των βίαιων επεισοδίων που έχουν βιώσει. Επιπρόσθετα η ενημέρωσή του για τις κατάλληλες υπηρεσίες που μπορεί να τα παραπέμψει, αποδεικνύεται αναγκαία,⁶⁹ ενώ η παραπομπή αυτή μπορεί να αφορά οξεία ή χρόνια περιστατικά, που άπτονται είτε σωματικής είτε ψυχικής θεραπείας και υποστήριξης.⁷⁰

Η δυσκολία στην ανίχνευση και την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, δεν έγκειται μόνο στην ελλειμματική προσωπική γνώση, αλλά και στα κενά γνώσης αναλόγων κατευθυντήριων οδηγιών, ή ακόμη και στο έλλειμμα ενημέρωσης για την ύπαρξη αυτών των οδηγιών. Στη Σουηδία πρόσφατη έρευνα, (2012), σε δείγμα νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έδειξε ότι μόνο το 5% των συμμετεχόντων γνώριζε την ύπαρξη αυτών των οδηγιών. Επίσης παρουσίαζαν δυσκολία στην διεξαγωγή των ευθέων ερωτήσεων, ενώ όταν ανιχνεύονταν οι γυναίκες ως θύματα κακοποίησης, παραπέμπονταν στο γιατρό.⁶⁷

Ενδεικτικά αναφέρονται μερικές από τις πληροφορίες που παρέχονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, όταν κάποιος ενδιαφέρεται να μάθει: Ποιοί επαγγελματίες πρέπει να εκπαιδευτούν, σε ποιους χώρους είναι δυνατή η ανίχνευση της συντροφικής βίας (ιατρεία, κλινικές κλπ.), τι προσόντα πρέπει να διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας και υπό ποία αρμοδιότητα θα λειτουργεί, τι πρέπει να ρωτήσει, ποιους να ρωτήσει, επίσης δίνονται στοιχεία για τις συνθήκες στις οποίες λαμβάνει χώρα ο έλεγχος, πότε αυτός δεν είναι εφικτός, τι οδηγίες ακολουθούνται σε αυτή την περίπτωση, και πλήθος άλλων πολύτιμων πληροφοριών, ούτως ώστε ο επαγγελματίας υγείας να μπορεί να ανταπεξέλθει στο δύσκολό του έργο.⁷¹

Επομένως, γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα και η ανάγκη σύστασης κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων, καθώς και η εκπόνηση επιμορφωτικών προγραμμάτων για τη συντροφική βία προς χρήση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον για την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού καθοριστικό ρόλο παίζει η διαθεσιμότητα έντυπου υλικού για τη συντροφική βία και η γνωστοποίηση των υπηρεσιών και των δράσεών τους έτσι ώστε κάθε ενδιαφερόμενος να μπορεί να απευθυνθεί.⁵⁴

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι, η αντιμετώπιση των θυμάτων συντροφικής βίας, διέπεται από τις προσωπικές απόψεις και θεωρήσεις των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται από το κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο ζουν και εργάζονται,^{67,72} επιδρώντας στη συνολική διαχείριση των περιστατικών.

Η πεποίθηση ότι οι γυναίκες πρέπει να παραμείνουν κάτω από την συζυγική στέγη, ενώ υπάρχει βία, προκειμένου να διασφαλιστεί ο θεσμός της οικογένειας, ή όταν η επικρατούσα κοινωνική αντίληψη για τις

διαζευγμένες γυναίκες είναι αρνητική, και μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τη ζωή των ίδιων και των παιδιών τους, οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε ανάλογους τρόπους παρέμβασης.⁷³

Επιπλέον, η τάση ενοχοποίησης των θυμάτων, ότι με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν τη βίαιη αντίδραση του συντρόφου, έχει ως αποτέλεσμα τη δικαιολόγηση της καταχρηστικής συμπεριφοράς του θύτη.⁷⁴

Ανάλογη έρευνα των Aksan & Aksu, το 2007, στην Τουρκία έδειξε ότι το 69% των γυναικών επαγγελματιών υγείας, και το 84,7% των αντρών συναδέλφων τους, που συμμετείχαν στη μελέτη, φάνηκε να έχουν τουλάχιστον ένα λόγο για να δικαιολογήσουν τη χειροδικία εναντίον των γυναικών. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας που ερωτήθηκαν ανέφεραν σαν λόγους την απιστία, το ψέμα, την άσκηση κριτικής και την υπενθύμιση κάποιας αδυναμίας του συζύγου, ή την ανεπάρκεια της συζύγου αναφορικά με τη φροντίδα των παιδιών. Στην ίδια έρευνα, οι άνδρες επαγγελματίες υγείας φάνηκε να δικαιολογούν περισσότερο την άσκηση βίας, εκφράζοντας την αντίληψη ότι τα θύματα άξιζαν τη σωματική τιμωρία.⁷⁵

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι και τα συναισθήματα απογοήτευσης ή και αδυναμίας, που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας, όταν οι γυναίκες – θύματα αρνούνται να αναλάβουν δράση, προκειμένου να αλλάξουν τις βίαιες συνθήκες, κάτω από τις οποίες ζουν, ακόμη και όταν έχουν ενημερωθεί για τις δυσμενείς συνέπειες,⁷⁶ εντείνοντας την αίσθηση ότι, δεν μπορούν να τις βοηθήσουν καθώς επιστρέφουν στο βίαιο οικογενειακό τους περιβάλλον.⁷⁵

Επιπρόσθετα, δε θα μπορούσε να μην αναφερθεί, ότι η βιωματική εμπειρία στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να επηρεάζει εξίσου την επιθυμία τους για ενασχόληση και τη διεκπεραίωση ανάλογων περιστατικών.⁷² Αξιοσημείωτη είναι και η αναφορά σε συγγενικά τους πρόσωπα τα οποία έχουν υποστεί βία.⁷⁵

Σε δείγμα 622 νοσηλευτριών, στην Ανδαλουσία της Ισπανίας, έρευνα των Rodriguez et al, (2012), έδειξε ότι το 53% των ερωτηθέντων είχαν υποστεί βία, με μεγαλύτερο το ποσοστό της ψυχολογικής βίας, 75,1%, ακολουθεί η σωματική βία με ποσοστό 1,5% και η σεξουαλική με ποσοστό 2%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, ο κίνδυνος για εκδήλωση βίας ήταν υψηλότερος στις νοσηλεύτριες, οι οποίες συντηρούσαν την οικογένειά τους με το δικό τους μισθό, είχαν εξαρτώμενα μέλη στο οικογενειακό τους

περιβάλλον, ενώ ο σύντροφός τους ήταν κοινωνικής τάξης IIIa (εξειδικευμένος υπάλληλος, με μη χειρονακτική εργασία).⁷⁷

Γίνεται αντιληπτό ότι, οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, καθώς έχουν τη δυνατότητα ανίχνευσης και υποστήριξης των θυμάτων, ενώ παράλληλα καλούνται να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες συνθήκες και να υπερπηδήσουν πολλαπλά εμπόδια.

Φαίνεται πως η έλλειψη χρόνου, λόγω φόρτου εργασίας,^{65,73,74} η αδυναμία ύπαρξης ξεχωριστού χώρου, με σκοπό την προστασία των προσωπικών δεδομένων των θυμάτων,⁷³ η ανεπαρκής εκπαίδευση αλλά και η ανάγκη για συνεχιζόμενη επιμόρφωση και βελτίωση των ικανοτήτων,^{73,75,76} οι δυσκολίες που προκύπτουν λόγω γλώσσας ή κοινωνικών αντιλήψεων,^{73,76} ο προβληματισμός αναφορικά με τον τρόπο ανίχνευσης, ευθείες ερωτήσεις ή η συμπλήρωση ερωτηματολογίου,⁷⁸ η ανάγκη στήριξης των επαγγελματιών από τις διοικήσεις των νοσοκομείων αλλά και η καθοδήγησή τους μέσω επίσημων οδηγιών-πρωτοκόλλων, καθώς και η προώθηση διεπιστημονικής συνεργασίας,^{73,75,76} αντικατοπτρίζουν τη μεγάλη συναισθηματική φόρτιση που εμπεριέχει η διαχείριση της συντροφικής βίας για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι χρειάζονται πραγματικά μεγάλα αποθέματα ενέργειας και ψυχής, για να ανταποκριθούν στο ρόλο τους.⁷⁶

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την κακοποίηση ενηλίκων στα πλαίσια της ενδοοικογενειακής-συντροφικής βίας.

2.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζομένων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας
4. Η καταπόνηση των εξεταζομένων περιορίστηκε στο ελάχιστο.

2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν σε αυτή την μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

1. Αν οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση στο θέμα της ενδοοικογενειακής-συντροφικής βίας.
2. Αν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας υπάρχουν ταμπού και μύθοι σχετικά με την ενδοοικογενειακή-συντροφική βία.
3. Αν οι ιατροί και οι νοσηλευτές διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τις αντιλήψεις και την εν γένει στάση τους απέναντι στο θέμα της ενδοοικογενειακής-συντροφικής βίας.

2.4 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Μάιο του 2012. Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Οι επαγγελματίες υγείας να είναι ιατροί ή νοσηλευτές
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Να μην υπηρετούν σε εργαστηριακό τομέα (συμπεριελήφθησαν μόνο κλινικοί νοσηλευτές και ιατροί)

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 επαγγελματίες υγείας (δείγμα ευκολίας) που εργάζονταν σε νοσοκομείο μεγάλου αστικού κέντρου σε παθολογικό, χειρουργικό

και παιδιατρικό τομέα και κάλυπταν και υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και εξωτερικών ιατρείων.

2.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

A. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Για την καταγραφή των *κοινωνικο-δημογραφικών* χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και την επαγγελματική κατάσταση και ειδικότητα του Επαγγελματία υγείας. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την εκπαίδευση του Επαγγελματία σε θέματα που αφορούν την ενδοοικογενειακή βία καθώς και την προσωπική του εμπειρία με βίαια περιστατικά στα πλαίσια του δικού του περιβάλλοντος.

B. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς των Nicolaidis et al. (2005)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει 6 επιμέρους τομείς [Ch. Nicolaidis et al., (2005)]: α) Στάση ως προς τα καθήκοντα του Επαγγελματία Υγείας, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), β) Κατανόηση του επαγγελματία υγείας, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό δυσκολίας και ευκολίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. πολύ δύσκολο, δύσκολο, δεν ξέρω/δεν απαντώ, εύκολο, πολύ εύκολο), γ) Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), δ) Ικανότητα επαγγελματιών υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια τρίβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά, νοιώθω λίγη σιγουριά, νοιώθω πολύ σιγουριά), ε) Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, σχεδόν πάντα, πάντα, δεν απαντώ), και στ) Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία, όπου υπάρχουν 5 ανοιχτές ερωτήσεις. Το

ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς των Nicolaidis et al. (2005) μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για τους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας από τις Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα (2008).

RADAR

Το RADAR είναι ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε στη Massachusetts Medical Society 1997, 2004, από τη Laurie Crawford για το πρόγραμμα εκπαίδευσης RADAR (**R**: Routinely inquire about current and past violence – **A**: Ask direct questions – **D**: Document findings – **A**: Assess safety – **R**: Review options and referrals / **M**: Μελέτη ρουτίνας για τωρινή και παρελθοντική βία- **Δ**: Διατύπωση διαφορετικών ερωτήσεων- **Ε**: Ευρήματα- **Α**: Ασφάλεια αξιολόγησης- **Ε**: Εκδοχές επανεξέτασης και αναφορές) και αφορά Επαγγελματίες Υγείας που εργάζονται άμεσα ή έμμεσα με άτομα που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία (www.projectradarva.com). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει: α) Γνώσεις και αντιλήψεις που αφορούν στη βία που προέρχεται από σύντροφο, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), β) Προηγούμενες/σύγχρονες εμπειρίες αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία όπου α) ζητείται με 5 ερωτήσεις αν οι Επαγγελματίες Υγείας τους τελευταίους μήνες διερευνούν παθολογικές καταστάσεις για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας, β) αν διαπίστωσαν ενδοοικογενειακή βία, σε ποια πρακτική προέβησαν, γ) ποια ήταν τα εμπόδια που συνάντησαν, δ) ανάγκες εκπαίδευσης σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Το ερωτηματολόγιο RADAR (2004) μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για τους Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας από τις Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα (2008).

2.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία T test, το χ^2 και το Fisher's Exact Test (FETest).

Συγκεκριμένα:

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24. το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10.

- το χ^2 του Yates² για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10.

Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test).

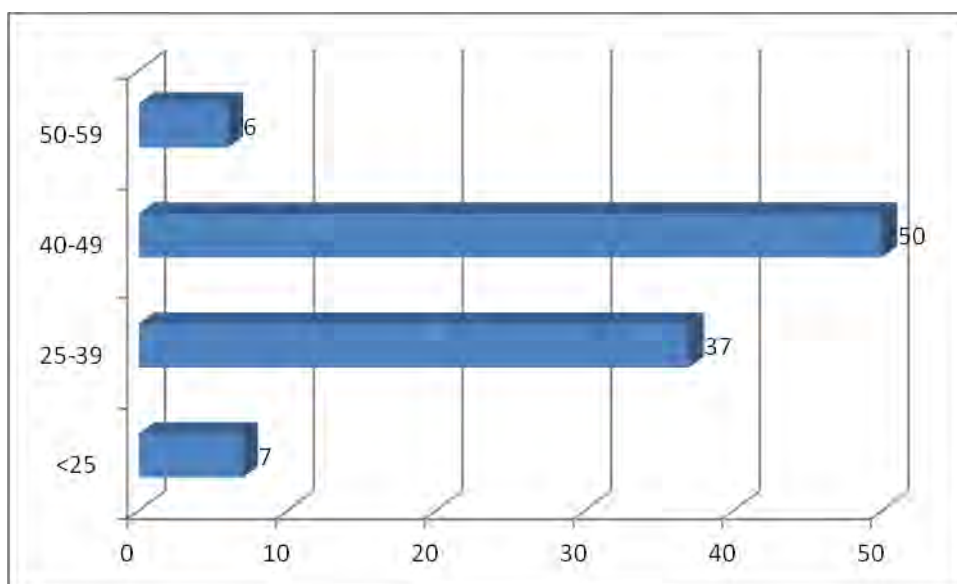
Η κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk. Σε μη κανονικές κατανομές εφαρμόστηκε η δοκιμασία Mann-Whitney -U test για τη σύγκριση των διαμέσων τιμών. Η κατανομή στην περίπτωση αυτή παρουσιάζεται με τη διάμεσο τιμή και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος [$\delta(25^{\text{η}}$ εκ θέση- $75^{\text{η}}$ εκ θέση)].

Οι ερωτήσεις αναζήτησης σημείων και συμπτωμάτων ενδοοικογενειακής βίας ενοποιήθηκαν σε μία κλίμακα βαθμονομημένη από το 0 έως το 3, με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να δηλώνει συχνότερη αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων. Ο συντελεστής αξιοπιστίας α Cronbach ήταν 0,97.

2.7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

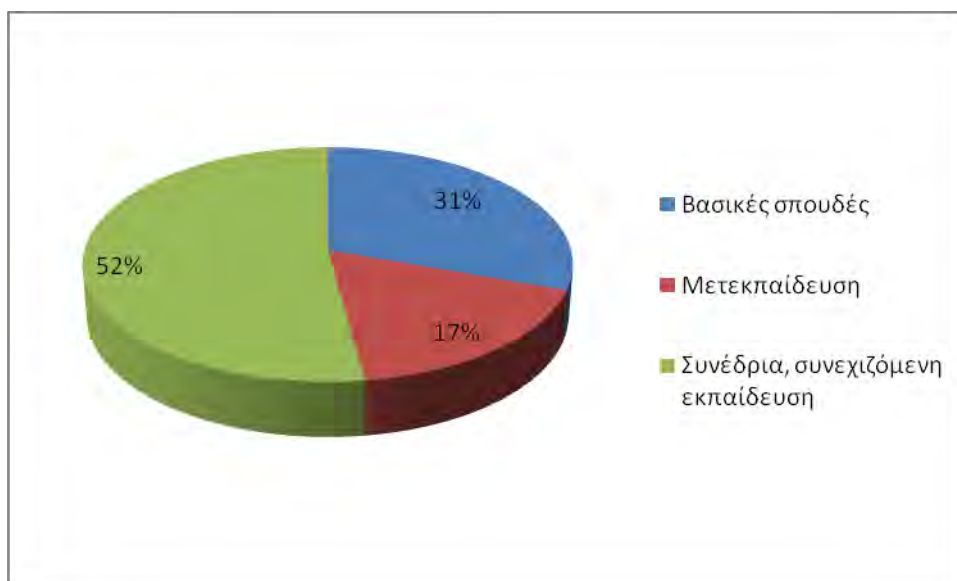
Στη μελέτη συμμετείχαν 16 άνδρες και 84 γυναίκες. Νοσηλευτές ήταν 60 άτομα και γιατροί 40. Η κατανομή τους σε ηλικιακές ομάδες είχε ως εξής : 7 άτομα ήταν κάτω των 25 ετών, 37 μεταξύ 25-39 ετών, 50 μεταξύ 40-49 και 6 μεταξύ 50-59 (γράφημα 1).

Γράφημα 1. Κατανομή σε ηλικιακές ομάδες



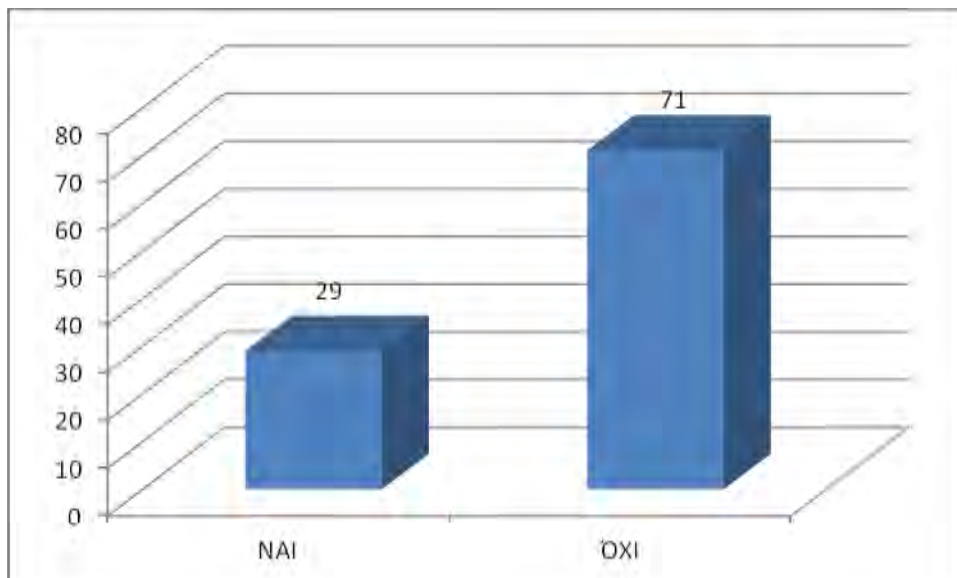
Αναφορικά με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας, οι περισσότεροι (52%) εκπαιδεύτηκαν σε συνέδρια και μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-γράφημα 2 .

Γράφημα 2. Σπουδές σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας.



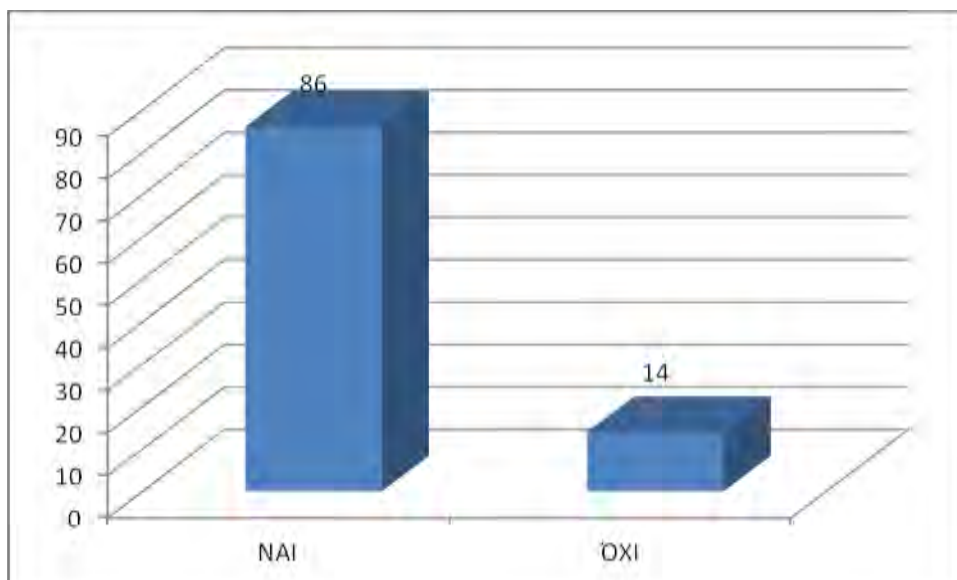
Είκοσι εννέα νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι ίδιοι ή ένα μέλος της οικογένειάς τους είχαν υποστεί ενδοοικογενειακή βία (γράφημα 3).

Γράφημα 3. Η ενδοοικογενειακή βία στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.



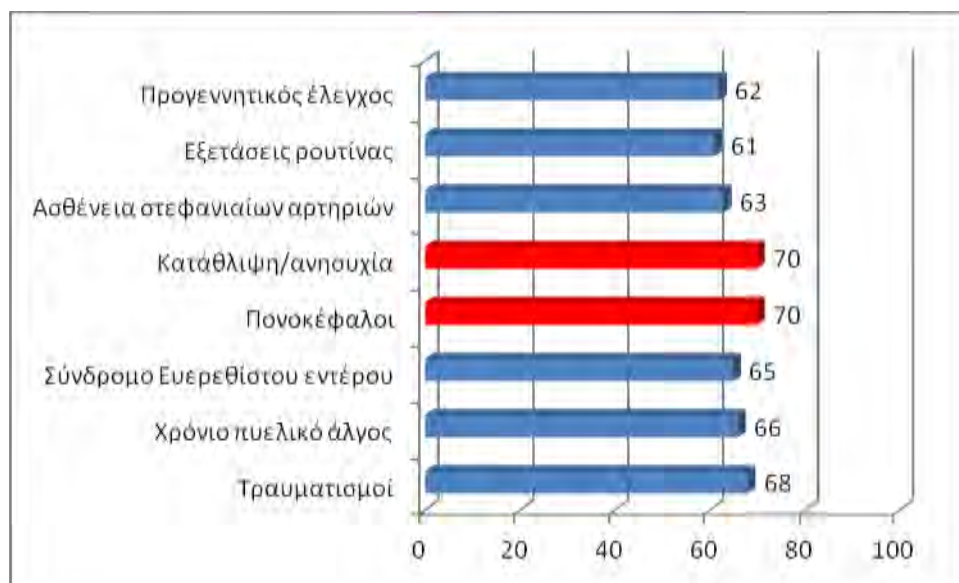
Οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι χρειάζονται κατάρτιση σε ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας σε ποσοστό 86%.

Γράφημα 4. Ανάγκη κατάρτισης σε ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας



Στην ερώτηση «πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, ρωτήσατε έναν ασθενή για ενδοοικογενειακή βία όταν παρατηρήσατε κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις» , ένας στους τρεις περίπου επαγγελματίες υγείας απάντησε ποτέ ή σπάνια και 2 στους τρεις περίπου μερικές φορές, σχεδόν πάντα ή πάντα)-γράφημα 5.

Γράφημα 5. Συχνότητα διερεύνησης συμπτωματολογίας/σημειολογίας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία (μερικές φορές-σχεδόν πάντα-πάντα)



Την κλίμακα διερεύνησης σημείων και συμπτωμάτων για ενδοοικογενειακή βία, οι νοσηλευτές διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τους ιατρούς, καθώς συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία , που σημαίνει ότι ρωτούσαν κατά πολύ συχνότερα για σημεία και συμπτώματα ενδοοικογενειακής βίας : $Z=-4,417$, $p<0,001$, με διάμεσο τιμή 0,68(0-2) για τους ιατρούς και 2(2-2) για τους νοσηλευτές -πίνακας 1. Σημειώνεται ότι 31 επαγγελματίες υγείας απάντησαν ότι ποτέ δεν αναζητούν σημεία και συμπτώματα ενδοοικογενειακής βίας.

Πίνακας 1. Συχνότητα αναζήτησης σημείων και συμπτωμάτων ενδοοικογενειακής βίας από ιατρούς και νοσηλευτές

	Επαγγελματίας υγείας	N	Mean Rank	p
Σημειολογία/συμπτωματολογία ενδοοικογενειακής βίας	Ιατρός	40	36,53	<0,001
	Νοσηλευτής	60	59,82	
	Σύνολο	100	100,00	
Mann-Whitney-U test				

Στάση ως προς τα καθήκοντα του Επαγγελματία Υγείας

Τα αποτελέσματα, ως προς τη στάση τους για τα καθήκοντα που πρέπει να έχει ο Επαγγελματίας Υγείας απέναντι στην αξιολόγηση της ενδοοικογενειακής βίας, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2. Στις συγκριμένες προτάσεις δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Στις περισσότερες προτάσεις οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας, ασχέτως αν πρόκειται για ιατρούς ή νοσηλευτές παρουσιάζονται διχασμένες. Ωστόσο, στις ακόλουθες προτάσεις, η πλειονότητα του δείγματος είναι σύμφωνη: Μέριμνα για καταφύγιο-ξενώνα σε περίπτωση κακοποίησης, δήλωση στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή, ενημέρωση του/της ασθενούς για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία

=====

Πίνακας 2. Σύγκριση των δύο ομάδων για τις απόψεις τους ως προς τα καθήκοντά τους απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία.

	Ιατροί N(%)	Νοσηλευτές N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ιατρών - Νοσηλευτών
Σύνολο	40 (40,0)	60 (60,0)	100 (100,0)	

Έλεγχος των γυναικών ασθενών για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο

ρουτίνας:

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	8 (13,2)	9 (9,0)	
Διαφωνώ	9 (22,5)	21 (35,0)	30 (30,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	19 (47,5)	17 (28,3)	36 (36,0)	
Συμφωνώ	10 (25,0)	12 (20,0)	22 (22,0)	ETest=7,741
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	2 (3,3)	3 (3,0)	p=0,102

Έλεγχος όλων των ασθενών με χρόνιο πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία:

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	6 (10,0)	7 (7,0)	
Διαφωνώ	14 (35,0)	11 (18,3)	25 (25,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	7 (17,5)	16 (26,7)	23 (23,0)	

Συμφωνώ	12 (30,0)	23 (38,3)	35 (35,0)	FETest=7,833
Συμφωνώ απόλυτα	6 (15,0)	4 (6,7)	10 (10,0)	P=0,098

Ερώτηση για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει η/ο ασθενής:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	3 (5,0)	3 (3,0)	
Διαφωνώ	5 (12,5)	14 (23,3)	19 (19,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (15,0)	10 (16,7)	16 (16,0)	
Συμφωνώ	23 (57,5)	27 (45,0)	50 (50,0)	FETest=5,902
Συμφωνώ απόλυτα	6 (15,0)	6 (10,0)	12 (12,0)	P=0,207

Ερώτηση για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	9 (15,0)	11 (11,0)	
Διαφωνώ	15 (37,5)	26 (43,3)	41 (41,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	15 (37,5)	18 (30,0)	33 (33,0)	
Συμφωνώ	8 (20,0)	6 (10,0)	14 (14,0)	FETest=2,099
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	P=0,552

Μέριμνα για καταφύγιο-ξενώνα σε περίπτωση κακοποίησης:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Διαφωνώ	4 (10,0)	2 (3,3)	6 (6,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	7 (17,5)	9 (15,0)	16 (16,0)	
Συμφωνώ	21 (52,5)	36 (60,0)	57 (57,0)	FETest=4,994
Συμφωνώ απόλυτα	8 (20,0)	13 (21,7)	21 (21,0)	P=0,288

Δήλωση στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	
Διαφωνώ	4 (10,0)	4 (6,7)	8 (8,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	4 (10,0)	1 (1,7)	5 (5,0)	
Συμφωνώ	20 (50,0)	33 (55,0)	53 (53,0)	FETest=0,318
Συμφωνώ απόλυτα	12 (30,0)	21 (35,0)	33 (33,0)	P=0,957

Ενημέρωση ασθενούς ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/της:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Διαφωνώ	1 (2,5)	2 (3,3)	3 (3,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	3 (7,5)	3 (5,0)	6 (6,0)	
Συμφωνώ	20 (50,0)	30 (50,0)	50 (50,0)	FETest=4,994
Συμφωνώ απόλυτα	16 (40,0)	25 (41,7)	41 (41,0)	P=0,288

Παρακολούθηση εξέλιξης του ασθενή, μετά την παραπομπή της/του σε σχετικό φορέα:

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	2 (3,3)	3 (3,0)	
Διαφωνώ	9 (22,05)	13 (21,7)	22 (22,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	16 (26,7)	27 (27,0)	
Συμφωνώ	14 (35,0)	20 (33,3)	34 (34,0)	FETest=0,318
Συμφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	9 (15,0)	14 (14,0)	P=0,957

Ενημέρωση του/της ασθενούς για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (2,0)	
Διαφωνώ	7 (17,5)	5 (8,3)	12 (12,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	3 (7,5)	4 (6,7)	7 (7,0)	
Συμφωνώ	23 (57,5)	30 (50,0)	53 (53,0)	FETest=0,199
Συμφωνώ απόλυτα	7 (17,5)	19 (31,7)	26 (26,0)	P=0,909

=====

Κατανόηση του Επαγγελματία Υγείας

Τα αποτελέσματα, ως προς την κατανόηση των Επαγγελματιών Υγείας στις συγκεκριμένες επιλογές ορισμένων ανθρώπων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3. Η δοκιμασία Fisher's Exact Test δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς την κατανόησή τους στις συμπεριφορές που περιγράφονται στο ερωτηματολόγιο και που στις περισσότερες από τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας θα έδειχναν εύκολα κατανόηση. Παρόλα αυτά σε τρεις περιπτώσεις δύσκολα κατανοητή είναι η απόφαση εκείνου που έχει υποστεί βία: Ως

προς μια γυναίκα μορφωμένη, μεσαίας τάξης, μητέρα δύο παιδιών, η οποία παραμένει σε σχέση που εμπεριέχει βία, ποσοστό 66 % επί του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση. Απέναντι σε μια άγαμη επαγγελματία γυναίκα με σπουδαία καριέρα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, ποσοστό 75% επί του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης. Ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε έναν μορφωμένο ομοφυλόφιλο άνδρα, ο οποίος παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, ποσοστό 69% επί του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτού του άνδρα να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης.

Πίνακας 3. Σύγκριση των δύο ομάδων για την κατανόησή τους ως προς τις συντροφικές επιλογές μερικών ανθρώπων.

	Ιατροί N(%)	Νοσηλευτές N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ιατρών - Νοσηλευτών
Σύνολο	40 (40,0)	60 (60,0)	100 (100,0)	

Μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά

από τον σύντροφό της:

Πολύ δύσκολο	3 (7,5)	5 (8,3)	8 (8,0)	
Δύσκολο	8 (20,0)	16 (26,7)	24 (24,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	5 (12,5)	4 (6,7)	9 (9,0)	
Εύκολο	20 (50,0)	28 (46,7)	48 (48,0)	FETest=2,437
Πολύ εύκολο	4 (10,0)	7 (10,0)	11 (11,0)	P=0,786

Μια μορφωμένη, μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών:

Πολύ δύσκολο	4 (10,0)	10 (16,7)	14 (14,0)	
Δύσκολο	19 (47,5)	33 (55,0)	52 (52,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	6 (15,0)	6 (10,0)	12 (12,0)	
Εύκολο	11 (27,5)	9 (15,0)	20 (20,0)	FETest=5,419
Πολύ εύκολο	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (2,0)	P=0,247

Ένας/Μία άγαμος επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα:

Πολύ δύσκολο	16 (40,0)	26 (43,3)	42 (42,0)	
Δύσκολο	14 (35,0)	19 (31,7)	33 (33,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	3 (7,5)	5 (8,3)	8 (8,0)	
Εύκολο	2 (5,0)	8 (13,3)	10 (10,0)	FETest=4,826
Πολύ εύκολο	5 (12,5)	2 (3,3)	7 (7,0)	P=0,306

Ένας μορφωμένος ομοφυλόφιλος άνδρας:

Πολύ δύσκολο	11 (27,5)	21 (35,0)	32 (32,0)	
Δύσκολο	15 (37,5)	22 (36,7)	37 (37,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	13 (32,5)	10 (16,7)	23 (23,0)	
Εύκολο	1 (2,5)	7 (11,7)	8 (8,0)	FETest=5,938
Πολύ εύκολο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	P=0,115

Μία γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη:

Πολύ δύσκολο	6 (15,0)	10 (16,7)	16 (16,0)	
Δύσκολο	8 (20,0)	9 (15,0)	17 (17,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	5 (12,5)	10 (16,7)	15 (15,0)	
Εύκολο	13 (32,5)	25 (41,7)	38 (38,0)	FETest=2,883
Πολύ εύκολο	8 (20,0)	6 (10,0)	14 (14,0)	P=0,578

Ένας ετεροφυλόφιλος έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα:

Πολύ δύσκολο	11 (27,5)	17 (28,3)	28 (28,0)	
Δύσκολο	18 (45,0)	23 (38,3)	41 (41,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	5 (12,5)	11 (18,3)	16 (16,0)	
Εύκολο	6 (15,0)	9 (15,0)	15 (15,0)	FETest=0,790
Πολύ εύκολο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	P=0,852

Μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες:

Πολύ δύσκολο	3 (7,5)	9 (15,0)	12 (12,0)	
Δύσκολο	10 (25,0)	10 (16,7)	20 (20,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4 (10,0)	6 (10,0)	10 (10,0)	

Εύκολο	13 (32,5)	28 (46,7)	41 (41,0)	FETest=5,665
Πολύ εύκολο	10 (25,0)	7 (11,7)	17 (17,0)	P=0,226

Ένας άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες:

Πολύ δύσκολο	2 (5,0)	10 (16,7)	12 (12,0)	
Δύσκολο	10 (25,0)	10 (16,7)	20 (20,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	7 (17,5)	7 (11,7)	14 (14,0)	
Εύκολο	13 (32,5)	27 (45,0)	40 (40,0)	FETest=7,087
Πολύ εύκολο	8 (20,0)	6 (10,0)	14 (41,0)	P=0,131

=====

Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας

Τα αποτελέσματα, ως προς την ικανότητα των Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακή βίας, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4. Δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, με την εξαίρεση της πρότασης σχετικά με την παροχή *τεκμηρίωσης για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς*. Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,004$). Ποσοστό 86,7% των νοσηλευτών δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά όσον αφορά το να παρέχει τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς σε σχέση με το 60% των ιατρών.

Πίνακας 4. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίσουν, να διαγνώσουν, να ανταποκριθούν, να παραπέμψουν και να τεκμηριώσουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.

	Σύνολο 100 (100,0%)			Ιατροί 40 (31,5%)			Νοσηλεύτες 60 (68,5%)			Διαφορά
	Καθόλου σιγουριά N(%)	Λίγη σιγουριά N(%)	Πολύ σιγουριά N(%)	Καθό λου σιγου ριά N(%)	Λίγη σιγουριά N(%)	Πολύ σιγουριά N(%)	Καθόλου σιγουριά N(%)	Λίγη σιγουριά N(%)	Πολύ σιγουριά N(%)	
Αναγνώριση της ενδοοικογενειακής βίας	70(70,0)	26(26,0)	4 (4,0)	27(67,5)	11(27,5)	2(5,0)	43(71,7)	15(25,0)	2 (3,3)	$X^2_p = 0,284$ P=0,869
Εντοπισμός της κακοποίησης ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων	79(79,0)	17(17,0)	4 (4,0)	30(75,0)	9 (22,5)	1 (2,5)	49(81,7)	8 (13,3)	3 (5,0)	$X^2_p = 1,693$ P=0,429

Αποτελεσματική ανταπόκριση σε μια/έναν ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία	74(74,0)	21(21,0)	5 (5,0)	27(67,5)	12(30,0)	1 (2,5)	47(78,3)	9 (15,0)	4(6,7)	$X^2_p = 3,804$ P=0,149
Κατάλληλη παραπομπή των κακοποιημένων ατόμων στις υπηρεσίες του νοσοκομείου και σε άλλους αρμόδιους φορείς	64(64,0)	23(23,0)	13 (13,0)	21(52,5)	12(30,0)	7 (17,5)	43(71,7)	11(18,3)	6 (10,0)	$X^2_p = 3,81$ P=0,149
Παροχή τεκμηρίωσης για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας/ενός ασθενή	76(76,0)	19(19,0)	5 (5,0)	24(60,0)	14(35,0)	2 (5,0)	52(86,7)	5 (8,3)	3 (5,0)	$X^2_p = 11,176$ P=0,004

Ποσοστό 15% των επαγγελματιών υγείας συνδέει σχεδόν πάντα το τραύμα με πιθανή κακοποίηση και 13% την κατάθλιψη με το άγχος. Ωστόσο ποσοστό 70 % περίπου των επαγγελματιών υγείας επέλεξαν να μην απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 5. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη σύνδεση «παθολογικών καταστάσεων» με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.

Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα	Πάντα	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
1. Τραύματα	3	1	11	15	1	69
2. Χρόνιος ισχιακός πόνος	3	3	17	5	0	72
3. Σύνδρομο ευερέθιστου συνδρόμου	2	5	14	7	1	71
4. Πονοκέφαλος	2	7	10	10	1	70
5. Κατάθλιψη. Άγχος	3	2	11	13	0	71
6. Υπέρταση/ στεφανιαία νόσος	3	5	14	7	0	71

Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε ποσοστό 24% και η αστυνομία (13%) ήταν οι υπηρεσίες που κυρίως υποδείχτηκαν από τους επαγγελματίες υγείας σε θύματα κακοποίησης. Έπονταν το καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών και οι υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων.

Πίνακας 6. Υπηρεσίες που υπεδείχθησαν στον ασθενή

		→ ΠΟΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ?
7	ΥΠΕΔΕΙΞΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΑΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	Κοινωνικοί Λειτουργοί του νοσοκομείου 24
12	Εκτίμησα τη σοβαρότητα της κατάστασης	Δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας 4
3	Προμήθευσα τον ασθενή με ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια)	Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών 7
8	Πληροφόρησα τον ασθενή πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα-διευθύνσεις)	Υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων 8
2	Πήρα φωτογραφίες που επιβεβαιώνουν την κακοποίηση του ασθενή	Αστυνομία 13
4	Έκανα εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο	Νομική βοήθεια, Ιδιώτες δικηγόροι 4
10	Κατέγραψα τις παρατηρήσεις μου στο φάκελο του ασθενή	Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες 2
2	Δεν έκανα τίποτα	Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων 2
1	Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η	Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης 4
1	Άλλο _____	Δεν ξέρω / Δεν είμαι σίγουρος

Η άρνηση εκ μέρους του ασθενούς της κακοποίησης ως αιτία του τραυματισμού, ο φόβος συνεπειών από την αναφορά της κακοποίησης και το έλλειμμα ειδικής εκπαίδευσης ήταν τα κυριότερα εμπόδια που αναφέρθηκαν από όσους επαγγελματίες υγείας απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 7. εμπόδια στην αναγνώριση και καταγραφή της κακοποίησης

Ο ασθενής δεν ήθελε να μιλήσει για την κακοποίηση	11
Ο ασθενής αρνήθηκε την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού	14
Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού	5
Δεν υπάρχουν αρμόδιες υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων κακοποίησης στην περιοχή μου	1
Φόβο για τις πιθανές συνέπειες της αναφοράς της κακοποίησης	14
Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να διερευνήσω ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία	12
Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η	8
Άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε:1	

Τριάντα δύο νοσηλευτές απάντησαν ότι χρησιμοποιούν τις σχετικές ερωτήσεις κάθε φορά που τίθεται υποψία κακοποίησης, ενώ σε κάθε ασθενή ανέφεραν ότι τις εφαρμόζουν 3 άτομα. Δεκαεννέα άτομα δε ρωτούν ποτέ για ενδοοικογενειακή βία.

Πίνακας 8. Χρησιμοποίηση ερωτήσεων διερεύνησης ενδοοικογενειακής βίας

Ναι, με κάθε ασθενή	3
Ναι, κάθε φορά που υποψιάζομαι ότι ο ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης	32
Όχι, δεν χρησιμοποιώ τέτοιες ερωτήσεις ποτέ	19
Δεν είμαι σίγουρος/ -η	4

Η παροχή υποστήριξης και η ενημέρωση-καθοδήγηση είναι οι συχνότερες παράμετροι στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν οι επαγγελματίες υγείας, σε ποσοστό 20-30% .

Πίνακας 9. Παράμετροι της ενδοοικογενειακής βίας με αδυναμία ανταπόκρισης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας.

Αναγνώριση/ Διερεύνηση	14
Καταγραφή	14
Θεραπεία	18
Παροχή υποστήριξης	26
Ενημέρωση-καθοδήγηση σε αρμόδιες υπηρεσίες	22
Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η	9

Η πορεία της κλινικής εικόνας και η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων ενδοοικογενειακής βίας είναι τα στοιχεία που κατά τους επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταγράφονται στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών σε ποσοστό 50% και 22% αντίστοιχα. Η συμβουλευτική και η παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό/ ψυχολόγο είναι οι συχνότερες ενέργειες σε ασθενή που αποκάλυψε ότι κακοποιείται (63% και 56% αντίστοιχα). Η λεκτική και η σωματική βία θεωρούνται ως 2 βασικοί τρόποι κακοποίησης, ενώ ο δισταγμός στην απάντηση και η προσπάθεια απόκρυψης/ αναιρέσης στοιχείων εγείρουν αυξημένη υποψία κακοποίησης σε ποσοστά 68 % και 66% αντίστοιχα. Οι δυο συχνότερες ερωτήσεις που θα υπέβαλλαν οι επαγγελματίες υγείας είναι « είσαι ευχαριστημένη με το γάμο σου» (56%) και «Μήπως θα ήθελες να αναφέρεις κάτι άλλο που σε απασχολεί;» σε ποσοστό 22%.

Πίνακας 10. Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία

Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας για 2 πληροφορίες που πρέπει να καταγραφούν στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με μία/έναν ασθενή που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία :	%
Έναρξη συμπτωμάτων-συχνότητα	50

Πορεία κλινικής εικόνας	22
Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας για 2 τρόπους με τους οποίους μπορούν να βοηθήσουν μία ασθενή που μόλις τους αποκάλυψε ότι κακοποιείται.	
Συμβουλευτική	63
Παραπομπή σε κοινωνική λειτουργό-ψυχολόγο-ίδρυμα	56
Απαρίθμηση 2 τρόπων που ένας/μία δράστης βίας μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη/στο σύντροφό του/της, σύμφωνα με την άποψη των Επαγγελματιών Υγείας:	
Λεκτικά	60
Σωματικά	58
Απαρίθμηση 2 λόγων που δημιουργούν αυξημένη υποψία στους Επαγγελματίες Υγείας για την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας:	
Διστακτικότητα σε απαντήσεις	68
Προσπάθεια αναίρεσης λεπτομερειών	66
Δύο ερωτήσεις που θα υποβάλλανε οι Επαγγελματίες Υγείας σε μια γυναίκα για να αναγνωρίσουν αν είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας.	
Είσαι ευχαριστημένη με το γάμο σου;	56
Μήπως θα ήθελες να αναφέρεις κάτι άλλο που σε απασχολεί;	22

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, όσον αφορά τη διαπίστωση ασθενών που έπεσαν θύματα κακοποίησης τον

τελευταίο μήνα. Το 60% του συνόλου απάντησε ότι 1-5 ασθενείς συνολικά ήταν θύματα κακοποίησης, ενώ 25 επαγγελματίες υγείας είχαν οι ίδιοι διαπιστώσει κακοποιημένο ασθενή.

=====

Πίνακας 11. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις προηγούμενες/σύγχρονες εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.

	Ιατροί N(%)	Νοσηλευτές N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ιατρών -Νοσηλευτών
--	----------------	--------------------	----------------	-------------------------------

Διαπίστωση τους τελευταίους 6 μήνες ότι κάποιος ασθενής έχει πέσει θύμα κακοποίησης

(N=25)

ΝΑΙ	5 (38,4)	4 (33,3)	9 (36,0)	$\chi^2_p = 0,00$
ΟΧΙ	8 (61,6)	8 (66,6)	16 (64,0)	P= 1,00

Αν ναι, πόσοι; (N=90)

Κανένας	4 (10,6)	8 (15,4)	12(13,3)	
1 - 5	22 (57,8)	32 (61,5)	54(60,0)	L.R. =2,465
6 - 10	12 (31,6)	11 (21,1)	23(25,5)	P=0,465
11 - 20	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,2)	

Η ύπαρξη ενημερωτικού υλικού σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία στον εργασιακό χώρο και η αίσθηση ότι υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες διαχείρισης ενδοοικογενειακής βίας στον εργασιακό χώρο αναφέρθηκαν από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας

Πίνακας 12. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τις ανάγκες εκπαίδευσης σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.

	Σύνολο		
	100(100,0%)		
	ΝΑΙ N(%)	ΟΧΙ N(%)	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ N(%)
Γνώση ότι ο εργασιακός χώρος έχει καταγεγραμμένες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας	6,5	63,0	30,4
Ύπαρξη ενημερωτικού υλικού σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία στον εργασιακό χώρο	55,6	44,4	0,0
Αίσθηση ότι υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες διαχείρισης ενδοοικογενειακής βίας στον εργασιακό χώρο	81,3	18,8	0,0
Αίσθηση ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες διαχείρισης ενδοοικογενειακής βίας που υπάρχουν στην περιοχή είναι γνωστές	6,5	67,7	25,8
Γνώση του τι είναι «πλάνο ασφαλείας» αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία	6,3	88,4	5,3
Βοήθεια ασθενή να διαμορφώσει ένα «πλάνο ασφαλείας»	3,2	88,3	8,5

Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα

Η στάση απέναντι στα εμπόδια που συναντούν οι Επαγγελματίες Υγείας στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας κακοποιημένων ατόμων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 13. Οι γνώμες παρουσιάζονται διχασμένες, με εξαίρεση την πρόταση για αίσθηση σπατάλης χρόνου σε περίπτωση προσπάθειας βοήθειας ενός ασθενούς που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/ή παραμένει στη σχέση του, όπου η πλειονότητα (63%) διαφωνεί. Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζεται στην πρόταση σχετικά με την πεποίθηση πως οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν ν' αλλάξουν την κατάστασή τους, με την οποία συμφωνεί το 45% των ιατρών, αλλά σημαντικά μικρότερο ποσοστό (31,7%) των νοσηλευτών. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στην πρόταση σχετικά με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις: Με την πρόταση συμφωνεί το 55% των ιατρών, ενώ μόλις το 26,7% των νοσηλευτών ($p=0,031$).

Πίνακας 13. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις αντιλήψεις τους στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών.

	Ιατροί N(%)	Νοσηλευτές N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ιατρών - Νοσηλευτών
Σύνολο	40 (29,3%)	60 (70,7)	100 (100,0)	
Έλλειψη χρόνου διερεύνησης των ασθενών για ενδοοικογενειακή βία:				
Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	3 (5,0)	5 (5,0)	
Διαφωνώ	8 (20,0)	16 (26,7)	24 (24,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	10 (16,7)	19 (19,0)	
Συμφωνώ	17 (42,5)	26 (43,3)	43 (43,0)	FETest=0,954
Συμφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	5 (8,3)	9 (9,0)	P=0,917

Φόβος προσβολής της/του ασθενούς σε ερώτηση για ενδοοικογενειακή βία:

Διαφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	9 (15,0)	12 (12,0)	
Διαφωνώ	13 (32,5)	18 (30,0)	31 (31,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	13 (21,7)	21 (21,0)	
Συμφωνώ	11 (27,5)	17 (28,3)	28 (28,0)	FETest=2,925
Συμφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	3 (5,0)	8 (8,0)	P=0,570

Δυσκολία απομόνωσης της/του ασθενούς όταν συνοδεύεται από το σύντροφό του:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	4 (6,7)	6 (9,3)	
Διαφωνώ	9 (22,5)	18 (30,0)	27 (40,9)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	7 (17,5)	12 (20,0)	19 (19,7)	
Συμφωνώ	15 (37,5)	22 (36,7)	37 (26,2)	FETest=3,203
Συμφωνώ απόλυτα	7 (17,5)	4 (6,7)	11 (3,9)	P=0,524

Ανησυχία ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θα ξοδέψει πολύ από το χρόνο του Επαγγελματία Υγείας:

Διαφωνώ απόλυτα	7 (17,5)	1 (18,3)	18 (18,0)	
Διαφωνώ	14 (35,0)	26 (43,3)	40 (40,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	11 (18,3)	48 (48,0)	
Συμφωνώ	9 (22,5)	12 (20,0)	21 (21,0)	FETest=3,203
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	P=0,524

Αίσθηση ανικανότητας βοήθειας μιας/ενός ασθενούς που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης:

Διαφωνώ απόλυτα	7 (17,5)	9 (15,0)	16 (16,0)	
Διαφωνώ	10 (25,0)	27 (45,0)	37 (37,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	17 (28,3)	28 (28,0)	
Συμφωνώ	10 (25,0)	4 (6,7)	14 (14,0)	FETest=2,542
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	3 (5,0)	5 (5,0)	P=0,637

Πεποίθηση πως οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν ν' αλλάξουν την κατάσταση τους

Διαφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	6 (10,0)	10 (10,0)	
Διαφωνώ	10 (25,0)	19 (31,7)	29 (29,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	16 (26,7)	24 (24,0)	
Συμφωνώ	18 (45,0)	19 (31,7)	37 (37,0)	FETest=8,489
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	P=0,075

Αίσθηση σπατάλης χρόνου σε περίπτωση προσπάθειας βοήθειας ενός ασθενούς που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/ή παραμένει στη σχέση του:

Διαφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	14 (23,3)	19 (19)	
Διαφωνώ	15 (37,5)	29 (48,3)	44 (44,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	10 (16,7)	21 (21,0)	
Συμφωνώ	8 (20,0)	7 (11,7)	15 (15,0)	FETest=2,005
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	P=0,750

Απουσία γνώσης και μέσων αντιμετώπισης ενός ασθενούς που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	4 (6,7)	4 (4,0)	
Διαφωνώ	12 (30,0)	17 (28,3)	29 (29,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (15,0)	19 (31,7)	25 (25,0)	
Συμφωνώ	21 (52,5)	14 (23,3)	35 (35,0)	FETest=1,961
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	6 (10,0)	7 (7,0)	P=0,581

Ανυπαρξία υπηρεσίας-οργανισμού για να κατευθυνθεί ένας ασθενής που έχει πέσει θύμα βίας:

Διαφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	12 (20,0)	15 (15,0)	
Διαφωνώ	23 (57,5)	27 (45,0)	50 (50,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	9 (15,0)	17 (17,0)	
Συμφωνώ	6 (15,0)	11 (18,3)	17 (17,0)	FETest=5,013
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	P=0,286

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	8 (13,3)	10 (10,0)	
Διαφωνώ	10 (25,0)	18 (30,0)	28 (28,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (15,0)	18 (30,0)	24 (24,0)	
Συμφωνώ	18 (45,0)	15 (25,0)	33 (33,0)	FETest=10,625
Συμφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	1 (1,7)	5 (5,0)	P=0,031

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Αναφορικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας και το ρόλο τους απέναντι σε περιστατικά κακοποίησης στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν όσον αφορά στην πρόταση «Υπάρχουν στρατηγικές που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να ενθαρρύνω τα θύματα κακοποίησης να αναζητήσουν βοήθεια» με την οποία οι νοσηλευτές διαφωνούν σε ποσοστό 20%, ενώ οι ιατροί σε ποσοστό 7,5% και στην πρόταση «Μπορεί κάποιος να πέσει θύμα κακοποίησης μόνο εφόσον το επιλέξει», με την οποία οι ιατροί συμφωνούν σε ποσοστό 27,5% , ενώ οι νοσηλευτές σε ποσοστό 13,3%.

Πίνακας 14. Σύγκριση των δύο ομάδων για τις αντιλήψεις τους ως προς το ρόλο του επαγγελματία υγείας σχετικά με περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας

	Ιατροί	Νοσηλευτές	Σύνολο	Διαφορά
	N(%)	N(%)	N(%)	Ιατρών - Νοσηλευτών
Σύνολο	40 (40,0)	60 (60,0)	100 (100,0)	

Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι περιορισμένος αναφορικά με τη βοήθεια που μπορεί να παρέχει σε θύματα κακοποίησης

Διαφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	3 (5,0)	6 (6,0)	
Διαφωνώ	6 (15,0)	9 (15,0)	15 (15,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	17 (28,3)	25 (25,0)	
Συμφωνώ	19 (47,5)	28 (46,7)	47 (47,0)	FETest=1,768
Συμφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	3 (5,0)	7 (7,0)	P=0,778

Έχω τη δυνατότητα να συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως υποβόσκουσα αιτία σωματικής πάθησης.

Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	8 (13,3)	10 (10,0)	
Διαφωνώ	14 (35,0)	23 (38,3)	37 (37,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	14 (35,0)	16 (26,7)	30 (30,0)	
Συμφωνώ	9 (22,5)	11 (18,3)	20 (20,0)	FETest=2,713
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	2 (3,3)	3 (3,0)	P=0,607

Αν έρθω σε επαφή με ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης, δεν ξέρω τι να κάνω.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	1 (1,7)	2 (2,0)	
Διαφωνώ	16 (40,0)	29 (48,3)	45 (45,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	15 (25,0)	26 (26,0)	
Συμφωνώ	10 (25,0)	11 (18,3)	21 (21,0)	FETest=1,128
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	4 (6,7)	6 (6,0)	P=0,890

Νιώθω άνετα να συζητήσω για Βία που προέρχεται από στενό σύντροφο με τους ασθενείς μου.

Διαφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	4 (6,7)	7 (7,0)	
Διαφωνώ	17 (42,5)	27 (45,0)	44 (44,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	7 (17,5)	18 (30,0)	25 (25,0)	
Συμφωνώ	12 (30,0)	11 (18,3)	23 (23,0)	FETest=4,848
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	P=0,303

Διαδραματίζω σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση περιστατικών κακοποίησης.

Διαφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	10 (16,7)	13 (13,0)	
Διαφωνώ	23 (57,5)	26 (43,3)	49 (49,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	12 (30,0)	15 (25,0)	27 (27,0)	
Συμφωνώ	2 (5,0)	8 (13,3)	10 (10,0)	FETest=5,708
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	P=0,222

Με το να αντιμετωπίζω περιστατικά κακοποίησης, στέλνω ένα μήνυμα στην κοινότητα, ότι η βία δεν είναι αποδεκτή

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (2,0)	
Διαφωνώ	8 (20,0)	5 (8,3)	13 (13,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	6 (10,0)	15 (15,0)	
Συμφωνώ	18 (45,0)	35 (58,3)	53 (53,0)	FETest=8,568
Συμφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	12 (20,0)	17 (17,0)	P=0,073

Δεν θα έπρεπε να είμαι υπεύθυνος για να αναγνωρίσω θύματα κακοποίησης.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	6 (10,0)	6 (6,0)	
Διαφωνώ	18 (45,0)	27 (45,0)	45 (45,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	18 (30,0)	29 (29,0)	
Συμφωνώ	10 (25,0)	8 (13,3)	18 (18,0)	Fisher's Exact Test=8,032
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	1 (1,7)	2 (2,0)	P=0,100

Μπορώ να κατευθύνω σωστά θύματα κακοποίησης σε αρμόδιες υπηρεσίες.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	3 (5,0)	4 (4,0)	
Διαφωνώ	12 (30,0)	15 (25,0)	27 (27,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	11 (27,5)	21 (35,0)	32 (32,0)	
Συμφωνώ	13 (32,5)	19 (31,7)	32 (32,0)	FETest=1,864
Συμφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	2 (3,3)	5 (5,0)	P=0,761

Πιθανότητα θα χρειαζόταν να κάνω αρκετές προσπάθειες για να βοηθήσω έναν ασθενή να αναγνωρίσει μια σχέση βίας.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	
Διαφωνώ	3 (7,5)	4 (6,7)	7 (7,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	8 (13,3)	17 (17,0)	
Συμφωνώ	25 (62,5)	40 (66,7)	65 (65,0)	FETest=2,700
Συμφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	7 (11,7)	10 (10,0)	P=0,609

Μπορώ να αναγνωρίσω τα θύματα κακοποίησης.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	4 (6,7)	5 (5,0)	
Διαφωνώ	7 (17,5)	10 (16,7)	17 (17,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	18 (45,0)	27 (45,0)	45 (45,0)	
Συμφωνώ	12 (30,0)	18 (30,0)	30 (30,0)	FETest=2,834
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	1 (1,7)	3 (3,0)	P=0,725

Δεν έχω το χρόνο να διερευνήσω την πιθανότητα κακοποίησης κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (20,0)	
Διαφωνώ	11 (27,5)	9 (15,0)	20 (20,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	12 (20,0)	23 (23,0)	
Συμφωνώ	16 (40,0)	30 (50,0)	46 (46,0)	FETest=3,393
Συμφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	9 (15,0)	14 (14,0)	P=0,494

Υπάρχουν στρατηγικές που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να ενθαρρύνω τα θύματα κακοποίησης να αναζητήσουν βοήθεια.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	2 (3,3)	3 (3,0)	
Διαφωνώ	2 (5,0)	10 (16,7)	12 (12,0)	

Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	18 (45,0)	15 (25,0)	33 (33,0)	
Συμφωνώ	17 (42,5)	33 (55,0)	50 (50,0)	FETest=3,393
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	P=0,034

Έχω πρόσβαση σε δομημένες υπηρεσίες της κοινότητας που ασχολούνται με την κακοποίηση.

Διαφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	9 (15,0)	13 (13,0)	
Διαφωνώ	17 (42,5)	34 (56,7)	51 (51,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	9 (15,0)	18 (18,0)	
Συμφωνώ	7 (17,5)	8 (13,3)	15 (15,0)	FETest=7,949
Συμφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	0 (0,0)	3 (3,0)	P=0,093

Μπορεί κάποιος να πέσει θύμα κακοποίησης μόνο εφόσον το επιλέξει.

Διαφωνώ απόλυτα	6 (15,0)	24 (40,0)	30 (30,0)	
Διαφωνώ	23 (57,5)	28 (46,7)	51 (51,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	4 (10,0)	5 (8,3)	9 (9,0)	
Συμφωνώ	6 (15,0)	2 (3,3)	8 (8,0)	FETest=10,392
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	1 (1,7)	2 (2,0)	P=0,037

Φοβάμαι πως θα προσβάλω τον ασθενή αν τον ρωτήσω για την πιθανότητα να είναι θύμα κακοποίησης.

Διαφωνώ απόλυτα	5 (12,5)	6 (10,0)	11 (11,0)	
Διαφωνώ	14 (35,0)	20 (33,3)	34 (34,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (20,0)	17 (28,3)	25 (25,0)	
Συμφωνώ	10 (25,0)	16 (26,7)	26 (26,0)	FETest=2,866
Συμφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	1 (1,7)	4 (4,0)	P=0,577

Έχω ασθενείς με προσωπικότητες επιρρεπείς στην αποδοχή της βίας.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	4 (6,7)	5 (5,0)	
-----------------	---------	---------	---------	--

Διαφωνώ	6 (15,0)	15 (25,0)	21 (21,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	20 (50,0)	25 (41,7)	45 (45,0)	
Συμφωνώ	12 (30,0)	13 (21,7)	25 (25,0)	FETest=3,528
Συμφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	3 (5,0)	4 (4,0)	P=0,474

Στην εργασία μου δεν παρέχεται αρκετή υποστήριξη στην αντιμετώπιση θυμάτων κακοποίησης

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,0)	
Διαφωνώ	8 (20,0)	8 (13,3)	16 (16,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	14 (35,0)	20 (33,3)	34 (34,0)	
Συμφωνώ	14 (35,0)	22 (36,7)	36 (36,0)	FETest=2,190
Συμφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	9 (15,0)	13 (13,0)	P=0,701

Καταγράφω τις δηλώσεις των ασθενών για το πώς προκλήθηκαν τραύματα σχετιζόμενα με βίαιες συμπεριφορές.

Διαφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	6 (10,0)	8 (8,0)	
Διαφωνώ	12 (30,0)	16 (26,7)	28 (28,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	10 (25,0)	15 (25,0)	25 (25,0)	
Συμφωνώ	14 (35,0)	21 (35,0)	35 (35,0)	FETest= 1,056
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	2 (3,0)	4 (4,0)	P=0,901

Οι σωματικές, ψυχολογικές, και οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με ενδοοικογενειακή βία, υπαγορεύουν την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως προς την πρόληψη αυτών.

Διαφωνώ απόλυτα	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	
Διαφωνώ	7 (17,5)	3 (5,0)	10 (10,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (15,0)	10 (16,7)	16 (16,0)	
Συμφωνώ	22 (55,0)	36 (60,0)	58 (58,0)	FETest=6,815
Συμφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	11 (18,3)	15 (15,0)	P=0,145

Κάθε ασθενής μπορεί πιθανά να είναι θύμα κακοποίησης

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	3 (5,0)	3 (3,0)	
Διαφωνώ	6 (15,0)	9 (15,0)	15 (15,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	5 (12,5)	14 (23,3)	19 (19,0)	
Συμφωνώ	26 (65,0)	28 (46,7)	54 (54,0)	FETest=6,268
Συμφωνώ απόλυτα	3 (7,5)	6 (10,0)	9 (9,0)	P=0,180

Υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω έναν ασθενή να αναγνωρίσει την βία-κακοποίηση.

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (2,0)	
Διαφωνώ	2 (5,0)	9 (15,0)	11 (11,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	18 (45,0)	16 (26,7)	34 (34,0)	
Συμφωνώ	18 (45,0)	30 (50,0)	48 (48,0)	FETest=6,915
Συμφωνώ απόλυτα	2 (5,0)	3 (5,0)	5 (5,0)	P=0,140

Το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητάς του-των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Διαφωνώ απόλυτα	4 (10,0)	12 (20,0)	16 (16,0)	
Διαφωνώ	19 (47,5)	22 (36,7)	41 (41,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	9 (22,5)	12 (20,0)	21 (21,0)	
Συμφωνώ	8 (20,0)	11 (18,3)	19 (19,0)	FETest=5,443
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	3 (5,0)	3 (3,0)	P=0,245

=====

2.8 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τις διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών στο ζήτημα της προσέγγισης της ενδοοικογενειακής βίας. Παράλληλα, φανερώνουν το μεγάλο έλλειμμα εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο ζήτημα, γεγονός που αναγνωρίζεται και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.

Πιο αναλυτικά και αναφορικά με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι εκπαιδεύτηκαν σε συνέδρια και μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αφού δεν προβλέπονται σχετικά μαθήματα στα προγράμματα των βασικών ή ακόμα και μεταπτυχιακών σπουδών (Βλ. Γράφημα 2). Συνεπώς η γνώση, παρά τις φιλότιμες προσπάθειες των ιδίων δεν μπορεί παρά να είναι αποσπασματική και οι τελικές πεποιθήσεις τους διαμορφώνονται μέσα από την εμπειρία, τα σεμινάρια, αλλά και τις προκαταλήψεις. Σχετικές μελέτες παρουσιάζουν την πλημελή εκπαίδευση ως αίτιο για τη μειωμένη ενασχόληση με τα περιστατικά θυμάτων συντροφικής βίας, αλλά και ως αποτέλεσμα εμφάνισης χαμηλής αυτοαποτελεσματικότητας των επαγγελματιών υγείας.^{67,69,75} Στη μελέτη των Gutmanis et al., στον Καναδά βρέθηκε ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 60% των επαγγελματιών υγείας, δεν είχε λάβει εκπαίδευση πάνω στο ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας, εκπαίδευσης που οπωσδήποτε σπανίζει σε προπτυχιακό επίπεδο.⁶⁶

Παράλληλα, ασάφεια υπάρχει ως προς το αν η αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων ενδοοικογενειακής βίας ανήκει στη σφαίρα των καθηκόντων τους, καθώς οι γνώμες των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζονται διχασμένες. Ωστόσο, η πλειονότητα ιατρών και νοσηλευτών θεωρεί ότι αποτελεί καθήκον τους η μέριμνα για καταφύγιο-ξενώνα σε περίπτωση κακοποίησης⁶¹, η δήλωση στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή, καθώς και η ενημέρωση του/της ασθενούς για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία (Βλ. Πίνακα 2). Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σύμφωνες με το γεγονός ότι το πιο σημαντικό καθήκον του Επαγγελματία Υγείας είναι να ακούσει τις αποκαλύψεις του θύματος της κακοποίησης και δώσει τη διαβεβαίωση ότι η βία είναι έγκλημα.^{26,31}

Ένας στους τρεις περίπου επαγγελματίες υγείας απάντησε ότι ποτέ ή σπάνια ρωτά για ενδοοικογενειακή βία, ακόμα και όταν υπάρχουν υποψίες από τα συμπτώματα και τα σημεία του ασθενούς, φαινόμενο που είναι ιδιαίτερα έντονο στους ιατρούς. Το ότι μικρό ποσοστό επαγγελματιών υγείας ρωτά για τους ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία αποτελεί κοινή διαπίστωση πολλών σχετικών ερευνών, ανεξάρτητα από χώρα και σύστημα υγείας.⁷⁹⁻⁸¹ Αφενός οι επαγγελματίες

υγείας επικαλούνται ένδεια χρόνου, αλλά και κατάλληλου χώρου για μια τέτοια προσέγγιση, αφετέρου, πολλοί θεωρούν ότι το ζήτημα άπτεται της ιδιωτικότητας, ευρήματα τα οποία συμφωνούν και με άλλες μελέτες κατά τις οποίες η έλλειψη χρόνου, λόγω φόρτου εργασίας, η αδυναμία εξασφάλισης απομονωμένου χώρου, οι χαοτικές συνθήκες που συνήθως επικρατούν στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, αλλά και ο φόβος προσβολής του θύματος από την υποβολή ερωτήσεων αποτελούν σημαντικά εμπόδια.^{56,67,78,84} Επιπλέον εμπόδια, όπως η άρνηση εκ μέρους του ασθενούς της κακοποίησης ως αιτία του τραυματισμού, ο φόβος συνεπειών από την αναφορά της κακοποίησης και το έλλειμμα ειδικής εκπαίδευσης αναφέρονται επίσης συχνά, όπως άλλωστε συνέβη και στην παρούσα μελέτη. Ο φόβος για την ύπαρξη αντιποίνων σε βάρος των νοσηλευτριών αναφέρεται και στη μελέτη των Ανδρουλάκη και συν.⁶¹ Ωστόσο, η συχνή στους ιατρούς πεποίθηση ότι θύμα κακοποίησης πέφτει κάποιος εφόσον το επιλέξει και ότι προέχει η επικέντρωση στο άμεσο πρόβλημα υγείας, μαρτυρούν πιθανώς τη συνιστώσα της κοινωνικής κατασκευής της νόσου, αγνοώντας την ολιστική της φύση. Ίσως η εξοικείωση των νοσηλευτών με την πολυδιάστατη έννοια της φροντίδας τους καθιστά πιο δεκτικούς στα νεότερα δεδομένα και τους ωθεί να ασχοληθούν με τον ασθενή στο σύνολό του, χωρίς να παραμένουν προσκολλημένοι σε ένα ξεπερασμένο βιοιατρικό μοντέλο προσέγγισής του. Επίσης, πιθανόν και η άγνοια ότι η βία είναι συχνή ακόμα και στην περίοδο της εγκυμοσύνης ή σε άτομα γενικότερα με ψυχοσωματικές αιτιάσεις δε βοηθά στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα. Παρόλα αυτά, έρευνες δείχνουν ότι και οι νοσηλευτές συμφωνούν στο ότι κύριο μέλημά τους αποτελεί η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας⁶¹, καθώς και ότι «προτιμούν να παραπέμπουν το θύμα στο γιατρό».⁶⁷

Όπως προέκυψε από την παρούσα μελέτη, σε τρεις περιπτώσεις δύσκολα κατανοητή είναι η απόφαση εκείνου που έχει υποστεί βία: Ως προς μια γυναίκα μορφωμένη, μεσαίας τάξης, μητέρα δύο παιδιών, η οποία παραμένει σε σχέση που εμπεριέχει βία, απέναντι σε μια άγαμη επαγγελματία γυναίκα με σπουδαία καριέρα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία και απέναντι σε έναν μορφωμένο ομοφυλόφιλο άνδρα, ο οποίος παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, ποσοστό 69% επί του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτού του άνδρα να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης. Αντίθετα, εύκολα κατανοούν την απόφαση μιας γυναίκας με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφό της να παραμείνει σε μια σχέση βίας (Βλ. Πίνακα 5). Φαίνεται πως και οι επαγγελματίες υγείας συμμερίζονται «μύθους» σχετικά με το «προφίλ» των γυναικών που

κακοποιούνται¹⁸ καθώς θεωρούν πως η σωματική και σεξουαλική βία αφορά στις ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά ομάδες, διαπίστωση που αναφέρεται και σε προγενέστερη μελέτη.⁸² Δε θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η συντροφική βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα φαινόμενο που διατρέχει το σύνολο των κοινωνιών, ανεξάρτητα από τάξη και ηλικία.⁸³

Δυσκολία φαίνεται να υπάρχει ως προς την παροχή *τεκμηρίωσης για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς* (Βλ. Πίνακα 4). Ποσοστό 86,7% των νοσηλευτών δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά όσον αφορά το να παρέχει τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς σε σχέση με το 60% των ιατρών. Αυτό μπορεί να δείχνει την άγνοια σχετικά με τις υπάρχουσες λίστες με δείκτες πιθανής άσκησης βίαιης συμπεριφοράς.⁸⁴ Επιπλέον, η σύνταξη του ιστορικού και η ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς, μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμα τεκμήρια σε περίπτωση που το θύμα θελήσει να καταγγείλει το γεγονός και να προσφύγει στη δικαιοσύνη⁵⁶. Επίσης, αρκετοί επαγγελματίες υγείας δεν αισθάνονται σιγουριά να παραπέμπει τα κακοποιημένα άτομα στους αρμόδιους φορείς, όπως φαίνεται από το μικρό ποσοστό εκείνων που απάντησαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις. Αυτό το εύρημα είναι σε συμφωνία με την έρευνα των Plichta et al.,⁸⁵ που αναδεικνύουν την έλλειψη κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας, ως παράγοντα που τους καθιστά ανέτοιμους να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.

Άξιο προσοχής είναι και το εύρημα ότι 29 επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι οι ίδιοι ή συγγενικό τους πρόσωπο είχε εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας, (Βλ. Γράφημα 3) γεγονός που συνάδει με σχετικές μελέτες σε Ισπανία, Τουρκία, Σουηδία και στον Καναδά^{67,75-77}, υποδηλώνοντας ότι η εκδήλωση της συντροφικής βίας δεν κάνει διακρίσεις.

Συνοψίζοντας, οι νοσηλευτές δείχνουν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι από τους ιατρούς στο ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας, τουλάχιστον όπως αυτό αντικατοπτρίζεται στη συχνότητα αναζήτησης των σχετικών σημείων κατά την εξέταση του ασθενούς και τη λήψη του ιστορικού. Η ανεπαρκής εκπαίδευση φαίνεται ως ο κυριότερος λόγος που αποτρέπει τον επαγγελματία υγείας από τη λήψη πρωτοβουλιών κάθε φορά που υποψιάζεται κακοποίηση ενηλίκου.

2.9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Επρόκειτο για μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο και σε δείγμα ευκολίας. Μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα και από πολλά κέντρα αναφοράς ανά τη χώρα θα αναδείκνυε περισσότερες και/ή διαφορετικές πτυχές του ζητήματος. Τα αποτελέσματα ωστόσο της συγκεκριμένης μελέτης, αν και δύσκολα γενικεύσιμα, μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για μια μεγαλύτερη πολυκεντρική μελέτη που θα εστιάζει στον ρόλο της φροντίδας των νοσηλευτών και των ιατρών όπως αυτός μπορεί να εξειδικευτεί στις περιπτώσεις των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας.

2.10 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ανίχνευση και η διαχείριση των θυμάτων συντροφικής βίας, αποτελεί καθήκον των επαγγελματιών υγείας λόγω των υπηρεσιών που παρέχουν και του λειτουργήματος που επιτελούν.

Από τη νευραλγική θέση που κατέχουν μπορούν να συντελέσουν στη μείωση του φαινομένου και των δυσάρεστων συνεπειών του. Απαραίτητη προϋπόθεση της επίτευξης των στόχων αυτών είναι ο εφοδιασμός των επαγγελματιών υγείας με τις απαραίτητες γνώσεις και τις κατάλληλες δεξιότητες.

Η ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων πάνω σε θέματα βίας και σε ζητήματα που άπτονται της ισότητας των δύο φύλων καθώς και των στερεοτύπων που ισχύουν, κατά τις βασικές σπουδές των επαγγελματιών υγείας, αλλά και η συνεχής επιμόρφωσή τους με ομιλίες, σεμινάρια, συνέδρια, στα πλαίσια της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, θα βοηθούσε στην κατανόηση όλων εκείνων των παραγόντων που ευθύνονται, προάγουν και εντείνουν την εμφάνιση καταχρηστικών συμπεριφορών, καθώς και στην συνειδητοποίηση της πολυπλοκότητας του φαινομένου, διευκολύνοντας την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Επιπρόσθετα, πολύ χρήσιμη είναι και η σύσταση κατευθυντήριων οδηγιών από ειδικούς επιστήμονες, ούτως ώστε ο επαγγελματίας να γνωρίζει τον αλγόριθμο που πρέπει να ακολουθήσει σχετικά με την παροχή φροντίδας, την εξασφάλιση προστασίας αλλά και την παραπομπή των θυμάτων στις κατάλληλες υπηρεσίες. Αυτό θα λειτουργούσε σχεδόν λυτρωτικά για όλους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς θα οδηγούσε σε πληρότητα γνώσεων και

σε αυξημένη αυτό-αποτελεσματικότητα για την ενασχόληση με τα θύματα της συντροφικής βίας.

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση των παραπάνω στόχων αλλά και στη στήριξη των εργαζομένων, παίζουν οι διοικήσεις των υγειονομικών φορέων στους οποίους δραστηριοποιούνται.

Λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου της συντροφικής βίας, η εμπλοκή διαφόρων επαγγελματικών ειδικοτήτων όπως αστυνομικοί, δικαστικοί υπάλληλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί είναι αναπόφευκτη. Επομένως η ευαισθητοποίηση και η επιμόρφωση αυτών των επαγγελματικών ομάδων κρίνεται αναγκαία.

Εξίσου αναγκαία είναι και η θέσπιση νομοθετικού πλαισίου, μέσω του οποίου θα εξασφαλίζεται η προστασία των επαγγελματιών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα θύματα βίας.

Πρωταρχικής σημασίας κρίνεται και η ενεργός στάση της Πολιτείας για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας και της συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων, με σκοπό την προαγωγή της ομαλής και διακριτικής διεκπεραίωσης των υποθέσεων συντροφικής βίας.

Επίσης η κρατική μέριμνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στη δημιουργία συμβουλευτικών, υποστηρικτικών κέντρων καθώς και ξενώνων φιλοξενίας για τις κακοποιημένες γυναίκες και τα παιδιά τους.

Επιβεβλημένη θεωρείται η συμβολή της Πολιτείας στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση της κοινής γνώμης για τις μορφές της συντροφικής βίας, αλλά και σε θέματα ισότητας των φύλων, μέσω σχολικών προγραμμάτων, διανομή ενημερωτικού υλικού, χρήση των ΜΜΕ για τη μετάδοση μηνυμάτων, με σκοπό τη μη αποδοχή της βίας.

Περαιτέρω έρευνες για τους τρόπους αποτελεσματικότερης ανίχνευσης και αντιμετώπισης των θυμάτων συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας κρίνονται απαραίτητες.

3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Β. Ν. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Τόμος Α'. Αθήνα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2000, σελ.117-119
2. Μουσούρου Μ. Λ. Η μόνη αξία που άντεξε στο χρόνο, 1999. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.tovima.gr> [προσπελάστηκε στις 12/5/12]
3. Gittens Α. Κοινωνιολογία. Εκδόσεις Gutenberg-Γιώργος & Κώστας Δαρδιανός, 2002, σελ.208, 234-235
4. Μουσούρου Μ. Λ. Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική. Αθήνα. Εκδόσεις Gutenberg, 2005
5. Cole Μ., Cole R. Μ. Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά την νηπιακή και μέση ηλικία. Τόμος Β'. Αθήνα. Εκδόσεις Τυποθήτω, 2002, σελ.262-263
6. Κλώνη Π. Κοινωνική εργασία με οικογένεια. Σημειώσεις μαθήματος και εργαστηρίου. Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Πατρών, 2010
7. Μουσούρου Μ. Λ. Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας. Αθήνα. Εκδόσεις Gutenberg, 2006
8. Διεθνής Ημέρα της Οικογένειας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:<http://www.unric.org> [προσπελάστηκε στις 30/8/12]
9. Φυλλάδια Daphne: Θέματα και εμπειρίες από την καταπολέμηση της βίας σε βάρος των παιδιών, των εφήβων και των γυναικών. Οικογενειακή βία, 2008. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : http://www.ec.europa.eu/justice_home [προσπελάστηκε στις 9/5/12]
10. WHO. World report on violence and health. Geneva, 2002
11. Γρινιεζάκης Μ., Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α. Βιοηθικοί προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας, 2009, σελ.24
12. CDC. Intimate Partner Violence Surveillance. Uniform Definitions and Recommended Data Elements, 2002. Available at: <http://www.cdc.gov> [accessed: 20/4/12]
13. WHO. Violence against woman. Intimate Partner and Sexual violence against woman, 2011. Available at: <http://www.who.int> [accessed: 22/5/12]
14. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 1995. Available at: <http://www.un.org> [accessed: 10/6/12]

15. Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών. Δελτίο τύπου: 25 Νοεμβρίου – Διεθνής Ημέρα Καταπολέμησης της Βίας κατά των Γυναικών. Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 28/2/12]
16. Βία κατά Γυναικών. Οδηγός παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και λειτουργίας των υποστηρικτικών δομών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 2/5/12]
17. Alpert J. E. Domestic Violence and Clinical Medicine. Learning From our Patients and From Our Fears. JGIM. 2002; (17):162-163
18. ΚΕΘΙ. Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Πρώτη Πανελλαδική Έρευνα, 2003. Διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: <http://www.kethi.gr> [προσπελάστηκε στις 28/2/12]
19. CDC. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, 2010. Available at: <http://www.cdc.gov> [accessed: 4/6/12]
20. Διομήδους Μ, Ζήκος Δ, Καμηλέρη Ο, Πιστόλης Ι, Λιάσκος Ι. Μελέτη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας σε δείγμα κακοποιημένων γυναικών. Νοσηλευτική 2008; 47(4):528-536
21. Busch-Armendariz N.B, Heffron C.L, Bohman T. Statewide Prevalence of Intimate Partner Violence in Texas, 2011. Available at: <http://www.utexan.edu>. [accessed: 3/6/12]
22. Pan American Health Organization. Empowering Families to Face Domestic Violence, 2009. Available at: <http://www.paho.org> [accessed: 20/4/12]
23. Bazargan-Hejazi S, Medeiros S, Mohammadi R, Lin J, Dalal K. Patterns of Intimate Partners Violence: a study of female victims in Malawi. J of injury and Violence Research. 2012;5(1):1-12
24. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero M. T, Escriba-Agüiv V. The effects of Intimate Partner Violence and other forms of violence against women on health. Journal of Public Health. 2010;33(1):15-21
25. BC Coroners Service Ministry of Justice. Intimate Partner Violence in British Columbia, 2003-2011. Available at: <http://www.pssg.gov.bc.ca> [accessed: 9/5/12]
26. Nies A. M, McEwen M. Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. Τόμος 1. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δ, 2001:291-296, 301-309
27. Walker L. Η κακοποιημένη Γυναίκα. Ελληνικά γράμματα, 1993. Μετάφραση: Τάσος Ανθούλιας

28. Walker L, Duros R, Tome A. The Battered Woman Syndrome. Available at: <http://www.cavis.es> [accessed:21/5/12]
29. WHO. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help, 2008. Available at: <http://www.who.int> [accessed:20/4/12]
30. CDC. Preventing Intimate Partner & Sexual Violence. Program activities guide. Available at: <http://www.cdc.gov/violenceprevention> [accessed:20/4/12]
31. SOGC Clinical Practice Guidelines. Intimate Partner Violence Consensus Statement. 2005 pp365-388
32. Coker L. A, Davis E. K, Arias I, Desai S, Sandersan M, Brandt M. H, Smith H. P. Physical and Mental health effects of Intimate Partner Violence for men and women. American Journal of Preventive Medicine. 2002;23(4):260-268
33. Fishman A. P, Bonomi E. A, Anderson L. M, Reid J. R, Rivara P. F. Changes in Health Care costs over time following the cessation of intimate violence. J General Intern. E Med. 2010;25(9):920-925
34. WHO. Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against women. Taking actions and generating evidence, 2010. Available at: <http://www.who.int> [accessed:15/5/12]
35. WHO **Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence** against women, 2005. Available at: <http://www.who.int> [accessed:15/5/12]
36. Arbamsky T, Watts H. C, Carcia-Moreno C, Derries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Finding from the WHO multi-country study on **women's** health and domestic violence. BMC Public Health. 2011;11:109
37. Gerber R. M, Gantz L. M, Lichter E, Williams M. C, McCloskey A. L. Harvard Study Shows Link Between IPV and Adverse Health Behaviors. Family Violence Prevention and Health Practice. 2005;01(2)
38. Public Health Agency of Canada. Intimate Partner Abuse Against Men. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca> [accessed:30/5/12]
39. Campell D. More than 40% of domestic violence victims are male, report reveals. Available at: <http://www.guardian.co.uk> [accessed:29/5/12]

40. About Domestic Violence Against Men. Available at: <http://www.oregoncounseling.org> [accessed: 28/5/12]
41. Mahnkey M. Domestic Violence against Men is a serious problem. Available at: <http://www.washingtondv.org> [accessed: 27/6/12]
42. Straus A. M. Thirty years of denying the evidence on Gender Symmetry in Partner Violence. Implications for prevention and treatment. Partner Abuse. 2010; 1(3)
43. Caldwell E. J, Swan C. S, Allen T. C. Why I hit him: Reasons for Intimate Partner Violence. J Aggress Maltreat Trauma. 2009; 18(7): 672-697
44. Smithey M, Straus A. M. Primary Prevention of Intimate Partner Violence. Available at: <http://www.pubpages.unh.edu>. [accessed: 23/6/12]
45. «Πεκίνο 15 χρόνια μετά» - Πρόγραμμα δράσης του ΟΗΕ για την ισότητα των φύλων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.eur.lex.europa.eu> [προσπελάστηκε στις 24/4/12]
46. Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας. Κωνσταντινούπολη, 11/5/11. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.coe.int> [προσπελάστηκε στις 28/2/12]
47. Thorbjorn Jagland. Συνθήκη για τη βία κατά των γυναικών υπογράφει η Ελλάδα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.tovima.gr> [προσπελάστηκε στις 20/6/12]
48. Νόμος Υπ' αριθ. 3500/06, για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 28/2/12]
49. Τι προβλέπει ο νόμος για την ενδοοικογενειακή βία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.nomikisimvouli.blogspot.gr> [προσπελάστηκε στις 30/6/12]
50. Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Πρόληψη και καταπολέμηση της βίας κατά γυναικών. Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 28/3/12]
51. Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Συμβουλευτικά Κέντρα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 5/6/12]

52. Υπουργείο Εσωτερικών – ΓΓΙΦ. Δελτίο Τύπου: Ένας χρόνος λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής SOS 15900. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr> [προσπελάστηκε στις 28/4/12]
53. Ζυγά Σ, Αθανασοπούλου Μ. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση της οικογενειακής βίας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.cyna.org> [προσπελάστηκε στις 9/5/12]
54. Βιβιλάκη Β, Δάγλα Μ, Πατελάρου Ε. Βία κατά των γυναικών. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. Νοσηλευτική. 2008;47(2):175-180
55. Kmietowicz Z. Greater vigilance needed to tackle domestic abuse, says BMA. BMJ. 2007;334(7607):1289
56. Rhodes V. K, Frankel M. R, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J, Levinson W. "You're not a victim of Domestic Violence, Are you?" Provider-Patient communication about Domestic Violence. Ann Intern Med. 2007;147(9):620-627
57. Αθανασοπούλου Μ, Καμπά Ε. Η ανίχνευση της Συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα. Το Βήμα Του Ασκληπιού. 2009;8(3):181-193
58. Liebschuts J, Battaglia T, Finley E, Averbuch T. Disclosing intimate partner violence to health care clinicians-what a difference the setting makes: A qualitative study. BMC Public Health. 2008;8:229
59. WHO. Expert meeting on health-sector responses to violence against women. Geneva, 2009. Available at: <http://www.who.int> [accessed:20/4/12]
60. McCloskey A. L, Williams M.C, Lichter E, Gerber E, Gantz L. M, Sege R. Abused women disclose Partner Interference with Health Care: Un unrecognized form of Battering. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1067-1072
61. Ανδρουλάκη Ζ, Μερκούρης Α, Ροβίθης Μ, Ζηδιανάκης Ζ, Τσιράκης Δ, Κακαβελάκης Κ, Ανδρουλάκης Ε. Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη. Νοσηλευτική 2007;46(4):545-553
62. Janssen P, Dascal-Weichhendler H, McGregor M. Assessment for Intimate Partner Violence: Where do we stand? JABFM. 2006;19(4):413-415
63. Boyle A, Jones B. P. The acceptability of routine inquire about domestic violence towards : a survey in three health care settings. Br J Gen Pract. 2006;56(525):258-261

64. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmont K, Temmerman M. A. Knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 2006;6:238
65. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedman D. P. Barriers to screening for Domestic Violence. 2002;17(2):112-116
66. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen N, MacMillan L. H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:12
67. Sundborg M. E, Saleh-Stattin N, Wandell P, Tornkvist L. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*. 2012;11:1
68. Η Θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας (αξιοσύνης-αυτοϊκανότητας), Self-efficacy Theory. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.slideshare.net> [προσπελάστηκε στις 10/6/12]
69. Chapin R. J, Coleman G, Varner E. Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy. *J inj Violence Res*. 2011;3(1):19-23
70. Wathen N, Tanaka M, Catallo C, Lebner C. A, Friedman K. M, Hanson D. M, et al. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Med Educ*. 2009;9:34
71. Family Violence Fund. National Consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. 2004. Available at: <http://www.futureswithoutviolence.org> [accessed: 18/4/12]
72. Παπαγιαννοπούλου Ε, Γκούβα Μ. Οι επαγγελματίες υγείας και η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2009;1(2):51-55
73. Guruge S. Nurse's Role in Caring For Women Experiencing Intimate partner Violence in the Sri Lankan Context. *ISRN Nursing*. Vol 2012:8
74. Othman S, Ademan N.A.M. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary care providers. *Asia Pacific Family Medicine*. 2008; 7:2

75. Aksan D.A, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner. BMC Public Health. 2007; 7:350
76. Beynon E.C, Gutmanis A.I, Tutty M.L, Wathen N.C, MacMillan L.H. **Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis.** BMC Public Health. 2012; 12:473
77. Rodriguez-Borrego M-A, Vaquero-Abelian M, Bertagnolli da Rosa L. A **cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners.** Rev. Latino – Am. Enfermagem. 2012 Jan-Feb; 20(1):11-18
78. Kataoka Y, Yazu Y, Hiromi E, Horiuchi S. Self-administrated questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010; 10:84
79. Cambell J. C. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002; 359(9314):1331-1336
80. Davis W. J, Parks N. S, Kaups L.K, et al. Victims of domestic violence on the trauma service: unrecognized and underreported. Journal of trauma. 2003; 54(2):352-355
81. Garcia-Moreno C, Jansen A. H, Ellsberg M, et al. **Multi-country Study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.** 2005. Available at <http://www.who.int>
82. Center for Health and Gender Equity for Population Reports . Ending Violence Against Women. Issues in World Health Series L 1999, 11:26
83. Δρούγα Κ, Παπαθανασίου Μ, Τσονίδης Α. **Θύμα ή επιζώσα; Η ρητορική κατασκευή ταυτοτήτων στη συμβουλευτική για την κακοποίηση γυναικών: Μία ανάλυση περίπτωσης. Ανακοίνωση στο 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας- Αλεξανδρούπολη, Μάιος 2001.**
84. Perttu S, Kaselitz V. **Προσεγγίζοντας την Συντροφική Βία. Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις Μαιευτικές Κλινικές.** 2006
85. Plichta S. Implications Interactions between Victims of Intimate Partner Violence against Women and the Health Care System: Policy and Practice. Trauma, Violence & Abuse 2007, 2: 226-239

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ευχαριστούμε για το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια, ανεπηρέαστοι από αυτό που νομίζετε ότι επιθυμούμε να απαντήσετε.

Οι επαγγελματίες υγείας, καλούνται να κάνουν όλο και περισσότερα σε όλο και λιγότερο χρόνο. Για κάθε μία από τις παρακάτω δηλώσεις παρακαλώ να σημειώσετε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε αναφορικά με τι θα έπρεπε να περιμένει κανείς από έναν επαγγελματία υγείας.

A. Θεωρείται ότι τα καθήκοντα του επαγγελματία υγείας πρέπει να συμπεριλαμβάνουν:

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Να ελέγχει τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο ρουτίνας της υγείας τους.					
2. Να ελέγχει όλους τους ασθενείς με χρόνια πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία					
3. Να ρωτά για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει η/ο ασθενής.					
4. Να ρωτά για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη.					
5. Εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, να μεριμνήσει αμέσως για καταφύγιο - ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων.					
6. Να δηλώσει στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή					
7. Να ενημερώνει τον ασθενή ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/ της.					
8. Να παρακολουθεί την εξέλιξη του ασθενή μετά την παραπομπή της/του σε σχετικό φορέα.					
9. Να ενημερώνει τον/ την ασθενή για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία.					

Β. Οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν ευκολότερα κατανόηση για τις επιλογές μερικών ανθρώπων συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες. Φανταστείτε ότι η/ο ασθενής σας επιλέγει να παραμείνει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία. Για καθένα από τους παρακάτω τύπους ασθενών, παρακαλώ σημειώστε πόσο εύκολο ή δύσκολο σας είναι να δείξετε κατανόηση για αυτήν την απόφασή της/του.

	ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΟ	ΔΥΣΚΟΛΟ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΕΥΚΟΛΟ	ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΟ
1. Μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφό της					
2. Μία μορφωμένη, μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών					
3. Ένας /Μία άγαμος επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα.					
4. Ένας μορφωμένος ομοφυλόφιλος άνδρας					
5. Μία γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη.					
6. Ένας ετεροφυλόφιλος έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα					
7. Μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες					
8. Ένας άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες					

Γ. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια όταν πρέπει να διερευνήσουν ή να παράσχουν φροντίδα σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί. Παρακαλούμε να σημειώσετε

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Δεν έχω αρκετό χρόνο να διερευνήσω τους ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία.	0	1	2	3	4
2. Φοβάμαι πως θα προσβάλω την/τον ασθενή αν τον ρωτήσω για ενδοοικογενειακή βία.	0	1	2	3	4
3. Μου είναι δύσκολο να απομονώσω την/τον ασθενή όταν συνοδεύεται από τον σύντροφό του.	0	1	2	3	4
4. Ανησυχώ ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θετική θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο μου.	0	1	2	3	4
5. Δεν αισθάνομαι ότι μπορώ να βοηθήσω μία/έναν ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης.	0	1	2	3	4
6. Πιστεύω πως οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους.	0	1	2	3	4
7. Θα νιώσω ότι έχω σπαταλήσει το χρόνο μου, αν προσπαθήσω να βοηθήσω έναν ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/η παραμένει στη σχέση του.	0	1	2	3	4
8. Δεν έχω τα μέσα και τη γνώση να αντιμετωπίσω έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται.	0	1	2	3	4
9. Δεν υπάρχει υπηρεσία-οργανισμός στον οποίο μπορώ να κατευθύνω έναν ασθενή που έχει πέσει θύμα βίας.					
10. Με ενδιαφέρει περισσότερο, να αντιμετωπίσω τα προβλήματα υγείας των ασθενών μου παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις.	0	1	2	3	4

σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις:

Δ. Εάν παίρνετε συνέντευξη από τις/τους ασθενείς, παρακαλώ σημειώστε πόσο σίγουρος/-η είστε ότι έχετε την ικανότητα να αναγνωρίσετε, να διαγνώσετε, να ανταποκριθείτε, να παραπέμψετε και να τεκμηριώσετε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

(Εάν δεν παίρνετε συνέντευξη από τις/τους ασθενείς, παρακαλώ πηγαίνατε στην ενότητα ΣΤ.)

	ΔΕΝ ΝΟΙΩΘΩ ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΙΓΟΥΡΙΑ	ΝΟΙΩΘΩ ΛΙΓΗ ΣΙΓΟΥΡΙΑ	ΝΟΙΩΘΩ ΠΟΛΥ ΣΙΓΟΥΡΙΑ
1. Αναγνωρίζω την ενδοοικογενειακή βία	2	3	4
2. Εντοπίζω την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων	2	3	4
3. Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά σε μια/έναν ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία	2	3	4
4. Παραπέμπω κατάλληλα τα κακοποιημένα άτομα στις υπηρεσίες του νοσοκομείου μου και σε άλλους αρμόδιους φορείς	2	3	4
5. Παρέχω τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας/ενός ασθενή	2	3	4

Ε. Παρακαλώ να σημειώσετε πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, ρωτήσατε έναν ασθενή για ενδοοικογενειακή βία όταν παρατηρήσατε κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις. Αν δεν έχετε αντιμετωπίσει κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις τον τελευταίο μήνα παρακαλώ να σημειώσετε ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ.

(Εάν δεν παίρνετε συνέντευξη από τις/τους ασθενείς, παρακαλώ πηγαίνατε στην ενότητα ΣΤ)

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΠΑΝΤΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
1. Τραυματισμοί (μώλωπες, αμυχές, κ.ά.)						
2. Χρόνιο πυελικό άλγος						
3. Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου						
4. Πονοκέφαλοι						
5. Κατάθλιψη/ανησυχία						
6. Ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών						
7. Εξετάσεις ρουτίνας (check-up)						
8. Προγεννητικός έλεγχος						

ΣΤ. Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω:

α. Ποιες ερωτήσεις θα υποβάλλατε σε μια γυναίκα για να αναγνωρίσετε αν είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας;

β. Απαριθμήστε 4 λόγους που σας δημιουργούν αυξημένη υποψία για την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

γ. Απαριθμήστε 4 τρόπους που ένας/μια δράστης βίας μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη/στο σύντροφό του/της

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

δ. Απαριθμήστε 4 τρόπους με τους οποίους εσείς μπορείτε να βοηθήσετε μια ασθενή που μόλις σας αποκάλυψε ότι κακοποιείται.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ε. Σημειώστε 4 πληροφορίες που πρέπει να καταγραφούν στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με μία/έναν ασθενή που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

INTIMATE PARTNER VIOLENCE SURVEY (RADAR)

Για την παρούσα έρευνα, ορίζουμε Βία που προέρχεται από στενό σύντροφο, ως κάθε συμπεριφορά που εμπεριέχει σωματική βλάβη, ψυχολογική βία, σεξουαλική παρενόχληση, κοινωνική απομόνωση. Αυτές οι συμπεριφορές προέρχονται από κάποιον που έχει στενή σχέση ή που επιθυμεί να συνάψει με ενήλικα ή έφηβο και σκοπό έχουν να κυριαρχήσει και να ελέγξει τον σύντροφό του.

1. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΒΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ

A. Πόσο σύμφωνοι είστε με τις ακόλουθες δηλώσεις? Παρακαλούμε να σημειώσετε την απάντησή που αντιπροσωπεύει περισσότερο την γνώμη σας.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι περιορισμένος αναφορικά με την βοήθεια που μπορεί να παρέχει σε θύματα κακοποίησης					
2. Έχω τη δυνατότητα να συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως υποβόσκουσα αιτία σωματικής πάθησης.					
3. Αν έρθω σε επαφή με ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης, δεν ξέρω τι να κάνω.					
4. Νιώθω άνετα να συζητήσω για Βία που προέρχεται από στενό σύντροφο με τους ασθενείς μου.					
5. Διαδραματίζω σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση περιστατικών κακοποίησης.					
6. Με το να αντιμετωπίζω περιστατικά κακοποίησης, στέλνω ένα μήνυμα στην κοινότητα, ότι η βία δεν είναι αποδεκτή					
7. Δεν θα έπρεπε να είμαι υπεύθυνος για να αναγνωρίσω θύματα κακοποίησης.					
8. Μπορώ να κατευθύνω σωστά θύματα κακοποίησης σε αρμόδιες υπηρεσίες.					
9. Πιθανότατα θα χρειαζόταν να κάνω αρκετές προσπάθειες για να βοηθήσω έναν ασθενή να αναγνωρίσει μια σχέση βίας.					
10. Μπορώ να αναγνωρίσω τα θύματα κακοποίησης.					
11. Δεν έχω το χρόνο να διερευνήσω την πιθανότητα κακοποίησης κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου.					
12. Υπάρχουν στρατηγικές που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να ενθαρρύνω τα θύματα κακοποίησης να αναζητήσουν βοήθεια.					
13. Έχω πρόσβαση σε δομημένες υπηρεσίες της κοινότητας που ασχολούνται με την κακοποίηση.					
14. Μπορεί κάποιος να πέσει θύμα κακοποίησης μόνο εφόσον το επιλέξει.					

15. Φοβάμαι πως θα προσβάλω τον ασθενή αν τον ρωτήσω για την πιθανότητα να είναι θύμα κακοποίησης.					
16. Έχω ασθενείς με προσωπικότητες επιρρεπείς στην αποδοχή της βίας.					
17. Στην εργασία μου δεν παρέχεται αρκετή υποστήριξη στην αντιμετώπιση θυμάτων κακοποίησης.					
18. Καταγράφω τις δηλώσεις των ασθενών για το πώς προκλήθηκαν τραύματα σχετιζόμενα με βίαιες συμπεριφορές.					
19. Οι σωματικές, ψυχολογικές, και οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με ενδοοικογενειακή βία, υπαγορεύουν την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως προς την πρόληψη αυτών.					
20. Κάθε ασθενής μπορεί πιθανά να είναι θύμα κακοποίησης.					
21. Υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω έναν ασθενή να αναγνωρίσει την βία-κακοποίηση.					
22. Το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητάς του-των αν. δικαιωμάτων.					

2. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ/ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ

B. Τους τελευταίους 3 μήνες, όταν είδατε κάποιον με τις ακόλουθες παθολογικές καταστάσεις, πόσο συχνά ρωτήσατε τον ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας? (παρακαλώ επιλέξτε ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ αν δεν εμπεριέχεται κάτι τέτοιο στα καθήκοντά σας ή δεν έχετε συναντήσει κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται παρακάτω :

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
7. Τραύματα					
8. Χρόνιος ισχιακός πόνος					
9. Σύνδρομο ευερέθιστου συνδρόμου					
10. Πονοκέφαλος					
11. Κατάθλιψη. Άγχος					
12. Υπέρταση/ στεφανιαία νόσος					

Τους τελευταίους 6 μήνες, έχετε διαπιστώσει ότι κάποιος ασθενής έχει πέσει θύμα κακοποίησης?

α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ γ) ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ

Αν ναι, πόσοι; α)Κανένας β) 1-5 γ) 6-10 δ) 11-20 ε) πάνω από 20

Τι από τα παρακάτω κάνατε?

	ΥΠΕΔΕΙΞΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΑΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
	Εκτίμησα τη σοβαρότητα της κατάστασης
	Προμήθευσα τον ασθενή με ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια)
	Πληροφόρησα τον ασθενή πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα-διευθύνσεις)
	Πήρα φωτογραφίες που επιβεβαιώνουν την κακοποίηση του ασθενή
	Έκανα εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο
	Κατέγραψα τις παρατηρήσεις μου στο φάκελο του ασθενή
	Δεν έκανα τίποτα
	Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η
	Άλλο _____

→ ΠΟΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΟΔΕΙΞΑΤΕ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ?

Κοινωνικοί Λειτουργοί του νοσοκομείου	
Δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας	
Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών	
Υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων	
Αστυνομία	
Νομική βοήθεια, Ιδιώτες δικηγόροι	
Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες	
Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων	
Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης	
Δεν ξέρω / Δεν είμαι σίγουρος	
Άλλο	

Ποια από τα παρακάτω εμπόδια συναντήσατε?

Ο ασθενής δεν ήθελε να μιλήσει για την κακοποίηση	
Ο ασθενής αρνήθηκε την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού	
Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού	
Δεν υπάρχουν αρμόδιες υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων κακοποίησης στην περιοχή μου	
Φόβο για τις πιθανές συνέπειες της αναφοράς της κακοποίησης	
Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να διερευνήσω ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία	
Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η	
Άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε:	

Χρησιμοποιείτε ερωτήσεις διερεύνησης ενδοοικογενειακής βίας, για κάθε ασθενή σας?

Ναι, με κάθε ασθενή	
Ναι, κάθε φορά που υποψιάζομαι ότι ο ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης	
Όχι, δεν χρησιμοποιώ τέτοιες ερωτήσεις ποτέ	
Δεν είμαι σίγουρος/ -η	

Με ποιες παραμέτρους της ενδοοικογενειακής βίας αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να ανταποκριθείτε?

Αναγνώριση/ Διερεύνηση	
Καταγραφή	
Θεραπεία	
Παροχή υποστήριξης	

Ενημέρωση-καθοδήγηση σε αρμόδιες υπηρεσίες	
Δεν ξέρω. Δεν είμαι σίγουρος/ -η	
Άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε:	

Γ. Ανάγκες εκπαίδευσης σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ
1. Γνωρίζετε να έχει ο εργασιακός χώρος καταγεγραμμένες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας			
2. Αν ναι, εξηγήστε.....			
3. Υπάρχει ενημερωτικό υλικό σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία στον εργασιακό σας χώρο?			
4. Αισθάνεστε ότι υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες διαχείρισης ενδοοικογενειακής βίας στον εργασιακό σας χώρο?			
5. Αισθάνεστε ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες διαχείρισης ενδοοικογενειακής βίας που υπάρχουν στην περιοχή σας, σας είναι γνωστές?			
6. Έχετε ποτέ λάβει εκπαίδευση στο θέμα της ενδοοικογενειακής βίας>			
7. Αν ναι, πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο?			
8. Αν όχι, πιστεύετε ότι χρειάζεται να εκπαιδευτείτε?			
9. Γνωρίζετε τι είναι «πλάνο ασφαλείας» αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία			
10. Έχετε βοηθήσει ποτέ ασθενή σας να διαμορφώσει ένα «πλάνο ασφαλείας»			

Δ. Παρακαλώ δώστε μας λίγες πληροφορίες για εσάς:

1. ΦΥΛΟ: α) Άνδρας β) Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας: α) <25 β) 25 - 39 γ) 40 - 49 δ) 50 - 59
ε) >60

3. Παρακαλώ σημειώστε την κατηγορία που περιγράφει καλύτερα το ρόλο σας σε αυτήν την κλινική:

4. Ποιο είναι το ανώτατο δίπλωμά σας;

5. Εάν είστε επαγγελματίας υγείας, παρακαλώ απαντήστε στα εξής:

I. Ποια είναι η ειδικότητά σας; _____

II. Εκπαιδεύετε ακόμα; Ναι ___ Όχι ___

III. Εάν ναι, σε ποιο εκπαιδευτικό έτος κατάρτισης είστε: 1 2 3 4 >=5

6. Πόσοι πρωτοβάθμιοι επαγγελματίες υγείας κάνουν την πρακτική τους στην κλινική σας; _____

7. Σημειώστε το είδος του οργανισμού στον οποίο εργάζεστε:

_____ Ιδιωτική, κερδοσκοπική. _____ Δημόσιο Νοσοκομείο

_____ Ιδιωτική, μη κερδοσκοπική _____ Άλλο, παρακαλώ διευκρινίστε:

8. Παρακαλώ σημειώστε που εκπαιδευτήκατε ως προς την ενδοοικογενειακή βία:

α) Κατά τη διάρκεια των βασικών σας σπουδών; α) Ναι β) Όχι # ώρες _____

β) Κατά τη διάρκεια της μεταπτυχιακής ή κατάρτισης ειδικότητάς σας; α) Ναι β) Όχι
ώρες _____

γ) Σε συνέδρια ή σε μαθήματα συνεχιζόμενης κατάρτισης; α) Ναι β) Όχι #
ώρες _____

9. Έχετε εσείς προσωπικά, ή ένας στενός/-ή φίλος/-η, ή ένα οικογενειακό μέλος υποστεί ενδοοικογενειακή βία;

α) Ναι β) Όχι

Σε αυτή την περίπτωση, παρακαλώ κάνετε οποιαδήποτε σχόλια στον τρόπο με τον οποίο έχει επηρεάσει την πρακτική σας. Μπορείτε να συνεχίσετε στο πίσω μέρος αυτής της έρευνας εάν σας είναι απαραίτητο.

10. Αισθάνεστε ότι χρειάζεστε κατάρτιση για την ενδοοικογενειακή βία; α) Ναι
β) Όχι

Σε αυτή την περίπτωση, παρακαλώ απαριθμήστε ποια θέματα θα επιθυμούσατε να μάθετε σχετικά.

11. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως επαγγελματίας υγείας _____

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη διάθεση του χρόνου σας

στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου