

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: « *Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών από το σύντροφό τους: Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ», στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου*». ¹

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΚΑΠΕΤΣΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ: ΔΡ. ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2006-07

Ευχαριστίες

¹ Την εποπτεία της έρευνας έχει η Δρ Αικ. Παχή, Προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο».

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτριά μας και επίκουρη καθηγήτρια, προϊσταμένη τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Δρ. Πενταράκη Μαρία, η οποία με την επιστημονική κατάρτιση, την ευρύτητα του πνεύματος, το επιστημονικό ήθος και την εμπιστοσύνη της στις ικανότητές μας συντέλεσε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, πολύτιμη ήταν και η καθοδήγησή της στις γνώσεις, στη βιβλιογραφία και στις επαφές, ώστε να εκπονηθεί η πτυχιακή εργασία μας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επόπτρια της έρευνάς μας και προϊσταμένη του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ», Δρ. Παχή Αικατερίνη, που με το επιστημονικό ήθος, τις γνώσεις, τις ικανότητές της και τη σωστή καθοδήγησή της, μας βοήθησε σημαντικά στην διαδικασία της έρευνας από την κατασκευή του ερωτηματολογίου έως τη διανομή και συλλογή αυτού. Παράλληλα, ευχαριστούμε όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς του τμήματος κοινωνικής εργασίας του νοσοκομείου, οι οποίοι μας δέχτηκαν στην υπηρεσία όλο το χρονικό διάστημα της ερευνητικής διαδικασίας και μας προσέφεραν πολύτιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας και τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Θεωρούμε απαραίτητο να ευχαριστήσουμε τον κο Λαμπίκη Στέφανο, αριστούχο Στατιστικής, για την βοήθεια που μας προσέφερε στην κωδικοποίηση και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού πακέτου κοινωνικών επιστημών (SPSS).

Τέλος, ευχαριστούμε όλους τους επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» που μας αφιέρωσαν χρόνο και διάθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και με αυτόν τον τρόπο συνέβαλαν καθοριστικά στην επιτυχία αυτού του εγχειρήματος.

Περίληψη

Η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος της βίας στις συντροφικές σχέσεις των γυναικών-ασθενών τους, αποτελεί ένα σημαντικό ερευνητικό αντικείμενο στη διεθνή βιβλιογραφία που έχει εμπλουτίσει την επιστημονική γνώση της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Η συγκεκριμένη μελέτη έγκειται να συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιστήμης και στην κοινωνική ανάπτυξη καθώς το υπό διερεύνηση πρόβλημα έχει ευρέως αναγνωριστεί και καθιερωθεί ως υγειονομικό και κοινωνικό, προβάλλοντας, έτσι, το μέγεθος και τη σοβαρότητα του προβλήματος που θα οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση και στην ουσιαστικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου.

Έχει παρατηρηθεί ότι, ενώ οι επαγγελματίες υγείας έχουν ξεκινήσει να καθορίζουν την ενδο-οικογενειακή βία ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τον τομέα υγείας, οι περισσότεροι εκπαιδεύονται ελάχιστα και στερούνται από στρατηγικές στην παρέμβαση σε περιπτώσεις ασθενών – θυμάτων συζυγικής κακοποίησης. Οι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας διακατέχονται συχνά από στερεότυπες αντιλήψεις για την ισότητα των δύο φύλων και τη βία γενικότερα. Επιπλέον, νιώθουν άβολα κατά τη διερεύνηση της βίας που υφίστανται οι ασθενείς, πιστεύοντας ότι εκείνες θα προσβληθούν αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό. Ακόμη, φοβούνται ότι η ενασχόλησή τους με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα. Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας έχουν ευρέως αναγνωριστεί και τα θύματα βίας συχνά αναφέρουν ότι έχουν βασανιστεί δυο φορές - μία από το σύζυγο και μία από το προσωπικό υγείας. Οι αντιλήψεις σχετικά με την ενδο-οικογενειακή βία έχουν αναγνωριστεί ως εμπόδιο στην αποτελεσματική κλινική αντιμετώπιση.

Έχουν εντοπιστεί οι παράγοντες παρεμπόδισης του υγειονομικού συστήματος στη λειτουργική διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα. Υπάρχει μια σειρά από εμπόδια που εντάσσονται στις εξής κατηγορίες: τα πληροφοριακά εμπόδια (έλλειψη εκπαίδευσης, έλλειψη παραπομπών προς τις υπηρεσίες βοήθειας), τα θεσμικά εμπόδια (έλλειψη κατάλληλων υποδομών, απροθυμία συνεργασίας με την ασθενή χωρίς τη βοήθεια των κατάλληλων υπηρεσιών και αρνητικές εμπειρίες των ίδιων των επαγγελματιών καθώς και δομικοί - χρονικοί περιορισμοί εντός του υγειονομικού

συστήματος περίθαλψης, ανεπαρκή επαγγελματικά πρωτόκολλα) και τα συναισθηματικά εμπόδια (έλλειψη άνεσης, συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμία μεταξύ των συναισθηματικών εμποδίων, ο φόβος του προβαλλόμενου θύματος και του δράστη και τα συναισθήματα μειωμένης ελπίδας και ανευθυνότητας, ο φόβος της αντεκδίκησης από το βίαιο σύζυγο και οι ψυχολογικές επιδράσεις της φυσιολογικής διαδικασίας και η πεποίθηση ότι η κατάσταση για την ασθενή δεν θα αλλάξει).

Διεθνώς υπάρχει ομοφωνία στους οργανισμούς υγείας ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να εγκαταλείπουν το στόχο αναγνώρισης και υποστήριξης των γυναικών που κακοποιούνται στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι εργαζόμενοι χρειάζονται εκπαίδευση για να ενημερωθούν για το πρόβλημα εάν πρέπει να αναγνωρίσουν γυναίκες που υποφέρουν από συντροφική βία. Η εκπαίδευση πρέπει να εστιάσει στη διόρθωση των εσφαλμένων αντιλήψεων για την ενδο-οικογενειακή βία και θα πρέπει να παρέχει συγκεκριμένα εργαλεία διερεύνησης. Τέλος, σύνδεσμοι με υπηρεσίες που παρέχουν βοήθεια στα θύματα θα αυξήσουν την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας στην ικανότητά τους να παρεμβαίνουν και συνεπώς, θα αυξηθεί η διερεύνηση.

Για την αποτελεσματική παρέμβαση στο πρόβλημα η εστίαση γίνεται στην πρωταρχική πρόληψη, δηλαδή ο τομέας υγείας να προλάβει αρχικά ώστε να μην παρουσιαστούν αποτελέσματα/ συμβάντα κακοποίησης. Η πρωταρχική πρόληψη εστιάζεται στις αντιλήψεις ή συμπεριφορές που οδηγούν στη θυματοποίηση των γυναικών. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ευθύνη να αναγνωρίζουν το πρόβλημα της συντροφικής βίας και να συμμετέχουν σε στρατηγικές παρέμβασης. Η παρέμβαση λαμβάνει χώρα σε 3 επίπεδα: τη γενική παρέμβαση με την αλλαγή πολιτισμικών και κοινωνικών επιρροών που ενθαρρύνουν τη βίαιη συμπεριφορά, την πιο συγκεκριμένη αναγνώριση καταστάσεων που συμβαίνει η βία και τις στρατηγικές που εφαρμόζονται, όταν εργάζονται με ανθρώπους που εμπλέκονται σε σχήμα βίαιης συμπεριφοράς, δηλαδή τους δράστες. Η παρέμβαση μπορεί να γίνει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Επίσης, δύο είναι οι σημαντικότεροι άξονες παρέμβασης. Ο πρώτος άξονας αφορά την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και ο δεύτερος την ανάπτυξη πρωτοκόλλων.

Απαραίτητη είναι η δημιουργία καθώς και η χρήση των ήδη υπαρχόντων μοντέλων – προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας. Ο στόχος της συνεχιζόμενης επιμόρφωσης είναι να προσφέρει ευκαιρίες συνεχούς εκπαίδευσης σε όλους τους επαγγελματίες ώστε να αναβαθμίσουν τις γνώσεις τους γύρω από τη βία και να ενισχύσει τις ικανότητες τους να ασχολούνται αποτελεσματικά με τις

κακοποιημένες γυναίκες. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας γύρω από αυτό το θέμα και η αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού θα οδηγήσει στον τελικό στόχο ο οποίος θα πρέπει πάντα να είναι η «μηδενική ανοχή» για την κακοποίηση από το σύντροφο.

Από την έρευνά μας που διεξήχθη στο Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο 2007, σε δείγμα 386 επαγγελματιών υγείας, παρουσιάστηκε πως σε ορισμένα ζητήματα συντροφικής βίας οι επαγγελματίες υγείας είναι ενήμεροι, αλλά στα περισσότερα χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση, επιμόρφωση κι εκπαίδευση. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=336, 87%) δέχονται ότι η συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και αρκετοί (n=288, 74.6%) θεωρούν ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=314, 81.3%) δηλώνουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση. Δηλώνουν ότι χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων που θα διατίθενται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς, γεγονός που παρουσιάζει την αναγκαιότητα διανομής εγχειριδίων με κλινικές πρακτικές για το θέμα. Επίσης, οι περισσότεροι (n=145, 37.6%) αγνοούν ή δεν έχουν γνώμη (n=48, 12.4%) σχετικά με τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα. Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί η αναγκαιότητα ενημέρωσης των επαγγελματιών για τις αρμόδιες υπηρεσίες που μπορούν να κάνουν παραπομπές των γυναικών. Ακόμη, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=365, 94.5%) ζητάει, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας. Αξίζει να τονίσουμε την έντονη επιθυμία τους να δημιουργηθούν εξειδικευμένα εγχειρίδια που θα διατίθενται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς, καθώς και να αναπτυχθεί ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας. Παράλληλα, φάνηκε η σωστή άποψη των περισσότερων ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους πρέπει να ασχοληθεί περισσότερο με το ζήτημα και η αποδοχή της συντροφικής βίας ως σοβαρού προβλήματος δημόσιας υγείας. Όμως, παρουσιάστηκαν και κάποιες λανθασμένες απόψεις σε ορισμένα ζητήματα, όπως η γνώμη αρκετών ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας, η προβολή της έλλειψης χρόνου ως εμποδίου

στην ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας και η άγνοιά τους για τους αρμόδιους φορείς προς παραπομπές των θυμάτων. Στα περισσότερα ζητήματα, φάνηκε πως είναι αρκετοί εκείνοι που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας των δύο φύλων και σε θέματα συντροφικής βίας, γεγονός που πρέπει να μας προβληματίσει σχετικά με τη συμπεριφορά που μπορεί να έχουν απέναντι στις γυναίκες-θύματα συντροφικής βίας. Επιπλέον, προβάλλεται πως οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι είναι πολλά τα εμπόδια που τους αποθαρρύνουν στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας των γυναικών. Επιπρόσθετα, προέκυψε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν διάθεση να ενθαρρύνουν τις ασθενείς να συνεργαστούν μαζί τους. Σχετικά με την παρέμβαση σε περιπτώσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους, βρέθηκε πως γίνεται κυρίως με α) την παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, καθώς και β) στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, γ) παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Όσον αφορά άλλες σημαντικές ενέργειες, αρκετοί είναι πρόθυμοι να τις κάνουν στο μέλλον, ενώ κάποιοι άλλοι δεν προτίθενται ούτε στο μέλλον να τις κάνουν.

Καθώς οι εκδηλώσεις της βίας από το σύντροφο αγγίζουν όλες τις ειδικότητες στο χώρο υγείας, ενισχύεται η ανάγκη όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται στη διερεύνηση, την παρέμβαση και την παροχή υποστήριξης προς τα θύματα της βίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στα πλαίσια του συστήματος υγείας μπορούν να παίξουν έναν ουσιαστικό ρόλο ως προς την κατεύθυνση της επιμόρφωσης.

Είναι φανερό ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα, ώστε να προσδιοριστούν περαιτέρω τα ζητήματα αυτά. Μόνο τότε οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε πραγματική θέση να αντιμετωπίσουν στρατηγικά αυτό το ευαίσθητο κοινωνικό και υγειονομικό ζήτημα.

Εισαγωγή

Η βία κατά των γυναικών είναι ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με παγκόσμια διάσταση. Εμφανίζεται σε πολλές μορφές σε όλα τα πεδία ζωής και δράσης και συνιστά κατάφωρη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους(Βλάχου, Β.,2004). Η κακοποίηση, η προσβολή της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας της γυναίκας, που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσής της στο χώρο της οικογένειας, αποτελεί πλέον ένα εκτεταμένο κοινωνικό φαινόμενο (Σαριδάκη, Β.,2000). Είναι ένα πρόβλημα που διατρέχει το σύνολο των κοινωνιών, ανεξάρτητα από εθνικότητα και φυλή και διαπερνά την κάθε γυναίκα ανεξαρτήτως τάξης και ηλικίας. Στην Ελλάδα, τα τελευταία μόνο χρόνια έχει αναγνωρισθεί ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών ενήλικων γυναικών (Πενταράκη, Μ.,2004 α). Παράλληλα, αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς αποφέρει ποικίλες αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των κακοποιημένων ασθενών, με αποτέλεσμα να καταφθάνουν τις περισσότερες φορές προς αναζήτηση βοήθειας και νοσηλείας στα νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πρώτοι και σε πολλές περιπτώσεις ίσως τα μοναδικά άτομα που έχουν επαγγελματική επαφή με τις κακοποιημένες γυναίκες. Όμως, στην πράξη, οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας δεν καταφέρνουν να προσεγγίσουν την ενδο-οικογενειακή βία ως πρόβλημα υγείας, αν και προηγείται και συμβάλλει σε κάποιες ασθένειες και ακόμη και στο θάνατο. Για τους επαγγελματίες της νοσοκομειακής κοινότητας, η αναγνώριση δεν είναι απλώς η αποκάλυψη μιας δεδομένης κατάστασης. Πρέπει να αναγνωρίζουν την πηγή του προβλήματος και να δίνουν λύσεις και ουσιαστική βοήθεια. Ακόμη, δεν είναι αποκλειστική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να ασχοληθούν με το πρόβλημα, αλλά και του ίδιου του υγειονομικού συστήματος. Διότι, εάν το σύστημα περίθαλψης είναι ανίκανο να προσφέρει τη βασική βοήθεια, είναι μάταιο να γίνεται μόνο μια απλή διερεύνηση της συντροφικής κακοποίησης απλά και μόνο για να επιβεβαιώνεται η συχνότητα των βίαιων επεισοδίων ενάντια των γυναικών(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Τα νοσοκομεία είναι τα καλύτερα περιβάλλοντα για την αναγνώριση των θυμάτων και την παραπομπή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες υποστήριξης. Παρά την επικράτηση της ενδο-οικογενειακής βίας, λίγα θύματα αναγνωρίζονται μέσα στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης.

Στο πλαίσιο του παραπάνω προβληματισμού, γεννήθηκε το ερέθισμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Αντίστοιχες έρευνες με την παρούσα έχουν εκπονηθεί στη διεθνή κοινότητα και τα αποτελέσματά τους έχουν βοηθήσει στην ανάπτυξη διάφορων μοντέλων ενθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας. Αντικείμενο της δικής μας έρευνας είναι η εμπειρική προσέγγιση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη συντροφική βία που υφίστανται οι ασθενείς τους, τόσο κατά την διαγνωστική διαδικασία όσο και κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας.

Ο κύριος σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» σε θέματα βίας κατά των γυναικών, με απώτερο σκοπό την συγκέντρωση έγκυρων δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό χώρο.

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

α) ο προσδιορισμός της ποσότητας και της ποιότητας των επαγγελματικών γνώσεων και της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας για το χειρισμό του προβλήματος,

β) η διερεύνηση του κατά πόσον οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν το φαινόμενο και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας,

γ) ο εντοπισμός των ενεργειών από πλευράς των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος,

δ) ο προσδιορισμός των αντιλήψεων και πεποιθήσεων των εργαζομένων στο χώρο υγείας σε θέματα ισότητας των δύο φύλων και σε θέματα συντροφικής βίας γενικότερα.

Η παρούσα μελέτη χωρίστηκε σε δύο μέρη: στο θεωρητικό και στο εμπειρικό. Το θεωρητικό μέρος της μελέτης αποτελείται από πέντε κεφάλαια, στα οποία γίνεται μια απόπειρα διερεύνησης της συντροφικής βίας ως κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα.

Αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο που έχει τίτλο «Η συντροφική-ενδο-οικογενειακή βία: Ένα κοινωνικό πρόβλημα», γίνεται παρουσίαση του φαινομένου της συντροφικής βίας ως κοινωνικού προβλήματος και παρουσιάζονται οι ορισμοί, τα αίτια, οι μορφές της ενδο-οικογενειακής βίας καθώς και η έκταση του φαινομένου. Στο δεύτερο κεφάλαιο, με τίτλο «Η συντροφική-ενδο-οικογενειακή βία: Ένα

υγειονομικό πρόβλημα», γίνεται παρουσίαση του φαινομένου της συντροφικής βίας ως προβλήματος δημόσιας υγείας και εξετάζονται οι επιπτώσεις-συνέπειες της συντροφικής βίας στις γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση καθώς και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας αλλά και των ίδιων γυναικών θυμάτων απέναντι στο πρόβλημα. Επίσης, παρουσιάζονται και οι παράγοντες παρεμπόδισης του υγειονομικού συστήματος στη λειτουργική διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα και οι παράγοντες παρεμπόδισης των ίδιων των γυναικών-θυμάτων συντροφικής βίας στην αποκάλυψη του προβλήματος. Στο τρίτο κεφάλαιο, με τίτλο «Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα», εξετάζεται η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας στο πρόβλημα, η αναγνώριση και η διερεύνηση της συντροφικής βίας στις ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας που βιβλιογραφικά έχουν εξεταστεί σε έρευνες της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Ακόμη, μελετάται το πρόγραμμα STAKES, η διάγνωση κατά την κακοποίηση και προσδιορίζεται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο συγκεκριμένο υγειονομικό πρόβλημα. Σε αυτό το κεφάλαιο επιδιώκεται μία κριτική παρουσίαση των θεωρητικών και των εμπειρικών προσεγγίσεων. Το τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Προσέγγιση του υγειονομικού συστήματος στο πρόβλημα», αφορά την παρουσίαση ενός ερμηνευτικού πλαισίου κατανόησης της προσέγγισης της Δημόσιας Υγείας στην πρόληψη της συντροφικής βίας κατά των γυναικών και της παρέμβασης-αντιμετώπισης του προβλήματος, προβάλλοντας και τους άξονες παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας καθώς και μια πρόταση για την ενδο-οικογενειακή βία στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη: το πρόγραμμα CONFAD. Το πέμπτο κεφάλαιο με τίτλο «Επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας», επικεντρώνεται στη σημασία της επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και σε παραπλανήσεις στο θέμα της ενδο-οικογενειακής βίας. Επίσης, προβάλλει το πρόγραμμα RADAR, καθώς και εξετάζει λεπτομερώς το πρόγραμμα ΔΑΦΝΗ(DAPHNE).

Το εμπειρικό μέρος της μελέτης παρουσιάζει την περιγραφή και τη μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα και τα τελικά συμπεράσματα. Στο πρώτο κεφάλαιο του εμπειρικού μέρους παρουσιάζουμε το αντικείμενο της έρευνας, το σκοπό, τη σημασία της ερευνητικής εργασίας και τις βασικές υποθέσεις της έρευνας. Το κεφάλαιο αυτό είναι βασικό για την κατανόηση του εμπειρικού μέρους της μελέτης μας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζουμε τη μέθοδο της έρευνας, τον πληθυσμό και το δείγμα, τα

ερευνητικά εργαλεία, τον τόπο και χρόνο της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τις μεθοδολογικές δυσχέρειες και τη μέθοδο ανάλυσης αποτελεσμάτων. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνάς μας, προκειμένου να υποστηρίξουμε τις υποθέσεις εργασίας μας. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας μελέτης.

Σκοπός μελέτης

Ο κύριος σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» σε θέματα βίας κατά των γυναικών, με απώτερο σκοπό την συγκέντρωση έγκυρων δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό χώρο.

Στους δευτερεύοντες σκοπούς εντάσσεται η προβολή του μεγέθους και της σοβαρότητας του προβλήματος που θα οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση και στην ουσιαστικότερη αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος.

Ευελπιστούμε, η παρούσα μελέτη να οδηγήσει σε επιστημονική δημοσίευση, η οποία θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας για να τους ενημερώσει για τις ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και για να τους καθοδηγήσει, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα το πρόβλημα.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που απαντώνται από την παρούσα μελέτη είναι οι εξής:

1. Εάν υπάρχει παραπληροφόρηση και σεξιστική προκατάληψη στους επαγγελματίες υγείας, τότε γίνεται δυσκολότερη η αναγνώριση και η παρέμβαση στις ασθενείς που υφίστανται συντροφική βία (Kurz and Stark, 1988).

2. Η ελάχιστη επαγγελματική γνώση των επαγγελματιών υγείας στο θέμα της συντροφικής βίας επιδρά αρνητικά στην ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αποκρίνονται στη συντροφική βία στην εργασία τους (Peckover, 2003).

3. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, τότε μπορεί να συνεισφέρουν σε περαιτέρω κακοποίηση του θύματος (Livi-Bacci, 2002).

Από την (1) πρώτη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

- Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις και σεξιστικές προκαταλήψεις δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τη συντροφική βία

που έχουν υποστεί οι ασθενείς τους και ανιχνεύουν ευκολότερα τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας;

- Οι επαγγελματίες υγείας που τάσσονται κατά της ισότητας των δύο φύλων δεν παρέχουν την κατάλληλη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας;
- Οι επαγγελματίες υγείας που δεν πιστεύουν στην ισότητα των δύο φύλων νιώθουν ότι με την ενασχόληση στο συγκεκριμένο πρόβλημα, θα προβληθούν οι δικές τους πεποιθήσεις σε θέματα ισότητας και συντροφικής κακοποίησης;
- Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν στερεότυπες αντιλήψεις για τη συντροφική βία, δεν αξιολογούν τον κίνδυνο και την κατάσταση του θύματος και δεν σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας μαζί με την ασθενή;
- Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από σεξιστικές προκαταλήψεις, δεν πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας;
- Οι επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία που υφίστανται οι ασθενείς, προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους;

Από τη (2) δεύτερη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

- Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν γνώση σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν τη συντροφική βία σε περιστατικά ασθενών κατά την εργασία τους;
- Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας, παρεμβαίνουν συχνότερα σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους;

Από την (3) τρίτη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

- Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας, αποφεύγουν την παρέμβαση σε υποθέσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους;
- Η αναγνώριση της συντροφικής κακοποίησης στις ασθενείς και η ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της βίας, είναι αποτέλεσμα της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: Η συντροφική-ενδοοικογενειακή βία: Ένα κοινωνικό πρόβλημα</u>	17
1.1. Η συντροφική βία ως κοινωνικό πρόβλημα.....	17
1.1.1. Οι ορισμοί.....	18
1.1.2. Τα αίτια ύπαρξης του προβλήματος.....	21
1.1.3. Οι μορφές της ενδοοικογενειακής βίας.....	23
i. Σωματική ή φυσική κακοποίηση.....	23
ii. Ψυχολογική ή συναισθηματική / λεκτική κακοποίηση.....	25
iii. Σεξουαλική κακοποίηση.....	26
iv. Οικονομική αποστείρωση / εκμετάλλευση.....	28
v. Κοινωνική καταπίεση.....	29
1.1.4. Η έκταση του φαινομένου.....	29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Η συντροφική-ενδοοικογενειακή βία: Ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας</u>	32
2.1. Η συντροφική βία ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.....	33
2.1.1. Οι επιπτώσεις-συνέπειες της συντροφικής βίας στις γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση.....	36
i. Σωματικές συνέπειες.....	37
ii. Ψυχολογικές συνέπειες.....	38
iii. Κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες.....	39
2.2. Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα.....	41
2.3. Οι αντιλήψεις των γυναικών-θυμάτων συντροφικής βίας απέναντι στο πρόβλημα.....	56
2.4. Οι παράγοντες παρεμπόδισης του υγειονομικού συστήματος στη λειτουργική διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα.....	58
2.4.1. Οι παράγοντες παρεμπόδισης των γυναικών-θυμάτων συντροφικής βίας στην αποκάλυψη του προβλήματος.....	67
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα</u>	69
3.1. Η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας στο πρόβλημα.....	69
i. Η μελέτη New Haven.....	69
ii. Η μελέτη Philadelphia.....	71
3.2. Η αναγνώριση και η διερεύνηση της συντροφικής βίας στις ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας.....	74
3.2.1. Το πρόγραμμα STAKES.....	83
3.2.2. Διάγνωση της κακοποίησης.....	84

3.3. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο συγκεκριμένο υγειονομικό πρόβλημα.....	85
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Προσέγγιση του υγειονομικού συστήματος στο πρόβλημα.....</u>	<u>94</u>
4.1. Προσέγγιση Δημόσιας Υγείας στην πρόληψη της συντροφικής βίας κατά των γυναικών.....	94
4.2. Η παρέμβαση-αντιμετώπιση του προβλήματος.....	97
i. Η ανάγκη για συντονισμένη παρέμβαση στην συντροφική βία.....	97
ii. Παρεμβάσεις στην ενδοοικογενειακή βία.....	101
iii. Πρωτοβουλίες για την προστασία και υποστήριξη των κακοποιημένων ασθενών.....	102
4.2.1. Άξονες παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας.....	103
4.2.2. Μια πρόταση για την ενδο-οικογενειακή βία στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη: το πρόγραμμα CONFAD.....	108
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας.....</u>	<u>110</u>
5.1. Η σημασία της επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας.....	110
5.2. Η παραπληροφόρηση σε θέματα της ενδοοικογενειακής βίας.....	112
5.3. Το πρόγραμμα RADAR.....	113
5.4. Ανάπτυξη και πιλοτική δοκιμή εκπαιδευτικού προγράμματος αναφορικά με το ρόλο των επαγγελματιών στο χώρο υγείας στην αξιολόγηση και παρέμβαση κατά της βίας από το σύντροφο.....	117
i. Το πρόγραμμα ΔΑΦΝΗ(DAPHNE).....	117
ii. Αναμενόμενα αποτελέσματα του προγράμματος.....	118
iii. Εφαρμογή του προγράμματος.....	118
• Ανάπτυξη του εκπαιδευτικού υλικού (σε τέσσερις ευρωπαϊκές γλώσσες).....	118
• Η ελληνική εμπειρία.....	118
• Περιεχόμενα του προγράμματος.....	119
• Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού υλικού από ειδικούς.....	123
• Περιγραφή των ερωτηματολογίων.....	125
iv. Αποτελέσματα και επιδράσεις του προγράμματος.....	125
• Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας.....	125
• Αυτοαντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.....	126
• Αποτελεσματικότητα (έμμεσα αξιολογούμενη μέσω του επιπέδου γνώσης των φοιτητών).....	126

• Αυτοαντιλαμβανόμενος ρόλος του ιατρικού προσωπικού.....	127
• Αντιλαμβανόμενος ρόλος του παραϊατρικού προσωπικού.....	127
• Στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τους παράγοντες πρόκλησης της βίας.....	127
• Στερεοτυπικές αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο γενικότερα.....	128
• Στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τις ομάδες υψηλού κινδύνου.....	128
• Αντιλήψεις που αφορούν το θύμα, το δράστη και το νομικό ζήτημα.....	129
• Αντιλήψεις για θέματα διερεύνησης και παρέμβασης.....	129
v. Συμπεράσματα.....	130

B. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: Εμπειρική διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου.....</u>	131
6.1. Περιγραφή της έρευνας.....	131
6.1.1. Αντικείμενο της έρευνας.....	131
6.1.2. Σκοπιμότητα και στόχοι της έρευνας.....	132
6.1.3. Βασικές υποθέσεις της έρευνας.....	133
6.2. Μεθοδολογία της έρευνας.....	134
6.2.1. Μέθοδος της έρευνας.....	135
6.2.2. Πληθυσμός-Δείγμα.....	136
6.2.3. Ερευνητικά εργαλεία.....	137
6.2.4. Τόπος και χρόνος της έρευνας.....	148
6.2.5. Συλλογή δεδομένων.....	151
6.2.6. Μεθοδολογικές δυσχέρειες.....	153
6.2.7. Μέθοδος ανάλυσης αποτελεσμάτων – Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	154
6.3. Αποτελέσματα.....	155
i. Ενότητα 1 ^η	
Πίνακας 1 ^{ος}	156
Πίνακας 2 ^{ος}	157
Πίνακας 3 ^{ος}	157
Πίνακας 4 ^{ος}	158
Πίνακας 5 ^{ος}	159
Πίνακας 6 ^{ος}	160
Πίνακας 7 ^{ος}	160
ii. Ενότητα 2 ^η	

Πίνακας 8 ^{ος}	161
Πίνακας 9 ^{ος}	162
Πίνακας 10 ^{ος}	162
Πίνακας 11 ^{ος}	163
Πίνακας 12 ^{ος}	163
Πίνακας 13 ^{ος}	164
Πίνακας 14 ^{ος}	164
Πίνακας 15 ^{ος}	165
iii. Ενότητα 3η	
Πίνακας 16 ^{ος}	166
Πίνακας 17 ^{ος}	168
iv. Ενότητα 4η	
Πίνακας 18 ^{ος}	170
Πίνακας 19 ^{ος}	172
v. Ενότητα 5η	
• <u>Γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας</u>	
Πίνακας 20 ^{ος}	175
Πίνακας 21 ^{ος}	176
Πίνακας 22 ^{ος}	178
Πίνακας 23 ^{ος}	179
Πίνακας 24 ^{ος}	180
Πίνακας 25 ^{ος}	181
• <u>Εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας</u>	
Πίνακας 26 ^{ος}	182
Πίνακας 27 ^{ος}	182
• <u>Αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας</u>	
Πίνακας 28 ^{ος}	184
Πίνακας 29 ^{ος}	185
Πίνακας 30 ^{ος}	187
vi. Ενότητα 6η	
Πίνακας 31 ^{ος}	192
Πίνακας 32 ^{ος}	201
Πίνακας 33 ^{ος}	203
Πίνακας 34 ^{ος}	204
Πίνακας 35 ^{ος}	207
6.4. Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	208
<u>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	252
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</u>	262
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Προσεγγίζοντας τη συντροφική βία:	263
• Βασικά θέματα κατά την αντιμετώπιση της βίας σε πλαίσια υγείας- Ο ρόλος και οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας.....	263
• Αναγνωρίζοντας την βία.....	263

• Ψυχολογικά τραύματα ως αποτέλεσμα της βίας, Μακροπρόθεσμα συμπτώματα/ μετατραυματικό στρες(PTSD), Συναισθηματικά - Αντιληπτικά συμπτώματα, Συμπεριφορικά συμπτώματα, Σωματικά συμπτώματα/ Ασθένειες, Συνέπειες του τραύματος.....	263
• Εντοπίζοντας την βία.....	263
• Ασφάλεια.....	263
• Ιατρική εξέταση.....	263
• Διεπιστημονική συνεργασία.....	263
• Πώς μπορεί να παραμένει ο επαγγελματίας υποστηρικτικός και ευέλικτος.....	263
• Διαθέσιμα Δίκτυα / Υπηρεσίες	263
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Εργαλεία ανίχνευσης της συντροφικής βίας.....	264
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Νόμος 3500/2006-ΦΕΚ 232/Α'/24.10.2006 «Για την αντιμετώπιση της ενδο-οικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις».....	265
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV:Επιστολή με αίτημα για άδεια εκπόνησης της έρευνας στην Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο».....	266
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Έγκριση από Επιστημονικό και Διοικητικό συμβούλιο του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» για εκπόνηση της έρευνας.....	269
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: Ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας.....	270
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII: Ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	282
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII: Διαγράμματα από S.P.S.S.....	294

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: Η συντροφική-ενδοοικογενειακή βία: Ένα κοινωνικό πρόβλημα

1.1. Η συντροφική βία ως κοινωνικό πρόβλημα

Η βία κατά των γυναικών είναι ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με παγκόσμια διάσταση. Αποτελεί έκφραση της άνιση κατανομής δύναμης μεταξύ των δύο φύλων και είναι σύμπτωμα μιας κοινωνίας που κρατά τις γυναίκες, το μισό δηλαδή του πληθυσμού του πλανήτη, σε κατάσταση υποτέλειας, περιθωριοποίησης και διακρίσεων. Εμφανίζεται σε πολλές μορφές σε όλα τα πεδία ζωής και δράσης και συνιστά παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους(Βλάχου, Β.,2004).

Σύμφωνα με την UNICEF, η βία κατά των γυναικών είναι ζήτημα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αποτελεί μέρος των διακρίσεων με βάση το κοινωνικό φύλο που υπονομεύουν τα δικαιώματα των γυναικών και των κοριτσιών. Αυτή η μορφή βίας δεν κάνει διακρίσεις ηλικίας, εθνικότητας, πολιτισμικής κληρονομιάς, ταξικής θέσης, μορφωτικού επιπέδου και ύψους εισοδήματος(UNICEF, 2000).

Η κακοποίηση, η προσβολή της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας της γυναίκας, που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσής της στο χώρο της οικογένειας, αποτελεί πλέον ένα εκτεταμένο κοινωνικό φαινόμενο. Το πρόβλημα της κακοποιημένης γυναίκας βγαίνει στην επιφάνεια το 1970 και συνδέεται με τις κινήσεις για την ισότητα. Η άσκηση βίας θεωρείται μέσο κοινωνικού ελέγχου της γυναίκας από τον άνδρα(Σαριδάκη, Β.,2000).

Οι επιπτώσεις της ενδο-οικογενειακής βίας, ειδικά όταν είναι παρατεταμένη και δεν καταγγέλλεται, είναι ολέθριες για τη σωματική ακεραιότητα και την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, η βία κατά των γυναικών είναι μεγάλος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία και σοβαρή αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες ηλικίας 16 έως 44 ετών. Οι επιπτώσεις της βίας έχουν και οικονομική διάσταση. Η διάσταση αυτή δεν αφορά μόνο το κόστος παροχής υπηρεσιών στήριξης στις κακοποιημένες γυναίκες, αλλά και την εξοικονόμηση πόρων που η πρόληψη δύναται να επιφέρει στους προϋπολογισμούς των κοινωνικών πολιτικών (στέγαση, υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας) και της λειτουργίας του ποινικού συστήματος (Βλάχου, Β.,2004).

Για πολλούς αιώνες η βία μέσα στην οικογένεια ήταν ταμπού. Κανείς δε μιλούσε γι' αυτήν, κανείς δεν παραδεχόταν ότι υπάρχει, κανείς δεν έκανε τίποτα για να την αποτρέψει. Ωστόσο, σήμερα, χάρη στις δραστηριότητες των οργανώσεων και των επακόλουθων εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού, το θέμα έχει δημοσιοποιηθεί περισσότερο, έστω και αν για πολλές οικογένειες εξακολουθεί να αποτελεί ταμπού(Βλάχου, Β.,2004).

Ακόμα, η βία κατά των γυναικών εκδηλώνεται με πολλές και διαφορετικής βαρύτητας εγκληματικές πράξεις κάθε φορά. Το σίγουρο είναι πως αν αυτές οι πράξεις συνέβαιναν έξω από το σπίτι θα τιμωρούνταν από το νόμο και θα καταδικάζονταν από το κοινωνικό σύνολο χωρίς ενδοιασμούς(ΚΕΘΙ,2000).

Επιπλέον, η βία στην οικογένεια είναι ένα πολύ διαδεδομένο φαινόμενο, ειδικά στην εποχή μας που η ανθρώπινη ελευθερία και αξιοπρέπεια χάνουν όλο και περισσότερο την αξία τους(ΚΕΘΙ,2000).Είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που διατρέχει το σύνολο των κοινωνιών, ανεξάρτητα από εθνικότητα και φυλή και μπορεί να συμβεί σε κάθε γυναίκα ανεξαρτήτως τάξης και ηλικίας(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

Παρότι η άσκηση βίας συνιστά παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, η ενδο-οικογενειακή βία αποτελεί φαινόμενο που διαθέτει ανησυχητικές διαστάσεις τόσο για τους άμεσα εμπλεκόμενους πρωταγωνιστές του δράματος, όσο και για την κοινωνία γενικότερα και προσλαμβάνει τραγικές προεκτάσεις με την πάροδο του χρόνου(Μπιλανάκη, Ε.,2004).

Στην Ελλάδα, τα τελευταία μόνο χρόνια έχει αναγνωριστεί ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών ενήλικων γυναικών(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

1.1.1. Οι ορισμοί

Ενδο-οικογενειακή βία:

1)_Εννοούμε τις διαταραγμένες σχέσεις των συζύγων που εκδηλώνονται με βίαιη ή μη βίαιη κακοποίηση αμοτέρων και κατά κύριο λόγο της συζύγου(Μουζακίτης, Χ.,1989).

2) Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε στην σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή/και οικονομική κακοποίηση της γυναίκας από το σύντροφο ή τον πρώην σύντροφο της ή από κάποιο άλλο πρόσωπο εντός του οίκου ή της οικογένειας. Στην παρούσα εργασία αντικείμενο μελέτης αποτελεί μόνο η ενδοοικογενειακή βία κατά των

ετεροφυλόφιλων γυναικών που ασκείται από το σύζυγο ή σύντροφο σε σχέση γάμου, συμβίωσης ή σε διάσταση(Μαρίνου, Ε.,2003).

3) Ενδοοικογενειακή βία είναι οποιαδήποτε μορφή βίας η οποία ασκείται από και προς μέλη της ίδιας οικογένειας(Μπουγάδη, Σ.,2004).

4) Με τον όρο ενδοοικογενειακή βία εννοούμε «οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη πράξης από ένα ή από περισσότερα μέλη μιας οικογένειας, που μπορεί να απειλήσει τη ζωή, τη σωματική ή την ψυχολογική ακεραιότητα, ή την ελευθερία ενός άλλου μέλους της ίδιας οικογένειας, ή που μπορεί να βλάψει σοβαρά την ανάπτυξη της προσωπικότητας του/της»(Μπιλανάκης, Ν.,2003).

5) Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας αναφέρεται ως «η βία που ασκείται στην οικογένεια ή στην οικογενειακή μονάδα, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, σωματικής και πνευματικής επίθεσης, συναισθηματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, βιασμού μεταξύ συζύγων, μόνιμων ή περιστασιακών συντρόφων και συγκατοίκων, εγκλημάτων τιμής, ακρωτηριασμού των γεννητικών οργάνων και άλλων παραδοσιακών πρακτικών επιζήμιων για τις γυναίκες, όπως οι αναγκαστικοί γάμοι»(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Βία

Α) Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη βία ως εξής: η με πρόθεση χρήση φυσικής δύναμης ή ισχύς, απειλούμενης ή πραγματικής, που στρέφεται στο ίδιο το άτομο, σε κάποιο άλλο άτομο ή σε μια ομάδα ή κοινότητα και που είτε καταλήγει είτε έχει πολλές πιθανότητες να καταλήξει σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογικό τραυματισμό, αποστέρηση ή προβληματική ανάπτυξη. Ο ορισμός αυτός, συνδυάζει την πρόθεση διάπραξης της πράξης με την διάπραξη αυτή καθαυτή ανεξαρτήτως του αποτελέσματος που αυτή προκαλεί και εξαιρεί τα ατυχήματα που δεν συμβαίνουν από πρόθεση όπως είναι τα περισσότερα αυτοκινητικά(Μαρίνου, Ε.,2003).

Β) Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O, 2002) ορίζει ότι η βία είναι η, με πρόθεση, χρήση φυσικής πίεσης ή δύναμης, πραγματική ή με τη μορφή απειλής, εναντίον κάποιου προσώπου ή ομάδας ή κοινότητας, που έχει ως αποτέλεσμα, ή έχει την πιθανότητα να επιφέρει, τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογικό κίνδυνο, κακή ανάπτυξη ή στέρηση(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

Γ) Κατά γενικό τρόπο ,στην κοινωνία και στην άσκηση του κοινωνικού βίου, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει βία κάθε φορά που ένα πρόσωπο ή μια ομάδα ,που συνιστά μια δύναμη, χρησιμοποιεί μέσα καταναγκασμού για υποχρέωση υλικά τους

άλλους να υιοθετήσουν στάσεις μη ηθελημένες ή να κάνουν πράξεις τις οποίες δεν θα έκαναν δίχως τούτο. Είναι μια άμεση και θελημένη προσβολή της ελευθερίας, με την χρησιμοποίηση της δύναμης ή της απειλής(Τούτση, Χ., 1981).

Βία κατά των γυναικών

(παράγραφος 113): «Ο όρος ‘βία κατά των γυναικών’ περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα, ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα, τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή.

(παράγραφος 118): «Η βία κατά των γυναικών είναι εκδήλωση των ιστορικά άνισων σχέσεων εξουσίας γυναικών και ανδρών, οι οποίες οδήγησαν στην κυριαρχία των ανδρών επί των γυναικών και στις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών και στην παρεμπόδιση της ολοκληρωτικής προόδου των γυναικών»(ΕΛΓ-Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών, 2003).

Κακοποιημένη γυναίκα:

«Είναι η γυναίκα που υποφέρει από συνεχή ή σοβαρή σωματική επίθεση από το σύζυγο ή τον άντρα με τον οποίο συζεί». Αυτός είναι ο ορισμός από τον Marsden,1978(Τριανταφυλλίδου, Τ.,1986).

«Όμως οι ίδιες οι γυναίκες υποστηρίζουν πως η ψυχική κακοποίηση μπορεί να είναι ακόμη χειρότερη», αναφέρει η Pahl, 1985(Τριανταφυλλίδου, Τ.,1986).

Συντροφική βία:

Είναι ουσιαστικά μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον έναν, συνήθως τον άνδρα, στον άλλο, συνήθως τη γυναίκα, μέσα σε ένα πλαίσιο στενής ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής και οικονομικής βίας, στην επιβολή κοινωνικής απομόνωσης αλλά και τον συνδυασμό όλων των παραπάνω(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

1.1.2. Τα αίτια ύπαρξης του προβλήματος

Τα αίτια του φαινομένου της βίας είναι πολύπλευρα και μπορούν να αναζητηθούν στις κοινωνικές αντιλήψεις, όπως τη λανθασμένη αναπαραγωγή προτύπων και τον εσφαλμένο τρόπο αντίληψης που έχουν οι άνδρες που κακοποιούν, για την ταυτότητα του φύλου τους και στο οικογενειακό τους περιβάλλον (βιώματα βίας σε αυτό). Η κακοποίηση που ασκούν οι δράστες πηγάζει από τις εξουσιαστικές τους τάσεις και όχι από τη φτώχεια, την ανεργία ή το αλκοόλ. Η βία κατά των γυναικών, σύμπτωμα μιας κοινωνίας που κρατά τις γυναίκες, το μισό δηλαδή του πληθυσμού του πλανήτη, σε κατάσταση υποτέλειας, περιθωριοποίησης και διακρίσεων, εμφανίζεται σε όλες τις μορφές και σε όλους τους χώρους και τα πεδία της ζωής και δράσης των ανθρώπων(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2002). Σύμφωνα με ερμηνείες ειδικών οι αιτίες κατηγοριοποιούνται κυρίως σε ψυχολογικές, που αφορούν την προσωπικότητα του θύτη ή του θύματος και σε κοινωνικές(Τριανταφυλλίδου, Γ.,1986).

Σύμφωνα με ερευνητές, υποστηρίζεται ότι οι αιτίες της βίαιης συμπεριφοράς των συζύγων είναι πολλές και ποικίλες. Οι λόγοι μπορούν να ταξινομηθούν κυρίως σε κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς και λιγότερο σε ψυχολογικούς και ιδιοσυγκρασιακούς που έχουν σαν βάση την προσωπικότητα και τα βιώματα των δραστών συζύγων. Η εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς ανεξάρτητα από τη βασική της αιτιολογία μπορεί να είναι περιστασιακή, συμπτωματική ή και χρόνια. Αναμφίβολα η κατανόησή τους είναι αναγκαία για μια αποτελεσματική προληπτική, κατασταλτική ή θεραπευτική παρέμβαση. Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι η βία μεταξύ των συζύγων είναι αποτέλεσμα όχι μόνο των παραγόντων σε σχέση με το σύζυγο, αλλά και έλλειψη ικανοποιητικών τρόπων αντιμετώπισης της επίδρασης που έχουν οι στρεσογόνοι παράγοντες, από τις συζύγους γυναίκες που κακοποιούνται(Μουζακίτης, Χ.,1989). Για χρόνια λεγόταν ότι οι ίδιες οι γυναίκες ευθύνονταν αν κακοποιούνταν ή βιάζονταν(Gradin, A., 2000). Χρησιμοποιούν λιγότερο ενεργητικούς τρόπους λύσης προβλημάτων και περισσότερο παθητικούς. Για παράδειγμα, χρησιμοποιούν λιγότερο κοινωνική και πνευματική υποστήριξη, αποδίδουν τα προβλήματα σε «κακή τύχη» ή «τετελεσμένα γεγονότα» και έτσι η λύση τους είναι πέρα των δυνάμεών τους. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης είναι το επιπρόσθετο στρες, αφού τα

προβλήματα που έχουν δε λύνονται. Ακόμη τείνουν στο να αποφεύγουν επαγγελματική βοήθεια και χρησιμοποιούν λιγότερο τα δίκτυα κοινωνικής ενίσχυσης στον κοινωνικό χώρο που ζουν είτε αυτά είναι συγγενείς, φίλοι ή γείτονες είτε είναι αρμόδιοι φορείς. Οι κακοποιημένες γυναίκες πάσχουν από το σύνδρομο αυτό που η Walker, L., 1989, ονομάζει «Learned Helplessness» και που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν μοιρολατρική παθητικότητα, όχι μόνο σε σχέση με τη βία που υφίστανται, αλλά απέναντι άλλων στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτή η παθητικότητα δίνει μια εξήγηση στο γιατί οι γυναίκες αυτές εξαρτώνται υπέρμετρα από τους συζύγους τους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όσο η στρεσογόνα κατάσταση, δηλαδή η βία αυξάνει τόσο η χρήση ενεργητικών και παθητικών τρόπων αντιμετώπισής της μειώνονται (Μουζακίτης, Χ., 1989).

Το κύριο αίτιο της συντροφικής βίας είναι ότι η κοινωνία μας δεν αναγνωρίζει ουσιαστικά την ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών στην καθημερινή ζωή. Οι σχέσεις ανάμεσα στα δυο φύλα είναι σχέσεις εξουσίας και υποταγής. Δεν είναι σχέσεις συντροφικότητας και αλληλοσεβασμού. Δικαιολογείται πολύ πιο εύκολα η άσκηση βίας στις γυναίκες, σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη μορφή βίας και δεν γίνονται παρεμβάσεις για τη διακοπή της. Πολλές φορές κατηγορείται το θύμα ότι ευθύνεται για την κακοποίησή του και απαλλάσσεται ο δράστης από κάθε ευθύνη. Οι άνδρες μαθαίνουν πως έχουν δικαίωμα να ελέγχουν τη σκέψη, την ψυχή και τη ζωή των γυναικών. Μαθαίνουν να νιώθουν ασφαλείς όταν η σύντροφός τους είναι εξαρτημένη και υποταγμένη κι όταν τους φοβάται. Ενώ, όταν είναι ανεξάρτητη και βρίσκεται μαζί τους επειδή τους αγαπά, φοβούνται πως θα την χάσουν. Έτσι ούτε οι ίδιοι είναι ευτυχισμένοι. Οι ίδιες οι γυναίκες μαθαίνουν να υποτάσσονται, να ανέχονται τη βία, να σιωπούν, να «κάνουν υπομονή» και να μη διεκδικούν αυτό που τους ανήκει. Δεν αντιδρούν με αποτελεσματικό τρόπο και δε συμπαραστέκονται σωστά στις άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κακοποίησης (ΚΕΘΙ, 2000).

Ακόμα, η κακοποίηση δεν οφείλεται στον αλκοολισμό ή στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι γυναίκες δεν κακοποιούνται μόνο από άνδρες που είναι χρήστες ναρκωτικών ή έχουν πρόβλημα αλκοολισμού. Ούτε βέβαια, όλοι οι άνδρες που είναι χρήστες ουσιών κι αλκοολικοί κακοποιούν τις συντρόφους τους. Ο εθισμός προσφέρει απλώς, ένα καλό άλλοθι για να απαλλαγούν από την ευθύνη τους. Εάν

ένας μεθυσμένος κάνει οποιαδήποτε άλλη εγκληματική πράξη δεν απαλλάσσεται αλλά τιμωρείται από το νόμο(ΚΕΘΙ, 2000).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι η κακοποίηση δεν οφείλεται στη φτώχεια και την ανεργία. Οι άνδρες που κακοποιούν τις γυναίκες τους ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Απλώς, αυτοί που ανήκουν στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, έχουν τον τρόπο να καλύπτονται(ΚΕΘΙ, 2000).

1.1.3.Οι μορφές της ενδο-οικογενειακής βίας

Η κακοποίηση των γυναικών που λαμβάνει χώρα στους κόλπους της οικογένειας παρουσιάζεται με ποικίλες μορφές, με κυρίαρχες: i)τη σωματική ή φυσική κακοποίηση, ii) την ψυχολογική ή συναισθηματική / λεκτική κακοποίηση, iii) τη σεξουαλική κακοποίηση, iv) την οικονομική αποστείρωση / εκμετάλλευση και v) την κοινωνική καταπίεση(Μαρίνου, Ε.,2003). Η πραγματικότητα, τουλάχιστον στην πλειοψηφία των κακοποιημένων γυναικών, καταδεικνύει πως η ενδοοικογενειακή βία δεν περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη μορφή βίας (είτε σωματική, είτε ψυχολογική, είτε σεξουαλική) αλλά συντίθεται από όλες τις παραπάνω μορφές, με διαφορετική βαρύτητα σε κάθε περίπτωση. Επιπλέον, η ψυχολογική κακοποίηση (ταπείνωση, απειλές, κοινωνική απομόνωση, φόβος) εμπεριέχεται στη σωματική, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση συνοδεύεται τόσο από σωματική όσο και από ψυχολογική κακοποίηση της γυναίκας συζύγου ή συντρόφου(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

i. *Σωματική ή φυσική κακοποίηση*

Η σωματική κακοποίηση, αναφέρεται στη βίαιη συμπεριφορά των συζύγων που έχει σαν αποτέλεσμα την παραβίαση της σωματικής ακεραιότητας και που φαίνεται με τραυματισμούς μικρής ή μεγάλης έκτασης που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο (Μουζακίτης, Χ.,1989).

Οι σωματικές κακοποιήσεις κυμαίνονται από πολύ μικρές μέχρι πολύ μεγάλες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν: ένα χαστούκι στο πρόσωπο, μια ξυλιά στον πισινό, μια μια τσιμπιά, ένα δάγκωμα, ένα ελαφρύ σπρώξιμο ή το τράβηγμα των μαλλιών. Αυτές οι ενέργειες μπορεί να γίνονται υπό τη μορφή παιχνιδιού, όταν όμως επαναλαμβάνονται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η σωματική ή ψυχική κατάσταση στην οποία υποβάλλεται η γυναίκα τότε μπορούν να θεωρηθούν ως σωματικές

κακοποιήσεις. Επιπλέον συχνά, αυτές οι μικρότερες επιθέσεις σταδιακά κλιμακώνονται. Διότι χτυπώντας μια φορά τη γυναίκα του ένας άνδρας, φαίνεται πως του γίνεται πιο εύκολο μετά να το ξανακάνει (Walker, 1989). Είναι σαν να πέφτει ένα ταμπού, σαν να σπάει ένα όριο και η συμπεριφορά από εκεί και ύστερα γίνεται ανεξέλεγκτη(Μαρίνου, Ε.,2003).

Η σωματική κακοποίηση είναι αναμφίβολα η πιο φανερή μορφή βίας ενάντια στις γυναίκες. Η συγκεκριμένη μορφή βίας προσδιορίζεται από τις διακυμάνσεις μεταξύ ενός χαστουκιού στο πρόσωπο έως τη σοβαρή σωματική βλάβη. Η σωματική βία ενδέχεται να ξεκινήσει με ένα απλό χαστούκι ή σπρώξιμο και να εξελιχθεί σε συχνούς και σοβαρούς βίαιους ξυλοδαρμούς και σε ένα φαύλο κύκλο βίας, που φτάνει σε ορισμένες περιπτώσεις και σε φόνο(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Η σωματική βία εκφράζεται συχνά με τους παρακάτω τρόπους και κατά σειρά εμφάνισης:

- Σπρώξιμο, χαστούκι στο πρόσωπο
- Πέταγμα αντικειμένου, ακινητοποίηση στον τοίχο
- Κλωτσιά, μπουλιά στο σώμα (ιδιαίτερα πρόσωπο και στομάχι)
- Τράβηγμα μαλλιών, στρίξιμο καρπών
- Σφίξιμο λαιμού, βιασμός
- Κόψιμο προσώπου, κάψιμο με τσιγάρο
- Σοβαρές κακώσεις από μαχαίρι, σφυρί, χρήση πυροβόλου όπλου(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

Τα αποτελέσματα της σωματικής βίας συνήθως αφορούν:

- Μελανιασμένο πρόσωπο και σώμα
- Μαυρισμένα μάτια, αιμορραγία στο στόμα και τη μύτη, καψίματα
- Πληγές στο πρόσωπο και το κεφάλι
- Χάσιμο των αισθήσεων
- Σπασμένα πλευρά, μύτη, σαγόνι, δόντια, εξάρθρωση καρπών
- Εσωτερική αιμορραγία, σπασμένα κόκαλα
- Αποβολή
- Θάνατο από στραγγαλισμό, χρήση μαχαιριού, πυροβόλου όπλου(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

ii. Ψυχολογική κακοποίηση ή συναισθηματική/ λεκτική κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση δεν είναι φανερή μορφή βίας, συνεπώς είναι πολύ δύσκολα προσδιορίσιμη και μετρήσιμη συγκριτικά με τις άλλες μορφές ενδοοικογενειακής βίας. Αυτό βέβαια δεν την καθιστά ανώδυνη και δεν μειώνει τις συνέπειές της. Είναι εξίσου επικίνδυνη με τη σωματική και σεξουαλική βία, τόσο για την ψυχολογική ακεραιότητα όσο και για την ίδια τη ζωή των γυναικών που είναι θύματά της(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005). Φαινομενικά ανώδυνες κουβέντες, υπαινιγμοί, υποδείξεις, σεξιστικά και ειρωνικά σχόλια, υποτιμητική συμπεριφορά ή ακόμη και πράγματα που δε λέγονται με λέξεις, μπορούν να επιφέρουν την αποσταθεροποίηση κάποιου αλλά συχνά και την εξόντωσή του (Μαρίνου, Ε.,2003). Κυμαίνεται από την ταπείνωση και τον εξευτελισμό του θύματος έως τη σοβαρή ψυχολογική του βλάβη και κοινωνική του δυσλειτουργία σε τομείς όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι επαγγελματικές επιδόσεις, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η διεκπεραίωση υποχρεώσεων. Για παράδειγμα η απομόνωση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η οικονομική εξάρτηση, ο έλεγχος των περιουσιακών στοιχείων της γυναίκας είναι μορφές ψυχολογικής κακοποίησης. Επιπρόσθετα, η ψυχολογική βία περιλαμβάνει την εκούσια παραμέληση ικανοποίησης και ανταπόκρισης του δράστη στις συναισθηματικές ανάγκες του θύματος. Η ψυχολογική κακοποίηση δεν εξελίσσεται πάντοτε σε σωματική βία. Μια σωματικά κακοποιημένη γυναίκα έχει σίγουρα υποστεί ψυχολογική κακοποίηση(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Η ψυχολογική βία έχει ως στόχο την επιβολή πάνω στον άλλο άμεσα ή έμμεσα. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται δίνουν την αίσθηση μιας ιδιόμορφης επικοινωνίας, διαστροφικής και αφορούν άρνηση της άμεσης επικοινωνίας, χλευασμό, περιφρόνηση, χρήση παράδοξου στην επικοινωνία, επιβολή και κατάχρηση εξουσίας με στόχο την επιρροή πάνω στον άλλο. Η αντίσταση σε αυτή την επιρροή επιφέρει το μίσος και την άσκηση βίας λεκτικής και σωματικής(Ζαφειράτου, Χ.,2005).Ο επιτιθέμενος μπορεί κατά αυτό τον τρόπο να εξυψωθεί υποβιβάζοντας τον άλλο, αποφεύγοντας οποιαδήποτε εσωτερική σύγκρουση ή μετάπτωση και επιρρίπτοντας στον άλλο την ευθύνη για ό,τι δεν πάει καλά. Καμία ενοχή και καμία οδύνη για τον επιτιθέμενο(Μαρίνου, Ε.,2003).

Οι επιπτώσεις από τη φάση της επιρροής αφορούν την παραίτηση, τη σύγχυση, την αμφιβολία, το άγχος, το φόβο, την απομόνωση αυτής που την

υφίσταται. Μακροπρόθεσμα οι γυναίκες υφίστανται σοκ και απορύθμιση που μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικά και ψυχικά προβλήματα ήπιας ή βαριάς μορφής(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

Η ψυχολογική βία εκφράζεται συχνά με τους παρακάτω τρόπους:

- Όταν ο σύντροφός ελέγχει ή κατακρίνει τις σχέσεις της γυναίκας με άλλους ανθρώπους
- Όταν απομονώνει κοινωνικά τη γυναίκα από τους φίλους και τους συγγενείς της
- Όταν στερεί την ελευθερία της, επιδιώκοντας να ελέγχει τις κινήσεις της
- Όταν την υποτιμά συστηματικά, την ταπεινώνει, της τσακίζει την αξιοπρέπεια, την απειλεί με σωματική βία, την εκβιάζει και την εξευτελίζει
- Όταν την απειλεί πως θα της πάρει τα παιδιά.
- Όταν την διαβεβαιώνει πως δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα μόνη της και πως είναι ανίκανη(ΚΕΘΙ,2000).

iii. Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση, αναφέρεται στη βίαιη επιβολή σεξουαλικών πράξεων παρά την αντίθετη στάση ενός εκ των συζύγων και κατά κύριο λόγο της γυναίκας. (Μαρίνου, Ε.,2003).

Όταν μια γυναίκα υποχρεώνεται, μέσω της άσκησης βίας ή της απειλής αυτής, σε ερωτική πράξη ή επαφή από το σύζυγό ή το σύντροφό της, τότε κακοποιείται σεξουαλικά(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Η μορφή αυτή κακοποίησης παρότι θεωρείται πολύ σοβαρή από πολλούς ειδικούς πάνω στο θέμα της ενδοοικογενειακής βίας, δεν έχει διερευνηθεί λόγω των προβλημάτων που αναφέρονται ως προς τον ορισμό του τι είναι σεξουαλική κακοποίηση μέσα στις συζυγικές σχέσεις(Μαρίνου, Ε.,2003).

Οι περισσότερες γυναίκες που βιώνουν το βιασμό εντός του γάμου ή της σχέσης τους επίσης μπορεί να βιώνουν και την απόλαυση. Οι σεξουαλικές τους σχέσεις προκαλούν άλλοτε ευχαρίστηση και άλλοτε πόνο, σε διαφορετικές και απρόβλεπτες στιγμές. Είναι εξαιτίας της απρόβλεπτης συμπεριφοράς του δράστη που εξακολουθούν να ελπίζουν πως η επόμενη φορά θα είναι ευχάριστη. Πειράματα έχουν δείξει πως είναι δύσκολο να σταματήσει κανείς μια συμπεριφορά που

ενισχύεται περιοδικά, ιδιαίτερα αν η περιοδικότητα έχει τυχαίο και απρόβλεπτο χαρακτήρα(Walker, 1989).

Επιπλέον στις σχέσεις κακοποίησης είναι πάντα παρούσα η σεξουαλική ζήλια. Ο δράστης κατηγορεί συνεχώς τη σύντροφό του ότι έχει σεξουαλικές σχέσεις με άλλους άνδρες ή και γυναίκες. Οποιοσδήποτε φέρεται καλά στην κακοποιημένη γυναίκα γίνεται στόχος της παράλογης και ακραίας σεξουαλικής ζηλοτυπίας του δράστη. Μεταξύ των ατόμων που αποτελούν στόχο μπορεί να είναι ο πατέρας, τα αδέρφια, οι συνάδελφοι, ο προϊστάμενος, οι γείτονες, ακόμα και οι φίλες της γυναίκας η οποία τότε κατηγορείται για λεσβιακές σχέσεις. Αναμφίβολα οι κακοποιημένες γυναίκες απομονώνονται, με αυτό τον τρόπο από τους άλλους ανθρώπους, ιδιαίτερα από εκείνους για τους οποίους νοιάζονται και οι οποίοι τις νοιάζονται(Μαρίνου, Ε.,2003).

Η βία και η κτηνωδία στις σεξουαλικές σχέσεις ανάμεσα σε ζευγάρια που συγκρούονται φαίνεται πως κλιμακώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Καθώς ο συζυγικός βιασμός γίνεται όλο και πιο συχνός, οι τρυφερές σεξουαλικές σχέσεις γίνονται όλο και πιο σπάνιες. Όταν η κτηνωδία φτάνει σε μεγάλη ένταση, σε άλλους τομείς των συζυγικών σχέσεων, φαίνεται πως απαιτούνται περισσότερο καταναγκαστικές τεχνικές για να υπάρξει σεξουαλική επαφή. Η έννοια του συζυγικού βιασμού δε γίνεται αποδεκτή από τη νομοθεσία πολλών χωρών, μολονότι οι περισσότερες παντρεμένες γυναίκες μπορούν να περιγράψουν στιγμές όπου έχουν υποστεί τέτοιο βιασμό. Οι περισσότεροι άνδρες αισθάνονται ότι η σεξουαλική διαθεσιμότητα των συντρόφων τους είναι εγγυημένη από τη σύμβαση του γάμου. Επίσης, οι γυναίκες που συζούν με τους συντρόφους τους βρίσκονται κάτω από την ίδια πλάνη, ότι η σεξουαλικότητά τους ανταλλάσσεται με την οικονομική υποστήριξη. Με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σεξουαλικές επιθέσεις τόσο εντός όσο και εκτός μιας συζυγικής σχέσης(Μαρίνου, Ε.,2003).

Η σεξουαλική κακοποίηση συνήθως εκφράζεται:

- Με το βιασμό μέσα στο γάμο ή σε μακροχρόνιες σχέσεις
- Με τις ανεπιθύμητες σεξουαλικές προτάσεις ή τη σεξουαλική παρενόχληση, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής πράξης ως ανταπόδοση εύνοιας
- Με την άρνηση για χρήση προφυλάξεων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης ή για προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

- Με την επιβαλλόμενη έκτρωση
- Με τις βίαιες πράξεις ενάντια στη σεξουαλική ακεραιότητα των γυναικών συμπεριλαμβανομένου του γυναικείου γενετήσιου ακρωτηριασμού και των υποχρεωτικών ελέγχων για διατήρηση της παρθενίας
- Με την επιβαλλόμενη πορνεία και διακίνηση ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

iv. Οικονομική αποστέρωση / εκμετάλλευση

Δεν είναι λίγοι αυτοί που πιστεύουν πως ο ακρογωνιαίος λίθος στη μετατροπή των κακοποιημένων γυναικών σε θύματα είναι οικονομικός. Με άλλα λόγια, πώς αν αυτές οι γυναίκες ήταν οικονομικά ανεξάρτητες, δεν θα παρέμειναν στις σχέσεις κακοποίησής τους. Το χρήμα όμως δεν προστατεύει τη γυναίκα από την κακοποίηση. Ο μόνος τρόπος για να γίνει κατανοητή η κακοποίηση των γυναικών από τους συντρόφους τους κάπως καλύτερα, είναι να γίνει αντιληπτή η αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ των οικονομικών παραγόντων και των ψυχολογικών δεσμών(Walker, 1989).

Είναι αλήθεια πως σπάνια η γυναίκα αισθάνεται την οικονομική σταθερότητα, ακόμη και όταν είναι οικονομικά ανεξάρτητη. Αυτό συμβαίνει διότι το συναίσθημα που κυριαρχεί είναι ότι οι άνδρες έχουν τον έλεγχο γενικά, αλλά και στα χρήματά τους. Αν και οι ίδιες βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση όταν είναι παντρεμένες, συνήθως οι άνδρες τους κερδίζουν περισσότερα χρήματα, αφού μισθολογικά ένας παντρεμένος άνδρας αμείβεται υψηλότερα από μια παντρεμένη γυναίκα και από έναν ανύπαντρο άνδρα, για την ίδια εργασία. Αυτή η διαφορά δικαιολογείται, συνήθως, από την ανάγκη που έχει ο άνδρας να στηρίξει οικονομικά την οικογένειά του(Μαρίνου, Ε.,2003).

Τα οικονομικά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με δυο τρόπους σε μία σχέση κακοποίησης. Ένας τρόπος είναι να παγιδευτεί η γυναίκα στη σχέση από το φόβο πως θα γίνει φτωχή. Ο δεύτερος τρόπος είναι να χρησιμοποιηθεί το χρήμα σαν μέσο καταναγκασμού. Αυτός ο τρόπος χρησιμοποιείται σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα και είναι το ίδιο ισχυρός τόσο ανάμεσα στους φτωχούς όσο και ανάμεσα σε άτομα με καλύτερο βιοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Η οικονομική σταθερότητα των ζευγαριών στα οποία παρουσιάζονται κακοποιήσεις, αποτελεί συνήθως ένα μεγάλο πρόβλημα(Μαρίνου, Ε.,2003).

v. Κοινωνική καταπίεση

Μια ακόμη μορφή κακοποίησης που συνδέεται στενά με όλες τις παραπάνω είναι η χρήση της κοινωνικής κακοποίησης, η οποία γενικά περιλαμβάνει ψυχολογικούς καταναγκασμούς σε συνδυασμό με την, πάντα παρούσα, απειλή της σωματικής βίας. Οι γυναίκες για οτιδήποτε θέλουν να κάνουν πρέπει να πάρουν την έγκριση του συντρόφου τους. Εκείνος έχει καταφέρει να τους περάσει το μήνυμα πως αν δεν υπακούσουν θα υποστούν σοβαρότερες συνέπειες. Συχνά το αποτέλεσμα της κοινωνικής καταπίεσης που ασκείται σε αυτές τις γυναίκες είναι ο πλήρης περιορισμός μέσα στο σπίτι, η έλλειψη οικογενειακών δεσμών καθώς και η απαγόρευση ή υπονόμηση της οποίας επαγγελματικής ή άλλης κοινωνικής ζωής(Walker, 1989).

1.1.4. Η έκταση του φαινομένου

Η βία μέσα στην οικογένεια υπάρχει σε όλες τις χώρες και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, και το γεγονός αυτό αποτελεί την πιο απτή απόδειξη της ανισοροπίας δυνάμεων στη σχέση μεταξύ ανδρών και γυναικών(Ευρωπαϊκές Κοινότητες,2000). Ασκείται από τους ισχυρότερους προς τους αδύναμους και συγκεκριμένα στη συντροφική βία κατά των γυναικών οι δράστες είναι οι άντρες και τα θύματα είναι οι γυναίκες. Η βία είναι έγκλημα σε οποιοδήποτε χώρο και αν συμβαίνει και οι επιστημονικές έρευνες δείχνουν πως οι γυναίκες κινδυνεύουν να πέσουν θύματα βίας περισσότερο μέσα στο σπίτι τους, παρά έξω από αυτό(ΚΕΘΙ,2000).

Η συχνότητα της ενδο-οικογενειακής βίας είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί αφού μόνο οι ακραίες περιπτώσεις μπορούν να πιστοποιηθούν από στατιστικές που αναφέρονται σε εγκληματικές πράξεις. Στον Ελλαδικό χώρο στοιχεία που πιστοποιούν την έκταση του προβλήματος είναι περιορισμένα(Μουζακίτης, Χ.,1989), όμως όλοι συμφωνούν ότι η έκταση, η σοβαρότητα και οι συνέπειές του, είναι πολύ μεγάλες(Μπουρή, Γ.,1993).

Από την πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα που διεξάχθηκε από τον Οκτώβριο 2002 έως τον Απρίλιο 2003 σε 1.200 γυναίκες, ηλικίας 18-60 ετών, κατοίκους αστικών, ημι-αστικών και αγροτικών περιοχών σε πανελλαδικό επίπεδο, τα ευρήματα σχετικά με τη βία από το σύντροφο δείχνουν ότι 56% των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν υποστεί λεκτική ή/ και ψυχολογική κακοποίηση(ΚΕΘΙ, 2003).

Σχετικά με τη σωματική και τη σεξουαλική βία, δεδομένα από διεθνείς έρευνες καταγράφουν ένα ποσοστό της τάξεως του 25-33% (αναφορά στο Πενταράκη, 2003). Επιπλέον, το 39,7% αναφέρει βία σε προηγούμενες σχέσεις του. Καθώς μόνο το 8,8% των γυναικών θεωρούσαν ότι ο σύντροφος/ σύζυγός τους ήταν βίαιος και το 28,3% νιώθει υπεύθυνο για τη βίαιη συμπεριφορά του δράστη, γίνεται φανερό ότι η ελληνική κοινωνία έχει μεγάλη ανοχή για τη βία από το σύντροφο αφού η πλειοψηφία των θυμάτων δεν θεωρεί τη λεκτική/ ψυχολογική κακοποίηση που υπέστησαν ως βίαιη συμπεριφορά. Αξίζει να σημειωθεί πως όταν οι γυναίκες ερωτήθηκαν σε ποιόν θα ανέφεραν την κακοποίηση εάν ήταν θύματα βίας, ελάχιστες επέλεξαν τους επαγγελματίες υγείας (ΚΕΘΙ, 2003).

Μελέτη της UNICEF αναφέρει ότι το φαινόμενο εξακολουθεί να έχει τη μορφή παγκόσμιας επιδημίας και δεν έχει επιτευχθεί ικανοποιητική πρόοδος στην αντιμετώπιση της συνηθέστερης μορφής του, δηλαδή της ενδο-οικογενειακής βίας. Από έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την έκταση της βίας κατά των γυναικών, παραθέτονται τα εξής στοιχεία:

- Το συμβούλιο της Ευρώπης έχει δηλώσει ότι η ενδο-οικογενειακή βία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες ηλικίας 16 ως 44 ετών και ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους και προβλήματα υγείας από ότι ο καρκίνος ή τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα
- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι σε ποσοστό μέχρι και 70% των περιπτώσεων δολοφονιών γυναικών, τα θύματα σκοτώθηκαν από τους άρρενες συντρόφους τους
- Σύμφωνα με την από 16/10/2004 Έκθεση του συμβουλίου της Ευρώπης της κοινοβουλευτικής συνέλευσης, 600 γυναίκες δολοφονούνται ανά έτος από τον σύζυγο ή σύντροφο τους στην Ευρώπη των 15 πριν την διεύρυνση
- Η 1 στις 4 γυναίκες θα υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης από τον σύντροφο ή σύζυγο της
- Τουλάχιστον 1 στις 3 έφηβες γυναίκες έχει ξυλοκοπηθεί, έχει εξαναγκαστεί να κάνει σεξ ή έχει κακοποιηθεί με άλλο τρόπο στα πλαίσια κάποιας συντροφικής της σχέσης με το άλλο φύλο
- Περίπου 60 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο πέφτουν θύματα των ίδιων των οικογενειών τους, δολοφονημένες εκ προμελέτης ή μέσω παραμέλησης

- 8 δισεκατομμύρια τον χρόνο αποφέρει η εμπορία γυναικών για λόγους οικονομικής και σεξουαλικής εκμετάλλευσης
- 130 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο, έχουν υποστεί ακρωτηριασμό των γεννητικών τους οργάνων, ενώ 2 εκατομμύρια κάθε χρόνο εκτίθενται σε αυτές τις πρακτικές(UNICEF,2000)

Σύμφωνα έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την έκταση της βίας κατά των γυναικών και σύμφωνα με τα παρακάτω στοιχεία διαπιστώνουμε ότι το φαινόμενο της βίας έχει μεγάλες διαστάσεις σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες

(Μπουγάδη, Σ., 2004) :

- Ένα άτομο κακοποιείται κάθε 15 δευτερόλεπτα στην Αμερική από τον / την σύζυγο ή τον / την σύντροφό του
- Μία στις έξι γυναίκες υπήρξε θύμα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής της ηλικίας στις Ηνωμένες Πολιτείες
- Μία στις πέντε γυναίκες υπήρξε θύμα ξυλοδαρμού τουλάχιστον μία φορά από τον άνδρα της στην Ευρώπη. Μία στις πέντε βιάστηκε ή ξυλοκοπήθηκε τουλάχιστον μία φορά στην ζωή της στην Αμερική
- Μία στις δύο δολοφονημένες γυναίκες κάθε χρόνο σκοτώνεται από το σύντροφό της στην Ευρώπη και ένας στους τέσσερις φόνους στην Αμερική αφορά οικογενειακή σχέση
- Το 63% των αγοριών ηλικίας 11 – 20, τα οποία διέπραξαν ανθρωποκτονία, δολοφόνησαν τον άνδρα που κακοποιούσε τη μητέρα τους
- Η οικογενειακή βία είναι το πιο κοινό περιστατικό στο 10 – 25 % των γάμων στις Ηνωμένες Πολιτείες
- Το 25% όλων των γυναικών που κακοποιούνται είναι έγκυες. Η κακοποίηση αυτή είναι μία από τις πρώτες αιτίες εμβρυακής και παιδικής θνησιμότητας
- Κάθε χρόνο στην Ευρώπη εκατοντάδες γυναίκες και παιδιά εγκαταλείπουν τα σπίτια τους επειδή είναι θύματα οικογενειακής κακοποίησης
- Το ένα τρίτο των επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία της Ευρώπης και της Αμερικής αφορά κακοποιημένες γυναίκες από το οικογενειακό τους περιβάλλον

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Η συντροφική-ενδοοικογενειακή βία: Ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας

Οι ιατροί αντιμετωπίζουν ασθενείς με προβλήματα υγείας που κάποτε θεωρούνταν αυστηρώς ιδιωτικά, όπως η χρήση καπνού, η κατάχρηση αλκοόλ και το HIV/STD.

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και που κάποτε θεωρούνταν ιδιωτικές έχουν αρχίσει να θεωρούνται ζητήματα δημόσιας υγείας και στόχοι παρέμβασης από τους εργαζόμενους στον ιατρικό χώρο. Οι ιατροί καλούνται να συζητούν με τους ασθενείς για κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, σεξουαλικές συμπεριφορές και χρήση συριγγών που τους βάζουν σε κίνδυνο να κολλήσουν HIV ή άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (STDs) καθώς και για βία προς τις γυναίκες από τους συντρόφους τους. Η ενδοοικογενειακή βία είναι, ίσως, ο πιο αμφιλεγόμενος κίνδυνος που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ιατροί. Εκτός από τον άμεσο τραυματισμό και τον κίνδυνο θανάτου, η ενδοοικογενειακή βία καταλήγει σε μια σειρά από χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο χρόνιος πόνος σε κάποιο όργανο του σώματος, η κατάθλιψη, το άγχος και η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Σημαντικές αναλογίες γυναικών έχουν «κακοποιηθεί» σε όλα τα ιατρικά περιβάλλοντα, πράγμα που προσδιορίζεται ως σωματική ή/ και σεξουαλική επίθεση από τον τωρινό ή κάποιο προηγούμενο σύντροφο. Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι η βία από τον σύντροφο έχει μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των θυμάτων, ακόμη και αφού έχει τελειώσει η κακομεταχείριση. Έχουν καταγραφεί χαμηλότερη κοινωνική θέση, κατώτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις κακοποιημένες. Ως απάντηση προς αυτές τις αυξημένες ενδείξεις, οι επίσημοι επαγγελματικοί οργανισμοί στο χώρο της υγείας αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τη βία από το σύντροφο ως πρόβλημα υγείας και ζητούν κλινική διαμεσολάβηση καθώς και θεσμικές αλλαγές ώστε να μπορέσουν να παράσχουν καλύτερη περίθαλψη προς τις κακοποιημένες γυναίκες (Campbell, J., 2001).

Οι υγειονομικές υπηρεσίες έχουν καθήκον να βοηθούν τα θύματα που ζητούν βοήθεια και γι' αυτό χρειάζεται να γίνουν χώρος υποδοχής που προσφέρει στις γυναίκες δραστικά μέτρα αντί να είναι άλλο ένα εμπόδιο στην προσπάθεια των γυναικών να αλλάξουν την κατάστασή τους (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

2.1. Η συντροφική βία ως πρόβλημα δημόσιας υγείας

Σύμφωνα με το ψήφισμα 49.25 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην έκτη συνάντηση ολομέλειας της 25^{ης} Μαρτίου 1996, η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας (Πενταράκη, Μ., 2003).

Η κακοποίηση έχει καταστρεπτικές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες για τις γυναίκες. Οι γυναίκες που πέφτουν θύματα της οικογενειακής βίας συχνά παρουσιάζουν γενικά ιατρικά συμπτώματα και επακόλουθα στην πνευματική τους υγεία. Τα θύματα και οι επιζήσαντες από οικογενειακή βία συχνά αναζητούν φροντίδα γι' αυτά τα προβλήματα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Ενώ οι περιθάλποντες επιτυγχάνουν να φροντίσουν τα οξεία σωματικά αποτελέσματα της κακομεταχείρισης, αυτά τα αποτελέσματα σπανίως συνδέονται με την κακοποίηση. Η αναγνώριση των θυμάτων ή των δυνητικών θυμάτων με σκοπό την πρόληψη και την παρέμβαση θα εξυπηρετήσει να μειωθούν πολλά από τα επιζήμια σωματικά και πνευματικά επακόλουθα της κακομεταχείρισης. Τα κέντρα υγείας των κοινοτήτων είναι τα καλύτερα περιβάλλοντα για την αναγνώριση των θυμάτων και την παραπομπή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες υποστήριξης. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης είναι συχνά τα μοναδικά άτομα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος που είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου, τα θύματα εμπιστεύονται τους περιθάλποντες κι έτσι τους βοηθούν να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για να εξασφαλίσουν την ασφάλειά τους. Παρά την επικράτηση της οικογενειακής βίας, λίγα θύματα αναγνωρίζονται μέσα στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης. Αυτή η έλλειψη αναγνώρισης οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η ανεπαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων σε αυτόν τον τομέα, η έλλειψη ενημέρωσης και η έλλειψη χρόνου. Οι προσωπικές εμπειρίες των εργαζομένων και η αντίληψη ότι η ενασχόληση με τα κοινωνικά ζητήματα είναι πέρα από τις αρμοδιότητές τους, είναι κάποιες άλλες επιρροές που συνεισφέρουν στην ελλιπή αναγνώριση των θυμάτων από κακοποίηση (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Πολλές γυναίκες που υφίστανται βία στη συντροφική τους σχέση απευθύνονται στο σύστημα περίθαλψης για βοήθεια. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης των Η.Π.Α. επισημαίνει ότι το 37% των γυναικών που απευθύνονται στα επείγοντα των

νοσοκομείων εξαιτίας τραυματισμών που προέρχονται από την άσκηση βίας αφορούν περιστατικά γυναικών που έχουν κακοποιηθεί από το σύζυγο / σύντροφό τους (Πενταράκη, Μ., 2004 α).

Πολλά από τα κλινικά συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι γυναίκες στις υγειονομικές υπηρεσίες όπως το άγχος, η κατάθλιψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σχετίζονται με την ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών (Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002). Η βία στο σπίτι συχνά εκδηλώνεται και με εξάρτηση από χημικές ουσίες, χρόνιους πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά, στις αρθρώσεις, παράπονα σεξουαλικής δυσλειτουργίας, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, συμπτώματα υστερίας και απόπειρες αυτοκτονίας (Justis, D.,1991). Κάποια ακόμα συμπτώματα πιθανής ύπαρξης συντροφικής βίας είναι τα ασαφή κι επαναλαμβανόμενα παράπονα, ένας κτητικός σύζυγος που ελέγχει τα λεγόμενα της γυναίκας, η επαναλαμβανόμενη ουρολοίμωξη, ο χρόνιος πόνος στη λεκάνη, η σπαστική κολίτιδα, οι επαναλαμβανόμενες αποβολές και οι τραυματισμοί για τους οποίους δεν δίνονται σαφείς εξηγήσεις. Η αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων, χωρίς την διερεύνηση των αιτιών τους, όπως είναι και η ενδο-οικογενειακή βία, από τους επαγγελματίες υγείας, οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα. Μπορεί ακόμη, να δυσφημήσει τους υγειονομικούς οργανισμούς, όταν αυτοί αποδεικνύονται ανίκανοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες των γυναικών και ίσως προωθήσει την αντίληψη ότι οι υπηρεσίες υγείας αναπαράγουν βίαιες σχέσεις. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη δεκτικότητας σε ζητήματα που είναι σημαντικά για τις ασθενείς και στην αποτυχία να βρεθούν λειτουργικά μέτρα(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Στην πράξη, οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας δεν καταφέρνουν να αναγνωρίσουν την ενδο-οικογενειακή βία ως πρόβλημα υγείας, αν και προηγείται και συμβάλλει σε κάποιες ασθένειες και ακόμη και στο θάνατο. Η βία συχνά περνάει απαρατήρητη. Εν μέρει, αυτό συμβαίνει επειδή οι ασθενείς που επισκέπτονται τις υπηρεσίες, σπανίως αποκαλύπτουν αυθόρμητα ότι έχουν υποστεί ή έχουν προβεί σε βίαιη πράξη. Οι αιτίες είναι πολλές. Σε αρκετές περιπτώσεις, η ασθενής-θύμα δεν θέλει να αναλύει και να θυμάται την δυσάρεστη εμπειρία, ενώ σε άλλες το θύμα πιστεύει ότι είναι υπαίτιο για αυτό που έχει συμβεί κι ότι του αξίζει τέτοια κακομεταχείριση από το σύντροφο. Συναισθήματα ντροπής και ενοχής είναι συχνά ανασταλτικοί παράγοντες για την αποκάλυψη της βίας(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Δεδομένων αυτών κι άλλων εμποδίων, η ενδο-οικογενειακή βία χαρακτηρίζεται ως ένα πρόβλημα που είναι δύσκολο να το προσεγγίσουν οι εργαζόμενοι. Όταν μια ασθενής παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με βία, οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν είτε να αγνοήσουν αυτή την πιθανότητα ή παραπέμπουν το πρόβλημα σε ειδικούς από το χώρο της ψυχικής υγείας. Δυστυχώς, αυτό δεν οδηγεί πάντα στην κατάλληλη παρέμβαση στο πρόβλημα της γυναίκας ή σε απάντηση που εμπεριέχει την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική μέριμνα, τη ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη και την αστυνομική και νομική στήριξη(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολο να αναγνωριστεί η βία και να βρεθούν οι κατάλληλες λύσεις. Για τους επαγγελματίες της νοσοκομειακής κοινότητας, η αναγνώριση δεν είναι απλώς η αποκάλυψη μιας δεδομένης κατάστασης. Πρέπει να αναγνωρίζουν την πηγή του προβλήματος και να δίνουν λύσεις και ουσιαστική βοήθεια. Εάν το σύστημα περίθαλψης είναι ανίκανο να προσφέρει τη βασική βοήθεια, είναι μάταιο να γίνεται μόνο μια απλή διερεύνηση της συντροφικής κακοποίησης απλά και μόνο για να επιβεβαιώνεται η συχνότητα των βίαιων επεισοδίων ενάντια των γυναικών(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Υπάρχουν αναρίθμητα παραδείγματα στις Η.Π.Α. κατά τη διαδικασία λήψης κλινικού ιστορικού όπου περιλαμβάνονται ερωτήσεις διάγνωσης της συντροφικής βίας. Όμως, οι απαντήσεις σπανίως καταγράφονται κι ακόμη πιο σπάνια χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες για να παρέχουν περιεκτική μέριμνα. Για να θεωρηθεί μέρος της ιατρικής περίθαλψης, η διάγνωση ή η αναγνώριση της συντροφικής βίας θα πρέπει να οδηγεί στη βοήθεια, η οποία στην υπόθεση αυτή απαιτεί πάντα τη δράση από πολλά επαγγέλματα και διάφορους τομείς. Συνεπώς, είναι πολύπλοκότερο από τη διάγνωση της ασθένειας(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

Εάν υπάρχει τραυματισμός που προκαλείται από τη συντροφική βία, οι συνέπειες επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχολογική υγεία, τις σεξουαλικές και συναισθηματικές σχέσεις στην οικογενειακή ζωή, καθώς επίσης και την ποιότητα της κοινωνικής ζωής. Εκτός από ασθένεια μπορεί να υπάρξει εγκληματική πράξη, απειλή για τη ζωή και στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε κάποιες περιπτώσεις. Έτσι, η έμφαση δίνεται σε ποικίλες επαγγελματικές ομάδες και στην ενδο-τομεακή βοήθεια. Οι αρνητικές επιπτώσεις των βίαιων καταστάσεων δεν έχουν μόνο άμεση επίδραση στην υγεία αλλά επηρεάζουν όλες τις πλευρές της ζωής μιας γυναίκας που

έχει υποστεί συντροφική βία. Για αυτό το λόγο, καμία υπηρεσία δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα μόνη της. Βοήθεια κι από άλλα επαγγέλματα θα είναι πιο αποτελεσματική να δώσει την κοινωνική υποστήριξη και να βελτιώσει τη βοήθεια κοινωνικής πρόνοιας προς τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία , καθώς και στις οικογένειές τους. Πολλοί άνθρωποι που ζουν υπό συνθήκες βίας, έχουν ήδη πάρει αποφάσεις και μέτρα για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, όταν καταφθάνουν στα νοσοκομεία. Όμως οι προσπάθειές τους είναι συχνά ανεπιτυχείς και λαμβάνουν λίγη ή καθόλου υποστήριξη από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και γενικά τους οργανισμούς στους οποίους στρέφονται(Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002).

2.1.1. Οι επιπτώσεις-συνέπειες της συντροφικής βίας στις γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση

Σύμφωνα με το ψήφισμα 49.25 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην έκτη συνάντηση ολομέλειας της 25^{ης} Μαρτίου 1996, η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας. Η βία είτε είναι σωματική είτε σεξουαλική ή ψυχολογική προκαλεί σημαντικά προβλήματα υγείας στις γυναίκες / έφηβες που την υφίστανται (Πενταράκη, Μ.,2003). Οι επιπτώσεις της συντροφικής βίας, ειδικά όταν είναι παρατεταμένη και δεν καταγγέλλεται, είναι ολέθριες για τη σωματική ακεραιότητα και την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, η βία κατά των γυναικών είναι μεγάλος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία και σοβαρή αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες 16 έως 44 ετών. Οι επιπτώσεις της βίας έχουν και οικονομική διάσταση. Η διάσταση αυτή δεν αφορά μόνο το κόστος παροχής υπηρεσιών στήριξης στις κακοποιημένες γυναίκες, αλλά και την εξοικονόμηση πόρων που η πρόληψη δύναται να επιφέρει στους προϋπολογισμούς των κοινωνικών πολιτικών (στέγασης, υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας) και της λειτουργίας του ποινικού συστήματος(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2005).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τις συνέπειες της βίας στις εξής ευρείς κατηγορίες:

- i) Σωματικές συνέπειες
- ii) Ψυχολογικές συνέπειες
- iii) Κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες

Πολλές φορές η ταξινόμηση κάποιας συνέπειας σε μία από αυτές τις κατηγορίες δεν είναι εύκολη, αφού μπορεί να ενταχθεί σε περισσότερες από μία κατηγορίες. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συνέπειες ανά κατηγορία(Πενταράκη, Μ.,2003):

ί. Σωματικές συνέπειες

- Σωματικοί τραυματισμοί

Οι σωματικοί τραυματισμοί περιλαμβάνουν ένα ευρύ πεδίο, το οποίο περιέχει εκδορές, γρατσουνιές, μώλωπες και μπορεί να καταλήξει και σε δολοφονία.

- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν πολύ συχνά σε σχέσεις βίας και αυτό γιατί οι κακοποιημένες γυναίκες δεν τολμούν, βέβαια, να ζητήσουν τη χρήση προφυλακτικού ή όχι.

- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Όπως είναι φυσικό, όταν οι γυναίκες δεν μπορούν να διαπραγματευτούν τη χρήση προφυλακτικού, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μία πραγματικότητα που μπορεί να έχει και θανατηφόρες συνέπειες όπως στις περιπτώσεις της μετάδοσης του ιού του AIDS. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δημοσιεύσει πολυάριθμες εκθέσεις, που εφιστούν την προσοχή στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη βία και στην εξάπλωση του ιού του AIDS, ιδιαίτερα στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής.

- Ευπάθεια στις ασθένειες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί, αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σοβαρά προβλήματα υγείας. Υποστηρίζεται ότι αυτή η προδιάθεση σε προβλήματα υγείας ίσως οφείλεται στο εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, εξαιτίας αγχωτικών καταστάσεων. Σύμφωνα με την έρευνα των Coker κ.ά.(2000) σε δείγμα 1.152 γυναικών, ηλικίας 18 με 65 ετών, οι οποίες νοσηλεύονταν σε δύο πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, διαπιστώθηκε ότι η άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον γυναικών σχετίζεται με ένα σύνολο από σωματικές ασθένειες όπως κάποιο είδος αναπηρίας που εμποδίζει τη γυναίκα από το να δουλέψει, αρθριτικά, χρόνιο πόνο, ημικρανίες και άλλου τύπου πονοκεφάλους, βραδυγλωσσία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα,

χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, έλκος στομάχου, σπαστική κολίτιδα, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

- Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες που κακοποιούνται αυξάνουν σημαντικά το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν τέτοιες εμπειρίες. Έρευνες που έχουν γίνει σε τοξικομανείς γυναίκες (έφηβες και ενήλικες) έχουν βρει ότι το ποσοστό των τοξικομανών γυναικών που υφίσταται ή έχει υποστεί βία είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι το ποσοστό που ισχύει για το γενικό πληθυσμό.

- Επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους

Οι έφηβες που υφίστανται βία προβαίνουν συχνότερα σε επιβλαβείς συμπεριφορές όπως η χρήση χαπιών απώλειας βέρους, η χρήση διουρητικών και ο εξαναγκαστικός εμετός. Οι έφηβες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία αντιμετωπίζουν συχνότερα ανωμαλίες στις διατροφικές τους συνήθειες.

ii. Ψυχολογικές συνέπειες

Υπάρχει πλήθος ερευνών που υποστηρίζουν ότι η άσκηση βίας κατά των γυναικών, ενηλίκων και εφήβων οδηγεί σε τροποποίηση των αντιλήψεών τους. Πιο συγκεκριμένα, οι εμπειρίες αυτές οδηγούν τα θύματα να αλλάξουν την αυτοεικόνα τους, τους προκαλούν συναισθήματα ενοχής και ντροπής, μειώνουν την αυτοεκτίμησή τους. Επίσης έχει διαπιστωθεί μέσα από έρευνες που έχουν γίνει ότι η άσκηση βίας οδηγεί στην ανάπτυξη μιας ψυχολογικής άμυνας ή αλλιώς τακτικής επιβίωσης, που κάνει τα θύματα να απωθούν τα περιστατικά βίας και να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητά τους. Όταν μάλιστα τα περιστατικά βίας εναλλάσσονται με πράξεις μεταμέλειας και συγνώμης παγιδεύουν το θύμα, δημιουργώντας του την απατηλή προσδοκία ότι ο σύντροφός της θα αλλάξει. Αυτές είναι οι πράξεις που συντηρούν τη σχέση, με υποσχέσεις που δεν πραγματοποιούνται ποτέ, ψεύτικες ελπίδες και συνεχείς ακυρώσεις.

- Μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Αλλαγή αυτοεικόνας.

Η κλινική ψυχολόγος Pat Hoffman, το 1983 στην πολιτεία της Μινεσότα των ΗΠΑ διεξήγαγε μια ποιοτική έρευνα σε 25 γυναίκες που είχαν υποστεί ψυχολογική βία και βρήκε ότι η συνεχής υποτίμηση και εξευτελισμός μεταβάλλουν την αυτοεικόνα της γυναίκας. (Hoffman, 1984) σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, αυτό συμβαίνει κυρίως στις περιπτώσεις που οι αρετές

και οι επιτυχίες της γυναίκας βρίσκονται κάτω από συνεχή κριτική. Η ερευνήτρια τονίζει ότι, όταν, πεδία της προσωπικότητάς της, που η ίδια θεωρεί δυνατά της σημεία, βρίσκονται σε επίθεση, τότε εξαφανίζεται κάθε ίχνος αυτοεκτίμησής της. Όλες οι γυναίκες δήλωσαν ότι όσο η διάρκεια της ψυχολογικής βίας μεγάλωνε τόσο περισσότερο αποδεχόταν την εικόνα που είχε πλάσσει ο σύντροφός της για εκείνη, με συνέπεια να θεωρεί ότι η σχέση που έχει είναι η καλύτερη που θα μπορούσε να ελπίζει. Αυτή 'η παράδοση στην εικόνα του άλλου' προέρχεται από το κλίμα που ο άνδρας της έχει καλλιεργήσει, ότι δηλαδή έχει την καλύτερη σχέση που θα μπορούσε να έχει και ότι δεν πρέπει να ελπίζει σε κάτι καλύτερο.

- Απόπειρα αυτοκτονίας

Έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες / έφηβες που έχουν υποστεί επαναλαμβανόμενες μορφές ψυχολογικής βίας οδηγούνται συχνότερα σε απόπειρες αυτοκτονιών από ότι άλλες γυναίκες που δεν έχουν ανάλογες εμπειρίες.

- iii. Κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, οι συνέπειες της βίας επεκτείνονται και στο οικονομικό πεδίο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι έφηβες που υφίστανται βία ζουν σε καθεστώς άγχους και κατάθλιψης, που παρεμποδίζει την ακαδημαϊκή και κατά επέκταση την επαγγελματική τους εξέλιξη. Μην έχοντας τον έλεγχο του σώματός τους, ο κόσμος φαίνεται απειλητικός, γεγονός που τις κάνει να αποφεύγουν οποιοδήποτε είδος πρόκλησης.

- Επιρροή της εκπαιδευτικής πορείας

Θυματολογικές έρευνες που εξέτασαν τις συνέπειες της ανδρικής βίας στις ενήλικες γυναίκες υποστήριξαν ότι οι κακοποιημένες γυναίκες αντιμετωπίζουν κατά δέκα φορές περισσότερες πιέσεις να διακόψουν την εκπαίδευση ή την απασχόλησή τους από ότι οι μη κακοποιημένες γυναίκες (Allard κ.α. 1997) και ότι αρκετές από αυτές εξαναγκάζονταν να απουσιάζουν από το σχολείο ή την εργασία τους, εξαιτίας των πιέσεων που υφίσταντο.

- Επιρροή της επαγγελματικής πορείας

Δυστυχώς έρευνες που να εξετάζουν τον συσχετισμό της βίας με την επαγγελματική πορεία των γυναικών αφορούν μόνο τον ενήλικο πληθυσμό. Από αυτές τις έρευνες και σε συνδυασμό με έρευνες στις οποίες πολλές κακοποιημένες

ενήλικες γυναίκες που ρωτήθηκαν δήλωσαν ότι η κακοποίησή τους ξεκίνησε από την εφηβεία, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ενδεχόμενη βία που υφίστανται κάποιες έφηβες θέτει σε κίνδυνο την επαγγελματική τους εξέλιξη. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι η κακοποιημένη ενήλικη γυναίκα οδηγείται στη σταδιακή μείωση της παραγωγικότητάς της. Αυτές οι έρευνες έχουν δείξει ότι μία στις τρεις γυναίκες που έχει κακοποιηθεί εξαναγκάστηκε σε κάποια φάση της ζωής της να περιοριστεί στο σπίτι εξαιτίας της βίας και των απειλών που δεχόταν από τον άνδρα της. Ακόμα, μία στις τρεις αναφέρει ότι η άρνηση του συντρόφου της να εργαστεί αποτέλεσε καθοριστικό εμπόδιο στη μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία (Πενταράκη, Μ.,2003).

Οι συνέπειες της συντροφικής βίας στην υγεία των γυναικών και ειδικότερα των εφήβων που ακόμα βρίσκονται σε αναπτυξιακή διαδικασία, είναι πολλές και καθιστούν αναγκαία την παρέμβαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η αναγκαιότητα μιας ολοκληρωμένης διεπιστημονικής και διατομεακής παρέμβασης απορρέει από τον επίσημο ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) για το τι συνιστά η υγεία. Σύμφωνα με την ΠΟΥ « Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας και αναπηρίας. Η επίτευξη άριστων συνθηκών υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων και κοινωνικο – οικονομικής θέσης». Με βάση τον παραπάνω ορισμό είναι εύλογο ότι η κατάσταση της υγείας μιας γυναίκας (ενήλικης ή έφηβης) που υφίσταται συντροφική βία βρίσκεται σε κίνδυνο. Μια γυναίκα στην οποία ασκείται βία δεν μπορεί να απολαύσει σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία(Πενταράκη, Μ., 2004 α).

Το σύστημα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να παίζει ένα ουσιαστικό ρόλο στον εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται βία καθώς και στην αντιμετώπιση της βίας, αφού οι σωματικές συνέπειες από την άσκηση συντροφικής βίας μπορεί να φέρουν τις κακοποιημένες γυναίκες σε επαφή είτε με κάποιο νοσοκομείο είτε με κάποιο κέντρο υγείας. Επίσης, το σύστημα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να δράσει ως παραπεμπτικός φορέας σε άλλες υπηρεσίες. Αντί όμως να παίζει έναν ενεργητικό ρόλο στην αντιμετώπιση της βίας, συνήθως δεν αποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των γυναικών που υφίστανται βία. Για να γίνει αυτό, η επιμόρφωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πρωτίστης σημασίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται επίσης στα πλαίσια του συστήματος υγείας μπορούν να

παίξουν έναν ουσιαστικό ρόλο ως προς την κατεύθυνση της επιμόρφωσης για να καταστεί ικανό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στη διάγνωση και στον εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται βία(Πενταράκη, Μ.,2003).

2.2. Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα

Η ερευνητική ομάδα των Kim και Motsei διεξήγαγε μία έρευνα στη Ν.Αφρική το 2002, για το Πανεπιστήμιο του Witwatersrand των ΗΠΑ, , σχετικά με τις απόψεις και εμπειρίες του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ν.Αφρική, για την ενδοοικογενειακή βία.

Αρχικά, επικεντρώθηκαν στην υπογράμμιση των αντιλήψεων και εμπειριών των νοσηλευτών ξεχωριστά και στη συνέχεια, στο να ξεκινήσουν μια διαδικασία ευαισθητοποίησης και απόκτησης γνώσης πάνω στο θέμα. Έπειτα, τοποθέτησαν τις παρατηρήσεις εντός των προβαλλόμενων διεθνών προσπαθειών να αναβαθμίσουν τη γνώση και τη δυνατή ενασχόληση με τα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Βασισμένοι σε μια ποιοτική και ποσοτική ανάλυση της τάξεως των 38 νοσηλευτών, αυτή η έρευνα δίνει έμφαση στο ότι οι νοσηλευτές είναι γυναίκες και άντρες και έτσι, δοκιμάζουν τις ίδιες πολιτισμικές αξίες και προσδοκούν να μεταχειριστούν όμοια ή υψηλότερα επίπεδα βίας στις ασθενείς(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Ισχύοντα μοντέλα ενθάρρυνσης των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας να διακρίνουν και να τονίσουν τη βία κατά των γυναικών έχουν αναπτυχθεί στο γενικό πλαίσιο των αναπτυγμένων χωρών και έχουν συγκεντρωθεί στην απόκτηση γνώσης, εφοδίων και αναγκαίων αντιλήψεων για να αναλάβουν αυτό το θέμα στο υγειονομικό σύστημα. Ακόμη, όπως προτείνει αυτή η εργασία, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για κατανόηση στις ζωντανές εμπειρίες των νοσηλευτών και το διττό περιεχόμενο των ρόλων τους ως επαγγελματιών και ως μελών της κοινότητας, πριν προωθηθεί η εκπαίδευσή τους ως μια αποτελεσματική στρατηγική για ενασχόληση με τη βία μεταξύ των δύο φύλων. Ένα τέτοιο μοντέλο σχεδιάστηκε και αξιολογήθηκε σε αυτή τη μελέτη(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Διεθνώς, ως απάντηση στην απόδειξη της επικράτησης των κακοποιημένων συζύγων γυναικών που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας και επιδέχονται τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της βίας, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ξεκινήσει να επανακαθορίζουν την ενδοοικογενειακή βία ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τον τομέα

υγείας. Ακόμη, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, εκπαιδεύονται ελάχιστα στις περιπτώσεις ασθενών – θυμάτων συζυγικής κακοποίησης(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Για την πραγματοποίηση της έρευνας, δημιουργήθηκαν επτά ομάδες αποτελούμενες από 5 ή 6 νοσηλεύτριες – τριες, ηλικίας 31 έως 51 ετών. Παρόλο που η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, έγινε αισθητό ότι μεικτές ομάδες μπορούσαν να αποκαλύψουν επιπρόσθετες αλληλεπιδράσεις οι οποίες θα ήταν ενδιαφέρουσες. Πέντε μήνες μετά τη λειτουργία των ομάδων , ως μέρος του συνεχιζόμενου εκπαιδευτικού προγράμματος, ένα εκπαιδευτικό μοντέλο σχεδιάστηκε για τις νοσηλεύτριες. Απαντώντας στις αναγνωρισμένες ανάγκες στις ομάδες, η εκπαίδευση εστίασε στις αντιλήψεις και εμπειρίες των νοσηλευτών απλά ως γυναικών και ανδρών, ώστε να ξεκινήσει η πρόοδος της γνώσης και της ευαισθητοποίησης. Η εκπαίδευση εστίασε και στους ρόλους και στις ευθύνες των επαγγελματιών υγείας ερευνώντας πως μπορούν να τονίσουν το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας στις δυνατότητες της εργασίας τους, αναγνωρίζοντας και τα εμπόδια δράσης τους και συζητώντας στρατηγικές για να τα υπερνικήσουν. Τέλος, οι νοσηλεύτριες – τριες συζήτησαν τον τρόπο που μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τους ρόλους τους ως μέλη της κοινότητας ώστε να αποκτήσουν γνώση πάνω στο συγκεκριμένο κοινωνικό πρόβλημα(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Το ποσοτικό μέρος της έρευνας είχε στόχο:

- να συγκρίνει τις αντιλήψεις και απόψεις που εκφράστηκαν στις πειραματικές ομάδες
- να συλλέξει στοιχεία για την επικράτηση της άποψης για την ενδοοικογενειακή βία ανάμεσα στους νοσηλεύτριες - τριες
- να εκτιμήσει τη μεσολάβηση

Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται έντονα η αντανάκλαση της διαφυλικής αναλογίας στα επαγγέλματα υγείας. Οι νοσηλεύτριες καθόρισαν τη βία κατά των γυναικών σε πολλές μορφές οι οποίες περιλάμβαναν φυσική, σεξουαλική, ψυχολογική και οικονομική κακοποίηση, αλλά οι νοσηλεύτριες έτειναν να την καθορίσουν μόνο στη σωματική βία και στο βιασμό(Kim, J., Motsei, M.,2002).

Στην εν λόγω μελέτη έγινε φανερό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό (γυναίκες και άνδρες) διακατέχονται από τις κυρίαρχες πολιτισμικές αξίες σχετικά με τα φύλα και τη βία μεταξύ των δυο φύλων. Οι αντιλήψεις τους κυμαίνονται από τις κλασικές απόψεις για τη σωματική βία ως πλάνο της «πειθαρχίας» ή ως έκφραση αγάπης, σε

απόψεις που είναι υπεύθυνες οι γυναίκες για να προκαλούν τις σωματικές ή σεξουαλικές επιθέσεις αυτές οι αντιλήψεις έχουν δυνατές συνέπειες για το πώς οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να απαντήσουν σε επεισόδια ενδο-οικογενειακής βίας(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας έχουν ευρέως αναγνωριστεί και τα θύματα βίας συχνά αναφέρουν ότι έχουν θυματοποιηθεί δυο φορές - μία από το σύζυγο/ σύντροφο και μία από το προσωπικό υγείας. Ακόμη, υπάρχει μια μικρή έρευνα που αποδεικνύει την επικράτηση της συζυγικής βίας στους επαγγελματίες υγείας και την επίδραση αυτών των εμπειριών στην προθυμία και ικανότητα να τοποθετήσουν αυτό το πρόβλημα σε ένα επαγγελματικό πλαίσιο(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Είναι πιθανό μια προσωπική ή οικεία εμπειρία μιας νοσηλεύτριας στην ενδοοικογενειακή βία να μην επηρεάσει την αντίληψή της στην κακοποίηση ενώ αυξάνεται η πιθανότητα προσπάθειας να αναγνωρίσει κακοποιημένες γυναίκες. Ωστόσο είναι επίσης πιθανό, ότι εντός κάποιου πολιτικού, κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος, μια προγενέστερη ή συνεχιζόμενη κατάσταση κακοποίησης μπορεί να το κάνει δύσκολο ή αδύνατο για μια νοσοκόμα να ασχολείται με αυτό το θέμα εντός της επαγγελματικής της δραστηριότητας. Σε κάθε περίπτωση, ενώ ορισμένοι ερευνητές έχουν παραδεχτεί τη σημασία να αναγνωρίζουν οι νοσηλεύτριες τις δικές τους εμπειρίες συζυγικής βίας, υπάρχουσες εκπαιδευτικές οδηγίες έχουν αρχίσει να επιδεικνύουν αυτό το αναγνωρισμένο κοινωνικό πρόβλημα(Kim, J., Motsei, M., 2002).

Στη μελέτη Philadelphia, όπου ερευνήθηκαν οι αντιδράσεις, οι παρεμβάσεις και οι αντιλήψεις των κλινικών επαγγελματιών, οι ερευνητές πήραν συνέντευξη από το περισσότερο προσωπικό για τις απόψεις τους σε αυτό τα θέμα. Ανάλυση αυτών των συνεντεύξεων και ανεπίσημων διαλόγων με το προσωπικό, δείχνει ότι επικρατούν δύο απόψεις για τις κακοποιημένες γυναίκες. Στην πρώτη, αν και η πλειοψηφία των υποθέσεων δεν αναγνωρίστηκε παρά την παροχή πληροφοριών από τις ασθενείς για την κακοποίηση, το προσωπικό χαρακτήρισε όλες τις κακοποιημένες γυναίκες ότι κρύβονται και αποφεύγουν να αναλύουν το θέμα σε όλη του τη διάσταση, υπονοώντας ότι η κακοποίηση δεν είναι εμφανής και αναγνωρίσιμη σε όλες τις περιπτώσεις. Στη δεύτερη, παρουσιάζεται ότι οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται και να επιστρέφουν στην αρχική τους κατάσταση,

υπονοώντας ότι μια κακοποιημένη γυναίκα θα μπορούσε εύκολα να αλλάξει την κατάστασή της μόνο εάν το επιθυμεί(Kurz, D. and Stark, E.,1988).

Στη δημοσίευση του Peckover (2003) παρουσιάζεται μια μελέτη Βρετανών επισκεπτών/ τριών υγείας το 2003 σχετικά με τις πεποιθήσεις τους για την ενδο-οικογενειακή βία, στη σχολή νοσηλευτικής και μαιευτικής στο πανεπιστήμιο Sheffield, της Αγγλίας.

Το φεμινιστικό κίνημα έχει κάνει ορατή την έκταση και τη φύση της ενδο-οικογενειακής βίας και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, όταν οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας αναγνωρίζουν τις τραυματικές εμπειρίες τους. Η έρευνα υπόδειξε ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας, έχουν ελάχιστη επαγγελματική γνώση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Αυτή η κατάσταση επιδρά αρνητικά στη ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αποκρίνονται στη συντροφική βία στην εργασία τους(Peckover, S.,2003).

Οι ερευνητές μελέτησαν την πρακτική τους σχετικά με τη βία στην οικογένεια. Βασισμένοι πάνω σε εμπειρικά στοιχεία από συνεντεύξεις με επισκέπτες υγείας, ερευνώνται οι απόψεις τους για την έκταση και τη φύση της ενδο-οικογενειακής βίας συμφραζόμενες με την εργασία τους(Peckover, S.,2003).

Ημιδομημένες συνεντεύξεις αναλήφθηκαν από 24 επισκέπτες /τριες υγείας που επιλέχτηκαν αποσκοπώντας σε τυχαίο δείγμα. Το περιεχόμενο της συνέντευξης βασίστηκε στη φεμινιστική θεωρητική προσέγγιση (Peckover, S.,2003).

Τα αποτελέσματα επιδεικνύουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επισκεπτών/τριών υγείας στις αντιλήψεις τους πάνω στην ενδοοικογενειακή βία από την έκτασή της στις περιπτώσεις που τους έχουν τύχει στην εργασία τους και την αναγνώρισή τους από διαφορετικούς τύπους βίας που έχουν συμβεί στις κακοποιημένες γυναίκες. Υπήρχαν επίσης, διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων στην προθυμία τους από το να ονομάσουν άλλες καταστάσεις εκτός της σωματικής βίας ότι αποτελούν μορφές κακοποίησης, ως την έκταση με την οποία αναγνωρίζουν τη βία στην οικογένεια μέσα σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες(Peckover, S.,2003).

Μια φεμινιστική προσέγγιση παρέχει κριτική οξυδέρκεια στην επαγγελματική γνώση σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, επιδεικνύοντας την ανάγκη για την ανάπτυξη των αντιλήψεων – πεποιθήσεων των επισκεπτών υγείας, ώστε να μπορούν να εργάζονται κατάλληλα με τις γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία. Αυτό το θέμα ερευνάται διαρκώς σε γενικό πλαίσιο παλεύοντας για την επίτευξη

επαγγελματικής ταυτότητας των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας σε μια διαρκώς αναπτυσσόμενη αρένα των υγιών και προνοιακών εφοδίων (Peckover, S., 2003).

Σε μία ακόμα έρευνα, αυτή των Mezey, Bacchus, Haworth και Bewley (2003), εξετάστηκαν οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες των μαιών από την καθημερινή ενασχόληση με περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας.

Η μέθοδος της έρευνας ήταν η παρατήρηση του δείγματος και οι ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η έρευνα διεξήχθη στο μαιευτήριο των Guy's και ST Thomas NHS Hospital Trust, ένα Πανεπιστημιακό νοσοκομείο μαιευτήριο στο εσωτερικό του Λονδίνου.

Έδωσαν συνέντευξη 28 μαίες. Επίσης, οι 116 από τις 145 (80%) μαίες του νοσοκομείου εκπαιδεύτηκαν να δουλέψουν με έγκυες γυναίκες που είναι θύματα ενδο-οικογενειακής βίας για 34 εβδομάδες στο στάδιο κυοφορίας και λοχείας. Οι 22 μαίες απασχολήθηκαν σε μια από τις 4 παρατηρούμενες ομάδες και οι 8 έδωσαν συνεντεύξεις. Οι συνεντεύξεις επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την ανάλυση περιεχομένου (Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., 2003).

Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι μαίες αισθάνθηκαν ότι η ενδοοικογενειακή βία ήταν ένα σημαντικό θέμα. Προβλήθηκε υψηλή άγνοια για τη βία στην οικογένεια. Υπήρξε σημαντική υποστήριξη για την ιδέα της αναγκαιότητας μιας εξειδικευμένης μαίας στην ενδοοικογενειακή βία (Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., 2003).

Η καθημερινή ενασχόληση με καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική χωρίς εκβάθυνση στην εκπαίδευση, σε πηγές, στο προσωπικό και στις πολιτικές για να εξασφαλιστεί ότι η εργασία μπορεί να γίνει με ασφάλεια και εμπιστοσύνη (Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., 2003).

Σε μία άλλη έρευνα που διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα των Peltzer, Mashego και Mabebe του πανεπιστημίου Sovenga της Ν.Αφρικής το 2003 σε ένα δείγμα 402 ιατρών που επιλέχθηκαν τυχαία από μία εθνική λίστα των αναγραφόμενων γιατρών στη Ν. Αφρική, σχετικά με τις αντιλήψεις και πρακτικές των γιατρών για τα θύματα συζυγικής βίας βρέθηκε ότι:

Οι περισσότεροι γιατροί πίστεψαν ότι θα έπαιζαν ένα ρόλο στην πρόληψη και τη μεταχείριση και οι αντιλήψεις τους για τα θύματα ήταν γενικά συμπαθητικές και υποστηρικτικές. Οι γιατροί και αυτοί που προσφέρουν υπηρεσίες έχουν πιο συντηρητικές απόψεις για τους λόγους της συζυγικής επίθεσης και για το ρόλο τους στην πρόληψη. Μόνο το 9,7% των γιατρών έχει λάβει εκπαίδευση στην

ενδοοικογενειακή βία. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να διερευνηθεί η έκταση της βίας των γυναικών στην οικογένεια παρουσιάζοντάς την στους ειδικούς και να ερευνηθεί ο τρόπος που μπορεί να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα (Peltzer, K., Mashego TA, Mabeba M., 2003).

Σε έρευνα των Sugg NK, Thompson DC., Thompson RS., Maiuro R. και Rivara FP, στο πανεπιστήμιο Seattle της Ουάσινγκτον, στις ΗΠΑ, το 1999 μελετώνται οι αντιλήψεις, οι πρακτικές και οι απόψεις ως προς την ενδοοικογενειακή βία στην υγειονομική περίθαλψη.

Αντικείμενο της έρευνας ήταν να προσδιορίσει τις αντιλήψεις και απόψεις της ομάδας των ειδικών (ιατροί, βοηθοί ιατρών, νοσηλευτές) σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση των κακοποιημένων ασθενών και των δραστών που ασκούν βία. Η μέθοδος της έρευνας ήταν η χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου σε δείγμα 240 ειδικών ενός μεγάλου αστικού υγειονομικού οργανισμού (Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., 1999).

Απάντησαν 206 άτομα (86%). Το 50 % των ιατρών και το 70% των νοσηλευτών και των βοηθών πιστεύουν ότι η επικράτηση της ενδοοικογενειακής βίας στην πρακτική τους κυμαίνονταν στο 1% των κλινικών περιπτώσεων. Ένας στους 10 κλινικούς και 5 στους 10 νοσηλευτές και βοηθούς, δεν έχουν εντοπίσει ποτέ ένα κακοποιημένο άτομο. Το 45% των κλινικών ποτέ ή σπανίως δεν έχουν συζητήσει με τους ασθενείς όταν τους εξετάζουν και όλοι οι συμμετέχοντες ήταν λιγότερο υποψιασμένοι και συνηθισμένοι στο να ρωτούν για την κακοποίηση από το να ρωτούν για το κάπνισμα ή για την κατανάλωση αλκοόλ. Το 25% πιστεύουν ότι δεν έχουν στρατηγικές στο να βοηθήσουν κακοποιημένα άτομα και το 20% ανησυχούν για την προσωπική τους ασφάλεια στην ενασχόληση με την κακοποίηση από το σύζυγο. Μόνο το 10% πιστεύουν ότι έχουν πληροφορίες σχετικά με το θέμα, αλλά το 77% δεν έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενδοοικογενειακή βία (Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., 1999).

Αυτή η μελέτη δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τις αντιλήψεις, γνώσεις και στάσεις των ειδικών στη διάγνωση και εργασία στο συγκεκριμένο κοινωνικό και υγειονομικό πρόβλημα. Οι συγκεκριμένες πληροφορίες μπορούν να φανούν χρήσιμες σε όλους που προσδοκούν να σχεδιάσουν κλινικές στρατηγικές και εκπαιδευτικά προγράμματα για να προσεγγίσουν αυτό το θέμα (Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., 1999).

Σε έρευνα των Groth, Chelmsowski και Batson το 2001 μελετάται το επίπεδο εκπαίδευσης, το θεμέλιο γνώσης και η πρακτική στο ιατρικό προσωπικό του Milwaukee, των Η.Π.Α.

Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα κυρίαρχο πρόβλημα με σημαντικές συνέπειες στην υγεία. Γρήγορη αναγνώριση και κατάλληλη παρέμβαση με αναφορές στις τοπικές υπηρεσίες μπορούν να σώσουν ζωές(Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001).

Στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 1.300 γιατρούς στο Milwaukee Country στις εξής ειδικεύσεις: οικογενειακή θεραπεία, εσωτερική ιατρική, ψυχιατρική. Οι ερωτήσεις ήταν σχεδιασμένες να ερευνήσουν αντιλήψεις για την ενδοοικογενειακή βία, τη συχνότητα που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα με τους δράστες ή τα θύματα και τη γνώση των πηγών και της κατάλληλης μεσολάβησης(Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001).

Από τους 192 ερωτηθέντες, το 74% ανέφεραν ότι έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης. Το 30% είπαν ότι έχουν παρακολουθήσει θύματα βίας σε καθημερινή βάση στην εργασία τους. Το 70% αισθάνονταν ικανοί να αναγνωρίσουν ένα θύμα ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Το 1/3 των ερωτηθέντων θεωρούν ότι το λιγότερο των μισών των ασθενών που βλέπουν ίσως αντιμετωπίζουν την πιθανότητα της κακοποίησης. Το λιγότερο των μισών ερωτηθέντων παραπέμπουν τα θύματα σε καταφύγια και λιγότερο του 1/4 συζητούν ασφαλή σχέδια με τα θύματα. Επιπλέον, περίπου το 1/4 των ερωτηθέντων πάντα λέει στο θύμα να μη γυρίσει πίσω στο δράστη. Οι οικογενειακοί θεραπευτές και οι ψυχίατροι είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν το θέμα της κακοποίησης με τους ασθενείς(Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001).

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, ένα σημαντικό ποσοστό των ιατρών του Milwaukee Country, που εξασκούνται σε αντίστοιχες ειδικεύσεις που ενδεχομένως έχουν σε υψηλή αναλογία επαφές με θύματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση στον προσδιορισμό και στην παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία(Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001).

Οι ιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την κακοποίηση και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στην κοινότητά τους και χρειάζεται να ενσωματώνουν διαγνωστικές ερωτήσεις για την ενδοοικογενειακή βία στη βασική εκπαίδευσή τους(Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001).

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη γνώσης και ικανοτήτων και οι χρονικοί περιορισμοί στην διερεύνηση της βίας συμβάλλουν στον μη εντοπισμό αναγνώρισης των γυναικών που βιώνουν την κακοποίηση στη σχέση τους. Οι ιατροί ίσως θεωρούν ότι με το να συζητούν αυτό το θέμα με παντρεμένες γυναίκες εισβάλλουν στην προσωπική τους ζωή κι έτσι δυσκολεύονται να καταπιαστούν με αυτό το ζήτημα. Επιπλέον, η παρουσία του συντρόφου της γυναίκας στην κλινική επίσκεψη μειώνει την πιθανότητα να ερωτηθεί ιδιωτικά για πιθανή κακοποίηση (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Σε μια συγκριτική έρευνα των Cann, Withnell, Shakespeare, Doll και Thomas που έγινε το 2001, ερευνούνται τα επίπεδα των γνώσεων, των απόψεων, των αντιδράσεων και των κλινικών εμπειριών ως προς την ενδο-οικογενειακή βία, σε διαφορετικές ειδικότητες επαγγελματιών στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στα κέντρα ψυχικής υγείας της κοινότητας και στον τομέα της μαιευτικής και γυναικολογίας στην περιοχή Oxfordshire του Η.Β. Στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε όλους τους γενικούς παθολόγους, σε αυτούς που κρατούν αρχεία και σε ασκούμενους συμβούλους και σε ποσοστό 50% από τις νοσηλεύτριες και τους επισκέπτες υγείας. Από το κέντρο ψυχικής υγείας συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι νοσηλεύτριες. Στη μαιευτική και γυναικολογία, ερωτήθηκε όλο το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τις ασθενείς και δόθηκαν ερωτηματολόγια στο προσωπικό των επειγόντων περιστατικών (Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001).

Οι γνώσεις για πολλά θέματα που περιβάλλουν την ενδο-οικογενειακή βία ήταν χωρίς συνοχή και με βασικές ελλείψεις. Εντοπίστηκε η έλλειψη γνώσεων σχετικών τοπικών υπηρεσιών για παραπομπή προς βοήθεια. Τα πορίσματα αυτής της έρευνας είναι αντίστοιχα με αυτά άλλων ερευνών που έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι στην ιατρική περίθαλψη αναγνωρίζουν λιγότερες υποθέσεις κακοποίησης από αυτές που περιγράφονται από την αστυνομία ή ανώνυμες έρευνες, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα θύματα έχουν αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Οι αιτίες γι' αυτήν την αποτυχία ποικίλλουν. Η ενδο-οικογενειακή βία μάλλον θεωρείται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα στο οποίο ο εργαζόμενος στην ιατρική περίθαλψη είναι ανίσχυρος να παρέμβει ή το θεωρεί χρονοβόρο. Τα ταμπού γύρω από τη συντροφική κακοποίηση παραμένουν ισχυρά και οι εργαζόμενοι επηρεάζονται από αυτά. Η έλλειψη βασικών

γνώσεων που επιδεικνύεται στη συγκεκριμένη έρευνα, πρέπει επίσης να έχει επηρεάσει την ανεπαρκή αναγνώριση της ενδο-οικογενειακής βίας(Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001).

Πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν άβολα να συζητούν με τις ασθενείς για καταστάσεις συντροφικής βίας. Η εμφανής απροθυμία τους να αναγνωρίσουν θύματα δεν συμβαδίζει με τις υπόλοιπες θετικές απόψεις που παρουσίασαν και αντανακλά περιορισμούς μέσα στα πλαίσια εργασίας τους. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι επαγγελματίες θα δέχονταν θετικά την εκπαίδευση. Η εφαρμογή οδηγιών και συστάσεων δεν είναι αποτελεσματική αν οι εργαζόμενοι δεν λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση και δεν μαθαίνουν τους τρόπους προσέγγισης και διαχείρισης των θυμάτων(Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001).

Συνοπτικά, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δέχονται ότι η ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι θέμα της ιατρικής περίθαλψης, αλλά τους λείπουν οι βασικές γνώσεις για τα θέματα που περιβάλλουν την κακοποίηση και τις κατάλληλες υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια. Παράλληλα, τους λείπουν οι δεξιότητες για να αναγνωρίσουν και να συζητήσουν αυτό το θέμα με τις ασθενείς(Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001).

Αντίστοιχα με τα παραπάνω πορίσματα βρέθηκαν και στη μελέτη των Chung, Wong και Yiu που έγινε το 1996 και σχεδιάστηκε για να μελετήσει τις απόψεις και πεποιθήσεις που έχουν οι νοσηλεύτριες οι οποίες εργάζονται στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών στο Χονγκ Κονγκ ως προς τη συζυγική κακοποίηση. Ερευνήθηκε επίσης, η προετοιμασία που δέχονται για να αντιμετωπίσουν τη συζυγική κακοποίηση προκειμένου να φανεί εάν υπήρχε ανάγκη για περισσότερη εκπαίδευση ή ανάπτυξη σχετικών πρωτοκόλλων (Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Δεν υπήρχαν στατιστικές για τη συχνότητα της συζυγικής κακοποίησης στο Χονγκ Κονγκ. Περιστατικά βίας δεν αναφέρονταν εξαιτίας του φόβου, της ντροπής και των αισθημάτων ενοχής που νιώθουν τα θύματα. Ακόμα, η μη αναφορά των περιστατικών μπορεί να οφείλεται στη βαθιά ριζωμένη πεποίθηση ότι μια γυναίκα δεν θα πρέπει ποτέ να επισημαίνει τις αδυναμίες ή τα σφάλματα του συζύγου της δημοσίως, πόσο μάλλον να τα αναφέρει στις επίσημες αρχές. Οι κακοποιημένες Κινέζες ζητούν βοήθεια από την κοινωνία μόνο όταν τα ανεπίσημα δίκτυα έχουν αποτύχει να βοηθήσουν(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Στη μελέτη φάνηκε ότι οι νοσηλεύτριες αναγνώρισαν ότι η συζυγική κακοποίηση ήταν συνήθης στο Χονγκ Κονγκ. Το 2,2% είχαν την άποψη ότι η συζυγική κακοποίηση είναι περιστασιακό φαινόμενο, πράγμα που δείχνει ότι δεν ήταν ενημερωμένες για τον επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα της κακοποίησης που συχνά ανεβαίνει σε συχνότητα και σοβαρότητα. Περισσότερο ανησυχητικό ήταν το 33,3% των νοσηλευτριών που συμφώνησαν ότι οι κακοποιημένες γυναίκες ευθύνονταν για την κακοποίηση. Το 1/3 των νοσηλευτριών συμφώνησε ότι η συζυγική κακοποίηση κυρίως συνέβαινε σε οικογένειες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης και μια γυναίκα που ζει σε πυρηνικής μορφής οικογένεια ήταν πιο ευάλωτη στην κακοποίηση από το σύζυγό της. Αυτές οι απόψεις δεν βρίσκονταν σε συμφωνία με τα ευρήματα από μελέτες στη διεθνή κοινότητα, όπου η συζυγική κακοποίηση συμβαίνει σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, φυλές και εθνικότητες. Αυτές οι πεποιθήσεις ίσως παρεμποδίζουν την αναγνώριση της συζυγικής κακοποίησης από την πλευρά των νοσηλευτριών. Το 9,3% συμφώνησαν με την παραδοσιακή άποψη ότι μια οικογενειακή υπόθεση είναι προσωπικό θέμα και οι άλλοι δεν θα πρέπει να παρεμβαίνουν. Ακόμη περισσότερες νοσηλεύτριες (57,3%) συμφώνησαν ότι «ακόμα κι ένας καλός δικαστής δεν μπορεί να επιδικάσει μια οικογενειακή διαμάχη»(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Αυτές οι απόψεις ήταν συμβατές με την αμερικανική μελέτη των Sugg και Inui το 1992, όπου οι ιατροί ένιωθαν άβολα στο να κρίνουν την αλήθεια της κατάστασης σχετικά με την ενδο-οικογενειακή βία και φοβούνταν ότι θα πρόσβαλλαν το δράστη. Σε αυστραλιανή μελέτη των Eastal και Eastal το 1992, η άποψη περί προσωπικού ζητήματος επίσης εμπόδιζε τις νοσοκόμες από το να παίξουν ενεργό ρόλο στην υποστήριξη των κακοποιημένων γυναικών(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Ήταν παράδοξο ότι οι νοσηλεύτριες έπρεπε να εργαστούν και να βοηθήσουν τα άτομα, αλλά οι ίδιες οι απόψεις τους και ο φόβος ανάμιξής τους εμπόδιζε την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς. Παρουσιάστηκε ότι το 45% των νοσηλευτριών συμφώνησαν ότι η οικογενειακή μονάδα πρέπει να διατηρηθεί πάση θυσία. Έγινε φανερό ότι χρειάστηκε να δοθεί έμφαση στα πολιτιστικά θέματα, ώστε να προετοιμάζονται οι νοσηλεύτριες στην αντιμετώπιση των θυμάτων συντροφικής βίας. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες ήταν συμπονετικές προς τις κακοποιημένες γυναίκες και συμφώνησαν ότι τα θύματα χρειάζονται την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας. Αυτό εν μέρει οφείλεται στην ταύτιση με την κακοποιημένη γυναίκα, αφού η νοσηλευτική είναι κυρίως γυναικείο επάγγελμα. Από την άλλη πλευρά, το 28,4% των

ερωτηθέντων διαφώνησαν ότι η συζυγική κακοποίηση είναι κίνδυνος υγείας και ότι είναι καθήκον των επαγγελματιών υγείας να παρέμβουν, ενώ το 18,2% διαφώνησαν ότι η συζυγική κακοποίηση ήταν εγκληματική πράξη και οι νοσηλεύτριες πρέπει να παρεμβαίνουν ως καλοί και τίμιοι πολίτες. Αυτές που δεν παρεμβαίνουν στην πραγματικότητα συνεισφέρουν στη θυματοποίηση των ασθενών. Η αρνητική ανταπόκριση των νοσηλευτριών προς την κακοποιημένη γυναίκα επιβεβαιώνει στο θύμα ότι δεν αξίζει την προστασία ή ότι αξίζει την κακοποίηση. Παρά τις δικές τους πεποιθήσεις για τις κακοποιημένες γυναίκες, οι νοσηλεύτριες πρέπει να διατηρούν μια υποστηρικτική, συμπονετική στάση και να αποφεύγουν τα επικριτικά σχόλια όπως και το να κατηγορούν τη γυναίκα επειδή μένει σε μια τέτοια σχέση. Πολύ συχνά, οι γυναίκες ήθελαν να σταματήσει η κακοποίηση αλλά όχι απαραίτητα και η σχέση. Οι νοσηλεύτριες πρέπει να αφήνουν τα θύματα να πάρουν την απόφασή τους(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Είναι σημαντική η εκπαίδευση των νοσηλευτριών που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών προκειμένου να αυξήσουν την ευαισθησία τους και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τέτοια πολύπλοκα κοινωνικά θέματα και να παρέχουν την κατάλληλη παρέμβαση προς τις κακοποιημένες γυναίκες. Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτριών(93,3%) απάντησαν ότι δεν είχαν καμία επίσημη εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της συζυγικής κακοποίησης και 86,2% εξέφρασαν την ανεπάρκεια τους ως προς την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Σύμφωνα με την έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J. (1996) ένα πρωτόκολλο είναι επίσης απαραίτητο για την αναγνώριση από την αρχή των κακοποιημένων γυναικών. Εάν οι νοσηλεύτριες δεν τις ρωτούσαν άμεσα, μερικές κακοποιημένες ασθενείς ήταν αμήχανες να παραδεχτούν ότι οι σύντροφοί τους τις κακοποιούσαν. Περισσότερες από το 60% των νοσηλευτριών δεν θα ρωτούσαν άμεσα την ασθενή εάν οι τραυματισμοί της είχαν γίνει από το σύντροφό της. Η ευκαιρία να παρέμβουν θα είχε χαθεί και η βία θα συνεχιζόταν και θα κλιμακωνόταν με όλα τα αρνητικά επακόλουθα για τις γυναίκες και τα παιδιά τους. Συνεπώς, πρέπει να θεσπιστεί ένα πρωτόκολλο για τους επαγγελματίες υγείας των τμημάτων ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών που θα βοηθήσει στην αναγνώριση των κακοποιημένων γυναικών(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996).

Οι νοσηλεύτριες, όπως και άλλοι επαγγελματίες στην υγεία, συχνά αποδίδουν την ευθύνη για μια αρρώστια ή έναν τραυματισμό ανάλογα με τις προσωπικές τους

γνώσεις και απόψεις. Σε μια περιγραφική μελέτη, οι Grief και Elliot(1994) ανακάλυψαν ότι στο 66% των νοσηλευτριών δεν άρεσε να φροντίζουν τους «τακτικούς επισκέπτες» του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν παρουσιαστεί αρκετές φορές στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών και ως τακτικοί επισκέπτες αυτών των τμημάτων, δημιουργούν συναισθήματα θυμού και αγανάκτησης ούτως ώστε οι νοσηλεύτριες να μην τις τοποθετούν σε ευνοϊκή θέση για συνεχή υποστήριξη. Ο εριστικός χαρακτήρας του ζητήματος προκάλεσε αμηχανία σε αρκετούς συμμετέχοντες στη μελέτη για να αποκαλύψουν προσωπικές απόψεις μπροστά σε συναδέλφους(Corbally, M.,2001).

Με τη διαδικασία της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος που έχουν οι αντιλήψεις, οι ηθικές αξίες και οι προσωπικές εμπειρίες στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Όμως είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι αντιλήψεις δεν προβλέπουν απαραίτητα τη συμπεριφορά και μπορούν να αλλάξουν χωρίς παρακίνηση. Αυτή η άποψη είναι σημαντικός εξιλεωτικός παράγοντας ώστε οι νοσηλεύτριες να διατηρούν τον επαγγελματισμό στην εργασία τους. Συχνά νιώθουν αρνητικά απέναντι σε μια ασθενή αλλά δεν επιτρέπουν αυτό το συναίσθημα να επισκιάσει την επαγγελματική τους κρίση(Corbally, M.,2001).

Διάφοροι επαγγελματικοί οργανισμοί έχουν απαιτήσει μεγαλύτερες προσπάθειες ώστε να συμπεριληφθούν οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας. Παρά τη γρήγορη εξάπλωση των σπουδών και των πρωτοκόλλων παρέμβασης, η έλλειψη αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης των πεποιθήσεων και των συμπεριφορών των ιατρών σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία περιορίζει αυτές τις προσπάθειες. Οι αντιλήψεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία έχουν αναγνωριστεί ως εμπόδιο στην αποτελεσματική κλινική αντιμετώπιση, όμως λίγα μέτρα έχουν αναπτυχθεί για να τις αξιολογήσουν συστηματικά(Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Οι Eastal and Eastal σε μελέτη τους ανέφεραν ότι οι αντιλήψεις των ιατρών σχετικά με την αιτιολογία, όπως το να αποδίδουν την ενδοοικογενειακή βία στην προσωπικότητα του θύματος και σχετικά με τον επαγγελματικό ρόλο αντίστασης με το να περιορίζουν το επίκεντρο της φροντίδας στους τραυματισμούς μόνο, μάχονται κατά της αποτελεσματικής παρέμβασης (Eastal PW, Eastal S., 1992). Οι Rose, K and Saunders DG σε έρευνα που διεξήγαν, πρότειναν ότι οι γυναίκες εργαζόμενες

ίσως έχουν μεγαλύτερες αντιλήψεις ενσυναίσθησης απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία (Rose, K., Saunders DG, 1986).

Οι Reid SA, Glasser M., στη μελέτη που πραγματοποίησαν βρήκαν πως οι περισσότεροι ιατροί πίστευαν ότι η ενδοοικογενειακή βία ήταν σπάνια κι ότι δεν θα ήταν καθόλου καλά προετοιμασμένοι να την αντιμετωπίσουν (Reid SA, Glasser M., 1997).

Δυστυχώς, αυτές οι μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει μια σειρά από ζητήματα στα οποία λείπουν αξιόπιστες κι έγκυρες πληροφορίες (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Ο Finn, J., στην έρευνα που διεξήγαγε το 1986, ανέπτυξε μία κλίμακα 5 θεμάτων γύρω από τις αντιλήψεις του ρόλου των φύλων και την αποδοχή της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά δεν παρείχε κανένα δεδομένο αξιοπιστίας κι εγκυρότητας (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000). Οι Saunders DG, Lynch AB, Grayson M., Linz, D. το 1987, πραγματοποίησαν μελέτες αξιοπιστίας κι εγκυρότητας προκειμένου να αναπτύξουν μία απογραφή των αντιλήψεων για την κακοποίηση των γυναικών. Αν και οι αναλύσεις απέδωσαν 5 υποκατηγορίες, αυτές αξιολογούσαν περισσότερο γενικές αντιλήψεις για την ενδοοικογενειακή βία παρά αντιλήψεις συγκεκριμένες γύρω από την πρακτική του θέματος. Επιπλέον, η αξιοπιστία σε 3 από τις 5 υποκατηγορίες ήταν οριακά αποδεκτή. Συνεπώς, είναι δύσκολο να ερμηνευτεί η αξιοπιστία, το νόημα και οι πρακτικές επιπτώσεις πολλών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι και σήμερα (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Στη μελέτη των Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS το 2000, περιγράφεται η ανάπτυξη και οι ψυχομετρικές ιδιότητες των αντιλήψεων και συμπεριφορών σχετιζόμενων με την αναγνώριση και διαχείριση της ενδο-οικογενειακής βίας, βασισμένη τόσο σε θεωρητικές όσο και σε εμπειρικές μεθόδους. Οι στόχοι ήταν να επιδείξουν εγκυρότητα περιεχομένου κι αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και να εξερευνήσουν την αξιοπιστία αυτού του εργαλείου αξιολόγησης ως προς την καταγραφή των εκπαιδευτικών αναγκών και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων στην ενδοοικογενειακή βία (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Χρησιμοποιήθηκε ένα πολυφασικό σχέδιο μελέτης προκειμένου να αναπτυχθούν ζητήματα σε 8 τομείς περιεχομένων. Έδωσαν ένα αρχικό σύνολο 104 ζητημάτων σε

ένα πιλοτικό δείγμα 129 εργαζομένων στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατροί, βοηθοί ιατρών, νοσηλεύτριες) σε ένα μεγάλο αστικό οργανισμό υγείας. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφική στατιστική κι αναλύσεις αξιοπιστίας σε κάθε ένα από τους 8 τομείς περιεχομένων. Οι αναλύσεις αυτές οδήγησαν στη διαγραφή κάποιων ζητημάτων και στην ανάπτυξη πρόσθετων θεμάτων, αποδίδοντας τελικά μια λίστα με 56 ζητήματα. Αυτά τα ζητήματα δόθηκαν και ξαναλύθηκαν με ένα ανεξάρτητο δείγμα 246 ιατρών (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Στα αποτελέσματα της έρευνας εξακριβώθηκαν 6 ξεχωριστοί αξιόπιστοι τομείς (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000):

- 1) Αντιλαμβανόμενη Αυτο-αποτελεσματικότητα, Υποστήριξη Συστήματος
- 2) Κατηγορία του θύματος
- 3) Επαγγελματικός ρόλος αντίστασης
- 4) Φόβος προσβολής της ασθενούς
- 5) Ασφάλεια του θύματος και του εργαζομένου
- 6) Συχνότητα διερεύνησης της ενδοοικογενειακής βίας

Το τελικό μέτρο αξιολόγησης περιείχε 39 ζητήματα και Cronbach a 0,88. Επανεξετάζονται οι πληροφορίες που υποστηρίζουν την ευαισθησία αυτού του μέτρου σε αλλαγές ως αντίδραση σε μία εκπαιδευτική παρέμβαση (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Στο εργαλείο αξιολόγησης της συγκεκριμένης έρευνας, οι 6 τομείς που εξάγονται δεν εμπεριέχουν μόνο το προηγούμενο πλαίσιο των Sugg και Innui ως προς τα συνηθισμένα εμπόδια στις αντιλήψεις για την ενδοοικογενειακή βία, αλλά επίσης περιλαμβάνουν κι εμπειρικά στοιχεία που αφορούν την ασφάλεια του θύματος και του εργαζομένου, την υποστήριξη του συστήματος και την αναφερόμενη συχνότητα της διερεύνησης του θέματος. Τα 6 σημεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγήσουν την πλειοψηφία της διαφοράς (54%) στα 39 ζητήματα. Ακόμα, περισσότερο σημαντικό είναι το γεγονός πως το συγκεκριμένο εργαλείο μπορεί να αξιολογήσει και να προσδιορίσει ποσοτικά αυτούς τους τομείς με αξιόπιστο τρόπο, με τη μεταβλητή Cronbach a, να ποικίλλει από 0,73 έως 0,91 (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Στις συνεντεύξεις που διεξήγαγαν οι Sugg και Innui, προέκυψε η έλλειψη αποτελεσματικότητας ως βασική ανησυχία ανάμεσα στους εργαζομένους. Αυτή η

παρατήρηση είναι θεωρητικά σύμφωνη με την κοινωνικο-ψυχολογική δομή του Bandura της αντιλαμβανόμενης αυτο-αποτελεσματικότητας ως τον πιο κρίσιμο σύνδεσμο επιρροής μεταξύ πεποιθήσεων και συμπεριφοράς. Μέτρα που εκτιμούν την απόδοση της αυτό-αποτελεσματικότητας έχουν αναπτυχθεί για διάφορες συμπεριφορές σε θέματα υγείας και μπορούν να προβλέψουν τις επιλογές που κάνουν οι άνθρωποι, την προσπάθεια που καταβάλλουν και το βαθμό εμπιστοσύνης που αναθέτουν σε μία εργασία. Δεδομένων αυτών των μελετών και του στόχου αξιολόγησης αντιλήψεων που σχετίζονται με την πραγματική παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι η υποκατηγορία της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας προέκυψε ως ο πιο σημαντικός παράγοντας στις αναλύσεις των κύριων στοιχείων. Έτσι, το μέτρο ξεπερνά την απλή αξιολόγηση των γνώσεων κι αντιλήψεων που έχει ο εργαζόμενος αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία υπέρ της ικανότητας κι ετοιμότητας για δράση και χρήσης αυτών των πληροφοριών στην πράξη (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Αν και δεν προέκυψε ως σημαντικό εμπόδιο στη μελέτη που έγινε από τους Sugg και Innuι, η προσωπική ασφάλεια και η ασφάλεια του θύματος αποδείχτηκαν σημαντικός τομέας σε εμπειρική βάση. Ένα άλλο ζήτημα είναι εάν το εργαλείο αξιολόγησης μπορεί να εξελιχθεί περαιτέρω διαχωρίζοντας τα ζητήματα ασφαλείας του εργαζομένου και του θύματος σε διαφορετικές κλίμακες. Αν και αυτά τα ζητήματα εμφανίζονται στενά συνδεδεμένα σε εμπειρική βάση, ο διαχωρισμός τους ίσως έχει πρακτική αξία επειδή οι επιπτώσεις για εκπαίδευση και παρέμβαση είναι αρκετά διαφορετικές κι εξαρτώνται από το εάν υπάρχουν ανησυχίες για την ασφάλεια του θύματος, του εργαζομένου ή/ και για τους δύο (Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Συγκεντρώθηκαν κι άλλα ζητήματα που αρχικά θεωρούνταν ότι αποτελούσαν τις γενικές αντιλήψεις απέναντι στα θύματα για να σχηματίσουν τη διάσταση της «ευθύνης του θύματος». Αν και η υποστήριξη αυτών των ζητημάτων ήταν χαμηλή στο δείγμα που μελετήθηκε, η κλίμακα ήταν αρκετά ευαίσθητη στην ανίχνευση αρνητικών αντιλήψεων σε μια μειοψηφία εργαζομένων. Συνεπώς, η κλίμακα παρέχει ένα ψυχομετρικά αξιόλογο μέσο αξιολόγησης αυτής της σημαντικής κατασκευής μέσα στους εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Το γεγονός ότι οι ομάδες εκπαίδευσης και οι ομάδες ελέγχου ανέφεραν ισοδύναμα επίπεδα «υποστήριξης του συστήματος» από άλλα επαγγέλματα, π.χ. κοινωνική εργασία και πνευματική υγεία,

πιθανόν αντανακλά τις γενικευμένες προσπάθειες κινητοποίησης που σχετίζονται με μεγαλύτερη ενημέρωση για την ενδοοικογενειακή βία. Επιπλέον, το γεγονός ότι δεν άλλαξαν όλες οι κλίμακες με την παρέμβαση έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των αναλύσεων στοιχείων και υποδεικνύει ότι το εργαλείο αυτό αποτελείται από ξεχωριστές υποκατηγορίες. Επίσης, η έλλειψη σημαντικών αλλαγών στις βαθμολογίες της ομάδας ελέγχου κατά τη διάρκεια εννιάμηνης περιόδου στηρίζει τη σταθερότητα του μέτρου στο χρόνο. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι τα αποτελέσματα της μελέτης παραμένουν σχετικά σταθερά τόσο για την ομάδα εκπαίδευσης όσο και για την ομάδα ελέγχου μετά από 21 μήνες(Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

Τελικά, αναπτύχθηκε η μελέτη για τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας σε ένα περιβάλλον ιατρικού οργανισμού και τα αποτελέσματα ίσως να μην είναι γενικεύσιμα για τους εργαζομένους σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Μεγαλύτερα δειγματοληπτικά μεγέθη από περισσότερο παραδοσιακά ιατρικά περιβάλλοντα ίσως αποκαλύψουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τομέων. Οι υπάρχουσες πληροφορίες δεν επιτρέπουν επαρκείς αναλύσεις των υποομάδων των εργαζομένων και χρειάζεται περισσότερη επικύρωση. Όμως, η μελέτη έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Καταλαμβάνει 6 τομείς σχετικούς με 39 ζητήματα στην πράξη και είναι σύντομη στην εφαρμογή της. Αυτά τα γνωρίσματα διευκολύνουν τα καλά ποσοστά απάντησης μεταξύ του πιεσμένου χρονικά προσωπικού. Το εργαλείο αυτό θα πρέπει να είναι χρήσιμο στους ερευνητές που επιθυμούν να ερευνήσουν τις αντιλήψεις και τις πρακτικές που ακολουθούνται. Το μέτρο αυτό παρέχει μια αξιόπιστη μέθοδο για αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των εργαζομένων και των εκπαιδευτικών αναγκών. Μπορεί, επίσης, να αξιολογήσει τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις καθώς και τις παρεμβάσεις σε θέματα τακτικής στην προσέγγιση της ενδοοικογενειακής βίας(Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, 2000).

2.3. Οι αντιλήψεις των γυναικών-θυμάτων συντροφικής βίας απέναντι στο πρόβλημα

Οι στάσεις των γυναικών προς τη διερεύνηση ρουτίνας που γίνεται για να επέλθει η αναγνώριση της συντροφικής βίας που έχουν υποστεί, αναφέρονται σε έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο της Βαλτιμόρης των Η.Π.Α. από την Campbell το 2001.

Στη συγκεκριμένη έρευνα αναγνωρίζεται η ενδοοικογενειακή βία ως γυναικείο ζήτημα υγείας. Η έρευνα έγινε με συνεντεύξεις τριών δειγμάτων γυναικών. Η πρώτη διεξήχθη σε ασθενείς 11 τμημάτων επειγόντων περιστατικών σε δύο πολιτείες, η δεύτερη έγινε με τηλεφωνική συνέντευξη σε τυχαίο δείγμα γυναικών της Ουάσιγκτον και η τρίτη έγινε σε 12 πόλεις των ΗΠΑ σε γυναίκες που είχαν σύντροφο τα τελευταία δύο χρόνια(Campbell, J.,2001).

Στο πρώτο δείγμα, αν και το 80-97% όλων των γυναικών συμφώνησαν με τη διερεύνηση της συντροφικής βίας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, εκείνες οι οποίες είχαν κακοποιηθεί ήταν λιγότερο πιθανό να συμφωνήσουν απ' ότι οι γυναίκες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση. Στο δεύτερο δείγμα, η συντριπτική πλειοψηφία γυναικών πίστευαν ότι θα ήταν ευκολότερο για τις κακοποιημένες ασθενείς να βοηθηθούν εάν οι επαγγελματίες του ιατρικού χώρου ρωτούσαν για την κακοποίηση κι ότι δεν θα προσβάλλονταν ούτε και θα αισθάνονταν αμηχανία να συζητήσουν για θέματα συντροφικής βίας. Στο τελευταίο δείγμα, η πλειοψηφία τόσο των κακοποιημένων όσο και των μη κακοποιημένων γυναικών υποστήριξαν τη διερεύνηση για ύπαρξη συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας και εξέφρασαν την έγνοια για τον αυξημένο κίνδυνο στον οποίο βρίσκονται οι ασθενείς, ενισχύοντας την ανάγκη εξασφάλισης απόλυτης εχεμύθειας(Campbell, J.,2001).

Ολοφάνερα, οι γυναικείες απόψεις γύρω από τα θέματα της διερεύνησης και της υποχρεωτικής καταγραφής είναι πολύπλοκες. Γενικότερα, υποστηρίζεται περισσότερο η διερεύνηση ώστε να γίνει κυρίως ευκολότερο για τις κακοποιημένες γυναίκες να ζητήσουν βοήθεια, αν και διαφαίνεται έντονη η ανησυχία για την ασφάλεια και την εχεμύθεια. Η πεποίθηση ότι η διερεύνηση θα καθιστούσε ευκολότερη τη λήψη βοήθειας από τις κακοποιημένες γυναίκες υπονοεί ότι με την απαραίτητη προσοχή στην εχεμύθεια και στην εμπιστοσύνη, η διερεύνηση είναι η κατάλληλη τακτική για τους επαγγελματίες στο περιβάλλον της ιατρικής περίθαλψης. Η έννοια της υποχρεωτικής καταγραφής επίσης δέχεται σημαντική υποστήριξη, όμως υπάρχουν σημαντικά ζητήματα απροθυμίας για αποκάλυψη, για αυτονομία και για μεγαλύτερη έγνοια για την ασφάλεια, ιδιαίτερα μεταξύ των κακοποιημένων γυναικών(Campbell, J.,2001).

2.4. Οι παράγοντες παρεμπόδισης του υγειονομικού συστήματος στη λειτουργική διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα

Στην έρευνα που δημοσίευσαν οι Davis, R. και Harsh, K., το 2001 περιγράφεται η παρουσίαση ενός προγράμματος γενικής διερεύνησης για ενδοοικογενειακή βία που υφίστανται οι ασθενείς, όπως αναπτύχθηκε από το τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ένα μεγάλο ιατρικό κέντρο στην Πενσυλβάνια των Η.Π.Α. Συζητούνται σε βάθος τα εμπόδια που αντιμετώπισε το νοσοκομειακό προσωπικό και ο τρόπος που ασχολήθηκαν με αυτά τα εμπόδια.

Η ανάπτυξη αυτού του προγράμματος από το τμήμα επειγόντων περιστατικών άρχισε με συναντήσεις μιας νεο-σχηματηθείσας επιτροπής. Στα μέλη της συμμετείχαν διοικητές νοσοκομείων και μέλη της κοινότητας που είχαν σχέση με τις τοπικές υπηρεσίες για τις κακοποιημένες γυναίκες. Επίσης, συμμετείχαν η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου και το νοσοκομειακό προσωπικό που έδειξε ενδιαφέρον και είχε ψηφίσει υπέρ της εφαρμογής του προγράμματος (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Αρχικά, ξεκίνησαν οι προγραμματικές συναντήσεις για να αναπτυχθεί ένα εργαλείο διερεύνησης της ενδοοικογενειακής βίας και πρωτόκολλα, ώστε να καταστεί δυνατό να παρέχονται υπηρεσίες παραπομπής σε βοήθεια για εκείνες τις γυναίκες που αναγνωρίζονταν ότι είχαν υποστεί εμπειρίες κακοποίησης. Η επιτροπή διαμόρφωσε το εργαλείο γενικής διερεύνησης νωρίς στη διαδικασία. Αν και μπορεί να φαίνεται παρόμοιο με άλλα, η επιτροπή προτίμησε ένα εργαλείο σχεδιασμένο να αντανακλά την κοινότητα που το νοσοκομείο εξυπηρετούσε. Ο σκοπός ήταν να αναγνωριστούν και οι γυναίκες που φθάνουν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ζητώντας βοήθεια για άλλα προβλήματα υγείας αλλά έχουν υποστεί και κακοποίηση. Η επιτροπή ήθελε να διατηρήσει απλό το εργαλείο, αλλά ταυτόχρονα να αντλεί άμεσα πληροφορίες από ασθενείς που έχουν δεχθεί κακοποίηση. Ο στόχος ήταν να αναγνωρίζονται εκείνες οι γυναίκες και κατόπιν να καθοδηγούνται στις κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης. Τα κριτήρια για τη διερεύνηση περιλάμβαναν τα παρακάτω χαρακτηριστικά. Θα διερευνούνταν όλες οι καταγεγραμμένες ασθενείς άνω των 18 ετών. Μόνο οι τραυματισμένοι σε ατυχήματα κι εκείνοι που θεωρούνταν βαριά άρρωστοι αποκλείονταν (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Αφού αναπτύχθηκαν τα πρωτόκολλα και το εργαλείο, προσεγγίστηκαν οι κατάλληλες ομάδες μέσα στο νοσοκομείο για έγκριση. Αυτές συμπεριλάμβαναν ολόκληρο το τμήμα επειγόντων περιστατικών, τη διοίκηση του νοσηλευτικού

προσωπικού, τα ιατρικά αρχεία και το νομικό τμήμα. Όταν πάρθηκε η έγκριση, η επιτροπή σχεδίασε την εκπαίδευση του νοσοκομειακού προσωπικού στα επείγοντα περιστατικά σε μια σειρά μαθημάτων. Τα μαθήματα περιλάμβαναν την επισκόπηση της ενδο-οικογενειακής βίας, τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία, τη συχνότητα και την επικράτηση του προβλήματος. Οι παρουσιαστές έδωσαν πληροφορίες γύρω από τις πρωτοβουλίες του κράτους και της κοινότητας, τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας και τα νομικά θέματα μαζί με πληροφορίες για τη σπουδαιότητα και την αποτελεσματικότητα της γενικής διερεύνησης. Η ομάδα έλαβε πληροφορίες σχετικά με αυτούς που διαπράττουν ενδοοικογενειακή βία και συγκεκριμένες λεπτομέρειες ώστε να εργάζονται καλύτερα με κακοποιημένες γυναίκες στον ιατρικό χώρο. Επίσης, συγκεντρώθηκαν και παρουσιάστηκαν οι πηγές βοήθειας στην κοινότητα.

Κατά τη διαδικασία της διερεύνησης της ενδοοικογενειακής βίας στις ασθενείς εντοπίστηκαν μία σειρά από εμπόδια, τα οποία εντάχθηκαν στις εξής κατηγορίες (Davis, R., Harsh, K., 2001):

α) Εμπόδια Πληροφόρησης

Οι νοσηλεύτριες περισσότερο συχνά ανέφεραν την έλλειψη εκπαίδευσης σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία ως εμπόδιο, ακόμα και ύστερα από την εκπαίδευση που έλαβαν. Αν και αυτά τα θέματα καλύφθηκαν στις συνεδρίες εκπαίδευσης, πολλές νοσηλεύτριες δεν ένιωθαν καλά προετοιμασμένες να βοηθήσουν ασθενείς που επιθυμούσαν τη βοήθεια. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες θεώρησαν τις παραπομπές προς τις υπηρεσίες βοήθειας ως το πιο σοβαρό εμπόδιο πληροφόρησης. Δεδομένων των πληροφοριών που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της γενικής διερεύνησης και των ανησυχιών που εκφράστηκαν από το προσωπικό, ήταν ομόφωνη η άποψη ότι ήταν απαραίτητη η πλήρης εκπαίδευση όλου του προσωπικού.

β) Θεσμικά εμπόδια

Η δομή του τμήματος επειγόντων περιστατικών δεν επέτρεπε τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας που χρειάζεται για τη διεξαγωγή της διερεύνησης περιστατικών βίας. Έτσι αναγνωρίστηκε η ανάγκη εφαρμογής νέας τακτικής η οποία να επιτρέπει στην ασθενή να εξετάζεται μόνη, προκειμένου η νοσηλεύτρια να κάνει τη διερεύνηση. Αφού ολοκληρώνεται η διερεύνηση, τα μέλη της οικογένειας να μπορούν να εισέρχονται στην αίθουσα περίθαλψης. Αν και το εργαλείο περιείχε μόνο 5 άμεσες ερωτήσεις κλειστού τύπου, κάποιες νοσηλεύτριες θεώρησαν χρονοβόρα τη διαδικασία διερεύνησης. Ένιωθαν ότι οι εξηγήσεις προς την ασθενή για τη διαδικασία απαιτούσαν πολύ χρόνο. Αφού ολοκλήρωσαν την πρόσθετη εκπαίδευση, όμως, αυτές

οι ίδιες νοσηλεύτριες εξέφρασαν μεγαλύτερη άνεση στη χρήση του εργαλείου και το θεώρησαν λιγότερο χρονοβόρο.

γ) Συναισθηματικά εμπόδια

Μόνο λίγες από τις νοσηλεύτριες εξέφρασαν άνεση να χρησιμοποιήσουν το εργαλείο διερεύνησης. Το νοσοκομειακό προσωπικό ανέφερε έλλειψη άνεσης, συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμία μεταξύ των συναισθηματικών εμποδίων. Αν και η αρχική σειρά μαθημάτων ασχολήθηκε με την προσωπική άνεση και τις ψυχοκοινωνικές ανησυχίες που αναφέρονται στην ενδοοικογενειακή βία, γίνεται σαφές ότι αυτές οι πληροφορίες δεν μεταδόθηκαν στη μετέπειτα εκπαίδευση. Επιπλέον, παρελθοντικές προσωπικές εμπειρίες κακοποίησης ίσως εμπόδισαν κάποιες νοσηλεύτριες να εξετάσουν αυτό το θέμα σε βάθος. Η παραπάνω προσοχή εκ μέρους των εκπαιδευτών βοήθησε αυτές τις νοσηλεύτριες να ασχοληθούν με τα συγκρουόμενα συναισθήματα και να χρησιμοποιήσουν το εργαλείο με πιο εποικοδομητικό τρόπο. Ακόμη, κάποιες νοσηλεύτριες εξέφρασαν απογοήτευση όταν μια αναγνωρισμένη κακοποιημένη γυναίκα αρνιόταν τις παραπομπές για βοήθεια και αποθαρρύνονταν να συνεχίσουν τη συνεργασία μαζί της.

Υπάρχουν ορισμένα κοινωνικά θέματα, όπως η ενδοοικογενειακή βία που επηρεάζουν βαθιά και με ποικίλους τρόπους τους επαγγελματίες υγείας. Για τις νοσηλεύτριες, οι ανάγκες τους για πληροφορίες είναι ευκολότερο να εκφραστούν, περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές και πιο συγκεκριμένες. Η εξερεύνηση των προσωπικών συναισθημάτων, είτε επειδή μία νοσηλεύτρια είχε στο παρελθόν ή στο παρόν εμπειρία ως κακοποιημένο άτομο, είτε έχει προκατάληψη εναντίον των ατόμων που έχουν κακοποιηθεί, είναι ακόμα πιο δύσκολη. Η ανησυχία για τα θέματα της ενδο-οικογενειακής βίας δεν είναι ασυνήθιστη, ιδιαίτερα αν κάποιο άτομο είχε μια εμπειρία ή έχει στενή σχέση με κάποιον που έχει υποστεί κακοποίηση. Τα θέματα αυτά συχνά προκαλούν διστακτικά συναισθήματα και συγκρούσεις από τα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στην ιατρική περίθαλψη. Άσχετα από το φύλο ή την ηλικία των εργαζομένων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, αυτοί θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση στη συμβουλευτική, όταν η διερεύνηση εντοπίζει τα κακοποιημένα άτομα. Τα προσωπικά συναισθήματα που έχουν σχέση με την κακοποίηση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται μέσω της αυτοεπίγνωσης και της αυτοκριτικής πολύ πριν ξεκινήσει η διαδικασία της διερεύνησης σε οποιαδήποτε μονάδα ιατρικής περίθαλψης. Οι προσωπικές προκαταλήψεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με την κακοποίηση και δεν έχουν εξεταστεί, μπορεί να

παρεμποδίσουν τη σχέση παροχής μέριμνας και τις επαφές με μία κακοποιημένη γυναίκα που ζητάει βοήθεια. Ακόμη, μερικοί επαγγελματίες μπορεί να έχουν συναισθήματα περιφρόνησης για τα άτομα που επιτρέπουν στους εαυτούς τους να εμπλέκονται σε τέτοιες καταστάσεις. Οι ίδιες οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν παρουσιάσει τα εμπόδια σχετικά με τις εμπειρίες κακοποίησης. Αυτά τα εμπόδια είναι εκδηλώσεις προκατάληψης και περιλαμβάνουν αδιαφορία, έλλειψη κατανόησης, ελαχιστοποίηση του προβλήματος και έλλειψη χρόνου. Όλα αυτά τα εμπόδια δείχνουν πραγματική ανάγκη για μία εκπαίδευση σε βάθος προς τους εργαζομένους στην ιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, ίσως να μη δίνεται έμφαση στις πληροφορίες για την ενδοοικογενειακή βία είτε στην επίσημη είτε στην ανεπίσημη εκπαίδευση προς τους εργαζομένους παρά την πολιτική των οργανισμών που βοηθούν στη διαμόρφωση των προγραμμάτων (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Η έλλειψη έμφασης στην ενδοοικογενειακή βία συνεχίζεται σε πολλά ιδρύματα ανώτερης εκπαίδευσης. Όμως, οι εκπαιδευτές των ιατρικών επαγγελμάτων στα επίσημα προγράμματα, ίσως να μην είναι και στην καλύτερη θέση να παρέχουν την εκτεταμένη, σε βάθος εκπαίδευση για αυτό το θέμα προς τους μελλοντικούς εργαζομένους. Η πίεση του χρόνου να συμπεριληφθεί ακόμη περισσότερο περιεχόμενο στο ήδη υπερφορτωμένο πρόγραμμα είναι καταλυτική. Προτείνεται διατομεακή προσέγγιση. Οι επιστήμες της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής εργασίας και της ψυχολογίας συνεισφέρουν σημαντικό ιστορικό και έρευνα που βελτιώνουν την εξερεύνηση στα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Εκτός από τις γνώσεις χρειάζεται να εξεταστεί και ο συναισθηματικός τομέας της κακοποίησης. Θα ήταν χρήσιμο να βοηθηθούν οι εργαζόμενοι στα ιατρικά επαγγέλματα να επεξεργαστούν τα προσωπικά συναισθήματα και τις συγκρούσεις σχετικά με την κακοποίηση. Επίσης, στρατηγικές συμβουλευτικής και τεχνικές συνεντεύξεων θα ήταν καλύτερο να δοθούν μέσω μιας επίσημης, διατομεακής εκπαίδευσης. Οι συνεχιζόμενες διατομεακές προσεγγίσεις είναι απαραίτητες και στο χώρο εργασίας. Τα πρωτόκολλα είναι ανεπαρκή να αντιμετωπίσουν τα πολυπαραγοντικά θέματα της ενδο-οικογενειακής βίας. Όλες οι ομάδες επαγγελματιών που συμμετέχουν (νομικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι πνευματικής υγείας, χρειάζεται να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες στον ιατρικό χώρο όχι μόνο ικανοποιώντας τις ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών, αλλά επίσης ικανοποιώντας και τις ανάγκες εκείνων που κάνουν τη διερεύνηση (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Οι ιατροί, οι βοηθοί ιατρών, οι νοσηλεύτριες και οι ασκούμενες νοσηλεύτριες, μπορούν να ασχοληθούν καλύτερα με τις ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών με τις οποίες έρχονται καθημερινά σε επαφή. Ακόμη, αν και ο πρωταρχικός ρόλος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι να παρέχει περίθαλψη, πολύ συχνά υποτίθεται ότι οι νοσηλεύτριες έχουν έμφυτη κατανόηση, ενσυναίσθηση και καθοδηγητικό ρόλο (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Παρόλα αυτά, το πρόγραμμα εντόπισε κάποιες βασίμες αιτίες με τη μορφή εμποδίων που βιώνει το προσωπικό στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κι εξηγούν τους λόγους που η γενική διερεύνηση ίσως να μην ασκείται ευρέως. Αν και προέκυψαν καλές πληροφορίες που συνηγορούν στη σπουδαιότητα της γενικής διερεύνησης, είναι φανερό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε σημαντικά ζητήματα τα οποία έπρεπε να αντιμετωπιστούν πριν το ξεκίνημα του προγράμματος (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Σε έρευνα των Ronnberg και Hammarstrom που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Umea της Σουηδίας το 2000, παρουσιάστηκαν τα εμπόδια εντός του υγειονομικού συστήματος σχετικά με τη σεξουαλική βία.

Το θέμα αυτής της μελέτης ήταν να επιδείξει τα πιθανά εμπόδια στην αναγνώριση και παρέμβαση στο πρόβλημα της σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών και στις αντιδράσεις τους με το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης (Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., 2000).

Τα εμπόδια, όπως αναφέρονται από το προσωπικό υγείας, είναι: η έλλειψη εκπαίδευσης, τα στερεότυπα μιας «τυπικά κακοποιημένης γυναίκας», η πολύ στενή αναγνώριση του θύματος και του δράστη, οι χρονικοί περιορισμοί, ο φόβος του προβαλλόμενου θύματος και του δράστη και τα συναισθήματα μειωμένης ελπίδας και ανευθυνότητας (Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., 2000).

Τα εμπόδια, όπως αναφέρονται από τα θύματα, είναι: αρνητικές εμπειρίες και δομικοί περιορισμοί εντός του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης, ο φόβος της αντεκδίκησης από το βίαιο σύζυγο και οι ψυχολογικές επιδράσεις της φυσιολογικής διαδικασίας (Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., 2000).

Συμπερασματικά, τα εμπόδια του τομέα υγειονομικού συστήματος πρέπει να συνδέονται με 3 διαφορετικά επίπεδα (Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., 2000):

- το δομικό επίπεδο, που λιγοστεύει την αντρική δύναμη στην κοινωνία, αποτρέποντας και καταργώντας τα στερεότυπα μιας «τυπικά κακοποιημένης γυναίκας» και την πεποίθηση της παραδοσιακής υπεροχής των αντρών και του

στερεότυπου αντρικού ρόλου. Τα εμπόδια που έχουν αναφερθεί από τα θύματα είναι αρνητικές εμπειρίες και δομικοί περιορισμοί εντός του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης

- το οργανωτικό επίπεδο στην ενασχόληση με τις κακοποιημένες γυναίκες, όπου εντοπίζονται οι χρονικοί περιορισμοί και η έλλειψη πλαισίου αναγνώρισης και αντιμετώπισης του προβλήματος
- το ατομικό επίπεδο, που χρειάζεται το προσωπικό για να αποκτήσει τη γνώση και τα εφόδια που θα τους επιτρέψουν να απευθυνθούν και να δουλέψουν το κεφάλαιο της συντροφικής βίας.

Μια συστηματική επισκόπηση των μελετών για τα εμπόδια στη διερεύνηση της συντροφικής βίας έδειξε ότι οι εργαζόμενοι δίνουν μία σειρά από αιτιολογίες για να μην ρωτούν τις γυναίκες για τη συντροφική βία (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002):

- Η έλλειψη εκπαίδευσης ή εμπειρίας στη διερεύνηση
- Ο φόβος ότι θα προσβάλλουν ή θα θέσουν σε κίνδυνο τις ασθενείς
- Η έλλειψη των αποτελεσματικών παρεμβάσεων
- Οι ασθενείς που δεν αποκαλύπτουν ή δεν συμμορφώνονται με τη διερεύνηση
- Ο περιορισμένος χρόνος.

Οι γιατροί συχνά αποτυγχάνουν να υποψιαστούν τη συζυγική βία. Πολλοί αντιλαμβάνονται την οικογενειακή βία ως πολύπλοκο και πολυπρόσωπο θέμα. Νιώθουν ανίσχυροι να ασχοληθούν με το θέμα. Τα εμπόδια που παρουσιάζονται είναι τα εξής (Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000):

- Η στενή αναγνώριση από γιατρούς σε ασθενείς με παρόμοιο ιστορικό
- Μια αντίληψη συχνά στις γυναίκες γιατρούς, ότι το να ασχοληθούν με θέματα οικογενειακής βίας των ασθενών θα εκθέσει το δικό τους φόβο απέναντι στην κακοποίηση και τη δική τους έλλειψη ελέγχου προς αυτό το θέμα.
- Ο φόβος ότι θα προσβάλουν τις ασθενείς ρωτώντας τις ίδιες για ένα θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό»
- Η απροθυμία να δεχτούν τους ισχυρισμούς μιας ασθενούς για την οικογενειακή βία χωρίς συνεργασία από μια εξωτερική πηγή.
- Η έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών στον τομέα της οικογενειακής βίας.

Η διερεύνηση απαιτεί την επιλογή κατάλληλων εργαλείων και την εκπαίδευση του προσωπικού. Το προσωπικό χρειάζεται ευρύτερες γνώσεις σχετικά με την καταγραφή

του ιστορικού και του τραυματισμού, την ασφάλεια του θύματος, τη διακριτικότητα, τα νομικά ζητήματα και αναφορά-καταγγελία υποπτευόμενης εγκληματικής ενέργειας. Η εκπαίδευση πρέπει να επικεντρωθεί στα εμπόδια που υπάρχουν στο να ρωτούν για την οικογενειακή βία, συμπεριλαμβάνοντας τις αρνητικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα θύματα. Το προσωπικό που έχει υποστεί οικογενειακή βία ίσως απαιτήσει ιδιαίτερη φροντίδα. Η γνώση της δυναμικής της οικογενειακής βίας είναι σημαντική – το προσωπικό χρειάζεται να κατανοήσει ότι η οικογενειακή βία μπορεί να εκδηλωθεί ως ψυχικός ή σωματικός τραυματισμός και να δεχθεί ότι συχνά δεν υπάρχει άμεση λύση στο πρόβλημα. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι μια γέφυρα προς τις υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα εάν είναι εξειδικευμένοι με τις κατάλληλες υπηρεσίες παραπομπής μέσα στο νοσοκομείο και στην ευρύτερη κοινότητα (Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Δεν υπάρχουν απλές λύσεις στο πρόβλημα της οικογενειακής βίας κι όπως και στα άλλα θέματα δημόσιας υγείας, πρέπει να αντιμετωπιστεί σε όλα τα επίπεδα του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Οι γιατροί θα πρέπει να είναι περισσότερο δραστήριοι στη διάγνωση καταστάσεων όπου δεν υπάρχει ενδοοικογενειακή βία. Διεπιστημονική προσέγγιση χρειάζεται για να υποστηριχτούν τα θύματα και χρειάζεται επένδυση κεφαλαίων στην εκπαίδευση και την έρευνα, ώστε να ενημερωθούν οι επαγγελματίες υγείας για την καλύτερη πρακτική (Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Παρά την αυξημένη υποστήριξη και τις συστάσεις για διερεύνηση της ενδο-οικογενειακής βίας στις ασθενείς, οι περισσότεροι ιατροί δεν ρωτούν τις ασθενείς τους. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες που έχουν υλοποιηθεί κυρίως στις Η.Π.Α. μόνο ένας στους 10 ιατρούς ρώτησε τις ασθενείς για την ενδοοικογενειακή βία και μόνο το 1/3 των οργανισμών περίθαλψης είχαν στρατηγικές, γραμμές καθοδήγησης ή υλικό για διερεύνηση της ενδο-οικογενειακής βίας. Όταν ερωτήθηκαν, οι ιατροί παρέθεσαν αναρίθμητα εμπόδια με τα κυριότερα να είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη εκπαίδευσης και πηγών βοήθειας, ο φόβος προσβολής της ασθενούς, η ανικανότητα να «διορθώσουν» το πρόβλημα και η πεποίθηση ότι η κατάσταση για την ασθενή δεν θα αλλάξει. Αυτές οι πληροφορίες δείχνουν ότι οι ανησυχίες των ιατρών βασίζονται, τουλάχιστον εν μέρει, στη μακροχρόνια άποψη ότι η κακοποίηση από το σύντροφο είναι ζήτημα ταμπού κι ότι η παρέμβαση απαιτεί περισσότερο χρόνο και πηγές βοήθειας απ' ότι οι ιατροί μπορούν να δώσουν (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Σε έρευνα των Elliot, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P. που διεξήχθη το 2002 στο Σικάγο των Η.Π.Α. με εθνικό δείγμα 1.000 ιατρών σε 4 ειδικότητες που είναι πιθανό να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν αρχικά τις κακοποιημένες γυναίκες, στόχος ήταν να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συσχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά διερεύνησης της ενδο-οικογενειακής βίας από τους ιατρούς και τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια για τη διερεύνηση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως οι ιατροί πίστευαν ότι είχαν τόση ευθύνη να ασχοληθούν με το πρόβλημα της ενδο-οικογενειακής βίας όσο και με τα άλλα κλινικά προβλήματα (81%), αλλά μόνο το 27% ένιωθαν σίγουροι για την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν τα θύματα. Σχεδόν οι μισοί (45%), ένιωθαν ότι είχαν ανεπαρκείς πηγές βοήθειας για να βοηθήσουν τα αναγνωρισμένα θύματα. Ανησυχία μήπως οι ερωτήσεις για την ενδοοικογενειακή βία προσβάλλουν ή εξοργίσουν τις ασθενείς εκφράστηκε από το 1/3 και το 41% δήλωσαν ότι συνήθως ξεχνούσαν να ρωτήσουν για την ενδοοικογενειακή βία. Το 13,6 % ανέφεραν μία προσωπική τους ιστορία σχέσης κακοποίησης. Από αυτούς, το 52% ήταν άντρες, που αντιπροσώπευαν το 10% των αντρών που συμμετείχαν στη μελέτη. Το 48% ήταν γυναίκες, αντιπροσωπεύοντας το 20% των γυναικών που ανταποκρίθηκαν (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

Εντοπίστηκαν μια σειρά από εμπόδια για τη διερεύνηση της ενδο-οικογενειακής βίας. Παρά τις μελέτες που δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν ενοχλούνται όταν τις ρωτούν για την κακοποίηση, ο φόβος παραμένει ότι τέτοιες ερωτήσεις θα προσβάλλουν τις ασθενείς. Παρομοίως παραμένει η λανθασμένη αντίληψη ότι οι κακοποιημένες γυναίκες θα δώσουν με τη θέλησή τους το ιστορικό της βίας. Πολλοί ιατροί δήλωσαν πως συνήθως ξεχνούσαν να ρωτήσουν για την κακοποίηση, υποδηλώνοντας το σημαντικό ρόλο που παίζουν τα διαγράμματα/ πίνακες υπενθυμίσεων ή τα κουτιά ελέγχου με τυποποιημένες φόρμες ιστορικού. Τέτοιες μορφές υπενθύμισης έχουν αποδειχθεί ότι αυξάνουν τον εντοπισμό της ενδο-οικογενειακής βίας σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

Αν και προτείνεται από διάφορους ιατρικούς οργανισμούς, όπως ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (American Medical Association), να γίνεται διερεύνηση για κακοποίηση από το σύντροφο σε πολλαπλά επίπεδα, υπάρχουν πολλές ατέλειες στην τρέχουσα διερεύνηση και στην πρακτική της παρέμβασης. Διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματικότητα της τρέχουσας πρακτικής συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την επικράτηση, τη

διάρκεια και τη σοβαρότητα της κακοποίησης από το σύντροφο, τις παραπλανητικές πεποιθήσεις των γιατρών αναφορικά με την επιθυμία του θύματος να αποκαλύψει την κακοποίηση και τα εμπόδια που το ίδιο το θύμα νιώθει όταν αποφασίζει εάν θα αποκαλύψει τη βία που υφίσταται από το σύντροφο(Griffin, M., Koss, M., 2002).

Υπάρχει μέτρια συναίνεση στην ιατρική κοινότητα σχετικά με την αναγκαιότητα για κλινική παρέμβαση σε υποθέσεις κακοποίησης. Όμως για διάφορους λόγους όπως η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την επικράτηση, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της βίας που υφίστανται οι ασθενείς, είναι δύσκολο να καταγραφούν οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για να ασχοληθούν επαρκώς με αυτά τα προβλήματα. Το αποτέλεσμα της έλλειψης πληροφοριών κι άλλα εμπόδια δημιουργούν ένα χαμηλό επίπεδο επιτυχίας στο να πειστούν οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας να κάνουν διερεύνηση και να θεραπεύσουν την κακοποίηση από το σύντροφο. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζεται είναι πως οι επαγγελματίες υγείας δεν αφιερώνουν χρόνο για να κάνουν ερωτήσεις στις ασθενείς γύρω από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Συχνά νιώθουν το χρόνο να τους πιέζει, δεν θέλουν να εισβάλλουν στην ιδιωτική ζωή του ατόμου, πιστεύουν πως δεν γνωρίζουν τι να κάνουν εάν το άτομο αποκαλύψει την κακοποίηση και ίσως σκέφτονται ότι δεν μπορούν να επιφέρουν καμία βελτίωση στην κατάσταση της ασθενούς(Griffin, M., Koss, M., 2002).

Η βία, οποιασδήποτε μορφής, είναι τόσο μια ενοχλητική παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όσο και μια θλιβερή κατάσταση για το άτομο που προσπαθεί να αποκαλύψει το γεγονός σε μια προσπάθεια να αναζητήσει βοήθεια. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών έχουν μια μοναδική δυνατότητα να αξιολογήσουν και να εντοπίσουν τις γυναίκες που υποφέρουν από τις συνέπειες της κακοποίησης. Η στάση των επαγγελματιών απέναντι σε μια κακοποιημένη γυναίκα μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη διερεύνηση και φροντίδα αυτών των θυμάτων. Πολύ συχνά, όταν μια κακοποιημένη γυναίκα παρουσιαστεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, θυματοποιείται περισσότερο και «τραυματίζεται» από τη συμπεριφορά και τη στάση των εργαζομένων στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης. Αρκετοί παράγοντες έχουν ανακύψει που ίσως παρεμποδίζουν τη νοσοκόμα να ασχοληθεί αποτελεσματικά με την κακοποιημένη γυναίκα. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και την έλλειψη ιδιωτικού χώρου και χρόνου για τη διερεύνηση και αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς(Corbally, M.,2001).

Υπάρχουν διάφορα εμπόδια που παρεμποδίζουν τις νοσηλεύτριες να αξιολογήσουν αποτελεσματικά μια γυναίκα για συμπτώματα και σημάδια βίας από το σύντροφό της. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας ως προς την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποιημένης γυναίκας. Σύμφωνα με τον Peckover (1998), όλες οι γυναίκες δυσκολεύονται να συζητήσουν το θέμα της κακομεταχείρισής τους. Ψυχολογικά, σωματικά και συναισθηματικά εμπόδια είναι οι αιτίες που επισημαίνονται από τη βιβλιογραφία και είναι επίσης παράγοντες που παρεμποδίζουν τις κακοποιημένες γυναίκες να αποκαλύψουν την κακοποίησή τους και να αναζητήσουν βοήθεια. Για αυτό το λόγο πολλές ασθενείς προτιμούν να ερωτώνται από τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, παρά να φέρνουν το θέμα για συζήτηση από μόνες τους (Corbally, M., 2001).

2.4.1. Οι παράγοντες παρεμπόδισης των γυναικών-θυμάτων συντροφικής βίας στην αποκάλυψη του προβλήματος

Η αποτυχία αναγνώρισης της συντροφικής βίας στο ιατρικό περιβάλλον προέρχεται είτε από έλλειψη επαρκούς διερεύνησης είτε από το δισταγμό των θυμάτων να αποκαλύψουν πράξεις βίας όταν ερωτηθούν. Τα εμπόδια που νιώθουν οι γυναίκες για να κάνουν την αποκάλυψη είναι πραγματικά και πρέπει να αντιμετωπίζονται ώστε οποιαδήποτε μέθοδος διερεύνησης να δώσει ορθά συμπεράσματα (Griffin, M., Koss, M., 2002).

- Ο φόβος είναι το πρώτο εμπόδιο που πρέπει να ξεπεράσουν τα περισσότερα θύματα όταν επιλέξουν να αποκαλύψουν την κακοποίηση. Αυτός ο φόβος είναι πολυδιάστατος. Το θύμα δεν φοβάται μόνο ότι ο σύντροφος της που την κακοποιεί θα την εκδικηθεί επειδή ομολογεί οικογενειακά μυστικά, αλλά επίσης φοβάται να αναμίξει το γιατρό ή την αστυνομία στην προσωπική της κατάσταση. Ακόμη, φοβάται μήπως κατηγορηθεί ή στιγματιστεί από τις αρχές ή το γιατρό που την ρωτούν για την κακοποίηση. Πολλές γυναίκες έχουν μάθει από προηγούμενη ατυχή αντιμετώπιση της αστυνομίας, η οποία καλείται ύστερα από τηλεφωνήματα για οικογενειακή κακοποίηση, ότι η επιβεβαίωση της κακοποίησης ακόμη αντιμετωπίζεται συχνά από σκεπτικισμό. Ο σκεπτικισμός μπορεί να συνεχιστεί και στις νομικές διαδικασίες ακόμη και αν υπάρχουν σωματικές αποδείξεις που στηρίζουν τον ισχυρισμό για κακομεταχείριση. Συνεπώς, πολλές γυναίκες προσπαθούν να αποφύγουν την ανάμιξη άλλων προσώπων, πιστεύοντας ότι δεν μπορούν να τις βοηθήσουν (Griffin, M., Koss, M., 2002).

- Οι πολιτισμικές διαφορές είναι ένα δεύτερο εμπόδιο που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες όταν αποφασίζουν εάν θα αποκαλύψουν την κακοποίηση. Νιώθουν πως ο ειδικός στο χώρο της υγείας δεν θα καταλάβει τη συγκεκριμένη κουλτούρα τους ή μπορεί να έχουν μια πολιτισμικά διαμορφωμένη αντίληψη που αποδέχεται τη συμπεριφορά του συντρόφου τους ως φυσιολογική. Ο πολιτισμός και η κουλτούρα διαμορφώνει αυτό που οι άνθρωποι προσδιορίζουν ως αποδεκτό και μη αποδεκτό στις σχέσεις, αυτό που νιώθουν να προκαλεί τη βία που ξεπερνάει τα ελάχιστα επίπεδα, την κατάλληλη αντίδραση στη βία και το ποιος είναι σε θέση να βοηθήσει σε μια τέτοια κατάσταση. Αυτό που δεν θεωρείται αποδεκτό σε ένα πολιτισμό μπορεί να είναι φυσιολογικό σε έναν άλλο. Υπάρχουν λοιπόν διαφορετικές προσδοκίες σε διαφορετικά νοικοκυριά και πολλά θύματα κακοποίησης από το σύντροφο διατηρούν μια άποψη που βασίζεται στον πολιτισμό τους και η οποία ελαχιστοποιεί τη συμπεριφορά του δράστη (Griffin, M., Koss, M., 2002).
- Η εξάρτηση από το δράστη είναι ένα τρίτο εμπόδιο. Η εξάρτηση μπορεί να είναι οικονομική, κοινωνική, ψυχολογική ή συνδυασμός των παραπάνω. Έτσι γίνεται δύσκολο να αποκαλύψει η ασθενής τη συντροφική βία στον επαγγελματία υγείας ή στις αρχές (Griffin, M., Koss, M., 2002).
- Αισθήματα αποτυχίας είναι συνηθισμένα στα θύματα κακοποίησης από το σύντροφο που συχνά νιώθουν υπεύθυνες για την κακοποίηση. Αυτή η πεποίθηση μπορεί να προκύψει από το δράστη που κατηγορεί συνεχώς το θύμα και τις αρχές. Εάν το θύμα έχει συναισθήματα αποτυχίας σχετιζόμενα με την κακοποίηση, δεν νιώθει άνετα να εμπιστευτεί κανένα, προτιμώντας να δουλέψει σκληρότερα και να αλλάξει αυτό που συμβαίνει (Griffin, M., Koss, M., 2002).
- Υποσχέσεις για αλλαγή ή η ελπίδα για αλλαγή είναι το τελικό εμπόδιο. Ίσως ο δράστης έχει τύψεις και απολογείται για την κακοποίηση, δικαιολογείται κι εξηγεί ότι δεν θα ξανασυμβεί, φέρνει δώρα ή προσφέρεται να δουλέψει σκληρά για να αντισταθμίσει αυτό που έχει κάνει. Αν και οι δράστες ίσως είναι ειλικρινείς εκείνη τη στιγμή, λίγοι είναι ικανοί να σταματήσουν τη βία χωρίς εξωτερική βοήθεια. Η πλειοψηφία των δραστών, όμως, χρησιμοποιεί τις τύψεις ως ένα ακόμη εργαλείο να χειρίζονται τα θύματα τους, να συνεχίζουν να μένουν μαζί τους και να μην αναφέρουν τη βία στις αρχές (Griffin, M., Koss, M., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στο πρόβλημα

3.1. Η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας στο πρόβλημα

Στην Ελλάδα δεν έχουμε τρέχουσες πρακτικές του νοσοκομειακού προσωπικού όσον αφορά την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας. Στις Η.Π.Α. έχει ερευνηθεί η κλινική ανταπόκριση προς τις κακοποιημένες γυναίκες ξεκινώντας από την υπόθεση ότι η έμφαση στην ασφάλεια, την υποστήριξη και την ενίσχυση η οποία κατευθύνει το κίνημα του καταφυγίου των κακοποιημένων γυναικών είναι επίσης η πιο κατάλληλη για τους επαγγελματίες υγείας. Όπως φαίνεται, η τρέχουσα κλινική ανταπόκριση απέναντι στην κακοποίηση εναλλάσσεται μεταξύ μιας στενής κλινικής εστίασης στα σωματικά τραύματα πέρα από το κοινωνικό πλαίσιο και της προσέγγισης που στιγματίζει τις κακοποιημένες γυναίκες, έτσι ώστε να φαίνονται αυτές υπεύθυνες για την ενδο-οικογενειακή βία. Για να προσδιοριστεί εάν, και κάτω από ποιες συνθήκες μια φεμινιστική προοπτική μπορεί να δράσει σε ένα ιατρικό περιβάλλον ερευνούμε το βαθμό στον οποίο οι υπάρχουσες αντιδράσεις βασίζονται στην παραπληροφόρηση, στη σεξιστική προκατάληψη ή στη δομή της ιατρικής γνώσης και πρακτικής (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Παρατηρώντας 2 διαφορετικές μελέτες από τον τομέα των επειγόντων περιστατικών, αξιολογείται εάν και σε ποιο βαθμό οι κλινικοί ή οι κακοποιημένες γυναίκες είναι ικανοί να δουλέψουν για μια παρέμβαση που αναμένεται λογικά να προλάβει ή τουλάχιστον να μειώσει την υπάρχουσα κακοποίηση (Kurz, D. and Stark, E., 1988). Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά οι δύο αυτές μελέτες:

i. Η μελέτη New Haven

Η συγκεκριμένη μελέτη αξιολόγησε την ιατρική αντίληψη κατά τη διάρκεια του χρόνου προς κακοποιημένες και μη κακοποιημένες γυναίκες καταγράφοντας στοιχεία από τα ιατρικά αρχεία. Οι πληροφορίες εξετάστηκαν ώστε να διαφωτίσουν τις συναντήσεις ιατρών – πελατών, τη σχέση της γυναίκας με το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του χρόνου, τον τρόπο που επικοινωνούν οι κλινικοί μεταξύ τους γύρω από το θέμα κακοποίησης και τη πιθανή επίδραση των υπάρχουσών παρεμβάσεων στην πορεία κακοποίησης (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Στόχευε σε ένα δείγμα 3.676 ασθενών που επιλέχθηκαν τυχαία ανάμεσα στις γυναίκες που παρουσιάστηκαν στην υπηρεσία επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου με τραύματα ή παράπονα για τραυματισμό κατά τη διάρκεια ενός έτους, χρησιμοποιώντας τα ιατρικά αρχεία αυτών των γυναικών, κάθε τραυματικό επεισόδιο μετά την ηλικία των 16 ετών, αξιολογήθηκε και κατατάχθηκε σε μια από τις ομάδες που βασίζεται στην πιθανότητα ή τον κίνδυνο από βίαιη επίθεση του συντρόφου (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Τα ευρήματα της μελέτης εμφανίζουν την ακόλουθη συνέχεια. Ξεκινώντας από τη θεραπεία των συμπτωμάτων η ιατρική περίθαλψη εξελίσσεται προς την καταγραφή και ψυχιατρική παραπομπή καθώς ανακύπτουν δευτερεύοντα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Καθώς το κλινικό προφίλ γίνεται πιο περίπλοκο – συχνά συμπεριλαμβάνοντας απόπειρες αυτοκτονίας – η κοινωνική υπηρεσία κάνει κάθε προσπάθεια για να κρατήσει την οικογένεια ενωμένη ως το καλύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο να διαχειρίζονται τα προβλήματα της γυναίκας. Εικάζεται ότι αυτό το σχήμα ανταπόκρισης ίσως στην πραγματικότητα προωθεί την εξέλιξη της κακοποίησης. Όταν η κακοποίηση αντιμετωπίζεται συμπτωματικά και η γυναίκα απλά στέλνεται σπίτι « τα ατυχήματα» συνεχίζονται. Η επαναλαμβανόμενη αναζήτηση βοήθειας στιγματίζει τις κακοποιημένες γυναίκες και η επιμονή τους παρεξηγείται ως πρόβλημα. Στο μεταξύ τα γενικά παράπονα και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συσσωρεύονται στο πλαίσιο συνεχιζόμενης βίας δίνουν στους κλινικούς γιατρούς έναν τρόπο χειρισμού για να εξηγήσουν τα πολλαπλά ατυχήματα και ταυτόχρονα να τα εκλογικεύσουν περιορίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την πρόσβαση της γυναίκας προς τις πηγές βοήθειας. Καθώς αυξάνεται το αίσθημα της παγίδευσης η αναζήτηση βοήθειας των γυναικών μπορεί να γίνει πιο απελπισμένη και τα προβλήματα μπορεί να εξελίσσονται από την κατάχρηση φαρμάκων έως τις πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας και τη χρήση αλκοόλ. Αλλά η παρέμβαση για τη διαχείριση της κρίσης αφορά «τιμωρίες» απέναντι στη γυναίκα και στα παιδιά, με την απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι και με την εισαγωγή γυναικών στο νοσοκομείο χωρίς απόδειξη ψυχιατρικής ασθένειας (Kurz, D. and Stark, E. 1988).

Η μελέτη New Haven καταγράφει το «σύνδρομο κακοποίησης» το οποίο περιλαμβάνει ιστορικό ιατρικής αμέλειας, ακατάλληλη αντιμετώπιση, στιγματισμό και τιμωρητικές παρεμβάσεις που συνοδεύουν την κλιμάκωση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από την κακοποίηση εικάζουν ότι οι γιατροί κάνουν διάγνωση της κακοποίησης μέσα στην οποία τα ψυχοκοινωνικά

προβλήματα όπως αλκοολισμός ή κατάθλιψη θεωρούνται ως αιτίες της κακοποίησης και ότι η γυναίκα – όχι ο δράστης ή η βία του – θεωρείται ως άρρωστη (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Ουσιαστικά αυτή η μελέτη έδωσε έμφαση στην υπάρχουσα αντιμετώπιση από τον ιατρικό χώρο στο θέμα της ενδοοικογενειακής βίας και όχι τόσο στην πρόληψή της (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

ii. Η μελέτη Philadelphia

Η ομάδα Philadelphia μελέτησε κακοποιημένες γυναίκες και την ιατρική αντίδραση στις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών 4 νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες επιλέχθηκαν ώστε να αντανakλούν ποικιλία στην εθνικότητα και την κοινωνική τάξη των κακοποιημένων γυναικών. Όταν οι ερευνητές γνωρίστηκαν με το προσωπικό, παρουσιάστηκε μια σύντομη πληροφόρηση για την κακοποίηση περιλαμβάνοντας μια συζήτηση των κοινωνικών αιτιών της. Επιπλέον, το προσωπικό σε 2 από αυτές τις υπηρεσίες συμπλήρωσε ερωτηματολόγια για την κακοποίηση πριν από τη φάση της έρευνας. Οι ερευνητές παρακολούθησαν τις υποθέσεις όλων των γυναικών ασθενών οι οποίες είχαν εξεταστεί από τους επαγγελματίες υγείας σε διάφορες βάρδιες. Μια γυναίκα θεωρούταν κακοποιημένη αν ανέφερε στο προσωπικό ότι είχε κακομεταχειριστεί από το σύντροφό της. Βασιζόμενοι σε αυτόν τον ορισμό ερευνήθηκαν οι συναντήσεις ανάμεσα σε 98 κακοποιημένες γυναίκες και το προσωπικό, για μια χρονική περίοδο 2 έως 5 μηνών σε κάθε νοσοκομείο. Οι ερευνητές παρακολούθησαν στενά, όσο το δυνατό μπορούσαν, τη συνάντηση και μόλις αυτή τελείωνε έπαιρναν συνέντευξη από το προσωπικό κρατώντας λεπτομερείς σημειώσεις. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στο τι ειπώθηκε και τι έγινε, ποια σωματική διάγνωση έγινε, εάν το προσωπικό πίστευε ότι είχε συμβεί κακοποίηση και πως η συγκεκριμένη υπόθεση συγκρινόταν με άλλες υποθέσεις κακοποίησης (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Τα ευρήματα παρέχουν επιπλέον αποδείξεις ακατάλληλων ιατρικών αντιδράσεων και δείχνουν το πώς αυτές οι αντιδράσεις σχετίζονται με τις αντιλήψεις που έχουν οι γιατροί για την κακοποίηση και τις κακοποιημένες γυναίκες ως ασθενείς. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η κακοποίηση είτε διαψεύδεται, είτε δεν αναγνωρίζεται η σημασία της αν και η πλειοψηφία αυτών που ερωτήθηκαν θεωρούν την αναγνώριση της κακοποίησης ως μέρος της δουλειάς τους. Η πιθανότητα ότι αυτή η αντίληψη

αντανακλά παραπληροφόρηση μειώθηκε από το προσωπικό που ερωτήθηκε για την κακοποίηση πριν από τη φάση της παρατήρησης(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Γίνεται φανερό ότι η κακοποίηση δεν είναι θέμα υψηλής προτεραιότητας για το προσωπικό επειγόντων περιστατικών(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Οι γιατροί πιστεύουν ότι η αληθινή τους εργασία είναι «η διάσωση ζωών που βρίσκονται σε κίνδυνο» και όλη η υπόλοιπη εργασία έχει λιγότερη προτεραιότητα, κι ενώ πολλοί τραυματισμοί είναι σοβαροί σπάνια απειλούν τη ζωή και ο ορισμός που δίνει η γυναίκα για την κατάστασή της ως κατάσταση κρίσης δε γίνεται συχνά αποδεκτός. Όλο αυτό, όμως, δεν εξηγεί την απόρριψη της κακοποίησης ή το στιγματισμό των κακοποιημένων γυναικών, ότι κρύβονται και επιστρέφουν πάλι στην αρχική κατάστασή τους. Εδώ φαίνεται ότι το προσωπικό γενικεύει τις εμπειρίες του από μια μειοψηφία κακοποιημένων γυναικών προς ολόκληρη την ομάδα. Τα στερεότυπα που βασίζονται στα προβλήματα που έχουν οι γιατροί για τις κακοποιημένες γυναίκες χρησιμοποιούνται για να δώσουν μια λογική εξήγηση στην αποφυγή ενασχόλησής τους με ένα δύσκολο θέμα. Αυτό που ξεκινάει ως ένας τρόπος να αντιμετωπίσουμε μια συγκεκριμένη υποκατηγορία ασθενών γενικεύεται ώστε να βοηθήσει το προσωπικό να αντιμετωπίσει μια μεγαλύτερη «γκάμα» θεμάτων που θέτει η κακοποίηση στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης. Πολλές κακοποιημένες γυναίκες συμπεριφέρονται με τρόπους που οι γιατροί θεωρούν ως μη συνεργάσιμους, ασεβείς και μη – φεμινιστικούς. Πέρα από αυτό κάποιοι από το προσωπικό νιώθουν άβολα με το θέμα της βίας κατά των γυναικών ή άλλοι θεωρούν τα ερωτήματα γύρω από την κακοποίηση σαν εισβολή στις προσωπικές υποθέσεις και ότι δεν είναι δική τους δουλειά αυτό. Κατηγορώντας το θύμα, τα στερεότυπα εκλογικεύουν την έλλειψη κατάλληλης κλινικής ανταπόκρισης και ενσωματώνουν την κοινωνική θέση της γυναίκας σε παραδοσιακούς ιατρικούς όρους, ότι αυτή είναι το πρόβλημα παρά ότι το πρόβλημα δημιουργείται από το δράστη. Αυτό όμως είναι ένας άσχημος τρόπος να λυθεί η ένταση που νιώθουν οι επαγγελματίες όσον αφορά την αναγνώριση της κακοποίησης και πώς να κάνουν τη δουλειά τους. Αυτά τα στερεότυπα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα διότι αντανακλούν τις ικανότητες των κακοποιημένων γυναικών. Αξιόπιστες συγκριτικές μελέτες κακοποιημένων γυναικών δείχνουν ότι αυτές έχουν μια καλύτερη αίσθηση της πραγματικότητας από τους δράστες κι είναι πιο κοινωνικές και συμπνετικές από ότι οι ομάδες ελέγχου. Ενώ οι κακοποιημένες γυναίκες στα ιδρύματα ψυχικής υγείας έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να κατηγορούν

τους εαυτούς τους για τη βία, αυτό δεν αληθεύει για τις κακοποιημένες γυναίκες γενικά(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Η μελέτη της Philadelphia δείχνει τον τρόπο που ξεδιπλώνεται η διαδικασία μέσω ατομικών συναντήσεων, αν και το προσωπικό τυπικά πιστεύει ότι η κακοποίηση είναι ιατρικό πρόβλημα που στιγματίζει τις κακοποιημένες γυναίκες. Έπειτα, γενικεύοντας την εμπειρία τους με μια μη – συνεργάσιμη μειοψηφία γυναικών αντιμετωπίζουν την πλειοψηφία κακοποιημένων γυναικών ως «σκόπιμα αποκλίνουσες», ως ανθρώπους οι οποίες επειδή αρνούνται να αλλάξουν την κατάστασή τους, προκαλούν οι ίδιες τα προβλήματά τους κι έτσι δεν έχουν κανένα νόμιμο δικαίωμα στις ιατρικές πηγές βοήθειας(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Η αμεσότερη εξήγηση για την κλινική αντίδραση είναι ότι οι ειδικοί έχουν έλλειψη ορθής τεχνικής γνώσης για την κακοποίηση. Εάν η παραπληροφόρηση είναι το πρόβλημα, η λύση βρίσκεται στην κλινική ενημέρωση και διερεύνηση του ορισμού της καλής επαγγελματικής πρακτικής ώστε να συμπεριληφθούν ακόμη πιο κατάλληλες αντιδράσεις. Η έμφαση εδώ δίνεται πρωταρχικά στην τεχνική γνώση(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Μια δεύτερη εξήγηση προέρχεται από το κίνημα της γυναικείας υγείας το οποίο προσδιορίζει το πρόβλημα ως προσωπική προκατάληψη ή την επικράτηση του σεξισμού στο ιατρικό επάγγελμα. Οι κλινικές υγείας που διοικούνται από γυναίκες, προσφέρουν μια εναλλακτική δυνατότητα αν και η έμφασή τους στα γυναικολογικά θέματα περιορίζει την τρέχουσα χρησιμότητά τους για τις κακοποιημένες γυναίκες. Περισσότερο σχετικές είναι οι μεταρρυθμίσεις μέσα στο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης που θα δώσουν στις γυναίκες μεγαλύτερο βήμα στο να προσδιορίσουν τις επιλογές τους (ενίσχυση δύναμης), στην μεταφορά της εξουσίας από τους άντρες ιατρούς στις νοσηλεύτριες και στις κοινωνικούς λειτουργούς στις περιπτώσεις κακοποίησης και να εισάγουν πρωτόκολλα στα οποία τα καταφύγια γυναικών έχουν κεντρική θέση. Η μεταρρύθμιση της επαγγελματικής εκπαίδευσης είναι επίσης το κλειδί. Αλλά εδώ η έμφαση δίνεται λιγότερο στην τεχνική γνώση (όπως το να μάθουν να αναγνωρίζουν την κακοποίηση) και περισσότερο στο να κατανοήσουν οι επαγγελματίες πως το φύλο επηρεάζει τα προβλήματα υγείας των γυναικών και την τρέχουσα κλινική πρακτική(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Ως προς τους δομικούς περιορισμούς, η ιατρική προσέγγιση μειώνει την αντρική βία σε βιολογικούς ή ατομικούς παράγοντες καταστάσεων και εστιάζει την πρόληψη στο ατομικό επίπεδο. Αυτή η εστίαση ελαχιστοποιεί τις ιστορικές και κοινωνικές

διαστάσεις των γυναικείων εμπειριών που είναι τόσο κρίσιμες για την κατανόηση και κατάλληλη ανταπόκριση στη γυναικεία κακοποίηση. Οι ειδικοί μαθαίνουν να κατατάσσουν την κακοποίηση σε κατηγορίες μαζί με τις άλλες ασθένειες. Εάν οι κακοποιημένες γυναίκες γίνονται δεκτές όπως και οι άλλοι ασθενείς που απαιτούν θεραπεία ή ως θύματα που απαιτούν διάσωση, οι κλινικές παρεμβάσεις αναπόφευκτα αναπαράγουν και επεκτείνουν τη γυναικεία εξάρτηση (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Από αυτή την άποψη δεν αρκεί η επικέντρωση στην τεχνική εκπαίδευση ή στη σεξιστική προκατάληψη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ή στο πως και από ποιόν μοιράζεται / κατανέμεται η ιατρική περίθαλψη. Αντί αυτού πρέπει να εξεταστούν η δομή και ο σκοπός των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών περικλείοντας την υπόθεση ότι μια επέκταση των κοινωνικών υπηρεσιών για τις κακοποιημένες γυναίκες είναι μια επαρκή απάντηση στα προβλήματα που βασίζονται στην ανισότητα. Ενώ η αντίδραση σε καταστάσεις κρίσεων θα πρέπει να βελτιωθεί, η πρόληψη της κακοποίησης απαιτεί τον επαναπροσδιορισμό της υγειονομικής φροντίδας (Kurz, D. and Stark, E., 1988).

3.2. Η αναγνώριση και η διερεύνηση της συντροφικής βίας στις ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας

Η διερεύνηση της συντροφικής βίας στις ασθενείς από επαγγελματίες στο χώρο της υγείας αυξάνει την αναγνώριση του συγκεκριμένου προβλήματος και πολλές κακοποιημένες βοηθούνται με αυτήν τη διαδικασία. Όμως, υπάρχουν ανεπαρκείς αποδείξεις που να δείχνουν εάν η διερεύνηση και η παρέμβαση μπορούν να οδηγήσουν σε βελτιωμένα αποτελέσματα για τις κακοποιημένες γυναίκες (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Γι' αυτόν το λόγο, αξιολογήθηκαν τα στοιχεία για τη διερεύνηση της συντροφικής βίας στον ιατρικό χώρο για την εθνική επιτροπή διερεύνησης της Αγγλίας. Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική επισκόπηση δημοσιευμένων μελετών, από τους Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., το 2002. Συμπεριλήφθηκαν έρευνες που απέσπασαν τις αντιλήψεις των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας για τη διερεύνηση της κακοποίησης των γυναικών ασθενών στον ιατρικό χώρο, συγκριτικές μελέτες που διεξήχθησαν σε ιατρικό περιβάλλον και κατέγραψαν τα ποσοστά αναγνώρισης της συντροφικής βίας με την παρουσία και την απουσία της διερεύνησης, καθώς και μελέτες που μέτρησαν τα αποτελέσματα των

παρεμβάσεων στις γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση από τον τωρινό ή τον πρώην σύντροφο συγκρινόμενα με αυτά των κακοποιημένων γυναικών που δεν έλαβαν καμία παρέμβαση (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Οι ερευνητές, αφού εξέτασαν τα στοιχεία, επέλεξαν να εστιάσουν σε 3 κριτήρια της επιτροπής για να συγκροτήσουν ένα πρόγραμμα διερεύνησης. Πρώτον, η δοκιμασία της διερεύνησης πρέπει να είναι αποδεκτή από τον πληθυσμό. Δεύτερον, πρέπει να υπάρχουν ενδείξεις που να δείχνουν ότι το πλήρες πρόγραμμα διερεύνησης είναι αποδεκτό από τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Τρίτον, πρέπει να υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία ή παρέμβαση στο πρόβλημα. Επίσης, εξέτασαν εάν τα προγράμματα διερεύνησης αυξάνουν το ποσοστό των γυναικών που αναγνωρίζονται ως θύματα συντροφικής βίας (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε πως περίπου οι μισές έως τα 3/4 των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα πιστεύουν ότι η διερεύνηση για συντροφική βία είναι αποδεκτή σε ιατρικό περιβάλλον, με μεγαλύτερη αναλογία στις γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση. Σε δύο έρευνες στους εργαζόμενους, μόνο η μειοψηφία των ιατρών και οι μισές νοσηλεύτριες ήταν υπέρ της διερεύνησης. Μια πρόσφατη μελέτη στην Αγγλία, επίσης έδειξε ότι η μειοψηφία των εργαζομένων επιθυμούν να διερευνήσουν τις γυναίκες για ιστορικό συντροφικής βίας. Στην επισκόπηση παρατηρήθηκε πως τα προγράμματα διερεύνησης γενικά αύξησαν τα ποσοστά αναγνώρισης των γυναικών που έχουν κακοποιηθεί, όταν η διερεύνηση έγινε σε κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Επίσης, περιλήφθηκαν παρεμβάσεις που αφορούσαν αποκλειστικά την εκπαίδευση των εργαζομένων, χωρίς συγκεκριμένα πρωτόκολλα ή ερωτήσεις διερεύνησης. Η εκπαίδευση των εργαζομένων για τη συντροφική βία δεν επέφερε ως αποτέλεσμα την αύξηση της αναγνώρισης των γυναικών που έχουν κακοποιηθεί. Συνολικά, το μέγεθος της βελτιωμένης αναγνώρισης ως αποτέλεσμα προγράμματος διερεύνησης ήταν μέτριο και δεν βρέθηκαν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν, καθώς οι περισσότερες μελέτες δεν καταμέτρησαν τα ποσοστά πέρα από την αρχική εφαρμογή.

Εκτός από την αυξημένη παραπομπή για βοήθεια σε εξωτερικές υπηρεσίες, υπάρχουν λίγα στοιχεία για αλλαγές σε σημαντικά αποτελέσματα, όπως είναι και η μειωμένη έκθεση στη βία. Καμία μελέτη δεν αξιολόγησε την ποιότητα ζωής, τις

συνέπειες στην πνευματική υγεία ή την πιθανή ζημιά των γυναικών από τα προγράμματα διερεύνησης (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Από τις μελέτες που ερευνήθηκαν, αποδείχτηκε ότι θα ήταν πρόωρο να εισαχθεί ένα πρόγραμμα διερεύνησης για συντροφική βία στο ιατρικό περιβάλλον. Για να βασιστεί η πολιτική περίθαλψης για τη συντροφική βία πάνω σε στοιχεία ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, χρειάζεται να απαντηθούν ακόμη αρκετές ερευνητικές ερωτήσεις. Ειδικά οι χρηματοδότες των ερευνητών χρειάζεται να δώσουν προτεραιότητα σε ελεγχόμενες δοκιμές παρεμβάσεων στο ιατρικό περιβάλλον, ώστε να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους για τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Τα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της διερεύνησης δεν πρέπει να ερμηνευτούν ως άρνηση της συντροφικής βίας ως σημαντικού ζητήματος για τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Η διαμάχη γίνεται μεταξύ των ιατρών στις Η.Π.Α. σχετικά με την εγκυρότητα των πολιτικών που ακολουθούνται για τη συντροφική βία, εν μέρει εξαιτίας έλλειψης στοιχείων για την αποτελεσματικότητα της διερεύνησης. Όμως, διεθνώς υπάρχει ομοφωνία στους οργανισμούς υγείας ότι οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες δεν πρέπει να εγκαταλείπουν το στόχο αναγνώρισης και υποστήριξης των γυναικών που κακοποιούνται στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Η επικράτηση και η σοβαρότητα του προβλήματος, καθώς και οι ίδιες οι απόψεις των γυναικών απαιτούν απάντηση από τις υπηρεσίες υγείας. Οι εργαζόμενοι χρειάζονται εκπαίδευση για να ενημερωθούν για το πρόβλημα εάν πρέπει να αναγνωρίσουν γυναίκες που υποφέρουν από συντροφική βία. Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας, οι τοπικές αρχές και η αστυνομία χρειάζεται να συντονίσουν τις ενέργειές τους σε αυτό το θέμα (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

Οι κακοποιημένες γυναίκες σπάνια δίνουν το ιστορικό της βίας με τη θέλησή τους. Έτσι, πολλοί επαγγελματικοί οργανισμοί, συμπεριλαμβανομένου και του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου και του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας, συνιστούν οι ιατροί να διερευνούν όλες τις γυναίκες ασθενείς για ενδο-οικογενειακή βία. Οι Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., αφού παρατήρησαν ότι προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι χαμηλά ποσοστά διερεύνησης εξήχθησαν από τοπικά δείγματα, διεξήγαγαν μια περιεκτική εθνική

μελέτη το 2002 για να δώσουν μια ευρύτερη άποψη των αιτίων που οι ιατροί σπάνια ερευνούν τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία.

Όπως και σε προηγούμενες μελέτες, οι περισσότεροι ιατροί πίστευαν ότι είχαν ευθύνη να ασχοληθούν με την ενδοοικογενειακή βία αλλά διερεύνησαν λίγες από τις γυναίκες ασθενείς τους. Το συνολικό ποσοστό διερεύνησης (10%), ήταν σύμφωνο με το ποσοστό που βρέθηκε σε παρόμοιες μελέτες. Πολλοί ιατροί ανέφεραν την εκπαίδευση στην ενδοοικογενειακή βία. Μέρος αυτής της εκπαίδευσης έλαβε χώρα πρόσφατα ως μέρος της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, αντανακλώντας την αυξημένη επίγνωση της ενδο-οικογενειακής βίας τα τελευταία χρόνια. Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, βρέθηκε πως όποτε και αν έγινε η εκπαίδευση μεγάλωνε τις πιθανότητες ο ιατροί να κάνουν διερεύνηση, αλλά η εκπαίδευση μέσα στο προηγούμενο έτος είχε εντονότερη επιρροή. Οι ιατροί έδωσαν χαμηλές εκτιμήσεις της επικράτησης της ενδο-οικογενειακής βίας μεταξύ των γυναικών στη δική τους πολιτεία. Αν και η επικράτηση της κακοποίησης ποικίλλει από πολιτεία σε πολιτεία, η επικράτησή της παραμένει υψηλή σε ποσοστό 30%-44%. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους από πλευράς των ιατρών συνέβαλε σε χαμηλότερα ποσοστά διερεύνησης. Οι άντρες ιατροί παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά διερεύνησης από τις γυναίκες ιατρούς. Όμως, οι γυναίκες ιατροί οι οποίες είχαν κακοποιηθεί δεν έδειξαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν διερεύνηση, ίσως εξαιτίας των αμφιταλαντευόμενων συναισθημάτων γύρω από τις δικές τους εμπειρίες ή την απροθυμία να έρθουν σε πολύ στενή επαφή με τις ασθενείς τους (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

Από τα συμπεράσματα της έρευνας προέκυψε πως η εκπαίδευση πάνω στο θέμα αυτό πρέπει να είναι υποχρεωτική στην ιατρική σχολή και στα προγράμματα του νοσοκομείου και να προσφέρεται ως μέρος της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση πρέπει να εστιάζει στη διόρθωση των εσφαλμένων αντιλήψεων για την ενδοοικογενειακή βία και θα πρέπει να παρέχει συγκεκριμένα εργαλεία διερεύνησης, συμπεριλαμβανομένων και συγκεκριμένων ερωτήσεων που θα γίνονται στις ασθενείς. Τέλος, σύνδεσμοι με υπηρεσίες που παρέχουν βοήθεια στα θύματα θα αυξήσουν την εμπιστοσύνη των ιατρών στην ικανότητά τους να παρεμβαίνουν και συνεπώς, θα αυξηθεί η διερεύνηση. Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν εάν οι πολυδιάστατες στρατηγικές παρέμβασης θα βελτιώσουν τα ποσοστά διερεύνησης (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αναλογίες της ανακάλυψης και της μεσολάβησης σε περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής βίας είναι λίγες. Επιπλέον, όταν αναγνωρίζονται οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά μεταχειρίζονται χωρίς την κατάλληλη ευαισθησία και αγνοούνται από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συγκεντρώνονται στις σωματικές βλάβες, ενώ παραβλέπουν τις ψυχολογικές και συχνά κατηγορούν τις γυναίκες για την κακοποίησή τους. Δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι κακοποιημένες γυναίκες θεωρούν ότι το προσωπικό υγείας είναι η λιγότερο αποτελεσματική πηγή βοήθειας στα επίσημα υποστηρικτικά συστήματα (Kim and Motsei, 2002).

Σε εθνική έρευνα με τυχαίο δείγμα 610 ιατρών από τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο έγινε σύγκριση των συμπεριφορών και των πεποιθήσεων των ιατρών όσον αφορά τη διερεύνηση και παρέμβαση για ενδοοικογενειακή βία με οποιονδήποτε άλλον κίνδυνο (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Οι ιατρικοί οργανισμοί και οι ειδικοί στην ενδοοικογενειακή βία συνιστούν τη διερεύνηση ρουτίνας ως τα πρώτα βήματα στη διαδικασία παρέμβασης για ποικίλους λόγους όπως η επικράτηση της ενδο-οικογενειακής βίας, το γεγονός ότι η διερεύνηση επιτρέπει την αναγνώριση της ενδο-οικογενειακής βίας είτε τα συμπτώματα είναι αμέσως εμφανή είτε δεν είναι. Οι μελέτες συνιστούν τη διερεύνηση πρόσωπο με πρόσωπο καθώς αυτή αυξάνει την αναγνώριση της ενδο-οικογενειακής βίας. Πρόσφατη μελέτη επικύρωσε ένα εργαλείο διερεύνησης για αναγνώριση των γυναικών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο λεκτικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης από το σύντροφό τους. Επίσης, οι μελέτες δείχνουν ότι όσες γυναίκες επιζούν από τη βία του συντρόφου τους, θέλουν οι ιατροί να τις ρωτούν ιδιαίτερος για την κακοποίησή τους (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Η σύγκριση των ιατρικών πεποιθήσεων και των πρακτικών που ακολουθούνται σε διάφορους τομείς κινδύνου μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη μιας πιο αποτελεσματικής διερεύνησης στο θέμα αυτό κι εκπαίδευσης για αποτελεσματική παρέμβαση (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Το εργαλείο της έρευνας ήταν ένα ερωτηματολόγιο, όπου τα ερωτήματα μορφοποιήθηκαν ως αριθμημένες ερωτήσεις συμπλήρωσης των κενών ή πήραν τη μορφή κλίμακας 4 ή 5 πόντων. Η πλειοψηφία των ζητημάτων από τη συνολική

έρευνα αφορούσε συμπεριφορές και πεποιθήσεις των ιατρών πάνω στη διερεύνηση και παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία, στη χρήση καπνού, στην κατάχρηση αλκοόλ και στον κίνδυνο για HIV/ STD. Παράλληλες ερωτήσεις έγιναν για καθεμία από τις 4 περιοχές κινδύνου. Η μελέτη αξιολόγησε τη συχνότητα διερεύνησης νέων και τακτικών ασθενών για κάθε κίνδυνο, τη συχνότητα συμπεριφορών παρέμβασης όπως καταγραφή, συμβουλευτική και παραπομπή, τον αριθμό των ασθενών με τους οποίους συζήτησαν τον κίνδυνο τους τελευταίους 3 μήνες και τη διάρκεια χρόνου που αφιέρωσαν συζητώντας κάθε κίνδυνο. Οι συμμετέχοντες, επίσης, ερωτήθηκαν για τις πεποιθήσεις τους γύρω από τη διερεύνηση και την παρέμβαση αναφορικά με τις γνώσεις τους, την αποτελεσματικότητα και τους διαθέσιμους πόρους/ πηγές βοήθειας (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Τα αποτελέσματα από αυτή τη συγκριτική μελέτη για τις αντιδράσεις των ιατρών σε κινδύνους υγείας που διατρέχουν οι ασθενείς δείχνουν ότι οι πεποιθήσεις και συμπεριφορές των ιατρών για τη διερεύνηση και παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία διαφέρουν από τις αντίστοιχες για χρήση καπνού, αλκοολισμού και HIV/ STD. Οι ιατροί ανέφεραν ότι γνωρίζουν λιγότερα πράγματα για τον τρόπο διερεύνησης και παρέμβασης στην ενδοοικογενειακή βία απ' ότι στους άλλους κινδύνους. Προτιμούν να αναφέρουν θύματα ενδο-οικογενειακής βίας συχνότερα από άλλους ασθενείς και συγκρινόμενα με τον αλκοολισμό και HIV/ STD, πιστεύουν πως υπάρχει έλλειψη για παραπομπή στις κατάλληλες πηγές βοήθειας (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Η απόκλιση μεταξύ των ιατρικών συμπεριφορών και πεποιθήσεων σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και τους άλλους κινδύνους υγείας ίσως βρίσκεται στο μακροχρόνιο ιστορικό της ενδο-οικογενειακής βίας ως προσωπικό θέμα στιγματισμού. Η επίγνωση και η ικανότητα των ιατρών να διερευνήσουν και να παρέμβουν στο κάπνισμα, στην κατάχρηση αλκοόλ, στον κίνδυνο για HIV/ STD εξελίχτηκε στη διάρκεια του χρόνου καθώς αυξήθηκαν οι δομές υποστήριξης, οι γνώσεις για παρέμβαση και οι πηγές βοήθειας. Όπως διαπιστώνουν οι πληροφορίες της έρευνας, η διερεύνηση για κατάχρηση τσιγάρου και αλκοόλ έχουν γίνει μέρος της ρουτίνας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με την πάροδο του χρόνου και την επίμονη υποστήριξη και εκπαίδευση, οι συμπεριφορές και οι πεποιθήσεις των ιατρών σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία μπορούν να εξελιχθούν (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Η απροθυμία των ιατρών να διερευνούν ασθενείς για ενδο-οικογενειακή βία στηρίζει την αντίληψη ότι η αναγνώριση της κακοποίησης παραμένει το αρχικό σημείο στη διαδικασία παρέμβασης. Η απροθυμία τους μπορεί να προέρχεται από την αναφερόμενη έλλειψη αυτοπεποίθησης για το πώς να παρέμβουν και την εμφανή έλλειψη πηγών βοήθειας. Οι ιατροί, επίσης, ανέφεραν ότι πέρασαν περισσότερο χρονικό διάστημα συμβουλευόμενα τα αναγνωρισμένα θύματα απ' ότι τους ασθενείς με άλλους κινδύνους υγείας, μια εμπειρία που ίσως τους αποθαρρύνει στο να θέλουν να καταγράψουν την κακοποίηση. Οι αρνητικές αντιλήψεις που ξεσκεπάστηκαν σε αυτήν τη μελέτη τονίζουν τους φόβους των ιατρών και το αίσθημα ανεπάρκειας όσον αφορά τη βοήθεια προς τα θύματα της κακοποίησης (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Από τα συμπεράσματα της έρευνας προκύπτει πως τα χαμηλότερα ποσοστά διερεύνησης της ενδο-οικογενειακής βίας ίσως αντανakλούν τις πεποιθήσεις των ιατρών ότι δεν γνωρίζουν πώς να διερευνούν αυτό το θέμα ή να παρεμβαίνουν και ότι οι παρεμβάσεις είναι λιγότερο επιτυχημένες στην ενδοοικογενειακή βία απ' ότι σε άλλους κινδύνους (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Η ερευνητική ομάδα των Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. και McCabe, J., διεξήγαγε μια έρευνα στο Πανεπιστήμιο Saint Louis στη σχολή Ιατρικής το 2005, σχετικά με την αναγνώριση της συζυγικής βίας κατά των γυναικών, όπως εκτιμήθηκε με βάση μια αντικειμενική τυποποιημένη κλινική εξέταση.

Η μέθοδος της έρευνας ήταν η τυποποιημένη κλινική εξέταση-προσομοίωση, όπου συμμετείχαν φοιτητές του ιατρικού χώρου οι οποίοι εξέτασαν γυναίκες που δεν ήταν πραγματικές ασθενείς, αλλά προσποιήθηκαν συμπτώματα συζυγικής βίας. Οι τυποποιημένοι φοιτητές χρησιμοποιούνται ευρέως στην ιατρική εκπαίδευση. Η μελέτη χρησιμοποίησε αυτό το εργαλείο για να καταμετρήσει τη συμπεριφορά του φοιτητή αναφορικά με ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα (Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

Οι φοιτητές στον ιατρικό χώρο είχαν καλά αποτελέσματα στη διερεύνηση γύρω από το θέμα της συζυγικής βίας μετά την αναγνώριση μιας αφύσικης σωματικής ενόχλησης. Ο χρόνος που χρειάστηκαν για να ρωτήσουν γύρω από αυτό το θέμα δεν επηρεάστηκε από το φύλο τους ή τη διάρκεια σπουδών τους. Οι φοιτητές με καλύτερες ικανότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας ήταν καλύτεροι στη διερεύνηση

και αναγνώριση των ασθενών που βρίσκονταν υπό τον κίνδυνο της κακοποίησης(Hoffstetter,S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

Το βάθος και η εμβάθυνση των ερωτήσεων για την οικογενειακή βία δεν επηρεάστηκε από το φύλο των φοιτητών ή την προηγούμενη κλινική εμπειρία τους. Πιθανές εξηγήσεις μπορεί να σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την έκθεση στη βία, τις προσωπικές εμπειρίες και την αξία που αποδίδεται στα πρότυπα μοντέλα.

Οι εκδηλώσεις της βίας από το σύντροφο αγγίζουν όλες τις ειδικότητες του ιατρικού χώρου, ενισχύοντας την ανάγκη όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται στη διερεύνηση, την παρέμβαση και την παροχή υποστήριξης προς τα θύματα της βίας(Hoffstetter,S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

Συμπερασματικά, οι φοιτητές και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται μια σταθερή προσέγγιση ώστε να αναπτύξουν τις κλινικές ικανότητες να μπορούν να ερευνούν για τη βία. Επιπλέον, χρειάζεται να ενσωματώσουν τη διερεύνηση για τη συζυγική βία σε παρακολούθηση ρουτίνας όλων των ασθενών(Hoffstetter,S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

Δύο σημαντικές πρωτοβουλίες σε θέματα τακτικής αναφορικά με τη συντροφική βία αποτελούν ζήτημα αντιπαράθεσης ανάμεσα στους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και τους επαγγελματικούς οργανισμούς. Το ένα είναι η διερεύνηση ρουτίνας και το άλλο η υποχρεωτική καταγραφή. Ο όρος διερεύνηση ρουτίνας χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει την τακτική του συστήματος ιατρικής περίθαλψης να ερευνά όλες τις γυναίκες για ύπαρξη συντροφικής βίας όταν προσέρχονται στον ιατρικό χώρο(Campbell, 2001).

Για παράδειγμα, ο οργανισμός Πρόληψη της Οικογενειακής Βίας (Family Violence Prevention Fund) των Η.Π.Α. προτείνει να ερωτώνται όλες οι γυναίκες πάνω από την ηλικία των 12 ετών, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του τραύματος. Σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης η πρόταση είναι όλες οι γυναίκες να ρωτώνται σε κάθε περιοδική εξέταση, κάθε φορά που αναφέρουν ότι έχουν ένα νέο σύντροφο και στην πρώτη τους επίσκεψη για κάθε νέο σημαντικό παράπονο(Campbell, 2001).

Οι οπαδοί της διερεύνησης ρουτίνας για να στηρίξουν τη θέση τους χρησιμοποιούν ως επιχειρήματα την επικράτηση συντροφικής βίας ανάμεσα στις γυναίκες και τις επιδράσεις της στην υγεία. Επίσης, δηλώνουν ότι η αναγνώρισή της στα πρώτα στάδια και οι παρεμβάσεις προς τις κακοποιημένες γυναίκες δίνουν τη δυνατότητα αύξησης της ασφάλειας και μείωσης των προβλημάτων υγείας. Το θέμα είναι να

δοθεί στις γυναίκες η δυνατότητα να αποκαλύψουν τη συντροφική βία σε ένα συμπονετικό επαγγελματία που έχει τις απαραίτητες γνώσεις(Campbell, 2001).

Το μεγαλύτερο μέρος της ανταπόκρισης του ιατρικού συστήματος περίθαλψης εστιάζεται στη διερεύνηση και στην αναγνώριση. Παρά τη διαδεδομένη αναγνώριση της ενδο-οικογενειακής βίας ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, πολλοί επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να ενσωματώσουν τις ερωτήσεις ρουτίνας για τη βία στο σπίτι στην καθημερινή τους πρακτική. Η απροθυμία των επαγγελματιών υγείας να κάνουν ερωτήσεις γύρω από αυτό το θέμα σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως στενή ταύτιση του εργαζομένου με την ασθενή, ιδιαίτερα με γυναίκες επαγγελματίες που έχουν προσωπικές ιστορίες κακοποίησης, ο φόβος των εργαζομένων ότι θα προσβάλλουν τις ασθενείς, η έλλειψη εκπαίδευσης και γνώσης γύρω από τις κατάλληλες παρεμβάσεις, η αδυναμία να ελέγξουν την κατάσταση ή να διορθώσουν το πρόβλημα, η έλλειψη χρόνου να ασχοληθούν κατάλληλα με την κακοποίηση και η έλλειψη κάλυψης για τις προτεινόμενες υπηρεσίες. Προσπάθειες εκπαίδευσης και θεσμικών μεταρρυθμίσεων γίνονται διαρκώς, ώστε να καταπιαστούν με αυτούς τους παράγοντες και να αναπτύξουν στρατηγικές για κοινωνική αλλαγή η οποία θα ενσωματώσει τη δημόσια υγεία στην παραδοσιακή ιατρική περίθαλψη και θα βοηθήσει στην πρόληψη της βίας στο σπίτι(Chalk, R., and King, P., 1998).

Η αποτελεσματική χρήση της διερεύνησης στους ιατρικούς χώρους απαιτεί διάφορους παράγοντες-κλειδιά(Chalk, R., and King, P., 1998):

- Η επίγνωση από πλευράς των εργαζομένων της πιθανότητας για οικογενειακή βία τόσο σε γενικούς όσο και στους ιατρικούς πληθυσμούς, ιδιαίτερα στη μαιευτική, οικογενειακή πρακτική, πρωτοβάθμια περίθαλψη και χώρους πνευματικής υγείας
- Η ύπαρξη ευαίσθητων και συγκεκριμένων εργαλείων διερεύνησης που μπορούν να ενσωματώσουν ερωτήσεις για την οικογενειακή βία μέσα στο ιατρικό ιστορικό ρουτίνας
- Η επαρκής εκπαίδευση για να ξεπεραστεί η αμηχανία στις ερωτήσεις κι απαντήσεις όταν οι ασθενείς αποκαλύπτουν εμπειρίες κακοποίησης
- Οι πηγές βοήθειας για να διευκολύνεται η παραπομπή σε αυτές όταν τα θύματα αναγνωρίζονται

3.2.1. Το πρόγραμμα STAKES

Στην δημοσίευση του Sirkka(2004) παρουσιάζεται το πρόγραμμα STAKES για την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών (1998-2002), που έγινε στη Φινλανδία. Το πρόγραμμα συμπεριέλαβε ένα ερευνητικό πρόγραμμα το οποίο θα εντόπιζε ένα κατάλληλο εργαλείο αναγνώρισης και ανάλυσης της συντροφικής/ συζυγικής βίας που βιώνουν οι γυναίκες που επισκέπτονται τις γυναικολογικές κλινικές και τις μονάδες υγείας του παιδιού. Το πρόγραμμα περιλάμβανε δύο μελέτες. Οι μαίες και οι νοσηλεύτριες εκπαιδεύτηκαν και καθοδηγήθηκαν στον εντοπισμό και την προβληματική της βίας. Ο κεντρικός σκοπός της έρευνας ήταν να αναπτυχθεί ένα ερωτηματολόγιο-εργαλείο ανίχνευσης της βίας το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τις γυναικολογικές κλινικές και τις μονάδες υγείας το παιδιού σε όλη τη χώρα σε πιλοτική μορφή(Perttu and Kaselitz, 2006).

Η πρώτη μελέτη διεξήχθη το 2000 στις κλινικές προγεννητικού ελέγχου και υγείας του παιδιού στις πόλεις Vantaa και Porvoo στην νότια Φινλανδία και στην Palokka ομοσπονδία υπηρεσιών υγείας τεσσάρων δήμων της κεντρικής Φινλανδίας. Το σχέδιο της μελέτης αφορούσε στις συνεντεύξεις με δομημένα ερωτηματολόγια από νοσοκόμες και μαίες προς έγκυες γυναίκες και γυναίκες με ανήλικα παιδιά. Η μελέτη είχε ως σκοπό την εξέταση της εξάπλωσης και των χαρακτηριστικών της βίας στις συντροφικές σχέσεις που βίωναν οι γυναίκες που επισκέπτονταν τις γυναικολογικές κλινικές και τις μονάδες παιδικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους όσο και τα παιδιά τους ήταν μικρά. Ένας άλλος στόχος του προγράμματος ήταν η υποστήριξη του ιατρικού, νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού των δημοσίων κλινικών στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τα θύματα βίας και να τα ενισχύσουν στην συζήτηση και αποκάλυψη της βίας στις σχέσεις τους. Στην μελέτη αυτή, η συντροφική βία ορίστηκε να αφορά τις απειλές της βίας αλλά και την άσκηση της σωματικής και σεξουαλικής βίας. Ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με 8 ερωτήσεις που αφορούσαν την κακοποίηση αποτέλεσε το ερευνητικό εργαλείο της μελέτης. Οι συνεντεύξεις αφορούσαν επίσης τη διερεύνηση της ελεγκτικής ανδρικής συμπεριφοράς που οδηγούσε στην αποδυνάμωση, απομόνωση και εκφοβισμό των γυναικών. Οι συμπεριφορές και τάσεις ελέγχου διερευνήθηκαν μέσω μιας ομάδας δεκατεσσάρων ερωτήσεων(Perttu and Kaselitz, 2006).

Ένας αριθμός συμπερασμάτων συγκεντρώθηκαν από τη διεξαγωγή των δύο παραπάνω μελετών. Πρώτον, ότι είναι σημαντικό να εντοπίζονται ομάδες υψηλού

κινδύνου στις κλινικές και να αναπτύσσονται διάφορα υποστηρικτικά μέτρα, όπου θα παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τη βία στην οικογένεια και τις επιπτώσεις της στα άτομα. Δεύτερον, είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες-θύματα συντροφικής βίας να βοηθούνται στην συζήτηση και δημοσιοποίηση των εμπειριών τους. Έτσι θα δίνεται η ευκαιρία να εντοπίζεται η βία και να αντιμετωπίζεται σε αρχικό στάδιο. Τρίτον, η διερεύνηση της συντροφικής βίας θα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας των κλινικών(Perttu and Kaselitz, 2006).

Όλες οι γυναίκες που επισκέπτονται τέτοιες κλινικές και κέντρα πρόνοιας θα πρέπει να ερωτώνται για το θέμα αυτό μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου και συνέντευξης με το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό(Perttu and Kaselitz, 2006).

3.2.2. Διάγνωση της κακοποίησης

Αν και οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά έχουν σοβαρά προβλήματα που απαιτούν θεραπεία ή εισαγωγή σε νοσοκομείο, η πλειοψηφία ιατρικών επισκέψεών τους εμπεριέχουν μη τραυματικά παράπονα σε μη επείγοντα περιστατικά. οι περισσότερες δε θα δώσουν εθελοντικά πληροφορίες για την κατάστασή τους. Η επόμενη λίστα με ενδείξεις μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση των γυναικών που έχουν υποστεί βία(National Clearinghouse on Domestic Violence,1981, Foley, Hoag and Elliot,1991, Michigan Coalition Against Domestic Violence,1991):

- Αλλαγή στα ραντεβού (είτε αύξηση στα ραντεβού με αόριστα ψυχοσωματικά παράπονα, είτε συχνή αλλαγή)
- Παράπονα για πονοκεφάλους, άγχος, αϋπνία, χρόνιο πόνο
- Χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, απόπειρα αυτοκτονίας, κατάθλιψη, αυτοτραυματισμοί
- Τραυματισμοί που δεν εξηγούνται με τις εξηγήσεις της ασθενούς (οι γυναίκες που υφίστανται βία παρατηρείτε ότι τραυματίζονται 13 φορές πιο συχνά στο στήθος, στο θώρακα ή κοιλιά από τις γυναίκες που δεν υφίστανται βία)
- Γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν σημάδια από παλιούς τραυματισμούς ή από τραύματα που δεν έχουν δεχτεί ιατρική φροντίδα καθώς και γυναίκες που ζητούν καθυστερημένα ιατρική φροντίδα σε σχέση με το χρόνο που προκλήθηκε η κάκωση, είναι κακοποιημένες γυναίκες

- Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα της κακοποίησης αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η οποία μπορεί να έχει ως συνέπεια την αποβολή από χτυπήματα, πτώσεις, σπρωξίματα είτε άλλες μορφές κακοποίησης
- Οι κακοποιημένες γυναίκες παρουσιάζουν έντονα σημεία φόβου που αφορούν το θυμό του συντρόφου τους. Πολλές φορές οι κακοποιημένες γυναίκες που νοσηλεύονται χρησιμοποιούν έμμεσους τρόπους να καθυστερήσουν την εξαγωγή του εξιτηρίου τους
- Ενδεικτικό σημείο κακοποίησης μπορεί να είναι τα παράπονα της γυναίκας που αφορούν την παθολογική ζήλια του συντρόφου της.
- Μπορεί να συνοδεύονται οι κακοποιημένες γυναίκες από έναν «υπερπροστατευτικό» σύντροφο που μπορεί να επιμένει να απαντάει αυτός στις ερωτήσεις αντί γι' αυτές
- Οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση εκφράζουν δισταγμό ή ντροπή να συζητούν τα τραύματά τους, μπορεί ακόμα να υπερασπιστούν το σύντροφό τους

3.3. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο συγκεκριμένο υγειονομικό πρόβλημα

Καθώς τα επεισόδια κακοποίησης αυξάνουν σε συχνότητα και σοβαρότητα, η γυναίκα είναι δύσκολο και επικίνδυνο να διατηρεί τη σιωπή της. Καταλαβαίνει πλέον ότι χρειάζεται πολλά και διαφορετικά είδη βοήθειας κι έτσι οι επαφές με τους πιο κοντινούς της ανθρώπους αντικαθίστανται από τις επαφές με επίσημους κοινωνικούς φορείς. Οι υπηρεσίες Κοινωνικής Μέριμνας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, κοινωνικών λειτουργών και ειδικών ψυχικής υγείας, καθώς και οι νομικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων της αστυνομίας, δικηγόρων και δικαστικών υπαλλήλων, αποτελούν τις πηγές βοήθειας που επιθυμεί να χρησιμοποιήσει η γυναίκα (Μαρίνου, Ε., 2003).

Οι υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν αυτοί οι φορείς και που σχετίζονται άμεσα με προβλήματα βίας ποικίλλουν και είναι αυτό ακριβώς που χρειάζεται η γυναίκα κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά από ένα βίαιο περιστατικό. Η αστυνομία μπορεί να σταματήσει τη βίαιη επίθεση του συντρόφου της και να τον απομακρύνει από το σπίτι ή και να τον συλλάβει. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει

συμβουλευτικές υπηρεσίες στο θύτη ή την κακοποιημένη γυναίκα ή και στους δύο καθώς επίσης μπορεί να βοηθήσει στην εύρεση στέγης για τη γυναίκα και τα παιδιά της στην περίπτωση που έχουν φύγει από το σπίτι. Τέλος, ο ιατρός μπορεί να περιποιηθεί τα σωματικά τραύματα της γυναίκας και να της χορηγήσει φάρμακα για τα ψυχικά(Μαρίνου, Ε., 2003).

Δεδομένου ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους παραπάνω φορείς είναι αναγκαίες προκειμένου να βοηθηθεί η κακοποιημένη γυναίκα, είναι πολύ σημαντικό να εξεταστεί το τι ακριβώς συμβαίνει όταν η γυναίκα αποταθεί σε αυτούς. Αυτό δε σημαίνει απλά την εξέταση των πολιτικών και της φιλοσοφίας που ακολουθούν αυτοί οι φορείς, αλλά περισσότερο, των πρακτικών που εφαρμόζουν. Στο σύνολό τους οι πολιτικές και οι πρακτικές που ακολουθούνται προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για το πώς αντιμετωπίζεται η γυναίκα, τη στιγμή της κρίσης, καθώς και για το μέγεθος του προβλήματος. Οι πολιτικές και οι πρακτικές που επιλέγονται από τους φορείς για την αντιμετώπιση της κάθε μίας περίπτωσης κακοποίησης έχουν επιπτώσεις στην καταστολή ή τη συνέχιση της βίας στη συγκεκριμένη σχέση αλλά και γενικότερα, στην αποδοχή ή την αποδοκιμασία της βίας κατά των γυναικών(Μαρίνου, Ε., 2003).

Ωστόσο, στόχος όλων αυτών των φορέων εκτός από το να βοηθούν στην αντιμετώπιση της κρίσης και των συνεπειών της κακοποίησης είναι η ενημέρωση, πληροφόρηση και προσπάθεια κοινωνικής αλλαγής. Στόχοι, μακροπρόθεσμοι που όμως θα συμβάλλουν κατά πολύ στην ουσιαστική καταπολέμηση της εκμετάλλευσης και κακοποίησης των γυναικών εντός του οίκου. Έτσι, αναγνωρίζεται πλέον διεθνώς ότι καθήκον των εμπλεκόμενων φορέων εκτός από την αποκατάσταση και ενημέρωση πρέπει να αποτελεί και η προστασία των γυναικών. Προκειμένου όμως να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, απαραίτητη είναι η δικτύωση των φορέων, η αποδοτική συνεργασία, η συνεχής εκπαίδευση, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ειδικών αλλά και του κοινού και, τέλος, ο εποικοδομητικός διάλογος όλων όσων εμπλέκονται στους διάφορους μηχανισμούς καταπολέμησης της βίας(Μαρίνου, Ε., 2003).

Πιο συγκεκριμένα, από την πλευρά των ειδικών στο χώρο υγείας χρειάζεται εξατομικευμένη προσέγγιση, ιδιαίτερη προσοχή και σεβασμός προς τα εμπλεκόμενα μέλη (θύτη και θύμα), ειδική και διαρκής εκπαίδευση, συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές, τις ανάλογες υπηρεσίες και τους ειδικούς, σε συνεργασία με γυναικείες οργανώσεις, συνεργασία με εθελόντριες που έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα,

δωρεάν παροχή υπηρεσιών στις μονάδες στήριξης και βοήθειας, υψηλό αίσθημα ευθύνης, τήρησης κανόνων δεοντολογίας, σεβασμό του απορρήτου, καταστολή των προσωπικών τους προκαταλήψεων και τέλος σωστή ακρόαση και αποφυγή αξιολογικών κρίσεων και σχολίων(Μαρίνου, Ε., 2003).

Πέρα από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και αποκατάσταση, μεγάλη σημασία έχει, τόσο η στάση που υιοθετούν όσο και οι πρακτικές που ακολουθούν και άλλοι επίσημοι φορείς όπως οι νομοθέτες, οι δικαστές και οι αστυνομικοί. Δυστυχώς όμως πέρα από τις διακηρύξεις περί ισότητας των φύλων και στιγματισμού της χρήσης βίας, η στάση των παραπάνω φορέων εξακολουθεί να υποβοηθά και να συντηρεί μια πατριαρχική δομή της οικογένειας και τη διαιώνιση της κακοποίησης από γενιά σε γενιά. Προκύπτει όμως, τόσο από τη βιβλιογραφική όσο και από την εμπειρική έρευνα, ότι, όταν οι κακοποιημένες γυναίκες απευθύνονται στις αστυνομικές ή / και δικαστικές αρχές, θυματοποιούνται εκ νέου και κατά μία έννοια κακοποιούνται ξανά. Για τους παραπάνω λόγους οι γυναίκες δε ζητούν συχνά τη βοήθεια της αστυνομίας αλλά και όταν το κάνουν δεν υπάρχει ουσιαστικό αποτέλεσμα. Η αντιμετώπιση που έχουν δεν είναι η ενδεδειγμένη, ενώ παράλληλα δεν βοηθά και η υπάρχουσα νομοθεσία. Δεν υπάρχει σαφής οριοθέτηση της ενδοοικογενειακής βίας ως εγκληματικής συμπεριφοράς, οι αστυνομικοί διστάζουν να παρέμβουν ή το κάνουν με λάθος τρόπο. Δεν είναι ενήμεροι για τα κέντρα και τις αρμόδιες υπηρεσίες που υπάρχουν, δεν παρέχουν ουσιαστική προστασία και δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό. Επιπλέον, η κινητοποίηση της ποινικής διαδικασίας γίνεται σπανίως. Τέλος, δεν υπάρχουν ούτε ειδικά οικογενειακά δικαστήρια ούτε εκπαιδευμένοι δικαστικοί λειτουργοί σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας(Μαρίνου, Ε., 2003).

Σε πολλούς ιατρούς υπάρχει έλλειψη ενός αποτελεσματικού τρόπου να συνδέσουν τις γυναίκες που υφίστανται συντροφική κακοποίηση με υπηρεσίες που θα μπορούσαν να τις φέρουν σε επαφή. Αν ψάχνει, κανείς, μόνο για τραυματισμό, μια τεράστια πλειοψηφία κακοποιημένων γυναικών θα «αγνοηθούν»(Justis, D.,1991).

Οι ιατροί σχεδόν σε κάθε τομέα της Ιατρικής βρίσκονται σε ξεχωριστή θέση να αναγνωρίσουν τις κακοποιημένες γυναίκες, όπως και οι νομικοί. Η παραπομπή αυτών των γυναικών προς τις κατάλληλες πηγές είναι η σημαντικότερη ιατρική συμβουλή που μπορεί να προσφερθεί.

Εκείνοι που προσφέρουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι οι πρώτοι επαγγελματίες που είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τη βία στις γυναίκες ασθενείς και να τους παρέχουν γραπτό υλικό με πληροφορίες(Justis, D.,1991).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι ηθικά υποχρεωμένοι να πληροφορούνται για τις εκδηλώσεις της βίας και να αναγνωρίζουν τις υποθέσεις, να θεραπεύουν τα σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα της βίας, να διαβεβαιώνουν τις ασθενείς τους ότι οι βίαιες ενέργειες εναντίον τους δεν είναι αποδεκτές και να συνεργάζονται με τις αρμόδιες πηγές βοήθειας, που θα παρέχουν στις γυναίκες την επιλογή να ζητήσουν ασφαλές καταφύγιο και συνεχή συμβουλευτική(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να ασχολούνται με το θέμα της βίας, αφού αυτή έχει σημαντική αρνητική επίδραση στη σωματική και πνευματική υγεία των γυναικών. Οι σωματικές επιπτώσεις της βίας κατά των γυναικών περιλαμβάνουν σοβαρούς τραυματισμούς που χρειάζονται ιατρική περίθαλψη, καθώς επίσης και ανθρωποκτονία, αφού οι περισσότερες δολοφονημένες γυναίκες δολοφονούνται από έναν τωρινό ή πρώην σύντροφο. Εκτός από τις άμεσες σωματικές και ψυχολογικές επιδράσεις, η κακοποίηση τοποθετεί τις γυναίκες σε αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Η σπουδαιότητα του ρόλου του επαγγελματία υγείας στην πρόληψη και διαχείριση της βίας και στις επιπτώσεις της δεν μπορεί να μεγαλοποιηθεί. Οι εργαζόμενοι στην ιατρική περίθαλψη μπορεί να αποτελέσουν το μοναδικό σημείο επαφής μέσω του οποίου οι κακοποιημένες γυναίκες μπορούν να έχουν πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και στο νομικό σύστημα. Χρειάζεται πρώτοι να υιοθετούν μια μη επικριτική στάση απέναντι στις γυναίκες και να αποφεύγουν οποιαδήποτε κατηγορία προς το θύμα. Δεν πρέπει να είναι επιφυλακτικοί από το να ρωτούν τις ασθενείς για τη σωματική ή την ψυχολογική κακοποίηση, αφού οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά προθυμοποιούνται να συζητούν αυτά τα θέματα μαζί τους(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Ακόμη, απαραίτητη είναι η εξοικείωση των ειδικών του ιατρικού χώρου με τα πιθανά σημάδια ή συμπτώματα τα οποία υπονοούν κακοποίηση. Αυτά περιλαμβάνουν ασαφή, χρόνια παράπονα χωρίς ενδείξεις ιατρικής αιτιολογίας, τραυματισμούς που δεν ταιριάζουν με την εξήγηση που δίνεται, καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή ιστορικό με απόπειρες αυτοκτονίας(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Συνοπτικά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση να καταγράφουν και να θεραπεύουν περιπτώσεις σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, διατηρώντας ωστόσο την εμπιστευτικότητα των γυναικών. Χρειάζεται να διαβεβαιώνουν τις γυναίκες και τους άνδρες που τις κακοποιούν, ότι αυτή η

κακομεταχείριση δεν είναι αποδεκτή κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Στη δημόσια σφαίρα, πρέπει να υποστηρίζουν τις κοινωνικές αλλαγές και τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εστιάζουν στην πρόληψη της βίας(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Τέλος, οι ιατρικοί οργανισμοί πρέπει να πιέζουν για κατανομή περισσότερων πηγών βοήθειας και για έρευνα στον τομέα της οικογενειακής βίας εναντίον των γυναικών. Έχουν την ευθύνη να εξασφαλίζουν ώστε οι καθοδηγήσεις για την αναγνώριση και διαχείριση της βίας να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται. Μία συντονισμένη προσπάθεια, που να περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας, κυβερνητικές αρχές και δυνάμεις της κοινότητας είναι απαραίτητη για την πρόληψη και θεραπεία αυτής της πανδημίας της βίας (Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στις γυναικολογικές κλινικές, βρίσκονται στην ιδανική θέση για να βοηθούν και να υποστηρίζουν τις γυναίκες που βίωσαν συντροφική βία. Εξετάσεις υγείας ρουτίνας κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό που συχνά χρειάζονται από τις γυναίκες προκειμένου να διεκδικήσουν κοινωνικά επιδόματα, αποτελούν μια εξαιρετική ευκαιρία στους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν σημάδια βίας στις γυναίκες. Επιπλέον, η εμπιστευτικότητα που εγγυώνται οι επαγγελματίες υγείας κατά τις επαγγελματικές τους συναντήσεις με τις γυναίκες εγκύους ή/ και ασθενείς αποτελεί μια πολύ καλή βάση συζήτησης με τις γυναίκες αυτές για τις εμπειρίες τους. Ωστόσο, θα ήταν σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αρχίζουν τις συζητήσεις αυτές για τις εμπειρίες βίας των γυναικών καθώς είναι γνωστό ότι οι γυναίκες συνήθως δυσκολεύονται να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους γιατί αισθάνονται άβολα, ντρέπονται και φοβούνται για τις συνέπειες που θα έχει μια τέτοια αποκάλυψη, αλλά και γιατί πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες δε θα μπορούν να τις βοηθήσουν (Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να έχουν προσωπική και απόρρητη συνάντηση με τον ειδικό επαγγελματία, τουλάχιστον μια φορά κατά την επίσκεψή τους στην κλινική. Ο ιδιαίτερος ρόλος των επαγγελματιών υγείας συνοψίζεται στον εντοπισμό των θυμάτων βίας και στην ενεργοποίηση μιας διαδικασίας που θα οδηγήσει στην διακοπή της κακοποίησης. Για το λόγο αυτό, είναι πλέον σημαντικό να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και άλλων σχετικών φορέων και των τοπικών αρχών. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό και χρήσιμο να υπάρχει και να διατίθεται σχετικό ενημερωτικό υλικό στις γυναικολογικές κλινικές και τα ιδιωτικά ιατρεία(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Η χρήση του ερωτηματολογίου είναι μόνο η αρχή μιας υποστηρικτικής διαδικασίας προς τη γυναίκα και την οικογένειά της. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν και άλλες υπηρεσίες στην κοινότητα και οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι κοινωνικοί λειτουργοί να συνεργάζονται μαζί τους. Είναι επίσης σημαντικό να χρησιμοποιούν το ερωτηματολόγιο καθημερινά και με κάθε γυναίκα στις συγκεκριμένες συναντήσεις εξέτασης (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας είναι:

1. να αναγνωρίζουν την κακοποίηση
2. να φέρνουν το θέμα της βίας προς συζήτηση
3. να πάρουν συνέντευξη, να υποστηρίξουν και να καθοδηγήσουν / συμβουλευσουν το θύμα κακοποίησης
4. να διεξάγουν μια προσεκτική ιατρική εξέταση και έκθεση του περιστατικού
5. να φέρουν αποδεικτικά στοιχεία της βίας (τραυματισμοί, ψυχολογικά προβλήματα κ.λ.π)
6. να συζητήσουν για τα παιδιά
7. να καταγράψουν και καταγγείλουν τη βία σε αντιστοιχία με τους υπάρχοντες νόμους
8. να παραπέμψουν το θύμα σε άλλους υποστηρικτικούς φορείς
9. να συντονίσουν τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες

Η συντονιστική διεπιστημονική συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των δημοτικών αρχών και άλλων φορέων είναι σημαντική για βοήθεια του θύματος της ενδο-οικογενειακής βίας αλλά και της οικογένειας γενικότερα. Η συνεργασία αυτή εκδηλώνεται μέσα από κοινές συμφωνίες για την εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών, από τη συγκεκριμενοποίηση των ευθυνών και των καθηκόντων του κάθε εμπλεκόμενου μέλους / φορέα και από την ανταλλαγή των πληροφοριών. Την ευθύνη για το συντονισμό των δημοτικών αρχών και των άλλων φορέων θα πρέπει να αναλαμβάνει ένας μόνο φορέας κάθε φορά. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει ένα πρωτόκολλο σχετικά με την κοινή συμφωνία στα θέματα εμπιστευτικότητας και δραστηριοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί μια ευέλικτη συνεργασία (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα της δουλειάς τους. Η αντιμετώπιση της βίας μπορεί να αποτελεί πρόκληση του επαγγελματισμού τους μερικές φορές. Αυτά που τους χρειάζεται είναι σίγουρα υπομονή και καλές δεξιότητες αντιμετώπισης άγχους καθώς

αυτή η εργασία είναι δύσκολη λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που επιφέρει. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην είναι πάντα απολύτως ενήμεροι των τραυματικών επιδράσεων της βίας στα θύματα. Αυτός είναι ο λόγος που μερικές φορές τα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας μπορεί να θεωρηθούν «δύσκολοι πελάτες» με χαρακτηριστικά παθητικότητας, εξάρτησης και έλλειψης αποφασιστικότητας αφού συνήθως αναζητούν να επιστρέψουν και πάλι στη βίαση σχέση. Είναι συχνό το φαινόμενο της επαγγελματικής αγανάκτησης του επαγγελματία με το θύμα καθώς βλέπει ότι παρά τις συμβουλές που του παρέχει, εκείνη δεν παίρνει μέτρα αλλαγής της ζωής της, απομάκρυνσης από το σύντροφο και προστασίας των παιδιών της μέσα από την εγκατάλειψη του συντρόφου ή/ και την καταγγελία της κακοποίησης στην αστυνομία(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Ένας επαγγελματίας υγείας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να αναγνωριστούν και να τους έχουμε υπόψη. Για παράδειγμα, ο τρόπος σκέψης, απόφασης και δράσης ακολουθεί τις κυρίαρχες κοινωνικές στάσεις, αντιλήψεις, νόρμες, αρχές και αξίες για την οικογένεια, τη θέση των γυναικών σε αυτή, τα παιδιά και την άσκηση βίας στην κοινωνία μας. Για το λόγο αυτό ως επαγγελματίες των επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας και φορείς των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών θα πρέπει να εξετάζουν την αντικειμενικότητα των απόψεών τους και να τροποποιούν αποφάσεις που πιθανά έχουν παρθεί ακολουθώντας κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις για θέματα που αφορούν την οικογένεια και τα θύματα (π.χ. αλκοολισμός, ψυχικές διαταραχές, βία κ.λ.π). Έτσι δε θα πρέπει να «καταδικάζουν» μια γυναίκα η οποία δεν εγκατέλειψε το βίαιο σύντροφό της χρόνια πριν, αλλά έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρία θα γνωρίζουν τις δυσκολίες που η γυναίκα αυτή αντιμετώπιζε και που την έκαναν απλά να μη μπορεί να φύγει από τη σχέση νωρίτερα(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Μια από τις ικανότητες που έχουν οι νοσηλεύτριες είναι η ικανότητά τους να δημιουργούν σχέση εμπιστοσύνης με τις ασθενείς που τις επισκέπτονται. Συζητώντας μαζί της για τα παιδιά και την οικογένειά της, δίνεται η ευκαιρία να χτιστεί μια σχέση εμπιστοσύνης γρηγορότερα από οποιουσδήποτε άλλους ανθρώπους με τους οποίους αυτή η γυναίκα επικοινωνεί στη ζωή της(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Για πολλά χρόνια οι άνθρωποι στο χώρο υγείας απέφευγαν το θέμα κακοποίησης, όταν προσπαθούσαν να συμβουλευσουν μια κακοποιημένη γυναίκα, που παρουσιαζόταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, να αφήσει το δράστη, αυτοί ένιωθαν απογοητευμένοι όταν η γυναίκα επέστρεφε στο σύντροφό της. Από αυτό το

συναίσθημα απογοήτευσης, έβγαιναν συναισθήματα ανικανότητας. Οι οργανισμοί ιατρικής περίθαλψης είναι υποχρεωμένοι να αναπτύσσουν πολιτικές και πρωτόκολλα στην παροχή φροντίδας για τα θύματα κακοποίησης(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Όταν μια νοσηλεύτρια κάνει ερωτήσεις σε μια γυναίκα οι οποία βρίσκεται σε μια σχέση στην οποία δέχεται κακοποίηση, χρειάζεται να χρησιμοποιήσει μια ήρεμη, ευγενική και υποστηρικτική προσέγγιση. Οι κακοποιημένες γυναίκες επιβιώνουν μαθαίνοντας να ειδικεύονται στο να διαβάζουν τη μη – λεκτική επικοινωνία. Έτσι, αν η νοσοκόμα δεν πιστεύει αυτά που της λέει η γυναίκα, η ίδια θα το νιώσει και ίσως επιλέξει να μη μοιραστεί μαζί της την ιστορία της. Ο κυριότερος ρόλος της είναι αυτός της εκπαιδευτριας. Είναι πολύ σημαντικό να διδαχτούν για τις πηγές βοήθειας στην κοινότητα. Χρειάζεται ένα πλάνο ασφαλείας, αν η γυναίκα βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο. «Κλειδί» στην επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τη γυναίκα είναι η αποδοχή της ίδιας της αξιολόγησης που κάνει η γυναίκα για το βαθμό κινδύνου ή ασφάλειάς της. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι αυτός της συνεχούς υποστήριξης και αποδοχής της γυναίκας. Ρόλος τους είναι, όχι να οικειοποιηθούν το πρόβλημα αλλά να φροντίσουν τη γυναίκα καθώς κάνει τις δικές της επιλογές(Sample public health nurse protocol and screening materials for review, 1998).

Οι ασκούντες τέτοιο έργο πρέπει να γνωρίζουν το πρόβλημα χωρίς να ηθικολογούν, να χειρίζονται υποθέσεις συζυγικής βίας χωρίς να την κοινοποιούν και να επιλύουν τη διαφορά χωρίς να προκαλούν περιττά τραύματα. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικές σχολές όπου να εκπαιδεύονται εξειδικευμένοι επαγγελματίες στον τομέα συντροφικής βίας, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες με την εκπαίδευση των επαγγελματιών, εργαζομένων στα δικαστήρια ενδο-οικογενειακής βίας με πείρα γύρω από τις διαστάσεις της θυματοφοβίας, ενώ όσοι παρακολουθούν τη διεθνή κίνηση (συνέδρια, expert groups, κ.λ.π.), ενημερώνονται για τις νέες μεθόδους πρόληψης, για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, για τις τεχνικές ανίχνευσης της συντροφικής βίας, κ.ο.κ. ώστε να μπορούν να αναθεωρήσουν τις στρατηγικές παρέμβασης. Στη χώρα μας αναζητούνται οι επαγγελματίες αυτού του είδους στην εκπαίδευση, στις πολιτιστικές ομάδες, στις κοινωνικές υπηρεσίες, στους αρωγούς της δικαιοσύνης, στις υπηρεσίες υγείας και στις οργανώσεις της κοινότητας και ξεχωρίζονται αφενός από τις προσωπικές τους αντιλήψεις γύρω από την ενδο-οικογενειακή βία κι αφετέρου από το υψηλό αίσθημα ευθύνης και προσφοράς για ένα τόσο λεπτό ρόλο. Το έργο των επαγγελματιών που κινητοποιούνται στο θέμα της συντροφικής βίας δεν είναι εμφανές. Η κατανόηση, η διαμεσολάβηση ανάμεσα στους

θεσμούς (αστυνομία-δικαστήριο) και στους ανθρώπους(μέλη οικογένειας-γειτονιάς), η συμπαράσταση, η προστασία από νέα θυματοποίηση, η αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων ή στιγμών, η ευαισθητοποίηση των τρίτων και της κοινής γνώμης, η επίλυση διαφορών με ιδιαιτερότητες (μειονεκτικά άτομα, μειονότητες), η ενημέρωση των σχολείων και των γονέων για τα σχετικά προγράμματα δεν αποφέρουν αμέσως καρπούς. Χρειάζεται επιμονή και υπέρβαση δυσκολιών που δημιουργούν τόσο το πρόβλημα αυτό καθαυτό όσο και η περιρέουσα ατμόσφαιρα. Πολλές φορές δημιουργείται πρόβλημα στη συνύπαρξη πολλών επαγγελματιών υγείας και δικαστικών λειτουργών, κυρίως στη χάραξη ορίων παρέμβασης και στον ακριβή προσδιορισμό των ρόλων. Σε κάθε περίπτωση πάντως οι ασκούντες αυτό το έργο πρέπει αφενός να γνωρίζουν τα νομικά θέματα κι αφετέρου να απολαμβάνουν της εμπιστοσύνης των αρχών και των πολιτών. Ίσως αυτή η κοινή αποδοχή να τους επιτρέπει να συντονίζουν και τις υπηρεσίες των διαφόρων (εμπλεκομένων) φορέων(Πανούσης, Γ.,1993).

Μια καλή λύση θα αποτελούσε η συνυπογραφή ενός πρωτοκόλλου συνεργασίας, σε ετήσια βάση ή κατά περιοχή. Δικηγόροι(συνήγοροι), ανακριτές, εισαγγελείς, αστυνομικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, «πρώην» θύματα ή δράστες, ομάδες αυτοβοήθειας, εθνικά κέντρα πληροφόρησης και συλλογής στοιχείων, ερευνητικά ινστιτούτα, τοπικοί φορείς, μη-κυβερνητικοί οργανισμοί και εθελοντές θα μπορούσαν να ενταχθούν σε ένα ενιαίο(εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο) πρόγραμμα, αναγορεύοντας έναν κοινό συντονιστή(Πανούσης, Γ.,1993).

Γίνεται σαφές από τη βιβλιογραφία ότι το ζήτημα της γυναικείας κακοποίησης είναι σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας είναι κεντρικός όσον αφορά τη διερεύνηση και τη στήριξη των ασθενών- θυμάτων συντροφικής βίας. Όμως, όπως έχει επισημανθεί, πολλοί παράγοντες εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν τη δουλειά τους αποτελεσματικά. Είναι φανερό ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα ώστε να προσδιοριστούν περαιτέρω τα ζητήματα αυτά. Μόνο τότε οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε πραγματική θέση να αντιμετωπίσουν στρατηγικά αυτό το ευαίσθητο κοινωνικό και υγειονομικό ζήτημα(Corbally, M,2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Προσέγγιση του υγειονομικού συστήματος στο πρόβλημα

4.1. Προσέγγιση Δημόσιας Υγείας στην πρόληψη της συντροφικής βίας κατά των γυναικών

Η ισχύουσα έμφαση στις προσπάθειες για τη δημόσια υγεία δίνεται στην πρόληψη. Η εστίαση γίνεται στην πρωταρχική πρόληψη, δηλαδή ο τομέας υγείας να προλάβει αρχικά ώστε να μην παρουσιαστούν αποτελέσματα/συμβάντα κακοποίησης. Για να προλάβουν τη βία μέσα στη σχέση και τις συνέπειές της, πρέπει να συμπεριληφθούν στρατηγικές που εστιάζουν τόσο στη βίαιη συμπεριφορά του δράστη όσο και στους παράγοντες κινδύνου που διατρέχει το θύμα. Η άποψη της δημόσιας υγείας δίνει έμφαση στις αλλαγές των κοινωνικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που οδηγούν στη βία. Μια τέτοια προσέγγιση προσανατολισμένη στην πρόληψη συμπληρώνει τις προσπάθειες των ανθρώπων στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης, όπου οι στρατηγικές τυπικά εστιάζουν στη σύλληψη, στην καταδίκη, στην φυλάκιση και στην επανένταξη των δραστών. Επίσης, συμπληρώνει τις προσπάθειες φροντίδας προς τις ασθενείς στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J.,Thacker, S., 2000).

Σύμφωνα με τα σχόλια από τα κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών που αναφέρονται στο επιστημονικό περιοδικό «American Journal of Preventive Medicine», δίνονται οδηγίες για τη μεταβολή που θα επιφέρει την επιτυχή πρόληψη της βίας κατά των γυναικών.

Έχει γίνει πρόοδος στο να βρεθεί μια ομοιομορφία στον προσδιορισμό της βίας κατά των γυναικών. Θα χρειαστούν μελλοντικές προσπάθειες στην επέκταση όσων έχουν ήδη γίνει αναφορικά με τη βία από το σύντροφο(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J.,Thacker, S., 2000).

Χρειάζεται συνεχιζόμενη έρευνα πάνω στους παράγοντες κινδύνου με έμφαση σε όλες τις μορφές της βίας κατά των γυναικών. Η πρωταρχική πρόληψη εστιάζεται στις αντιλήψεις ή συμπεριφορές που οδηγούν στη θυματοποίηση των γυναικών. Πρέπει να διδάσκεται στα παιδιά ο καλύτερος δυνατός τρόπος, ώστε να χειρίζονται το θυμό και την αντιπαράθεση χωρίς βία. Μπορεί να δίνεται έμφαση σε αναπτυξιακούς παράγοντες και να μελετάται η επίδραση που έχει η έκθεση των παιδιών στη βία και στην κακοποίηση πάνω στη μετέπειτα διάπραξη βίας και στη θυματοποίηση. Επιπλέον, χρειάζεται να ερευνηθούν τρόποι για να επηρεάζονται οι κοινωνικές

νόρμες γύρω από τη βία (π.χ. αντιλήψεις σχετικά με την αποδοχή της ανδρικής βίας κατά των γυναικών). Καθώς βελτιώνεται η ικανότητα να αναγνωρίζονται οι παράγοντες κινδύνου, μπορούν να χρησιμοποιούνται αυτές οι πληροφορίες για να αναπτυχθούν προληπτικές στρατηγικές(Saltzman,L.,Green, Y.,Marks,J,Thacker,S.,2000).

Σε ακολουθία της πρωταρχικής πρόληψης, πρέπει ,επίσης ,να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της αναγνώρισης και αντίδρασης απέναντι στη βία αφού συμβεί. Αν η παρέμβαση εφαρμοστεί πριν η βία αυξηθεί σε συχνότητα ή σοβαρότητα, τότε είναι πιθανότερο να είναι περισσότερο αποτελεσματική παρά αν εφαρμοστεί αργότερα, όταν η βία έχει εδραιωθεί και είναι δύσκολο να αλλάξει(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J.,Thacker, S., 2000).

Πολλές έρευνες στους επαγγελματίες στην ιατρική περίθαλψη έχουν εστιάσει στην αναγνώριση εκ μέρους των επαγγελματιών των γυναικών που είναι θύματα ή βρίσκονται σε κίνδυνο να υποστούν βία από το σύντροφο. Αν και η διερεύνηση γυναικών στα κλινικά περιβάλλοντα έχει υποστηριχθεί από μεγάλο αριθμό επαγγελματικών οργανισμών, η διερεύνηση για τη βία δεν συμβαίνει συχνά σε αυτούς τους χώρους. Ο Οργανισμός Πρόληψης Οικογενειακής Βίας προτείνει τη διερεύνηση όλων των γυναικών ασθενών, άσχετα από την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων ή σημαδιών κακοποίησης κι άσχετα από το εάν ο επαγγελματίας υποψιάζεται ότι έχει συμβεί η κακοποίηση. Ο Οργανισμός προειδοποιεί, όμως, ότι αφού η βία υπάρχει σε όλους τους χώρους, η έρευνα πρέπει να εστιάσει στην αποτελεσματικότητα των πολιτικών διερεύνησης. Τέτοια έρευνα θα πρέπει να προσδιορίζει εάν υπάρχει αρνητική επίδραση από τη διερεύνηση και εάν η διερεύνηση μπορεί να απειλήσει την ασφάλεια της γυναίκας. Θα πρέπει επίσης να προσδιοριστεί ο τρόπος που το ιστορικό κακοποίησης μιας γυναίκας επηρεάζει τις απαντήσεις της στις ερωτήσεις διερεύνησης(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J.,Thacker, S., 2000).

Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας έχει σαν αποτέλεσμα σημαντικές επιτυχίες και σε άλλους τομείς. Θεωρείται ότι μπορεί να έχει εξίσου εντυπωσιακά αποτελέσματα, όταν εφαρμοστεί και στη βία κατά των γυναικών. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί από τέσσερα βήματα, που συχνά λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα:

1^ο Βήμα: Ορισμός και Καταμέτρηση

Το πρώτο βήμα είναι να προσδιοριστεί το πρόβλημα και η αξία του. Τυπικά, η δράση της δημόσιας υγείας ξεκινά αναπτύσσοντας ένα δημόσιο σύστημα παρακολούθησης/ επιτήρησης για τη συλλογή, ανάλυση και διάδοση πληροφοριών με σκοπό να χρησιμοποιηθούν στις δραστηριότητες πρόληψης και ελέγχου. Συλλέγονται πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων προσώπων, τα χρονικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά σχετικών περιστατικών, τη σχέση θύματος και του δράστη, τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες καθώς και τη σοβαρότητα των σχετιζόμενων τραυματισμών. Χωρίς ακριβείς πληροφορίες, το προσωπικό του προγράμματος δεν μπορεί να προσδιορίσει κατά πόσο τα άτομα που χρειάζονται τις υπηρεσίες τους έχουν προσεγγιστεί ή εάν οι στρατηγικές πρόληψης και διαμεσολάβησης είναι αποτελεσματικές (Saltzman, L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

2^ο Βήμα: Αναγνώριση των αιτιών του προβλήματος για την ανάπτυξη παρεμβάσεων

Το δεύτερο βήμα στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα αίτια του προβλήματος. Αναλύονται οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προκαλούν ή να προστατεύουν. Δίνεται προτεραιότητα σε παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν. Ατροποποίητοι παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο ή η εθνικότητα αξιολογούνται επειδή ο κίνδυνος συχνά ποικίλλει εξαιτίας τους και οι σχετικές πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή της παρέμβασης (Saltzman, L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

3^ο Βήμα: Αξιολόγηση των παρεμβάσεων

Το τρίτο βήμα στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας εστιάζει στην αναγνώριση και αξιολόγηση των παρεμβάσεων, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που έχουν ήδη παρουσιαστεί για τις υποβόσκουσες αιτίες (Saltzman, L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

4^ο Βήμα: Διάδοση

Το τέταρτο βήμα στην προσέγγιση αυτή συνίσταται στη λήψη στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης και στην τοποθέτησή τους σε τοπικά, πολιτειακά και εθνικά επίπεδα. Είναι επίσης σημαντικό να ενεργοποιηθούν μηχανισμοί που θα αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών σε αυτά τα περιβάλλοντα. Αυτό το βήμα περιμένει την εφαρμογή του μέχρι να αποδειχθεί ότι οι προσπάθειες

πρόληψης είναι αποτελεσματικές, αλλά χωρίς αυτό, τα τρία πρώτα βήματα δεν μπορούν να αποδώσουν πολλούς καρπούς(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

Χρειάζεται μεγαλύτερη έρευνα που θα επιτρέψει να αξιολογηθεί η επίδραση της οικογενειακής δυναμικής καθώς και συγκεκριμένες παρεμβάσεις στις μετέπειτα συμπεριφορές και στις εμπειρίες των θυμάτων. Παρομοίως, δεν υπάρχει η κατάλληλη γνώση για τη μακροχρόνια επίπτωση της διερεύνησης πάνω στις γυναίκες. Οι τρέχουσες στρατηγικές περιμένουν μέχρι να συμβεί η βία κι έπειτα διαχωρίζουν τα θύματα από τους δράστες. Πρέπει να γίνουν ενέργειες πέρα από αυτές τις στρατηγικές που εμποδίζουν την αρχική εξέλιξη της βίας. Η εφαρμογή των τεσσάρων βημάτων (ορισμός και καταμέτρηση, αναγνώριση των αιτιών του προβλήματος για την ανάπτυξη παρεμβάσεων, αξιολόγηση των παρεμβάσεων και διάδοση) στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας θα βοηθήσει να επιτευχθεί η μεταβολή που θα φέρει τους επαγγελματίες πιο κοντά στην πρόληψη της βίας κατά των γυναικών(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

4.2. Η παρέμβαση-αντιμετώπιση του προβλήματος

i. Η ανάγκη για συντονισμένη παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία

Ανάμεσα στις ανάγκες των θυμάτων κακοποίησης είναι και τα καταφύγια, η συμβουλευτική βοήθεια, οι νομικές υπηρεσίες και η νομική προστασία, οι υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος, η υποστηρικτική και ψυχολογική βοήθεια, τα προγράμματα επιμόρφωσης των δραστών, η σύλληψη και η οικογενειακή θεραπεία. Επιπλέον, διάφορες υπηρεσίες συνεπάγονται για να μπορέσουν να καλυφθούν οι παραπάνω ανάγκες (Adler, M.,2002).

Στη δημοσίευση της Marina A. Adler το 2002, παρουσιάζεται η περίπτωση του συντονισμού των υπηρεσιών που προσφέρουν βοήθεια στα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας στη Βαλτιμόρη των ΗΠΑ και η χρησιμότητα της δημιουργίας σχεδιασμένου μοντέλου.

Αυτή η πιλοτική έρευνα διευκρινίζει την τροποποίηση των σχεδιαστικών μεθόδων και εργαλείων, όπως είναι τα αποδεικτικά μοντέλα, τα λογικά μοντέλα και τα μοντέλα

θεωρητικών προγραμμάτων, για το σχεδιασμό της εκτίμησης του συντονισμού των υπηρεσιών που προσφέρουν βοήθεια στα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας στην κεντρική περιοχή της Βαλτιμόρης.

Οι συντονισμένες απαντήσεις της κοινότητας είναι συστηματικές προσεγγίσεις στη μεσολάβηση – σε αυτή την περίπτωση στην ενδο-οικογενειακή βία – που δίνουν έμφαση στην περιεκτική, συνεργατική και ολοκληρωμένη παράδοση υπηρεσιών. Η εκτίμηση εξετάζει τυπικά τη συγκέντρωση προσδιορίζοντας την ερμηνεία των προγραμμάτων εντός ποικίλων «συστατικών» του συστήματος (δικαστικά, παρέμβαση στην κρίση, κοινωνικές υπηρεσίες, υγειονομική περίθαλψη). Η παρούσα μελέτη επιχειρηματολογεί για μια θεωρητικά βασισμένη εκτίμηση προσεγγίζοντας να εξετάσει το ολοκληρωμένο σύστημα, το οποίο εμπλέκει το δομημένο μοντέλο και συνδέεται με τα συστατικά του συστήματος. Αυτή η διαδικασία αποκαλύπτει ότι οι δράσεις των υπηρεσιών είναι καθοδηγούμενες από ποικίλα παρεμβατικά μοντέλα, καταναμημένα σε διαφορετικές προτεραιότητες: επιμόρφωση του δράστη, υπεράσπιση του θύματος, παράδοση υπηρεσιών ή οικογενειακή επανανοποίηση. Οποιοδήποτε αντικείμενο εκτίμησης του παρεμβατικού συστήματος ως ολοκληρωμένο πρέπει να συγκρίνεται με τις διαφορές των υπολοίπων (Adler, M.,2002).

Στην παρούσα μελέτη, η εκτίμηση του σχεδιασμού συνδυάζει τη χρήση του λογικού μοντέλου έως τα θεωρητικά μοντέλα και το ολοκληρωμένο σύστημα. Η διαδικασία δημιουργίας μοντέλου απαίτησε τη συλλογή στοιχείων από ποικίλες πηγές. Οι υπηρεσίες του συστήματος (τα καταφύγια για κακοποιημένες γυναίκες, το αστυνομικό τμήμα, η κοινωνική υπηρεσία και το νοσοκομείο Βαλτιμόρης) συμμετείχαν στην έρευνα, όπου τους ζητήθηκε να προωθήσουν τις γραπτές αποδείξεις που θα μπορούσαν να μοιραστούν, οι οποίες περιλάμβαναν τις δηλώσεις αποστολής, τους σκοπούς, τις πολιτικές και τα αντικείμενα των προγραμμάτων, τις υπηρεσίες που παρέχονται, το σχέδιο του οργανισμού κ.α. Φυλλάδια και δηλώσεις αποστολής παρουσίασαν βασικές αποδείξεις από ποικίλους σκοπούς προγράμματος, δράσεις και διαδικασίες στις εκβάσεις των συζύγων(Adler, M.,2002).

Πραγματοποιήθηκαν μελέτες στο διαδίκτυο και συνεντεύξεις με τους επαγγελματίες που ασχολούνται με κακοποιημένες συζύγους, διευθυντές καταφυγίου και προγράμματος, συντονιστές εισαγωγών και προγράμματος, συμβούλους θυμάτων κακοποίησης, νομικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλέστηκαν να ενημερώσουν για την ακρίβεια και

σαφήνεια των χειρισμών των προγραμμάτων και του συστήματος. Σκοπός ήταν να πετύχουν σε διυλισμένα μοντέλα για τα προγράμματα και για το σύστημα ως ένα όλον. Οι επαγγελματίες (το δείγμα) ενημερώθηκαν ότι αυτή η πιλοτική έρευνα εξυπηρετεί στη συλλογή πληροφοριών σε ποικίλες υπηρεσίες και στις σχέσεις μεταξύ τους(Adler, M.,2002).

Οι συνεντεύξεις διαρκούσαν από 30 λεπτά έως 2,5 ώρες. Οι ερωτώμενοι ζητήθηκαν να εξετάσουν το πρόγραμμα και το σύστημα αποδεικτικών μοντέλων (μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων ή παρουσία του συνεντευκτή) και να τις συγκρίνουν με την επαγγελματική τους εμπειρία(Adler, M.,2002).

Οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν ότι το μοντέλο είναι οριοθετικά διαμορφωμένο και ότι τα προγράμματα είναι τρέχοντα και χρήσιμα. Πρότειναν μόνο ασημαντες τροποποιήσεις. Οι απαντητές συμφώνησαν ότι ενώ πιστεύουν πως η συνδετική σχέση είναι ακριβής στη θεωρία και στο σχεδιασμό, δεν πιστεύουν ότι το σύστημα δουλεύει όπως απεικονίζεται στα μοντέλα. Αρκετοί ερωτώμενοι απάντησαν πως πιστεύουν ότι το επίπεδο συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών που ασχολούνται με κακοποιημένες γυναίκες, χαρακτηρίζεται από αντιφάσεις κι εξαρτάται από την κάθε περίπτωση και δε βρίσκεται στη θεωρία(Adler, M.,2002).

Ποικίλες διαθέσιμες αποδείξεις που ανήκουν στις υπηρεσίες για την καταπολέμηση συζυγικής βίας συγκεντρώθηκαν για να βοηθήσουν στη δημιουργία του μοντέλου. Το μοντέλο περιέχει τη θεωρητική διαμεσολαβητική σχέση και συνεργασία των τεσσάρων συστατικών που ενασχολούνται εναντίον της κακοποίησης(Adler, M.,2002):

- 1) παρεμβατικά προγράμματα στην κρίση (καταφύγιο, ασφάλεια, υπεράσπιση)
- 2) δικαστικό σύστημα (νομική προστασία, νομικές υπηρεσίες)
- 3) υγειονομικό σύστημα περίθαλψης (ιατρική περίθαλψη, διάγνωση, μεταχείριση)
- 4) κοινωνικές υπηρεσίες (βοήθεια μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας και βοήθεια στο σπίτι)

Μια ανασκόπηση των στοιχείων του προγράμματος, των συνεντεύξεων και των μελετών στο διαδίκτυο αποκαλύπτουν ότι οι αποστολές, οι νομικές υποχρεώσεις, οι διαδικασίες και οι φιλοσοφίες των ποικίλων συστατικών του συστήματος είναι διαφορετικά. Το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης (προσέγγιση στη δημόσια υγεία και το μοντέλο μεταχείρισης) και οι κοινωνικές υπηρεσίες (μοντέλο παρέμβασης

στην κρίση στην οικογένεια) περιλαμβάνονται σε ένα βραχυπρόθεσμο μοντέλο παρέμβασης στην κρίση. Οι γενικοί σκοποί των διαφόρων υπηρεσιών είναι παρόμοιοι αλλά οι δραστηριότητές τους οδηγούνται από διαμεσολαβητικά και παρεμβατικά μοντέλα, τα οποία καταλήγουν σε διαφορετικές προτεραιότητες: επιμόρφωση δραστών, νομική υποστήριξη, παράδοση υπηρεσιών, επανένωση οικογένειας(Adler, M.,2002).

Το μοντέλο παρουσιάζει αναφορές των προγραμμάτων κατά της συζυγικής κακοποίησης στο δικαστικό σύστημα, στο υγειονομικό σύστημα και μεσολάβηση στους δράστες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες παρουσιάζουν προγράμματα κατά της κακοποίησης γυναικών, ψυχοκοινωνική προσέγγιση και συστήνουν προγράμματα επιμόρφωσης των δραστών. Το δικαστικό σύστημα αναφέρεται σε διάφορα προγράμματα και στην παρέμβαση στους δράστες. Το υγειονομικό σύστημα κυρίως αναφέρεται σε προγράμματα κατά της βίας και συστήνει προγράμματα για τους δράστες(Adler, M.,2002).

Αυτή η πιλοτική μελέτη είναι μια επεξήγηση της χρησιμότητας της δημιουργίας μοντέλου για το συντονισμό υπηρεσιών για την κακοποίηση στην οικογένεια. Ο σκοπός ήταν να σχεδιαστεί το μοντέλο στην περιοχή της Βαλτιμόρης, ώστε να εγκαταστήσει ένα πλαίσιο που θα οδηγεί σε προσπάθειες, που είναι βασισμένες στη θεωρία(Adler, M.,2002).

Οι Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., ύστερα από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους που έγινε το 2002, προτείνουν ότι χρειάζεται ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου των περισσότερων ιατρών και του νοήματος της επιτυχίας σχετικά με την παρέμβαση στην ενδο-οικογενειακή βία. Επίσης, προτείνουν ότι για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των ιατρών και να βελτιωθεί η περίθαλψη στα θύματα, πρέπει τα νοσοκομεία να εφαρμόσουν μοντέλα παρέμβασης που απλοποιούν και περιορίζουν τις δραστηριότητες των ιατρών σε αυτόν τον τομέα. Οι ερευνητές έχουν αναπτύξει μοντέλα που δίνουν έμφαση στις υπηρεσίες αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας μέσα στο νοσοκομειακό χώρο προκειμένου να αυξηθεί η περίθαλψη των ασθενών και να ανακουφιστούν οι ιατροί από χρονοβόρες δραστηριότητες για τις οποίες ίσως δεν είναι εκπαιδευμένοι., όπως είναι η συμβουλευτική των θυμάτων σε βάθος(Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Τα άμεσα βήματα παρέμβασης που προτείνονται σε αυτά τα μοντέλα βοηθούν τα θύματα και είναι παρόμοια με εκείνα που φαίνονται επιτυχή στους κινδύνους από το κάπνισμα, το αλκοόλ και το HIV/ STD. Η εφαρμογή των απλοποιημένων μοντέλων παρέμβασης φαίνεται ακόμη πιο κατάλληλη για τα θύματα ενδο-οικογενειακής βίας, δεδομένης της ευρύτητας υποστήριξης που θα χρειαστούν αυτά τα άτομα στην πνευματική υγεία, στη δικαιοσύνη με τη νομική βοήθεια, στην ασφάλεια των παιδιών και γενικά στη μετέπειτα ζωή τους με οικονομική βοήθεια και παραπομπή σε καταφύγια για κακοποιημένες γυναίκες και σε ομάδες υποστήριξης (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

Χωρίς καθυστέρηση, χρειάζονται κι άλλες μελέτες για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των εργαλείων διερεύνησης και των πρωτοκόλλων παρέμβασης. Με το χρόνο, με επίμονη εκπαίδευση και με υποστηρικτικές δομές οι ιατροί θα μάθουν ότι η διερεύνηση για ενδοοικογενειακή βία είναι από μόνη της ισχυρή και θετική πρόληψη και ότι οι συμπεριφορές παρέμβασης μπορούν να είναι άμεσες κι εξυπηρετικές προς τα θύματα και παρόμοιες με αυτές για τους άλλους κινδύνους (Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., 2002).

ii. Παρεμβάσεις στην ενδο-οικογενειακή βία

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ευθύνη να αναγνωρίζουν το πρόβλημα της συντροφικής βίας και να συμμετέχουν σε στρατηγικές παρέμβασης. Η παρέμβαση λαμβάνει χώρα σε 3 επίπεδα:

- Γενική παρέμβαση: αλλαγή πολιτισμικών και κοινωνικών επιρροών που ενθαρρύνουν τη βίαιη συμπεριφορά
- Πιο συγκεκριμένη αναγνώριση καταστάσεων που συμβαίνει η βία
- Στρατηγικές που εφαρμόζονται, όταν εργάζονται με ανθρώπους που εμπλέκονται σε σχήμα βίαιης συμπεριφοράς, δηλαδή τους δράστες (Espinosa, L., Osborne, K., 2002)

Οι παρεμβάσεις που ελέγχουν τη βία εναντίον των συντρόφων αντανakλούν τρεις ξεχωριστούς αλλά σχετιζόμενους ως προς την πολιτική στόχους (Chalk, R. and King, P., 1998):

- Η ποινή και η αποτροπή των δραστών

- Η επανένταξη των θυτών
- Οι προστατευτικές παρεμβάσεις που είναι σχεδιασμένες να εξασφαλίσουν την ασφάλεια και την ενδυνάμωση των θυμάτων

Νομικοί θεσμοί έχουν χρησιμοποιηθεί για να προωθήσουν κάθε έναν από αυτούς τους στόχους, αλλά οι αξιολογήσεις των παρεμβάσεων εμπλέκονται από την έλλειψη κοινών μέτρων τα οποία θα μπορούσαν να αξιολογήσουν εάν η πρόοδος σε έναν τομέα βοηθάει ή εμποδίζει την επίτευξη των άλλων στόχων(Chalk, R.and King,P.,1998).

Στη βραχυπρόθεσμη παρέμβαση η διαδικασία γίνεται με έγκαιρη πρόσβαση στη σωματική και ψυχική υγεία του θύματος, καθώς και σε προσωπική ή επαγγελματική υποστήριξη, όταν χρειαστεί. Η διαδικασία σχεδιασμού έχει προσφέρει το πρόσθετο όφελος να γίνει σαφές στη γυναίκα ότι ο επαγγελματίας αν και μπορεί να υποστηρίξει την απόφασή της να επιστρέψει στο σύντροφό της, δεν περιμένει να σταματήσει η βία. Είναι σημαντικό γι' αυτήν να θυμάται αυτό το γεγονός όταν το επόμενο περιστατικό βίας συμβεί και της πει ο θύτης ότι η κακομεταχείριση είναι δικό της θέμα. Είναι συνηθισμένο στους επαγγελματίες υγείας να απογοητεύονται όταν οι ασθενείς αρνούνται την κακομεταχείριση. Ο ρόλος τους, είναι να βοηθήσουν την ασθενή να πάρει αποφάσεις κι όχι να λύσουν το πρόβλημα για την ίδια(Canadian Nurses Association,1992).

Ως προς τη μακροπρόθεσμη παρέμβαση, αναφέρεται ότι η αναγνώριση και η διαχείριση της συντροφικής βίας, θα σημειώσουν μεγάλη διαφορά στη μακροχρόνια υγεία ενός θύματος(Canadian Nurses Association,1992).

Ακόμη και όταν δημιουργηθεί ένα περιβάλλον χωρίς βία, μερικές γυναίκες χρειάζονται ακόμη την παρέμβαση, όπως συμβουλές ή προγραμματισμό για συνεδρίες. Σε αυτή τη φάση η συμβουλευτική υποστήριξη παρέχεται από νοσοκόμες και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι στόχοι της συνεχιζόμενης συμβουλευτικής υποστήριξης είναι(Canadian Nurses Association,1992):

- Να συνεχίσουν να επιλέγουν να είναι ασφαλείς από τη βία
- Να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους μέσω της αυξημένης αυτοεκτίμησης
- Να εξερευνούν επιλογές για την ανάπτυξη του εαυτού τους

iii. Πρωτοβουλίες για την προστασία και υποστήριξη των κακοποιημένων ασθενών

Ένα δίκτυο συντονισμένης διαμεσολάβησης που λειτουργεί σε πολλά επίπεδα ώστε να βοηθήσει την άσχημη κατάσταση των κακοποιημένων ασθενών έχει θεωρηθεί αναγκαίο να δημιουργηθεί. Αυτή η διαμεσολάβηση περιλαμβάνει όλο το προσωπικό που έρχεται σε επαφή με μια ασθενή που έχει υποστεί συντροφική βία. Στην πρώτη γραμμή βρίσκεται το προσωπικό των τμημάτων ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, όλες οι νοσηλεύτριες, οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Επίσης, περιλαμβάνονται και άλλα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας, όπως είναι οι επισκέπτες υγείας και οι μαίες. Αδιαμφισβήτητα, σε αυτή τη διαμεσολάβηση το πλάνο περιέχει και την αστυνομία(Corbally, M.,2001).

Η εθνική επιτροπή πληροφοριών για τη βία ασχολείται με την παροχή ειδικών διευκολύνσεων προς τις κακοποιημένες γυναίκες από την υπηρεσία υγείας. Οι προτάσεις περιλαμβάνουν τη χρήση γραπτών πρωτοκόλλων, την ορθή καταγραφή και την υποστήριξη των θυμάτων. Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι προτείνεται στους παρέχοντες ιατρική και προνοιακή φροντίδα να υιοθετούν γραπτά πρωτόκολλα που στοχεύουν συγκεκριμένα στην αναγνώριση και αποκάλυψη των βίαιων περιστατικών. Επίσης, υποστηρίζει ότι το προσωπικό της πρώτης γραμμής πρέπει να λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, υπάρχει έλλειψη επίσημων πληροφοριών σχετικά με την ανάγκη για εκπαιδευτική πολιτική και τη δημιουργία συγκεκριμένων πρωτοκόλλων(Corbally, M.,2001).

4.2.1. Άξονες παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας

Με βάση τα υπάρχοντα μοντέλα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί στις Η.Π.Α., δύο είναι οι σημαντικότεροι άξονες παρέμβασης. Ο πρώτος άξονας αφορά την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και ο δεύτερος την ανάπτυξη πρωτοκόλλων και αναφέρονται στη συντροφική βία εναντίον γυναικών ανεξαρτήτως ηλικίας(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

- Πρώτος άξονας παρέμβασης: Επιμόρφωση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2002) θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης επαγγελματιών υγείας πρέπει να θίγει τα εξής(Πενταράκη,2004 α):

- i. οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα

- ii. οποιαδήποτε προκατάληψη, μα βάση την οποία η βία αντιμετωπίζεται ως ένα ιδιωτικό ζήτημα
- iii. οποιαδήποτε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία

i. Αρνητικά συναισθήματα

Πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να κυριεύονται από αρνητικά συναισθήματα, όπως αίσθηση αδυναμίας και ανεπάρκειας ειδικότερα σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν δυνατότητες κατάλληλων παραπομπών. Τέτοιου είδους συναισθήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν στα πλαίσια ενός προγράμματος επιμόρφωσης μέσω της δυνατότητας αξιοποίησης άτυπων δικτύων φροντίδας. Το πρόγραμμα επιμόρφωσης μπορεί να προτείνει στους επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν τις γυναίκες που υφίστανται βία να διερευνούν και να αξιοποιούν κάποια άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα φροντίδας, όπως συγγενικά ή φιλικά δίκτυα. Επίσης, στις περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή μιας γυναίκας μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν τη δυνατότητα εισαγωγής της στο νοσοκομείο(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

ii. Προκαταλήψεις

Οι υπάρχουσες προκαταλήψεις και οι κυρίαρχες αναπαραστάσεις αντιμετωπίζουν τη βία ως ένα ιδιωτικό ζήτημα που αφορά το ζεύγος και συνεπώς μπορούν να σταθούν εμπόδιο στην ενεργοποίηση των συντελεστών του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της βίας. Μια τέτοιου είδους αντίληψη νομιμοποιεί την απουσία της παρέμβασης σε περιπτώσεις συντροφικής βίας. Στα πλαίσια οποιουδήποτε προγράμματος επιμόρφωσης χρειάζεται να αμφισβητηθούν τέτοιου είδους αντιλήψεις παρουσιάζοντας τη βία ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών γυναικών(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

iii. Στερεότυπα

Οποιοδήποτε πρόγραμμα επιμόρφωσης των συντελεστών του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της βίας πρέπει να αντιμετωπίζει κάθε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία. Παλιότερα, όταν η εξουσία και το φύλο θεωρούνταν ότι δεν είχαν καμία σύνδεση, προσέγγιζαν τα θύματα βίας ως μαζοχιστικές προσωπικότητες, οι οποίες επιζητούσαν οι ίδιες την κακοποίησή τους. Μπορεί πλέον να μην συναντάμε τόσο

έντονες προσπάθειες ενοχοποίησης του θύματος, αλλά εξακολουθούμε να συναντάμε πρακτικές επανα – θυματοποίησης των γυναικών στον κυρίαρχο λόγο.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε περιπτώσεις άσκησης βίας ενάντια στις γυναίκες, στις οποίες κατηγοριοποιούν τις γυναίκες θύματα σε καλές και κακές, με υπόνοιες ότι οι γυναίκες που δεν είναι πολύ νέες ή πολύ ηλικιωμένες, ούτως ώστε να μην μπορούν να προστατευτούν, ευθύνονται με κάποιο τρόπο για την άσκηση βίας εναντίον τους. Η μεταβίβαση των ευθυνών στο θύμα φαίνεται και από εκφράσεις του τύπου όπως: «Τι του έκανες για να σε δείρει;, μήπως τον προκάλεσες;». Αυτές οι αντιλήψεις διαμορφώνουν μια κατάσταση όπου το θύμα έχει μέρος της ευθύνης. Η βασική συνέπεια είναι ότι ουσιαστικά αυτή η αντίληψη συντείνει στην επανα – θυματοποίηση της γυναίκας και αρκετές φορές τη συναντάμε στους επαγγελματίες υγείας που σημαίνει ότι τέτοιου είδους αντιλήψεις θα πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο της αμφισβήτησης σε οποιοδήποτε πρόγραμμα επιμόρφωσης (Πενταράκη, Μ., 2004 α).

- Δεύτερος άξονας παρέμβασης: Ανάπτυξη Πρωτοκόλλων

Παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να αφορούν κατευθύνσεις και διαδικασίες σχετικά με (Πενταράκη, Μ., 2004 α):

- i. τον εντοπισμό περιστατικών βίας
- ii. την καταγραφή των περιστατικών βίας
- iii. την αναγκαιότητα παραπομπής στις κοινωνικές υπηρεσίες και πληροφόρησης για λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά τα βασικά στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισης συντροφικής βίας που μπορεί να υιοθετηθεί από ένα νοσοκομείο ή ένα κέντρο υγείας

- i. Εντοπισμός περιστατικών βίας

Η τάση για συγκάλυψη των αιτιών τραυματισμού απαιτεί από το ιατρικό προσωπικό να χρησιμοποιήσει κατάλληλες τεχνικές προσέγγισης για να εκτιμηθούν τα αληθινά αίτια των τραυμάτων και στη συνέχεια να γίνουν οι κατάλληλες παραπομπές. Καταρχήν το ιατρικό προσωπικό πρέπει να θέτει ερωτήσεις

διευκολυντικού τύπου προς τη γυναίκα όταν βρίσκεται μόνη της. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ζητείται από τους συνοδούς της κακοποιημένης γυναίκας να βγουν από το χώρο εξέτασης. Τέλος, είναι σημαντικό η κακοποιημένη από το σύντροφό γυναίκα να μην ενοχοποιείται για τη βία που έχει δεχτεί. Πρέπει να της δηλώνεται σαφέστατα ότι κανείς μα κανείς δεν έχει το δικαίωμα να την χτυπάει για κανένα μα κανένα λόγο(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η στάση των επαγγελματιών υγείας αλλάζει προς τον εντοπισμό περιστατικών συντροφικής βίας όταν πεδία για τη συντροφική βία βρίσκονται ενσωματωμένα σε όλα τα διαγνωστικά έντυπα που χρησιμοποιούνται από αυτούς. Κατ' αυτόν τον τρόπο επέρχεται αύξηση καταγραφής των περιστατικών(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

ii. Η καταγραφή των περιστατικών βίας

Ανεξάρτητα από το εάν η κακοποιημένη γυναίκα παραδεχτεί την κακοποίηση είναι σημαντικό να καταγράφονται τα περιστατικά κακοποίησης στο βιβλίο συμβάντων για να μπορέσει η γυναίκα που έχει υποστεί κακοποίηση να έχει αποδεικτικά στοιχεία αργότερα εάν χρειαστεί να κινήσει δικαστικές διαδικασίες σε βάρος του δράστη. Επίσης, όταν εντοπίζονται τραύματα, είναι σημαντικό να ενημερώνεται η γυναίκα ότι πρέπει να απευθυνθεί σε ιατροδικαστή αφού η βεβαίωση του ιατροδικαστή αποτελεί χρήσιμο στοιχείο σε περίπτωση δικαστικών ενεργειών για ποινική δίωξη του δράστη ή διαζύγιο τώρα ή στο μέλλον(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

iii. Η παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες και η πληροφόρηση για λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες

Ενώ ο κύριος στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι η διάγνωση και η θεραπεία από τα τραύματα της βίας, μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος περίθαλψης σε περιπτώσεις βίας πρέπει να αποτελεί μέρος μιας διατομεακής προσέγγισης και αυτό διότι οι ανάγκες μιας γυναίκας που έχει υποστεί βία είναι πολλαπλές. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη η παραπομπή της γυναίκας στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών απαιτείται η στενή συνεργασία με ένα σύνολο από υπηρεσίες και η ενίσχυση της αλληλοδράσης τους. Είναι σκόπιμο η κοινωνική υπηρεσία να συντάξει έναν κατάλογο με υπηρεσίες, τις διευθύνσεις τους και πρόσωπα επαφής όπου θα μπορούσε να απευθυνθεί η γυναίκα που υφίσταται βία. Ανάμεσα σε αυτές τις υπηρεσίες θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν η τοπική κοινωνική υπηρεσία του δήμου, το κέντρο

ψυχικής υγείας, το ταμείο απορίας του τοπικού δικηγορικού συλλόγου, ξενώνες(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

Αρκετά στελέχη σχεδιασμού και ανάπτυξης υπηρεσιών υποστηρίζουν ότι ο εντοπισμός και η καταγραφή περιστατικών κακοποίησης αποτελούν το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής παρέμβασης του συστήματος περίθαλψης και πρέπει αν γίνουν θέμα ρουτίνας. Έγκαιρος εντοπισμός και η παρέμβαση μπορούν να αμβλύνουν τις συνέπειες τις βίας και να οδηγήσουν στον περιορισμό του προβλήματος(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

Εκτός από τα οφέλη από την υποχρεωτική διαδικασία διάγνωσης της συντροφικής βίας, ελλοχεύουν και κίνδυνοι στις περιπτώσεις που οι επαγγελματίες δεν έχουν επιμορφωθεί κατάλληλα. Προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε ένας επαγγελματίας υγείας που εντοπίζει περιστατικό συντροφικής βίας να μην ενημερώνει το σύντροφο που ασκεί τη βία ότι γνωρίζει, διότι αυτό μπορεί να θέσει τη ζωή της γυναίκας σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο δράστης της βίας μπορεί να ασκήσει σε μεγαλύτερο βαθμό βία στη σύντροφό του για να την «τιμωρήσει». Επίσης, όταν ένας επαγγελματίας υγείας εντοπίσει ότι η ασθενής του είναι θύμα βίας πρέπει να μπορεί να πληροφορήσει για το τι μπορεί να κάνει, όπως και να την παραπέμψει κάπου, γιατί διαφορετικά η απογοήτευση, η απομόνωση και η ανασφάλεια που νιώθει η γυναίκα μπορεί να ενταθούν. Ακόμα και όταν δεν έχει χρόνο ο/η επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να παραπέμψει τη γυναίκα στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Για μια τέτοια απλή παρέμβαση, που συχνά έχει θετικά αποτελέσματα, δε χρειάζεται ο/η επαγγελματίας να αφιερώσει πολύ χρόνο. Η διάγνωση της συντροφικής βίας πρέπει πάντα να ακολουθείται από περαιτέρω εκτίμηση των προβλημάτων, σχεδιασμό παρεμβάσεων, καταγραφή και παραπομπές(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

Οι συνέπειες της συντροφικής βίας, εν είδει σωματικών τραυματισμών στις γυναίκες είναι ανησυχητικές και απαιτούν την παρέμβαση του συστήματος περίθαλψης να μπορεί να εξασφαλιστεί μέσα από ενέργειες των κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την επιμόρφωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και μέσα από την υιοθέτηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων αντιμετώπισης περιστατικών βίας(Πενταράκη, Μ.,2004 α).

4.2.2. Μια πρόταση για την ενδο-οικογενειακή βία στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη: το πρόγραμμα CONFAD

Τα παρακάτω είναι η περιγραφή μιας παρέμβασης που απευθύνεται σε ενήλικες γυναίκες, οι οποίες υποφέρουν από πράξεις σωματικής, ψυχολογικής ή σεξουαλικής βίας ασκούμενης από τους συντρόφους τους. Αυτές είναι καταστάσεις που κατατάσσονται στην ενδο-οικογενειακή βία. Η παρέμβαση γίνεται σε επίπεδο εξωτερικών ασθενών, που είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα περίθαλψης. Η Βοήθεια στις Οικογένειες και Οικογενειακές Διαμάχες (CONFAD), είναι ένα πρόγραμμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που προσανατολίζεται προς τις γυναίκες που υφίστανται ενδο-οικογενειακή βία. Το πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί από το 2002 στο κέντρο υγείας του πανεπιστημίου Samuel Pessoa και συντονίζεται από τμήμα προληπτικής ιατρικής της ιατρικής σχολής του Σάο Πάολο της Βραζιλίας. Οι αντικειμενικοί σκοποί της παρέμβασης είναι (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002):

- Να αναπτυχθούν διαγνωστικά εργαλεία, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τις γυναίκες που υποφέρουν από ενδο-οικογενειακή βία
- Να βελτιωθεί η ικανότητα των επαγγελματιών να αναγνωρίζουν τη βία κατά τη διάρκεια της επίσκεψης της ασθενούς
- Να εντοπίζονται οι ενέργειες που χρειάζονται, ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που εκφράζουν οι χρήστες της υπηρεσίας κατά την πρώτη συνάντηση
- Να βελτιωθεί η ικανότητα των εργαζομένων να σχεδιάζουν ένα περιεκτικό πρόγραμμα μέριμνας σαν αποτέλεσμα κοινής απόφασης με τους χρήστες της υπηρεσίας
- Να σχηματιστεί ένα συστηματικό κι επίσημο σύστημα καταγραφής κι αρχειοθέτησης που θα καταγράφει τα περιστατικά και τις αναληφθείσες ενέργειες, ενώ παράλληλα θα εξασφαλίζει πλήρη εχεμύθεια
- Να συμπεριληφθεί η μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο δια-τομεακό δίκτυο που είναι απαραίτητο για την υποστήριξη των γυναικών που υφίστανται συντροφική βία, παραπέμποντάς τες σε κατάλληλες υπηρεσίες

- Να αναπτυχθούν διαδικασίες που επιβεβαιώνουν ότι η γυναίκα λαμβάνει επαρκή υποστήριξη κι ότι η ποιότητα της πρώτης συνάντησης με την υπηρεσία είναι ικανοποιητική
- Να διατηρηθεί αρχείο των υποθέσεων που έχουν αναγνωριστεί και των ενεργειών και της στήριξης που δόθηκε, προκειμένου να ελεγχθεί και να αξιολογηθεί συστηματικά η συνολική υπηρεσία

Η αναγνώριση των περιστατικών βίας προϋποθέτει να ρωτούνται οι γυναίκες για τη βία όταν γίνεται η πρώτη επαφή με την υπηρεσία περίθαλψης, με ερωτήσεις που θα βασίζονται σε συγκεκριμένα κριτήρια. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να επαγρυπνούν ιδιαίτερα εάν η γυναίκα παρουσιάζει κάποιο από τα κλινικά συμπτώματα για την ανίχνευση της συντροφικής βίας (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

Περιεχόμενα του προγράμματος CONFAD

Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής παρέμβασης οι εργαζόμενοι θα πρέπει (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002):

- Να ακούν προσεκτικά την ιστορία της γυναίκας
- Να προσπαθούν να κατανοήσουν το πρόβλημα της γυναίκας
- Να εντοπίζουν το δίκτυο υποστήριξης που ήδη έχει η γυναίκα, ψάχνοντας για φίλους, οικογένεια, εργασία και τονίζοντας τους θετικούς δεσμούς
- Να εντοπίζουν τους πιθανούς κινδύνους για τη γυναίκα, όπως απειλές και παρουσία όπλων και να δίνουν συμβουλές για να βελτιωθεί η ασφάλειά της
- Να συζητούν τις ελπίδες και τις προσδοκίες που θα βοηθήσουν τη γυναίκα να βρει τρόπους για αλλαγή
- Να υποστηρίζουν την επιλογή της γυναίκας και να μοιράζονται τις αποφάσεις της
- Να σέβονται τις απόψεις που εκφράζονται από τη γυναίκα και ποτέ να μην την επικρίνουν
- Να διασαφηνίζουν ότι η βία είναι συνηθισμένη κι ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις παρόμοιες με τη δική της

Στο τέλος της διαδικασίας, η γυναίκα θα αποφασίζει την πιθανή πορεία που μπορεί να ακολουθήσει, μοιράζοντας την απόφαση αυτή με τον επαγγελματία υγείας. Μετά είτε θα αναζητάει κάποιες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν βοήθεια είτε θα ζητάει βοήθεια από κάποιο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, το οποίο να αναγνωρίζει ως κατάλληλο πλαίσιο υποστήριξης. Όλη η συνάντηση πρέπει να καταγράφεται

λεπτομερώς και να περιλαμβάνει το ιστορικό της γυναίκας, τα βίαια επεισόδια, όλες τις επιλογές και τις ενέργειες που θα κάνει για την επίλυση του προβλήματός της (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

Αυτή η πρόταση εφαρμόστηκε σε μια περιοχή του Σάο Πάολο με περίπου 400.000 κατοίκους από τον Ιανουάριο 2002. Η περιοχή αυτή έχει 15 κέντρα υγείας και 3 νοσοκομεία. Ο στόχος δεν ήταν μόνο να δοθούν συμβουλές στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και να ενσωματωθεί η βοήθεια στην υγειονομική περίθαλψη. Με αυτό το νέο μοντέλο, η πρώτη μέριμνα μπορεί να γίνει στο νοσοκομείο αλλά, όταν η γυναίκα αποκαλύπτει τη συντροφική βία, θα παραπέμπεται στο πρόγραμμα CONFAD. Τότε θα συζητεί την κατάσταση σε βάθος και θα αναζητάει τρόπους για να βγει από αυτήν την κατάσταση. Όλη η πρόταση έγινε για παρέχει περιεκτική υγειονομική περίθαλψη και δια-τομεακή αντιμετώπιση των γυναικών που είναι θύματα συντροφικής βίας (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας

5.1. Η σημασία της επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2002) θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης πρέπει να θίγει τα εξής (Πενταράκη, Μ., 2003):

- Οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα όπως την αίσθηση αδυναμίας, την ανεπάρκεια των συντελεστών ψυχικής και δημόσιας υγείας καθώς και την απομόνωσή τους, ειδικότερα σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν δυνατότητες παραπομπών
- Οποιαδήποτε προκατάληψη, με βάση την οποία η βία αντιμετωπίζεται ως ένα ιδιωτικό ζήτημα
- Οποιαδήποτε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία

Παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό

και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να αφορούν διαδικασίες σχετικά με(Πενταράκη, Μ., 2003):

-Την καταγραφή των περιστατικών βίας, για νομικούς, ιατρικούς και στατιστικούς λόγους

-Ζητήματα νομικά, δεοντολογίας και προστασίας του απορρήτου

-Πληροφόρηση για υπηρεσίες όπου είναι δυνατή η παραπομπή

Η επιμόρφωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η ανάπτυξη κατάλληλων πρωτοκόλλων θα πρέπει να στοχεύουν στο να στηρίξουν αποτελεσματικά την κάθε γυναίκα που έχει υποστεί βία. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να καταστεί ικανό να αναγνωρίζει σημάδια βίας, να εκτιμάει κατάλληλα τις ανάγκες και να παρέχει στη γυναίκα την κατάλληλη υποστήριξη και πληροφόρηση(Πενταράκη, Μ., 2003).

Κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση, η εποπτεία και άλλες υποστηρικτικές τακτικές για τους επαγγελματίες στα περιστατικά ενδο-οικογενειακής βίας. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν τις αιτίες και τις επιπτώσεις της βίας κατά των γυναικών. Όσο περισσότερα γνωρίζουν, τόσο περισσότερο επαγγελματικοί θα είναι στο χειρισμό των περιστατικών της ενδο-οικογενειακής βίας(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες να δουλεύουν μέσα σε μια ομάδα κι άλλων συναδέλφων. Η μοναχική εργασία είναι δυσκολότερη ενώ η συνεργασία με κάποιον / κάποιους αυξάνει τη διάθεση και αποτελεσματικότητά τους. Η δουλειά κοντά σε θύματα βίας δε θα πρέπει να είναι ευθύνη ενός μόνο επαγγελματία αλλά θα πρέπει να μοιράζεται μέσα σε μια ομάδα κατά προτίμηση διεπιστημονική(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Η δυνατότητα εποπτείας πρέπει να θεωρείται αυτονόητη για κάποιον που εργάζεται σε επαγγέλματα φροντίδας και πρόνοιας του ανθρώπου. Ακόμη περισσότερο αναγκαία θα πρέπει να θεωρείται ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν περιστατικά βίας.

Επιπρόσθετα, στην επαγγελματική τους εκπαίδευση, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν ειδικό συμπληρωματικό πρόγραμμα σχετικά με τις μεθόδους στην πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006).

Χρήσιμο θα ήταν να ετοιμαστεί ένα σχέδιο ασφαλείας προσαρμοσμένο στο χώρο εργασίας γιατί είναι πολύ πιθανό να αρχίσει να απειλεί ο θύτης ως κίνηση εκδίκησης για τη βοήθεια που παρέχεται στη σύντροφό του. Οι επαγγελματίες έχουν την

επιπρόσθετη ευθύνη να αναζητήσουν και να φέρουν βοήθεια στα θύματα βίας όσο αυτά βρίσκονται υπό την επαγγελματική τους ευθύνη (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Τα θέματα της ενδο-οικογενειακής βίας απαιτούν τη συνεργασία μεταξύ της τοπικής αυτοδιοίκησης και των κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών πρόνοιας και την ανάπτυξη ενός δικτύου. Η χρησιμοποίηση της δικτύωσης ως μέθοδο γνώσης και εμπειρίας των επαγγελματιών διαφορετικών επιστημονικών ειδικοτήτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στον αγώνα κατά της βίας (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Η συμβουλευτική από συναδέλφους άλλων επιστημονικών πεδίων για κάποια από τα θέματα της βίας όπως για παράδειγμα των νομικών συμβουλών από δικηγόρους, θεωρείται αναγκαία (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται εκπαίδευση πάνω σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας. Η εκπαίδευση στην ενδοοικογενειακή βία είναι ανεπαρκής. Οι περισσότεροι, όμως άνθρωποι εντός και εκτός του επαγγελματικού χώρου της υγείας υποθέτουν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας. Η πραγματικότητα είναι ότι «υπάρχει αμεροληψία για την κακοποίηση να παραμένει αναγνωρίσιμη από τους ειδικούς ακόμα και σε μακροπρόθεσμες θεραπείες». Αν και τα τρέχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα προωθούν ανεπαρκή εκπαίδευση και εμπειρία σε θέματα κακοποίησης, με το αποτέλεσμα των νέων επαγγελματιών υγείας, φαίνεται ότι συχνά εκπαιδεύονται ανεπαρκώς στον τρόπο σχεδιασμού κατάλληλων παρεμβατικών πλάνων (Zorza, J., 1996).

5.2. Η παραπληροφόρηση σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας

Αρκετοί δικηγόροι, γιατροί, ψυχοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, δεν γνωρίζουν τι συμβαίνει συναισθηματικά και σωματικά στις κακοποιημένες γυναίκες. Η παραπληροφόρηση και η έλλειψη γνώσης στο θέμα επικρατούν τόσο που «ακόμα και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να γνωρίζουν πολλά και ότι πρέπει να γνωρίζουν περισσότερα για αυτό το θέμα». Οι επαγγελματίες υγείας συχνά κάνουν απλά υποθέσεις για τις κακοποιημένες γυναίκες επειδή είναι εξειδικευμένοι με τη φράση «κακοποιημένες γυναίκες» ή «έχουν μιλήσει με γυναίκες που έχουν αναφέρει βία», όμως στην πραγματικότητα λίγοι από αυτούς έχουν σαφή γνώση για την οικογενειακή βία. Κάνουν λανθασμένες υποθέσεις για τις κακοποιημένες γυναίκες

βασισμένες σε δικές τους αντιλήψεις, προσωπικές τους πεποιθήσεις, κυρίως η αντίληψη ότι αυτοί ποτέ δε θα επέτρεπαν στους εαυτούς τους να κακοποιηθούν(Zorza, J.,1996).

Στην έλλειψη της πληροφόρησης συμπεριλαμβάνονται οι ερμηνείες και οι δικαιολογίες που παρουσιάζουν οι δράστες. Οι δράστες έχουν μπερδέψει την κοινή γνώμη και τους επαγγελματίες για τη φύση και τις συνέπειες της οικογενειακής βίας, συγκεκριμένα όταν οι εξηγήσεις τους είναι γενικά πιστευτές(Zorza, J.,1996).

5.3. Το πρόγραμμα RADAR

Η βία στο σπίτι κατά των γυναικών συχνά δεν αναγνωρίζεται από τους εργαζομένους στην ιατρική περίθαλψη εξαιτίας πολλαπλών εμποδίων. Σε μια προσπάθεια να αυξηθεί η διερεύνηση, η αναγνώριση και η παραπομπή προς τις αρμόδιες υπηρεσίες, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα RADAR δημιουργήθηκε για το ιατρικό προσωπικό 12 κέντρων υγείας. Σε έρευνα των Harwell, Casten, Armstrong, Dempsey, Coons και Davis που διεξήχθη στη Φιλαδέλφεια το 1998, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την ενδο-οικογενειακή βία προσφερόμενο προς το προσωπικό υγείας στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει τρία χαρακτηριστικά. Πρώτον, είναι σχεδιασμένο να παρέχει εκπαίδευση προς όλο το προσωπικό μέσα στο χώρο του κέντρου υγείας (κλινικό ιατρικό προσωπικό, γραμματειακό προσωπικό και φρουροί ασφαλείας), πιστεύοντας ότι όλο το προσωπικό έχει σημαντικό ρόλο να παίζει στην ανίχνευση, θεραπεία και υποστήριξη των θυμάτων. Δεύτερον, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενσωματώνει τη θεωρία τραύματος μέσα στο οικογενειακό μοντέλο. Η θεωρία τραύματος δίνει το βιο-ψυχοκοινωνικό πλαίσιο αναφοράς προκειμένου να γίνει κατανοητή η επίδραση της εμπειρίας της θυματοποίησης στο σώμα, στο νου και στην ψυχή του θύματος, στο θύτη και στην κοινωνική ομάδα. Τρίτον, το πρόγραμμα παρέχει μετέπειτα υποστήριξη κατάλληλη προς τις συγκεκριμένες ανάγκες του προσωπικού για περίπου δύο χρόνια μετά την εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση ποικίλλει από 3 έως 6 ώρες σε διάρκεια και διευκολύνεται από μία πολυεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, επιζώντες από την ενδο-οικογενειακή βία, αστυνομικούς και εκπροσώπους από τις υπηρεσίες βοήθειας. Στόχος του προγράμματος είναι να αυξηθεί η γνώση του προσωπικού σχετικά με την συζυγική βία και να αυξηθεί η ικανότητα διεξαγωγής

διερεύνησης, καταγραφής, αξιολόγησης της ασφάλειας και παραπομπής των θυμάτων. Συνοπτικά, το πρόγραμμα εμπεριέχει τα ακόλουθα μέρη: επεξήγηση της θεωρίας τραύματος, βίντεο που δείχνει τη συναισθηματική επιρροή της βίας, μία εισαγωγή στην ενδοοικογενειακή βία, μία εισαγωγή στη χρήση του προγράμματος, μία ιστορία ενός θύματος και μια συνεδρία με εκπροσώπους από τις τοπικές υπηρεσίες παροχής βοήθειας (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Διενεργήθηκε αξιολόγηση δύο φάσεων για να εκτιμηθεί η παρέμβαση. Η πρώτη φάση της μελέτης χρησιμοποίησε αυτοδιαχειριζόμενες έρευνες και μακροπρόθεσμα αξιολόγησε τις αλλαγές στη γνώση και ενθάρρυνση των συμμετεχόντων πριν από την εκπαίδευση, μετά από την εκπαίδευση και ύστερα από τρεις μήνες. Οι στόχοι αυτής της φάσης αξιολόγησης ήταν να προσδιορίσουν εάν τα επίπεδα ενθάρρυνσης αυξήθηκαν ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης, να προσδιορίσουν εάν τα επίπεδα γνώσης αυξήθηκαν ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης και να απεικονίσουν τους παράγοντες που θα διευκολύνουν στην εφαρμογή του προγράμματος και μετά στην εκπαίδευση. Η δεύτερη φάση συμπεριέλαβε μια θεώρηση σε ιατρικό διάγραμμα 4 κέντρων υγείας. Οι στόχοι της δεύτερης φάσης αξιολόγησης ήταν να προσδιορίσουν μέσω του διαγράμματος, την επίδραση του προγράμματος στο ποσοστό διερεύνησης, υποψίας και καταγραφής, αξιολόγησης της ασφάλειας, καταγραφής της κακοποίησης και εσωτερικές ή/και εξωτερικές παραπομπές προς τις ανάλογες υπηρεσίες έξι μήνες πριν την εκπαίδευση, συγκρινόμενα με την περίοδο μεσολάβησης έξι μήνες μετά την εκπαίδευση. Ο πρώτος αντικειμενικός στόχος αυτής της φάσης ήταν να προσδιοριστεί ο αριθμός των γυναικών ασθενών οι οποίες ερευνήθηκαν, αξιολογήθηκαν και αφού καταγράφηκε η κακοποίησή τους, παραπέμφθηκαν για υποστήριξη. Ο δεύτερος στόχος ήταν να αναγνωριστούν συγκεκριμένοι παράγοντες που οδήγησαν στη διερεύνηση ή μη διερεύνηση των γυναικών για την ενδοοικογενειακή βία (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Στην πρώτη φάση, 372 εργαζόμενοι από 12 ομοσπονδιακά κέντρα υγείας στη Φιλαδέλφεια συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και στην αξιολόγηση. Από αυτούς το 29% ήταν ιατροί, ασκούμενοι ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι. Οι διοικητικοί και ιατρικοί διευθυντές κάθε κέντρου συμφώνησαν να κλείσουν τα κέντρα ώστε όλο το προσωπικό να μπορέσει να παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό

πρόγραμμα. Στη δεύτερη φάση επιλέχθηκαν τα πρώτα τέσσερα κέντρα υγείας που συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα RADAR. Κάθε κέντρο δέχθηκε εκπαίδευση και υποστήριξη. Αυτή η εκπαίδευση και υποστήριξη για δύο από τα κέντρα περιλάμβανε μια παρουσίαση και συζήτηση της θεωρίας τραύματος και για τους θύτες, ομαδική συζήτηση των ζητημάτων συζυγικής βίας και ομαδική συζήτηση για την πρόληψη της βίας στοχεύοντας σε προγράμματα προς νέους άνδρες. Η εκπαίδευση και υποστήριξη στα άλλα δύο κέντρα περιλάμβανε μια συζήτηση γύρω από την εργασία με δύσκολες υποθέσεις και δύο ομαδικές συζητήσεις με τους κοινωνικούς λειτουργούς σχετικά με την επικοινωνία και τις παραπομπές σε εξωτερικές υπηρεσίες (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης έδειξαν ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ένιωσαν πως η δομή και η ευκολία του προγράμματος ήταν ικανοποιητικές και ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες τους. Συνεπώς, η εκπαίδευση πέτυχε να συλλάβει το ενδιαφέρον των εργαζομένων στο κέντρο υγείας. Σύγκριση των αντιδράσεων πριν και μετά την εκπαίδευση έδειξε ότι η γνώση και ενθάρρυνση γύρω από αυτό το θέμα αυξήθηκαν προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η παρέμβαση RADAR ήταν αποτελεσματική και προετοίμασε τους εργαζομένους να ερευνούν πιο αποτελεσματικά και να παραπέμπουν τα θύματα της οικογενειακής βίας (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Η εκπαίδευση πέτυχε να αυξήσει το επίπεδο γνώσης των εργαζομένων συγκριτικά με το επίπεδο ενθάρρυνσης μεταξύ των περιόδων πριν και μετά την εκπαίδευση και στη συνέχεια των τριών μηνών. Ίσως το επίπεδο ενθάρρυνσης είναι δυσκολότερο να αλλάξει και ίσως χρειάζεται επιπρόσθετη εμπειρία με την παρέμβαση RADAR συνδυασμένη με συνεχή υποστήριξη μέσα από συζητήσεις υποθέσεων ώστε να προωθηθούν οι διατηρούμενες αλλαγές τόσο στη γνώση όσο και στην ενθάρρυνση. Ακόμη, από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η καταγραφή είναι σημαντική αν τυχόν η γυναίκα επιλέξει τη νομική οδό καθώς επίσης και για την ιατρική παρακολούθηση. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση εντύπων που συγκεκριμενοποιούν το πρόβλημα (όπως οι φόρμες αξιολόγησης) και προσχηματισμένα διαγράμματα/πίνακες βελτίωσαν την καταγραφή συγκεκριμένων κλινικών προβλημάτων. Σαφώς αυτό δείχνει ότι χρειάζεται επιπλέον εκπαίδευση αναφορικά με τη σπουδαιότητα της

καταγραφής(Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικές και περιβαλλοντικές/ δομικές παρεμβάσεις ίσως να μην επαρκούν για να εξασφαλίζουν τη συνεχιζόμενη απόδοση του προγράμματος στη διάρκεια του χρόνου. Συνεπώς, η θεσμοθέτηση αυτής κι άλλων παρόμοιων παρεμβάσεων μπορεί να ολοκληρωθεί καλύτερα μέσα από τις ακόλουθες μεθόδους(Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998):

- Διοικητικές οδηγίες (συγκεκριμένες πολιτικές και διαδικασίες), μηχανισμοί εξασφάλισης της ποιότητας και τακτικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες μέσα στο χώρο του κέντρου υγείας καθώς κι επανεξέτασης υποθέσεων
- Μοντέλα συνομηλίκων (π.χ. ανάπτυξη ειδικευμένου προσωπικού αναφορικά με την συζυγική βία)
- Τακτικά φόρουμ συζητήσεων για ατομικές κι ομαδικές εμπειρίες που θα εξετάζουν τις αντιλήψεις του ίδιου του προσωπικού και τα εμπόδια γύρω από αυτό το θέμα.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις από μόνες τους ίσως δεν είναι αποτελεσματικές στην αύξηση των ποσοστών διερεύνησης ή αναγνώρισης της συζυγικής βίας. Όμως, χρειάζονται για να εξασφαλίσουν ότι το επίπεδο ενθάρρυνσης και γνώσης των εργαζομένων επαρκεί για να διεξάγουν μια τέτοια διερεύνηση. Η χρησιμοποίηση παιχνιδιού ρόλων και ομαδικών συζητήσεων μεταξύ των ιατρών επιτρέπει να καταπιαστούν με τέτοια ζητήματα. Η παρακίνηση και το ποσοστό διερεύνησης από κάθε εργαζόμενο μπορεί να ποικίλλει. (Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

Ίσως είναι απαραίτητη περαιτέρω εκπαίδευση και υποστήριξη των εργαζομένων καθώς και μηχανισμοί εξασφάλισης της ποιότητας για να αυξηθεί το συνολικό ποσοστό αυτών των δραστηριοτήτων και για να διατηρηθεί αυτή η προσπάθεια με την πάροδο του χρόνου. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για να καταγραφούν αποτελεσματικές μέθοδοι που θα αυξήσουν την ενθάρρυνση των εργαζομένων σχετικά με τη διερεύνηση για συζυγική βία(Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K.,

Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998).

5.4. Ανάπτυξη και πιλοτική δοκιμή εκπαιδευτικού προγράμματος αναφορικά με το ρόλο των επαγγελματιών στο χώρο υγείας στην αξιολόγηση και παρέμβαση κατά της βίας από το σύντροφο.

i. Το πρόγραμμα ΔΑΦΝΗ(DAPHNE)

Ο ορισμός της βίας ποικίλλει σε διαφορετικούς πολιτισμούς, όμως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια κι ακεραιότητα είναι αξίες που δεν μπορούν να αμφισβητηθούν. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας αποτελούν έναν αποφασιστικό σύνδεσμο, ο οποίος μπορεί να παίξει ρόλο στο να σπάσει η αλυσίδα της βίας. Είναι εργαζόμενοι ικανοί να αναγνωρίσουν το πρόβλημα. Προσπαθούν να προσεγγίσουν αποτελεσματικά και να ασχοληθούν με το θύμα της κακοποίησης. Αυτές οι ικανότητες είναι απαραίτητες για να κλείσει ο φαύλος κύκλος της κακοποίησης. Το πρόγραμμα Δάφνη στόχευε να αναπτύξει μια εκπαιδευτική μονάδα γύρω από τη βία που επιβάλλεται από το σύντροφο, προς τους μελλοντικούς γιατρούς ώστε να βελτιώσουν τις γνώσεις τους, να ενισχύσουν τις ικανότητες τους να ασχολούνται αποτελεσματικά με τους κακοποιημένους ανθρώπους, να δοκιμάσουν πιλοτικά και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Αυτό το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής επιτροπής, γενική διεύθυνση δικαιοσύνης, ελευθερίας κι ασφάλειας, στο CE.RE.PR.I, το κέντρο για την έρευνα και πρόληψη τραυματισμών που λειτουργεί στο τμήμα υγιεινής κι επιδημιολογίας στην Ιατρική Σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Η ανάλυση των πληροφοριών έδειξε ότι πριν τη φάση εφαρμογής του εκπαιδευτικού προγράμματος, τόσο οι ικανότητες όσο και οι γνώσεις των φοιτητών της ιατρικής γι' αυτά τα θέματα ήταν ελλιπείς. Ακόμη, οι γνώσεις τους ήταν συχνά διαστρεβλωμένες σε μεγάλο βαθμό κι έδειχναν να μοιράζονται τις ίδιες λανθασμένες αντιλήψεις με το γενικότερο πληθυσμό. Μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, έγινε φανερό ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα επηρέασε σε σημαντικό βαθμό τις απόψεις, τις γνώσεις και τις ικανότητες των μελλοντικών γιατρών. Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της κακοποίησης κι η ανάπτυξη ενός διεθνούς δικτύου κατά της βίας από το σύντροφο είναι προαπαιτούμενα για να αξιολογηθεί το μέγεθος αυτού του

φαινόμενου. Πρόσφατες υποθέσεις βίας, εκπαίδευση των εργαζομένων υγείας για τα θέματα βίας κι αυξημένη ευαισθησία του κοινού μπορούν να οδηγήσουν στον τελικό στόχο, ο οποίος θα πρέπει πάντα να είναι η μηδενική ανοχή απέναντι στη βία από το σύντροφο(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

ii. Αναμενόμενα αποτελέσματα του προγράμματος

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα περιλάμβαναν την ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος γύρω από αυτό το θέμα (σε τέσσερις γλώσσες), η πιλοτική δοκιμή του, η αξιολόγηση της εφαρμογής του, η κατασκευή του διεθνούς δικτύου κατά της βίας και στο τέλος, η διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

iii. Εφαρμογή του προγράμματος

- Ανάπτυξη του εκπαιδευτικού υλικού (σε τέσσερις ευρωπαϊκές γλώσσες)

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αναπτύχθηκε προκειμένου να(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003) :

1. Ευαισθητοποιήσει τους παρέχοντες ιατρική φροντίδα γύρω από θέματα βίας κατά των γυναικών
2. Παρέχει γνώσεις σχετικά με τη βία από το σύντροφο
3. Προσπαθήσει να εξαλείψει ή τουλάχιστον να τροποποιήσει τις στερεότυπες αντιλήψεις που έχουν οι παρέχοντες ιατρική φροντίδα γύρω από αυτό το θέμα
4. Να βοηθήσουν να αναπτυχθούν δεξιότητες μέσω των οποίων θα μπορούσαν να διερευνήσουν και να αναγνωρίσουν τα θύματα της βίας, να αξιολογήσουν σωστά την επικινδυνότητα της κατάστασης, να καταγράψουν το αποτέλεσμα που βγήκε από τη διερεύνηση και να καταγράψουν κατάλληλα την κακοποίηση και τελικά, να βοηθήσουν αποτελεσματικά το θύμα, είτε παραπέμποντάς την στο πιο κατάλληλο κέντρο, είτε παρέχοντάς της οποιαδήποτε άλλη μορφή υποστήριξης

- Η ελληνική εμπειρία

-Επιλογή των φοιτητών

Σε αυτό το πρόγραμμα συμμετείχαν 201 φοιτητές της ιατρικής που ήταν στην πλειοψηφία τους τεταρτοετείς. Από αυτούς, οι 126 γράφτηκαν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης ενώ οι υπόλοιποι 76 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (χωρίς εκπαίδευση

για θέματα συντροφικής βίας), η οποία θεωρήθηκε ουσιαστική για λόγους αξιολόγησης(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

-Ομάδα εκπαιδευόμενη

Οι 126 φοιτητές μοιράστηκαν σε τρεις ομάδες. Η δουλειά με μικρές ομάδες θεωρήθηκε καλύτερη για τη θεωρητική εκπαίδευση καθώς δίνει περισσότερες ευκαιρίες για συζήτηση. Υπήρχε άλλος ένας λόγος που οδήγησε στο διαχωρισμό των φοιτητών σε ομάδες κι αυτός ήταν η επίσκεψη μιας πρώην γυναίκας-θύματος στην τάξη. Θεωρήθηκε ότι θα ήταν πιο άνετο για την γυναίκα-θύμα να μοιραστεί την εμπειρία της με φοιτητές σε μικρές ομάδες παρά με ένα μεγαλύτερο ακροατήριο. Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο και οι φοιτητές θα ωφελούνταν περισσότερο καθώς θα είχαν την ευκαιρία να επικοινωνήσουν άμεσα μαζί με την κακοποιημένη γυναίκα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

-Ομάδα ελέγχου

Αυτή η ομάδα συμπεριλήφθηκε στο πρόγραμμα μόνο για λόγους αξιολόγησης. Προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι κάθε παρατηρούμενη αλλαγή στην εκπαιδευόμενη ομάδα, όσον αφορά τη στάση των φοιτητών, τις γνώσεις ή τη βελτίωση των δεξιοτήτων, μπορεί να αποδοθεί στο αποτέλεσμα της εκπαίδευσης παρά σε οποιονδήποτε άλλο περιβαλλοντικό παράγοντα που έτυχε να τροποποιηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, π.χ. εκστρατεία κατά της βίας από το σύντροφο, ένα βίαιο έγκλημα που έλαβε μεγάλη δημοσιότητα, αλλαγή στη νομοθεσία, κλπ. Η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσε τα ίδια ερωτηματολόγια, δηλαδή ερωτηματολόγια πριν και μετά την εκπαίδευση, τις ίδιες χρονικές στιγμές με την εκπαιδευόμενη ομάδα χωρίς να δεχθεί την εκπαίδευση(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Περιεχόμενα του προγράμματος

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αποτελείται από ένα θεωρητικό εκπαιδευτικό μέρος, ένα εργαστήριο με επαγγελματίες και πρώην θύματα κι ένα μέρος στο χώρο εργασίας. Η διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν 10 ώρες(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Ειδικότερα:

-*Θεωρητική εκπαίδευση* (6 ώρες). Μια σειρά από παρουσιάσεις σε Power Point πρόγραμμα αναπτύχθηκαν ως εξής:

1^ο μάθημα: Εισαγωγή σε θέματα βίας από το σύντροφο

Στο πρώτο μάθημα περιλαμβάνονται οι στόχοι της εκπαίδευσης, ο ορισμός της βίας από το σύντροφο, οι μορφές της βίας από το σύντροφο, ο κύκλος της βίας (οι φάσεις του κύκλου της βίας και η περιγραφή των φάσεων), η κοινωνική διάσταση της βίας από το σύντροφο (οι ομάδες υψηλού κινδύνου-οι παράγοντες κινδύνου, οι μεταβλητές που φαίνονται να συσχετίζονται με την ύπαρξη της βίας, το μέγεθος του προβλήματος με πληροφορίες της έρευνας, η επιβεβαίωση/ απόδειξη ότι η ενδο-οικογενειακή βία από το σύντροφο προς τη σύντροφο είναι θέμα δημόσιας υγείας) και οι μύθοι και η πραγματικότητα του προβλήματος(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

2^ο μάθημα: Θέματα σχετικά με διερεύνηση, αξιολόγηση, καταγραφή, παρέμβαση καθώς και τα κατάλληλα κέντρα παραπομπής για υποθέσεις βίας

Στη διερεύνηση, απαντούνται τα ερωτήματα που αφορούν στο ποιους/οι θα πρέπει να διεξάγουν τη διερεύνηση και σε ποιους θα απευθύνονται καθώς και το πότε, που και με ποιο τρόπο θα διεξάγεται η διερεύνηση. Επίσης, εξετάζεται η σημασία της συγκεκριμένης διαδικασίας και οι συνθήκες διεξαγωγής της συνέντευξης (περιβάλλον, απόψεις των επαγγελματιών υγείας, κλπ.). Τέλος, παρατίθεται υπόδειγμα ερωτήσεων διερεύνησης(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Στην αξιολόγηση της βίας, μελετούνται οι στόχοι της και η χρονική στιγμή διεξαγωγής της. Επιπλέον, διδάσκεται το τι θα πρέπει να περιλαμβάνει η αξιολόγηση. Ακόμη, παρουσιάζονται οι δύο τύποι αξιολόγησης, οι οποίοι είναι η αρχική και η εκτεταμένη αξιολόγηση. Στην αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνονται: η άμεση ασφάλεια, η επίδραση της βίας στην υγεία των θυμάτων και το ιστορικό της βίας (η παρελθοντική και η τρέχουσα βία από το σύντροφο). Στην εκτεταμένη αξιολόγηση περιλαμβάνονται: η επίδραση της βίας στην υγεία των θυμάτων (θέματα υγείας σχετικά με τη βία, προβλήματα πνευματικής υγείας σχετιζόμενα με τη βία, κατάχρηση ουσιών, γυναικολογικά προβλήματα μετά από εξαναγκασμό σε σεξουαλική επαφή, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, νευρολογικές εξετάσεις), το ιστορικό της βίας (βία στην οικογένεια προέλευσης του δράστη, πηγές βοήθειας, αντίδραση της κοινότητας, επιδράσεις σε τρίτα πρόσωπα), αξιολόγηση της κατάστασης του δράστη (κατάχρηση ουσιών, πνευματική υγεία, λήψη φαρμάκων,

αρχείο εγκληματικών ενεργειών), τα συνηθισμένα συμπτώματα κακοποίησης, οι λόγοι που τα θύματα είναι απρόθυμα να αποκαλύψουν τη βία και οι ενέργειες που πρέπει να κάνουν οι επαγγελματίες υγείας όταν υποψιάζονται την ύπαρξη βίας στις ασθενείς αλλά οι ίδιες δεν την αποκαλύπτουν(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Στην καταγραφή της βίας, περιλαμβάνονται: το αρχείο ευρυμάτων, δηλαδή τι πρέπει να καταγραφεί και ο τρόπος καταγραφής των ευρυμάτων στον πίνακα/διάγραμμα της ασθενούς(η περιγραφή των τραυματισμών, τα ευρύματα αξιολόγησης σχετικά με το ιατρικό, κοινωνικό και σεξουαλικό ιστορικό, τα ευρήματα από άλλες εξετάσεις και οι χρήσιμες λεπτομέρειες σχετικά με το θύμα) καθώς και το ιατρικό ιστορικό ως απόδειξη στο δικαστήριο(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

3^ο μάθημα: Αυτό το μάθημα έχει δυο μέρη εκ των οποίων το πρώτο ασχολείται με τεχνικές συνέντευξης από τις ασθενείς και το δεύτερο καταπιάνεται με τις πληθυσμιακές ομάδες που υφίστανται βία.

Στο πρώτο μέρος, παρουσιάζονται: ο ορισμός της συμβουλευτικής συνέντευξης, οι μορφές των ερωτήσεων και των συνεντεύξεων, η αποτελεσματικότητα των ερωτήσεων, οι ικανότητες που πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες υγείας ώστε να διεξάγουν επιτυχείς συνεντεύξεις, οι τεχνικές που πρέπει να χρησιμοποιούνται και τα εμπόδια που μπορεί να παρουσιάζονται στις συνεντεύξεις.

Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζονται: οι επιδράσεις της βίας σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παιδιά, ηλικιωμένοι, ανάπηροι) και οι επιδράσεις της κακοποίησης σε ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Ακόμη, προβάλλονται τα κέντρα υποστήριξης για τα θύματα και τους δράστες στη χώρα όπου εφαρμόζεται η εκπαίδευση.

Η διάρκεια της θεωρητικής εκπαίδευσης των φοιτητών ήταν βωρη και βασίστηκε σε υλικό που αναφέρεται παρακάτω. Μετά την εισαγωγή, οι φοιτητές έμαθαν τον τρόπο διερεύνησης των ασθενών για συντροφική βία, τον τρόπο αξιολόγησης της ασφάλειας ενός αναγνωρισμένου θύματος και τον τρόπο καταγραφής τέτοιων υποθέσεων. Εξοικειώθηκαν, επίσης, με το ερωτηματολόγιο, το εργαλείο διερεύνησης που θα χρησιμοποιούσαν στην εργασία στο χώρο τους. Επιπλέον, εκπαιδεύτηκαν σε θέματα σχετικά με τεχνικές της συνέντευξης. Ευαισθητοποιήθηκαν σε πρόσθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα θύματα της βίας τα οποία είναι μέλη μιας ειδικής πληθυσμιακής ομάδας. Σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης, δόθηκε ειδικό βάρος σε

ζητήματα που σχετίζονται με τη διασφάλιση της ασφάλειας των θυμάτων(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

-Εργαστήριο (2 ώρες).

Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας που δουλεύουν με κακοποιημένες γυναίκες κι ένα πρώην θύμα επισκέπτονταν την τάξη. Οι επαγγελματίες περιέγραφαν την κατάσταση και τις διαθέσιμες υπηρεσίες στην Ελλάδα καθώς και τρόπους αντιμετώπισης των θυμάτων της βίας. Η γυναίκα, πρώην θύμα της βίας, μοιράστηκε την εμπειρία της με τους φοιτητές και συζήτησε το θέμα μαζί τους. (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Περιεχόμενα του εργαστηρίου

Το εργαστήριο έγινε όπως και τα άλλα μαθήματα στην αίθουσα. Έχοντας τα αποτελέσματα αξιολόγησης κατά νου, μπορεί να δηλωθεί ότι θεωρήθηκε ως ένα από τα πιο χρήσιμα μέρη της φοιτητικής εκπαίδευσης. Σε αυτό πήραν μέρος επαγγελματίες που εργάζονται με κακοποιημένες γυναίκες, από το καταφύγιο για κακοποιημένες γυναίκες της γραμματείας ισότητας του Δήμου Αθηναίων, μια κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγοι κι ένας δικηγόρος που προσφέρει εθελοντικά τις υπηρεσίες του στο καταφύγιο. Ένα πρώην θύμα βίας τους συνόδευε σε κάθε επίσκεψη. Πρώτα, οι επαγγελματίες παρουσίασαν βίντεο με υποθέσεις βίας, περιέγραψαν την κατάσταση και τις διαθέσιμες υπηρεσίες στην Ελλάδα, καθώς επίσης και τρόπους αντιμετώπισης των θυμάτων. Ο δικηγόρος περιέγραψε την υπάρχουσα νομοθεσία σχετικά με την υποστήριξη και προστασία των θυμάτων καθώς και με την τιμωρία κι επανένταξη των δραστών. Επίσης, συζήτησε με τους φοιτητές πιθανά εμπόδια σε περιπτώσεις που ο γιατρός πρέπει να καταθέσει στο δικαστήριο ως ειδικός μάρτυρας. Ακόμη, έθεσε το ζήτημα για τα μέτρα που πρέπει να λάβει ο γιατρός προκειμένου να προστατευτεί σε υποθέσεις όπου παρίσταται ως ειδικός μάρτυρας σε δίκη. (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Στο δεύτερο μέρος αυτής της συνεδρίας, η γυναίκα πρώην θύμα μοιράστηκε την εμπειρία της με φοιτητές και συζήτησε μαζί τους. Οι φοιτητές και από τις τρεις ομάδες εκπαίδευσης επέδειξαν στάσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως επιθετικές απέναντι στους επαγγελματίες, κάνοντας δύσκολες ερωτήσεις και επικρίνοντας έντονα τον τρόπο με τον οποίο η ελληνική κυβέρνηση προσπαθεί να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα. Η αντίδραση ήταν τόσο έντονη που μία από τις επαγγελματίες εξέφρασε την ανησυχία της για τον τρόπο που επρόκειτο να

αντιμετωπίσουν το πρώην θύμα, παρόλα αυτά όμως, η στάση τους προς το πρώην θύμα ήταν εντελώς η αντίθετη αντιμετωπίζοντάς την με μεγάλη ευαισθησία και κάνοντας ερωτήσεις που στόχευαν μόνο στη διεύρυνση της κατανόησής τους. Αυτή η αντίφαση είναι απολύτως λογική εάν κανείς συλλογιστεί ότι στην Ελλάδα το ζήτημα της βίας από το σύντροφο μόλις κι έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τα θύματα είναι σχεδόν ανύπαρκτες(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

-Στο χώρο εργασίας (2 ώρες).

Οι φοιτητές έκαναν εξάσκηση στις αποκτώμενες δεξιότητες για τον τρόπο που θα διερευνήσουν και θα ρωτήσουν τις ασθενείς για τη βία από το σύντροφο. Η διερεύνηση και η αξιολόγηση έγιναν μέσω συνεντεύξεων βασισμένων σε ερωτηματολόγιο.

Μετά την ολοκλήρωση της θεωρητικής εκπαίδευσης, ο κάθε εκπαιδευόμενος έπρεπε να συμπληρώσει δύο ώρες πρακτικής εξάσκησης. Οι φοιτητές έπρεπε να κάνουν εξάσκηση στις αποκτούμενες δεξιότητες να διερευνούν τις ασθενείς για περιστατικά βίας και σε περιπτώσεις θετικής διερεύνησης, να αξιολογούν την ασφάλεια του θύματος και να δίνουν στο θύμα τις χρήσιμες πληροφορίες. Αρχικά, ήταν προγραμματισμένη η εξάσκηση να εφαρμοστεί σε ελληνικά νοσοκομεία και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις που παρέχουν ιατρική περίθαλψη. Δεν ήταν όμως κατορθωτό να οργανωθεί η πρακτική εξάσκηση στα νοσοκομεία για διάφορους λόγους, π.χ. έλλειψη ιδιωτικού χώρου για να κάνουν τη συνέντευξη, απροθυμία του προσωπικού των νοσοκομείων να επιβλέπουν τους φοιτητές ή να μεσολαβήσουν για να ξεκινήσει η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και φοιτητών. Εξαιτίας αυτών των δυσκολιών, η πρακτική εξάσκηση των φοιτητών έγινε στην Πολυκλινική των γιατρών του κόσμου και στην Πολυκλινική των γιατρών χωρίς σύνορα. Δύο προϋποθέσεις απαιτήθηκαν:

1. Θα έπρεπε να πάρουν συνέντευξη από την ασθενή μόνη της
2. Θα έπρεπε να επικοινωνήσουν με την ασθενή στα αγγλικά ή ελληνικά, καθώς όλες οι ασθενείς ήταν μετανάστριες(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003)

5) Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού υλικού από ειδικούς

Η αξιολόγηση του εκπαιδευτικού υλικού, δηλαδή η πληρότητα, η αποτελεσματικότητα, η χρησιμότητα και η περιεκτικότητά του, έγινε από ειδικούς με

βάση ένα ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε από τον συντονιστή. Γενικά, οι ειδικοί στο θέμα αυτό αξιολόγησαν το εκπαιδευτικό υλικό ως επαρκές. Σε μερικά μέρη, όμως, οι ειδικοί πρότειναν διορθώσεις ή προσθήσεις προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα του υλικού, ιδιαίτερα στο τμήμα συνεντεύξεων. Αυτές οι προτάσεις συνδυασμένες με τα αποτελέσματα της εσωτερικής αξιολόγησης λαμβάνονται υπόψη, ώστε να βελτιωθεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

-Η σημασία και η σπουδαιότητα της αξιολόγησης

Έχει παρατηρηθεί ότι χωρίς την αξιολόγηση δεν υπάρχει η δυνατότητα για κάποιο εν μέρει αποτελεσματικό πρόγραμμα να βελτιωθεί έτσι ώστε η εφαρμογή του να αποδώσει τα πιθανά_οφέλη στους φοιτητές ή στους εκπαιδευόμενους.

Οι επιπτώσεις είναι ακόμη μεγαλύτερες όταν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν έχει σκοπό μόνο να δώσει γνώσεις στους εκπαιδευόμενους αλλά επίσης να τους βοηθήσει να εξερευνήσουν τις απόψεις τους σχετικά με θύματα βίας, να ανακαλύψουν πιθανές παραποιήσεις και να τους παροτρύνει να τροποποιήσουν τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις τους ανάλογα(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες όπως(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003) :

i) εκπαιδευτικό υλικό

1. Επάρκεια (έως ποιο βαθμό καλύπτει επαρκώς όλες τις πλευρές του θέματος)
2. Σχετικότητα του υλικού με τις εκπαιδευτικές ανάγκες του ακροατηρίου
3. Προσελκυστικότητα του υλικού προς τους εκπαιδευόμενους

ii) εκπαιδευτές

1. Επάρκεια σχετικά με την εκπαίδευση γύρω από το θέμα
2. Διδακτικές ικανότητες (διαχείριση του χρόνου, μεταδοτικότητα γνώσεων)

iii) φοιτητές/ εκπαιδευόμενοι

1. Κίνητρο για παρακολούθηση
2. Ανταπόκριση των φοιτητών. Για παράδειγμα, λόγοι που τους εμποδίζουν να εκφράζουν την πραγματική τους γνώμη και να δίνουν απαντήσεις που θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτές ή επιθυμητές.

Στο πλαίσιο της αξιολόγησης του προγράμματος, όλοι αυτοί οι παράγοντες λήφθηκαν υπόψη, προκειμένου να μετρηθούν μέσω ερωτηματολογίων που έπρεπε να συμπληρώσουν οι φοιτητές σε διαφορετικές χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Περιγραφή των ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα για ηθικούς και για μεθοδολογικούς λόγους. Καθώς όμως ο κάθε φοιτητής έπρεπε να συμπληρώσει περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια, επινοήθηκε ένας κωδικός ώστε να μπορούν να ταιριάζουν τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωνε ο κάθε φοιτητής. Έτσι, ο κάθε φοιτητής δημιούργησε το δικό του πενταψήφιο προσωπικό κωδικό. Αναπτύχθηκαν δύο σειρές από ερωτηματολόγια. Η πρώτη σειρά είχε στόχο να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος, ενώ ο κύριος στόχος της δεύτερης σειράς ερωτηματολογίων ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα του εκπαιδευτικού υλικού και την αποδοτικότητα των εκπαιδευτών. Τα ερωτηματολόγια έπρεπε να συμπληρωθούν σε δυο διαφορετικές στιγμές, πριν και μετά την εκπαίδευση (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Σχεδιάστηκαν ερωτηματολόγια με 43 ερωτήματα. Ολόκληρη η έρευνα αποτελούταν από προτάσεις με σκοπό να μετρήσουν(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003) :

1. Τη γνώση που ήδη κατείχαν οι φοιτητές της ιατρικής για διάφορα θέματα βίας, τη διερεύνηση για βία από το σύντροφο, την αξιολόγηση επικινδυνότητας, την καταγραφή υποθέσεων βίας, την κατάλληλη παραπομπή και παρέμβαση
2. Τις απόψεις που είχαν οι φοιτητές της ιατρικής γύρω από το ζήτημα της ενδο-οικογενειακής βίας
3. Τις ικανότητες (αν υπήρχαν) που είχαν ήδη αναπτύξει οι φοιτητές σχετικά με τη διερεύνηση, την καταγραφή και την παρέμβαση

iv. Αποτελέσματα και επιδράσεις του προγράμματος

- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας

Η υπόθεση που διατυπώθηκε ήταν ότι οι αντιδράσεις των φοιτητών από τις δυο ομάδες (εκπαιδευόμενη και ελέγχου) πριν από την εφαρμογή του προγράμματος δεν θα ήταν σημαντικά διαφορετικές, καθώς και οι δυο ομάδες είχαν επιλεγεί να έχουν παρόμοια κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά). Μετά το πρόγραμμα,

αναμενόταν η εκπαίδευση να τροποποιήσει τις ληφθείσες μετρήσεις από την εκπαιδευόμενη ομάδα ενώ οι αντιδράσεις της ομάδας ελέγχου αναμενόταν να παραμείνει η ίδια. Με άλλα λόγια, εάν η εκπαίδευση πράγματι είχε επίδραση στους φοιτητές, με την αποτελεσματικότητα στις γνώσεις, στις αντιλήψεις και στις ικανότητες, τότε η ανάλυση αναμενόταν να δείξει αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας και της χρονικής στιγμής της δοκιμασίας, πριν και μετά την εκπαίδευση(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Αυτοαντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γνώσεις αυξήθηκαν αρκετά για τους εκπαιδευόμενους φοιτητές ως προς τις παραπομπές των θυμάτων σε κατάλληλες πηγές και υπηρεσίες, ως προς τον τρόπο διαχείρισης της συντροφικής βίας χωρίς να εκθέτουν τα θύματα σε μεγαλύτερο κίνδυνο και ως προς την ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Αποτελεσματικότητα (έμμεσα αξιολογούμενη μέσω του επιπέδου γνώσης των φοιτητών)

Σχετικά με τη σπουδαιότητα καταγραφής της εξήγησης που δίνει η ασθενής για τους τραυματισμούς της και την επίγνωση ότι ένα θύμα κακοποίησης μπορεί να έχει λόγους που την αναγκάζουν να μην ακολουθήσει τις συστάσεις του ιατρικού προσωπικού, φοιτητές και από τις δυο ομάδες είχαν σχετικά θετικές απόψεις πριν από το πρόγραμμα με τους φοιτητές από την εκπαιδευόμενη ομάδα να τις αυξάνουν μετά την εκπαίδευση. Και οι δυο ομάδες πριν την εκπαίδευση συμφώνησαν ότι υπάρχουν τρόποι για να ενθαρρύνουν ένα θύμα να ζητήσει βοήθεια ή ότι οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες από το προσωπικό του νοσοκομείου ίσως είναι απαραίτητες προκειμένου το θύμα να αποφασίσει τη βία που υφίσταται στη σχέση του. Καμία ομάδα δεν άλλαξε τις απόψεις της μετά την εκπαίδευση (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Αυτοαντιλαμβανόμενος ρόλος του ιατρικού προσωπικού

Αυτά που οι φοιτητές της ιατρικής θεωρούν από την αρχή ως εμπόδια που αποθαρρύνουν τους γιατρούς να δείξουν ενδιαφέρον για το θέμα της βίας είναι(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003) :

1. Οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων
2. Η έλλειψη χρόνου
3. Η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων
4. Η έλλειψη των κατάλληλων πηγών παραπομπής

Μετά την εκπαίδευση, η έλλειψη πηγών παραπομπής δεν προτείνεται τόσο έντονα ως αιτιολογία και η έλλειψη χώρου που θα εξασφάλιζε την εμπιστευτικότητα θεωρείται πιο σημαντική από πριν την εκπαίδευση

- Αντιλαμβανόμενος ρόλος του παραϊατρικού προσωπικού

Τα εμπόδια που οι φοιτητές της ιατρικής θεωρούν από την αρχή ότι αποθαρρύνουν το παραϊατρικό προσωπικό να ασχοληθεί με το ζήτημα της βίας είναι (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003) :

1. ο νόμος που δεν τους υποχρεώνει να το κάνουν
2. ο φόβος των νομικών επιπτώσεων
3. η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων

Μετά την εκπαίδευσή τους, η δικαιολογία για την έλλειψη γνώσης μειώνεται ενώ κάποια άλλα επιχειρήματα ισχυροποιούνται περισσότερο, όπως η έλλειψη χώρου και χρόνου θεωρούνται πιο σημαντικά απ'ότι πριν την εκπαίδευση

- Στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τους παράγοντες πρόκλησης της βίας

Πολλές στερεότυπες λανθασμένες αντιλήψεις είχαν τροποποιηθεί αλλά μόνο για τους φοιτητές της εκπαιδευόμενης ομάδας. Οι τροποποιήσεις στις αντιλήψεις τους έγιναν προς την προβλεπόμενη κατεύθυνση. Οι λανθασμένες αντιλήψεις πριν από το πρόγραμμα όπως ο μύθος ότι η βία συμβαίνει εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών από το δράστη ή την ανικανότητα του δράστη να ελέγξει το θυμό του, τη ψυχική διαταραχή του δράστη να ελέγξει το θυμό του και την έμφυτη επιθετικότητά του, τροποποιήθηκαν όλες εξαιτίας της εκπαίδευσης(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Από την άλλη πλευρά, κάποιες από τις σωστές απόψεις που είχαν οι φοιτητές ενδυναμώθηκαν μετά την εκπαίδευσή τους. Αυτές ήταν ότι η βία δεν συμβαίνει εξαιτίας της ζήλιας του δράστη για το θύμα, τις μαζοχιστικές τάσεις ή την ψυχική διαταραχή του θύματος ή την προκλητική συμπεριφορά του θύματος(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Υπήρχε, επίσης, μια ομάδα από λανθασμένες αντιλήψεις που ο φοιτητής είχε σχετικά με τις αιτίες της βίας όπως η παθητική συμπεριφορά του θύματος και η μη συνειδητοποίηση ότι η κοινωνική ανοχή και η κοινωνική ανισότητα ανδρών-γυναικών συνεισφέρουν στην ύπαρξη της βίας. Έγινε προσπάθεια να τροποποιηθούν μέσα από την εκπαίδευση αλλά αυτό δεν κατέστη δυνατό. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι και οι τρεις αυτοί παράγοντες χρειάζονται τροποποίηση στο γενικότερο πληθυσμό, επίσης, προκειμένου να συμβεί η αλλαγή αντιμετώπισης των θεμάτων βίας σε κοινωνικό επίπεδο. Οι απόψεις των φοιτητών στην ομάδα ελέγχου παρέμειναν σχετικά ίδιες στα ερωτηματολόγια πριν και μετά (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Στερεοτυπικές αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο γενικότερα

Και οι δυο ομάδες διαφώνησαν, τόσο στα πριν όσο και στα μετά ερωτηματολόγια, με το μύθο που υπήρχε μέχρι πρόσφατα ότι η βία είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού. Επιπλέον, οι δυο ομάδες είχαν τη σωστή πεποίθηση, δηλαδή διαφώνησαν απόλυτα ως προς την πρόταση ότι η βία από το σύντροφο δεν είναι έγκλημα. Όσον αφορά την πρόταση ότι στις βίαιες σχέσεις, όπως σε όλες τις σχέσεις, η ευθύνη ανήκει και στους δυο συντρόφους, οι φοιτητές της εκπαιδευόμενης ομάδας πριν από την εκπαίδευση ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν με αυτήν. Μετά την εκπαίδευση μετακινήθηκαν προς την επιθυμητή κατεύθυνση ότι διαφωνούν (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τις ομάδες υψηλού κινδύνου

Αν και ήταν δυνατό να τροποποιηθούν πολλές από τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με αυτό το θέμα, τελικά δεν τροποποιήθηκαν όλες, πιθανόν εξαιτίας προσωπικών αντιλήψεων που διαμορφώθηκαν από πολύ μικρή ηλικία και ενισχύθηκαν από τις γενικότερες λανθασμένες αντιλήψεις της κοινωνίας. Μόνο στην εκπαιδευόμενη ομάδα, οι απόψεις τροποποιήθηκαν κατάλληλα σχετικά με τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, χαμηλότερης κοινωνικής τάξης και χαμηλότερου οικονομικού εισοδήματος, άτομα άνεργα, άτομα συγκεκριμένων θρησκευτικών πεποιθήσεων και συγκεκριμένων εθνικών ομάδων.

Οι φοιτητές έδειξαν πως δεν είναι σίγουροι εάν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου όσοι είναι πολύ νέοι ή ομοφυλόφιλοι αλλά συμφώνησαν πως η βία είναι πιθανότερο να συμβεί σε παντρεμένα ζευγάρια. Οι απόψεις των φοιτητών από την ομάδα ελέγχου

δεν άλλαξαν στα ερωτηματολόγια πριν και μετά(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Αντιλήψεις που αφορούν το θύμα, το δράστη και το νομικό ζήτημα

Σχετικά με το αν η απόφαση να παρέμβει το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων σε μια υπόθεση κακοποίησης ανήκει αποκλειστικά στο θύμα και ότι κάθε ασθενής μπορεί να γίνει θύμα κακοποίησης από το σύντροφο, όχι μόνο φάνηκε σημαντική τροποποίηση στις απόψεις των φοιτητών αλλά επίσης η έρευνα έδειξε έντονα ότι η εκπαίδευση ήταν η αιτία να τροποποιηθούν οι απόψεις των φοιτητών αφού και στην ομάδα ελέγχου δεν άλλαξαν παρόλο, που στα τεστ πριν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, οι αντιλήψεις τους ήταν περίπου οι ίδιες με των φοιτητών της εκπαιδευόμενης ομάδας(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Σχετικά με το φόβο ότι οι δράστες, αν προκληθούν θα κατευθύνουν το φόβο τους προς τους επαγγελματίες υγείας και οι δύο ομάδες δεν συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν με αυτήν την πρόταση. Όσον αφορά την ανάγκη για ειδική νομοθεσία κατά της βίας από το σύντροφο και οι δύο ομάδες συμφώνησαν(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

- Αντιλήψεις για θέματα διερεύνησης και παρέμβασης

Ενώ οι σωστές αντιλήψεις των φοιτητών της εκπαιδευόμενης ομάδας δεν άλλαξαν σημαντικά ως προς την πρόταση ότι η συστηματική παρέμβαση κατά της βίας στέλνει το μήνυμα ότι η βία δεν είναι αποδεκτή, το γεγονός ότι η βαθμολόγησή τους ήταν υψηλότερη από αυτήν των φοιτητών της ομάδας ελέγχου θεωρείται ως ένδειξη ότι οι φοιτητές που παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν ήδη πιο ευαισθητοποιημένοι από τους υπόλοιπους φοιτητές.

Σχετικά με την πρόταση ότι η διερεύνηση και η ενασχόληση με την ενδο-οικογενειακή βία είναι παραβίαση της ιδιωτικής ζωής των ασθενών, οι φοιτητές απάντησαν ότι δεν συμφωνούν, δηλαδή είχαν τη σωστή άποψη. Επιπλέον, διαφώνησαν στο ότι η διερεύνηση της ενδο-οικογενειακής βίας ενδέχεται να προσβάλλει τους ασθενείς ,ακόμα κι εκείνους που δεν υφίστανται κακοποίηση. Παράλληλα φάνηκε ξεκάθαρα η άποψή τους για τη σωστή αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος, καθώς θεωρούν τη διαδικασία πολύ σημαντική για τους παρέχοντες ιατρική και κοινωνική περίθαλψη(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Μόνο στην απάντηση που έδωσαν στην πρόταση ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια σε θύμα κακοποίησης η απάντησή

τους ήταν ουδέτερη, γεγονός που έδειξε ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε αυτό το θέμα σε μελλοντική εκπαίδευση(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Τέλος, στην πρόταση ότι δεν υπάρχει ανάγκη για εξειδικευμένη εκπαίδευση στο ιατρικό προσωπικό ώστε να αναγνωρίζουν όλες τις υποθέσεις κακοποίησης και οι δύο ομάδες διαφώνησαν τόσο στα τεστ πριν όσο και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

ν. Συμπεράσματα

Η ανάλυση αξιολόγησης των δεδομένων έδειξε ότι πριν από τη φάση εφαρμογής του εκπαιδευτικού προγράμματος, οι ικανότητες και οι γνώσεις των φοιτητών της ιατρικής σχολής σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας ήταν ελλιπείς. Επιπλέον, οι γνώσεις τους ήταν συχνά διαστρεβλωμένες και φαίνονταν να μοιράζονται τις ίδιες λανθασμένες αντιλήψεις σε αυτό το ζήτημα με το γενικότερο πληθυσμό. Μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, έγινε εμφανές ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των μελλοντικών ιατρών. (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της κακοποίησης και η ανάπτυξη του εθνικού Δικτύου κατά της κακοποίησης των γυναικών είναι απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να αξιολογηθεί το μέγεθος αυτού του φαινομένου. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας γύρω από αυτό το θέμα και η αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού θα οδηγήσει στον τελικό στόχο ο οποίος θα πρέπει πάντα να είναι η «μηδενική ανοχή» για την κακοποίηση από το σύντροφο(CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: Εμπειρική διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου

6.1. Περιγραφή της έρευνας

6.1.1. Αντικείμενο της έρευνας

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι η βία από το σύντροφο προς την σύντροφο έχει μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των θυμάτων, ακόμη και αφού έχει σταματήσει η άσκηση της. Έχουν καταγραφεί σαν ενδείξεις των αρνητικών αυτών επιδράσεων, η χαμηλότερη κοινωνική θέση, η κακή ποιότητα ζωής και η συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες που έχουν υποστεί ενδο-οικογενειακή – συντροφική βία (Campbell, 2001). Ως απάντηση προς αυτές τις αυξημένες ενδείξεις, οι επίσημοι επαγγελματικοί οργανισμοί στο χώρο της υγείας, οι οποίοι περιθάλπουν γυναίκες ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από την άσκηση συντροφικής βίας και ζητούν κλινική διαμεσολάβηση καθώς και θεσμικές αλλαγές, ώστε να μπορέσουν να παράσχουν καλύτερη περίθαλψη προς τις κακοποιημένες γυναίκες (Campbell, 2001).

Η παρούσα μελέτη λοιπόν διερευνά τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο» προς τις γυναίκες ασθενείς, οι οποίες έχουν υποστεί κακοποίηση από τους συντρόφους τους. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα αυτή επιδιώκει να προσδιορίσει τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών τόσο κατά την διαγνωστική διαδικασία όσο και κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας.

Το ερέθισμα για την ενασχόληση με το αντικείμενο της έρευνας ήταν η συντροφική βία που υφίστανται οι γυναίκες από το σύντροφο ή το σύζυγό τους, γεγονός που αποφέρει ποικίλες αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία τους, με αποτέλεσμα να καταφθάνουν τις περισσότερες φορές προς αναζήτηση βοήθειας και νοσηλείας στο νοσοκομείο. Οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πρώτοι και σε πολλές περιπτώσεις ίσως τα μοναδικά άτομα που έχουν επαγγελματική επαφή με την κακοποιημένη γυναίκα. Σημαντικές αναλογίες γυναικών έχουν «κακοποιηθεί» σε όλα τα ιατρικά περιβάλλοντα, καθώς υπάρχει η έλλειψη θεμελιώδους γνώσης και εκπαίδευσης στην αναγνώριση και διαχείριση του προβλήματος, πράγμα που οδηγεί στην έλλειψη ουσιαστικής ενασχόλησης, παρέμβασης και αντιμετώπισης της συντροφικής βίας που υφίστανται οι ασθενείς (Kim and Motsei, 2002). Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της συντροφικής βίας κατά των γυναικών οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να ασχολούνται με το θέμα της βίας και να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις κακοποίησης, να θεραπεύουν τα σωματικά και

ψυχολογικά αποτελέσματα της συντροφικής κακοποίησης, να διαβεβαιώνουν τις ασθενείς τους ότι οι βίαιες ενέργειες εναντίον τους δεν είναι αποδεκτές και να υποστηρίζουν τις κοινωνικές δομές που θα παρέχουν στις γυναίκες την επιλογή να ζητήσουν ασφαλές καταφύγιο και συνεχή συμβουλευτική (Schmuel and Schenker, 1998).

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

α) ο προσδιορισμός της ποσότητας και της ποιότητας των επαγγελματικών γνώσεων και της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας για το χειρισμό του προβλήματος,

β) η διερεύνηση του κατά πόσον οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν το φαινόμενο και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας,

γ) ο εντοπισμός των ενεργειών από πλευράς των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος,

δ) ο προσδιορισμός των αντιλήψεων και πεποιθήσεων των εργαζομένων στο χώρο υγείας σε θέματα ισότητας των δύο φύλων και σε θέματα συντροφικής βίας γενικότερα.

6.1.2. Σκοπιμότητα και στόχοι της έρευνας

Ο κύριος σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» σε θέματα βίας κατά των γυναικών, με απώτερο σκοπό την συγκέντρωση έγκυρων δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό χώρο.

Στους δευτερεύοντες σκοπούς εντάσσεται η προβολή του μεγέθους και της σοβαρότητας του προβλήματος που θα οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση και στην ουσιαστικότερη αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος. Ευελπιστούμε, η παρούσα μελέτη να οδηγήσει σε επιστημονική δημοσίευση, η οποία θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας για να τους ενημερώσει για τις ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και για να τους καθοδηγήσει, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα το πρόβλημα.

6.1.3. Βασικές υποθέσεις της έρευνας

Οι ερευνητικές υποθέσεις που απαντώνται από την παρούσα μελέτη είναι οι εξής:

1. Εάν υπάρχει παραπληροφόρηση και σεξιστική προκατάληψη στους επαγγελματίες υγείας, τότε γίνεται δυσκολότερη η αναγνώριση και η παρέμβαση στις ασθενείς που υφίστανται συντροφική βία (Kurz and Stark, 1988).
2. Η ελάχιστη επαγγελματική γνώση των επαγγελματιών υγείας στο θέμα της συντροφικής βίας επιδρά αρνητικά στην ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αποκρίνονται στη συντροφική βία στην εργασία τους (Peckover, 2003).
3. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, τότε μπορεί να συνεισφέρουν σε περαιτέρω κακοποίηση του θύματος (Livi-Bacci, 2002).

Από τις ερευνητικές υποθέσεις προκύπτουν και οι υποθέσεις εργασίας μας. Οι υποθέσεις εργασίας είναι προτάσεις που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ δύο μεταβλητών. Αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές που μας βοηθούν να συλλέξουμε στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά μας βοηθούν να επικυρώσουμε ή να ακυρώσουμε την έρευνα.

Από την (1) πρώτη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

1α: Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις και σεξιστικές προκαταλήψεις δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τη συντροφική βία που έχουν υποστεί οι ασθενείς τους και ανιχνεύουν δυσκολότερα τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας;

1β: Οι επαγγελματίες υγείας που τάσσονται κατά της ισότητας των δύο φύλων δεν παρέχουν την κατάλληλη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας;

1γ: Οι επαγγελματίες υγείας που δεν πιστεύουν στην ισότητα των δύο φύλων νιώθουν ότι με την ενασχόληση στο συγκεκριμένο πρόβλημα, θα προβληθούν οι δικές τους πεποιθήσεις σε θέματα ισότητας και συντροφικής κακοποίησης;

1δ: Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν στερεότυπες αντιλήψεις για τη συντροφική βία, δεν αξιολογούν τον κίνδυνο και την κατάσταση του θύματος και δεν σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας μαζί με την ασθενή;

1ε: Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από σεξιστικές προκαταλήψεις, δεν πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας;

1στ: Οι επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία που υφίστανται οι ασθενείς και ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους;

Από τη (2) δεύτερη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

2α: Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν γνώση σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν τη συντροφική βία σε περιστατικά ασθενών κατά την εργασία τους;

2β: Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας, παρεμβαίνουν συχνότερα σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους;

Από την (3) τρίτη ερευνητική υπόθεση προκύπτουν οι εξής επιμέρους υποθέσεις εργασίας:

3α: Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας, αποφεύγουν την παρέμβαση σε υποθέσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους;

3β: Η αναγνώριση της συντροφικής κακοποίησης στις ασθενείς και η ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της βίας, είναι αποτέλεσμα της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας;

6.2. Μεθοδολογία της έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι επιστημονικές τεχνικές οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν. Επίσης, αξιολογούνται με κριτικό τρόπο κατά πόσο επαρκούν για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία έχουμε θέσει και επίσης με ποιο τρόπο αναλύουμε και θα αξιολογούμε τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εργασίας μας. Αναφέρουμε κατά πόσο οι μέθοδοι που χρησιμοποιούμε επαρκούν για να δώσουν λύση στις ερευνητικές υποθέσεις τις οποίες έχουμε προτείνει.

6.2.1. Μέθοδος της έρευνας

Η επιλογή του σχεδίου έρευνας αποτελεί το πλαίσιο της έρευνάς μας το οποίο χρησιμοποιείται για την συλλογή και ανάλυση των στοιχείων της έρευνας. Ο σκοπός του σχεδίου έρευνας είναι να εξασφαλίσει ότι η έρευνα / μελέτη θα ανταποκρίνεται στη φύση του προβλήματος και ότι θα χρησιμοποιηθούν οι μεθοδολογίες και οι τεχνικές με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Η έρευνά μας είναι ποσοτική. Παράλληλα, οι μέθοδοι έρευνας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες (εξερευνητική, περιγραφική, αιτιολογική) με βάση τον σκοπό και την ερευνητική στρατηγική που χρησιμοποιούν. Σε κάθε έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μια ή και περισσότερες μέθοδοι για να επιτευχθεί η λύση του προβλήματος.

Τα σχέδια έρευνας που χρησιμοποιήσαμε κατά την έρευνά μας είναι η εξερευνητική, η περιγραφική και η αιτιολογική έρευνα.

Η εξερευνητική έρευνα καθορίζει το πρόβλημα με σαφείς όρους, δημιουργεί υποθέσεις, καθορίζει προτεραιότητες για περαιτέρω έρευνα, συγκεντρώνει πληροφορίες για τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας, βελτιώνει την κατανόηση του προβλήματος από τον ερευνητή και ξεκαθαρίζει τις έννοιες (Φίλιας, Β., 2003).

Η περιγραφική έρευνα ενδιαφέρεται για τις συνθήκες ή σχέσεις που υπάρχουν, τις πρακτικές που επικρατούν, τις πεποιθήσεις, τις οπτικές γωνίες ή τις στάσεις που έχουν οι ερωτώμενοι. Επιπρόσθετα, εξετάζουν άτομα, ομάδες, θεσμούς, μεθόδους, υλικά για να περιγράψουν, να συγκρίνουν, να αντιπαραθέσουν, να ταξινομήσουν, να αναλύσουν, να ερμηνεύσουν τις οντότητες και τα γεγονότα που συγκροτούν τα διάφορα πεδία έρευνάς τους (Cohen, 1994, σ.100). Επιπλέον, απεικονίζει ένα ακριβές προφίλ των προσώπων, των γεγονότων ή των καταστάσεων, υπολογίζει το ποσοστό ή την αναλογία του πληθυσμού που συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο, διαπιστώνει τη γνώμη ή τη στάση των ερωτώμενων απέναντι σε ορισμένα θέματα και προβλέπει καταστάσεις (Φίλιας, Β., 2003).

Η αιτιολογική έρευνα αποδεικνύει ότι μεταξύ δύο μεταβλητών υπάρχει σχέση αίτιου και αιτιατού (Φίλιας, Β., 2003).

Οι λόγοι που επιλέξαμε τη διεξαγωγή των παραπάνω ερευνών είναι οι εξής:

Πραγματοποιήσαμε εξερευνητική έρευνα για τη δημιουργία των υποθέσεων μας. Επίσης, πραγματοποιήσαμε αυτού του είδους την έρευνα για την κατανόηση του προβλήματος μέσα από την συλλογή στοιχείων που αφορούν το προαναφερόμενο νοσοκομείο. Έγινε η συγκέντρωση πληροφοριών μέσω δευτερογενών στοιχείων, τα οποία είναι εκείνα όπου η συλλογή τους έγινε για άλλους σκοπούς και όχι για την

επίλυση του προβλήματος που εξετάζουμε. Τα στοιχεία αυτά υπήρχαν είδη και μας βοήθησαν στα πρώτα στάδια της ερευνάς μας. Τα δευτερογενή στοιχεία τα οποία συλλέξαμε για την ερευνά μας είναι οι πληροφορίες από την κοινωνική υπηρεσία και το γραφείο προσωπικού του νοσοκομείου, όσον αφορά το συνολικό αριθμό επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο Γ.Ν.Ε. 'ΘΡΙΑΣΙΟ', και ξεχωριστά τον αριθμό των επαγγελματιών ανάλογα με την ειδικότητά τους καθώς και τα λειτουργούντα τμήματα του νοσοκομείου. Τα παραπάνω δευτερογενή στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν κατά την επιλογή και τον διαχωρισμό του δείγματος μας. Πραγματοποιήσαμε περιγραφική έρευνα για να διαπιστώσουμε τη γνώμη και τη στάση των επαγγελματιών απέναντι στη διάγνωση και αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος, καθώς και να γίνουν προβλέψεις και προτάσεις σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ερευνάς μας. Η μέθοδος, που ακολουθείται για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι η επισκόπηση. Σύμφωνα με τον Cohen, «...Η επισκόπηση είναι η συνηθέστερη χρησιμοποιούμενη περιγραφική μέθοδος στην εκπαιδευτική έρευνα. Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας στο να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα...» (Cohen, 1994, σ.122). Ακόμη, η έρευνα ασχολείται με μεταβλητές των οποίων οι τιμές είναι αριθμοί. Έτσι, πραγματοποιήσαμε και αιτιολογική έρευνα για να μελετηθούν οι υποθέσεις εργασίας μας, οι οποίες αφορούν τις σχέσεις μεταξύ δύο μεταβλητών.

6.2.2. Πληθυσμός-Δείγμα

Ο πληθυσμός στον οποίο γίνεται η έρευνα είναι οι επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», οι οποίοι αποτελούν ένα σύνολο, στο οποίο εξετάζουμε τα στοιχεία του ως προς ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά του. Οι ερωτώμενοι είναι ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτες υγείας, δηλαδή όλες οι ειδικότητες που έρχονται σε επαφή με γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί συντροφική βία. Το δείγμα είναι ίδιο με τον πληθυσμό, δηλαδή όλο το ιατρικό(277) και το νοσηλευτικό(311) προσωπικό, οι ψυχολόγοι(4) και οι κοινωνικοί/ες λειτουργοί (7) καθώς και οι επισκέπτες/ριες υγείας(6). Το δείγμα είναι ο συγκεκριμένος πληθυσμός που χρησιμοποιούμε για να διερευνήσουμε τους στόχους

της έρευνας και στον οποίο κάνουμε χρήση του ερευνητικού μας εργαλείου. Ανάλογα με το θέμα της έρευνας, έχει συγκεκριμένα κάθε φορά χαρακτηριστικά κι αριθμό, το οποίο συμβολίζεται με το N. Δηλαδή, ο συνολικός αριθμός (N) του δείγματος είναι 605. Η δειγματοληψία είναι συστηματική, δηλαδή εμπεριέχει την επιλογή υποκειμένων με έναν συστηματικό μάλλον τρόπο, παρά στην τύχη. Οι αρχές κι οι μέθοδοι για τη συλλογή κι ανάλυση δεδομένων από πεπερασμένο πληθυσμό είναι το αντικείμενο της δειγματοληψίας.

6.2.3. Ερευνητικά εργαλεία

Το εργαλείο, που χρησιμοποιείται στην έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, το οποίο περιέχει ένα σύνολο ερωτήσεων στις οποίες το υποκείμενο καλείται να απαντήσει στις ίδιες προεπιλεγμένες από την ερευνητική ομάδα απαντήσεις. Πρέπει πάντοτε να είναι σταθμισμένο και να διανεμηθεί στα υποκείμενα. Η επιλογή του ερωτηματολογίου, ως ερευνητικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας έγινε, γιατί είναι το κατ' εξοχήν πρώτο εργαλείο στις έρευνες, που προσδίδει εγκυρότητα κι αξιοπιστία (Cohen, 1994).

Επιλέχτηκε δε το συγκεκριμένο εργαλείο, διότι εκφράζεται η πεποίθηση ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν οι ερωτώμενοι θα παρέχουν τις σωστές πληροφορίες και θα οδηγήσουν στη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το σκοπό της έρευνας αυτής. Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε γιατί θεωρείται λιγότερο δαπανηρό και χρονοβόρο και έχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας. Πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι η έλλειψη χρόνου κι οικονομικών πόρων (η έρευνα χρηματοδοτείται από τις σπουδάστριες) «δεν επιτρέπουν» τη χρήση και άλλων ερευνητικών εργαλείων. Οι θεματικές ενότητες που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι: τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, οι γνώσεις σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας, τα συναισθήματα σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας, οι συμπεριφορές σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας, οι στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας και οι προτάσεις για βελτίωση των παροχών προς τις κακοποιημένες ασθενείς.

Το μέσο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 26 κύριες ερωτήσεις κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και προκατασκευασμένων ερωτήσεων. Όλες ήταν εναλλακτικών απαντήσεων. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε διότι αποτελεί συμβιβασμό ανάμεσα στην πλήρη κάλυψη του τομέα της έρευνας και στο χρόνο που υπολογίστηκε ότι διαθέτουν

οι ερωτώμενοι. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα Ι της παρούσας έρευνας.

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι δομημένη και άμεση/ μη συγκαλυμμένη και αποτελείται από τυποποιημένες ερωτήσεις και απαντήσεις, οι οποίες είναι εύκολες στη συμπλήρωση και ανάλυσή τους (Σαχίνη- Καρδάση, Α., 2004). Υπάρχει αμεσότητα διότι ο σκοπός της μελέτης έγινε γνωστός στους ερωτώμενους χωρίς κανένα βαθμό συγκάλυψης. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος συλλογής στοιχείων διότι το ερωτηματολόγιο έπρεπε να είναι εύκολο να απαντηθεί με προτεινόμενες ερωτήσεις, χωρίς να απαιτείται πολύ ώρα σκέψης από τους ερωτώμενους για να δοθούν απαντήσεις, αφού η έρευνα απευθυνόταν σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι κατά τη διάρκεια εργασίας τους, καθώς και στα διαλείμματά ενδιάμεσα των ωρών εργασίας τους είχαν περιορισμένο χρόνο να αφιερώσουν στη διαδικασία της έρευνας.

Οι κλίμακες μέτρησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της στάσης των ανθρώπων. Η μέτρηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες δραστηριότητες της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα υπό την καθοδήγηση της Δρ. Πενταράκη και της Δρ. Παχή και για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα του περιεχομένου βασίστηκε σε αντίστοιχες έρευνες με την παρούσα, οι οποίες έχουν εκπονηθεί στη διεθνή κοινότητα και διαπραγματεύονται τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας στη διάγνωση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας που υφίστανται οι γυναίκες-ασθενείς.

Μορφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με βάση τις εξής θεματικές ενότητες:

- α) Γνώσεις σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας
- β) Συναισθήματα σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας
- γ) Συμπεριφορές σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας
- δ) Αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων γενικότερα
- ε) Δημογραφικές ερωτήσεις: φύλο, ηλικία, ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, ιατρική ειδικότητα, διάρκεια επαγγελματικής υπηρεσίας, διάρκεια επαγγελματικής υπηρεσίας στο Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ», τομείς και τμήματα υγειονομικής μονάδας.

Το ερωτηματολόγιο υπήρξε ανώνυμο ώστε να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια των απαντήσεων και οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για τη διευκόλυνση κωδικοποίησης κατά την ανάλυση.

Δομή του ερωτηματολογίου

Η δομή του ερωτηματολογίου ήταν τέτοια ώστε :

- να ξεκινά με κάποιες ερωτήσεις γνώσεων σε θέματα συντροφικής βίας
- οι επόμενες ερωτήσεις να αφορούν συναισθήματα σε θέματα συντροφικής βίας
- στη συνέχεια να ακολουθεί ένα σύνολο από συμπεριφορές σε θέματα συντροφικής βίας
- έπειτα να υπάρχουν οι ερωτήσεις αντιλήψεων για τη συντροφική βία και την ισότητα των δύο φύλων, οι οποίες να προβάλλουν τις τυχόν προκαταλήψεις και τα στερεότυπα από τα οποία μπορεί να κατέχονται οι επαγγελματίες υγείας
- και τέλος να παρουσιάζονται οι δημογραφικές ερωτήσεις, οι οποίες τοποθετήθηκαν σε αυτό το σημείο για να διευκολύνουν και να μην κουράσουν τους απαντώντες κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Περιεχόμενο ερωτηματολογίου

Για το περιεχόμενο των ερωτήσεων βασιστήκαμε σε βιβλιογραφία και σε έρευνες της εθνικής και διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται οι ερωτήσεις παρακάτω:

Ερώτηση 2:Μορφές βίας

Ο Μουζακίτης, Χ., 1989 και η Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2005 αναφέρονται στη σωματική κακοποίηση με τον ξυλοδαρμό (ερώτηση 2. 2) και με την απόπειρα φόνου ή/και τη συζυγοκτονία (ερώτηση 2. 1). Η σωματική κακοποίηση, αναφέρεται στη βίαιη συμπεριφορά των συζύγων που έχει σαν αποτέλεσμα την παραβίαση της σωματικής ακεραιότητας και που φαίνεται με τραυματισμούς μικρής ή μεγάλης έκτασης και που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο (Μουζακίτης, Χ.,1989). Η σωματική βία ενδέχεται να ξεκινήσει με ένα απλό χαστούκι ή σπρώξιμο και να εξελιχθεί σε συχνούς και σοβαρούς βίαιους ξυλοδαρμούς που φτάνουν σε ορισμένες περιπτώσεις και σε φόνο(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Η Ζαφειράτου, Χ., 2005, η Μαρίνου, Ε., 2003 και η Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005 αναφέρονται στη σεξουαλική κακοποίηση με το βιασμό ή/και την καταναγκαστική/ παραφύση συνουσία (ερώτηση 2. 3). Όταν μια γυναίκα

υποχρεώνεται, μέσω της άσκησης βίας ή της απειλής αυτής, σε ερωτική πράξη ή επαφή από το σύζυγό ή το σύντροφό της, κακοποιείται σεξουαλικά(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005).

Η σεξουαλική κακοποίηση εκφράζεται με το βιασμό μέσα στο γάμο ή σε μακροχρόνιες σχέσεις τις ανεπιθύμητες σεξουαλικές προτάσεις ή τη σεξουαλική παρενόχληση, την άρνηση για χρήση προφυλάξεων, την επιβαλλόμενη έκτρωση, τις βίαιες πράξεις ενάντια στη σεξουαλική ακεραιότητα των γυναικών συμπεριλαμβανομένου του γυναικείου γενετήσιου ακρωτηριασμού και των υποχρεωτικών ελέγχων για διατήρηση της παρθενίας, την επιβαλλόμενη πορνεία και διακίνηση ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση(Ζαφειράτου, Χ.,2005). Η σεξουαλική κακοποίηση, αναφέρεται στη βίαιη επιβολή σεξουαλικών πράξεων παρά την αντίθετη στάση ενός εκ των συζύγων και κατά κύριο λόγο της γυναίκας(Μαρίνου, Ε.,2003). Η Μαρίνου, Ε., 2003, η Γ.Γ.Ι., 2005 και η Ζαφειράτου, Χ., 2005, αναφέρονται στην ψυχολογική κακοποίηση με τη συναισθηματική/ λεκτική κακοποίηση (ερώτηση 2. 4). Η ψυχολογική κακοποίηση είναι επικίνδυνη, τόσο για την ψυχολογική ακεραιότητα όσο και για την ίδια τη ζωή των γυναικών που είναι θύματά της(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005). Φαινομενικά ανώδυνες κουβέντες, υπαινιγμοί, υποδείξεις, σεξιστικά και ειρωνικά σχόλια, υποτιμητική συμπεριφορά ή ακόμη και πράγματα που δε λέγονται με λέξεις μπορούν να επιφέρουν την αποσταθεροποίηση κάποιου αλλά συχνά και την εξόντωσή του(Μαρίνου, Ε.,2003). Κυμαίνεται από την ταπείνωση και τον εξευτελισμό του θύματος έως τη σοβαρή ψυχολογική του βλάβη και κοινωνική του δυσλειτουργία σε τομείς όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι επαγγελματικές επιδόσεις, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η διεκπεραίωση υποχρεώσεων(Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας,2005). Η ψυχολογική βία έχει ως στόχο την επιβολή πάνω στον άλλο άμεσα ή έμμεσα. Η αντίσταση σε αυτή την επιβολή επιφέρει το μίσος και την άσκηση βίας λεκτικής και σωματικής. Μακροπρόθεσμα οι γυναίκες υφίστανται σοκ και απορρύθμιση που μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικά και ψυχικά προβλήματα ήπιας ή βαριάς μορφής(Ζαφειράτου, Χ.,2005).

Ερώτηση 3: Έκταση φαινόμενου

Το ΚΕΘΙ, 2003 αναφέρεται στο ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στον ελλαδικό χώρο που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική κακοποίηση.

Από την πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη από τον Οκτώβριο 2002 έως τον Απρίλιο 2003 σε 1.200 γυναίκες, ηλικίας 18-60 ετών, κατοίκους αστικών, ημι-αστικών και αγροτικών περιοχών σε πανελλαδικό επίπεδο, τα ευρήματα σχετικά με τη βία από το σύντροφο δείχνουν ότι 56% των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν υποστεί λεκτική ή/ και ψυχολογική κακοποίηση(ΚΕΘΙ, 2003). Σχετικά με τη σωματική και τη σεξουαλική βία, δεδομένα από διεθνείς έρευνες καταγράφουν ένα ποσοστό της τάξεως του 25-33% (αναφορά στο Πενταράκη, 2003).

Ερώτηση 4 και ερώτηση 5: Η διερεύνηση και η αναγνώριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς

Οι Chalk, R.and King, P.,1998 στην έρευνά τους τονίζουν ότι το μεγαλύτερο μέρος της ανταπόκρισης του ιατρικού συστήματος περίθαλψης στο πρόβλημα της συντροφικής βίας εστιάζεται στη διερεύνηση και στην αναγνώριση.

Ερώτηση 6 και ερώτηση 7: Η συντροφική βία ως πρόβλημα δημόσιας υγείας

Οι Schraiber, L., d' Oliveira, A.,2002 στην έρευνά τους υποστηρίζουν ότι πολλά από τα κλινικά συμπτώματα με τα οποία εμφανίζονται οι γυναίκες στις υγειονομικές υπηρεσίες όπως το άγχος και η κατάθλιψη(ερώτηση 7. 2),τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(ερώτηση 7. 9), σχετίζονται με την ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών. Κάποια ακόμα συμπτώματα πιθανής ύπαρξης συντροφικής βίας είναι ο χρόνιος πόνος στη μήτρα(ερώτηση 7. 3) και η σπαστική κολίτιδα(ερώτηση 7. 5). Ο Justis, D.,1991 σε έρευνα τονίζει πως η βία στο σπίτι συχνά εκδηλώνεται και με εξάρτηση από χημικές ουσίες(ερώτηση 7. 11), χρόνιους πονοκεφάλους(ερώτηση 7. 4), πόνους στην κοιλιά(ερώτηση 7. 6) , συμπτώματα υστερίας(ερώτηση 7. 7). Η Πενταράκη, Μ.,2003, παρουσιάζοντας τις συνέπειες της συντροφικής βίας στην έρευνά της, δηλώνει και τις σωματικές συνέπειες, οι οποίες είναι οι σωματικοί τραυματισμοί(ερώτηση 7. 1), η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη(ερώτηση 7. 8), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα(ερώτηση 7. 9), η ευπάθεια στις ασθένειες (ερώτηση 7. 10), η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών(ερώτηση 7. 11) και οι επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους(ερώτηση 7. 12).

Ερώτηση 9 : Αίτια ύπαρξης του φαινομένου

Το ΚΕΘΙ, 2000 αναφέρει ότι τα αίτια έχουν να κάνουν με διάθεση επιβολής και ελέγχου του δράστη που απορρέουν από την κοινωνική ανισότητα αντρών – γυναικών, δηλαδή κοινωνικούς παράγοντες.

Ερώτηση 10:

Η συντροφική βία ως πρόβλημα δημόσιας υγείας (ερώτηση 10. 1)

Οι Kim, J., Motsei, M., 2002 στην έρευνά τους παρουσιάζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ξεκινήσει να επανακαθορίζουν την ενδοοικογενειακή βία ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τον τομέα υγείας. Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001 επίσης, στη δική τους μελέτη δηλώνουν ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δέχονται ότι η ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι θέμα της ιατρικής περίθαλψης. Οι Groth, B., Chelmowski, MK., Batson, TP., 2001 στην έρευνά τους αναφέρουν ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα κυρίαρχο πρόβλημα με σημαντικές συνέπειες στην υγεία. Η Πενταράκη, Μ., 2003 στην έρευνά της, αναφέρει ότι η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας.

Αναγκαιότητα περισσότερης ενασχόλησης των επαγγελματιών υγείας με το πρόβλημα (ερώτηση 10. 2)

Στη μελέτη των Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001 ενισχύονται κι άλλες έρευνες, οι οποίες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι στην ιατρική περίθαλψη αναγνωρίζουν λιγότερες υποθέσεις κακοποίησης από αυτές που περιγράφονται από την αστυνομία ή ανώνυμες έρευνες, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα θύματα έχουν αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Οι Groth, B., Chelmowski, MK., Batson, TP., 2001 αναφέρουν ότι οι γιατροί πρέπει να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την κακοποίηση και τις παροχές υπηρεσιών στην κοινότητά τους.

Βαθμός επαγγελματικής βοήθειας στα θύματα (ερώτηση 10. 3)

Στη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003 σε απάντηση που έδωσαν οι ερωτώμενοι φοιτητές ιατρικής στην πρόταση ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια σε θύμα κακοποίησης η απάντησή τους ήταν ουδέτερη, γεγονός που έδειξε ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε αυτό το θέμα σε μελλοντική εκπαίδευση.

Παρέμβαση με μακροπρόθεσμους στόχους για την υγεία της ασθενούς (ερώτηση 10. 4)

Οι Canadian Nurses Association, 1992 αναφέρουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα σημειώσει μεγάλη διαφορά στη μακροχρόνια υγεία ενός θύματος.

Χρησιμότητα εξειδικευμένων εγχειριδίων (ερώτηση 10. 5)

Οι Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005, στην έρευνά τους αναφέρουν ότι οι φοιτητές και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται μια σταθερή προσέγγιση ώστε να αναπτύξουν τις κλινικές ικανότητες μέσω εξειδικευμένων εγχειριδίων ώστε να μπορούν να ερευνούν και χειρίζονται περιπτώσεις συζυγικής βίας. Οι Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000, στη δική τους μελέτη υποστηρίζουν ότι η διερεύνηση της συντροφικής βίας απαιτεί την επιλογή κατάλληλων εργαλείων και την εκπαίδευση του προσωπικού. Οι Schenker, J. and Schmucl, E., 1998 επισημαίνουν ότι οι ιατρικοί οργανισμοί έχουν την ευθύνη να εξασφαλίζουν ώστε οι καθοδηγήσεις για την αναγνώριση και διαχείριση της βίας να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται.

Γνώση των αρμόδιων φορέων (ερώτηση 10. 6)

Η Πενταράκη, Μ., 2004 α, αναφέρει ότι μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος περίθαλψης σε περιπτώσεις βίας πρέπει να αποτελεί μέρος μιας διατομεακής προσέγγισης. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη η παραπομπή της γυναίκας στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών απαιτείται η στενή συνεργασία με ένα σύνολο από υπηρεσίες και η ενίσχυση της αλληλοδράσης τους.

Αναγκαιότητα δημιουργίας επαγγελματικών πρωτοκόλλων (ερώτηση 10. 7)

Οι Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP., Thompson RS, 2000 στην έρευνά τους αναφέρουν ότι παρά τον ταχύ πολλαπλασιασμό των περιγραφικών μελετών των επαγγελματιών υγείας και πρωτοκόλλων για την αναγνώριση και διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας, λίγα αξιόπιστα όργανα προσδιορίζουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές σε αυτή τη δουλειά. Η Πενταράκη, Μ., 2004 α, αναφέρει ότι παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Οι Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996, στη μελέτη τους επισημαίνουν ότι ένα πρωτόκολλο είναι απαραίτητο για την αναγνώριση από την αρχή των κακοποιημένων γυναικών.

Χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα

(ερώτηση 10. 8)

Στην έρευνα των Ronnberg, AK., Hammarstrom, A.,2000 αναφέρεται ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν ασχολούνται με το πρόβλημα εξαιτίας των χρονικών περιορισμών. Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J.,2001 στη μελέτη τους αναφέρουν ότι η ενδο-οικογενειακή βία μάλλον θεωρείται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα στο οποίο ο εργαζόμενος στην ιατρική περίθαλψη είναι ανίσχυρος να παρέμβει ή το θεωρεί χρονοβόρο.

Ερώτηση 14: Συναισθήματα και απόψεις σε θέματα συντροφικής βίας

Οι Kurz, D. and Stark, E. σε παρουσίαση της μελέτης Philadelphia, επισημαίνουν πως κάποιιοι από το προσωπικό νιώθουν άβολα με το θέμα της βίας κατά των γυναικών (ερώτηση 14. 3) ή άλλοι θεωρούν τα ερωτήματα γύρω από την κακοποίηση σαν εισβολή στις προσωπικές υποθέσεις και ότι δεν είναι δική τους δουλειά αυτό(ερώτηση 14. 1). Οι Mazza, D., Lawrence, J.,Roberts, G.,Knowlden, S.,2000 στην έρευνά τους αναφέρουν πως ο φόβος ότι οι επαγγελματίες υγείας θα προσβάλουν τις ασθενείς ρωτώντας τις ίδιες για ένα θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» είναι ένα από τα εμπόδια που καθιστά ανίσχυρους τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με το θέμα(ερώτηση 14. 1). Επιπλέον οι ίδιοι παρουσιάζουν την αντίληψη συχνά των ιατρών, ότι το να ασχοληθούν με θέματα οικογενειακής βίας των ασθενών θα εκθέσει το δικό τους φόβο απέναντι στην κακοποίηση και τη δική τους έλλειψη ελέγχου προς αυτό το θέμα(ερώτηση 14. 2) Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J.,2001 στην έρευνά τους αναφέρουν πως πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν άβολα να συζητούν με τις ασθενείς για καταστάσεις συντροφικής βίας(ερώτηση 14. 3).

Ερώτηση 15: Παράγοντες αποθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας στη λειτουργική διερεύνηση και παρέμβαση στο πρόβλημα

Οι Ronnberg, AK., Hammarstrom, A.,2000 στην έρευνά τους αναφέρουν τα εμπόδια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως αναφέρονται από το προσωπικό υγείας, ανάμεσα στα οποία είναι: η έλλειψη εκπαίδευσης(ερώτηση 15. 2), οι χρονικοί περιορισμοί(ερώτηση 15. 1), τα συναισθήματα μειωμένης ελπίδας και ανευθυνότητας(ερώτηση 15. 8), ο φόβος της αντεκδίκησης από το βίαιο σύζυγο(ερώτηση 15. 7). Οι Mazza, D., Lawrence, J.,Roberts, G.,Knowlden, S.,2000 στη μελέτη τους παρουσιάζουν την έλλειψη εκπαίδευσης των ιατρών στον τομέα της οικογενειακής βίας ως ένα από τα εμπόδια που τους καθιστούν ανίσχυρους να ασχοληθούν με το πρόβλημα(ερώτηση 15. 1). Οι Kurz, D. and Stark, E., 1988

αναφέρουν ότι το προσωπικό χαρακτηρίζει όλες τις κακοποιημένες γυναίκες ότι κρύβονται και αποφεύγουν να αναλύουν το θέμα σε όλη του τη διάσταση(ερώτηση 15. 9 και 15.10). Οι Kurz, D. and Stark, E., 1988 αναφέρουν ότι όταν η κακοποίηση αντιμετωπίζεται συμπτωματικά και η γυναίκα απλά στέλνεται σπίτι, τότε «τα ατυχήματα» συνεχίζονται(ερώτηση 15. 8). Οι Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group,1998 αναφέρουν ότι η παρουσία του συντρόφου της γυναίκας στην κλινική επίσκεψη ίσως μειώνει την πιθανότητα να ερωτηθεί ιδιωτικά για πιθανή κακοποίηση(ερώτηση 15. 4). Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J.,2001 παρουσιάζουν ως αποτέλεσμα της έρευνάς τους την έλλειψη γνώσεων των σχετικών υπηρεσιών για παραπομπή προς βοήθεια(ερώτηση 15. 11). Σύμφωνα με τη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, τα εμπόδια που παρουσιάστηκαν ότι αποθαρρύνουν το προσωπικό υγείας να ασχοληθεί με το ζήτημα της συντροφικής βίας είναι ο νόμος που δεν τους υποχρεώνει να το κάνουν(ερώτηση 15. 5)και ο φόβος των νομικών επιπτώσεων(ερώτηση 15. 12).

Ερώτηση 16: Παράγοντες ενθάρρυνσης των ασθενών για συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J.,Roberts, G.,Knowlden, S.,2000, οι επαγγελματίες χρειάζεται να επιδεικνύουν και να αναρτούν αφίσες, φυλλάδια, εγχειρίδια για αυτό το θέμα στο χώρο αναμονής του νοσοκομείου ή να φορούν κονκάρδες, σήματα που να δείχνουν την εναντίωσή τους στη βία(ερώτηση 16. 3). Αυτό βοηθάει στην προθυμία των ασθενών να συζητήσουν για την κατάστασή τους. Να αποδέχονται ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και σεβασμός της αυτονομίας της ασθενούς ακόμα και αν δεν συμφωνούν με την απόφασή της(ερώτηση 16. 6). Να κάνουν ερωτήσεις με άμεσο τρόπο, διότι οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά νιώθουν ανακουφισμένες όταν ερωτώνται, εφόσον γίνεται ευαισθητοποιημένος χειρισμός των ερωτήσεων και δίνεται εγκυρότητα στην απάντησή τους από τον ιατρό(ερώτηση 16. 5) δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο σχέση εμπιστοσύνης με τις ασθενείς(ερώτηση 16.2). Όπως υποστηρίζουν και οι Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006 η εμπιστευτικότητα που εγγυώνται οι επαγγελματίες υγείας κατά τις επαγγελματικές τους συναντήσεις με τις κακοποιημένες γυναίκες αποτελεί μια πολύ καλή βάση συζήτησης με τις γυναίκες αυτές για τις εμπειρίες τους(ερώτηση 16. 2). Στη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, παρουσιάστηκε ότι και οι δυο ομάδες που συμμετείχαν στην έρευνα πριν την

εκπαίδευση συμφώνησαν ότι υπάρχουν τρόποι για να ενθαρρύνουν ένα θύμα να ζητήσει βοήθεια ή ότι οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες από το προσωπικό του νοσοκομείου ίσως είναι απαραίτητες προκειμένου το θύμα να αποφασίσει τη βία που υφίσταται στη σχέση του(ερώτηση 16. 4).

Ερώτηση 17: Παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στο πρόβλημα

Σύμφωνα με την έρευνα των Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 οι επαγγελματίες χρειάζεται να αξιολογούν τους άμεσους, βραχυπρόθεσμους κινδύνους στην ασθενή(ερώτηση 17. 1). Κατά τους Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002 οι επαγγελματίες πρέπει να εντοπίζουν τους πιθανούς κινδύνους για τη γυναίκα, όπως απειλές και παρουσία όπλων και να δίνουν συμβουλές για να βελτιώσουν την ασφάλειά της(ερώτηση 17. 1). Οι Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες πρέπει να βοηθούν στην επινόηση πλάνου ασφαλείας ρωτώντας την ασθενή αν υπάρχει περιβάλλον υποστήριξης, πληροφορίες για υποστηρικτικές πηγές βοήθειας(ερώτηση 17. 2). Οι Griffin, M. and Koss, M., 2002, παρουσιάζουν ορισμένες κλινικές καθοδηγήσεις προς τους επαγγελματίες υγείας που είναι χρήσιμες για τη σωστή παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας σε υποθέσεις συντροφικής βίας των ασθενών τους. Ανάμεσα σε αυτές είναι και η δημιουργία πλάνου ασφαλείας μαζί με το θύμα και τα παιδιά(ερώτηση 17. 2). Επιπλέον οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι είναι αναγκαία η παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, ψυχίατρο(ερώτηση 17. 3). Όπως υποστηρίζει η Πενταράκη, M., 2004 α, καθίσταται απαραίτητη η παραπομπή της γυναίκας στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών απαιτείται η στενή συνεργασία με ένα σύνολο από υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας και η ενίσχυση της αλληλοδράσης τους(ερώτηση 17. 4 και 17. 5). Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 οι ειδικοί πρέπει να κάνουν ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού(ερώτηση 17. 6). Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 οι ειδικοί πρέπει να επιδεικνύουν και να αναρτούν έντυπο υλικό με αφίσες, φυλλάδια, εγχειρίδια για το θέμα στο χώρο αναμονής του νοσοκομείου ή να φορούν κονκάρδες, σήματα που να δείχνουν την εναντίωσή τους στη βία(ερώτηση 17. 7). Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 οι ειδικοί πρέπει να παρέχουν νομικές συμβουλές για να βοηθήσουν τα θύματα, εάν και όποτε αποφασίσουν να αφήσουν το σύντροφό τους(ερώτηση 17. 8). Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts,

G., Knowlden, S., 2000 οι ειδικοί πρέπει να καταγράφουν οποιοδήποτε τραυματισμό με λεπτομέρειες (ερώτηση 17. 9), να παρέχουν θεραπεία αν κριθεί απαραίτητο (ερώτηση 17. 10). Ανάμεσα στις κλινικές καθοδηγήσεις που παρουσιάζουν οι Griffin, M. and Koss, M., στην έρευνά τους το 2002, είναι και η καταγραφή των ευρημάτων σε ιατρικά αρχεία (ερώτηση 17. 9). Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 οι ειδικοί πρέπει να παρέχουν ψυχολογική-συμβουλευτική υποστήριξη προς τα θύματα (ερώτηση 17. 11). Οι ίδιοι αναφέρουν ότι οι ειδικοί πρέπει να παρέχουν πληροφορίες για τις κατάλληλες πηγές υποστήριξης, καταφύγια γυναικών (ερώτηση 17. 12).

Ερώτηση 18: Αντιλήψεις για τη συντροφική βία και την ισότητα των δύο φύλων

Σύμφωνα με τους Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J., 2001, μια στερεότυπη αντίληψη που επικρατεί και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι ότι στις βίαιες σχέσεις η ευθύνη ανήκει και στους δύο συντρόφους (ερώτηση 18. 1). Επιπλέον, όπως παρουσιάζει το CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, στα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά την πρόταση ότι στις βίαιες σχέσεις, η ευθύνη ανήκει και στους δυο συντρόφους, οι φοιτητές της εκπαιδευόμενης ομάδας αποδείχθηκε ότι διαφωνούν με τη συγκεκριμένη πρόταση (ερώτηση 18. 1). Σύμφωνα με την Αρτινοπούλου, Β., 2006, Παράρτημα νέου Ν 3500/2006, ΦΕΚ 232/Α/24-10-2006 και αιτιολογική έκθεση του νόμου, η άσκηση ενδοοικογενειακής βίας είναι παράνομη πράξη (ερώτηση 18. 2). Σύμφωνα με τους Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J., 2001, μια στερεότυπη αντίληψη που επικρατεί και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι ότι η συντροφική βία είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού. Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε πως ο 9,3% συμφώνησαν με την παραδοσιακή άποψη ότι μια οικογενειακή υπόθεση είναι προσωπικό θέμα και οι άλλοι δεν θα πρέπει να παρεμβαίνουν. Ακόμη περισσότερες νοσηλεύτριες (57,3%) συμφώνησαν ότι «ακόμα κι ένας καλός δικαστής δεν μπορεί να επιδικάσει μια οικογενειακή διαμάχη» (ερώτηση 18. 3). Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε ότι το 45% των νοσηλευτριών συμφώνησαν ότι η οικογενειακή μονάδα πρέπει να διατηρηθεί πάση θυσία (ερώτηση 18. 4). Ευρέως αναγνωρισμένη-σωστή αντίληψη από παγκόσμιους οργανισμούς και από τη νομοθεσία (ερώτηση 18. 5 και 18. 10). Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε πως το 1/3 των νοσηλευτριών συμφώνησε ότι η συζυγική κακοποίηση κυρίως συνέβαινε σε οικογένειες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης Αυτή η άποψη δεν

βρισκόταν σε συμφωνία με τα ευρήματα από μελέτες στη διεθνή κοινότητα, όπου η συζυγική κακοποίηση συμβαίνει σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, φυλές και εθνικότητες(ερώτηση 18. 7). Για τις ανάγκες αυτής της έρευνας όσον αφορά το σεξισμό, στηριχθήκαμε πάνω σε προηγούμενες έρευνες(Glick&Fiske, 1996 Lonsway&Fitzerlald, 1995 Burt, 1980 Ekehammar, 2000) που έχουν πραγματοποιηθεί και επιβεβαιώνουν ότι προδιαγράφουμε τις αρμόζουσες ικανότητες ενός ατόμου με βάση το φύλο του. Στη περίπτωση των γυναικών αυτή η διάκριση γίνεται εις βάρος τους, αφού αυτές είναι το φύλο που βρίσκεται σε κατώτερη θέση ως προς την οικονομική δύναμη και ως προς τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης της προσωπικότητας τους. Οι έρευνες που έχουν επιλεγεί σχετίζονται με απόψεις που προωθούν τον σεξισμό/ σεξιστικές αντιλήψεις (ερωτήσεις 18. 6, 18. 8, 18. 9, 18. 11, 18. 12).

6.2.4. Τόπος και χρόνος της έρευνας

Η διανομή του ερωτηματολογίου και η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε στα μέσα Ιανουαρίου και διήρκησε έως και τον Μάρτιο του 2007 στην περιοχή της Ελευσίνας Δυτικής Αττικής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η συλλογή των δεδομένων της έρευνας έγινε στο Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» και αφορούσε όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτό. Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο νοσοκομείο ως πλαίσιο αναφοράς της έρευνας αφού πληροφορηθήκαμε από την κοινωνική υπηρεσία ότι συχνά καταφθάνουν περιστατικά συντροφικής βίας που υφίστανται οι ασθενείς. Το «ΘΡΙΑΣΙΟ» νοσοκομείο είναι Ν.Π.Δ.Δ. και ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. η λειτουργία του ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1996 και ακολούθησε σταδιακά πορεία ανάπτυξης. Το Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» στελεχώνεται από ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας με αξιόλογο επιστημονικό και ερευνητικό έργο. Στόχος όλου του ιατρικού επιτελείου είναι η συνεχής προσπάθεια για προσέγγιση κάθε ιατρικού περιστατικού με ανθρωποκεντρικό τρόπο και η αντιμετώπισή του με επιστημονικά κριτήρια. Στις κλινικές του νοσοκομείο παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες υπό την επίβλεψη υψηλότατα ειδικευμένων ιατρών και επιστημονικών συνεργατών. Επιπλέον, στελεχώνεται από νοσηλευτική υπηρεσία που στόχο έχει τη δημιουργία ενός φιλικού για τον ασθενή περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο παρέχεται ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Ακόμη, στελεχώνεται και από την Κοινωνική Υπηρεσία, στις αρμοδιότητες της οποίας είναι η συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους για κάθε κοινωνικό πρόβλημα και η διερεύνηση και επίλυση (όπου

αυτό είναι δυνατό) των κοινωνικών αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά. Επιπρόσθετα, στο νοσοκομείο ανήκει το τμήμα Επισκεπτών Υγείας και το τμήμα Ψυχολόγων. Τέλος, το Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» στελεχώνεται από διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες οι οποίες υποστηρίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου.

Για να πραγματοποιηθεί η εν λόγω έρευνα, αρχικά ήρθαμε σε επαφή με την Δρ. Παχή, προϊσταμένη Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, όπου συμφωνήσαμε να είναι η επόπτρια της έρευνας. Στη συνέχεια, στείλαμε την επιστολή με αίτημα για άδεια εκπόνησης της έρευνας στην Επιστημονική Επιτροπή (Ιούλιος 2006). Στις 29 Σεπτεμβρίου 2006 εγκρίθηκε η εκπόνηση της έρευνας για το χρονικό διάστημα Ιανουάριος – Μάρτιος 2007. Σε απάντηση του εγγράφου Αρ. Πρωτ. 573 (1/11/2006), κατασκευάσαμε και καταθέσαμε στον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Δρ. Σταύρακα ερευνητικό πρωτόκολλο βάσει του οποίου διεξήχθη η σχετική μελέτη. Τον Ιανουάριο του 2007 πραγματοποιήσαμε επαφή με την Δρ. Παχή και την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, όπου σχεδιάσαμε το πλάνο εργασίας της έρευνας και συμφωνήσαμε για το ξεκίνημα της διαδικασίας. Ενημερωθήκαμε για τους τομείς – τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου, καθώς και για τις ειδικότητες και τον αριθμό των επαγγελματιών υγείας ανά τομέα – τμήμα. Τέλος, έγινε η κύρια ξενάγησή μας ώστε να προσαρμοστούμε στο χώρο του νοσοκομείου για να μπορέσει να ξεκινήσει η διαδικασία.

Ξεκινήσαμε τη διαδικασία, λοιπόν, από το υπόγειο και το ισόγειο όπου βρίσκονται τα εξής τμήματα:

Υπόγειο

Εξωτερικά Ιατρεία Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης: 5 ιατροί

Ισόγειο

Παιδιατρικό Τμήμα: 11 ιατροί, 11 νοσηλευτές

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: 25 νοσηλευτές

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία: 12 νοσηλευτές

Τμήμα Αιμοδοσίας: 5 ιατροί, 8 νοσηλευτές

Τμήμα Ψυχιατρικής: 8 ιατροί, 13 νοσηλευτές

Γναθοχειρουργικό Τμήμα: 2 ιατροί

Ακτινολογικό Τμήμα: 12 ιατροί, 5 νοσηλευτές

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού: 4 ιατροί, 5 νοσηλευτές

Τις πρώτες 15 ημέρες (15 Ιανουαρίου-31 Ιανουαρίου) βρισκόμασταν στο υπόγειο και το ισόγειο, μοιράζοντας και συγκεντρώνοντας τα ερωτηματολόγια

Στον **πρώτο όροφο** βρίσκονται τα εξής τμήματα:

Τμήμα Επισκεπτών Υγείας: 6 επισκέπτες υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας: 7 κοινωνικοί λειτουργοί

Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής: 10 ιατροί, 7 νοσηλευτές

Μονάδα Εγκαυμάτων (Εξειδικευμένο Κέντρο Εγκαυμάτων «Λάτσειο»): 16 νοσηλευτές

Χειρουργεία: 20 νοσηλευτές

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: 10 ιατροί, 20 νοσηλευτές

Εργαστήρια: Κυτταρολογικό: 2 ιατροί, 3 νοσηλευτές

Αιματολογικό: 5 ιατροί

Παθολογοανατομικό: 3 ιατροί

Μικροβιολογικό: 5 ιατροί

Βιοχημικό: 1 ιατρός

Στο **δεύτερο όροφο** βρίσκονται τα εξής τμήματα:

Ορθοπαιδικό Τμήμα: 14 ιατροί, 13 νοσηλευτές

Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα: 10 ιατροί, 17 νοσηλευτές

Νευροχειρουργικό Τμήμα: 9 ιατροί

Οφθαλμολογικό Τμήμα: 8 ιατροί

Νευρολογικό Τμήμα: 8 ιατροί

Νευροχειρουργικό – Οφθαλμολογικό – Νευρολογικό Τμήμα: 10 νοσηλευτές

Τις επόμενες 30 ημέρες (1 Φεβρουαρίου – 28 Φεβρουαρίου) συνεχίσαμε τη διαδικασία στον πρώτο και το δεύτερο όροφο καθώς και στο «Λάτσειο» κτίριο που βρίσκεται πλησίον του νοσοκομείου.

Στον **τρίτο όροφο** βρίσκονται τα εξής τμήματα:

Γενική Χειρουργική: 12 ιατροί, 12 νοσηλευτές

Ουρολογικό Τμήμα: 8 ιατροί

Τμήμα Ω.Ρ.Λ.: 5 ιατροί

Ουρολογικό – Ω.Ρ.Λ Τμήμα: 12 νοσηλευτές

Καρδιολογικό Τμήμα: 11 ιατροί, 8 νοσηλευτές

Μονάδα Καρδιοπαθών - Εμφραγμάτων: 11 νοσηλευτές

Στον **τέταρτο όροφο** βρίσκονται τα εξής τμήματα:

Α΄ Παθολογική: 16 ιατροί, 12 νοσηλευτές

Β΄ Παθολογική: 12 ιατροί, 12 νοσηλευτές

Τμήμα Ψυχολόγων: 4 ψυχολόγοι

Πνευμονολογικό Τμήμα: 7 ιατροί

Τις τελευταίες 30 ημέρες (1 Μαρτίου – 31 Μαρτίου) ολοκληρώσαμε τη διαδικασία διανομής και συλλογής δεδομένων στον τρίτο και τον τέταρτο όροφο του νοσοκομείου.

6.2.5. Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα μιας ερευνητικής μελέτης είναι οι πληροφορίες που συλλέγουν οι ερευνητές από τους συμμετέχοντες σε μια μελέτη. Οι μεταβλητές, επειδή αλλάζουν, παίρνουν διάφορες τιμές. Οι πραγματικές τιμές των μεταβλητών της μελέτης αποτελούν τα δεδομένα του ερευνητικού σχεδίου (Σαχίνη- Καρδάση, Α., 2004). Έτσι, αφού ορίστηκαν οι ερευνητικές μεταβλητές, επιλέχθηκε κι αναπτύχθηκε η μέθοδος για τη συλλογή των δεδομένων, που ήταν το ερωτηματολόγιο. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια ήταν ποσοτικά, δηλαδή αποτέλεσαν δεδομένα που επρόκειτο να υποστούν στατιστική ανάλυση και συγκεντρώθηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να ποσοτικοποιηθούν.

Η διαδικασία της έρευνας και η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε στα μέσα του Ιανουαρίου μέχρι και το τέλος του Μαρτίου. Συνεργαστήκαμε με τους κοινωνικούς λειτουργούς της κοινωνικής υπηρεσίας, οι οποίοι μας φιλοξένησαν στο χώρο τους για τρεις μήνες περίπου. Μας έδωσαν πολύτιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας, τα τμήματα που βρίσκονται στον κάθε όροφο και μας βοήθησαν με τις διασυνδέσεις τους, προκειμένου να γνωρίσουμε τον/την προϊστάμενο/η κάθε τμήματος και η επαφή μαζί τους να είναι ευκολότερη. Καθοδηγήτρια και επόπτρια σε όλη την προσπάθειά μας ήταν η Δρ. Παχή. Η διαδικασία έλαβε χώρα στο Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» για τρεις μήνες περίπου, καθημερινά στις πρωινές και απογευματινές βάρδιες των επαγγελματιών υγείας. Η επαφή με τους επαγγελματίες γινόταν κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο, στα διαλείμματα ενδιάμεσα των ωρών εργασίας τους, στα γραφεία των κλινικών ή των υπηρεσιών και κατά την αποχώρησή τους από το χώρο του νοσοκομείου.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, ώστε, να αποφευχθούν τυχόν προβλήματα δυσπιστίας για το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το

δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Θεωρήσαμε σκόπιμο, αφού ενημερωθήκαμε για τα τμήματα που βρίσκονται σε κάθε όροφο, να διαιρέσουμε τη διαδικασία της έρευνας ανά όροφο. Σε συνεργασία με τη Δρ. Παχή κάναμε την πρώτη επαφή με τον/την προϊστάμενο/η του εκάστοτε τμήματος και κατόπιν συνεχίζαμε μόνες μας. Αρχικά ενημερώναμε τον/την προϊστάμενο/η των τμημάτων για την ιδιότητά μας, το λόγο που ήμασταν στο νοσοκομείο, το σκοπό και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια ενημερώναμε τον κάθε επαγγελματία χωριστά. Συνήθως τους αφήναμε ένα χρονικό περιθώριο, το οποίο γινόταν κατόπιν συμφωνίας, προκειμένου να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να τα μαζέψουμε πίσω. Υπήρχαν όμως φορές που τους εξηγούσαμε και διευκρινίζαμε αναλυτικά την κάθε ερώτηση. Η διαδικασία αυτή ήταν, βέβαια, πολύ χρονοβόρα.

Αφιερώναμε αρκετά χρονικά περιθώρια για τον κάθε όροφο και περνούσαμε καθημερινά από όλα τα τμήματα υπενθυμίζοντας στους επαγγελματίες για τα ερωτηματολόγια που περιμέναμε να απαντήσουν. Ήταν πολύ δύσκολη η συγκέντρωση των απαντημένων ερωτηματολογίων για το λόγο ότι οι ιατροί και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές δεν ήταν δεκτικοί στο να απαντήσουν, αναφέροντας το γεγονός ότι είχαν περιορισμένο χρόνο και δεν προλάβαιναν, παρόλο που δήλωναν την επιθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα. Ήμασταν διακριτικές κατά την προσέγγιση των επαγγελματιών αλλά χρησιμοποιούσαμε παράλληλα τις δεξιότητες της κατανόησης, της υπομονής και της επιμονής όσο ήταν δυνατό, καθώς αντιλαμβανόμασταν το φόρτο της εργασίας τους και το βαθμό δυσκολίας της δουλειάς τους. Τους αφήναμε χρονικά περιθώρια, ώστε, όταν βρουν ελεύθερο χρόνο να μας τα συμπληρώσουν και να τα συλλέξουμε. Κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας η ατμόσφαιρα που δημιουργόταν, οδηγούσε στην εμπλοκή ορισμένων επαγγελματιών σε συνεργασία μαζί μας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ερωτώμενοι παρουσίαζαν διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς. Συναντήσαμε διάφορους τύπους ερωτώμενων, όπως οι συνεσταλμένοι, οι φοβητσιάρηδες, οι φλύαροι, οι συζητητές, οι γνώστες και ευαισθητοποιημένοι για το θέμα της έρευνας, οι καλαμπουρτζήδες, οι σίγουροι για τον εαυτό τους και εκείνοι που δε δέχονταν να συμμετάσχουν εξαιτίας της αδιαφορίας, της έλλειψης ευαισθητοποίησης και του υπερβολικού φόρτου εργασίας τους (Φίλιας, Β., 2003). Η προσπάθειά μας ήταν καθημερινή και αφορούσε όλους

τους ιατρούς και τους νοσηλευτές γι' αυτό αποσκοπούσαμε σε όλες τις βάρδιες που είχαν οι επαγγελματίες, πρωινές και απογευματινές.

Μέχρι το τέλος του Μαρτίου καταφέραμε να συγκεντρώσουμε 386 ερωτηματολόγια τηρώντας το χρονοδιάγραμμα που είχαμε θέσει εξαρχής.

Η διαδικασία της έρευνας έγινε με την τήρηση των αρχών της δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο, την εχεμύθεια και τη συναίνεση. Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

6.2.6. Μεθοδολογικές δυσχέρειες

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας συναντήσαμε κάποιες δυσκολίες οι οποίες αν και παρεμπόδιζαν και καθυστερούσαν τη διαδικασία, καταφέραμε να τις παραβλέψουμε ή/ και να τις αντιμετωπίσουμε με επιμονή και δυναμικότητα.

Πρώτον, συναντήσαμε διάφορους τύπους ερωτώμενων. Οι συνεσταλμένοι τύποι φοβούνταν μήπως δε γνώριζαν αρκετά για το θέμα ή μήπως απαντούσαν λανθασμένα. Τότε εμείς υπενθυμίζαμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και ότι σκοπός δεν είναι να κριθούν οι ίδιοι για τις γνώσεις τους, αλλά να παρουσιαστεί το επίπεδο των γνώσεων και των αντιλήψεων για το θέμα με επιδίωξη να ενημερωθούν για τις ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και για να καθοδηγηθούν, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα το πρόβλημα. Οι φοβητσιάρηδες κυρίως φοβούνταν μήπως προβάλλονταν οι πεποιθήσεις τους για το θέμα. Τότε τονίζαμε την ανωνυμία του ερωτηματολογίου και τη χρησιμότητα συλλογής των απόψεών τους για τη συγκεκριμένη έρευνα. Οι φλύαροι, μας δυσκόλεψαν καθώς χρειαζόταν να τους εμποδίζουμε να προτρέχουν και να αναφέρονται σε θέματα άσχετα με το αντικείμενο. Τη μεγαλύτερη δυσκολία, όμως, συναντήσαμε σε αυτούς που δε δέχονταν να συμμετάσχουν εξαιτίας της αδιαφορίας, της έλλειψης ευαισθητοποίησης για το θέμα και της άγνοιάς τους για τη σπουδαιότητα που έχουν οι έρευνες που πραγματοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Δεύτερον, καθώς ο χώρος του νοσοκομείου είναι λεπτός και ευαίσθητος, δυσκολευτήκαμε πολλές φορές να προσεγγίσουμε τους επαγγελματίες υγείας,

ειδικότερα στις ημέρες γενικής εφημερίας και σε ιδιαίτερες περιπτώσεις εισαγωγών των ασθενών. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας είχαν υπερβολικό φόρτο εργασίας και περιορισμένο χρόνο στη διάθεσή τους. Δείχναμε σεβασμό στη σοβαρότητα των καταστάσεων και στις ιδιαιτερότητες των συγκεκριμένων επαγγελμάτων και υπομέναμε τις καταστάσεις, αφήνοντας μεγάλα χρονικά περιθώρια χωρίς να τους πιέζουμε και να παρεμποδίζουμε το έργο τους.

Τρίτον, δυσκολευτήκαμε να συναντήσουμε αρκετούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ήταν αδειούχοι ή εργάζονταν στις νυχτερινές βάρδιες.

Παρόλα αυτά, κατορθώσαμε να συγκεντρώσουμε ένα σεβαστό αριθμό ερωτηματολογίων από το συνολικό δείγμα μας, που ήταν όλοι οι επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ».

6.2.7. Μέθοδος ανάλυσης αποτελεσμάτων – Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Αρχικά, διαπιστώσαμε ότι είχαμε εξασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο ανταπόκρισης στην έρευνά μας και ξεκινήσαμε τη μείωση της μάζας των δεδομένων που είχαμε στα χέρια μας σε μια μορφή κατάλληλη για ανάλυση. Η «ελάττωση των δεδομένων» έγινε με την κωδικοποίησή τους κατά την προετοιμασία για ανάλυση, μέσω της εισαγωγής τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 8.00 για Windows. Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων.

Πρώτα, ωστόσο, πριν από την κωδικοποίηση, τα ερωτηματολόγια ελέγχθησαν με την επιμέλεια. Η επιμέλεια των ερωτηματολογίων αποσκοπεί στον εντοπισμό και την εξάλειψη των σφαλμάτων που έχουν κάνει οι ερωτώμενοι (Cohen, 1994). Η επιμέλεια έγινε με πληρότητα, όπου έγινε ο έλεγχος για την επαλήθευση ότι υπήρχε μία απάντηση για κάθε ερώτηση. Ακόμη, έγινε η ακρίβεια, όπου πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος για να επαληθευτεί ότι όλες οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί με ακρίβεια (Cohen, 1994).

Μετά την επιμέλεια, κύριο καθήκον μας στην ελάττωση των δεδομένων ήταν η κωδικοποίηση, δηλαδή δόθηκε ένας κωδικός αριθμός για κάθε απάντηση σε μία ερώτηση.

Μετά την κωδικοποίηση των ερωτήσεων προχωρήσαμε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών, S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences). Το συγκεκριμένο στατιστικό πακέτο έχει τη δυνατότητα της καταγραφής και επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας, της ανάλυσης και εξαγωγής συμπερασμάτων, της παρουσίασης επεξεργασμένων δεδομένων σε πίνακες και της δημιουργίας πλήθους διαγραμμάτων. Επιπλέον, αντιμετωπίζει με ιδιαίτερο τρόπο τις ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

6.3. Αποτελέσματα

Παρουσίαση και ανάλυση αποτελεσμάτων:

Σε αυτό το κεφάλαιο συντάσσονται οι πίνακες αποτελεσμάτων στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται ο κάθε πίνακας. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Η στατιστική έρευνα βασίζεται σε πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συσχετίσεων, οι οποίοι ακολουθούν παρακάτω.

i. Ενότητα 1η

Σε αυτήν την ενότητα εξετάζουμε το δείγμα της έρευνάς μας. Αν και στην αρχή, το συνολικό δείγμα μας ήταν όλοι οι επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου (N=605), τελικά καταφέραμε να συγκεντρώσουμε δεδομένα από 386 επαγγελματίες, δηλαδή εξετάζουμε το δείγμα μας ως N=386.

Πίνακας 1ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΝ.	ΑΝΔΡ.	

ΗΛΙΚΙΑ	1	Έως 25 ετών		24	3	27
				6.2%	.8%	7.0%
	2	26 – 30 ετών		49	17	66
				12.7%	4.4%	17.1%
	3	31 – 35 ετών		71	38	109
				18.4%	9.8%	28.2%
	4	36 – 40 ετών	1	52	35	88
			.3%	13.5%	9.1%	22.8%
	5	41 – 45 ετών		30	24	54
				7.8%	6.2%	14.0%
	6	46 – 50 ετών	1	14	9	24
			.3%	3.6%	2.3%	6.2%
	7	50 ετών και άνω		11	7	18
				2.8%	1.8%	4.7%
ΣΥΝΟΛΟ			2	251	133	386
			.5%	65.0%	34.5%	100.0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως ανταποκρίθηκαν περισσότερες γυναίκες (n=251,65.0%) από τους άντρες επαγγελματίες (n=133, 34.5%) και παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες (n=109, 28.2%) είναι ηλικίας 31 – 35 ετών.

Πίνακας 2ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΝΩΤΕΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΓΥΝ.	ΑΝΔΡ.	

	Κενό	1	2	1	4
		.3%	.5%	.3%	1.0%
1	Πτυχίο Ι.Ε.Κ		51	7	58
			13.2%	1.8%	15.0%
2	Πτυχίο Α.Τ.Ε.Ι	1	118	31	150
		.3%	30.6%	8.0%	38.9%
3	Πτυχίο Πανεπιστημίου		50	71	121
			13.0%	18.4%	31.3%
4	Μεταπτυχιακό		19	9	28
			4.9%	2.3%	7.3%
5	Διδακτορικό		11	14	25
			2.8%	3.6%	6.5%
ΣΥΝΟΛΟ		2	251	133	386
		.5%	65.0%	34.5%	100.0%

Στον 2^ο πίνακα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (v=118, 30.6%) των γυναικών επαγγελματιών έχει πτυχίο Α.Τ.Ε.Ι. ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (v=71, 18.4%) των ανδρών έχει πτυχίο Πανεπιστημίου.

Πίνακας 3ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		ΦΥΛΟ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΓΥΝ.	ΑΝΔΡ.	
	Κενό	1	2	1	4
		.3%	.5%	.3%	1.0%
1	Ιατρός		68	91	159
			17.6%	23.6%	41.2%
2	Κοινωνικός/η Λειτουργός		5	1	6
			1.3%	.3%	1.6%
3	Ψυχολόγος		2	2	4
			.5%	.5%	1.0%
4	Νοσηλεύτης/τρια	1	168	38	207
		.3%	43.5%	9.8%	53.6%
5	Επισκέπτρια υγείας		6		6
			1.6%		1.6%
ΣΥΝΟΛΟ		2	251	133	386
		.5%	65.0%	34.5%	100.0%

Εδώ ο 3^{ος} πίνακας μας δείχνει ότι οι **ιατροί** στο σύνολό τους είναι (v=159, 41.2%) εκ των οποίων οι *άνδρες* είναι (v=91, 23.6%) και οι *γυναίκες* είναι (v=68, 17.6%). Οι **κοινωνικοί/ες λειτουργοί** είναι (v=6, 1.6%) από τους οποίους μόνο ο ένας είναι

άνδρας. Οι **ψυχολόγοι** είναι (n=4, 1.0%) από τους οποίους οι δύο είναι άνδρες και άλλες δύο είναι γυναίκες. Οι **νοσηλεύτριες/τριες** στο σύνολό τους είναι (n=207, 53.6%) από τους οποίους οι άνδρες είναι (n=38, 9.8%) και οι γυναίκες είναι (n=168, 43.5%). Τέλος, οι **επισκέπτες/τριες** υγείας είναι (n=6, 1.6%) και είναι μόνο γυναίκες.

Πίνακας 4ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΙΑΤΡΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	5	3.2
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ	9	5.8
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	1	0.6
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	1	0.6
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	0.6
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	9	5.8
ΓΕΝ.ΙΑΤΡΙΚΗΣ	5	3.2
ΙΑΤΡ.ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	3	1.9
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	4	2.6
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ	9	5.8
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	7	4.5
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	8	5.2
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	4	2.6
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	7	4.5
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	5	3.2
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	6	3.9
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ	2	1.3
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	25	16.2
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	6	3.9
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	1	0.6
ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	8	5.2
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	9	5.8
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	10	6.5
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	5	3.2
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΣ	4	2.6
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	154	100.0

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει τις συχνότητες από τις ειδικότητες των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Φαίνεται ξεκάθαρα πως οι περισσότεροι (n=25,

16.20%) ήταν παθολόγοι, οι οποίοι ανήκουν σε μια ειδικότητα που έρχεται συχνά σε επαφή με περιπτώσεις κακοποιημένων ασθενών.

Πίνακας 5ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ		ΦΥΛΟ			ΣΥΝΟΛΟ
			ΓΥΝ.	ΑΝΔΡ.	
			6 1.6%	4 1.0%	10 2.6%
1	Μέχρι 1 έτος		26 6.7%	4 1.0%	30 7.8%
2	2 – 5 έτη		65 16.8%	37 9.6%	102 26.4%
3	6 – 10 έτη		60 15.5%	43 11.1%	103 26.7%
4	11 – 15 έτη	2 .5%	49 12.7%	24 6.2%	75 19.4%
5	16 – 20 έτη		19 4.9%	10 2.6%	29 7.5%
6	20 έτη και άνω		26 6.7%	11 2.8%	37 9.6%
ΣΥΝΟΛΟ		2 .5%	251 65.0%	133 34.5%	386 100.0%

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι περισσότερες γυναίκες (v=65, 16.8%) έχουν διάρκεια επαγγελματικής υπηρεσίας στο χώρο υγείας 2 – 5 έτη ενώ οι περισσότεροι άνδρες (v=43, 11.1%) έχουν 6 -10 έτη.

Πίνακας 6ος

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Προϋπηρεσία	Συχνότητα	Ποσοστό
Κενό	10	2.6
Μέχρι 1 έτος	90	23.3
2 – 4 έτη	94	24.4
5 – 7 έτη	66	17.1
8 – 10 έτη	62	16.1
11 – 12 έτη	64	16.6
Σύνολο	386	100.0

Ο 6^{ος} πίνακας δείχνει ότι οι περισσότεροι (n=94, 24.40%) επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο νοσοκομείο για 2 – 4 έτη.

Πίνακας 7ος

Τομείς ή τμήματα	Συχνότητα	Ποσοστό
Κενό	4	1.0
Παθολογικός	89	23.1
Χειρουργικός	96	24.9
Εντατικής Ιατρικής	31	8.0
Ψυχικής Υγείας	20	5.2
Εργαστηριακός	46	11.9
Κοινωνικής Ιατρικής	0	0.00
Επειγόντων Περιστατικών	17	4.4
Ημερήσιας Νοσηλείας	3	0.8
Λοιπά Τμήματα	80	20.7
Σύνολο	386	100.0

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει τους τομείς ή τα τμήματα των υγειονομικών μονάδων που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας. Βλέπουμε πως οι περισσότεροι (n=96,

24.90%)εργάζονται στον χειρουργικό τομέα, αλλά αρκετοί και στον παθολογικό τομέα (v=89, 23.10%) και στα λοιπά τμήματα(v=80, 20.70%).

ii. Ενότητα 2^η

Στην παρακάτω ενότητα παρουσιάζονται οι γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας που έχουν οι επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ».

Πίνακας 8ος

Συχνότητα επισκέψεων κακ. γυναικών στο «ΘΡΙΑΣΙΟ»	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Κενό	29	7.5
Καθόλου	12	3.1
Λίγο	168	43.5
Αρκετά	142	36.8
Πολύ	33	8.5
Πάρα πολύ	2	.5
ΣΥΝΟΛΟ	386	100.0

Ο 8^{ος} πίνακας παρουσιάζει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται το νοσοκομείο γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί συντροφική βία και χρήζουν ιατρικής βοήθειας. Οι περισσότεροι(v=168, 43.50%) θεωρούν ότι καταφθάνουν λίγο ασθενείς που έχουν κακοποιηθεί από το σύντροφό τους και αρκετοί (v=142, 36.80%) πιστεύουν ότι επισκέπτονται αρκετά το νοσοκομείο τέτοιες περιπτώσεις γυναικών.

Πίνακας 9ος

Μορφές κακοποίησης	Συχνότητα	Ποσοστό
Συζυγοκτονία/ αποπ.φόν	18	4.7
Ξυλοδαρμός	192	49.7
Βιασμός	80	20.7
Συναισ./λεκτ.κακοπ.	131	33.9
Όλα τα παραπάνω	183	47.4
Σ ύ ν ο λ ο	386	100.0

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που γνωρίζει την κάθε μορφή κακοποίησης. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι μισοί επαγγελματίες (n=192, 49.7%) δέχονται τον ξυλοδαρμό ως την πιο συχνή μορφή κακοποίησης, αν και ένα σεβαστό ποσοστό επαγγελματιών (n=183, 47.4%) γνωρίζει όλες τις μορφές κακοποίησης, ενώ μόνο το (n=18, 4.7%) δέχεται τη συζυγοκτονία/απόπειρα φόνου ως μορφή κακοποίησης.

Πίνακας 10^{ος}

Ποσοστό	Σωματική βία		Ψυχολογική βία		Σεξουαλική βία	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	9	2.3	7	1.8	18	4.7
Καθόλου	2	.5	0	0.0	7	1.8
1 – 5 %	16	4.1	9	2.3	66	17.1
6 – 10 %	34	8.8	16	4.1	92	23.8
11 – 19 %	70	18.1	13	3.4	58	15.0
20 – 25 %	96	24.9	45	11.7	59	15.3
26 – 33 %	83	21.5	69	17.9	39	10.1
34 – 49 %	55	14.2	96	24.9	32	8.3
50 – 60 %	21	5.4	131	33.9	15	3.9
Σ ύ ν ο λ ο	386	100.0	386	100.0	386	100.0

Στον 10^ο πίνακα παρατηρούμε κατά πόσον οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν το ποσοστό του ενήλικου ελληνικού γυναικείου πληθυσμού που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία από το σύντροφο. Από την πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα που διεξάχθηκε από τον Οκτώβριο 2002 έως τον Απρίλιο 2003 σε πανελλαδικό επίπεδο, τα ευρήματα σχετικά με τη βία από το σύντροφο

δείχνουν ότι 56% των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν υποστεί ψυχολογική κακοποίηση (ΚΕΘΙ, 2003). Σχετικά με τη σωματική και τη σεξουαλική βία, δεδομένα από διεθνείς έρευνες καταγράφουν ένα ποσοστό της τάξεως του 25-33% (αναφορά στο Πενταράκη, 2003). Αν δεχτούμε, λοιπόν, ότι τα παραπάνω είναι τα ισχύοντα ποσοστά, τότε καταλαβαίνουμε ότι αρκετοί επαγγελματίες υγείας (n=131, 33.9%) γνωρίζουν το ακριβές ποσοστό γυναικών που υφίσταται ψυχολογική βία από το σύντροφο. Σχεδόν ο 1 στους 2 γνωρίζει το ποσοστό της σωματικής βίας και ο 1 στους 4 γνωρίζει την έκταση του ποσοστού της σεξουαλικής βίας.

Πίνακας 11ος

Αναγνώριση συντροφ.βίας	Σωματική βία		Ψυχολογική βία		Σεξουαλική βία	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	10	2.6	13	3.4	17	4.4
OXI	32	8.3	181	46.9	290	75.1
ΝΑΙ	344	89.1	192	49.7	79	20.5
Σύνολο	386	100.0	386	100.0	386	100.0

Στον 11^ο πίνακα θέλουμε να δούμε αν οι επαγγελματίες υγείας έχουν γνώση πάνω στην αναγνώριση της συντροφικής βίας, δηλαδή αν μπορούν να αναγνωρίσουν τη σωματική, την ψυχολογική και τη σεξουαλική βία. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι περισσότεροι (n=344, 89.1%) μπορούν να αναγνωρίσουν τη σωματική βία και σχεδόν οι μισοί (n=192, 49.7%) μπορούν να αναγνωρίσουν την ψυχολογική βία. Όμως, μόνο το 1/5 (n=79, 20.5%) έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει τη σεξουαλική βία που υφίστανται οι ασθενείς τους από το σύντροφό τους.

Πίνακας 12^{ος}

Διεξοδική διερεύνηση	Συχνότητα	Ποσοστό
	33	8.5
0	255	66.1
1	98	25.4
ΣΥΝΟΛΟ	386	100.0

Ο παραπάνω πίνακας εξετάζει εάν οι ερωτώμενοι πραγματοποιούν διεξοδική διερεύνηση της συντροφικής βίας. Οι περισσότεροι (n=255, 66.10%) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 13ος

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Κενό	16	4.1
ΟΧΙ	197	51.0
ΝΑΙ	173	44.8
ΣΥΝΟΛΟ	386	100.0

Από τον 13^ο πίνακα προκύπτει ότι σχεδόν οι μισοί επαγγελματίες (n=173, 44.8%) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Πίνακας 14ος

Κλινικά συμπτώματα	ΟΧΙ		ΝΑΙ	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωματικά τραύματα	3	.8	187	48.4
Κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος	40	10.4	148	38.3
Χρόνιος πόνος στη μήτρα	142	36.8	25	6.5
Πονοκέφαλος	93	24.1	82	21.2
Σπαστική κολίτιδα	133	34.5	34	8.8
Ενδο-κοιλιακός πόνος	124	32.1	42	10.9
Συμπτώματα υστερίας	39	10.1	143	37.0
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	80	20.7	92	23.8
Σεξουαλικά νοσήματα	87	22.5	81	21.0
Ευπάθεια στις ασθένειες	125	32.4	38	9.8
Κατάχρηση αλκοόλ & ναρκωτικών	37	9.6	138	35.8
Επιβλαβείς συμπερ. ελέγχου βάρους	83	21.5	88	22.8
Όλα τα παραπάνω	3	.8	9	2.3
Κανένα από τα παραπάνω	3	.8	2	.5

Από τον 14^ο πίνακα βλέπουμε κατά πόσο οι επαγγελματίες έχουν γνώση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας. Φαίνεται, ότι οι περισσότεροι μπορούν να αναγνωρίζουν τα σωματικά τραύματα (N=187, 48.4%), την κατάθλιψη ή/ και το υπερβολικό άγχος (N=148, 38.3%), τα συμπτώματα υστερίας

(N=143, 37.0%) και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (N=138, 35.8%). Παράλληλα, βλέπουμε ότι ελάχιστοι είναι εκείνοι που αναγνωρίζουν όλα τα κλινικά συμπτώματα (N=9, 2.3%). Περίπου το 1/5 των ερωτώμενων αναγνωρίζει τον πονοκέφαλο (N=82, 21.2%), την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (N=92, 23.8%), τα σεξουαλικά νοσήματα (N=81, 21.0%) και τις επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους (N=88, 22.8%). Αξίζει να συμπληρώσουμε ότι αρκετοί είναι εκείνοι που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν το χρόνιο πόνο στη μήτρα (N=142, 36.8%), τη σπαστική κολίτιδα (N=133, 34.5%), τον ενδο-κοιλιακό πόνο (N=124, 32.1%) και την ευπάθεια στις ασθένειες (N=125, 32.4%) ως κλινικά συμπτώματα της συντροφικής βίας.

Πίνακας 15ος

Βοήθεια σε κακοποιημένη γυναίκα (Ερ. 8)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σύνολο επαγγελματιών υγείας	386	100.00
1)Συγγενικό / φιλικό περιβάλλον	49	12.69
2)Επαγγελματίες υγείας	81	20.98
3)Πηγές / υπηρεσίες βοήθειας	79	20.47
4)Όλα τα παραπάνω	128	33.16
5)Κανείς	2	0.52

Από τον 15^ο πίνακα παρατηρούμε τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις πηγές βοήθειας των κακοποιημένων ασθενών. Βλέπουμε ότι οι περισσότεροι (n=128, 33.16%) θεωρούν ότι το συγγενικό-φιλικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας και οι πηγές / υπηρεσίες βοήθειας μπορούν να βοηθήσουν μια κακοποιημένη γυναίκα-ασθενή.

iii. Ενότητα 3^η

Στην παρακάτω ενότητα παρουσιάζονται διάφορες δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας, από τις οποίες φαίνονται οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές τους σε θέματα συντροφικής/ενδο-οικογενειακής βίας.

Πίνακας 16ος

	Δήλωση 1		Δήλωση 2		Δήλωση 3		Δήλωση 4	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	2	.5	4	1.0	3	.8	4	1.0
Δια απ	2	.5	1	.3	18	4.7		
Δια φ	15	3.9	29	7.5	157	40.7	28	7.3
Αδι αφ	31	8.0	64	16.6	50	13.0	40	10.4
Συμ φ	246	63.7	230	59.6	141	36.5	226	58.5
Συμ απ	90	23.3	58	15.0	17	4.4	88	22.8
Σύν ολο	386	100.0	386	100.0	386	100.0	386	100.0
	Δήλωση 5		Δήλωση 6		Δήλωση 7		Δήλωση 8	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	4	1.0	14	3.6	3	.8	16	4.1
Δια απ	2	.5	10	2.6			59	15.3
Δια φ	13	3.4	135	35.0	5	1.3	159	41.2
Αδι αφ	33	8.5	48	12.4	13	3.4	41	10.6
Συμ φ	231	59.8	149	38.6	266	68.9	99	25.6
Συμ απ	103	26.7	30	7.8	99	25.6	12	3.1
Σύν ολο	386	100.0	386	100.0	386	100.0	386	100.0

Για τον παραπάνω πίνακα ισχύουν:

- Δήλωση 1: Η συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας
- Δήλωση 2: Ο επαγγελματικός μου κλάδος θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς
- Δήλωση 3: Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας
- Δήλωση 4: Η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση
- Δήλωση 5: Χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων στα νοσοκομεία για καθοδήγηση των επαγγελματιών
- Δήλωση 6: Γνωρίζω τους αρμόδιους φορείς που μπορώ να παραπέμψω μια κακοποιημένη γυναίκα
- Δήλωση 7: Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας πρέπει να αναπτύξουν επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας
- Δήλωση 8: Δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με θέματα συντροφικής βίας ανεξάρτητα από το εάν αφορούν τις ασθενείς μου

Από τον 16^ο πίνακα προκύπτουν τα εξής:

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=336, 87%) δέχονται ότι η συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας (οι n=246, 63.7% συμφωνούν και οι n=90, 23.3% συμφωνούν απόλυτα με τη δήλωση 1). Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=288, 74.6%) θεωρούν ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς. Βλέπουμε όμως, ότι αρκετοί (n=158, 40.9%) είναι εκείνοι που πιστεύουν (συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα) ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας. Παράλληλα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=314, 81.3%) δηλώνουν (συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα) ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση. Επιπλέον, αρκετοί επαγγελματίες (n=334, 86.5%) συμφωνούν με την πρόταση ότι χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων που θα διαθέτονται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς. Επίσης, από τη δήλωση 6 εμφανίζεται ότι κάποιοι (n=179, 46.4%) γνωρίζουν τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα, ενώ κάποιοι άλλοι (n=145, 37.6%) τους αγνοούν. Ακόμη, η συντριπτική

πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=365, 94.5%) ζητάει, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας. Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας (n=218, 56.5%) παραδέχονται ότι έχουν χρόνο για να ασχοληθούν με περιπτώσεις συντροφικής βίας των ασθενών τους, αφού διαφωνούν και διαφωνούν απόλυτα με τη δήλωση 8, ενώ και ένας σημαντικός αριθμός ερωτώμενων (n=111, 28.7%) συμφωνεί και συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση 8, ομολογώντας ότι δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζεται για την ενασχόληση με το θέμα

Πίνακας 17ος

Δηλώσεις	Διαφωνώ	Αδιάφορος	Συμφωνώ
Δ. 1. Στις σχέσεις που ασκείται βία από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δύο συντρόφους	220 57,0	41 10,6	120 31,1
Δ. 2. Η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα	19 4,9	11 2,8	351 90,9
Δ. 3. Η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι	302 78,2	37 9,6	41 10,6
Δ. 4. Η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία	226 58,5	58 15,0	95 24,6
Δ. 5. Η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο	21 5,4	6 1,6	350 90,7
Δ. 6. Η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων	348 90,2	4 1,0	25 6,5
Δ. 7. Η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων	201 52,1	66 17,1	115 29,8
Δ. 8. Σε μια σχέση ή σε ένα γάμο, ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα	295 76,4	27 7,0	58 15,0
Δ. 9. Για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της	202 52,3	74 19,2	104 26,9
Δ. 10. Η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της	11 2,8	15 3,9	354 91,7
Δ. 11. Η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα	283 73,3	46 11,9	49 12,7
Δ. 12. Οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους	120 31,1	79 20,5	182 47,2

Βλέπουμε ότι είναι αρκετοί οι ερωτώμενοι που διαφωνούν με τη δήλωση 1 (v=220, 57.0%). Όμως, είναι αξιοσημείωτος και ο αριθμός(v=120, 31.1%) εκείνων οι οποίοι θεωρούν ότι στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους, γεγονός που δείχνει ότι έχουν λανθασμένη αντίληψη για το θέμα. Σχεδόν όλοι(v=351, 90.9%) γνωρίζουν πως η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα. Ακόμη, οι περισσότεροι (v=302, 78.2%) είναι εκείνοι που διαφωνούν με τη δήλωση 3, η οποία τονίζει ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι, παρουσιάζοντας έτσι τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Σχετικά με τη δήλωση 4, παραπάνω από τούς μισούς ερωτώμενους διαφωνούν (v=226, 58.5%), προβάλλοντας έτσι, τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Παράλληλα, το 1 / 5 περίπου των ερωτώμενων(v=95, 24.6%) συμφωνούν, γεγονός που αποδεικνύει ότι κάποιοι κατέχονται από λανθασμένη αντίληψη για το θέμα. Σωστή φαίνεται ότι είναι και η αντίληψη σχεδόν όλων των επαγγελματιών (v=350, 90.7%), οι οποίοι συμφωνούν με την αντίληψη ότι η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο. Επίσης, σωστή είναι και η αντίληψη που έχουν οι περισσότεροι (v=348, 90.2%) αφού διαφωνούν με την πρόταση που υποστηρίζει ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Στη δήλωση 7, παρατηρούμε ότι παραπάνω από τους μισούς (v= 201, 52.1%)διαφωνούν με την πρόταση ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων, προβάλλοντας τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Υπάρχει, όμως και παραπάνω από το 1 / 5 του δείγματος (v=115, 29.8%) που συμφωνούν με αυτήν τη δήλωση, δείχνοντας την άγνοια τους για το θέμα. Στη δήλωση 8, οι περισσότεροι (v=295, 76.4%) απάντησαν ότι διαφωνούν, προβάλλοντας τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Παρατηρούμε, όμως, ότι δεν είναι λίγοι (v=58, 15.0%)κι εκείνοι που συμφωνούν με την πρόταση ότι σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα, γεγονός που μας υπενθυμίζει ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας έχουν στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας των δύο φύλων. Στη δήλωση 9, παρατηρούμε ότι αρκετοί (v=104, 26.9%) είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της. Στη δήλωση 10, σχεδόν όλοι (v=354, 91.7%) συμφώνησαν πως η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της. Στη δήλωση 11, πολλοί(v=283, 73.3%) είναι εκείνοι που διαφώνησαν με την πρόταση ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει τις

γυναίκες και τους άντρες ισότιμα. Υπάρχουν όμως και κάποιοι (v=49, 12.7%) οι οποίοι συμφωνούν με αυτήν την πρόταση. Στη δήλωση 12, είναι αρκετοί (v=182, 47.2%) που απάντησαν λανθασμένα, δηλαδή συμφώνησαν με τη συγκεκριμένη πρόταση, προβάλλοντας έτσι στερεότυπη αντίληψη, ότι οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους.

iv. Ενότητα 4^η

Στην παρακάτω ενότητα παρουσιάζονται οι συμπεριφορές και ο βαθμός παρέμβασης που πραγματοποιούν οι επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις ασθενών που υφίστανται συντροφική κακοποίηση.

Πίνακας 18ος

Πίνακας α Εμπόδια στην παρέμβαση (Ερ. 15)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σύνολο επαγγελματιών υγείας	386	100.00
1)Χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας	257	66.58
2)Έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων	284	73.58
3)Έλλειψη καταλλήλων υποδομών	314	81.35
4)Παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη	186	48.19
5)Νόμος που δεν επιτρέπει να το κάνω	136	35.23
6)Υπερβολικός φόρτος εργασίας	260	67.36
7)Φόβος αντεκδίκησης από το σύντροφο	95	24.61
8)Συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι	128	33.16
9)Απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάσταση	232	60.10
10)Απροθυμία της ασθενούς να συνεργαστεί μαζί μας	280	72.54
11)Μη ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας στο νοσοκομείο	253	65.54
12)Φόβοι νομικών επιπτώσεων	160	41.45
Πίνακας β Τεχνικές ενθάρρυνσης της ασθενούς για συνεργασία (Ερ. 16)	386	100.00
1)Με κανένα γιατί το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας	39	10.10
2)Δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης με τις ασθενείς	336	87.05

3)Επίδειξη & ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων	325	84.2
4)Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες επαγγελματιών υγείας	332	86.01
5)Ευαισθητοποιημένος χειρισμός ερωτήσεων που γίνονται	334	86.53
6)Αποδοχή ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα	237	61.40

Ο πίνακας 18α δείχνει τις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τα εμπόδια που μπορεί να τους αποθαρρύνουν στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους. Πολλοί (v=257, 66.58%) είναι εκείνοι που θεωρούν ότι οι χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας είναι ένας παράγοντας παρεμπόδισής τους καθώς και η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων(v=284, 73.58%). Αρκετοί (v=314, 81.35%) τονίζουν ότι η έλλειψη κατάλληλων υποδομών τους αποθαρρύνει να ασχοληθούν με το θέμα. Κάποιοι(v=186, 48.19%) επισημαίνουν πως σημαντικό εμπόδιο είναι και η παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη καθώς οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων(v=160, 41.45%). Επιπλέον, φαίνεται ότι ορισμένοι (v=136, 35.23%) δεν ασχολούνται με το ζήτημα, αφού δεν εξαναγκάζονται από το νόμο. Σοβαρό εμπόδιο στη διεξοδική διερεύνηση της συντροφικής βίας απάντησαν (v=260, 67.36%) ότι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας των εργαζομένων στο νοσοκομείο. Ακόμη, πολλοί συμφωνούν με την πρόταση ότι δεν πραγματοποιείται διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομείο. Πολλοί επισημαίνουν πως εμπόδια στη διερεύνηση της βίας είναι η απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάστασή της (v=232, 60.10%) ή/ και να συνεργαστεί μαζί τους (v=280, 72.54%). Το 1/5 (v=95, 24.61%) δηλώνουν πως φοβούνται την αντεκδίκηση από το σύντροφο της κακοποιημένης γυναίκας. Τέλος, το 33.16%(v=128) έχουν συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι στη ζωή της γυναίκας ακόμα και αν ασχοληθούν διεξοδικά με το πρόβλημά της. Ο πίνακας 18β παρουσιάζει τις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τους τρόπους που μπορεί να ενθαρρύνουν μία ασθενή- θύμα κακοποίησης , ώστε να ζητήσει βοήθεια και να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας. Οι περισσότεροι (v=336, 87.05%) δηλώνουν ότι με τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς θα τις βοηθήσουν να συνεργαστεί μαζί τους και αρκετοί (v=334, 86.53%) τονίζουν πως χρειάζεται να κάνουν ερωτήσεις στις γυναίκες με ευαισθητοποιημένο χειρισμό. Κάποιοι (v=332, 86.01%) θεωρούν πως χρειάζονται οι επαναλαμβανόμενες

προσπάθειες επαγγελματιών υγείας και ορισμένοι (n=325, 84.20%) ότι πρέπει να γίνεται επίδειξη & ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων. Ένα μέρος των ερωτώμενων (n=237, 61.40%) δηλώνουν ότι χρειάζεται να αποδέχονται πως δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και να σέβονται την αυτονομία της ασθενούς ακόμη και αν δε συμφωνούν με την απόφασή της. Τέλος, υπάρχει και το 10.10%(n=39) που δηλώνουν ότι δεν υπάρχει τρόπος ενθάρρυνσης των κακοποιημένων ασθενών να συνεργαστούν μαζί τους διότι το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας.

Πίνακας 19ος

ΥΠ.	ΠΩΣ ΕΝΕΡΓΩ		ΠΩΣ ΘΑ ΕΝΕΡΓΩ		5		6		7		8	
	1 ΝΑΙ	2 ΟΧΙ	3 ΝΑΙ	4 ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
1	47, 12.2%	5, 1.3%	23, 6.0%	1, 0.3%	97, 25.1%		0 0.00%		90, 23.3%		96, 24.9%	
2	17, 4.4%	17, 4.4%	20, 5.2%	7, 1.8%	40, 10.4%		1, 0.3%		125, 32.4%		124, 32.1%	
3	50, 13.0%	0 0.00%	24, 6.2%	0, 0.00%	213, 55.2%		1, 0.3%		66, 17.1%		5, 1.3%	
4	33, 8.5%	8, 2.1%	24, 6.2%	3, 0.8%	161, 41.7%		1, 0.3%		100, 25.9%		25, 6.5%	
5	53, 13.7%	4, 1.0%	21, 5.4%	0 0.00%	244, 63.2%		4, 1.0%		30, 7.8%		3, 0.8%	
6	26, 6.7%	12, 3.1%	21, 5.4%	2, 0.5%	76, 19.7%		1, 0.3%		138, 35.8%		73, 18.9%	
7	19, 4.9%	19, 4.9%	29, 7.5%	0, 0.00%	49, 12.7%		0, 0.00%		160, 41.5%		74, 19.2%	
8	15, 3.9%	22, 5.7%	19, 4.9%	6, 1.6%	22, 5.7%		1, 0.3%		75, 19.4%		185, 47.9%	
9	45, 11.7%	9, 2.3%	17, 4.4%	0, 0.00%	225, 58.3%		3, 0.8%		41, 10.6%		10, 2.6%	
10	55, 14.2%	5, 1.3%	17, 4.4%	0, 0.00%	256, 66.3%		1, 0.3%		17, 4.4%		7, 1.8%	
11	43, 11.1%	6, 1.6%	21, 5.4%	0, 0.00%	95, 24.6%		2, 0.5%		80, 20.7%		107, 27.7%	
12	39, 10.1%	6, 1.6%	23, 6.0%	0, 0.00%	128, 33.2%		2, 0.5%		106, 27.5%		53, 13.7%	
13	5, 1.3%	39, 10.1%	5, 1.3%	9, 2.3%	72, 18.7%		5, 1.3%		24, 6.2%		172, 44.6%	

Επεξήγηση υποκατηγοριών της ερώτησης 17 (1-13)

- 1: Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του
- 2: Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς
- 3: Παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας

- 4: Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας
- 5: Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου
- 6: Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού
- 7: Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς
- 8: Παραπομπή σε εισαγγελέα
- 9: Καταγραφή των τραυματισμών της
- 10: Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- 11: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης
- 12: Ενημέρωση της σχετικά με άλλες υπηρεσίες
- 13: Δεν κάνω παρέμβαση, αν δεν εμπίπτει στα καθήκοντά μου

Επεξήγηση τιμών 1-8

- 1: Παρεμβαίνω τώρα
- 2: Δεν παρεμβαίνω τώρα
- 3: Θα παρέμβαινα στο μέλλον
- 4: Δε θα παρέμβαινα ούτε και στο μέλλον
- 5: Παρεμβαίνω τώρα και θα παρέμβαινα και στο μέλλον
- 6: Παρεμβαίνω τώρα, αλλά δε θα παρέμβαινα στο μέλλον
- 7: Δεν παρεμβαίνω τώρα, αλλά θα παρέμβαινα στο μέλλον
- 8: Δεν παρεμβαίνω τώρα και δε θα παρέμβαινα και στο μέλλον

Από τον 19^ο πίνακα βλέπουμε ότι:

Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του, με στόχο την ασφάλειά του, κάνουν το 1/4 των επαγγελματιών υγείας (n=97, 25.1%) και θα έκαναν και στο μέλλον. Το 23.3% (n= 90) των επαγγελματιών υγείας δεν κάνουν τη συγκεκριμένη παρέμβαση αλλά είναι πρόθυμοι να την κάνουν στο μέλλον. Το 24.9% (n=96) των επαγγελματιών υγείας δεν κάνουν τη συγκεκριμένη παρέμβαση τώρα και ούτε στο μέλλον.

Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς, φαίνεται ότι κάνουν και θα έκαναν και στο μέλλον το 10.4% (n=40) των επαγγελματιών. Το 32.4% (n=125) δεν παρεμβαίνει τώρα, αλλά θα παρέμβαινε στο μέλλον, ενώ ένα αντίστοιχο ποσοστό (n=124, 32.1%) δεν παρεμβαίνει τώρα και δε θα παρέμβαινε και στο μέλλον.

Παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, κάνουν και θα έκαναν παραπάνω από τους μισούς ερωτώμενους (n=213, 55.2%). Κάποιοι όμως, ενώ δεν κάνουν παραπομπή τώρα, θα έκαναν στο μέλλον (n=66, 17.1%).

Πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία αρκετοί επαγγελματίες (v=161, 41.7) και θα πραγματοποιούν και στο μέλλον. Παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών υγείας (v=100, 25.9%) ενώ δεν κάνουν τώρα θα έκαναν στο μέλλον.

Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου κάνουν και θα έκαναν στο μέλλον αρκετοί επαγγελματίες (v=244, 63.2%). Ορισμένοι που δεν παραπέμπουν τώρα τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, θα τις παρέπεμπαν στο μέλλον (v=30, 7.8%). Ελάχιστοι (v=3, 0.8%) είναι εκείνοι που δεν κάνουν παραπομπές τώρα και δε θα έκαναν ούτε και στο μέλλον.

Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού, κάνουν και θα κάνουν το 1/5 των επαγγελματιών (v=76, 19.7%), ενώ το 18.9% (v=73) δεν κάνουν και δε θα έκαναν. Αρκετοί είναι οι επαγγελματίες (v=138, 35.8%) που ενώ δεν κάνουν τώρα τις ερωτήσεις, θα τις έκαναν στο μέλλον.

Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς, παρέχει και θα παρέχει και στο μέλλον το 12.7% (v=49), ενώ δεν παρέχει και δε θα παρέχει ούτε στο μέλλον το 19.2% (v=74). Υπάρχει όμως και το ποσοστό των επαγγελματιών (v=160, 41.5%) που δεν παρέχει τώρα αλλά στο μέλλον θα το κάνει.

Παραπομπή σε εισαγγελέα δεν κάνουν ούτε θα κάνουν στο μέλλον οι επαγγελματίες υγείας (v=185, 47.9%). Ορισμένοι (v=75, 19.4%), όμως, που δεν κάνουν τώρα, θα έκαναν στο μέλλον.

Καταγραφή των τραυματισμών των ασθενών κάνει και θα κάνει και στο μέλλον παραπάνω από το 1/2 των επαγγελματιών (v=225, 58.3%) και το 10.6% (v=41), θα έκανε στο μέλλον, παρόλο που δεν κάνει τώρα.

Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας κάνουν και θα κάνουν αρκετοί επαγγελματίες (v=256, 66.3%).

Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης κάνουν και θα κάνουν παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών (v= 95, 24.6%) και δεν κάνουν ούτε θα κάνουν στο μέλλον πάλι παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών (v=107, 27.7%). Ακόμη, το 1/5 των επαγγελματιών (v=80, 20.7%) ενώ δεν παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς τώρα, θα παρέχει στο μέλλον.

Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με άλλες υπηρεσίες κάνουν και θα κάνουν το 33.2% (v=128) ενώ μερικοί (v=106, 27.5%) που δεν κάνουν τώρα θα κάνουν στο μέλλον.

Δεν κάνουν παρέμβαση, αν δεν επιπτεει στα καθήκοντά τους, αρκετοί από τους ερωτώμενους (n=72, 18.7%) ούτε και θα έκαναν στο μέλλον. Το ποσοστό (n=172, 44.6%) παρεμβαίνει και θα παρεμβαίνει και στο μέλλον.

v. Ενότητα 5^η

Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε τις στάσεις (γνώσεις, εκπαίδευση και αντιλήψεις) των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα της συντροφικής βίας, ανάλογα με το φύλο και το επάγγελμά τους.

- Γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας

Πίνακας 20ος

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΖΥΓΟΚΤΟΝΙΑ/ ΑΠΟΠ. ΦΟΝΟΥ	ΞΥΛΟ ΔΑΡΜΟΣ	ΒΙΑΣΜΟΣ	ΣΥΝΑΙΣ./ΛΕΚΤ. ΚΑΚΟΠ	ΌΛΑ
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	0,(0.00%)	26,(10.4%)	8,(3.2%)	19,(7.6%)	41,(16.3%)
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	5,(3.8%)	51,(38.3%)	14,(10.5%)	37,(27.8%)	36,(27.1%)
ΓΥΝ.	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤ	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	5,(2.0%)
ΑΝΔ.	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤ	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	1,(0.8%)
ΓΥΝ.	ΨΥΧΟΛ	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	2,(0.8%)
ΑΝΔ.	ΨΥΧΟΛ	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	0,(0.00%)	2,(1.5%)
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ	10,(4.0%)	86,(34.3%)	43,(17.1%)	55,(21.9%)	78,(31.1%)
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ	3,(2.3%)	25,(18.8%)	12,(9.0%)	16,(12.0%)	12,(9.0%)
ΓΥΝ.	ΕΠΙΣΚ. ΥΓ.	0,(0.00%)	2,(0.8%)	2,(0.8%)	2,(0.8%)	4,(1.6%)

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι, από τους **ιατρούς**, οι *γυναίκες* (n=41, 16.3%) και οι *άνδρες* (n=36, 27.1%) γνωρίζουν όλες τις μορφές κακοποίησης. Όλοι/ες οι **κοινωνικές/οί λειτουργοί** (N=6, 1.6%) και οι **ψυχολόγοι** (N=4, 1.0%) γνωρίζουν τις μορφές κακοποίησης. Από τους **νοσηλευτές/τριες**, περίπου οι μισές *γυναίκες* (n=78, 31.1%) γνωρίζουν τις μορφές κακοποίησης, ενώ από τους *άνδρες* λίγοι είναι αυτοί που γνωρίζουν (n=12, 9.0%). Τέλος, παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** (n=4, 1.6%) γνωρίζουν όλες τις μορφές κακοποίησης.

Πίνακας 21ος

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ									
ΦΥ.	ΕΠΑΓΓ	Καθόλου	1 - 5 %	6 - 10 %	11 - 19 %	20 - 25 %	26 - 33 %	34 - 49 %	50 - 60 %
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	1, (0.4%)	3, (1.2%)	9, (3.6%)	13, (5.2%)	14, (5.6%)	13, (5.2%)	9, (3.6%)	4, (1.6%)
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	0, (0.00%)	5, (3.8%)	10, (7.5%)	24, (18.0%)	22, (16.5%)	16, (12.0%)	9, (6.8%)	3, (2.3%)
ΓΥΝ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	3, (1.2%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)
ΑΝΔ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)
ΓΥΝ.	ΨΥΧ	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)
ΑΝΔ.	ΨΥΧ	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)	1, (0.8%)
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ	1, (0.4%)	6, (2.4%)	10, (4.0%)	24, (9.6%)	42, (16.7%)	45, (17.9%)	26, (10.4%)	9, (3.6%)
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ.	0, (0.00%)	2, (1.5%)	3, (2.3%)	8, (6.0%)	10, (7.5%)	6, (4.5%)	6, (4.5%)	3, (2.3%)
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	2, (0.8%)	2, (0.8%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ									
ΦΥ.	ΕΠΑΓΓ	Καθόλου	1 - 5 %	6 - 10 %	11 - 19 %	20 - 25 %	26 - 33 %	34 - 49 %	50 - 60 %
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	2, (0.8%)	1, (0.4%)	4, (1.6%)	3, (1.2%)	7, (2.8%)	9, (3.6%)	16, (6.4%)	26, (10.4%)
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	0, (0.00%)	4, (3.0%)	5, (3.8%)	0, (0.00%)	14, (10.5%)	21, (15.8%)	19, (14.3%)	28, (21.1%)
ΓΥΝ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	3, (1.2%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)
ΑΝΔ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)
ΓΥΝ.	ΨΥΧ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)
ΑΝΔ.	ΨΥΧ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	2, (1.5%)
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ	4, (1.6%)	3, (1.2%)	6, (2.4%)	7, (2.8%)	15, (6.0%)	23, (9.2%)	50, (19.9%)	60, (23.9%)
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ	1, (0.8%)	1, (0.8%)	1, (0.8%)	7, (2.3%)	7, (5.3%)	8, (6.0%)	8, (6.0%)	9, (6.8%)
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	3, (1.2%)	2, (0.8%)	1, (0.4%)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ									
ΦΥ.	ΕΠΑΓΓ	Καθόλου	1 - 5 %	6 - 10 %	11 - 19 %	20 - 25 %	26 - 33 %	34 - 49 %	50 - 60 %
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	1, (0.4%)	10, (4.0%)	18, (7.2%)	9, (3.6%)	10, (4.0%)	4, (1.6%)	10, (4.0%)	3, (1.2%)
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	3, (2.3%)	19, (14.3%)	27, (20.3%)	17, (12.8%)	10,(7.5%)	5, (3.8%)	3, (2.3%)	1, (0.8)
ΓΥΝ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	2, (0.8%)	1, (0.4%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)
ΑΝΔ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)
ΓΥΝ.	ΨΥΧ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)
ΑΝΔ.	ΨΥΧ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.8%)
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ.	1, (0.4%)	28, (11.2%)	32, (12.7%)	27, (10.8%)	28, (11.2%)	24, (9.6%)	14, (5.6%)	6, (2.4%)
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ.	2, (1.5%)	9, (6.8%)	11, (8.3%)	2, (1.5%)	5, (3.8%)	2, (1.5%)	4, (3.0%)	2, (1.5%)
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.	0, (0.00%)	0, (0.00%)	1, (0.4%)	0, (0.00%)	3, (1.2%)	2, (0.8%)	0, (0.00%)	0, (0.00%)

Στον 21^ο πίνακα φαίνονται οι γνώσεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με το ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική βία από το σύντροφό του.

Όσον αφορά τις γνώσεις των **ιατρών**, φαίνεται ότι μόνο το 5.2% (v=13) των *γυναικών* γνωρίζει τη σωστή απάντηση του ποσοστού των γυναικών που υφίστανται σωματική βία (25-33% του ελληνικού ενήλικου πληθυσμού, αναφορά στο Πενταράκη, 2003) αλλά περισσότεροι είναι οι *άντρες* 12.0% (v=16) που τη γνωρίζουν. Αναφορικά με την ψυχολογική βία (56% του ελληνικού ενήλικου πληθυσμού, ΚΕΘΙ -2003) οι *γυναίκες* (v=26, 10.4%) και οι *άνδρες* (v=28, 21.1%) γνωρίζουν τη σωστή απάντηση. Τη σωστή απάντηση για το ποσοστό των γυναικών που υφίστανται σεξουαλική βία (25-33% του ελληνικού ενήλικου πληθυσμού, αναφορά στο Πενταράκη, 2003) λίγες είναι οι *γυναίκες* (v=4, 1.6%) και οι *άνδρες* (v=5, 3.8%) που τη γνωρίζουν.

Οι **κοινωνικοί / εξ λειτουργοί** σχεδόν όλοι (*γυναίκες* v=3, 1.2%) αλλά και ο *άνδρας* (v=1, 0.8%) γνωρίζουν τη σωστή απάντηση για τη σωματική βία, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και για τη σεξουαλική βία που μόνο μία γυναίκα γνωρίζει το ποσοστό (v=1,

0.4%), ενώ μόλις μία γυναίκα μόνο ξέρει τη σωστή απάντηση και για την ψυχολογική βία.

Αντίστοιχα, οι περισσότεροι ψυχολόγοι δε γνωρίζουν τη σωστή απάντηση για τη σωματική βία και τη σεξουαλική βία, ενώ σχεδόν όλοι (γυναίκες $n=1$, 0.4% και άνδρες $n=2$, 1.5%) ξέρουν για την ψυχολογική βία.

Ακόμη, για τους νοσηλευτές ισχύει ότι αρκετοί/ες είναι οι γυναίκες ($n=45$, 17.9%) αλλά και οι άνδρες ($n=6$, 4.5%) που γνωρίζουν για τη σωματική βία. Το 1/5 των γυναικών ($n=60$, 23.9%) και μόνο το ($n=9$, 6.8%) των ανδρών γνωρίζουν για την ψυχολογική βία. Το 9.6% ($n=24$) των γυναικών και το 1.5% ($n=2$) των ανδρών έχουν γνώση για τη σεξουαλική βία.

Τέλος, οι επισκέπτριες υγείας, ορισμένες ($n=2$, 0.8%) γνωρίζουν τις σωστές απαντήσεις για τη σωματική βία και για τη σεξουαλική βία, ενώ μόνο μία ξέρει τη σωστή απάντηση για την ψυχολογική βία.

Πίνακας 22ος

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΜΟΡΦΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΩΜΑΤΙΚΗ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΣ	62, (24.7%)	40, (15.9%)	11, (4.4%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	82, (61.7%)	41, (30.8%)	22, (16.5%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5, (2.0%)	5, (2.0%)	4, (1.6%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1, (0.8%)	1, (0.8%)	1, (0.8%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2, (0.8%)	2, (0.8%)	0, (0.00%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2, (1.5%)	1, (0.8%)	0, (0.00%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	146, (58.2%)	81, (32.3%)	27, (10.8%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	36, (27.1%)	16, (12.0%)	9, (6.8%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ	6, (2.4%)	4, (1.6%)	4, (1.6%)

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι δυνατότητες αναγνώρισης των μορφών συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι, μπορούν να αναγνωρίσουν τη σωματική βία: **ιατροί γυναίκες** ($n=62$, 24.7%) και **άνδρες** ($n=82$, 61.7%), όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** και οι **ψυχολόγοι, νοσηλευτές / τριες** παραπάνω από τις μισές **γυναίκες** ($n=146$, 58.2%) και σχεδόν όλοι οι **άνδρες** ($n=36$, 27.1%) καθώς και όλες οι **επισκέπτριες υγείας**.

Την ψυχολογική βία μπορούν να αναγνωρίσουν: **ιατροί γυναίκες** παραπάνω από τις μισές ($n=40$, 15.9%) και **άνδρες** ($n=41$, 30.8%), όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** και σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (όλες οι **γυναίκες** $n=2$, 0.8% και ένας **άνδρας**),

νοσηλευτές / τριες γυναίκες (v=81, 32.3%) και **άνδρες** (v=16, 12.0%) και παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** (v=4, 1.6%).

Τη **σεξουαλική βία** μπορούν να αναγνωρίσουν: **ιατροί** ελάχιστες **γυναίκες** (v=11, 4.4%) και **άνδρες** (v=22, 16.5%), σχεδόν όλοι / ες οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** **γυναίκες** (v=4, 1.6%) και ο ένας **άνδρας**, κανένας **άνδρας** και **γυναίκα ψυχολόγος**, ελάχιστοι **νοσηλευτές / τριες γυναίκες** (v=27, 10.8) και **άνδρες** (v=9, 6.8%) και παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** (v=4, 1.6%).

Πίνακας 23ος

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΣ	33	8.55
ΑΝΔΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	41	10.62
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	3	0.78
ΑΝΔΡΑΣ	ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	0.26
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2	0.52
ΑΝΔΡΑΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	0	0.00
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	76	19.69
ΑΝΔΡΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	14	3.63
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ	1	0.26
ΑΝΔΡΑΣ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ	0	0.00

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι δυνατότητες ανίχνευσης των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας. Παρατηρούμε πως οι **ιατροί** σχεδόν οι μισές **γυναίκες** (v=33, 8.55%) και **άνδρες** (v=41, 10.62%) μπορούν να ανιχνεύσουν τα κλινικά συμπτώματα, σχεδόν όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (**γυναίκες** v=3, 0.78% και ο **άνδρας** v=1, 0.26%), μόνο οι **γυναίκες ψυχολόγοι** (v=2, 0.52%), από τους **νοσηλευτές / τριες** σχεδόν οι μισές **γυναίκες** (v=76, 19.69%) και οι μισοί **άνδρες** (v=14, 3.63%) και μόλις μία μόνο **επισκέπτρια υγείας** (v=1, 0.26%).

Πίνακας 24ος

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ													
		Σωματικά τραύματα	Κατάθλιψη	Πόνος στη μήτρα	Πόνος φαλός	Σπαστική ή κολίτιδα	Ενδοκοιλιακός πόνος	Υστερία	Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Σεξουαλική βία	Ευπαισθησία	Κατάχρηση αλκοόλ	Επιβλαβείς συμπεριφορές	Όλα τα παραπάνω	Κανένα από τα παραπάνω
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΣ	35	31	7	15	8	10	24	17	14	5	23	22	3	1
		9.07	8.03	1.81	3.89	2.07	2.59	6.22	4.40	3.63	1.30	5.96	5.70	0.78	0.26
ΑΝΔΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	44	33	6	17	13	14	29	18	17	10	33	19	2	1
		11.4	8.55	1.55	4.40	3.37	3.63	7.51	4.66	4.40	2.59	8.55	4.92	0.52	0.26
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤ	3	3			1	1	2	3	1	1	3	1		
		0.78	0.78			0.26	0.26	0.52	0.78	0.26	0.26	0.78	0.26		
ΑΝΔΡΑΣ	ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤ	1	1	1					1			1			
		0.26	0.26	0.26					0.26			0.26			
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓ	2	1		1			1				1	1		
		0.52	0.26		0.26			0.26				0.26	0.26		
ΑΝΔΡΑΣ	ΨΥΧΟΛΟΓ													2	
														0.52	
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ	16	12	2	7	2	3	14	7	6	2	12	5		
		4.15	3.11	0.52	1.81	0.52	0.78	3.63	1.81	1.55	0.52	3.11	1.30		
ΑΝΔΡΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ	1	1		1	1		1	1	1	1				
		0.26	0.26		0.26	0.26		0.26	0.26	0.26	0.26				
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΕΠΙΣΚ ΥΓ														

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι δυνατότητες αναγνώρισης των κλινικών συμπτωμάτων για τη συντροφική βία από τους επαγγελματίες υγείας. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι:

- Οι **ιατροί γυναίκες** αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα (v=35, 9.07%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος (v=31, 8.03%), την υστερία (v=24, 6.22%), την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (v=23, 5.96%) και τις επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους (v=22, 5.70%). Οι **άνδρες** αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα (v=44, 11.4%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος (v=33, 8.55%), την υστερία (v=29, 7.51%) καθώς και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (v=33, 8.55%).
- Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί γυναίκες** αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα, την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (v=3, 0.78%). Ο **άνδρας** αναγνωρίζει συχνότερα: τα σωματικά τραύματα, την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τον χρόνιο πόνο στη μήτρα, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (v=1, 0.26%).

-Οι **ψυχολόγοι γυναίκες** αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα (v=2, 0.52%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τον πονοκέφαλο, τα συμπτώματα υστερίας, την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και τις επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους (v=1, 0.26%). Οι *άνδρες* (v=2, 0.52%) αναγνωρίζουν όλα τα κλινικά συμπτώματα.

-Οι **νοσηλεύτες / τριες γυναίκες** αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα (v=16, 4.15%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος (v=12, 3.11%), τα συμπτώματα υστερίας (v=14, 3.63%) και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (v=12, 3.11%). Μόνο ένας *άνδρας* αναγνωρίζει κάποια από τα κλινικά συμπτώματα.

-Οι **επισκέπτριες υγείας** δεν αναγνωρίζουν κανένα από τα κλινικά συμπτώματα.

Πίνακας 25ος

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΣ	29 (7.51%)	8 (2.07%)	26 (6.74%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	40 (10.3%)	10 (2.59%)	39 (10.1%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤ			5 (1.30%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤ			1 (0.26%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓ	1 (0.26%)		1 (0.26%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΨΥΧΟΛΟΓ			2 (0.52%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ	60 (15.5%)	19 (4.92%)	83 (21.5%)
ΑΝΔΡΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ	13 (3.37%)	9 (2.33%)	15 (3.89%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΕΠΙΣΚ. ΥΓ		2 (0.52%)	4 (1.04%)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ποιοι επαγγελματίες έχουν γνώση των αρμόδιων φορέων που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι ξέρουν τους αρμόδιους φορείς: **ιατροί γυναίκες** (v=26, 6.74%) και *άνδρες* (v=39, 10.1%), όλοι/ες οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (*γυναίκες* v=5, 1.30% και ο *άνδρας* v=1, 0.26%), σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (*γυναίκα* v=1, 0.26% και *άνδρες* v=2, 0.52%), **νοσηλεύτες / τριες** οι μισές *γυναίκες* (v=83, 21.5%) και περίπου οι μισοί *άνδρες* (v=15, 3.89%) και παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** (v=4, 1.04%).

- Εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας

Πίνακας 26ος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		Παρακολ. σεμιναρίου			Σύνολο
			OXI	NAI	
	Κενό		4 1.0%		4 1.0%
1	Ιατρός	1 .3%	152 39.4%	6 1.6%	159 41.2%
2	Κοινωνικός/ή Λειτουργός		1 .3%	5 1.3%	6 1.6%
3	Ψυχολόγος		2 .5%	2 .5%	4 1.0%
4	Νοσηλεύτης/ τρια	1 .3%	195 50.5%	11 2.8%	207 53.6%
5	Επισκέπτρια υγείας		2 .5%	4 1.0%	6 1.6%
Σύνολο		2 .5%	356 92.2%	28 7.3%	386 100.0%

Πίνακας 27ος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		Παρακολούθηση μαθήματος			Σύνολο
			OXI	NAI	
	Κενό	1 .3%	3 .8%		4 1.0%
1	Ιατρός		142 36.8%	17 4.4%	159 41.2%
2	Κοινωνικός/ή Λειτουργός	1 .3%	4 1.0%	1 .3%	6 1.6%
3	Ψυχολόγος		2 .5%	2 .5%	4 1.0%
4	Νοσηλεύτης/ τρια	9 2.3%	176 45.6%	22 5.7%	207 53.6%
5	Επισκέπτρια υγείας		4 1.0%	2 .5%	6 1.6%
Σύνολο		11 2.8 %	331 85.8%	44 11.4%	386 100.0%

Στους δύο παραπάνω πίνακες, 26^{ος} πίνακας και 27^{ος} πίνακας παρουσιάζεται κατά πόσο εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες σε θέματα συντροφικής βίας σε τυχόν σεμινάρια κατά την εργασία τους ή/ και στο πρόγραμμα σπουδών τους.

Διαπιστώνουμε ότι κατά την εργασία τους, μόνο λίγοι επαγγελματίες (μόνο οι $n=28$, 7.3% στους $N=386$, 100.0%) έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια «για τη συντροφική/ συζυγική βία κατά των γυναικών». Από αυτούς φαίνεται πως οι κοινωνικοί/ ες λειτουργοί έχουν εκπαιδευτεί όλοι πλην ενός (οι $n=5$, 1.3% στους $N=6$, 1.6%) και σχεδόν όλες οι επισκέπτριες υγείας (οι $n=4$, 1.0% στις $N=6$, 1.6%). Επιπλέον, οι μισοί ($n=2$, 0.5% στους $N=4$, 1.0%) από τους ψυχολόγους έχουν εκπαιδευτεί. Ελάχιστοι ιατροί (οι $n=6$, 1.6% στους $N=159$, 41.2%) και ελάχιστοι νοσηλευτές/ τριες ($n=11$, 2.8% στους $N=207$, 53.6%) έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας κατά την εργασία τους.

Παρατηρούμε ότι και στο πρόγραμμα σπουδών τους, είναι περισσότεροι οι επαγγελματίες που είχαν μάθημα το οποίο κάλυπτε το αντικείμενο της συντροφικής / συζυγικής βίας ($N=44$, 11.4%) συγκριτικά με την παρακολούθηση σεμιναρίων κατά την εργασία τους ($N=28$, 7.3%). Εξετάζοντας όμως το επάγγελμα χωριστά, αν και οι περισσότεροι κοινωνικοί/ ες λειτουργοί έχουν εκπαιδευτεί στην εργασία τους, φαίνεται ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί στο πρόγραμμα σπουδών τους. Διότι, μόνο ένας στους 6 έχει λάβει εκπαίδευση στις σπουδές του ($n=1$, 0.3% στους $N=6$, 1.6%). Αντίστοιχα και στις επισκέπτριες οι λιγότερες ($n=2$, 0.5% στις $N=6$, 1.6%) είχαν μάθημα στις σπουδές τους. Βλέπουμε ότι πάλι το 1 / 2 των ψυχολόγων ($n=2$, 0.5 % στους $N=4$, 0.5%) έχουν εκπαιδευτεί στις σπουδές τους. Ακόμη, οι ιατροί ($n=17$, 4.4 % στους $N=159$, 41.2%) και οι νοσηλευτές/ τριες ($n=22$, 5.7% στους $N=207$, 53.6%) παρουσιάστηκε πως εκπαιδεύονται περισσότερο στο πρόγραμμα σπουδών τους παρά κατά την εργασία τους σε θέματα συντροφικής/ συζυγικής βίας. Όμως, διαπιστώνεται ότι εκπαιδεύονται λίγοι επαγγελματίες και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (μόνο οι $n=44$, 11.4% στους $N=386$, 100.0%).

- Αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας

Πίνακας 28ος

ΦΥ.	ΕΠΑΓΓ.	ΥΠΟ-ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1			ΥΠΟ-ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3			ΥΠΟ-ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4		
		ΔΙΑΦ.	ΑΔΙΑΦ.	ΣΥΜΦ.	ΔΙΑΦ.	ΑΔΙΑΦ.	ΣΥΜΦ.	ΔΙΑΦ.	ΑΔΙΑΦ.	ΣΥΜΦ.
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	1	2	65	35	5	28	3	4	61
		0.26%	0.52%	16.8%	9.07%	1.3%	7.25%	0.78%	1.04%	15.08%
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	2	8	80	33	8	49	9	7	74
		0.52%	2.07%	20.7%	8.55%	2.07%	12.6%	2.33%	1.81%	19.1%
ΓΥΝ.	Κ.ΛΕΙΤ.	2		3	5					5
		0.52%		0.78%	1.3%					1.3%
ΑΝΔ.	Κ.ΛΕΙΤ.	1			1					1
		0.26%			0.26%					0.26%
ΓΥΝ.	ΨΥΧ.			2	2					2
				0.52%	0.52%					0.52%
ΑΝΔ.	ΨΥΧ.			2	1	1				2
				0.52%	0.26%	0.26%				0.52%
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ	5	19	143	77	28	61	13	26	126
		1.30%	4.92%	37.0%	19.9%	7.25%	15.8%	3.37%	6.74%	32.6%
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ	6	1	31	15	7	16	3	3	32
		1.55%	0.26%	8.03%	3.89%	1.81%	4.15%	0.78%	0.78%	8.29%
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.			6	5		1			6
				1.55%	1.3%		0.26%			1.55%

Επεξήγηση δηλώσεων 1-3-4 της ερώτησης 10:

Υποκατηγορία 1: Η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας

Υποκατηγορία 3: Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας

Υποκατηγορία 4: Η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σε θέματα συντροφικής βίας, ως προβλήματος δημόσιας υγείας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι **ιατροί** σχεδόν όλες οι **γυναίκες** ($n=65$, 16.8%) συμφωνούν με την πρόταση ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και **άνδρες** ($n=80$, 20.7%). Οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** που συμφωνούν με τη δήλωση είναι οι μισοί (**γυναίκες** $n=3$, 0.78%) ενώ διαφωνούν οι υπόλοιποι μισοί (**γυναίκες** $n=2$, 0.52% και ο **άνδρας** $n=1$, 0.26%). Όλοι οι **ψυχολόγοι** συμφωνούν με τη δήλωση (**γυναίκες** $n=2$, 0.52% και **άνδρες** $n=2$, 0.52%). Από τους **νοσηλευτές / τριες** αρκετές **γυναίκες** ($n=143$, 37.0%) και αρκετοί **άνδρες**

($n=31$, 8.03%) καθώς και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) έχουν τη σωστή αντίληψη. Όσον αφορά την τρίτη δήλωση, ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας, οι **ιατροί γυναίκες** ($n=28$, 7.25%) και **άνδρες** ($n=49$, 12.6%) συμφωνούν, γεγονός που δηλώνει τη λανθασμένη αντίληψή τους για το θέμα. Αρκετοί όμως, διαφωνούν με τη δήλωση **γυναίκες** ($n=35$, 9.07%) και **άνδρες** ($n=33$, 8.55%). Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (**γυναίκες** $n=5$, 1.3% και ο **άνδρας** $n=1$, 0.26%) και οι **ψυχολόγοι** (**γυναίκες** $n=2$, 0.52% και ο **άνδρας** $n=1$, 0.26%) διαφωνούν όλοι με τη συγκεκριμένη δήλωση, προβάλλοντας τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Σχεδόν το 1/3 από τις **νοσηλεύτριες / τριες** (**γυναίκες** $n=61$, 15.8%) και περίπου οι μισοί από τους **άνδρες** ($n=16$, 4.15%) συμφωνούν με τη συγκεκριμένη δήλωση, προβάλλοντας τη λανθασμένη αντίληψή τους για το θέμα. Υπάρχει, όμως και το ποσοστό των **νοσηλευτών** που διαφωνεί με την πρόταση (**γυναίκες** $n=77$, 19.9% και **άνδρες** $n=15$, 3.89%). Οι **επισκέπτριες υγείας** σχεδόν όλες ($n=5$, 1.3%) έχουν τη σωστή αντίληψη. Το ποσοστό των **ιατρών** που δηλώνουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση είναι ικανοποιητικό ((**γυναίκες** $n=61$, 15.08% και **άνδρες** $n=74$, 19.1%). Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (**γυναίκες** $n=5$, 1.3% και ο **άνδρας** $n=1$, 0.26%), οι **ψυχολόγοι** (**γυναίκες** $n=2$, 0.52% και ο **άνδρας** $n=2$, 0.52%) και οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) συμφωνούν όλοι με τη συγκεκριμένη δήλωση, προβάλλοντας τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Σωστά απάντησαν και οι περισσότεροι **νοσηλεύτριες / τριες** (**γυναίκες** $n=126$, 32.6% και **άνδρες** $n=32$, 8.29%).

Πίνακας 29ος

ΦΥ	ΕΠΑΓΓ.	ΣΥΜΦΩΝΩ			ΔΙΑΦΩΝΩ			ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ		
		ΕΡ. 1	ΕΡ. 2	ΕΡ. 3	ΕΡ. 1	ΕΡ. 2	ΕΡ. 3	ΕΡ. 1	ΕΡ. 2	ΕΡ. 3
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡ.	23, 5.96%	28, 7.25	36, 9.32%	42, 10.88 %	43, 11.10 %	39, 10.10 %	24, 6.20%	19, 4.90%	14, 3.60%
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡ.	18, 4.66%	22, 5.69%	21, 5.44%	39, 10.10 %	35, 9.06%	38, 9.84%	11, 2.84%	11, 2.84%	9, 2.33%
ΑΝΔ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, 0.00%	0, 0.00%	0, 0.00%	1, 0,25%	1, 0,25%	1, 0,25%	0, 0.00%	0, 0.00%	0, 0.00%
ΓΥΝ.	Κ.ΛΕΙΤ.	0, 0.00%	0, 0.00%	0, 0.00%	5, 1,29%	5, 1,29%	4, 1.03%	0, 0.00%	0, 0.00%	1, 0,25%

ΑΝΔ.	ΨΥΧ.	1, 0,25%	2, 0.50%	1, 0,25%	1, 0,25%	0, 0.00%	1, 0,25%	0, 0.00%	0, 0.00%	0, 0.00%
ΓΥΝ.	ΨΥΧ.	1, 0,25%	0, 0.00%	0, 0.00%	1, 0,25%	2, 0.50%	1, 0,25%	0, 0.00%	0, 0.00%	1, 0,25%
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ .	19, 4.90%	17, 4.40%	17, 4.40%	8, 2.07%	13, 3.36%	12, 3.10%	9, 2.33%	6, 1.55%	7, 1.81%
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ .	60, 15.54%	58, 15.02%	63, 16.32 %	58, 15.02 %	83, 21.50 %	80, 20.72 %	45, 11.65 %	23, 5.95%	19, 4.92%
ΓΥΝ.	ΕΠ.ΥΓ.	0, 0.00%	1, 0,25%	0, 0.00%	4, 1.03%	5, 1,29%	5, 1,29%	2, 0.50%	0, 0.00%	0, 0.00%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με το φύλο και το επάγγελμά τους σχετικά με την ενασχόληση σε θέματα συντροφικής βίας.

-Όσον αφορά την 1^η πρόταση ότι οι ασθενείς θα προσβληθούν αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό»-προσωπικό, οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=18$, 4.66% και άνδρες $n=23$, 5.96%). Σχεδόν οι διπλάσιοι (γυναίκες $n=39$, 10.10% και άνδρες $n=42$, 10.88%) διαφωνούν. Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.29% και ο άνδρας $n=1$, 0.25%) και σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=4$, 1.03%) διαφωνούν. Οι μισοί **ψυχολόγοι** συμφωνούν (γυναίκα $n=1$, 0.25% και άνδρας $n=1$, 0.25%) και οι άλλοι μισοί (γυναίκα $n=1$, 0.25% και άνδρας $n=1$, 0.25%) διαφωνούν. Οι **νοσηλεύτριες / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=60$, 15.54% και άνδρες $n=19$, 4.90%). Λιγότεροι άνδρες ($n=8$, 2.07%) και γυναίκες ($n=58$, 15.02%) διαφωνούν.

-Όσον αφορά την 2^η πρόταση ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς το θέμα της συντροφικής κακοποίησης, οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=22$, 5.69% και άνδρες $n=28$, 7.25%). Περισσότεροι είναι αυτοί που διαφωνούν (γυναίκες $n=35$, 9.06% και άνδρες $n=43$, 11.10%). Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.29% και ο άνδρας $n=1$, 0.25%) και σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=5$, 1.29%) διαφωνούν. Οι μισοί **ψυχολόγοι** (γυναίκες $n=2$, 0.50%) διαφωνούν και οι άλλοι μισοί (άνδρες $n=2$, 0.50%) συμφωνούν. Οι **νοσηλεύτριες / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=58$, 15.02% και άνδρες $n=17$, 4.40%). Λιγότεροι άνδρες ($n=13$, 3.36%) αλλά περισσότερες γυναίκες ($n=83$, 21.50%) διαφωνούν.

-Όσον αφορά την 3^η πρόταση ότι γιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας, οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=21$, 5.44% και άνδρες $n=36$, 9.32%). Περισσότεροι διαφωνούν (γυναίκες $n=38$, 9.84% και άνδρες $n=39$, 10.10%). Σχεδόν όλοι οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (γυναίκες $n=4$, 1.03% και ο άνδρας $n=1$, 0.25%) και σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=5$, 1.29%) διαφωνούν. Οι μισοί **ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.25% και άνδρας $n=1$, 0.25%) ενώ ο άλλος άνδρας $n=1$, 0.25% συμφωνεί. Οι **νοσηλεύτές / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=63$, 16.32% και άνδρες $n=17$, 4.40%). Λιγότεροι άνδρες ($n=12$, 3.10%) αλλά περισσότερες γυναίκες ($n=80$, 20.72%) διαφωνούν.

Πίνακας 30ος

α) ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ επ.18 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
(ΣΥΜΦΩΝΩ)

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	25	80	10	23	85	3	29	19	33	82	19	47
		6.48	20.7	2.59	5.96	22	0.78	7.51	4.92	8.55	21.2	4.92	12.1
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	22	64	3	9	66	4	17	4	12	65	4	25
		5.7	16.5	0.78	2.33	17.1	1.04	4.4	1.04	3.11	16.8	1.04	6.48
ΑΝΔ.	Κ. ΛΕΙΤ.		1			1					1		
			0.26			0.26					0.26		
ΓΥΝ.	Κ. ΛΕΙΤ.	1	5			5	1				5		
		0.26	1.3			1.3	0.26				1.3		
ΑΝΔ.	ΨΥΧΟΛ.	2	1	1		1		1	1	1	2		1
		0.52	0.26	0.26		0.26		0.26	0.26	0.26	0.52		0.26
ΓΥΝ.	ΨΥΧΟΛ.	1	2			2		1		1	2		1
		0.26	0.52			0.52		0.26		0.26	0.52		0.26
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ.	18	32	8	14	28	4	14	12	15	30	6	22
		4.66	8.29	2.07	3.63	7.25	1.04	3.63	3.11	3.89	7.77	1.55	5.7
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ.	49	158	18	49	154	13	53	22	40	158	17	85
		12.6	40.9	4.66	12.6	39.9	3.37	13.7	5.7	10.3	40.9	4.4	22
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.	1	5			6				1	6	2	1
		0.26	1.3			1.55				0.26	1.55	0.52	0.26

β) ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ επ.18 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
(ΔΙΑΦΩΝΩ)

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	52	5	71	50	3	85	46	62	35	3	59	26
		13.4	1.3	18.3	12.9	0.78	22	11.9	16	9.07	0.78	15.2	6.74
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	40	2	60	51	2	63	47	61	51	1	57	27
		10.3	0.52	15.5	13.2	0.52	16.3	12.1	15.8	13.2	0.26	14.7	6.99
ΑΝΔ.	Κ. ΛΕΙΤ.	1		1	1		1		1	1		1	1

		0.26		0.26	0.26		0.26		0.26	0.26		0.26	0.26
ΓΥΝ.	Κ. ΛΕΙΤ.	4		5	5		4	4	5	5		5	3
		1.04		1.3	1.3		1.04	1.04	1.3	1.3		1.3	0.78
ΑΝΔ.	ΨΥΧΟΛ.			1	1	1	2	1	1	1		2	1
				0.26	0.26	0.26	0.52	0.26	0.26	0.26		0.52	0.26
ΓΥΝ.	ΨΥΧΟΛ.	1		2	2		2	1	2	1		2	
		0.26		0.52	0.52		0.52	0.26	0.52	0.26		0.52	
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ.	17	4	21	16	4	31	18	16	10	2	25	9
		4.4	1.04	5.44	4.15	1.04	8.03	4.66	4.15	2.59	0.52	6.48	2.33
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ.	99	8	133	91	10	151	76	138	92	5	128	47
		25.6	2.07	34.4	23.5	2.59	39.1	19.6	35.7	23.8	1.3	33.1	12.1
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.	5		6	6		6	6	6	5		3	5
		1.3		1.55	1.55		1.55	1.55	1.55	1.3		0.78	1.3

γ) ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ερ. 18 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
(ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ)

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΑΝΔ.	ΙΑΤΡΟΣ	12	5	9	17	2		15	9	22	5	12	17
		3.11	1.3	2.33	4.4	0.52		3.89	2.33	5.7	1.3	3.11	4.4
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	6	2	5	8		1	4	3	5	2	6	16
		1.55	0.52	1.3	2.07		0.26	1.04	0.78	1.3	0.52	1.55	4.15
ΑΝΔ.	Κ. ΛΕΙΤ.							1					
								0.26					
ΓΥΝ.	Κ. ΛΕΙΤ.							1					2
								0.26					0.52
ΑΝΔ.	ΨΥΧΟΛ.		1		1								
			0.26		0.26								
ΓΥΝ.	ΨΥΧΟΛ.												1
													0.26
ΑΝΔ.	ΝΟΣΗΛ.	2	1	8	6	4	2	5	8	11	3	4	6
		0.52	0.26	2.07	1.55	1.04	0.52	1.3	2.07	2.85	0.78	1.04	1.55
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ.	20	1	15	26		1	39	7	35	5	22	35
		5.18	0.26	3.89	6.74		0.26	10.1	1.81	9.07	1.3	5.7	9.07
ΓΥΝ.	ΕΠ. ΥΓ.		1									1	
			0.26									0.26	

Στον 30^ο πίνακα (α, β, γ) παρατηρούμε τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με στερεότυπες αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δυο φύλων γενικότερα.

-Στην 1^η δήλωση (Στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες ν=22, 5.70% και άνδρες ν=25, 6.48%). Διπλάσιοι είναι αυτοί που διαφωνούν (γυναίκες ν=40, 10.30% και άνδρες ν=52, 13.40%). Οι περισσότεροι **κοινωνικοί / έξ λιειτουργγοί** διαφωνούν (γυναίκες ν=4, 1.04% και ο άνδρας ν=1, 0.26%) και σχεδόν

όλες οι **επισκέπτριες υγείας** (n=5, 1.3%) διαφωνούν. Οι περισσότεροι **ψυχολόγοι** (γυναίκα n=1, 0.26% και άνδρες n=2, 0.52%) συμφωνούν. Οι **νοσηλεύτες / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες n=49, 12.60% και άνδρες n=18, 4.66%). Λιγότεροι άνδρες (n=17, 4.40%) αλλά περισσότερες γυναίκες (n=99, 25.60%) διαφωνούν.

- Στην 2^η δήλωση (Η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες n=64, 16.50% και άνδρες n=80, 20.70%). Λίγοι είναι αυτοί που διαφωνούν (γυναίκες n=2, 0.50% και άνδρες n=5, 1.30%). Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες n=5, 1.30% και ο άνδρας n=1, 0.26%) και σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** (n=5, 1.30%) συμφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκα n=2, 0.52% και άνδρας n=1, 0.26%) συμφωνούν. Οι **νοσηλεύτες / τριες** που συμφωνούν είναι σχεδόν όλοι (γυναίκες n=158, 40.90% και άνδρες n=32, 8.29%). Λιγότεροι άνδρες (n=4, 1.04%) και γυναίκες (n=8, 2.07%) διαφωνούν.

- Στην 3^η δήλωση (Η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι), οι περισσότεροι **ιατροί** διαφωνούν και είναι (γυναίκες n=60, 15.50% και άνδρες n=71, 18.30%). Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** διαφωνούν (γυναίκες n=5, 1.30% και ο άνδρας n=1, 0.26%) και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** (n=6, 1.55%) διαφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκες n=2, 0.52% και άνδρας n=1, 0.26%) διαφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **νοσηλεύτες / τριες** (γυναίκες n=133, 34.40% και οι άνδρες n=21, 5.44%) διαφωνούν.

- Στην 4^η δήλωση (Η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες n=9, 2.33% και άνδρες n=23, 5.96%). Εκείνοι που διαφωνούν είναι (γυναίκες n=51, 13.20% και άνδρες n=50, 12.90%). Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** διαφωνούν (γυναίκες n=5, 1.30% και ο άνδρας n=1, 0.26%) και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** (n=6, 1.55%) διαφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκες n=2, 0.52% και άνδρας n=1, 0.26%) διαφωνούν. Οι **νοσηλεύτες / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες n=49, 12.60% και άνδρες n=14, 3.63%).

Εκείνοι που διαφωνούν είναι (γυναίκες n=91, 23.50% και άνδρες n=16, 4.15%).

- Στην 5^η δήλωση (Η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι σχεδόν όλοι (γυναίκες n=66, 17.10% και άνδρες n=85, 22.00%).

Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες n=5, 1.30% και ο άνδρας n=1, 0.26%) και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** (n=6, 1.55%) συμφωνούν. Σχεδόν όλοι **ψυχολόγοι** (γυναίκες n=2, 0.52% και άνδρας n=1, 0.26%) συμφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **νοσηλεύτες / τριες** (γυναίκες n=154, 39.90% και οι άνδρες n=28, 7.25%) συμφωνούν.

- Στην 6^η δήλωση (Η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων) σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν. Οι **ιατροί** είναι (γυναίκες $n=63$, 16.30% και άνδρες $n=85$, 22.00%). Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** είναι (γυναίκες $n=4$, 1.04% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%), όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) και όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκες $n=2$, 0.52% και άνδρες $n=2$, 0.52%). Οι **νοσηλεύτές / τριες** που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=151$, 39.10% και οι άνδρες $n=31$, 8.03%).

- Στην 7^η δήλωση (Η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=17$, 4.40% και άνδρες $n=29$, 7.51%). Εκείνοι που διαφωνούν είναι περισσότεροι (γυναίκες $n=47$, 12.10% και άνδρες $n=46$, 11.90%). Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=4$, 1.04%) ενώ οι υπόλοιποι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%). Όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) διαφωνούν με τη δήλωση. Οι **μισοί ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) συμφωνούν ενώ οι άλλοι **μισοί** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) διαφωνούν. Οι **νοσηλεύτές / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=53$, 13.70% και οι άνδρες $n=14$, 3.63%). Εκείνοι που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=76$, 19.60% και οι άνδρες $n=18$, 4.66%).

- Στην 8^η δήλωση (Σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα), οι περισσότεροι **ιατροί** διαφωνούν (γυναίκες $n=61$, 15.80% και άνδρες $n=62$, 16.00%). Όλοι οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.30% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%) και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) διαφωνούν. Σχεδόν όλοι **ψυχολόγοι** (γυναίκες $n=2$, 0.52% και άνδρας $n=1$, 0.26%) διαφωνούν. Σχεδόν όλοι οι **νοσηλεύτές / τριες** (γυναίκες $n=138$, 35.70% και οι άνδρες $n=16$, 4.15%) διαφωνούν.

- Στην 9^η δήλωση (Για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=12$, 3.11% και άνδρες $n=33$, 8.55%). Αυτοί που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=51$, 13.20% και άνδρες $n=35$, 9.07%). Όλοι οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.30% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%) διαφωνούν. Σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=5$, 1.30%) διαφωνούν. Οι **μισοί ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) συμφωνούν ενώ οι άλλοι **μισοί** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) διαφωνούν. Οι **νοσηλεύτές / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=40$, 10.30% και

άνδρες $n=15$, 3.89%). Εκείνοι που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=92$, 23.80% και άνδρες $n=10$, 2.59%).

- Στην 10^η δήλωση (Η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της), οι περισσότεροι **ιατροί** συμφωνούν και είναι (γυναίκες $n=65$, 16.80% και άνδρες $n=82$, 21.20%). Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.30% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%), όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκες $n=2$, 0.52% και άνδρες $n=2$, 0.52%) και όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) συμφωνούν. Οι περισσότεροι **νοσηλευτές / τριες** συμφωνούν (γυναίκες $n=158$, 40.90% και άνδρες $n=30$, 7.77%).

- Στην 11^η δήλωση (Η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα), σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν: Οι **ιατροί** (γυναίκες $n=57$, 14.70% και άνδρες $n=59$, 15.20%), όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.30% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%) κι όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκες $n=2$, 0.52% και άνδρες $n=2$, 0.52%). Οι **νοσηλευτές / τριες** (γυναίκες $n=128$, 33.10% και άνδρες $n=25$, 6.48%). Οι μισές **επισκέπτριες υγείας** ($n=3$, 0.78%) διαφωνούν, ενώ κάποιες άλλες συμφωνούν ή δεν έχουν γνώμη.

- Στην 12^η δήλωση (Οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους), οι **ιατροί** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=25$, 6.48% και άνδρες $n=47$, 12.10%), ενώ αυτοί που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=27$, 6.99% και άνδρες $n=26$, 6.74%). Οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=3$, 0.78% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%), ενώ οι άλλες γυναίκες ($n=2$, 0.52%) ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τη δήλωση. Σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=5$, 1.3%) διαφωνούν. Οι μισοί **ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) συμφωνούν, ενώ ο άλλος άνδρας ($n=1$, 0.26%) διαφωνεί και η άλλη γυναίκα ($n=1$, 0.26%) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Οι **νοσηλευτές / τριες** που συμφωνούν είναι (γυναίκες $n=85$, 22.00% και άνδρες $n=22$, 5.70%). Εκείνοι που διαφωνούν είναι (γυναίκες $n=47$, 12.10% και άνδρες $n=9$, 2.33%). Τέλος, αρκετές γυναίκες δεν έχουν γνώμη ($n=35$, 9.07%).

vi. Ενότητα 6η

Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, κάνοντας συσχέτιση μεταξύ των διάφορων συμπεριφορών τους (γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνώριση των θυμάτων, ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, εκπαίδευση στο αντικείμενο της

συντροφικής βίας κατά την εργασία ή στις σπουδές τους, παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας των ασθενών τους και στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας). Για τη δημιουργία συσχετίσεων μεταξύ των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας, οι οποίες απαντούν στις υποθέσεις εργασίας της έρευνάς μας, χρειάστηκε να γίνει ο απαραίτητος έλεγχος συγκεκριμένων ερωτήσεων.

Πίνακας 31ος(Αναφέρεται στην ερευνητική υπόθεση 1)

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

ΥΠΟΘ.	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
	Έχουν στερεότυπη αντίληψη για τη βία (ερ.10.1,10.3,10.4) & (ερ.18)	385	100.00
1α.	Αναγνωρίζουν τη βία (ερ.4)	351	91.17
	Ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων (ερ.6)	172	44.68
1 β.	Παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (ερ. 17.10) "1"	55	14.29
	Παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (ερ. 17.10) "5"	255	66.23
	Παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (ερ. 17.10) "6"	1	0.26
	Παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (ερ. 17.10) "7"	17	4.42
1γ.	Προσβολή ασθενών αν ερωτηθούν για βία (ερ. 14.1)	124	32.21
	Προβολή ιδίων πεποιθήσεων (ερ. 14.2)	129	33.51
	Αδυναμία διερεύνησης (ερ. 14.3)	140	36.36
1δ.	Αξιολόγηση κινδύνου θύματος (17.1) "1"	47	12.21
	Σχεδίαση ατομικού πλάνου (17.2) "1"	17	4.42
	Αξιολόγηση κινδύνου θύματος (17.1) "5"	97	25.19
	Σχεδίαση ατομικού πλάνου (17.2) "5"	40	10.39
	Αξιολόγηση κινδύνου θύματος (17.1) "6"	0	0.00
	Σχεδίαση ατομικού πλάνου (17.2) "6"	1	0.26
	Αξιολόγηση κινδύνου θύματος (17.1) "7"	90	23.38
	Σχεδίαση ατομικού πλάνου (17.2) "7"	125	32.47

1ε.	Παραπομπή σε κατάλ.υπηρεσίες (17.3) "1"	50	12.99
	Διεπιστημονική συνεργασία (17.4) "1"	33	8.57
	Παραπομπή σε κατάλ.υπηρεσίες (17.3) "5"	213	55.32
	Διεπιστημονική συνεργασία (17.4) "5"	161	41.82
	Παραπομπή σε κατάλ.υπηρεσίες (17.3) "6"	1	0.26
	Διεπιστημονική συνεργασία (17.4) "6"	1	0.26
	Παραπομπή σε κατάλ.υπηρεσίες (17.3) "7"	65	16.88
	Διεπιστημονική συνεργασία (17.4) "7"	99	25.71

ΥΠΟΘ	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 στ.	Αναγνωρίζουν τη βία (ερ. 4)	352	
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "1"	46	13.07
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "1"	17	4.83
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "1"	50	14.20
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "1"	33	9.38
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "1"	52	14.77
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "1"	26	7.39
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "1"	19	5.40
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "1"	15	4.26
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "1"	44	12.50
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "1"	52	14.77
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "1"	43	12.22
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "1"	39	11.08
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "1"	5	1.42
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "5"	89	25.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "5"	39	11.08
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "5"	200	56.82
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "5"	151	42.90
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "5"	227	64.49
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "5"	75	21.31
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "5"	49	13.92
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "5"	22	6.25
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "5"	211	59.94
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "5"	235	66.76

	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "5"	92	26.14
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "5"	126	35.80
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "5"	64	18.18
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "6"	3	0.85
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "6"	3	0.85
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "6"	1	0.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "6"	2	0.57
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "6"	2	0.57
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "6"	5	1.42
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "7"	82	23.30
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "7"	110	31.25
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "7"	55	15.63
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "7"	90	25.57
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "7"	25	7.10
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "7"	124	35.23
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "7"	143	40.63
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "7"	65	18.47
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "7"	33	9.38
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "7"	15	4.26
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "7"	67	19.03
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "7"	89	25.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "7"	18	5.11
1 στ.	Ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων (ερ. 6)	173	
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "1"	28	16.18
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "1"	11	6.36
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "1"	28	16.18
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "1"	20	11.56

	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "1"	30	17.34
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "1"	16	9.25
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "1"	11	6.36
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "1"	9	5.20
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "1"	24	13.87
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "1"	30	17.34
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "1"	26	15.03
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "1"	23	13.29
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "1"	2	1.16
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "5"	51	29.48
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "5"	26	15.03
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "5"	90	52.02
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "5"	60	34.68
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "5"	102	58.96
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "5"	42	24.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "5"	26	15.03
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "5"	11	6.36
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "5"	93	53.76
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "5"	109	63.01
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "5"	49	28.32
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "5"	67	38.73
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "5"	19	10.98
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "6"	1	0.58
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "6"	1	0.58
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "6"	1	0.58
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "6"	2	1.16
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "6"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "6"	2	1.16
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "6"	1	0.58
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "6"	2	1.16
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "6"	2	1.16
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "6"	4	2.31

Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1]	"7"	42	24.28
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2]	"7"	62	35.84
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3]	"7"	25	14.45
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4]	"7"	49	28.32
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5]	"7"	12	6.94
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6]	"7"	58	33.53
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7]	"7"	74	42.77
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8]	"7"	43	24.86
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9]	"7"	16	9.25
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10]	"7"	6	3.47
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11]	"7"	39	22.54
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12]	"7"	39	22.54
Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13]	"7"	11	6.36

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε:

1α: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη σε θέματα για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων, μπορούν να αναγνωρίσουν τη συντροφική βία που έχουν υποστεί οι ασθενείς τους και να ανιχνεύσουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη είναι N=385, 100%. Από εκείνους, σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες μπορούν να αναγνωρίσουν τη βία 351 (91.17%) και περίπου οι μισοί να ανιχνεύσουν τα κλινικά συμπτώματα οι 172 (44.68%).

1β: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη σε θέματα για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων (N=385, 100%) παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στις ασθενείς τους.

Βλέπουμε ότι παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα 55 (14.29%) επαγγελματίες. Επίσης, το 66.23% (v=255) παρέχουν τώρα και σκοπεύουν να παρέχουν και στο μέλλον, ενώ κάποιιοι (v=17, 4.42%) αν και δεν παρέχουν τώρα τη συγκεκριμένη φροντίδα, θα μπορούσαν να την παρέχουν στο μέλλον.

1γ: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη σε θέματα για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των

δύο φύλων (N=385, 100%) αισθάνονται ότι θα προσβληθούν οι ασθενείς τους αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό και ότι θα προβληθούν οι δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα.

Φαίνεται ότι το 32.21% (n=124) αισθάνονται ότι θα προσβάλουν τις ασθενείς τους αν κάνουν ερωτήσεις για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό. Το 33.51% (n=129) θεωρούν ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα. Ακόμη, το 36.36% (n=140) νιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας.

1δ: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη σε θέματα για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων (N=385, 100%) αξιολογούν τον κίνδυνο και την κατάσταση του θύματος με στόχο την ασφάλειά του και σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας της ασθενούς μαζί με την ίδια.

Το 12.21% (n=47) κάνουν αξιολόγηση του κινδύνου και της κατάστασης του θύματος με στόχο την ασφάλειά του, το 25.19% (n=97) είναι πρόθυμοι να συνεχίσουν να κάνουν και στο μέλλον, ενώ το 23.38% (n=90) δεν αξιολογούν τον κίνδυνο και την κατάσταση του θύματος τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον. Το 4.42% (n=17) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας της ασθενούς μαζί με την ίδια, το 10.39% (n=40) θα συνεχίσουν να σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας, ενώ το 32.47% (n=125) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον.

1ε: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που κατέχονται έστω κι από μία στερεότυπη αντίληψη σε θέματα για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων (N=385, 100%) κάνουν παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας και πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία.

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι το 12.99% των επαγγελματιών (n=50) κάνει παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας, το 55.32% (n=213) θα συνεχίσουν να παραπέμπουν και στο μέλλον, ενώ το 16.88% (n=65) δεν κάνουν τώρα αλλά θα μπορούσαν να κάνουν στο μέλλον. Επίσης, το 8.57% (n=33) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 41.82% (n=161) θα συνεχίσουν και στο μέλλον να πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, ενώ

αν και το 25.71% (v=99) δεν πραγματοποιούν τώρα διεπιστημονική συνεργασία, θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν στο μέλλον.

1στ: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία που υφίστανται οι ασθενείς και ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους.

-α) Οι επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία είναι N=352, 100%). Από αυτούς:

- Το 13.07% (v=46) αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του και το 25.28% (v=89) θα συνεχίσουν να το κάνουν, ενώ το 23.3% (v=82) δεν πράττουν έτσι τώρα, αλλά θα παρέμβαιναν με αυτόν τον τρόπο στο μέλλον.
- Το 4.83% (v=17) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή, το 11.08% (v=39) θα σχεδιάζουν και στο μέλλον, ενώ το 31.25% (v=110) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον.
- Το 14.20% (v=50) παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, το 56.82% (v=200) θα κάνουν παραπομπές και στο μέλλον, ενώ το 15.63% (v=55) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον.
- Το 9.38% (v=33) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 42.90% (v=151) θα πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και στο μέλλον, ενώ το 25.57% (v=90) δεν πραγματοποιούν τώρα διεπιστημονική συνεργασία, θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν στο μέλλον.
- Το 14.77% (v=52) παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το 64.49% (v=227) θα παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον. Όμως, το 7.1% (v=25) δεν κάνουν παραπομπή τώρα, αλλά θα μπορούσαν να κάνουν στο μέλλον.
- Το 7.39% (v=26) ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους, το 1/5 (v=75, 21.31%) θα κάνουν ερωτήσεις και στο μέλλον, ενώ το 35.23% (v=124) δεν κάνουν τώρα τις ερωτήσεις, αλλά θα μπορούσαν να τις κάνουν στο μέλλον.
- Το 5.4% (v=19) παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς, το 13.92% (v=49) θα παρέχουν και στο μέλλον,

ενώ το 40.63% (v=143) αν και δεν τους το παρέχουν τώρα, θα μπορούσαν να τους το παρέχουν στο μέλλον.

- Το 4.26% (v=15) παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα, το 6.25% (v=22) θα τις παραπέμπουν και στο μέλλον, ενώ αν και το 18.47% (v=65) δεν κάνουν παραπομπές τώρα, θα έκαναν στο μέλλον.
- Το 12.5% (v=44) καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων, το 59.94% (v=211) θα κάνουν καταγραφές των τραυματισμών και στο μέλλον, ενώ το 9.38% (v=33) δεν κάνουν τώρα καταγραφή, αλλά θα έκαναν στο μέλλον.
- Το 14.77% (v=52) παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Το 66.76% (v=235) θα τους παρέχουν και στο μέλλον ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Όμως, το 4.26% (v=15) δεν παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα τώρα, αλλά θα μπορούσαν να παρέχουν στο μέλλον.
- Το 12.22% (v=43) παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 26.14% (v=92) θα συνεχίσουν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 19.03% (v=67) αν και δεν την παρέχουν τώρα, θα την παρείχαν στο μέλλον.
- Το 11.08% (v=39) ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί, το 35.80% (v=126) θα το κάνουν και στο μέλλον, ενώ το 25.28% (v=89) αν και δεν ενημερώνουν τώρα, είναι πρόθυμοι να ενημερώσουν στο μέλλον.
- Το 1.42% (v=5) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Το 18.18% (v=64) δε θα παρέμβαιναν καθόλου ούτε και στο μέλλον. Όμως, το 5.11% (v=18), αν και πράττουν σωστά τώρα και παρεμβαίνουν σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, στο μέλλον θα ασχολούνταν με τέτοιες περιπτώσεις μόνο αν θα ήταν αναγκασμένοι στην εργασία τους.

-β) Οι επαγγελματίες υγείας που ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας είναι N=173, 100%). Από αυτούς:

- Το 16.18% (v=28) αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του, το 29.48% (v=51) θα συνεχίσουν να το κάνουν, ενώ το 24.28% (v=42) δεν πράττουν έτσι τώρα, αλλά θα παρέμβαιναν με αυτόν τον τρόπο στο μέλλον.

- Το 6.36% (v=11) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή, το 15.03% (v=26) θα σχεδιάζουν και στο μέλλον ενώ το 35.84% (v=62) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον.
- Το 16.18% (v=28) παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, το 52.02% (v=90) θα κάνουν παραπομπές και στο μέλλον, ενώ το 14.45% (v=25) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον.
- Το 11.56% (v=20) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 34.68% (v=60) θα πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και στο μέλλον, ενώ το 28.32% (v=49) δεν πραγματοποιούν τώρα διεπιστημονική συνεργασία, θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν στο μέλλον.
- Το 17.34% (v=30) παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το 58.96% (v=102) θα παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον. Όμως, το 6.94% (v=12) δεν κάνουν παραπομπή τώρα, αλλά θα μπορούσαν να κάνουν στο μέλλον.
- Το 9.25% (v=16) ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους, το 24.28% (v=42) θα κάνουν ερωτήσεις και στο μέλλον, ενώ το 33.53% (v=58) δεν κάνουν τώρα τις ερωτήσεις, αλλά θα μπορούσαν να τις κάνουν στο μέλλον.
- Το 6.36% (v=11) παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς, το 15.03% (v=26) θα παρέχουν και στο μέλλον, ενώ το 42.77% (v=74) αν και δεν τους το παρέχουν τώρα, θα μπορούσαν να τους το παρέχουν στο μέλλον.
- Το 5.2% (v=9) παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα, το 6.36% (v=11) θα τις παραπέμπουν και στο μέλλον, ενώ αν και το 24.86% (v=43) δεν κάνουν παραπομπές τώρα, θα έκαναν στο μέλλον.
- Το 13.87% (v=24) καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων, το 53.76% (v=93) θα κάνουν καταγραφές των τραυματισμών και στο μέλλον, ενώ το 9.25% (v=16) δεν κάνουν τώρα καταγραφή, αλλά θα έκαναν στο μέλλον.
- Το 17.34% (v=30) παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Το 63.01% (v=109) θα τους παρέχουν και στο μέλλον ιατρική και

νοσηλευτική φροντίδα. Όμως, το 3.47% (v=6) δεν παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα τώρα, αλλά θα μπορούσαν να παρέχουν στο μέλλον.

- Το 15.03% (v=26) παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 28.32% (v=49) θα συνεχίσουν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 22.54% (v=39) αν και δεν την παρέχουν τώρα, θα την παρείχαν στο μέλλον.
- Το 13.29% (v=23) ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί, το 38.73% (v=67) θα το κάνουν και στο μέλλον, ενώ το 22.54% (v=39) αν και δεν ενημερώνουν τώρα, είναι πρόθυμοι να ενημερώσουν στο μέλλον.
- Το 1.16% (v=2) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Το 10.98% (v=19) δε θα παρέμβαιναν καθόλου ούτε και στο μέλλον. Όμως, το 6.36% (v=11), αν και πράττουν σωστά τώρα και παρεμβαίνουν σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, στο μέλλον θα ασχολούνταν με τέτοιες περιπτώσεις μόνο αν θα ήταν αναγκασμένοι στην εργασία τους.

Πίνακας 32ος(Αναφέρεται στην ερευνητική υπόθεση 2)

ΥΠΟΘ.	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
2 α.	Περιγραφή τρόπων κακοποίησης (ερ. 2)	197	
	Αναγνώριση συντροφικής βίας (ερ. 4)	184	93.4
	Ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων (ερ. 6)	82	41.62

ΥΠΟΘ.	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
2 α ερ.3.1	Εγγραφές αρχείου χωρίς "2" στην 3.1	370	
	Αναγνωρίζουν χωρίς απάντηση "2" στην 3.1	338	87.56
	Ανιχνεύουν χωρίς απάντηση "2" στην 3.1	167	43.26
2 α ερ. 3.2	Εγγραφές αρχείου χωρίς "8" στην 3.2	255	
	Αναγνωρίζουν χωρίς απάντηση "8" στην 3.2	232	60.10
	Ανιχνεύουν χωρίς απάντηση "8" στην 3.2	114	29.53

2 α ερ. 3.3	Εγγραφές αρχείου χωρίς "2" στην 3.3	320	
	Αναγνωρίζουν χωρίς απάντηση "2" στην 3.3	290	75.13
	Ανιχνεύουν χωρίς απάντηση "2" στην 3.3	151	39.12

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε:

2 α: Πόσοι επαγγελματίες από εκείνους που έχουν ελάχιστη γνώση σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι εκείνοι που δεν έχουν γνώση των μορφών συντροφικής κακοποίησης είναι N=197 (100.00%). Από εκείνους, το 93.40% (v=184) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και συνήθως αυτή είναι η σωματική και το 41.62% (v=82) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας. Επίσης, εκείνοι που δεν έχουν γνώση σχετικά με το ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική βία από το σύντροφό του, είναι N=370 (100.00%), ψυχολογική (N=255, 100.00%) και σεξουαλική (N=320, 100.00%).

Στον πίνακα φαίνεται ότι:

-Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με τη σωματική βία (N=370, 100.00%), το 87.56% (v=338) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 43.26% (v=167) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

-Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με την ψυχολογική βία (N=255, 100.00%), το 60.10% (v=232) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 29.53% (v=114) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

- Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με τη σεξουαλική βία(N=320, 100.00%), το 75.13% (v=290) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 39.12% (v=151) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Πίνακας 33ος

ΥΠΟΘ.	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
2 β.	Εγγραφές με απάντ. "Όλα τα παραπάνω" στην ερωτ.2	185	
	Εγγραφές με απάντηση "1" στην ερώτηση 17	32	8.29
	Εγγραφές με απάντηση "5" στην ερώτηση 17	132	34.20
	Εγγραφές με 3.1 = "2" ή 3.2 = "8" ή 3.3 = "3"	182	
	Εγγραφές με απάντηση "1" στην ερώτηση 17	38	9.84
	Εγγραφές με απάντηση "5" στην ερώτηση 17	133	34.46
	Εγγραφές που στην ερώτηση 10.6 "συμφωνούν"	179	
	Εγγραφές με απάντηση "1" στην ερώτηση 17	47	12.18
	Εγγραφές με απάντηση "5" στην ερώτηση 17	123	31.87

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε:

2 β: Πόσοι επαγγελματίες από εκείνους που έχουν γνώση σε θέματα συντροφικής βίας, παρεμβαίνουν σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι εκείνοι που έχουν γνώση των μορφών συντροφικής κακοποίησης είναι N=185 (100.00%). Από εκείνους, το 8.29% (v=32) παρεμβαίνουν και το 34.20% (v=132) είναι πρόθυμοι να παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους. Επίσης, εκείνοι που έχουν γνώση σχετικά με το ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία από το σύντροφό του, είναι N=182 (100.00%). Από εκείνους το 9.84% (v=38) παρεμβαίνουν και το 34.46% (v=133) είναι πρόθυμοι να παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους. Τέλος, εκείνοι που γνωρίζουν τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα, είναι N=179 (100.00%). Από εκείνους το 12.18% (v=47) παρεμβαίνουν και το 31.87% (v=123) θα παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Πίνακας 34ος (Αναφέρεται στην ερευνητική υπόθεση 3)

ΥΠΟΘ	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤ Ο
3 α.	Μη παρακολούθηση σεμιναρίου ή μαθήματος (ερ. 11,13)	312	100.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "2"	2	0.64
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "2"	11	3.53
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "2"	0	0.00
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "2"	5	1.60
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "2"	3	0.96
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "2"	8	2.56
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "2"	14	4.49
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "2"	18	5.77
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "2"	5	1.60
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "2"	2	0.64
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "2"	5	1.60
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "2"	5	1.60
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "2"	31	9.94
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "7"	82	26.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "7"	111	35.58
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3] "7"	60	19.23
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4] "7"	84	26.92
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5] "7"	28	8.97
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6] "7"	122	39.10
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7] "7"	133	42.63
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8] "7"	61	19.55
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9] "7"	31	9.94
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10] "7"	15	4.81
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11] "7"	72	23.08
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12] "7"	94	30.13
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13] "7"	21	6.73
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 1] "8"	82	26.28
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 2] "8"	101	32.37

	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 3]	"8"	5	1.60
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 4]	"8"	22	7.05
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 5]	"8"	3	0.96
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 6]	"8"	66	21.15
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 7]	"8"	65	20.83
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 8]	"8"	153	49.04
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 9]	"8"	8	2.56
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 10]	"8"	6	1.92
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 11]	"8"	91	29.17
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 12]	"8"	48	15.38
	Ερώτηση 17 [υπο-ερώτηση 13]	"8"	134	42.95

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε:

3α: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας αποφεύγουν την κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους.

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν εκπαιδευτεί κατά την εργασία ή/ και τις σπουδές τους σε θέματα συντροφικής βίας είναι N=312, 100%). Από αυτούς:

- Το 0.64 % (v=2) δεν αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του, ενώ το 26.28% (v=82) δεν πράττουν έτσι τώρα, αλλά θα παρέμβαιναν με αυτόν τον τρόπο στο μέλλον. Επίσης, ένα αντίστοιχο ποσοστό (26.28%, v=82) δεν πράττουν έτσι τώρα, αλλά ούτε θα έπρατταν και στο μέλλον.
- Το 3.53% (v=11) δεν σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή, ενώ το 35.58% (v=111) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον. Όμως, το 32.37% (v=101) δεν θα λειτουργούσε κατ' αυτόν τον τρόπο ούτε τώρα ούτε και στο μέλλον.
- Το 0.00% (v=0) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, ενώ το 19.23% (v=60) αν και δεν το κάνουν τώρα, θα μπορούσαν να το κάνουν στο μέλλον. Όμως, μόλις το 1.60% (v=5) δεν είναι πρόθυμοι να παραπέμπουν τις ασθενείς ούτε στο μέλλον.
- Το 1.60% (v=5) δεν πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, ενώ το 26.92% (v=84) δεν πραγματοποιούν τώρα διεπιστημονική συνεργασία, θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν στο μέλλον. Ακόμη, υπάρχει το ποσοστό

7.05% (v=22) που δεν θα πραγματοποιούσαν ούτε και στο μέλλον διεπιστημονική συνεργασία

- Το 0.96% (v=3) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Όμως, το 8.97% (v=28) δεν κάνουν παραπομπή τώρα, αλλά θα μπορούσαν να κάνουν στο μέλλον. Το 0.96% (v=3) είναι αρνητικοί να κάνουν παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον.
- Το 2.56% (v=8) δεν ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους, ενώ το 39.10% (v=122) δεν κάνουν τώρα τις ερωτήσεις, αλλά θα μπορούσαν να τις κάνουν στο μέλλον. Το 21.15% (v=66) δηλώνουν ότι δε θα έκαναν ερωτήσεις ούτε και στο μέλλον.
- Το 4.49% (v=14) δεν παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς, ενώ το 42.63% (v=133) αν και δεν τους το παρέχουν τώρα, θα μπορούσαν να τους το παρέχουν στο μέλλον. Το 20.83% (v=65) δεν θα παρείχαν πληροφορίες για τα δικαιώματα τους στις ασθενείς ούτε στο μέλλον.
- Το 5.77% (v=18) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα, ενώ αν και το 19.55% (v=61) δεν κάνουν παραπομπές τώρα, θα έκαναν στο μέλλον. Το 49.04% (v=153) δεν θα παρέμβαιναν με αυτόν τον τρόπο ούτε και στο μέλλον.
- Το 1.60% (v=5) δεν καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων, ενώ το 9.94% (v=31) δεν κάνουν τώρα καταγραφή, αλλά θα έκαναν στο μέλλον. Το 2.56% (v=8) δε θα κατέγραφαν τους τραυματισμούς των θυμάτων ούτε και στο μέλλον.
- Το 0.66% (v=2) δεν παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Όμως, το 4.81% (v=15) δεν παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα τώρα, αλλά θα μπορούσαν να παρέχουν στο μέλλον. Το 1.92% (v=6) δε θα παρέμβαιναν έτσι ούτε στο μέλλον.
- Το 1.60% (v=5) δεν παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 23.08% (v=72) αν και δεν την παρέχουν τώρα, θα την παρείχαν στο μέλλον. Όμως, το 29.17% (v=91) δεν είναι πρόθυμοι να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη ούτε και στο μέλλον.
- Το 1.60% (v=5) δεν ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί, ενώ το 30.13% (v=94) αν και δεν ενημερώνουν

τόρα, είναι πρόθυμοι να ενημερώσουν στο μέλλον. Όμως, το 15.38% (n=48) είναι αρνητικοί να ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες και στο μέλλον.

- Το 9.94% (n=31) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Όμως, 6.73% (n=21), αν και πράττουν σωστά τώρα και παρεμβαίνουν σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, στο μέλλον θα ασχολούνταν με τέτοιες περιπτώσεις μόνο αν θα ήταν αναγκασμένοι στην εργασία τους. Το 42.95% (n=134) δεν είναι πρόθυμοι ούτε στο μέλλον να ασχολούνται με υποθέσεις συντροφικής κακοποίησης των ασθενών τους, αν δεν είναι αναγκασμένοι στην εργασία τους.

Πίνακας 35ος

ΥΠΟΘ.	ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΕΡΩΤΗΜΑ)	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3 β.	Παρακολούθηση σεμιναρίου ή μαθήματος (ερ. 11 13)	63	100.00
	Αναγνώριση της βίας (4)	61	96.83
	Ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων (6)	35	55.56

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε:

3β: Πόσοι από τους επαγγελματίες υγείας που έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας, κατά την εργασία τους ή/ και στις σπουδές τους, μπορούν να αναγνωρίσουν και να ανιχνεύσουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί κατά την εργασία ή/ και τις σπουδές τους σε θέματα συντροφικής βίας είναι N=63, 100%). Από αυτούς:

- Το 96.83% (n=61) μπορούν να αναγνωρίσουν έστω και μια μορφή συντροφικής βίας (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική).
- Το 55.56% (n=35) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση συντροφικής βίας.

6.4. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία προσπάθεια να αναδείξει ότι το κοινωνικό φαινόμενο της συντροφικής-ενδοοικογενειακής βίας, αποτελεί και σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφού οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πρώτοι και σε πολλές περιπτώσεις ίσως τα μοναδικά άτομα που έχουν επαγγελματική επαφή με τις κακοποιημένες γυναίκες. Παρατηρήθηκε, όμως, στην πράξη ότι αρκετοί εργαζόμενοι στο χώρο υγείας του Γ.Ν.Ε. «ΘΡΙΑΣΙΟ» δεν καταφέρνουν να προσεγγίσουν, όπως χρειάζεται, την ενδο-οικογενειακή βία ως πρόβλημα υγείας, αν και προηγείται και συμβάλλει σε κάποιες ασθένειες και ακόμη και στο θάνατο.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, μελετώνται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας, οι δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας, από τις οποίες φαίνονται οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές τους σε θέματα συντροφικής/ενδο-οικογενειακής βίας καθώς και οι απόψεις και ο βαθμός παρέμβασης που πραγματοποιούν οι επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις ασθενών που υφίστανται συντροφική κακοποίηση. Παράλληλα, εξετάζονται και γίνονται συγκρίσεις στις στάσεις (γνώσεις, εκπαίδευση, παρέμβαση και αντιλήψεις) των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα της συντροφικής βίας, ανάλογα με το φύλο και το επάγγελμά τους. Επίσης, ερευνώνται διεξοδικά οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας, κάνοντας συσχέτιση μεταξύ των διάφορων συμπεριφορών τους (γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνώριση των θυμάτων, ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, εκπαίδευση στο αντικείμενο της συντροφικής βίας κατά την εργασία ή στις σπουδές τους, παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας των ασθενών τους και στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας).

Σε αυτό το πλαίσιο, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω εμβάθυνση των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να προβληθούν καλύτερα οι στάσεις τους απέναντι στις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας και στο ίδιο το υγειονομικό πρόβλημα. Τέλος, γίνεται σύγκριση ορισμένων αποτελεσμάτων της έρευνας με δεδομένα άλλων ερευνών της βιβλιογραφίας του θεωρητικού μέρους και παρουσιάζονται σημαντικές προτάσεις που προβάλλονται σε παρόμοιες έρευνες της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας.

Συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα (ενότητες 2^η-3^η-4^η)

Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας

Αρχικά, στην 2^η ενότητα καταδεικνύονται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας.

- Σχετικά με τη **συχνότητα που επισκέπτονται το νοσοκομείο γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί συντροφική βία και χρήζουν ιατρικής βοήθειας**, οι περισσότεροι (n=168, 43.50%) θεωρούν ότι καταφθάνουν λίγο ασθενείς που να έχουν κακοποιηθεί από το σύντροφό τους. Αυτό το γεγονός, μας δείχνει πως οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν συναίσθηση της κατάστασης και της έκτασης του προβλήματος, καθώς η ενημέρωσή μας από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου (προσωπική επικοινωνία στις 2 / 4 / 07) και γενικά από τη βιβλιογραφία (Πενταράκη, Μ., 2004 α, Campbell, J., 2001, Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002, Kim, J., Motsei, M., 2002, Peckover, S., 2003, Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., 2003, Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., 1999, Groth, B., Chelmoski, MK., Batson, TP., 2001, Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001) παρουσιάζει ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών να κακοποιείται από το σύντροφό του και να επισκέπτεται τα νοσοκομεία χρήζοντας τη φροντίδα των επαγγελματιών υγείας. Πιθανόν, να καταφθάνουν πολλές φορές κακοποιημένες γυναίκες στο νοσοκομείο και να περνούν απαρατήρητες από τα πρώτα άτομα που μπορούν να τις βοηθήσουν σημαντικά.
- Σχετικά με τις **μορφές κακοποίησης**, οι μισοί επαγγελματίες (n=192, 49.7%) δέχονται τον ξυλοδαρμό ως την πιο συχνή μορφή κακοποίησης, αν και ένα σεβαστό ποσοστό επαγγελματιών (n=183, 47.4%) γνωρίζει όλες τις μορφές κακοποίησης. Ήταν αναμενόμενο να γνωρίζουν αρκετοί τον ξυλοδαρμό ως την πιο συχνή μορφή κακοποίησης, καθώς είναι η πιο γνωστή κι εύκολα αναγνωρίσιμη μορφή βίας. Αισιόδοξο όμως είναι και το ποσοστό των επαγγελματιών που γνωρίζει όλες τις μορφές κακοποίησης, πράγμα που σημαίνει ότι κάποιιοι είναι σωστά ενημερωμένοι προς αυτό το θέμα. Αλλά αυτοί είναι μόνο οι μισοί. Οι υπόλοιποι φάνηκαν να μη γνωρίζουν όλες τις μορφές κακοποίησης κι αυτό προβάλλει την αναγκαιότητα ενημέρωσής τους για όλες τις μορφές συντροφικής κακοποίησης.

- Συνεχίζοντας, όσον αφορά **το ποσοστό του ενήλικου ελληνικού γυναικείου πληθυσμού που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία από το σύντροφο**, φαίνεται ότι αρκετοί επαγγελματίες υγείας (n=131, 33.9%) γνωρίζουν το ακριβές ποσοστό γυναικών που υφίσταται ψυχολογική βία από το σύντροφο, αλλά είναι σχετικά λίγοι οι επαγγελματίες που γνωρίζουν το ποσοστό γυναικών που υφίσταται σωματική (σχεδόν ο 1 στους 2 γνωρίζει το ποσοστό της σωματικής βίας) και σεξουαλική βία (ο 1 στους 4 γνωρίζει την έκταση του ποσοστού της σεξουαλικής βίας). Χρειάζεται λοιπόν, περαιτέρω ενημέρωσή τους σχετικά με την έκταση του προβλήματος στη χώρα μας.
- Επιπλέον, παρατηρούμε πως οι περισσότεροι (n=344, 89.1%) μπορούν να αναγνωρίσουν τη σωματική βία και σχεδόν οι μισοί (n=192, 49.7%) μπορούν να αναγνωρίσουν την ψυχολογική βία. Όμως, μόνο το 1/5 (n=79, 20.5%) έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει τη σεξουαλική βία που υφίστανται οι ασθενείς τους από το σύντροφό τους. Τονίζουμε, λοιπόν, την αναγκαιότητα εκπαίδευσής τους στην αναγνώριση όλων των μορφών συντροφικής βίας που υφίστανται οι ασθενείς τους.
- Στο ζήτημα της **διεξοδικής διερεύνησης**, οι περισσότεροι (n=255, 66.10%) επαγγελματίες δεν πραγματοποιούν τη συγκεκριμένη ενέργεια. Και σε αυτό το σημείο, παρουσιάζεται η ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση και διερεύνηση του προβλήματος και στη σπουδαιότητα και στις ευθύνες του ρόλου τους σε αυτά τα ζητήματα
- Σχεδόν οι μισοί επαγγελματίες (n=173, 44.8%) προβαίνουν εύκολα στην **ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας**. Εδώ, επισημαίνουμε ξανά την αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών.
- Σχετικά με εκείνους που έχουν **γνώση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας**, φαίνεται, ότι οι περισσότεροι μπορούν να αναγνωρίζουν τα σωματικά τραύματα (N=187, 48.4%), την κατάθλιψη ή/ και το υπερβολικό άγχος (N=148, 38.3%), τα συμπτώματα υστερίας (N=143, 37.0%) και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (N=138, 35.8%). Αν και οι μισοί δήλωσαν πως προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, όταν τους ζητήθηκε να δηλώσουν ποια συμπτώματα συγκεκριμένα αναγνωρίζουν, δήλωσαν,

κυρίως, μόνο τέσσερα από τα δώδεκα προγραφόμενα. Άρα, χρειάζεται η ενημέρωσή τους σχετικά με όλα τα κλινικά συμπτώματα της συντροφικής βίας.

- Τέλος, κάποιοι (n=128, 33.16%) θεωρούν ότι **το συγγενικό-φιλικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας και οι πηγές / υπηρεσίες βοήθειας μπορούν να βοηθήσουν μια κακοποιημένη γυναίκα-ασθενή**. Όμως οι περισσότεροι δέχονται μόνο ένα ή δύο από τα παραπάνω, γεγονός που δείχνει τη λανθασμένη γνώμη τους για το θέμα, αφού όλοι μπορούν να βοηθήσουν μια κακοποιημένη γυναίκα και το καλύτερο είναι να γίνεται σωστή συνεργασία μεταξύ τους για μια αποτελεσματική και ουσιαστική βοήθεια, όχι μόνο βραχυπρόθεσμη, αλλά και μακροπρόθεσμη.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως σε ορισμένα ζητήματα συντροφικής βίας οι επαγγελματίες υγείας είναι ενήμεροι, αλλά στα περισσότερα χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση, επιμόρφωση κι εκπαίδευση.

Στη συνέχεια, στην **3^η ενότητα** παρουσιάζονται διάφορες δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας, από τις οποίες φαίνονται οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές τους σε θέματα συντροφικής/ενδο-οικογενειακής βίας.

- Βλέπουμε πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=336, 87%) δέχονται ότι η συντροφική βία αποτελεί ένα **σοβαρό πρόβλημα υγείας** και αρκετοί (n=288, 74.6%) θεωρούν ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς.
- Όμως, αρκετοί (n=158, 40.9%) είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας, πράγμα που προβάλλει τη λανθασμένη αντίληψή τους για το θέμα.
- Παρόλο που είναι αρκετοί εκείνοι που πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=314, 81.3%) δηλώνουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση.
- Επιπλέον, αρκετοί επαγγελματίες (n=334, 86.5%) **συμφωνούν με την πρόταση ότι χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων που θα**

διατίθενται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς, γεγονός που παρουσιάζει την αναγκαιότητα διανομής εγχειριδίων με κλινικές πρακτικές για το θέμα.

- Οι περισσότεροι (v=145, 37.6%) **αγνοούν ή δεν έχουν γνώμη** (v=48, 12.4%) **σχετικά με τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα.** Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί η αναγκαιότητα ενημέρωσης των επαγγελματιών για τις αρμόδιες υπηρεσίες που μπορούν να κάνουν παραπομπές των γυναικών.
- Ακόμη, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (v=365, 94.5%) ζητάει, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, να **αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας.**
- Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας(v=218, 56.5%) ομολογούν ότι έχουν χρόνο για να ασχοληθούν με περιπτώσεις συντροφικής βίας των ασθενών τους. Αλλά υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός ερωτώμενων (v=111, 28.7%) που δηλώνουν ότι δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζονται για την ενασχόληση με το θέμα, πράγμα που αποτελεί τη λανθασμένη γνώμη τους για το θέμα, αφού οι πιο πολλοί χρησιμοποιούν αυτήν την πρόταση ως δικαιολογία για να αποφύγουν την ενασχόληση με τέτοια θέματα.

Όσον αφορά τις δηλώσεις τους, αξίζει να τονίσουμε την έντονη επιθυμία τους να δημιουργηθούν εξειδικευμένα εγχειρίδια που θα διατίθενται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς, καθώς και να αναπτυχθεί ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας. Παράλληλα, φάνηκε η σωστή άποψη των περισσότερων ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους πρέπει να ασχοληθεί περισσότερο με το ζήτημα και η αποδοχή της συντροφικής βίας ως σοβαρού προβλήματος δημόσιας υγείας. Όμως, παρουσιάστηκαν και κάποιες λανθασμένες απόψεις σε ορισμένα ζητήματα, όπως η γνώμη αρκετών ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας, η προβολή της έλλειψης χρόνου ως εμποδίου στην ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας και η άγνοιά τους για τους αρμόδιους φορείς προς παραπομπές των θυμάτων.

Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δυο φύλων

Σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δυο φύλων γενικότερα, παρατηρούμε:

- Είναι αξιοσημείωτος ο αριθμός($n=120$, 31.1%) εκείνων οι οποίοι θεωρούν ότι στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους, γεγονός που δείχνει ότι έχουν στερεότυπη αντίληψη για το θέμα.
- Σχεδόν όλοι($n=351$, 90.9%) γνωρίζουν πως η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα, πράγμα που αποδεικνύει ότι είναι ενήμεροι για τη νομοθεσία πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.
- Ακόμη, οι περισσότεροι ($n=302$, 78.2%) είναι εκείνοι που διαφωνούν με την πρόταση ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι, παρουσιάζοντας έτσι τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα.
- Παραπάνω από το 1 / 5 των ερωτώμενων($n=95$, 24.6%) δηλώνουν ότι η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία γεγονός που αποδεικνύει ότι κάποιιοι κατέχονται από λανθασμένη αντίληψη για το θέμα.
- Σωστή φαίνεται ότι είναι και η αντίληψη σχεδόν όλων των επαγγελματιών ($n=350$, 90.7%), οι οποίοι συμφωνούν με την πρόταση ότι η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο.
- Επίσης, σωστή είναι και η αντίληψη που έχουν οι περισσότεροι ($n=348$, 90.2%) αφού διαφωνούν με την πρόταση που υποστηρίζει ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων.
- Παραπάνω από το 1 / 4 (σχεδόν το 1/3) του δείγματος ($n=115$, 29.8%) είναι οι επαγγελματίες που συμφωνούν με τη δήλωση ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων, δείχνοντας την άγνοια τους για το θέμα.
- Παρατηρούμε, ότι δεν είναι λίγοι ($n=58$, 15.0%) εκείνοι που συμφωνούν με την πρόταση ότι σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα, γεγονός που μας υπενθυμίζει ότι κάποιιοι επαγγελματίες υγείας έχουν στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας των δύο φύλων.

- Αρκετοί (n=104, 26.9%) είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της, πράγμα που προβάλλει τη λανθασμένη αντίληψή τους για το θέμα.
- Σχεδόν όλοι (n=354, 91.7%) συμφώνησαν πως η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της, γεγονός που αναδεικνύει μια αισιόδοξη άποψη για τις αντιλήψεις των επαγγελματιών σε θέματα ισότητας των δύο φύλων.
- Όσον αφορά την πρόταση ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα, οι περισσότεροι (n=283, 73.3%) διαφώνησαν, αν και υπήρχαν κάποιοι (n=49, 12.7%) που δέχονται τη συγκεκριμένη πρόταση.
- Τέλος, στην πρόταση ότι οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους, είναι αρκετοί (n=182, 47.2%) που απάντησαν λανθασμένα, προβάλλοντας έτσι τη στερεότυπη αντίληψή τους για το θέμα.

Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι σε ορισμένα ζητήματα οι περισσότεροι απάντησαν χωρίς να δείχνουν να έχουν λανθασμένες αντιλήψεις. Όμως, αν παρατηρήσουμε καλύτερα, στα περισσότερα θέματα φάνηκε πως είναι αρκετοί εκείνοι που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας των δύο φύλων και σε θέματα συντροφικής βίας, γεγονός που πρέπει να μας προβληματίσει σχετικά με τη συμπεριφορά που μπορεί να έχουν απέναντι στις γυναίκες-θύματα συντροφικής βίας.

Οι συμπεριφορές και ο βαθμός παρέμβασης που πραγματοποιούν οι επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις ασθενών που υφίστανται συντροφική κακοποίηση

Συνεχίζοντας στην **4^η ενότητα**, παρουσιάζονται οι συμπεριφορές και ο βαθμός παρέμβασης που πραγματοποιούν οι επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις ασθενών που υφίστανται συντροφική κακοποίηση.

Ξεκινώντας, φαίνονται οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τα εμπόδια που μπορεί να τους αποθαρρύνουν στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους.

- Πολλοί (n=257, 66.58%) είναι εκείνοι που θεωρούν ότι οι χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας είναι ένας παράγοντας παρεμπόδισης τους καθώς και η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων (n=284, 73.58%).

- Οι περισσότεροι (n=314, 81.35%) τονίζουν ότι η έλλειψη κατάλληλων υποδομών τους αποθαρρύνει να ασχοληθούν με το θέμα.
- Κάποιοι (n=186, 48.19%) επισημαίνουν πως σημαντικό εμπόδιο είναι και η παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη καθώς οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων (n=160, 41.45%).
- Επιπλέον, φαίνεται ότι ορισμένοι (n=136, 35.23%) δεν ασχολούνται με το ζήτημα, αφού δεν εξαναγκάζονται από το νόμο.
- Σοβαρό εμπόδιο στη διεξοδική διερεύνηση της συντροφικής βίας απάντησαν (n=260, 67.36%) ότι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας των εργαζομένων στο νοσοκομείο.
- Ακόμη, πολλοί συμφωνούν με την πρόταση ότι δεν πραγματοποιείται διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομείο.
- Πολλοί επισημαίνουν πως εμπόδια στη διερεύνηση της βίας είναι η απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάστασή της (n=232, 60.10%) ή/και να συνεργαστεί μαζί τους (n=280, 72.54%).
- Το 1/4 (n=95, 24.61%) δηλώνουν πως φοβούνται την αντεκδίκηση από το σύντροφο της κακοποιημένης γυναίκας.
- Τέλος, το 33.16% (n=128) έχουν συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι στη ζωή της γυναίκας ακόμα και αν ασχοληθούν διεξοδικά με το πρόβλημά της.

Από τις παραπάνω απόψεις, συμπεραίνουμε πως οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι είναι πολλά τα εμπόδια που τους αποθαρρύνουν στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας των γυναικών.

Έπειτα, παρουσιάζονται οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τους τρόπους που μπορεί να ενθαρρύνουν μία ασθενή- θύμα κακοποίησης, ώστε να ζητήσει βοήθεια και να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας.

- Οι περισσότεροι (n=336, 87.05%) δηλώνουν ότι με τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς θα τις βοηθήσουν να συνεργαστεί μαζί τους και αρκετοί (n=334, 86.53%) τονίζουν πως χρειάζεται να κάνουν ερωτήσεις στις γυναίκες με ευαισθητοποιημένο χειρισμό.
- Κάποιοι (n=332, 86.01%) θεωρούν πως χρειάζονται οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες επαγγελματιών υγείας και ορισμένοι (n=325, 84.20%) ότι πρέπει να γίνεται επίδειξη & ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων.

- Ένα μέρος των ερωτώμενων (n=237, 61.40%) δηλώνουν ότι χρειάζεται να αποδέχονται πως δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και να σέβονται την αυτονομία της ασθενούς ακόμη και αν δε συμφωνούν με την απόφασή της.
- Τέλος, υπάρχει και το 10.10%(n=39) που δηλώνουν ότι δεν υπάρχει τρόπος ενθάρρυνσης των κακοποιημένων ασθενών να συνεργαστούν μαζί τους διότι το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας.

Από τα παραπάνω, καταλαβαίνουμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν διάθεση να ενθαρρύνουν τις ασθενείς να συνεργαστούν μαζί τους, ενώ λίγοι είναι εκείνοι που δε δέχονται το νοσοκομείο ως αρμόδιο φορέα για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όσον αφορά την παρέμβαση των επαγγελματιών στο πρόβλημα παρατηρούμε ότι:

- Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του, με στόχο την ασφάλειά του, κάνουν παραπάνω το 1/4 των επαγγελματιών υγείας (n=97, 25.1%) και θα έκαναν και στο μέλλον. Το 23.3% (n= 90) των επαγγελματιών υγείας δεν κάνουν τη συγκεκριμένη παρέμβαση αλλά είναι πρόθυμοι να την κάνουν στο μέλλον. Το 24.9% (n=96) των επαγγελματιών υγείας δεν κάνουν τη συγκεκριμένη παρέμβαση τώρα και ούτε στο μέλλον.
- Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς, φαίνεται ότι κάνουν και θα έκαναν και στο μέλλον το 10.4% (n=40) των επαγγελματιών. Το 32.4% (n=125) δεν παρεμβαίνει τώρα, αλλά θα παρέμβαινε στο μέλλον, ενώ ένα αντίστοιχο ποσοστό (n=124, 32.1%) δεν παρεμβαίνει τώρα και δε θα παρέμβαινε και στο μέλλον.
- Παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, κάνουν και θα έκαναν παραπάνω από τους μισούς ερωτώμενους (n=213, 55.2%). Κάποιοι όμως, ενώ δεν κάνουν παραπομπή τώρα, θα έκαναν στο μέλλον (n=66, 17.1%).
- Πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία αρκετοί επαγγελματίες (n=161, 41.7) και θα πραγματοποιούν και στο μέλλον. Παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών υγείας (n=100, 25.9%) ενώ δεν κάνουν τώρα θα έκαναν στο μέλλον.
- Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου κάνουν και θα έκαναν στο μέλλον αρκετοί επαγγελματίες (n=244, 63.2%). Ορισμένοι που δεν παραπέμπουν τώρα τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του

νοσοκομείου, θα τις παρέπεμπαν στο μέλλον (n=30, 7.8%). Ελάχιστοι (n=3, 0.8%) είναι εκείνοι που δεν κάνουν παραπομπές τώρα και δε θα έκαναν ούτε και στο μέλλον.

- Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού, κάνουν και θα κάνουν το 1/5 των επαγγελματιών (n=76, 19.7%), ενώ το 18.9% (n=73) δεν κάνουν και δε θα έκαναν. Αρκετοί είναι οι επαγγελματίες (n=138, 35.8%) που ενώ δεν κάνουν τώρα τις ερωτήσεις, θα τις έκαναν στο μέλλον.
- Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς, παρέχει και θα παρέχει και στο μέλλον το 12.7% (n=49), ενώ δεν παρέχει και δε θα παρέχει ούτε στο μέλλον το 19.2% (n=74). Υπάρχει όμως και το ποσοστό των επαγγελματιών (n=160, 41.5%) που δεν παρέχει τώρα αλλά στο μέλλον θα το κάνει.
- Παραπομπή σε εισαγγελέα δεν κάνουν ούτε θα κάνουν στο μέλλον οι επαγγελματίες υγείας (n=185, 47.9%). Ορισμένοι (n=75, 19.4%), όμως, που δεν κάνουν τώρα, θα έκαναν στο μέλλον.
- Καταγραφή των τραυματισμών των ασθενών κάνει και θα κάνει και στο μέλλον παραπάνω από το 1/2 των επαγγελματιών (n=225, 58.3%) και το 10.6% (n=41), θα έκανε στο μέλλον, παρόλο που δεν κάνει τώρα.
- Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας κάνουν και θα κάνουν αρκετοί επαγγελματίες (n=256, 66.3%).
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης κάνουν και θα κάνουν παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών (n= 95, 24.6%) και δεν κάνουν ούτε θα κάνουν στο μέλλον πάλι παραπάνω από το 1/5 των επαγγελματιών (n=107, 27.7%). Ακόμη, το 1/5 των επαγγελματιών (n=80, 20.7%) ενώ δεν παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς τώρα, θα παρέχει στο μέλλον.
- Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με άλλες υπηρεσίες κάνουν και θα κάνουν το 33.2% (n=128) ενώ μερικοί (n=106, 27.5%) που δεν κάνουν τώρα θα κάνουν στο μέλλον.
- Δεν κάνουν παρέμβαση, αν δεν emπίπτει στα καθήκοντά τους, αρκετοί από τους ερωτώμενους (n=72, 18.7%) ούτε και θα έκαναν στο μέλλον. Το ποσοστό (n=172, 44.6%) παρεμβαίνει και θα παρεμβαίνει και στο μέλλον.

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε πως οι επαγγελματίες υγείας παρεμβαίνουν κυρίως με α) την παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, καθώς και β) στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, γ) παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Στις υπόλοιπες ενέργειες, αρκετοί είναι πρόθυμοι να τις κάνουν στο μέλλον, ενώ κάποιοι άλλοι δεν προτίθενται ούτε στο μέλλον να τις κάνουν. Σε γενικές γραμμές, βλέπουμε πως αν και δεν είναι πολλοί εκείνοι που κάνουν πολλές παρεμβάσεις, είναι τουλάχιστον πρόθυμοι να τις κάνουν στο μέλλον.

Συγκρίσεις των στάσεων (γνώσεις, εκπαίδευση, παρέμβαση και αντιλήψεις) των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα της συντροφικής βίας, ανάλογα με το φύλο και το επάγγελμά τους (ενότητα 5^η)

Στην 5^η ενότητα εξετάζονται οι στάσεις (γνώσεις, εκπαίδευση και αντιλήψεις) των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα της συντροφικής βίας, ανάλογα με το φύλο και το επάγγελμά τους.

Σχετικά με τις γνώσεις παρατηρούμε:

- Γνώση των μορφών συντροφικής βίας

Λίγοι/ες **ιατροί** (γυναίκες $n=41$, 16.3% και άνδρες $n=36$, 27.1%) γνωρίζουν όλες τις μορφές κακοποίησης. Όμως, όλοι/ες οι **κοινωνικές/οί λειτουργοί** ($N=6$, 1.6%) και οι **ψυχολόγοι** ($N=4$, 1.0%) τις γνωρίζουν. Παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** ($n=4$, 1.6%) γνωρίζουν όλες τις μορφές κακοποίησης. Από τους **νοσηλευτές/τριες**, περίπου οι μισές γυναίκες ($n=78$, 31.1%) γνωρίζουν τις μορφές κακοποίησης, ενώ από τους άνδρες λίγοι είναι αυτοί που γνωρίζουν ($n=12$, 9.0%). Καταλαβαίνουμε πως είναι σωστά ενημερωμένοι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι. Αλλά, οι υπόλοιποι επαγγελματίες χρειάζονται περαιτέρω ενημέρωση για τις μορφές συντροφικής βίας.

- Γνώση για την έκταση του φαινομένου στην Ελλάδα.

Λίγοι/ες **ιατροί** που γνωρίζουν το ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική (γυναίκες $n=13$, 5.2% και άνδρες $n=16$, 12.0%), ψυχολογική (γυναίκες $n=26$, 10.4% και άνδρες $n=28$, 21.1%) και σεξουαλική βία (γυναίκες $n=4$, 1.6% και οι άνδρες $n=5$, 3.8%) από το σύντροφό του. Οι **κοινωνικοί / ες λειτουργοί** σχεδόν όλοι (γυναίκες $n=3$, 1.2%) αλλά και ο άνδρας ($n=1$, 0.8%) γνωρίζουν τη σωστή απάντηση για τη σωματική βία, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και για τη σεξουαλική βία που μόνο μία γυναίκα γνωρίζει το ποσοστό ($n=1$,

0.4%), ενώ μόλις μία *γυναίκα* μόνο ξέρει τη σωστή απάντηση για την ψυχολογική βία. Το ίδιο ισχύει και για τις **επισκέπτριες υγείας**. Αντίστοιχα, οι **ψυχολόγοι** δε γνωρίζουν τη σωστή απάντηση για τη σωματική βία και τη σεξουαλική βία, ενώ σχεδόν όλοι (*γυναίκες* $n=1$, 0.4% και *άνδρες* $n=2$, 1.5%) ξέρουν για την ψυχολογική βία. Τέλος, για τους **νοσηλευτές** ισχύει ότι αρκετοί/ες είναι οι *γυναίκες* ($n=45$, 17.9%) αλλά και οι *άνδρες* ($n=6$, 4.5%) που γνωρίζουν για τη σωματική βία. Το 1/5 των *γυναικών* ($n=60$, 23.9%) και μόνο το ($n=9$, 6.8%) των *ανδρών* γνωρίζουν για την ψυχολογική βία. Μόνο το 9.6% ($n=24$) των *γυναικών* και το 1.5% ($n=2$) των *ανδρών* έχουν γνώση για τη σεξουαλική βία. Άρα, σε κανένα επάγγελμα δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι/ες για την έκταση του φαινομένου.

- Δυνατότητες αναγνώρισης των μορφών συντροφικής βίας

Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί**, οι **ψυχολόγοι** και οι **επισκέπτριες υγείας** μπορούν να αναγνωρίσουν τη σωματική βία, ενώ αρκετοί/ες είναι και οι **ιατροί** *γυναίκες* ($n=62$, 24.7%) και *άνδρες* ($n=82$, 61.7%) και οι **νοσηλευτές / τριες** παραπάνω από τις μισές *γυναίκες* ($n=146$, 58.2%) και σχεδόν όλοι οι *άνδρες* ($n=36$, 27.1%).

Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** και σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (όλες οι *γυναίκες* $n=2$, 0.8% και ένας *άνδρας*) και οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=4$, 1.6%) μπορούν να αναγνωρίσουν την ψυχολογική βία. Οι **ιατροί** *γυναίκες* παραπάνω από τις μισές ($n=40$, 15.9%) και *άνδρες* ($n=41$, 30.8%) και οι **νοσηλευτές / τριες** *γυναίκες* ($n=81$, 32.3%) και *άνδρες* ($n=16$, 12.0%).

Σχεδόν όλες οι **κοινωνικές λειτουργοί** *γυναίκες* ($n=4$, 1.6%) και ο ένας *άνδρας* μπορούν να αναγνωρίσουν τη σεξουαλική βία, ενώ κανένας *άνδρας* και *γυναίκα* **ψυχολόγος** δεν μπορούν να την αναγνωρίσουν. Παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** ($n=4$, 1.6%), ελάχιστοι **νοσηλευτές / τριες** *γυναίκες* ($n=27$, 10.8) και *άνδρες* ($n=9$, 6.8%) και ελάχιστοι **ιατροί** *γυναίκες* ($n=11$, 4.4%) και *άνδρες* ($n=22$, 16.5%), μπορούν να αναγνωρίσουν τη σεξουαλική βία.

Συμπεραίνουμε πως εύκολα προβαίνουν όλες οι ειδικότητες επαγγελματιών στην αναγνώριση της σωματικής βίας. Όμως, στην αναγνώριση της ψυχολογικής βίας τα καταφέρνουν καλύτερα οι κοινωνικοί / ές λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι επισκέπτριες υγείας. Τέλος, εκτός από τους κοινωνικούς λειτουργούς και τις επισκέπτριες υγείας, οι υπόλοιποι δυσκολεύονται στην αναγνώριση της σεξουαλικής βίας.

- Δυνατότητες ανίχνευσης κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας

Σχεδόν όλοι οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** (γυναίκες $n=3$, 0.78% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων.

Οι **ιατροί** σχεδόν οι μισές γυναίκες ($n=33$, 8.55%) και άνδρες ($n=41$, 10.62%) μπορούν να ανιχνεύσουν τα κλινικά συμπτώματα και μόνο οι γυναίκες **ψυχολόγοι** ($n=2$, 0.52%), από τους **νοσηλευτές / τριες** σχεδόν οι μισές γυναίκες ($n=76$, 19.69%) και οι μισοί άνδρες ($n=14$, 3.63%) και μόλις μία μόνο **επισκέπτρια υγείας** ($n=1$, 0.26%).

Καταλαβαίνουμε ότι συναντάται δυσκολία στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων από άντρες και γυναίκες όλων των επαγγελματιών.

- Δυνατότητες αναγνώρισης κλινικών συμπτωμάτων της συντροφικής βίας

Οι **ιατροί** γυναίκες αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα ($n=35$, 9.07%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος ($n=31$, 8.03%), την υστερία ($n=24$, 6.22%), την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=23$, 5.96%) και τις επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους ($n=22$, 5.70%). Οι άνδρες αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα ($n=44$, 11.4%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος ($n=33$, 8.55%), την υστερία ($n=29$, 7.51%) καθώς και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=33$, 8.55%).

Οι **κοινωνικοί / έξ λειτουργοί** γυναίκες αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα, την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=3$, 0.78%). Ο άνδρας αναγνωρίζει συχνότερα: τα σωματικά τραύματα, την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τον χρόνιο πόνο στη μήτρα, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=1$, 0.26%).

Οι **ψυχολόγοι** γυναίκες αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα ($n=2$, 0.52%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τον πονοκέφαλο, τα συμπτώματα υστερίας, την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και τις επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους ($n=1$, 0.26%). Οι άνδρες ($n=2$, 0.52%) αναγνωρίζουν όλα τα κλινικά συμπτώματα.

Οι **νοσηλευτές / τριες** γυναίκες αναγνωρίζουν συχνότερα: τα σωματικά τραύματα ($n=16$, 4.15%), την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος ($n=12$, 3.11%), τα συμπτώματα υστερίας ($n=14$, 3.63%) και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=12$, 3.11%). Μόνο ένας άνδρας αναγνωρίζει κάποια από τα κλινικά συμπτώματα.

Οι **επισκέπτριες υγείας** δεν αναγνωρίζουν κανένα από τα κλινικά συμπτώματα

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες των περισσότερων επαγγελματιών αναγνωρίζουν

συχνότερα τα σωματικά τραύματα, την κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τα συμπτώματα υστερίας και την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών. Από τους άντρες, οι ψυχολόγοι τα αναγνωρίζουν όλα, γεγονός που δείχνει την καλή ενημέρωσή τους για το θέμα. Από τους νοσηλευτές, μόνο ένας άντρας αναγνωρίζει ορισμένα κλινικά συμπτώματα. Ο κοινωνικός λειτουργός, αναγνωρίζει αρκετά συμπτώματα, ενώ οι ιατροί αναγνωρίζουν συχνότερα τα ίδια κλινικά συμπτώματα που αναγνωρίζουν και οι γυναίκες όλων των επαγγελμάτων. Οι επισκέπτριες υγείας δεν αναγνωρίζουν κανένα κλινικό σύμπτωμα.

- Γνώση των αρμόδιων φορέων για παραπομπή των κακοποιημένων γυναικών

Σχεδόν όλοι/ες οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.30% και ο άνδρας $n=1$, 0.26%), σχεδόν όλοι οι **ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρες $n=2$, 0.52%) και παραπάνω από τις μισές **επισκέπτριες υγείας** ($n=4$, 1.04%) έχουν γνώση των αρμόδιων φορέων. Από τους **νοσηλευτές / τριες** οι μισές γυναίκες ($n=83$, 21.5%) και περίπου οι μισοί άνδρες ($n=15$, 3.89%) και λίγοι **ιατροί** γυναίκες ($n=26$, 6.74%) και άνδρες ($n=39$, 10.1%) γνωρίζουν τους αρμόδιους φορείς για παραπομπή των κακοποιημένων γυναικών.

Βλέπουμε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι επισκέπτριες υγείας γνωρίζουν καλύτερα τους αρμόδιους φορείς από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Σχετικά με την εκπαίδευση παρατηρούμε:

- Εκπαίδευση στην εργασία

Διαπιστώνουμε ότι κατά την εργασία τους, μόνο λίγοι επαγγελματίες (μόνο οι $n=28$, 7.3% στους $N=386$, 100.0%) έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια «για τη συντροφική/ συζυγική βία κατά των γυναικών». Από αυτούς φαίνεται πως οι κοινωνικοί/ ές λειτουργοί έχουν εκπαιδευτεί όλοι πλην ενός (οι $n=5$, 1.3% στους $N=6$, 1.6%) και σχεδόν όλες οι επισκέπτριες υγείας (οι $n=4$, 1.0% στις $N=6$, 1.6%). Επιπλέον, οι μισοί ($n=2$, 0.5% στους $N=4$, 1.0%) από τους ψυχολόγους έχουν εκπαιδευτεί. Ελάχιστοι ιατροί (οι $n=6$, 1.6% στους $N=159$, 41.2%) και ελάχιστοι νοσηλευτές/ τριες ($n=11$, 2.8% στους $N=207$, 53.6%) έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας κατά την εργασία τους.

- Εκπαίδευση στις σπουδές

Παρατηρούμε ότι και στο πρόγραμμα σπουδών τους, είναι περισσότεροι οι επαγγελματίες που είχαν μάθημα το οποίο κάλυπτε το αντικείμενο της συντροφικής / συζυγικής βίας (N=44, 11.4%) συγκριτικά με την παρακολούθηση σεμιναρίων κατά την εργασία τους (N=28, 7.3%). Εξετάζοντας όμως το κάθε επάγγελμα χωριστά, αν και οι περισσότεροι κοινωνικοί/ες λειτουργοί έχουν εκπαιδευτεί στην εργασία τους, φαίνεται ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί στο πρόγραμμα σπουδών τους. Διότι, μόνο ένας στους 6 έχει λάβει εκπαίδευση στις σπουδές του (v=1, 0.3% στους N=6, 1.6%).

Αντίστοιχα και στις επισκέπτριες οι λιγότερες (v=2, 0.5% στις N=6, 1.6%) είχαν μάθημα στις σπουδές τους. Βλέπουμε ότι πάλι το 1 / 2 των ψυχολόγων (v=2, 0.5 % στους N=4, 0.5%) έχουν εκπαιδευτεί στις σπουδές τους. Ακόμη, οι ιατροί (v=17, 4.4 % στους N=159, 41.2%) και οι νοσηλεύτές/τριες (v=22, 5.7% στους N=207, 53.6%) παρουσιάστηκε πως εκπαιδεύονται περισσότερο στο πρόγραμμα σπουδών τους παρά κατά την εργασία τους σε θέματα συντροφικής/ συζυγικής βίας. Όμως, διαπιστώνεται ότι εκπαιδεύονται λίγοι επαγγελματίες και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (μόνο οι v=44, 11.4% στους N=386, 100.0%).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, πως είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των φοιτητών των σχολών επαγγελματιών υγείας, πρόνοιας και ψυχικής υγείας και των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών.

Σχετικά με τις αντιλήψεις παρατηρούμε:

-Τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σε θέματα συντροφικής βίας, ως προβλήματος δημόσιας υγείας.

Οι **ιατροί** σχεδόν όλες οι *γυναίκες* (v=65, 16.8%) και *άνδρες* (v=80, 20.7%) δηλώνουν ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στις επόμενες δηλώσεις, ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας απάντησαν οι *γυναίκες* (v=28, 7.25%) και *άνδρες* (v=49, 12.6%) και ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση δήλωσαν (*γυναίκες* v=61, 15.08% και *άνδρες* v=74, 19.1%).

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι οι περισσότεροι ιατροί έχουν σωστές αντιλήψεις στα συγκεκριμένα θέματα.

Οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** που δηλώνουν ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, είναι οι μισοί (*γυναίκες* $n=3$, 0.78%) ενώ δε δέχονται τη συγκεκριμένη πρόταση οι υπόλοιποι (*γυναίκες* $n=2$, 0.52% και ο *άνδρας* $n=1$, 0.26%). Όσον αφορά τη δήλωση ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας διαφωνούν όλοι (*γυναίκες* $n=5$, 1.3% και ο *άνδρας* $n=1$, 0.26%). Επίσης, όλοι θεωρούν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση (*γυναίκες* $n=5$, 1.3% και ο *άνδρας* $n=1$, 0.26%). Σε γενικές γραμμές διαπιστώνουμε ότι όλοι οι κοινωνικοί /ες λειτουργοί έχουν τις σωστές αντιλήψεις. Όμως, υπάρχει και ένα ποσοστό που έχει λανθασμένη αντίληψη για τη σοβαρότητα του προβλήματος.

Όλοι οι **ψυχολόγοι** πιστεύουν ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (*γυναίκες* $n=2$, 0.52% και *άνδρες* $n=2$, 0.52%) και ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση. Σχεδόν όλοι (*γυναίκες* $n=2$, 0.52% και ο *άνδρας* $n=1$, 0.26%) δε θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας.

Οι ψυχολόγοι δεν κατέχονται από λανθασμένες αντιλήψεις.

Από τους **νοσηλευτές / τριες** οι περισσότεροι *γυναίκες* ($n=143$, 37.0%) και αρκετοί *άνδρες* ($n=31$, 8.03%) πιστεύουν ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σχεδόν το 1/3, (*γυναίκες* $n=61$, 15.8%) και περίπου οι μισοί από τους *άνδρες* ($n=16$, 4.15%) πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας. Ενώ, οι περισσότεροι (*γυναίκες* $n=126$, 32.6% και *άνδρες* $n=32$, 8.29%) θεωρούν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές /τριες έχουν σωστές αντιλήψεις. Αλλά αρκετοί κατέχονται από λανθασμένες αντιλήψεις, όσον αφορά το ζήτημα ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας.

Όλες **επισκέπτριες υγείας** ($n=6$, 1.55%) πιστεύουν ότι η συντροφική βία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση. Ακόμη, σχεδόν όλες ($n=5$, 1.3%) δε θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα

συντροφικής βίας. Σε γενικές γραμμές, όλες οι επισκέπτριες υγείας έχουν τις σωστές αντιλήψεις στα συγκεκριμένα θέματα.

Συγκρίνοντας τους επαγγελματίες μεταξύ τους, μπορούμε να πούμε πως οι κοινωνικοί/ες λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι επισκέπτριες υγείας έχουν τις σωστές αντιλήψεις στα θέματα αυτά. Οι ιατροί και οι νοσηλεύτες / τριες αν και αρκετοί έχουν σωστές απόψεις στα περισσότερα ζητήματα, φαίνεται να κατέχονται από λανθασμένη αντίληψη στο θέμα που αφορά το βαθμό παροχής βοήθειας που μπορούν να προσφέρουν στα θύματα.

-Τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ενασχόληση σε θέματα συντροφικής βίας.

Οι **ιατροί** που πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα προσβληθούν αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό»-προσωπικό είναι (γυναίκες $n=18$, 4.66% και άνδρες $n=23$, 5.96%). Εκείνοι, που θεωρούν ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς το θέμα της συντροφικής κακοποίησης είναι (γυναίκες $n=22$, 5.69% και άνδρες $n=28$, 7.25%). Ενώ, εκείνοι που δηλώνουν ότι νιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας, είναι (γυναίκες $n=21$, 5.44% και άνδρες $n=36$, 9.32%). Βλέπουμε ότι είναι σημαντικός ο αριθμός των ιατρών (γυναίκες και άνδρες), οι οποίοι νιώθουν άβολα και δυσκολεύονται συναισθηματικά να ασχοληθούν με περιπτώσεις κακοποιημένων ασθενών.

Όλοι οι **κοινωνικοί / ές λειτουργοί** (γυναίκες $n=5$, 1.29% και ο άνδρας $n=1$, 0.25%) διαφωνούν με τις δηλώσεις που προβάλλουν συναισθήματα που εμποδίζουν την ενασχόλησή τους σε ζητήματα συντροφικής βίας.

Οι μισοί **ψυχολόγοι** (γυναίκα $n=1$, 0.25% και άνδρας $n=1$, 0.25%) κατέχονται από τα συναισθήματα που εμποδίζουν την ενασχόλησή τους σε ζητήματα συντροφικής βίας.

Οι **νοσηλεύτες / τριες** που πιστεύουν ότι οι ασθενείς θα προσβληθούν αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό»-προσωπικό είναι (γυναίκες $n=60$, 15.54% και άνδρες $n=19$, 4.90%) και ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς το θέμα της συντροφικής κακοποίησης είναι (γυναίκες $n=58$, 15.02% και άνδρες $n=17$, 4.40%). Εκείνοι που δηλώνουν ότι νιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας, είναι (γυναίκες $n=63$, 16.32% και άνδρες $n=17$, 4.40%). Παρατηρούμε ότι είναι

πολλοί νοσηλευτές / τριες που νιώθουν άβολα και δυσκολεύονται συναισθηματικά να ασχοληθούν με περιπτώσεις κακοποιημένων ασθενών.

Σχεδόν όλες οι **επισκέπτριες υγείας** ($n=5$, 1.29%) διαφωνούν με τις δηλώσεις που προβάλλουν συναισθήματα που εμποδίζουν την ενασχόλησή τους σε ζητήματα συντροφικής βίας.

Συγκρίνοντας τους επαγγελματίες μεταξύ τους, μπορούμε να τονίσουμε ότι εκείνοι που δεν κατέχονται από συναισθήματα που εμποδίζουν την ενασχόλησή τους σε ζητήματα συντροφικής βίας, είναι οι κοινωνικοί /ες λειτουργοί και οι επισκέπτριες υγείας. Στα υπόλοιπα επαγγέλματα παρατηρείται πως αρκετοί /ες είναι οι γυναίκες και οι άνδρες που νιώθουν άβολα και δυσκολεύονται συναισθηματικά να ασχοληθούν με περιπτώσεις κακοποιημένων ασθενών.

-Τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με στερεότυπες αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δυο φύλων γενικότερα.

Οι **ιατροί** που θεωρούν πως στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους είναι (*γυναίκες* $n=22$, 5.70% και *άνδρες* $n=25$, 6.48%). Λίγοι είναι αυτοί που δεν θεωρούν ότι η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα (*γυναίκες* $n=2$, 0.50% και *άνδρες* $n=5$, 1.30%). Ορισμένοι πιστεύουν ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι και είναι (*γυναίκες* $n=3$, 0.78% και *άνδρες* $n=10$, 2.59%). Εκείνοι που δηλώνουν πως η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία είναι (*γυναίκες* $n=9$, 2.33% και *άνδρες* $n=23$, 5.96%). Κάποιοι θεωρούν ότι η άσκηση βίας επιτρέπεται για κάποιους λόγους (*γυναίκες* $n=2$, 0.52% και *άνδρες* $n=3$, 0.78%). Λίγοι (*γυναίκες* $n=4$, 1.04% και *άνδρες* $n=3$, 0.78%) είναι αυτοί που θεωρούν ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Αρκετοί (*γυναίκες* $n=17$, 4.40% και *άνδρες* $n=29$, 7.51%) είναι οι ιατροί που πιστεύουν ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων. Λίγοι (*γυναίκες* $n=4$, 1.04% και *άνδρες* $n=19$, 4.92%) είναι αυτοί που θεωρούν πως σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα. Όσοι νομίζουν ότι για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της είναι (*γυναίκες* $n=12$, 3.11% και *άνδρες* $n=33$, 8.55%). Οι ιατροί που δεν υποστηρίζουν ότι η γυναίκα

πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της είναι (γυναίκες $n=1$, 0.26% και άνδρες $n=3$, 0.78%). Αυτοί που θεωρούν ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα είναι (γυναίκες $n=4$, 1.04% και άνδρες $n=19$, 4.92%). Όσοι νομίζουν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους είναι (γυναίκες $n=25$, 6.48% και άνδρες $n=47$, 12.10%). Φαίνεται έντονα πως συγκριτικά με τις γυναίκες είναι περισσότεροι οι άνδρες ιατροί που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας και ισότητας των δύο φύλων.

Παρατηρούμε ότι από τους **κοινωνικούς / ές λειτουργούς** οι περισσότεροι δεν κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας και ισότητας των δύο φύλων. Υπάρχει όμως ένας μικρός αριθμός που παρουσιάζει λανθασμένη αντίληψη καθώς πιστεύει ότι στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους είναι μόνο μία γυναίκα ($n=1$, 0.26%). Επίσης, μία μόνο γυναίκα ($n=1$, 0.26%) θεωρεί ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Υπάρχει όμως και ο αριθμός (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) των κοινωνικών λειτουργών που δεν έχουν γνώμη στην πρόταση ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων. Καθώς, επίσης, οι γυναίκες ($n=2$, 0.52%) δεν έχουν γνώμη στην πρόταση πως οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους.

Οι **ψυχολόγοι** που θεωρούν πως στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους είναι (γυναίκες $n=1$, 0.26% και άνδρες $n=2$, 0.52%). Ένας άνδρας ($n=1$, 0.26%) δε θεωρεί ότι η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα κι ένας ($n=1$, 0.26%) πιστεύει ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι. Ένας άνδρας ($n=1$, 0.26%) δηλώνει πως η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία και η άσκηση βίας επιτρέπεται για κάποιους λόγους. Οι μισοί (γυναίκα $n=1$, 0.26% και άνδρας $n=1$, 0.26%) δηλώνουν ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων και ότι για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της καθώς και ότι οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν

υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους. Και στην πρόταση πως σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα, είναι ένας άνδρας ($n=1$, 0.26%) που συμφωνεί. Παρατηρούμε ότι αν και οι περισσότεροι ψυχολόγοι δεν κατέχονται από λανθασμένες αντιλήψεις, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες φαίνεται ότι μερικοί κάνουν λάθος.

Όσον αφορά τις **επισκέπτριες υγείας**, φαίνεται πως δεν έχουν στερεότυπες αντιλήψεις, εκτός από μία περίπτωση όπου οι μισές ($n=3$, 0.78%) διαφωνούν με την πρόταση ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα, ενώ κάποιες άλλες συμφωνούν ή δεν έχουν γνώμη.

Οι **νοσηλεύτριες / τριες** που θεωρούν πως στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους είναι (*γυναίκες* $n=49$, 12.60% και *άνδρες* $n=18$, 4.66%). Λίγοι είναι αυτοί που δεν θεωρούν ότι η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα (*γυναίκες* $n=8$, 2.07% και *άνδρες* $n=4$, 1.04%). Ορισμένοι πιστεύουν ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι και είναι (*γυναίκες* $n=18$, 4.66% και *άνδρες* $n=8$, 2.07%). Εκείνοι που δηλώνουν πως η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία είναι (*γυναίκες* $n=49$, 12.60% και *άνδρες* $n=1$, 0.26%). Κάποιοι θεωρούν ότι η άσκηση βίας επιτρέπεται για κάποιους λόγους (*γυναίκες* $n=10$, 2.59% και *άνδρες* $n=4$, 1.04%). Λίγοι (*γυναίκες* $n=13$, 3.37% και *άνδρες* $n=4$, 1.04%) είναι αυτοί που θεωρούν ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Αρκετοί (*γυναίκες* $n=53$, 13.70% και *άνδρες* $n=14$, 3.63%) είναι οι νοσηλεύτριες / τριες που πιστεύουν ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων. Λίγοι (*γυναίκες* $n=22$, 5.70% και *άνδρες* $n=12$, 3.11%) είναι αυτοί που θεωρούν πως σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα. Όσοι νομίζουν ότι για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της είναι (*γυναίκες* $n=40$, 10.30% και *άνδρες* $n=15$, 3.89%). Οι νοσηλεύτριες / τριες που δεν υποστηρίζουν ότι η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της είναι (*γυναίκες* $n=5$, 1.30% και *άνδρες* $n=2$, 0.52%). Αυτοί που θεωρούν ότι η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα είναι (*γυναίκες* $n=158$, 40.90% και *άνδρες* $n=30$, 7.77%). Όσοι νομίζουν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους είναι (*γυναίκες* $n=85$, 22.00% και *άνδρες* $n=22$,

5.70%). Φαίνεται έντονα πως συγκριτικά με τους άνδρες είναι περισσότερες οι γυναίκες νοσηλεύτριες που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας και ισότητας των δύο φύλων.

Συγκρίνοντας τους επαγγελματίες μεταξύ τους, μπορούμε να τονίσουμε ότι εκείνοι που κατέχονται περισσότερο από στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα συντροφικής βίας και ισότητας των δύο φύλων, είναι οι ιατροί και νοσηλευτές / τριες.

Επιβεβαίωση ή διάψευση των υποθέσεων εργασίας της έρευνας(ενότητα 6^η)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούμε να απαντήσουμε στις υποθέσεις εργασίας που είχαμε θέσει εξ' αρχής.

- Υπόθεση εργασίας 1 α

Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις και σεξιστικές προκαταλήψεις δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τη συντροφική βία που έχουν υποστεί οι ασθενείς τους και ανιχνεύουν δυσκολότερα τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις είναι σχεδόν όλοι (N=385, 100%).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι σχεδόν όλοι μπορούν να αναγνωρίσουν τη βία 351 (91.17%) γεγονός που διαψεύδει την παραπάνω υπόθεση εργασίας αλλά περίπου οι μισοί ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα οι 172 (44.68%), πράγμα που επιβεβαιώνει την παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 1 β

Οι επαγγελματίες υγείας που τάσσονται κατά της ισότητας των δύο φύλων δεν παρέχουν την κατάλληλη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στις ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας.

Βλέπουμε ότι παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα οι v=55, (14.29%) επαγγελματίες. Επίσης, το 66.23% (v=255) παρέχουν τώρα και σκοπεύουν να παρέχουν και στο μέλλον. Άρα, διαψεύδεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 1 γ

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν πιστεύουν στην ισότητα των δύο φύλων, νιώθουν ότι με την ενασχόληση στο συγκεκριμένο πρόβλημα θα προβληθούν οι δικές τους πεποιθήσεις σε θέματα ισότητας και συντροφικής κακοποίησης.

Φαίνεται ότι το 32.21% (v=124) αισθάνονται ότι θα προσβάλουν τις ασθενείς τους αν κάνουν ερωτήσεις για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό. Το 33.51% (v=129) θεωρούν ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα. Ακόμη, το 36.36% (v=140) νιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας.

Από τα παραπάνω, καταλαβαίνουμε ότι επιβεβαιώνεται η υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 1 δ

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν στερεότυπες αντιλήψεις για τη συντροφική βία, δεν αξιολογούν τον κίνδυνο και την κατάσταση του θύματος και δεν σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας μαζί με την ασθενή.

Το 12.21% (v=47) κάνουν αξιολόγηση του κινδύνου και της κατάστασης του θύματος με στόχο την ασφάλειά του, το 25.19% (v=97) είναι πρόθυμοι να συνεχίσουν να κάνουν και στο μέλλον. Βλέπουμε ότι, αφού δεν είναι αρκετοί αυτοί που κάνουν τη συγκεκριμένη ενέργεια επιβεβαιώνεται η υπόθεση εργασίας.

Το 4.42% (v=17) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας της ασθενούς μαζί με την ίδια, το 10.39% (v=40) θα συνεχίσουν να σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας και στο μέλλον. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται, αφού είναι λίγοι εκείνοι που σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας μαζί με την ασθενή.

- Υπόθεση εργασίας 1 ε

Οι επαγγελματίες υγείας που κατέχονται από σεξιστικές προκαταλήψεις, δεν πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας.

Το 12.99% των επαγγελματιών (v=50) κάνει παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας, το 55.32% (v=213) θα συνεχίσουν να παραπέμπουν και στο μέλλον. Επίσης, το 8.57% (v=33) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 41.82% (v=161) θα συνεχίσουν και στο μέλλον να πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία.

Διαπιστώνουμε, ότι διαψεύδεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 1 στ α

Οι επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία που υφίστανται οι ασθενείς, προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους.

Εκείνοι που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία είναι σχεδόν όλοι N=352, 100%.

Το 13.07% (v=46) αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του και το 25.28% (v=89) θα συνεχίσουν να το κάνουν.

Το 4.83% (v=17) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή, το 11.08% (v=39) θα σχεδιάζουν και στο μέλλον.

Το 14.20% (v=50) παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, το 56.82% (v=200) θα κάνουν παραπομπές και στο μέλλον.

Το 9.38% (v=33) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 42.90% (v=151) θα πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και στο μέλλον.

Το 14.77% (v=52) παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το 64.49% (v=227) θα παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον.

Το 7.39% (v=26) ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους, το 1/5 (v=75, 21.31%) θα κάνουν ερωτήσεις και στο μέλλον.

Το 5.4% (v=19) παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς, το 13.92% (v=49) θα παρέχουν και στο μέλλον.

Το 4.26% (v=15) παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα, το 6.25% (v=22) θα τις παραπέμπουν και στο μέλλον.

Το 12.5% (v=44) καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων, το 59.94% (v=211) θα κάνουν καταγραφές των τραυματισμών και στο μέλλον.

Το 14.77% (v=52) παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Το 66.76% (v=235) θα τους παρέχουν και στο μέλλον ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Το 12.22% (v=43) παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 26.14% (v=92) θα συνεχίσουν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη.

Το 11.08% (v=39) ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί, το 35.80% (v=126) θα το κάνουν και στο μέλλον.

Το 1.42% (v=5) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Το 18.18% (v=64) δε θα παρέμβαιναν καθόλου ούτε και στο μέλλον.

Παρατηρούμε ότι κάποιοι επαγγελματίες από αυτούς που αναγνωρίζουν τη συντροφική βία, κάνουν παρεμβάσεις, άρα επιβεβαιώνεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 1 στ β

Οι επαγγελματίες υγείας που ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, προβαίνουν στην κατάλληλη παρέμβαση σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους.

Εκείνοι που ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας είναι N=173, 100%.

Το 16.18% (v=28) αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του, το 29.48% (v=51) θα συνεχίσουν να το κάνουν.

Το 6.36% (v=11) σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή, το 15.03% (v=26) θα σχεδιάζουν και στο μέλλον.

Το 16.18% (v=28) παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας, το 52.02% (v=90) θα κάνουν παραπομπές και στο μέλλον.

Το 11.56% (v=20) πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία, το 34.68% (v=60) θα πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία και στο μέλλον.

Το 17.34% (v=30) παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το 58.96% (v=102) θα παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον.

Το 9.25% (v=16) ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους, το 24.28% (v=42) θα κάνουν ερωτήσεις και στο μέλλον.

Το 6.36% (v=11) παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς, το 15.03% (v=26) θα παρέχουν και στο μέλλον.

Το 5.2% (v=9) παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα, το 6.36% (v=11) θα τις παραπέμπουν και στο μέλλον.

Το 13.87% (v=24) καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων, το 53.76% (v=93) θα κάνουν καταγραφές των τραυματισμών και στο μέλλον.

Το 17.34% (v=30) παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Το 63.01% (v=109) θα τους παρέχουν και στο μέλλον ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Το 15.03% (v=26) παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το 28.32% (v=49) θα συνεχίσουν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη.

Το 13.29% (v=23) ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί, το 38.73% (v=67) θα το κάνουν και στο μέλλον.

Το 1.16% (v=2) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Το 10.98% (v=19) δε θα παρέμβαιναν καθόλου ούτε και στο μέλλον.

Παρατηρούμε ότι κάποιοι επαγγελματίες από αυτούς που ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, κάνουν παρεμβάσεις, άρα επιβεβαιώνεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 2 α

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν γνώση σε θέματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν τη συντροφική βία και προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση συντροφικής βίας, σε περιστατικά ασθενών κατά την εργασία τους.

Εκείνοι που δεν έχουν γνώση των μορφών συντροφικής κακοποίησης είναι N=197 (100.00%). Από εκείνους, το 93.40% (v=184) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και συνήθως αυτή είναι η σωματική και το 41.62% (v=82) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με τη σωματική βία (N=370, 100.00%), το 87.56% (v=338) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 43.26% (v=167) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με την ψυχολογική βία (N=255, 100.00%), το 60.10% (v=232) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 29.53% (v=114) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Από εκείνους που δε γνωρίζουν το ποσοστό σχετικά με τη σεξουαλική βία (N=320, 100.00%), το 75.13% (v=290) αναγνωρίζουν έστω και μία μορφή κακοποίησης και το 39.12% (v=151) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας.

Καταλαβαίνουμε ότι η συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται.

- Υπόθεση εργασίας 2 β

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν γνώσεις σε θέματα συντροφικής βίας, παρεμβαίνουν συχνότερα σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Εκείνοι που έχουν γνώση των μορφών συντροφικής κακοποίησης είναι N=185 (100.00%). Από εκείνους, το 8.29% (v=32) παρεμβαίνουν και το 34.20% (v=132) είναι πρόθυμοι να παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Εκείνοι που έχουν γνώση σχετικά με το ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία από το σύντροφό του, είναι N=182 (100.00%). Από εκείνους το 9.84% (v=38) παρεμβαίνουν και το 34.46% (v=133) είναι πρόθυμοι να παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Εκείνοι που γνωρίζουν τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα, είναι N=179 (100.00%). Από εκείνους το 12.18% (v=47) παρεμβαίνουν και το 31.87% (v=123) θα παρεμβαίνουν και στο μέλλον σε υποθέσεις κακοποίησης κατά των ασθενών τους.

Καταλαβαίνουμε ότι η συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται.

- Υπόθεση εργασίας 3 α

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας, αποφεύγουν την παρέμβαση σε υποθέσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους;

Οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν εκπαιδευτεί κατά την εργασία ή/ και τις σπουδές τους σε θέματα συντροφικής βίας είναι N=312, 100%). Από αυτούς:

Το 0.64 % (v=2) δεν αξιολογούν τον κίνδυνο του θύματος και της κατάστασής του. Επίσης, οι (26.28%, v=82) δεν πράττουν έτσι τώρα, αλλά ούτε θα έπρατταν και στο μέλλον.

Το 3.53% (v=11) δεν σχεδιάζουν ατομικό πλάνο ασφαλείας με την ασθενή. Όμως, το 32.37% (v=101) δεν θα λειτουργούσε κατ' αυτόν τον τρόπο ούτε τώρα ούτε και στο μέλλον.

Το 0.00% (v=0) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας. Όμως, μόλις το 1.60% (v=5) δεν είναι πρόθυμοι να παραπέμψουν τις ασθενείς ούτε στο μέλλον.

Το 1.60% (v=5) δεν πραγματοποιούν διεπιστημονική συνεργασία. Ακόμη, υπάρχει το ποσοστό 7.05% (v=22) που δεν θα πραγματοποιούσαν ούτε και στο μέλλον διεπιστημονική συνεργασία

Το 0.96% (n=3) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το 0.96% (n=3) είναι αρνητικοί να κάνουν παραπομπές στην κοινωνική υπηρεσία και στο μέλλον.

Το 2.56% (n=8) δεν ρωτούν τις ασθενείς στα πλαίσια λήψης του ιστορικού για το εάν υφίστανται κακοποίηση στις σχέσεις τους. Το 21.15% (n=66) δηλώνουν ότι δε θα έκαναν ερωτήσεις ούτε και στο μέλλον.

Το 4.49% (n=14) δεν παρέχουν έντυπο υλικό πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματα της ασθενούς. Το 20.83% (n=65) δεν θα παρείχαν πληροφορίες για τα δικαιώματα τους στις ασθενείς ούτε στο μέλλον.

Το 5.77% (n=18) δεν παραπέμπουν τις ασθενείς σε εισαγγελέα. Το 49.04% (n=153) δεν θα παρέμβαιναν με αυτόν τον τρόπο ούτε και στο μέλλον.

Το 1.60% (n=5) δεν καταγράφουν τους τραυματισμούς των θυμάτων. Το 2.56% (n=8) δε θα κατέγραφαν τους τραυματισμούς των θυμάτων ούτε και στο μέλλον.

Το 0.66% (n=2) δεν παρέχουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στα θύματα. Το 1.92% (n=6) δε θα παρέμβαιναν έτσι ούτε στο μέλλον.

Το 1.60% (n=5) δεν παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Όμως, το 29.17% (n=91) δεν είναι πρόθυμοι να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη ούτε και στο μέλλον.

Το 1.60% (n=5) δεν ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί. Όμως, το 15.38% (n=48) είναι αρνητικοί να ενημερώνουν την ασθενή σχετικά με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες και στο μέλλον.

Το 9.94% (n=31) δε θα παρέμβαιναν καθόλου σε περιστατικά κακοποιημένων ασθενών τους, αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά τους. Το 42.95% (n=134) δεν είναι πρόθυμοι ούτε στο μέλλον να ασχολούνται με υποθέσεις συντροφικής κακοποίησης των ασθενών τους, αν δεν είναι αναγκασμένοι στην εργασία τους.

Παρατηρούμε ότι από τους επαγγελματίες που δεν έχουν παρακολουθήσει προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης σε θέματα συντροφικής βίας, δεν είναι πολλοί αυτοί που αποφεύγουν τις παρεμβάσεις, άρα διαψεύδεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας.

- Υπόθεση εργασίας 3 β

Η αναγνώριση της συντροφικής κακοποίησης στις ασθενείς και η ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της βίας, είναι αποτέλεσμα της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί κατά την εργασία ή/ και τις σπουδές τους σε θέματα συντροφικής βίας είναι N=63, 100%). Από αυτούς: Το 96.83% (n=61) μπορούν να αναγνωρίσουν έστω και μια μορφή συντροφικής βίας (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική).

Το 55.56% (n=35) προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση συντροφικής βίας.

Συμπεραίνουμε ότι η συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας επιβεβαιώνεται.

Σύγκριση αποτελεσμάτων της έρευνας με δεδομένα άλλων ερευνών της βιβλιογραφίας του θεωρητικού μέρους

Παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι παρόμοια με εκείνα που έχουν βρεθεί και σε άλλες έρευνες της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας.

- Σχετικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε:

Η έρευνα του Peckover, S., το 2003 υπόδειξε ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας, έχουν ελάχιστη επαγγελματική γνώση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Αυτή η κατάσταση επιδρά αρνητικά στη ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αποκρίνονται στη συντροφική βία στην εργασία τους. Στη μελέτη των Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., το 2003 προβλήθηκε υψηλή άγνοια για τη βία στην οικογένεια. Επίσης, οι Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998, αναφέρουν πως η έλλειψη γνώσης και ικανοτήτων συμβάλλουν στον μη εντοπισμό αναγνώρισης των γυναικών που βιώνουν την κακοποίηση στη σχέση τους. Στη μελέτη των Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., το 2001, φάνηκε ότι οι γνώσεις για πολλά θέματα που περιβάλλουν την ενδο-οικογενειακή βία ήταν χωρίς συνοχή και με βασικές ελλείψεις. Εντοπίστηκε η έλλειψη γνώσεων σχετικών τοπικών υπηρεσιών για παραπομπή προς βοήθεια και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δέχονται ότι η ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι θέμα της ιατρικής περίθαλψης, αλλά τους λείπουν οι

βασικές γνώσεις για τα θέματα που περιβάλλουν την κακοποίηση και τις κατάλληλες υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια. Παρατηρήθηκε πως και στη δική μας έρευνα, από τις ερωτήσεις γνώσεων σε θέματα συντροφικής βίας, υπάρχει μεγάλη έλλειψη γνώσεων και πρακτικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας.

- Σχετικά με την εκπαίδευση παρατηρούμε:

Στη μελέτη των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., το 1996, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτριών(93,3%) απάντησαν ότι δεν είχαν καμία επίσημη εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της συζυγικής κακοποίησης και 86,2% εξέφρασαν την ανεπάρκεια τους ως προς την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος. Οι Kim, J., Motsei, M., το 2002 τονίζουν πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, εκπαιδεύονται ελάχιστα στις περιπτώσεις ασθενών – θυμάτων συζυγικής κακοποίησης. Οι Peltzer, K., Mashego TA, Mabeba M., στη μελέτη τους το 2003, παρουσίασαν πως μόνο το 9,7% των γιατρών έχει λάβει εκπαίδευση στην ενδο-οικογενειακή βία. Οι Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., στη μελέτη τους το 1999 προβάλλουν ότι μόνο το 10% πιστεύουν ότι έχουν πληροφορίες σχετικά με το θέμα και το 77% δεν έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενδοοικογενειακή βία. Τέλος, στην έρευνα των Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., το 2001, παρουσιάστηκε πως από τους 192 ερωτηθέντες, το 74% ανέφεραν ότι έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης. Όσον αφορά και τη δική μας έρευνα, από τα αποτελέσματα παρουσιάστηκε ότι κατά την εργασία τους, μόνο λίγοι επαγγελματίες (μόνο οι n=28, 7.3% στους N=386, 100.0%) έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια «για τη συντροφική/ συζυγική βία κατά των γυναικών», ενώ στο πρόγραμμα σπουδών τους, είναι περισσότεροι οι επαγγελματίες που είχαν μάθημα το οποίο κάλυπτε το αντικείμενο της συντροφικής / συζυγικής βίας(N=44, 11.4%) συγκριτικά με την παρακολούθηση σεμιναρίων κατά την εργασία τους(N=28, 7.3%).

- Σχετικά με τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σε θέματα συντροφικής βίας, ως προβλήματος δημόσιας υγείας παρατηρούμε:

Στην έρευνα των Kim, J., Motsei, M., που διεξήχθη στη Ν.Αφρική το 2002, για το Πανεπιστήμιο του Witwatersrand των ΗΠΑ, αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ξεκινήσει να επανακαθορίζουν την ενδοοικογενειακή βία ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τον τομέα υγείας. Επιπλέον, οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J.,

Doll, H., Thomas J., στην έρευνα που διεξήγαγαν το 2001 στην περιοχή Oxfordshire του Η.Β., αναφέρουν ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δέχονται ότι η ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι σημαντικό θέμα της ιατρικής περίθαλψης. Οι Groth, B., Chelmowski, MK., Batson, TP., που έγινε το 2001 στο Milwaukee, των Η.Π.Α., αναφέρουν ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα κυρίαρχο πρόβλημα με σημαντικές συνέπειες στην υγεία. Στην έρευνά μας, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=336, 87%) δέχονται ότι η συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Οι Groth, B., Chelmowski, MK., Batson, TP., στην έρευνά τους το 2001, αναφέρουν ότι οι ιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την κακοποίηση και τις παροχές υπηρεσιών στην κοινότητά τους και χρειάζεται να ενσωματώνουν προβλητικές ερωτήσεις για την ενδο-οικογενειακή βία στη βασική εκπαίδευσή τους. Στην παρούσα έρευνα αναδεικνύεται πως περισσότεροι επαγγελματίες υγείας (n=288, 74.6%) θεωρούν ότι ο επαγγελματικός κλάδος τους θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς. Στη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE που έγινε στο τμήμα υγιεινής κι επιδημιολογίας στην Ιατρική Σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών το 2003, σε απάντηση που έδωσαν οι ερωτώμενοι φοιτητές ιατρικής στην πρόταση ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια σε θύμα κακοποίησης, η απάντησή τους ήταν ουδέτερη, γεγονός που έδειξε ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε αυτό το θέμα σε μελλοντική εκπαίδευση. Βλέπουμε ότι αρκετοί (n=158, 40.9%) ερωτώμενοι και από την έρευνά μας πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας.

Οι Canadian Nurses Association το 1992 στο εγχειρίδιο τους που δημοσιεύτηκε στον Καναδά, αναφέρουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα σημειώσει μεγάλη διαφορά στη μακροχρόνια υγεία ενός θύματος. Επίσης, και σ' αυτήν την έρευνα η πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=314, 81.3%) δηλώνουν ότι η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση.

Οι Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J. στην έρευνα που διεξήγαγαν στο Πανεπιστήμιο Saint Louis στη σχολή Ιατρικής το 2005, αναφέρουν ότι οι φοιτητές και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται μια σταθερή προσέγγιση ώστε να αναπτύξουν τις κλινικές ικανότητες να μπορούν να ερευνούν και χειρίζονται περιπτώσεις συζυγικής βίας. Επιπλέον, οι Schenker, J. and Schmucl, E. στην έρευνα

που έκαναν στο University Medical Center στην Ιερουσαλήμ στο Ισραήλ το 1998, επισημαίνουν ότι οι ιατρικοί οργανισμοί έχουν την ευθύνη να εξασφαλίζουν ώστε οι καθοδηγήσεις για την αναγνώριση και διαχείριση της βίας να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται. Αρκετοί επαγγελματίες ($n=334$, 86.5%) από το δείγμα της έρευνάς μας συμφωνούν με την πρόταση ότι χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων που θα διαθέτονται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς.

Η Πενταράκη, Μ., 2004 α, παρουσιάζει πως για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών απαιτείται η στενή συνεργασία με ένα σύνολο από υπηρεσίες και η ενίσχυση της αλληλοδράσης τους. Στην δική μας έρευνα εμφανίζεται ότι κάποιοι ($n=179$, 46.4%) γνωρίζουν τους αρμόδιους φορείς που μπορούν να παραπέμψουν μια κακοποιημένη γυναίκα, ενώ κάποιοι άλλοι ($n=145$, 37.6%) τους αγνοούν.

Οι Chung, M., Wong, T., Yiu, J., στη μελέτη που έκαναν στο Χονγκ Κονγκ το 1996, επισημαίνουν ότι ένα πρωτόκολλο είναι απαραίτητο για την αναγνώριση από την αρχή των κακοποιημένων γυναικών. Οι Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP., Thompson RS στην έρευνά τους που πραγματοποίησαν στην Ουάσιγκτον, των Η.Π.Α. το 2000, αναφέρουν ότι παρά τον ταχύ πολλαπλασιασμό των περιγραφικών μελετών των επαγγελματιών υγείας και πρωτοκόλλων για την αναγνώριση και διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας, λίγα αξιόπιστα όργανα προσδιορίζουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές σε αυτή τη δουλειά. Η Πενταράκη, Μ., 2004 α, αναφέρει ότι παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων ($n=365$, 94.5%) ζητάει, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας.

Στην έρευνα των Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Umea της Σουηδίας το 2000, αναφέρεται ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν ασχολούνται με το πρόβλημα εξαιτίας των χρονικών περιορισμών. Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., στην έρευνά τους που έγινε στην περιοχή Oxfordshire του Η.Β. το 2001, αναφέρουν ότι η ενδο-οικογενειακή βία μάλλον θεωρείται ως ένα κοινωνικό πρόβλημα στο οποίο ο εργαζόμενος στην ιατρική περίθαλψη είναι ανίσχυρος να παρέμβει ή το θεωρεί χρονοβόρο. Στην παρούσα μελέτη ένας σημαντικός αριθμός ερωτώμενων ($n=111$,

28.7%) ομολογεί ότι δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζεται για την ενασχόληση με το θέμα.

- Σχετικά με τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ενασχόληση σε θέματα συντροφικής βίας παρατηρούμε:

Οι Ronnberg, AK., Hammarstrom, A., 2000 αναφέρουν τα εμπόδια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως αναφέρονται από το προσωπικό υγείας, ανάμεσα στα οποία είναι: η έλλειψη εκπαίδευσης, οι χρονικοί περιορισμοί, τα συναισθήματα μειωμένης ελπίδας και ανευθυνότητας, ο φόβος της αντεκδίκησης από το βίαιο σύζυγο. Οι Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., στην έρευνά τους στο Royal Australian College of General Practitioners της Νότιας Μεμβούρνης το 2000, παρουσιάζουν την έλλειψη εκπαίδευσης των γιατρών στον τομέα της οικογενειακής βίας ως ένα από τα εμπόδια που τους καθιστούν ανίσχυρους να ασχοληθούν με το πρόβλημα. Οι Kurz, D. and Stark, E. το 1988 στη μελέτη τους αναφέρουν ότι το προσωπικό χαρακτηρίζει όλες τις κακοποιημένες γυναίκες ότι κρύβονται και αποφεύγουν να αναλύουν το θέμα σε όλη του τη διάσταση. Επίσης, αναφέρουν ότι όταν η κακοποίηση αντιμετωπίζεται συμπτωματικά και η γυναίκα απλά στέλνεται σπίτι, τότε «τα ατυχήματα» συνεχίζονται. Η επαναλαμβανόμενη αναζήτηση βοήθειας στιγματίζει τις κακοποιημένες γυναίκες και η επιμονή τους παρεξηγείται ως πρόβλημα.

Οι Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group, 1998 αναφέρουν ότι η παρουσία του συντρόφου της γυναίκας στην κλινική επίσκεψη ίσως μειώνει την πιθανότητα να ερωτηθεί ιδιωτικά για πιθανή κακοποίηση. Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001 παρουσιάζουν ως αποτέλεσμα της έρευνάς τους και την έλλειψη γνώσεων των σχετικών υπηρεσιών για παραπομπή προς βοήθεια. Σύμφωνα με τη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, τα εμπόδια που παρουσιάστηκαν ότι αποθαρρύνουν το προσωπικό υγείας να ασχοληθεί με το ζήτημα της συντροφικής βίας είναι ο νόμος που δεν τους υποχρεώνει να το κάνουν και ο φόβος των νομικών επιπτώσεων. Στη δική μας έρευνα οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τα εμπόδια που μπορεί να τους αποθαρρύνουν στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών τους παρουσιάζονται ως εξής: Πολλοί (n=257, 66.58%) είναι εκείνοι που θεωρούν ότι οι χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας είναι ένας παράγοντας

παρεμπόδισής τους καθώς και η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων (n=284, 73.58%). Αρκετοί (n=314, 81.35%) τονίζουν ότι η έλλειψη κατάλληλων υποδομών τους αποθαρρύνει να ασχοληθούν με το θέμα. Κάποιοι (n=186, 48.19%) επισημαίνουν πως σημαντικό εμπόδιο είναι και η παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη καθώς οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων (n=160, 41.45%). Επιπλέον, φαίνεται ότι ορισμένοι (n=136, 35.23%) δεν ασχολούνται με το ζήτημα, αφού δεν εξαναγκάζονται από το νόμο. Σοβαρό εμπόδιο στη διεξοδική διερεύνηση της συντροφικής βίας απάντησαν (n=260, 67.36%) ότι είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας των εργαζομένων στο νοσοκομείο. Ακόμη, πολλοί συμφωνούν με την πρόταση ότι δεν πραγματοποιείται διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομείο. Πολλοί επισημαίνουν πως εμπόδια στη διερεύνηση της βίας είναι η απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάστασή της (n=232, 60.10%) ή/ και να συνεργαστεί μαζί τους (n=280, 72.54%). Το 1/5 (n=95, 24.61%) δηλώνουν πως φοβούνται την αντεκδίκηση από το σύντροφο της κακοποιημένης γυναίκας. Τέλος, το 33.16% (n=128) έχουν συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι στη ζωή της γυναίκας ακόμα και αν ασχοληθούν διεξοδικά με το πρόβλημά της.

Σύμφωνα με τους Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000, οι επαγγελματίες χρειάζεται να επιδεικνύουν και να αναρτούν αφίσες, φυλλάδια, εγχειρίδια για αυτό το θέμα στο χώρο αναμονής του νοσοκομείου ή να φορούν κονκάρδες, σήματα που να δείχνουν την εναντίωσή τους στη βία. Αυτό βοηθάει στην προθυμία των ασθενών να συζητήσουν για την κατάστασή τους. Επίσης, πρέπει να αποδέχονται ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και σεβασμός της αυτονομίας της ασθενούς ακόμα και αν δεν συμφωνούν με την απόφασή της και να κάνουν ερωτήσεις με άμεσο τρόπο, διότι οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά νιώθουν ανακουφισμένες όταν ερωτώνται, εφόσον γίνεται ευαίσθητοποιημένος χειρισμός των ερωτήσεων και δίνεται εγκυρότητα στην απάντησή τους από το γιατρό. Όπως παρουσιάστηκε από τη μελέτη του CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, και οι δυο ομάδες που συμμετείχαν στην έρευνα πριν την εκπαίδευση συμφώνησαν ότι υπάρχουν τρόποι για να ενθαρρύνουν ένα θύμα να ζητήσει βοήθεια ή ότι οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες από το προσωπικό του νοσοκομείου ίσως είναι απαραίτητες προκειμένου το θύμα να αποφασίσει τη βία που υφίσταται στη σχέση του. Όπως υποστηρίζουν οι Perttu, S. and Kaselitz, V., στο εγχειρίδιο τους που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Helsinki (Daphne II) το 2006 η εμπιστευτικότητα που εγγυώνται οι επαγγελματίες υγείας κατά τις επαγγελματικές τους συναντήσεις με τις

κακοποιημένες γυναίκες αποτελεί μια πολύ καλή βάση συζήτησης με τις γυναίκες αυτές για τις εμπειρίες τους. απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με τους τρόπους που μπορεί να ενθαρρύνουν μία ασθενή- θύμα κακοποίησης , ώστε να ζητήσει βοήθεια και να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας. Στην έρευνά μας φαίνεται ότι οι περισσότεροι (v=336, 87.05%) δηλώνουν ότι με τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς θα τις βοηθήσουν να συνεργαστεί μαζί τους και αρκετοί (v=334, 86.53%) τονίζουν πως χρειάζεται να κάνουν ερωτήσεις στις γυναίκες με ευαισθητοποιημένο χειρισμό. Κάποιοι (v=332, 86.01%) θεωρούν πως χρειάζονται οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες επαγγελματιών υγείας και ορισμένοι (v=325, 84.20%) ότι πρέπει να γίνεται επίδειξη & ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων. Ένα μέρος των ερωτώμενων (v=237, 61.40%) δηλώνουν ότι χρειάζεται να αποδέχονται πως δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και να σέβονται την αυτονομία της ασθενούς ακόμη και αν δε συμφωνούν με την απόφασή της.

- Σχετικά με τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με στερεότυπες αντιλήψεις για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δυο φύλων γενικότερα παρατηρούμε:

Σύμφωνα με τους Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J., 2001, μια στερεότυπη αντίληψη που επικρατεί και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι ότι στις βίαιες σχέσεις η ευθύνη ανήκει και στους δύο συντρόφους. Επιπλέον, όπως παρουσιάζει το CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003, στα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά την πρόταση ότι στις βίαιες σχέσεις, η ευθύνη ανήκει και στους δυο συντρόφους, οι φοιτητές της εκπαιδευόμενης ομάδας αποδείχθηκε ότι διαφωνούν με τη συγκεκριμένη πρόταση. Σύμφωνα με τους Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J., 2001, μια στερεότυπη αντίληψη που επικρατεί και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι ότι η συντροφική βία είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού. Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε πως το 9,3% συμφώνησαν με την παραδοσιακή άποψη ότι μια οικογενειακή υπόθεση είναι προσωπικό θέμα και οι άλλοι δεν θα πρέπει να παρεμβαίνουν. Ακόμη περισσότερες νοσηλεύτριες (57,3%) συμφώνησαν ότι «ακόμα κι ένας καλός δικαστής δεν μπορεί να επιδικάσει μια οικογενειακή διαμάχη». Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε ότι το 45% των νοσηλευτριών συμφώνησαν ότι η οικογενειακή μονάδα πρέπει να διατηρηθεί πάση θυσία. Σε έρευνα των Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996 παρουσιάστηκε πως το 1/3 των νοσηλευτριών συμφώνησε ότι η συζυγική

κακοποίηση κυρίως συνέβαινε σε οικογένειες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης. Στην παρούσα έρευνα βλέπουμε ότι είναι αρκετοί ($n=220$, 57.0%) οι ερωτώμενοι που διαφωνούν με τη δήλωση ότι στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, αν και είναι αξιοσημείωτος και ο αριθμός($n=120$, 31.1%) εκείνων οι οποίοι θεωρούν πως η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους, γεγονός που δείχνει ότι έχουν λανθασμένη αντίληψη για το θέμα. Επίσης, οι περισσότεροι ($n=302$, 78.2%) είναι εκείνοι που διαφωνούν με τη δήλωση η οποία τονίζει ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι, παρουσιάζοντας έτσι τη σωστή αντίληψή τους για το θέμα. Το 1 / 4 περίπου των ερωτώμενων($n=95$, 24.6%) πιστεύουν ότι η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία, γεγονός που αποδεικνύει ότι κάποιοι κατέχονται από λανθασμένη αντίληψη για το θέμα. Τέλος, λιγότερο από το 1/3 του δείγματος ($n=115$, 29.8%), πιστεύουν ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων, δείχνοντας την άγνοια τους για το θέμα.

Οι Kurz, D. and Stark, E. το 1988 σε παρουσίαση της μελέτης Philadelphia, επισημαίνουν πως κάποιοι από το προσωπικό νιώθουν άβολα με το θέμα της βίας κατά των γυναικών ή άλλοι θεωρούν τα ερωτήματα γύρω από την κακοποίηση σαν εισβολή στις προσωπικές υποθέσεις και ότι δεν είναι δική τους δουλειά αυτό. Οι Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000 αναφέρουν πως ο φόβος ότι οι επαγγελματίες υγείας θα προσβάλουν τις ασθενείς ρωτώντας τις ίδιες για ένα θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» είναι ένα από τα εμπόδια που καθιστά ανίσχυρους τους επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με το θέμα. Επιπλέον οι ίδιοι παρουσιάζουν την αντίληψη συχνά των γυναικών γιατρών, ότι το να ασχοληθούν με θέματα οικογενειακής βίας των ασθενών θα εκθέσει το δικό τους φόβο απέναντι στην κακοποίηση και τη δική τους έλλειψη ελέγχου προς αυτό το θέμα. Οι Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001 αναφέρουν πως πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν άβολα να συζητούν με τις ασθενείς για καταστάσεις συντροφικής βίας. Στη δική μας έρευνα παρουσιάζεται ότι το 32.21% ($n=124$) αισθάνονται ότι θα προσβάλουν τις ασθενείς τους αν κάνουν ερωτήσεις για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό. Το 33.51% ($n=129$) θεωρούν ότι η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα. Ακόμη, το 36.36% ($n=140$) νιώθουν άβολα να διερευνούν διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις της παρούσας μελέτης αποτελούν τη συγκέντρωση και παρουσίαση προτεινόμενων λύσεων από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση άλλων ερευνών της επιστημονικής κοινότητας, οι οποίες εστιάζουν κυρίως στο ρόλο του συστήματος ιατρικής περίθαλψης και των οργανισμών υγείας, στη διερεύνηση-αναγνώριση της συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας, στη διεπιστημονική συνεργασία, στη δημιουργία πρωτοκόλλων, στην πρόληψη, στην επιμόρφωση-εκπαίδευση των φοιτητών και των επαγγελματιών, στις ευθύνες των επαγγελματιών και στην περαιτέρω έρευνα που χρειάζεται να γίνει στο θέμα.

- Ρόλος του συστήματος ιατρικής περίθαλψης και των οργανισμών υγείας

Έχει παρατηρηθεί πως οι επίσημοι επαγγελματικοί οργανισμοί στο χώρο της υγείας αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τη βία από το σύντροφο ως πρόβλημα υγείας και ζητούν κλινική διαμεσολάβηση καθώς και θεσμικές αλλαγές ώστε να μπορέσουν να παράσχουν καλύτερη περίθαλψη προς τις κακοποιημένες γυναίκες(Campbell, J.,2001). Όμως, δεν υπάρχουν απλές λύσεις στο πρόβλημα της οικογενειακής βίας κι όπως και στα άλλα θέματα δημόσιας υγείας, πρέπει να αντιμετωπιστεί σε όλα τα επίπεδα του συστήματος ιατρικής περίθαλψης(Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Το σύστημα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να παίζει ένα ουσιαστικό ρόλο στον εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται βία καθώς και στην αντιμετώπιση της βίας, αφού οι σωματικές συνέπειες από την άσκηση συντροφικής βίας μπορεί να φέρουν τις κακοποιημένες γυναίκες σε επαφή είτε με κάποιο νοσοκομείο είτε με κάποιο κέντρο υγείας. Επίσης, το σύστημα ιατρικής περίθαλψης μπορεί να δράσει ως παραπεμπτικός φορέας σε άλλες υπηρεσίες (Πενταράκη, Μ.,2003).

Θεωρείται σημαντικό να εντοπίζονται ομάδες υψηλού κινδύνου στις κλινικές και να αναπτύσσονται διάφορα υποστηρικτικά μέτρα, όπου θα παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τη βία στην οικογένεια και τις επιπτώσεις της στα άτομα κι επίσης, είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες-θύματα συντροφικής βίας να βοηθούνται στην συζήτηση και δημοσιοποίηση των εμπειριών τους. Έτσι θα δίνεται η ευκαιρία να εντοπίζεται η βία και να αντιμετωπίζεται σε αρχικό στάδιο. Επιπλέον, η διερεύνηση της συντροφικής βίας θα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας των κλινικών(Perttu and Kaselitz, 2006).

Παράλληλα, οι ιατρικοί οργανισμοί πρέπει να πιέζουν για κατανομή περισσότερων πηγών βοήθειας και για έρευνα στον τομέα της οικογενειακής βίας εναντίον των γυναικών. Έχουν την ευθύνη να εξασφαλίζουν ώστε οι καθοδηγήσεις για την αναγνώριση και διαχείριση της βίας να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται (Schenker, J., SchmueI, E., 1998). Επιπρόσθετα, οι υγειονομικές υπηρεσίες έχουν καθήκον να βοηθούν τα θύματα που ζητούν βοήθεια και γι' αυτό χρειάζεται να γίνουν χώρος υποδοχής που προσφέρει στις γυναίκες δραστικά μέτρα αντί να είναι άλλο ένα εμπόδιο στην προσπάθεια των γυναικών να αλλάξουν την κατάστασή τους (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

- Απαραίτητη η διερεύνηση-αναγνώριση της συντροφικής βίας

Γρήγορη αναγνώριση των περιστατικών γυναικών που υφίστανται βία και κατάλληλη παρέμβαση με αναφορές στις τοπικές υπηρεσίες μπορούν να σώσουν ζωές (Groth, B., Chelmsowski, MK., Batson, TP., 2001). Γενικότερα, υποστηρίζεται περισσότερο η διερεύνηση ώστε να γίνει κυρίως ευκολότερο για τις κακοποιημένες γυναίκες να ζητήσουν βοήθεια. Η πεποίθηση ότι η διερεύνηση θα καθιστούσε ευκολότερη τη λήψη βοήθειας από τις κακοποιημένες γυναίκες υπονοεί ότι με την απαραίτητη προσοχή στην εχεμύθεια και στην εμπιστοσύνη, η διερεύνηση είναι η κατάλληλη τακτική για τους επαγγελματίες στο περιβάλλον της ιατρικής περίθαλψης (Campbell, J., 2001).

Οι φοιτητές και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται μια σταθερή προσέγγιση ώστε να αναπτύξουν τις κλινικές ικανότητες να μπορούν να ερευνούν για τη βία. Επιπλέον, χρειάζεται να ενσωματώσουν τη διερεύνηση για τη συζυγική βία σε παρακολούθηση ρουτίνας όλων των ασθενών (Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005). Ο Οργανισμός Πρόληψης Οικογενειακής Βίας προτείνει τη διερεύνηση όλων των γυναικών ασθενών, άσχετα από την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων ή σημάδιων κακοποίησης κι άσχετα από το εάν ο επαγγελματίας υποψιάζεται ότι έχει συμβεί η κακοποίηση. Για να θεωρηθεί μέρος της ιατρικής περίθαλψης, η διάγνωση ή η αναγνώριση της συντροφικής βίας θα πρέπει να οδηγεί στη βοήθεια, η οποία στην υπόθεση αυτή απαιτεί πάντα τη δράση από πολλά επαγγέλματα και διάφορους τομείς (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002). Σύνδεσμοι με υπηρεσίες που παρέχουν βοήθεια στα θύματα θα αυξήσουν την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών στην ικανότητά τους να παρεμβαίνουν και συνεπώς, θα αυξηθεί και η διερεύνηση (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

- Χρήσιμη η διεπιστημονική συνεργασία

Οι αρνητικές επιπτώσεις των βίαιων καταστάσεων δεν έχουν μόνο άμεση επίδραση στην υγεία αλλά επηρεάζουν όλες τις πλευρές της ζωής μιας γυναίκας που έχει υποστεί συντροφική βία. Καμία υπηρεσία δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα μόνη της. Έτσι, η έμφαση δίνεται σε ποικίλες επαγγελματικές ομάδες και στην ενδο-τομεακή βοήθεια. Βοήθεια κι από άλλα επαγγέλματα θα είναι πιο αποτελεσματική να δώσει την κοινωνική υποστήριξη και να βελτιώσει τη βοήθεια κοινωνικής πρόνοιας προς τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία, καθώς και στις οικογένειές τους (Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

Όλες οι ομάδες επαγγελματιών που συμμετέχουν (νομικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι πνευματικής υγείας) χρειάζεται να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες στον ιατρικό χώρο όχι μόνο ικανοποιώντας τις ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών, αλλά επίσης ικανοποιώντας και τις ανάγκες εκείνων που κάνουν τη διερεύνηση (Davis, R., Harsh, K., 2001).

Διεπιστημονική προσέγγιση χρειάζεται για να υποστηριχτούν τα θύματα και χρειάζεται επένδυση κεφαλαίων στην εκπαίδευση και την έρευνα, ώστε να ενημερωθούν οι επαγγελματίες υγείας για την καλύτερη πρακτική (Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Ακόμη, τα θέματα της ενδο-οικογενειακής βίας απαιτούν τη συνεργασία μεταξύ της τοπικής αυτοδιοίκησης και των κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών πρόνοιας και την ανάπτυξη ενός δικτύου. Η χρησιμοποίηση της δικτύωσης ως μεθόδου γνώσης κι εμπειρίας των επαγγελματιών διαφορετικών επιστημονικών ειδικοτήτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στον αγώνα κατά της βίας (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006). Οι υπηρεσίες υγείας, οι τοπικές αρχές και η αστυνομία χρειάζεται να συντονίσουν τις ενέργειές τους σε αυτό το θέμα (Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002).

- Αναγκαιότητα για δημιουργία πρωτοκόλλων

Μια καλή λύση θα αποτελούσε η συνυπογραφή ενός πρωτοκόλλου συνεργασίας, σε ετήσια βάση ή κατά περιοχή. Δικηγόροι (συνήγοροι), ανακριτές, εισαγγελείς, αστυνομικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, «πρώην» θύματα ή δράστες, ομάδες αυτοβοήθειας, εθνικά κέντρα πληροφόρησης και συλλογής στοιχείων, ερευνητικά ινστιτούτα, τοπικοί φορείς, μη-κυβερνητικοί οργανισμοί και εθελοντές θα μπορούσαν

να ενταχθούν σε ένα ενιαίο(εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο) πρόγραμμα, αναγορεύοντας έναν κοινό συντονιστή(Πανούσης, Γ.,1993).

Τα επαγγελματικά πρωτόκολλα είναι ανεπαρκή να αντιμετωπίσουν τα πολυπαραγοντικά θέματα της ενδοοικογενειακής βίας. Συνεπώς, πρέπει να θεσπιστεί ένα πρωτόκολλο για τους επαγγελματίες υγείας των τμημάτων ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών που θα βοηθήσει στην αναγνώριση των κακοποιημένων γυναικών(Chung, M., Wong, T., Yiu, J., 1996). Είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να αφορούν διαδικασίες σχετικά με την καταγραφή των περιστατικών βίας, για νομικούς, ιατρικούς και στατιστικούς λόγους, ζητήματα νομικά, δεοντολογίας και προστασίας του απορρήτου και πληροφόρηση για υπηρεσίες όπου είναι δυνατή η παραπομπή(Πενταράκη, Μ., 2003).

- Αναγκαία η πρόληψη στο θέμα

Δεν αρκεί η επικέντρωση στην τεχνική εκπαίδευση ή στη σεξιστική προκατάληψη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ή στο πως και από ποιόν μοιράζεται / κατανέμεται η ιατρική περίθαλψη. Αντί αυτού πρέπει να εξεταστούν η δομή και ο σκοπός των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών περικλείοντας την υπόθεση ότι μια επέκταση των κοινωνικών υπηρεσιών για τις κακοποιημένες γυναίκες είναι μια επαρκή απάντηση στα προβλήματα που βασίζονται στην ανισότητα. Ενώ η αντίδραση σε καταστάσεις κρίσεων θα πρέπει να βελτιωθεί, η πρόληψη της κακοποίησης απαιτεί τον επαναπροσδιορισμό της υγειονομικής φροντίδας(Kurz, D. and Stark, E., 1988).

Οι εργαζόμενοι στην ιατρική περίθαλψη μπορεί να αποτελέσουν το μοναδικό σημείο επαφής μέσω του οποίου οι κακοποιημένες γυναίκες μπορούν να έχουν πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και στο νομικό σύστημα. Χρειάζεται πρώτοι να υιοθετούν μια μη επικριτική στάση απέναντι στις γυναίκες και να αποφεύγουν οποιαδήποτε κατηγορία προς το θύμα. Δεν πρέπει να είναι επιφυλακτικοί από το να ρωτούν τις ασθενείς για τη σωματική ή την ψυχολογική κακοποίηση, αφού οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά προθυμοποιούνται να συζητούν αυτά τα θέματα μαζί τους. Αλλά και στη δημόσια σφαίρα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υποστηρίζουν τις κοινωνικές αλλαγές και τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εστιάζουν στην πρόληψη της βίας(Schenker, J., Schmucl, E., 1998).

Όμως μεγάλης αξίας είναι και η πρωταρχική πρόληψη, η οποία πρέπει να εστιάζεται στις αντιλήψεις ή συμπεριφορές που οδηγούν στη θυματοποίηση των γυναικών. Χρειάζεται να διδάσκεται στα παιδιά ο καλύτερος δυνατός τρόπος, ώστε να χειρίζονται το θυμό και την αντιπαράθεση χωρίς βία. Μπορεί να δίνεται έμφαση σε αναπτυξιακούς παράγοντες και να μελετάται η επίδραση που έχει η έκθεση των παιδιών στη βία και στην κακοποίηση πάνω στη μετέπειτα διάπραξη βίας και στη θυματοποίηση. Επιπλέον, χρειάζεται να ερευνηθούν τρόποι για να επηρεάζονται οι κοινωνικές νόρμες γύρω από τη βία (π.χ. αντιλήψεις σχετικά με την αποδοχή της ανδρικής βίας κατά των γυναικών). Καθώς βελτιώνεται η ικανότητα να αναγνωρίζονται οι παράγοντες κινδύνου, μπορούν να χρησιμοποιούνται αυτές οι πληροφορίες για να αναπτυχθούν προληπτικές στρατηγικές. Σε ακολουθία της πρωταρχικής πρόληψης, πρέπει, επίσης, να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της αναγνώρισης και αντίδρασης απέναντι στη βία αφού συμβεί (Saltzman, L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., 2000).

- Απαραίτητη η επιμόρφωση-εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται εκπαίδευση πάνω σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, παρόλο που η εκπαίδευση στην ενδοοικογενειακή βία είναι ανεπαρκής. Οι περισσότεροι, όμως άνθρωποι εντός και εκτός του επαγγελματικού χώρου της υγείας υποθέτουν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας. Η πραγματικότητα είναι ότι «υπάρχει αμεροληψία για την κακοποίηση να παραμένει αναγνωρίσιμη από τους ειδικούς ακόμα και σε «μακροπρόθεσμες θεραπείες». Αν και τα τρέχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα προωθούν εκπαίδευση και εμπειρία σε θέματα κακοποίησης, με το αποτέλεσμα των νέων επαγγελματιών υγείας, φαίνεται ότι συχνά εκπαιδεύονται ανεπαρκώς στον τρόπο σχεδιασμού κατάλληλων παρεμβατικών πλάνων (Zorza, J., 1996).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται επίσης στα πλαίσια του συστήματος υγείας μπορούν να παίξουν έναν ουσιαστικό ρόλο ως προς την κατεύθυνση της επιμόρφωσης για να καταστεί ικανό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στη διάγνωση και στον εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται βία (Πενταράκη, Μ., 2003).

Υπάρχει και η επείγουσα ανάγκη για κατανόηση στις ζωντανές εμπειρίες των εργαζομένων και το διττό περιεχόμενο των ρόλων τους ως επαγγελματιών και ως μελών της κοινότητας, πριν προωθηθεί η εκπαίδευσή τους ως μια αποτελεσματική στρατηγική για ενασχόληση με τη βία μεταξύ των δύο φύλων (Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., 2001).

Η εκπαίδευση πρέπει να επικεντρωθεί στα εμπόδια που υπάρχουν στο να ρωτούν για την οικογενειακή βία, συμπεριλαμβάνοντας τις αρνητικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα θύματα. Το προσωπικό που έχει υποστεί οικογενειακή βία ίσως απαιτήσει ιδιαίτερη φροντίδα (Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Η εκπαίδευση πάνω στο θέμα πρέπει να είναι υποχρεωτική κατά τη διάρκεια των σπουδών και στα προγράμματα των νοσοκομείων και να προσφέρεται ως μέρος της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης. Πρέπει να εστιάσει στη διόρθωση των εσφαλμένων αντιλήψεων για την ενδοοικογενειακή βία και να παρέχει συγκεκριμένα εργαλεία διερεύνησης (Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

Η δυνατότητα εποπτείας πρέπει να θεωρείται αυτονόητη για κάποιον που εργάζεται σε επαγγέλματα φροντίδας και πρόνοιας του ανθρώπου. Ακόμη περισσότερο αναγκαία θα πρέπει να θεωρείται ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν περιστατικά βίας. Επιπρόσθετα, στην επαγγελματική τους εκπαίδευση, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν ειδικό συμπληρωματικό πρόγραμμα σχετικά με τις μεθόδους στην πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια (Perttu, S. and Kaselitz, V., 2006).

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της κακοποίησης και η ανάπτυξη του εθνικού Δικτύου κατά της κακοποίησης των γυναικών είναι απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να αξιολογηθεί το μέγεθος αυτού του φαινομένου. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας γύρω από αυτό το θέμα και η αυξημένη ευαισθητοποίηση του κοινού θα οδηγήσει στον τελικό στόχο ο οποίος θα πρέπει πάντα να είναι η «μηδενική ανοχή» για την κακοποίηση από το σύντροφο (CE.RE.PR.I-Program DAPHNE, 2003).

Εκτός από τις γνώσεις χρειάζεται να εξεταστεί και ο συναισθηματικός τομέας της κακοποίησης. Θα ήταν χρήσιμο να βοηθηθούν οι εργαζόμενοι στα ιατρικά επαγγέλματα να επεξεργαστούν τα προσωπικά συναισθήματα και τις συγκρούσεις σχετικά με την κακοποίηση. Επίσης, στρατηγικές συμβουλευτικής και τεχνικές συνεντεύξεων θα ήταν καλύτερο να δοθούν μέσω μιας επίσημης, διατομεακής εκπαίδευσης. Οι συνεχιζόμενες διατομεακές προσεγγίσεις είναι απαραίτητες και στο χώρο εργασίας (Davis, R., Harsh, K., 2001). Τέλος, καθώς οι εκδηλώσεις της βίας από το σύντροφο αγγίζουν όλες τις ειδικότητες στο χώρο υγείας, ενισχύεται η ανάγκη όλοι οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται στη διερεύνηση, την παρέμβαση και

την παροχή υποστήριξης προς τα θύματα της βίας(Hoffstetter,S., Blaskiewicz, R., Furman, G. and McCabe, J., 2005).

- Η ευθύνη των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι μια γέφυρα προς τις υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα εάν είναι εξειδικευμένοι με τις κατάλληλες υπηρεσίες παραπομπής μέσα στο νοσοκομείο και στην ευρύτερη κοινότητα(Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., 2000).

Συνοπτικά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ηθική υποχρέωση να καταγράφουν και να θεραπεύουν περιπτώσεις σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, διατηρώντας ωστόσο την εμπιστευτικότητα των γυναικών. Χρειάζεται να διαβεβαιώνουν τις γυναίκες και τους άνδρες που τις κακοποιούν, ότι αυτή η κακομεταχείριση δεν είναι αποδεκτή κάτω από οποιοδήποτε συνθήκες (Schenker, J., Schmucl, E., 1998). Ακόμη, θα πρέπει να επαγρυπνούν ιδιαίτερα εάν η γυναίκα παρουσιάζει κάποιο από τα κλινικά συμπτώματα για την ανίχνευση της συντροφικής βίας(Schraiber, L., d' Oliveira, A., 2002).

Πιο συγκεκριμένα, από την πλευρά των ειδικών στο χώρο υγείας χρειάζεται εξατομικευμένη προσέγγιση, ιδιαίτερη προσοχή και σεβασμός προς τα εμπλεκόμενα μέλη (θύτη και θύμα), ειδική και διαρκής εκπαίδευση, συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές, τις ανάλογες υπηρεσίες και τους ειδικούς, σε συνεργασία με γυναικείες οργανώσεις, συνεργασία με εθελόντριες που έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα, δωρεάν παροχή υπηρεσιών στις μονάδες στήριξης και βοήθειας, υψηλό αίσθημα ευθύνης, τήρησης κανόνων δεοντολογίας, σεβασμό του απορρήτου, καταστολή των προσωπικών τους προκαταλήψεων και τέλος σωστή ακρόαση και αποφυγή αξιολογικών κρίσεων και σχολίων(Μαρίνου, E., 2003).

Τέλος, οι επαγγελματίες έχουν την επιπρόσθετη ευθύνη να αναζητήσουν και να φέρουν βοήθεια στα θύματα βίας όσο αυτά βρίσκονται υπό την επαγγελματική τους ευθύνη(Perttu,S.and Kaselitz,V.,2006). Απαιτείται να είναι εξοικειωμένοι με την κακοποίηση και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στην κοινότητά τους και χρειάζεται να ενσωματώνουν διαγνωστικές ερωτήσεις για την ενδοοικογενειακή βία στη βασική εκπαίδευσή τους(Groth, B., Chelmoski, MK., Batson, TP., 2001).

- Αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα στο θέμα

Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να διερευνηθεί η έκταση της βίας των γυναικών στην οικογένεια παρουσιάζοντας την στους ειδικούς και να ερευνηθεί ο τρόπος που μπορεί να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα(Peltzer, K., Mashego TA, Mabebe M., 2003).

Από μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι θα ήταν πρόωρο να εισαχθεί ένα πρόγραμμα διερεύνησης για συντροφική βία στο ιατρικό περιβάλλον. Για να βασιστεί η πολιτική περίθαλψης για τη συντροφική βία πάνω σε στοιχεία ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, χρειάζεται να απαντηθούν ακόμη αρκετές ερευνητικές ερωτήσεις. Ειδικά οι χρηματοδότες των ερευνητών χρειάζεται να δώσουν προτεραιότητα σε ελεγχόμενες δοκιμές παρεμβάσεων στο ιατρικό περιβάλλον, ώστε να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους για τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Τα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της διερεύνησης δεν πρέπει να ερμηνευτούν ως άρνηση της συντροφικής βίας ως σημαντικού ζητήματος για τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας(Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., 2002). Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν εάν οι πολυδιάστατες στρατηγικές παρέμβασης θα βελτιώσουν τα ποσοστά διερεύνησης (Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., 2002).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας είναι κεντρικός όσον αφορά τη διερεύνηση και τη στήριξη των ασθενών- θυμάτων συντροφικής βίας. Όμως, όπως έχει επισημανθεί, πολλοί παράγοντες εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν τη δουλειά τους αποτελεσματικά. Είναι φανερό ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα, ώστε να προσδιοριστούν περαιτέρω τα ζητήματα αυτά. Μόνο τότε οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε πραγματική θέση να αντιμετωπίσουν στρατηγικά αυτό το ευαίσθητο κοινωνικό και υγειονομικό ζήτημα(Corbally, M,2001). Ο Οργανισμός Πρόληψης της Βίας προειδοποιεί, όμως, ότι αφού η βία υπάρχει σε όλους τους χώρους, η έρευνα πρέπει να εστιάσει στην αποτελεσματικότητα των πολιτικών διερεύνησης. Τέτοια έρευνα θα πρέπει να προσδιορίζει εάν υπάρχει αρνητική επίδραση από τη διερεύνηση και εάν η διερεύνηση μπορεί να απειλήσει την ασφάλεια της γυναίκας. Θα πρέπει επίσης να προσδιοριστεί ο τρόπος που το ιστορικό κακοποίησης μιας γυναίκας επηρεάζει τις απαντήσεις της στις ερωτήσεις διερεύνησης(Saltzman,L., Green, Y., Marks, J.,Thacker, S., 2000).

Στόχος όλων των φορέων, εκτός από το να βοηθούν στην αντιμετώπιση της κρίσης και των συνεπειών της κακοποίησης είναι η ενημέρωση, πληροφόρηση και

προσπάθεια κοινωνικής αλλαγής. Στόχοι, μακροπρόθεσμοι που όμως θα συμβάλλουν κατά πολύ στην ουσιαστική καταπολέμηση της εκμετάλλευσης και κακοποίησης των γυναικών εντός του οίκου. Έτσι, αναγνωρίζεται πλέον διεθνώς ότι καθήκον των εμπλεκόμενων φορέων εκτός από την αποκατάσταση και ενημέρωση πρέπει να αποτελεί και η προστασία των γυναικών. Προκειμένου όμως να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, απαραίτητη είναι η δικτύωση των φορέων, η αποδοτική συνεργασία, η συνεχής εκπαίδευση, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ειδικών αλλά και του κοινού και, τέλος, ο εποικοδομητικός διάλογος όλων όσων εμπλέκονται στους διάφορους μηχανισμούς καταπολέμησης της βίας(Μαρίνου, Ε., 2003).

Οι Επαγγελματικές Ενώσεις των εμπλεκόμενων επαγγελματιών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά προς την κατεύθυνση υλοποίησης των προτάσεων. Ο Ιατρικός Σύλλογος, η Πανελλήνια Ένωση Νοσηλευτών / τριών και ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας μπορούν να πιέσουν προς αυτήν την κατεύθυνση, αρκεί να πειστούν και οι ίδιοι γι' αυτήν την αναγκαιότητα. Σημαντικό ρόλο μπορούν να παίξουν οι κοινωνικοί/ες λειτουργοί αφού ως ειδικότητα είναι εκπαιδευμένοι/ες να προσεγγίζουν πιο ολιστικά τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Επίσης, σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν οι κοινωνικοί/ες λειτουργοί μέσα από διεπιστημονικές ομάδες στις οποίες είναι μέλη εντοπίζοντας και προβάλλοντας την αναγκαιότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αρτινοπούλου, Β., (2006). *Ενδοοικογενειακή κακοποίηση γυναικών*, Παράρτημα νέου Ν 3500/2006, ΦΕΚ 232/Α/24-10-2006 και αιτιολογική έκθεση του νόμου, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Βλάχου, Β., (2004). «Ποινική δικαιοσύνη και θύμα-Η περίπτωση της βίας έναντι των γυναικών στο πλαίσιο της οικογένειας: Μια σύντομη ανασκόπηση», *Ποινική Δικαιοσύνη*, 66, 86-89.
- Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας(2005). *Ενδοοικογενειακή βία-Ποσοτική ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στις γυναίκες-θύματα βίας μέσα στην οικογένεια, οι οποίες απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα(Αθήνας-Πειραιά) της Γενικής Γραμματείας Ισότητας*, Αθήνα, Γ.Γ.Ι.-Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2-3.
- Γ.Γ.Ι-Γενική Γραμματεία Ισότητας(2002). «Κι όμως...μπορείς να ζεις ελεύθερη από το φόβο της βίας», Αθήνα, Γ.Γ.Ι.-Γενική Γραμματεία Ισότητας.
- Cohen, L., Manion L., (1994). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, μετ. Μητσοπούλου, Χ., Φιλοπούλου, Μ., Αθήνα, ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ(για την ελληνική γλώσσα), 122-151.
- ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑ(2004). «Είναι στο χέρι όλων μας. Να σταματήσουμε τη βία κατά των γυναικών», Περίληψη, Αθήνα, Διεθνής Αμνηστία-Ελληνικό Τμήμα.
- Ευρωπαϊκές Κοινότητες(2000). «Σπάζοντας τη σιωπή». Ευρωπαϊκή Εκστρατεία κατά της βίας στην οικογένεια, Λουξεμβούργο, Υπηρεσία Επισήμων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 3-4.

- ΕΛΓ-Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών(2003). *Προς ένα κοινό ευρωπαϊκό πλαίσιο για τον έλεγχο της προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών*, Προτάσεις για ένα πλαίσιο πολιτικής και δεικτών στον τομέα των πόρων, της νομοθεσίας, της δικαιοσύνης, των κέντρων υποδοχής και λοιπών υπηρεσιών, της κατάρτισης των επαγγελματιών, της κοινωνίας των πολιτών, της συλλογής στοιχείων και της πρόληψης καθώς και της μελέτης των περιστατικών ως μοντέλων καλών πρακτικών, Ευρωπαϊκό Κέντρο προώθησης πολιτικών για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών του ΕΛΓ, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 10-11.
- Gradin, A., (2000). «Βία κατά των γυναικών-Θέμα προτεραιότητας στην Πολιτική Ατζέντα», στο ΚΕΘΙ, Σπάζοντας τη σιωπή. Πρακτικά Συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000, Ζάππειο, Αθήνα, ΚΕΘΙ, 17-20.
- Ζαφειράτου, Χ., (2005). «Βία κατά των γυναικών: Ερμηνευτικές θεωρίες και προτάσεις για δράση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 90, 102-108.
- ΚΕΘΙ(2000). «Σπάστε τη Σιωπή», Έντυπο στα πρακτικά συνεδρίου 15-16 Ιουνίου 2000, Ζάππειο, Αθήνα, ΚΕΘΙ.
- ΚΕΘΙ(2003). *Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα*, Αθήνα, ΚΕΘΙ.
- Μαρίνου, Ε., (2003). *Η κοινωνική ταυτότητα των κακοποιημένων γυναικών*, Μεταπτυχιακή διατριβή, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών: Κοινωνικός αποκλεισμός, μειονότητες και φύλο, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Μουζακίτης, Χ., (1989). «Συζυγική βία. Αιτιολογία-Επιπτώσεις-Παρέμβαση», *Κοινωνική εργασία*, 16 , 217-227.

- Μπιλανάκη, Ε., (2004). «Ενδοοικογενειακή βία: Μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 86, 98-101.
- Μπιλανάκης, Ν., (2003). «Ενδοοικογενειακά κακοποιημένες γυναίκες: συμπεριφορικά χαρακτηριστικά», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 84, 151-160.
- Μπουγάδη, Σ., (2004). «Η ενδο-οικογενειακή βία και η αντιμετώπισή της στις Η.Π.Α», *Ποινική Δικαιοσύνη*, 66, 90-96.
- Μπουρή, Γ., (1993). «Ίδρυση του ξενώνα κακοποιημένων γυναικών Δήμου Αθήνας», στο Αλτάνης, Π.(επιμ.), *Κοινωνικές υπηρεσίες στην τοπική αυτοδιοίκηση*. Πρακτικά εισηγήσεων συνδιάσκεψης και πανελληνίου σεμιναρίου ΣΚΛΕ και ΤΕΔΚΝΑ στο Ηλιακό Χωριό Δήμου Πεύκης, 26-27-28 Μαρτίου 1993, Αθήνα, ΣΚΛΕ, 347-348.
- Πανούσης, Γ., (1993). «Εγχειρίδιο για τους επαγγελματίες που παρεμβαίνουν σε υποθέσεις ενδο-οικογενειακής βίας. Μια πρώτη προσέγγιση», *Κοινωνική Εργασία*, 29, 27-33.
- Παπαμιχαήλ, Σ., (2002 α). «Κοινωνικός αποκλεισμός και κακοποιημένη γυναίκα: Η μοναξιά του θύματος», στο Παπαδοπούλου, Δ.(επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός για τους ανθρώπους που παραμερίζουμε...*, Εισηγήσεις τριήμερου συνεδρίου στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, 16-17-18 Μαΐου 1999, Αθήνα, Αρμός, 307-316.
- Παπαρρήγα-Κωσταβάρα, Κ., (2004). *Πρώτη εθνική έκθεση της Ελλάδας*, Εθνικό Παρατηρητήριο για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών, Διδακτορικό Υλικό για τα μαθήματα 'Πολιτικές Ισότητας των Φύλων', Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Εργαστήριο Σπουδών Φύλου και Ισότητας, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

- Πενταράκη, Μ., (2003). *Έκταση, μορφές και συνέπειες της βίας που υφίστανται οι έφηβες, μαθήτριες λυκείου, στις συντροφικές τους σχέσεις*, Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας-Τομέας Εγκληματολογίας, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Πενταράκη, Μ., (2004 α). «Σωματικές συνέπειες της συντροφικής βίας σε γυναίκες και η αναγκαιότητα παρέμβασης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης», *Κοινωνική Εργασία*, 74, 101-114.
- Perttu, S. and Kaselitz, V., (2006). Εγχειρίδιο με τίτλο «Καλές πρακτικές στην ανίχνευση θυμάτων βίας στις συντροφικές σχέσεις σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης και παιδιά», Πρόγραμμα Δάφνη II (Daphne II), Πανεπιστήμιο του Helsinki, Palmenia Centre for Training and Continuing.
- Σαριδάκη, Β., (2000). «Η ενδοοικογενειακή βία με επίκεντρο τη βία κατά της γυναίκας», στο Δασκαλάκη, Η., Παπαδοπούλου, Π., Τσαμπαρλή, Δ., Τσίγκανου, Ι. και Φρονίμου, Έ.(επιμ.), *Εγκληματίες και θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα*. Αφιέρωμα στη μνήμη Ηλία Δασκαλάκη, Αθήνα, ΕΚΚΕ-Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 207-216.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α., (2004). *Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Αθήνα, Βήτα, 126-137.
- Τούτση, Χ., (1981). *Λεξικό των Κοινωνικών Επιστημών*, Αθήνα, 67.
- Τριανταφυλλίδου, Τ., (1986). «Κακοποιημένες Γυναίκες, μια σύγχρονη αντιμετώπιση», *Κοινωνική Εργασία*, 4 , 243-251.
- Υπουργείο Δικαιοσύνης, (2006). «Νίκησε το φόβο! Τώρα η πολιτεία σε προστατεύει, σε στηρίζει, σου δίνει διέξοδο», Νέος

- νόμος κατά της ενδοοικογενειακής βίας, Έντυπο με τη συμβολή της Γ.Γ.Ι-Γενικής Γραμματείας Ισότητας, Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- Φίλιας, Β., (2003). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών*, Αθήνα, Gutenberg, 145-182.
 - UNICEF (2000). *Ενδοοικογενειακή βία εναντίον γυναικών και κοριτσιών*, Έκθεση του κέντρου ερευνών INNOCENTI της UNICEF στη Φλωρεντία.
 - Walker, L., (1989). *Η κακοποιημένη γυναίκα*, Μέρος Ι, μετ. Ανθουλιάς, Τ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 35-77.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Adler, M., (2002). “The utility of modeling in evaluation planning: the case of the coordination of domestic violence services in Maryland”, *Evaluation and Program Planning*, vol.25, no.3, pp.203-213.
- Campbell, J., (2001). “Domestic Violence as a Women’s Health Issue-Panel Discussion”, *Intimate Partner Violence: Issues for the Health Care System*, *Women’s Health Issues*, vol.11, no. 4, pp.381-387.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J., (2001). “Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers”, *Public Health*, vol. 115, pp.89-95.
- CE.RE.PR.I-Program DAPHNE (2003). *Development and Pilot Testing of a Module Concerning the Role Health Care Providers in Assessment and Intervention of Intimate Partner Violence (IPV)*,

University of Athens, Medical School, Dept. of Hygiene and Epidemiology.

- Chalk, R., King, P., (1998). *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*, Committee on the Assessment of Family Violence Interventions, Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, pp.225-229.
- Chung, M., Wong, T., Yiu, J., (1996). “Wife battering in Hong Kong: Accident and Emergency nurses’ attitudes and beliefs”, *Accident and Emergency Nursing*, vol.4, pp.152-155.
- Corbally, M., (2001). “Factors affecting nurses’ attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review”, *Accident and Emergency Nursing*, vol.9, pp.27-37.
- Davis, R., Harsh, K., (2001). “Confronting barriers to universal screening for domestic violence”, *Journal of Professional Nursing*, vol. 17, no. 6, pp. 313-320.
- Eastaerl PW, Eastaerl S., (1992). “Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study”, *Violence Victims*, vol. 7, pp. 217-228.
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., Friedmann, P., (2002). “Barriers to screening for domestic violence”, *JGIM*, vol. 17, pp.112-116.
- Espinosa, L., Osborne, K., (2002). “Domestic violence during pregnancy: Implications for practice”, *Journal of Midwifery & Women’s Health*, vol.47, no.5, pp.305-317.

- Finn, J., (1986). “The relationship between sex role attitudes and attitudes supporting marital violence, *Sex Roles*, vol. 14, pp.235-244.
- Foley, Hoag, Elliot (1991). “Empowering Battered Women: Suggestions for Health Care Providers”.
- Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., (2002). “Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians’ beliefs and behaviours”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol.23, no.2, pp.82-90.
- Groth, B., Chelkowski, MK., Batson, TP., (2001). “Domestic violence: level of training, knowledge base and practice among Milwaukee physicians”, *WMJ.* , vol. 100, no 1, pp.24-36.
- Griffin, M., Koss, M., (2002). “Clinical screening and intervention in cases of partner violence”, *Online Journal of Issues in Nursing*, vol.7, no.1.
- Hadley, S., (1992). “Working with battered women in the emergency department: A model program”, *Clinical Articles*, vol.18, no.1, pp.18-22.
- Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group (1998). “Results of a Domestic Violence Training Program Offered to the Staff of Urban Community Health Centers”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, no.3, pp.235-242.
- Hinderliter, D., Doughty AS, Delaney, K., Pitula CR, Campbell, J., (2003). “The effect of intimate partner violence education on nurse

practitioners' feelings of competence and ability to screen patients", *J Nurs Educ*, vol.42, no.10, pp.449-454.

- Hoffstetter, S., Blaskiewicz, R., Furman, G., McCabe, J., (2005). "Medical student identification of domestic violence as measured on an objective, standardized clinical examination", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 193, pp.1852-5.
- Justis, D. (1991). "Hospital-Wide Program Identifies Battered Women; Offers Assistance", *Medical News & Perspectives, JAMA*, vol.266, no.9, pp.1177-1179.
- Kim, J., Motsei, M. (2002). "Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa", *Social Science and Medicine*, vol.54, no. 8, pp.1243-1254.
- Kurz, D. and Stark, E. (1988). *Not-So-Benign Neglect: The Medical Response to Battering, Rethinking Clinical Approaches, Feminist approaches on Wife Abuse*, pp.249-266.
- Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS, (2000). "Development of a health care provider survey for domestic violence: psychometric properties", *American Journal of Preventive Medicine*, vol.19, no.4, pp.245-252.
- Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., (2000). "What can we do about domestic violence?" , *The Medical Journal of Australia (MJA)*, vol.173, pp.532-535.
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S., (2003). "Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence", *BJOG.* , vol. 110, no. 8, pp. 744-752.
- Michigan Coalition Against Domestic Violence (1991). "Can We Talk"-a brochure for Health Care Providers.

- National Clearinghouse on Domestic Violence (1981). *Wife Abuse in the Medical Setting: An Introduction for Health Personnel*. Domestic Violence Monograph Series, no.7.
- N.Livi-Bacci, (2002). “Women’s crisis centers and shelters in Italy: working with battered women and with healthcare providers”, Association Artemisia, Florence.
- Paluzzi, P., Gaffikin L., Nanda, J., (2000). “The American College of Nurse-midwives’ domestic violence education project: evaluation and results”, *Journal of Midwifery & Women’s Health*, vol.45, no.5, pp.384-391.
- Peckover, S., (2003). “Health visitors’ understandings of domestic violence”, *J. Adv. Nurs.*, vol. 44, no. 2, pp. 200-208.
- Peltzer, K., Mashego TA, Mabeba, M., (2003). “Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa”, *Health Care Women Int.*, vol. 24, no.2, pp.149-157.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G., (2002). “Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review”, *BMJ*, vol. 325, no. 7359, pp. 314
- Reid SA, Glasser M., (1997). “Primare care physicians’ recognition of and attitudes toward domestic violence. *Acad Med.*, vol.72, pp.51-53.
- “Responding to Domestic Violence” (1998). Sample public health nurse protocol and screening materials for review, *Public Health Nurses*, Domestic Abuse Intervention Project, Duluth, Minnesota.
- Ronnberg, AK. , Hammarstrom, A., (2000). “Barriers within the healthcare system to dealing with sexualized violence: a literature review”, *Public Health*, vol. 28, no. 3, pp.222-229.

- Rose, K., Saunders DG, (1986). “Nurses’ and physicians’ attitudes about woman abuse: the effects of gender and professional role. *Health Care Women Int.*, vol.7, pp. 427-438.
- Saltzman, L., Green, Y., Marks, J., Thacker, S., (2000). “Violence Against Women as a Public Health Issue: Comments from the CDC”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol.19, no.4, pp.325-329.
- Saunders DG, Lynch AB, Grayson M., Linz, D., (1987). “The inventory of beliefs about wife beating: the construction and initial validation of a measure of beliefs and attitudes”, *Violence Victims*, vol. 2, pp. 39-57.
- Schenker, J., Schmucl, E., (1998). “Violence against women: the physician’s role”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 80, pp.239-245.
- Schraiber, L., d’ Oliveira, A., (2002). “Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services”.
- Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R., Rivara FP., (1999). “Domestic Violence and primary care. Attitudes, practices and beliefs”, *Arch Fam Med.*, vol.8, no.4, pp.301-306.
- Zachary, M., Schechter, C., Kaplan, M., Mulvihill, M., (2002). “Provider Evaluation of a Multifaceted System of Care to Improve Recognition and Management of Pregnant Women Experiencing Domestic Violence”, *Women’s Health Issues*, vol.12, no.1, pp.5-15.
- Zorza, J., (1996). “Most Therapists Need Training in Domestic Violence”, *Domestic Violence Report*, vol.1, no.6, pp.1-2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Προσεγγίζοντας τη συντροφική βία:

- Βασικά θέματα κατά την αντιμετώπιση της βίας σε πλαίσια υγείας-
Ο ρόλος και οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας
- Αναγνωρίζοντας την βία
- Ψυχολογικά τραύματα ως αποτέλεσμα της βίας, Μακροπρόθεσμα
συμπτώματα/ μετατραυματικό στρες(PTSD),
- Συναισθηματικά-Αντιληπτικά συμπτώματα, Συμπεριφορικά
συμπτώματα, Σωματικά συμπτώματα/ Ασθένειες, Συνέπειες του
τραύματος
- Εντοπίζοντας την βία
- Ασφάλεια
- Ιατρική εξέταση
- Διεπιστημονική συνεργασία
- Πώς μπορεί να παραμένει ο επαγγελματίας υποστηρικτικός και
ευέλικτος
- Διαθέσιμα Δίκτυα / Υπηρεσίες

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Εργαλεία ανίχνευσης της συντροφικής βίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Νόμος 3500/2006-ΦΕΚ 232/Α΄/24.10.2006 «Για την αντιμετώπιση της ενδο-οικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV

Επιστολή με αίτημα για άδεια εκπόνησης της έρευνας στην
Επιστημονική Επιτροπή του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
{διεύθυνση)
Πληροφορίες: Δρ Πενταράκη Μαρία

Πάτρα 15 / 7 / 06

Προς

Επιστημονική Επιτροπή
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»
Λεωφ. Γ. Γεννηματά
Μαγούλα / Αττικής

Θέμα: «Αίτημα για άδεια εκπόνησης έρευνας»

Σας παρακαλώ όπως επιτρέψετε την εκπόνηση έρευνας με τίτλο «Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών από το σύντροφό τους: Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ», στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου».

Την έρευνα θα εκπονήσουν οι σπουδάστριες Αποστολοπούλου Κωνσταντίνα και Καπέτση Βασιλική, οι οποίες είναι τελειόφοιτες στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Στόχοι της εν λόγω έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών, καθώς και η συγκέντρωση έγκυρων δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό χώρο.

Αντίστοιχες έρευνες με τη δική μας έχουν εκπονηθεί στη διεθνή κοινότητα και έχουν βοηθήσει στην αντιμετώπιση και τον χειρισμό του εν λόγω φαινομένου. Η διερεύνηση θα γίνει βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, και η διάρκεια συμπλήρωσής του κυμαίνεται από 20 έως 30 λεπτά. Το δείγμα της έρευνας είναι οι επαγγελματίες υγείας του Θριάσιου Νοσοκομείου.

Σας γράφω εκ μέρους του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας για να σας ζητήσω να δώσετε την άδεια στις σπουδάστριες να διεξάγουν την έρευνά τους στο νοσοκομείο σας. Τα ερευνητικά δεδομένα αποτελούν μέρος πτυχιακής εργασίας που εκπονείται στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Α.Τ.Ε.Ι.

Πάτρας, από τις τελειόφοιτες, Αποστολοπούλου Κωνσταντίνα και Καπέτση Βασιλική, των οποίων τα τηλέφωνα είναι: 6993746918, 210-9011983 και 6973498467, 210-9320285, αντίστοιχα. Επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας είμαι εγώ, Δρ. Πενταράκη Μαρία, Επίκουρη καθηγήτρια στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Θα ήθελα να επισημάνω ότι κατά την διάρκεια των σπουδών τους οι σπουδάστριες έχουν ολοκληρώσει μαθήματα μεθόδων κοινωνικής έρευνας και είναι ευαισθητοποιημένες σε θέματα δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο και την εχεμύθεια.

Σε περίπτωση έγκρισης του αιτήματος οι ενέργειες θα εποπτεύονται από την Δρ. Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Θριάσιου Νοσοκομείου και καθηγήτρια κοινωνικής εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Ευελπιστούμε τα δεδομένα να συγκροτήσουν επιστημονική δημοσίευση που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και σε λοιπούς

επαγγελματίες για να τούς ενημερώσει για τις ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί ενδο-οικογενειακή βία.

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία παρακαλώ να επικοινωνήσετε μαζί μου στα εξής τηλέφωνα: 2610-369149, 6977994189, 2610275274.

Με εκτίμηση,
Δρ. Πενταράκη Μαρία
Επίκουρη Καθηγήτρια
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
ΑΤΕΙ Πάτρας
2610-369149

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Έγκριση από Επιστημονικό και Διοικητικό συμβούλιο του
Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» για εκπόνηση της έρευνας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *« Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών από το σύντροφό τους: Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε «ΘΡΙΑΣΙΟ», στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου».²*

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΚΑΠΕΤΣΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ: ΔΡ. ΠΕΝΤΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2006-07

² Την εποπτεία της έρευνας έχει η Δρ Αικ. Παχή, Προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο».

Αντικείμενο της έρευνας

Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι η βία από το σύντροφο προς την σύντροφο έχει μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των θυμάτων, ακόμη και αφού έχει σταματήσει η άσκηση της. Έχουν καταγραφεί σαν ενδείξεις των αρνητικών αυτών επιδράσεων, η χαμηλότερη κοινωνική θέση, η κακή ποιότητα ζωής και η συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες που έχουν υποστεί ενδο-οικογενειακή – συντροφική βία (Campbell, 2001). Ως απάντηση προς αυτές τις αυξημένες ενδείξεις, οι επίσημοι επαγγελματικοί οργανισμοί στο χώρο της υγείας, οι οποίοι περιθάλπουν γυναίκες ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας, αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από την άσκηση συντροφικής βίας και ζητούν κλινική διαμεσολάβηση καθώς και θεσμικές αλλαγές, ώστε να μπορέσουν να παράσχουν καλύτερη περίθαλψη προς τις κακοποιημένες γυναίκες (Campbell, 2001).

Η προτεινόμενη μελέτη λοιπόν διερευνά τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο» προς τις γυναίκες ασθενείς, οι οποίες έχουν υποστεί κακοποίηση από τους συντρόφους τους. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα αυτή επιδιώκει να προσδιορίσει τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών τόσο κατά την διαγνωστική διαδικασία όσο και κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας. Η ερευνητική υπόθεση που θα απαντηθεί από την προτεινόμενη έρευνα είναι, ότι, εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης, τότε μπορεί να συνεισφέρουν σε περαιτέρω κακοποίηση του θύματος (Livi – Bacci, 2002).

Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της εργασίας είναι: α) ο προσδιορισμός του ποσοστού των κακοποιημένων γυναικών που καταφεύγουν στο νοσοκομείο για ιατρική φροντίδα, β) η διερεύνηση του κατά πόσον οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν το φαινόμενο της ενδο-οικογενειακής βίας και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ασθενείς, θύματα ενδο-οικογενειακής βίας, γ) ο προσδιορισμός της ποσότητας και της ποιότητας εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας για το χειρισμό του προβλήματος και δ) ο εντοπισμός των ενεργειών από πλευράς των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος.

Το ερέθισμα για την ενασχόληση με το αντικείμενο της έρευνας ήταν η ενδοοικογενειακή βία που υφίστανται οι γυναίκες από το σύντροφο ή το σύζυγό τους, γεγονός που αποφέρει ποικίλες αρνητικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία τους, με αποτέλεσμα να καταφθάνουν τις περισσότερες φορές προς αναζήτηση βοήθειας και νοσηλείας στο νοσοκομείο . Οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πρώτοι και σε πολλές περιπτώσεις ίσως τα μοναδικά άτομα που έχουν επαγγελματική επαφή με την κακοποιημένη γυναίκα. Σημαντικές αναλογίες γυναικών έχουν «κακοποιηθεί» σε όλα τα ιατρικά περιβάλλοντα, καθώς υπάρχει η έλλειψη θεμελιώδους γνώσης και εκπαίδευσης στην αναγνώριση και διαχείριση του προβλήματος, πράγμα που οδηγεί στην έλλειψη ουσιαστικής ενασχόλησης, παρέμβασης και αντιμετώπισης της συντροφικής βίας που υφίστανται οι ασθενείς (Kim and Motsei, 2002). Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της συντροφικής βίας κατά των γυναικών οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να ασχολούνται με το θέμα της βίας και να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις κακοποίησης, να θεραπεύουν τα σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα της συντροφικής κακοποίησης, να διαβεβαιώνουν τις ασθενείς τους ότι οι βίαιες ενέργειες εναντίον τους δεν είναι αποδεκτές και να υποστηρίζουν τις κοινωνικές δομές που θα παρέχουν στις γυναίκες την επιλογή να ζητήσουν ασφαλές καταφύγιο και συνεχή συμβουλευτική (Schmuel and Schenker, 1998).

1. Ήδη υπάρχουσα γνώση του θέματος (background)

Αντίστοιχες έρευνες με την προτεινόμενη έχουν εκπονηθεί στη διεθνή κοινότητα και τα αποτελέσματά τους έχουν βοηθήσει στην ανάπτυξη διάφορων μοντέλων ενθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας. Τα μοντέλα αυτά είναι εργαλεία που βοηθούν τους επαγγελματίες να διακρίνουν και να επισημάνουν τη βία κατά των γυναικών. Επίσης τους εφοδιάζουν με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των προαναφερομένων ασθενών (Kim and Motsei , 2002).

Οι επαγγελματίες έχουν ξεκινήσει να επανακαθορίζουν την ενδοοικογενειακή βία ως ένα σοβαρό υγειονομικό και κοινωνικό πρόβλημα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Kim και Motsei, φαίνεται έντονα η αντανάκλαση της διαφυλικής αναλογίας στα επαγγέλματα υγείας. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι γυναίκες

επαγγελματίες υγείας καθόρισαν τη βία κατά των γυναικών σε πολλές μορφές οι οποίες περιλάμβαναν φυσική, σεξουαλική, ψυχολογική και οικονομική κακοποίηση ενώ οι άντρες επαγγελματίες έτειναν να την καθορίσουν μόνο στη σωματική βία και στο βιασμό. Γενικότερα, όπως οι επαγγελματίες υγείας αποκάλυψαν, έχουν μια σπουδαία έκταση κυρίαρχων πολιτισμικών αξιών και απόψεων σχετικά με τα φύλα και τη βία μεταξύ των δύο φύλων, από τις κλασικές απόψεις για τη σωματική βία χαρακτηριζόμενης ως πλάνο πειθαρχίας ή έκφραση αγάπης, σε απόψεις που είναι υπεύθυνες οι γυναίκες για να προκαλούν τις επιθέσεις των συντρόφων τους. Αυτές οι αντιλήψεις έχουν δυνατές συνέπειες για τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να απαντήσουν σε επεισόδια ενδο-οικογενειακής βίας (Kim and Motsei, 2002). Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές έχουν εντοπίσει τη σημασία της αναγνώρισης της επίδρασης των προσωπικών εμπειριών των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συζυγικής-συντροφικής βίας και του ρόλου αυτών των εμπειριών στην προθυμία και την ικανότητά τους να τοποθετήσουν αυτό το πρόβλημα σε ένα επαγγελματικό πλαίσιο (Kim and Motsei, 2002).

Όπως προτείνεται από την εργασία των Kim και Motsei, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για κατανόηση των προσωπικών εμπειριών των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας και πόσο οι εμπειρίες αυτές επηρεάζουν το διττό περιεχόμενο των ρόλων τους ως επαγγελματιών και ως μελών της κοινότητας, πριν σχεδιαστεί αποτελεσματικά η εκπαίδευσή τους σε θέματα βίας μεταξύ των δύο φύλων (Kim and Motsei, 2002).

Η δημοσίευση του Peckover παρουσιάζει μια μελέτη Βρετανών επισκεπτών υγείας το 2003, η οποία υπέδειξε ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν ελάχιστη επαγγελματική γνώση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, με αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να επιδρά αρνητικά στην ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να αποκρίνονται στη συντροφική βία κατά την εργασία τους (Peckover, 2003).

Η ενασχόληση με ασθενείς θύματα ενδοοικογενειακής βίας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση, και εάν δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλες πολιτικές για να εξασφαλιστεί ότι η συνεργασία θα γίνει σε κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Mezey, Bacchus, Haworth and Bewley, 2003).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την κακοποίηση και τις παροχές υπηρεσιών στην κοινότητά τους και να είναι

εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις από τη βασική εκπαίδευσή τους (Groth, Chelmoski and Batson, 2001).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες δέχονται ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα σημαντικό θέμα υγείας αλλά υπάρχει η έλλειψη θεμελιώδους γνώσης για τα θέματα γύρω από τη βία στην οικογένεια και κατάλληλων υπηρεσιών που προσφέρουν βοήθεια. Μια μεγάλη ανεκπλήρωτη εκπαιδευτική ανάγκη έχει αναγνωριστεί (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, Thomas, 2001).

Το πρόγραμμα STAKES για την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών (1998 – 2002) που έγινε στη Φιλανδία και περιλάμβανε δύο μελέτες παρουσιάζει ένα αριθμό συμπερασμάτων. Πρώτον, είναι σημαντικό να εντοπίζονται ομάδες υψηλού κινδύνου στις κλινικές και να αναπτύσσονται διάφορα υποστηρικτικά μέτρα, όπου θα παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τη βία στην οικογένεια και τις επιπτώσεις της στα άτομα. Δεύτερον, είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες – θύματα συντροφικής βίας να βοηθούνται στη συζήτηση και δημοσιοποίηση των εμπειριών τους. Έτσι, θα δίνεται η ευκαιρία να εντοπίζεται η βία και να αντιμετωπίζεται σε αρχικό στάδιο. Τρίτον, η διερεύνηση της συντροφικής βίας θα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας των κλινικών (Kaselitz and Perttu, 2006).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αναλογίες της ανακάλυψης και της μεσολάβησης σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας είναι λίγες. Επιπλέον, όταν αναγνωρίζονται οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά μεταχειρίζονται χωρίς την κατάλληλη ευαισθησία και αγνοούνται από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συγκεντρώνονται στις σωματικές βλάβες, ενώ παραβλέπουν τις ψυχολογικές και συχνά κατηγορούν τις γυναίκες για την κακοποίησή τους. Δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι κακοποιημένες γυναίκες θεωρούν ότι το προσωπικό υγείας είναι η λιγότερη αποτελεσματική πηγή βοήθειας στα επίσημα υποστηρικτικά συστήματα (Kim and Motsei, 2002).

Σε έρευνα των Ronnberg και Hammarstrom που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Umea της Σουηδίας το 2000, παρουσιάστηκαν τα εμπόδια εντός του υγειονομικού συστήματος σχετικά με τη συντροφική βία. Από τα συμπεράσματα προέκυψε ότι τα εμπόδια του τομέα του υγειονομικού συστήματος πρέπει να συνδέονται με 3 διαφορετικά επίπεδα:

1. το δομικό επίπεδο, που λιγοστεύει την αντρική δύναμη στην κοινωνία, αποτρέποντας και καταργώντας τα στερεότυπα μιας «τυπικά κακοποιημένης

γυναίκας» και την πεποίθηση της παραδοσιακής υπεροχής των αντρών και του στερεότυπου αντρικού ρόλου. Τα εμπόδια που έχουν αναφερθεί από τα θύματα είναι αρνητικές εμπειρίες και δομικοί περιορισμοί εντός του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης

2. το οργανωτικό επίπεδο στην ενασχόληση με τις κακοποιημένες γυναίκες, όπου εντοπίζονται οι χρονικοί περιορισμοί και η έλλειψη πλαισίου αναγνώρισης και αντιμετώπισης του προβλήματος
3. το ατομικό επίπεδο που χρειάζεται το προσωπικό για να αποκτήσει τη γνώση και τα εφόδια που θα τους επιτρέψουν να απευθυνθούν και να δουλέψουν το κεφάλαιο της συντροφικής βίας (Ronnberg and Hammarstrom, 2000).

Με βάση τα υπάρχοντα μοντέλα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί στις Η.Π.Α., δύο είναι οι σημαντικότεροι άξονες παρέμβασης. Ο πρώτος αφορά την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και ο δεύτερος την ανάπτυξη πρωτοκόλλων που να αναφέρονται στη συντροφική βία εναντίον γυναικών ανεξαρτήτως ηλικίας (Πενταράκη, 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2002) θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης επαγγελματιών υγείας πρέπει να θίγει τα εξής:

- i. οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα
- ii. οποιαδήποτε προκατάληψη με βάση την οποία η βία αντιμετωπίζεται ως ένα ιδιωτικό ζήτημα
- iii. οποιαδήποτε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία.

Παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να αφορούν κατευθύνσεις και διαδικασίες σχετικά με:

- i. τον εντοπισμό περιστατικών βίας
- ii. την καταγραφή των περιστατικών βίας
- iii. την αναγκαιότητα παραπομπής στις κοινωνικές υπηρεσίες και πληροφόρησης για λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες (Πενταράκη, 2004).

Συμπερασματικά, το σημερινό επίπεδο γνώσεων, σε διεθνή κλίμακα, στο αντικείμενο της ερευνητικής πρότασης μελετά σε αρκετούς τομείς το συγκεκριμένο πρόβλημα. Μερικές έρευνες μελετούν την αναγνώριση, τη διερεύνηση και την ανάλυση της συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας. Άλλες μελέτες διερευνούν την ανταπόκριση και την ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας προς το συγκεκριμένο πρόβλημα. Υπάρχει ευρύ φάσμα επιστημονικών ερευνών που εξετάζει τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα. Επιπλέον, συχνά ερευνούνται οι τρόποι πρόληψης, παρέμβασης και αντιμετώπισης της συντροφικής βίας κατά των γυναικών που επισκέπτονται τα νοσοκομεία. Παράλληλα, γίνονται έρευνες και για τον προσδιορισμό του ρόλου των επαγγελματιών υγείας της νοσοκομειακής κοινότητας απέναντι στις κακοποιημένες γυναίκες και στο πρόβλημά τους. Τέλος, υπάρχουν μελέτες που παρουσιάζουν προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία.

2. Σκοπός και σημασία της προτεινόμενης ερευνητικής εργασίας.

Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης μελέτης έγκειται στο γεγονός πως θα συμβάλλει στην ανάπτυξη της επιστήμης και στην κοινωνική ανάπτυξη καθώς το υπό διερεύνηση πρόβλημα έχει ευρέως αναγνωριστεί και καθιερωθεί ως υγειονομικό και κοινωνικό. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας που πρέπει να αντιμετωπιστεί (Πενταράκη).

Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, ο κύριος σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» σε θέματα βίας κατά των γυναικών, με απώτερο σκοπό την συγκέντρωση έγκυρων δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου στον Ελλαδικό χώρο.

Στους δευτερεύοντες σκοπούς εντάσσεται η προβολή του μεγέθους και της σοβαρότητας του προβλήματος που θα οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση και στην ουσιαστικότερη αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού και υγειονομικού προβλήματος.

Επίσης, η επιστημονική δημοσίευση θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας για να τους ενημερώσει για τις ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και για να τους καθοδηγήσει, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα το πρόβλημα.

3. Μεθοδολογία

Η έρευνα είναι ποσοτική και ασχολείται με μεταβλητές των οποίων οι τιμές είναι αριθμοί. Η μέθοδος, που ακολουθείται για τη συγκεκριμένη μελέτη είναι η επισκόπηση. Σύμφωνα με τον Cohen, «...Η επισκόπηση είναι η συνηθέστερη χρησιμοποιούμενη περιγραφική μέθοδος στην εκπαιδευτική έρευνα. Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας στο να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα...» (Cohen, 1994, σ.122).

Το εργαλείο, που χρησιμοποιείται στην έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, το οποίο περιέχει ένα σύνολο ερωτήσεων στις οποίες το υποκείμενο καλείται να απαντήσει στις ίδιες προεπιλεγμένες από την ερευνητική ομάδα απαντήσεις. Πρέπει πάντοτε να είναι σταθμισμένο και να διανεμηθεί στα υποκείμενα. Η επιλογή του ερωτηματολογίου, ως ερευνητικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας έγινε, γιατί είναι το κατ' εξοχήν πρώτο εργαλείο στις έρευνες, που προσδίδει εγκυρότητα κι αξιοπιστία (Cohen, 1994).

Επιλέχτηκε δε το συγκεκριμένο εργαλείο, διότι εκφράζεται η πεποίθηση ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν οι ερωτώμενοι θα παρέχουν τις σωστές πληροφορίες και θα οδηγήσουν στη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το σκοπό της έρευνας αυτής. Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε γιατί θεωρείται λιγότερο δαπανηρό και χρονοβόρο και έχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας. Πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι η έλλειψη χρόνου κι οικονομικών πόρων (η έρευνα χρηματοδοτείται από τις σπουδάστριες) «δεν επιτρέπουν» τη χρήση και άλλων ερευνητικών εργαλείων. Οι θεματικές ενότητες που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι: τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, οι γνώσεις σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, τα συναισθήματα σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, οι

συμπεριφορές σε θέματα ενδο-οικογενειακής βίας, οι στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας και οι προτάσεις για βελτίωση των παροχών προς τις κακοποιημένες ασθενείς.

Ο πληθυσμός στον οποίο γίνεται η έρευνα είναι οι επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο» . Οι ερωτώμενοι θα είναι ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτες υγείας, δηλαδή όλες οι ειδικότητες που έρχονται σε επαφή με γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί συντροφική βία. Το δείγμα είναι ίδιο με τον πληθυσμό, δηλαδή όλο το ιατρικό(277) και το νοσηλευτικό(311) προσωπικό, οι ψυχολόγοι(4) και οι κοινωνικοί/ες λειτουργοί (7) καθώς και οι επισκέπτες/ριες υγείας(6). Δηλαδή, ο συνολικός αριθμός (N) του δείγματος είναι 605. Η δειγματοληψία είναι συστηματική, δηλαδή εμπεριέχει την επιλογή υποκειμένων με έναν συστηματικό μάλλον τρόπο, παρά στην τύχη. Η διαδικασία της έρευνας θα γίνει με την τήρηση των αρχών της δεοντολογίας, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για το προσωπικό απόρρητο, την εχεμύθεια και τη συναίνεση.

4. Χρονική διάρκεια

Α' Στάδιο: Προετοιμασία της έρευνας. Έχει ήδη γίνει η συγκέντρωση της βιβλιογραφίας και η βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και η προετοιμασία και κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου με έναν κωδικό αριθμό για κάθε απάντηση (Αύγουστος 2006-Νοέμβριος 2006).

Β' Στάδιο: Θα πραγματοποιηθεί δοκιμή της αποτελεσματικότητας και της επάρκειας του ερωτηματολογίου σε δείγμα 5 (πέντε) ερωτηθέντων (pilot study), και θα γίνουν αλλαγές σε σημεία του ερωτηματολογίου εάν κριθεί απαραίτητο.

Γ' Στάδιο: Διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους επαγγελματίες υγείας του Θριασίου νοσοκομείου. Συγκέντρωση των ερευνητικών δεδομένων που θα προκύψουν από τα ερωτηματολόγια (Ιανουάριος 2007-Μάρτιος 2007).

Δ' Στάδιο: Ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών, S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences). Συγγραφή και υποβολή της εργασίας στο τμήμα κοινωνικής εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας στο Α.ΤΕΙ Πάτρας (Απρίλιος 2007-Ιούνιος 2007).

5. Βιβλιογραφία

- Πενταράκη, Μ. (2004 α). «Σωματικές συνέπειες της συντροφικής βίας σε γυναίκες και η αναγκαιότητα παρέμβασης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης», *Κοινωνική Εργασία*, 74, 101-114.
- Campbell, J. (2001). “Domestic Violence as a Women’s Health Issue-Panel Discussion”, *Intimate Partner Violence: Issues for the Health Care System, Women’s Health Issues*, vol.11, no 4, pp.381-387.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J. (2001). “Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers”, *Public Health*, vol. 115, pp.89-95.
- Cohen, L., Manion L. (1994). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, μετ. Μητσοπούλου, Χ., Φιλοπούλου, Μ., Αθήνα, ‘ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ’ (για την ελληνική γλώσσα), 122-151.
- Groth, B., Chelmowski, MK., Batson, TP. (2001). “Domestic violence: level of training, knowledge base and practice among Milwaukee physicians”, *WMJ.*, vol. 100, no 1, pp.24-36.
- Kim, J., Motsei, M. (2002). “Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa”, *Social Science and Medicine*, vol.54, no. 8, pp.1243-1254.
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., Bewley, S. (2003). “Midwives’ perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence”, *BJOG.*, vol. 110, no. 8, pp.744-752.
- N.Livi-Bacci (2002). “Women’s crisis centers and shelters in Italy: working with battered women and with healthcare providers”, Association Artemisia, Florence.
- Peckover, S. (2003). “Health visitors’ understandings of domestic violence”, *J. Adv. Nurs.*, vol. 44, no. 2, pp.200-208.
- Perttu, S. and Kaselitz, V., (2006). Εγχειρίδιο με τίτλο «Καλές πρακτικές στην ανίχνευση θυμάτων βίας στις συντροφικές σχέσεις σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης και παιδιά», Πρόγραμμα Δάφνη II (Daphne II), Πανεπιστήμιο του Helsinki, Palmenia Centre for Training and Continuing.

- Ronnberg, AK., Hammarstrom, A. , (2000). “Barriers within the healthcare system to dealing with sexualized violence: a literature review”, *Public Health*, vol. 28, no. 3, pp.222-229.
- Schenker, J., Schmucl, E. (1998). “Violence against women: the physician’s role”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 80, pp.239-245.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Ερωτηματολόγιο της έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, το οποίο εντάσσεται σε μια εγκεκριμένη έρευνα, από τη διεύθυνση του Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ", με τίτλο «Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών από το σύντροφό τους: οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ" στη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου».

Ο σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η εκτίμηση του επιπέδου των στάσεων των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου απέναντι στο φαινόμενο της συντροφικής βίας κατά των γυναικών. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.

Σας διαβεβαιώνουμε, ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν, θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας και τα δεδομένα θα διαφυλαχτούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε αυστηρώς εμπιστευτικά.

Η έρευνα εκπονείται από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας με επιστημονική υπεύθυνη τη Δρ. Πενταράκη Μαρία, προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και επόπτρια έρευνας τη Δρ. Παχή Αικατερίνη, προϊσταμένη κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου. Η έρευνα αποτελεί την πτυχιακή εργασία των τελειόφοιτων κοινωνικών λειτουργών Αποστολοπούλου Κωνσταντίνας και Καπέτση Βασιλικής. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στη Δρ. Πενταράκη 2610-369149, στη Δρ. Παχή 210-5534857, στην Αποστολοπούλου Κ. 6993746918, 210-9011983 και στην Καπέτση Β. 6973498467, 210-9320285.

(Παρακαλούμε όπως συμπληρώνετε με √ τα προβλεπόμενα πεδία συμπλήρωσης)

Α) ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

1. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι επισκέπτονται το Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ" γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία, οι οποίες χρήζουν ιατρικής βοήθειας;

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Παρα πολύ

2. Πώς κακοποιείται μια σύντροφος – σύζυγος;

(Σημείωση: ο/η ερωτώμενος/η μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί)

1)Με συζυγοκτονία / απόπειρα φόνου

2)Με ξυλοδαρμό

3)Με βιασμό / καταναγκαστική παραφύση συνουσία

4)Με συναισθηματική / λεκτική κακοποίηση

5)Όλα τα παραπάνω

3. Τι ποσοστό του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα πιστεύετε ότι έχει υποστεί σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία από το σύντροφο/σύζυγό του;

Ποσοστά	Σωματική βία	Ψυχολογική βία	Σεξουαλική βία
1) καθόλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 1 έως 5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 6 έως 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 11 έως 19%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 20 έως 25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 26 έως 33%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 34 έως 49%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 50 έως 60%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Μπορείτε να αναγνωρίσετε εάν μια ασθενής σας, υφίσταται:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1) Σωματική βία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ψυχολογική βία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Σεξουαλική βία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Εάν απαντήσατε θετικά απαντήστε την ερώτηση 5)

5. Αν ναι, πραγματοποιείτε διεξοδική διερεύνηση της συντροφικής βίας στις ασθενείς;

Ναι Όχι

6. Προβαίνετε εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας;

Ναι Όχι

(Εάν απαντήσατε θετικά απαντήστε την ερώτηση 7)

7. Ποιο-ά από τα παρακάτω κλινικά συμπτώματα αναγνωρίζετε;

(Σημείωση: Ο/η ερωτώμενος/η μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί).

Κλινικά Συμπτώματα **Ναι** **Όχι**

1) Σωματικά τραύματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Χρόνιος πόνος στη μήτρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Πονοκέφαλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Σπαστική κολίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ενδο-κοιλιακός πόνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Συμπτώματα υστερίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κλινικά Συμπτώματα

	Ναι	Όχι
9) Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ευπάθεια στις ασθένειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Όλα τα παραπάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Κανένα από τα παραπάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ποιος-οι πιστεύετε ότι μπορεί να βοηθήσουν μια κακοποιημένη γυναίκα – ασθενή;

(Σημείωση: Ο/η ερωτώμενος/η μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί).

- 1) Συγγενικό/ φιλικό περιβάλλον
- 2) Επαγγελματίες υγείας
- 3) Πηγές/ υπηρεσίες βοήθειας
- 4) Όλα τα παραπάνω
- 5) Κανείς

9. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι παρακάτω παράγοντες συντελούν στην άσκηση της συντροφικής βίας ενάντια στις γυναίκες;

	<u>ΚΑΘΟΛΟΥ</u>	<u>ΛΙΓΟ</u>	<u>ΑΡΚΕΤΑ</u>	<u>ΠΟΛΥ</u>	<u>ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ</u>
1) Κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών από το δράστη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ανικανότητα του θύτη να ελέγξει το θυμό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ψυχική διαταραχή του δράστη που τον εμποδίζει να ελέγξει το θυμό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Έμφυτη επιθετικότητα του δράστη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Χαμηλή αυτοεκτίμηση και παθητική συμπεριφορά του θύματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Προκλητική συμπεριφορά της γυναίκας απέναντι στο σύντροφο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Κοινωνική ανισότητα αντρών-γυναικών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Περιβαλλοντικοί ή κοινωνικοί παράγοντες, όπως οι οικονομικές δυσχέρειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ή τα προβλήματα ανεργίας ή το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο					

10. Παρακαλούμε δηλώστε κατά πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1) Η συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ο επαγγελματικός μου κλάδος θα έπρεπε να ασχοληθεί περισσότερο για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στις ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν απλά μια μικρή βοήθεια στα θύματα συντροφικής βίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4) Η αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας θα επιφέρει βελτίωση στη μακροχρόνια υγεία μιας ασθενούς που υφίσταται κακοποίηση
- 5) Χρειάζεται η δημιουργία εξειδικευμένων εγχειριδίων που θα διαθέτονται στα νοσοκομεία, για την καθοδήγηση στην αναγνώριση και διαχείριση της συντροφικής βίας στις ασθενείς
- 6) Γνωρίζω τους αρμόδιους φορείς που μπορώ να παραπέμψω μια κακοποιημένη γυναίκα
- 7) Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας πρέπει να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της βίας
- 8) Δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με θέματα συντροφικής βίας ανεξάρτητα από το εάν αφορούν τις ασθενείς μου

11. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια ``για τη συντροφική / συζυγική βία κατά των γυναικών`` στην εργασία σας;

Ναι Όχι

(Εάν απαντήσατε θετικά απαντήστε την ερώτηση 12)

12. Πριν πόσο χρονικό διάστημα;

0-6 μήνες 6-12 μήνες 12-24 μήνες 24-48 μήνες Πριν από 48 μήνες

13. Είχατε στο πρόγραμμα σπουδών (βασικού, μεταπτυχιακού ή διδακτορικού σας τίτλου) σας μάθημα το οποίο κάλυπτε το αντικείμενο της συντροφικής /συζυγικής βίας;

Ναι Όχι

B) ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

14. Παρακαλούμε δηλώστε την άποψή σας για τις παρακάτω δηλώσεις:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1) Οι ασθενείς μου θα προσβληθούν αν ερωτηθούν για θέμα που προσδιορίζεται ως «ιδιωτικό» - προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές μου πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Νιώθω άβολα να διερευνώ διεξοδικά την ύπαρξη συντροφικής βίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

15. Τι από τα παρακάτω μπορεί να σας αποθαρρύνει στο να αντιμετωπίσετε αποτελεσματικά τις περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των ασθενών σας;

(Σημείωση: Ο/η ερωτώμενος/η μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί).

	OXI	ΝΑΙ
1) Οι χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Η έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Η έλλειψη κατάλληλων υποδομών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Η παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ο νόμος που δε με υποχρεώνει να το κάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Ο φόβος αντεκδίκησης από το βίαιο σύντροφο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Τα συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι στη ζωή της κακοποιημένης γυναίκας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Η απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάστασή της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Η απροθυμία της ασθενούς να συνεργαστεί μαζί μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Η μη ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας στο χώρο του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση περιστατικών βίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων

16. Με ποιόν/ ους από τους παρακάτω τρόπους θεωρείτε ότι μπορεί να ενθαρρυνθεί μία ασθενής που είναι θύμα κακοποίησης, ώστε να ζητήσει βοήθεια και να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας;

(Σημείωση: Ο/ η ερωτώμενος/ η μπορεί να διαλέξει όσες από τις παρακάτω απαντήσεις επιθυμεί).

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1) Με κανέναν γιατί το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης με τις ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Επίδειξη και ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων για το θέμα στο χώρο αναμονής του νοσοκομείου και των γραφείων τα οποία να δείχνουν την εναντίωσή μας στη βία και τη δυνατότητά μας να βοηθήσουμε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ευαισθητοποιημένος χειρισμός των ερωτήσεων που κάνουν οι επαγγελματίες υγείας προς τις ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Αποδοχή ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και σεβασμός της αυτονομίας της ασθενούς ακόμη και αν δε συμφωνούμε με την απόφασή της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Σε περίπτωση που αναγνωρίζετε και έρχεστε σε επαφή με περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά των γυναικών-ασθενών σας, ποιο-ά από τα παρακάτω κάνετε και ποιο-ά θα μπορούσατε να κάνετε από εδώ και πέρα στα πλαίσια του επαγγελματικού ρόλου σας;

	<u>α) Πως ενεργώ</u>		<u>β) Πως θα μπορούσα να ενεργήσω</u>	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1) Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του, με στόχο την ασφάλειά του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς μαζί με την ίδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Παραπομπή της σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας (ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι, κοινωνικοί/ες λειτουργοί, επισκέπτες/τριες υγείας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Παραπομπή της στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Παροχή σε αυτήν έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Παραπομπή της σε εισαγγελέα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Καταγραφή των τραυματισμών της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Ενημέρωσή της σχετικά με άλλες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Αν δεν ενέπιπτε στα οριζόμενα καθήκοντά μου δε θα έκανα τίποτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δ) ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΣΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ

18. Πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις;

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1) Στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δυο συντρόφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Η άσκηση βίας μπορεί να αποτελεί έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) Η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων
- 8) Σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα
- 9) Για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της
- 10) Η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της
- 11) Η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα
- 12) Οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους

E) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

19. Φύλο:

Άντρας

Γυναίκα

20. Ηλικία:

1) έως 25 ετών

2) 26 – 30 ετών

3) 31 – 35 ετών

4) 36 – 40 ετών

5) 41 – 45 ετών

6) 46– 50 ετών

7) 50 ετών και άνω

21. Σημειώστε το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο:

Πτυχίο Ι.Ε.Κ. ή Τ.Ε.Ε. ή σχολής νοσηλευτικής νοσοκομείων (Δ.Ε. κατηγορίας)

Πτυχίο Α.Τ.Ε.Ι. (Τ.Ε. κατηγορίας)

Πτυχίο Πανεπιστημίου (Π.Ε. κατηγορίας)

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

22. Ποιο είναι το επάγγελμά σας στο χώρο της υγείας;

1) Ιατρός Ειδικευόμενος

2) Ιατρός Επιμελητής Α'

3) Ιατρός Επιμελητής Β'

4) Ιατρός Διευθυντής

5) Κοινωνικός / ή Λειτουργός

6) Ψυχολόγος

7) Νοσηλεύτης / τρια

8) Επισκέπτης / τρια υγείας

23. Αν είστε ιατρός, ποια είναι η ειδικότητά σας;

01) Αιματολόγος <input type="checkbox"/>	15) Νεφρολόγος <input type="checkbox"/>
02) Ακτινολόγος <input type="checkbox"/>	16) Ορθοπαιδικός <input type="checkbox"/>
03) Αναισθησιολόγος <input type="checkbox"/>	17) Ουρολόγος <input type="checkbox"/>
04) Γαστρεντερολόγος <input type="checkbox"/>	18) Οφθαλμίατρος <input type="checkbox"/>
05) Γναθοχειρουργός <input type="checkbox"/>	19) Παθολογοανατόμος <input type="checkbox"/>
06) Γυναικολόγος <input type="checkbox"/>	20) Παθολόγος <input type="checkbox"/>
07) Δερματολόγος <input type="checkbox"/>	21) Παιδίατρος <input type="checkbox"/>
08) Ιατρός Γενικής Ιατρικής <input type="checkbox"/>	22) Παιδοψυχίατρος <input type="checkbox"/>
09) Ιατρός Εργασίας <input type="checkbox"/>	23) Πλαστικός Χειρουργός <input type="checkbox"/>
10) Ιατρός Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης <input type="checkbox"/>	24) Πνευμονολόγος <input type="checkbox"/>
11) Καρδιολόγος <input type="checkbox"/>	25) Χειρουργός <input type="checkbox"/>
12) Μικροβιολόγος <input type="checkbox"/>	26) Ψυχίατρος <input type="checkbox"/>
13) Νευρολόγος <input type="checkbox"/>	27) Ωτορινολαρυγγολόγος <input type="checkbox"/>
14) Νευροχειρουργός <input type="checkbox"/>	

24. Ποια είναι η διάρκεια της επαγγελματικής σας υπηρεσίας στην ειδικότητα υγείας;

- Μέχρι 1 χρόνο 2-5 χρόνια 6-10 χρόνια
11-15 χρόνια 16-20 χρόνια 20 χρόνια και άνω

25. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ";

- Μέχρι 1 χρόνο 2-4 χρόνια 5-7 χρόνια
8-10 χρόνια 11-12 χρόνια

26. Σε ποιόν τομέα ή τμήμα της υγειονομικής μονάδας εργάζεστε τώρα;

- 1) Παθολογικός Τομέας
2) Χειρουργικός Τομέας
3) Τομέας Εντατικής Ιατρικής
4) Τομέας Ψυχικής Υγείας
5) Εργαστηριακός Τομέας
6) Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
7) Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
8) Διατομεακό Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας
9) Λοιπά Τμήματα

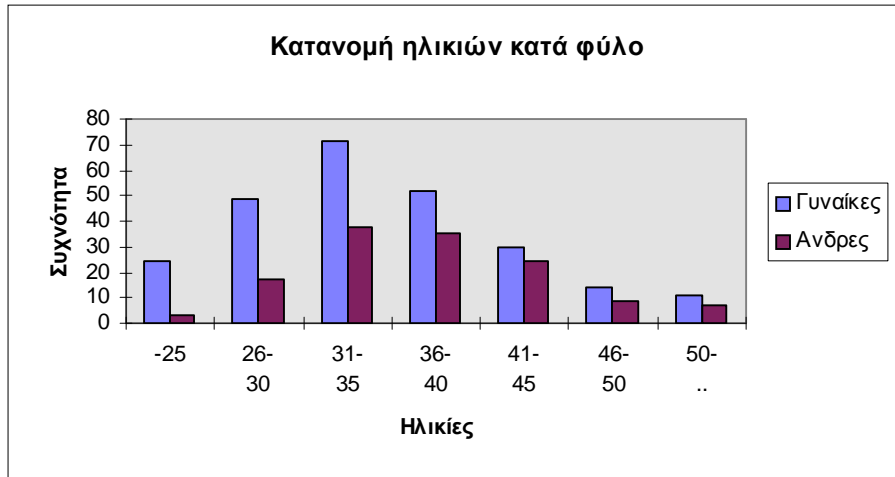
Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

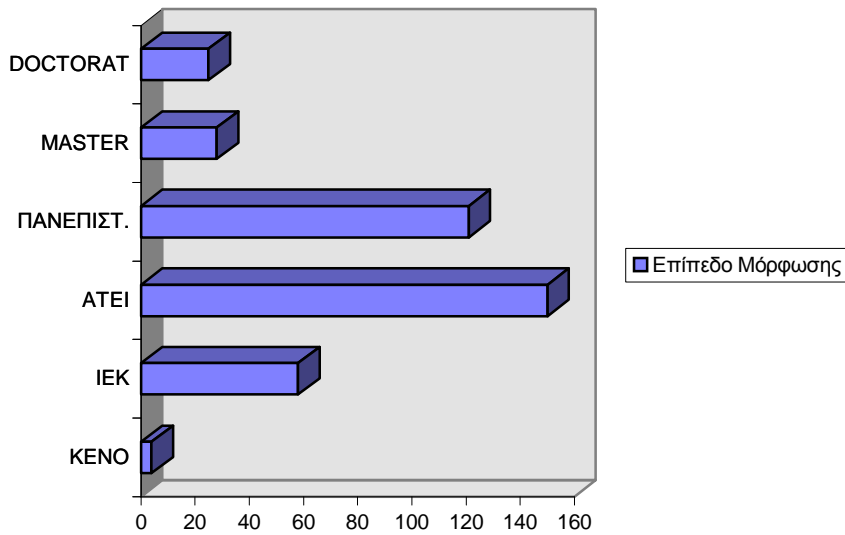
Διαγράμματα από S.P.S.S.

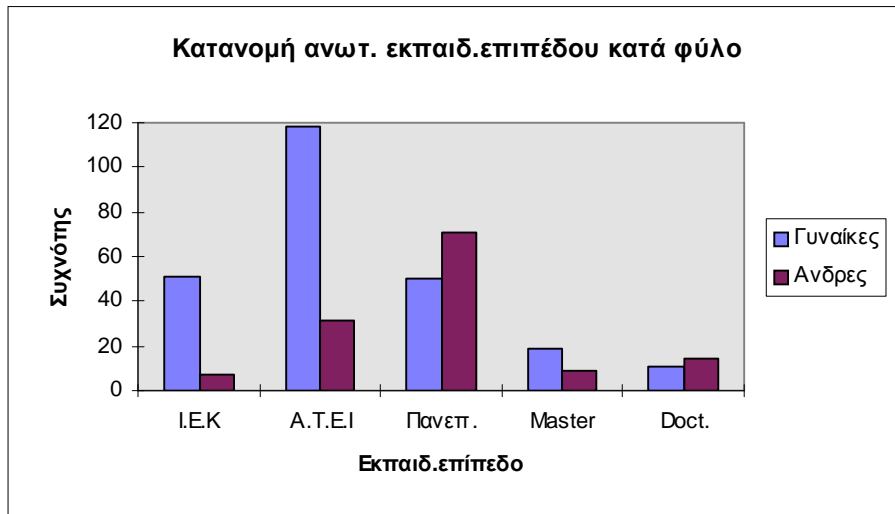
Διαγράμματα

- Σχετικά με το δείγμα της έρευνας:

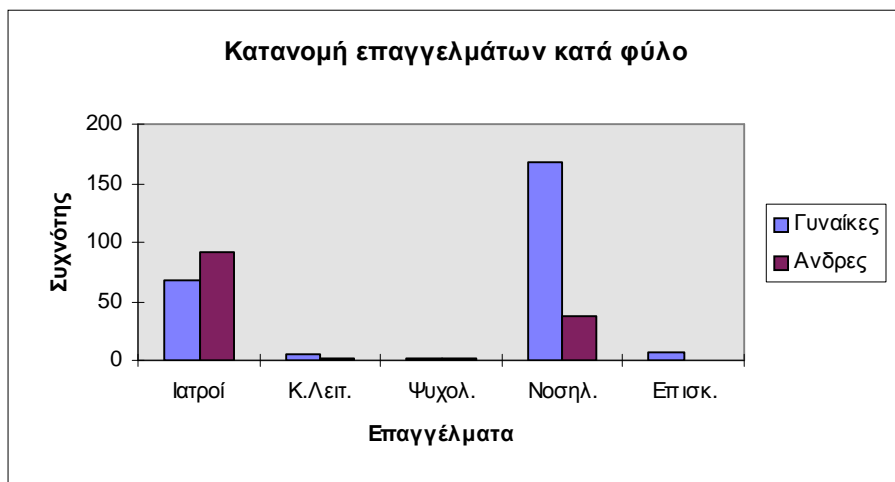
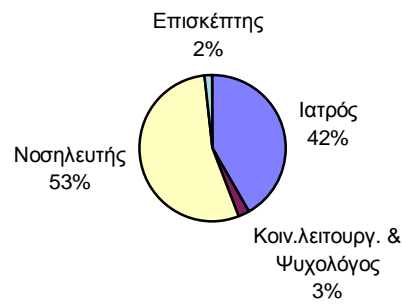


Επίπεδο Μόρφωσης

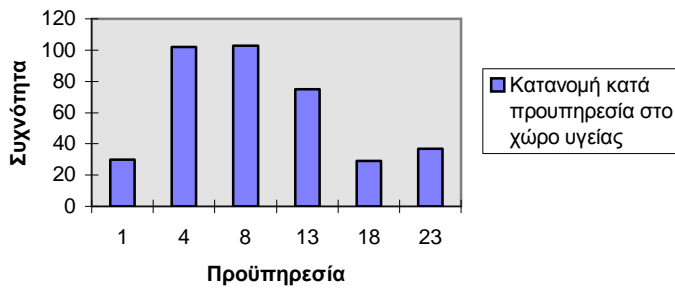




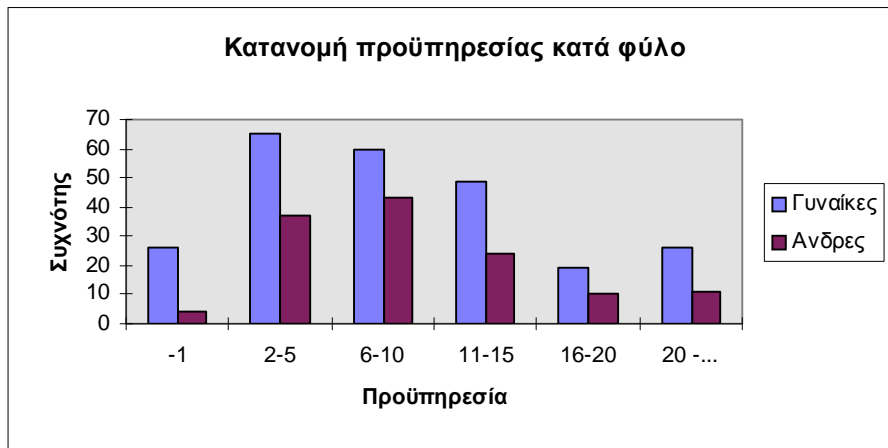
Κατανομή κατά επάγγελμα



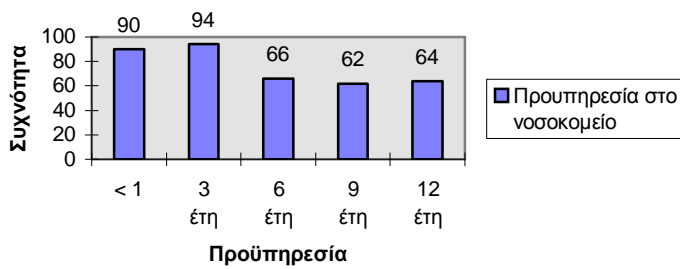
Κατανομή κατά προϋπηρεσία στο χώρο υγείας

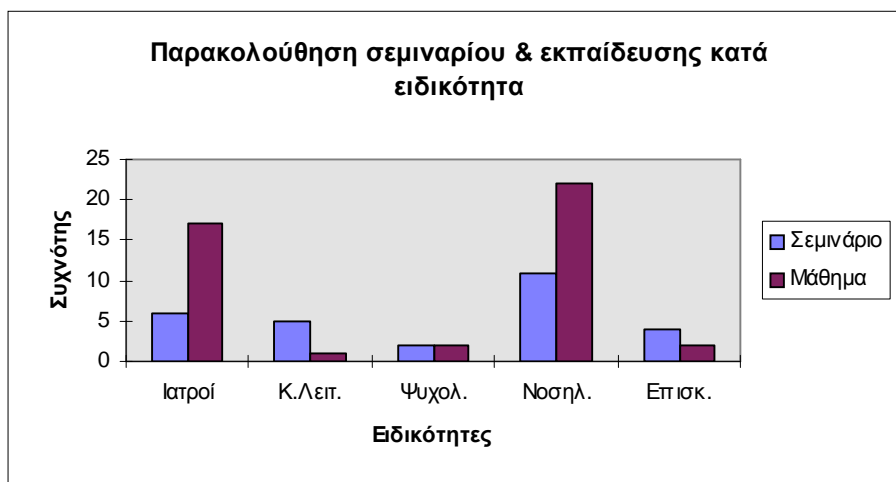
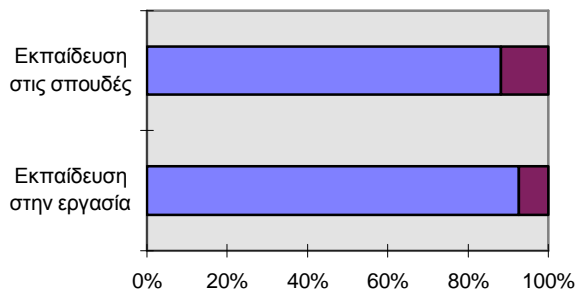
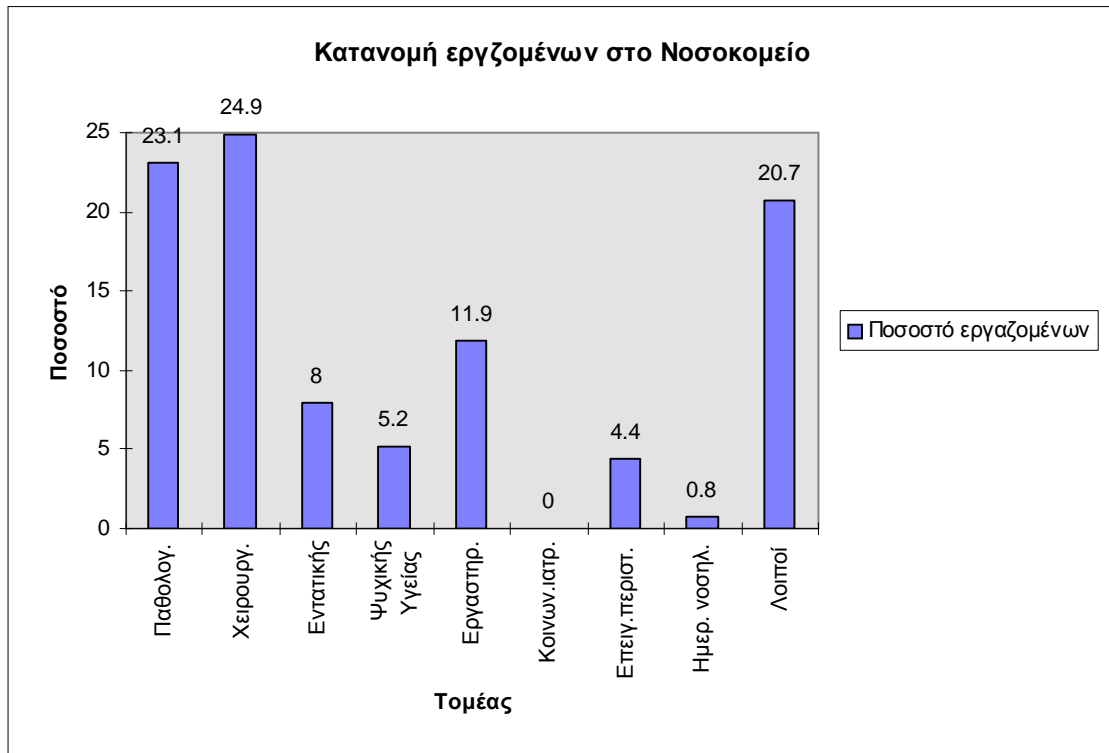


Κατανομή προϋπηρεσίας κατά φύλο



Κατανομή δείγματος κατά προϋπηρεσία στο νοσοκομείο

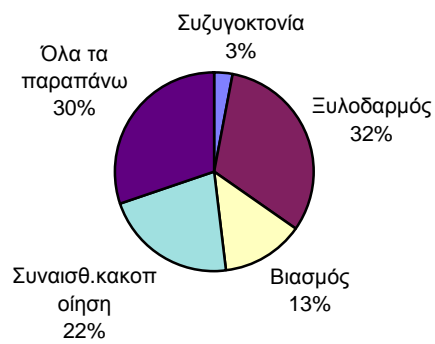




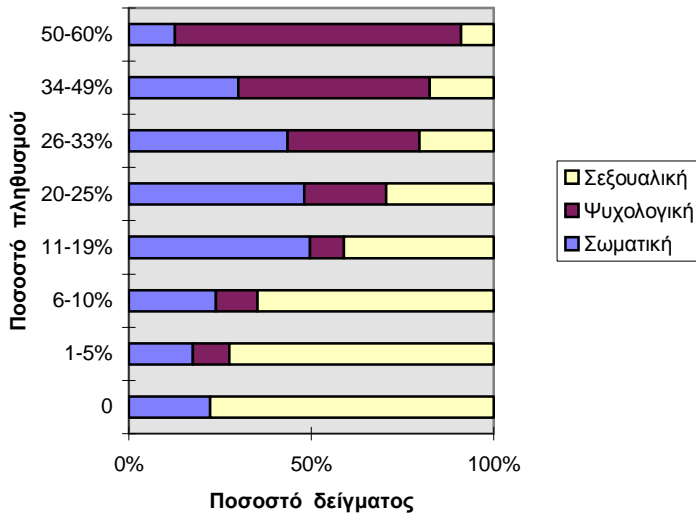
- Σχετικά με τις γνώσεις των ερωτώμενων της έρευνας:



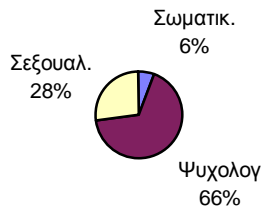
Γνώση των μορφών κακοποίησης



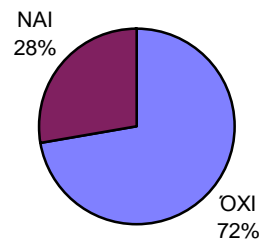
Ποσοστό πληθυσμού που έχει υποστεί βία



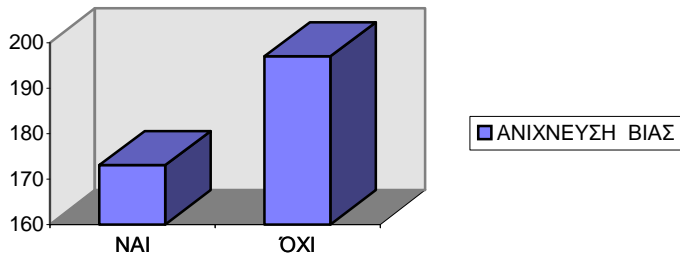
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΒΙΑΣ



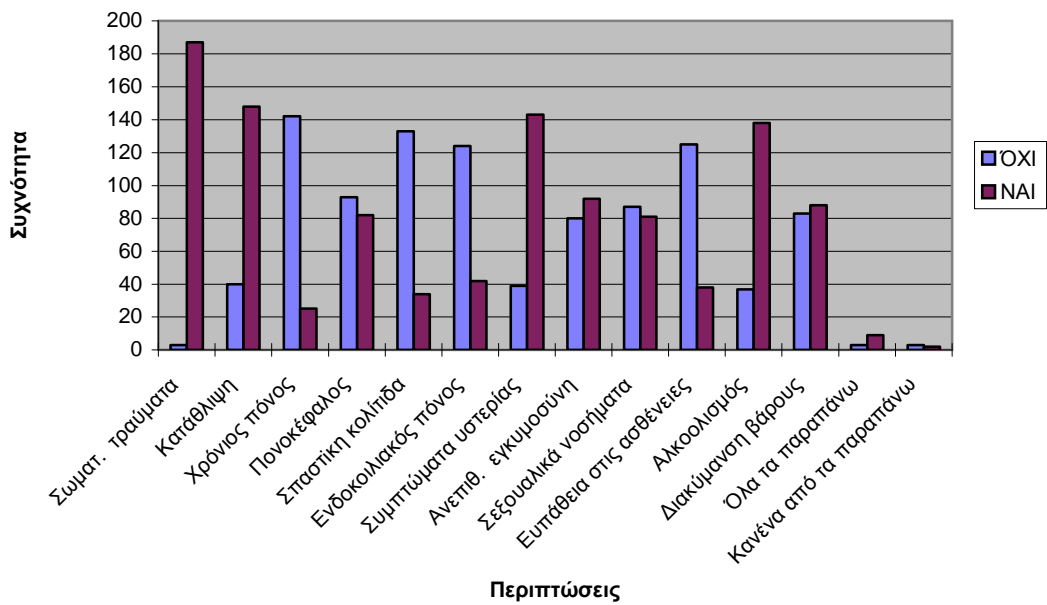
Διεξοδική διερεύνηση της βίας



ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΒΙΑΣ



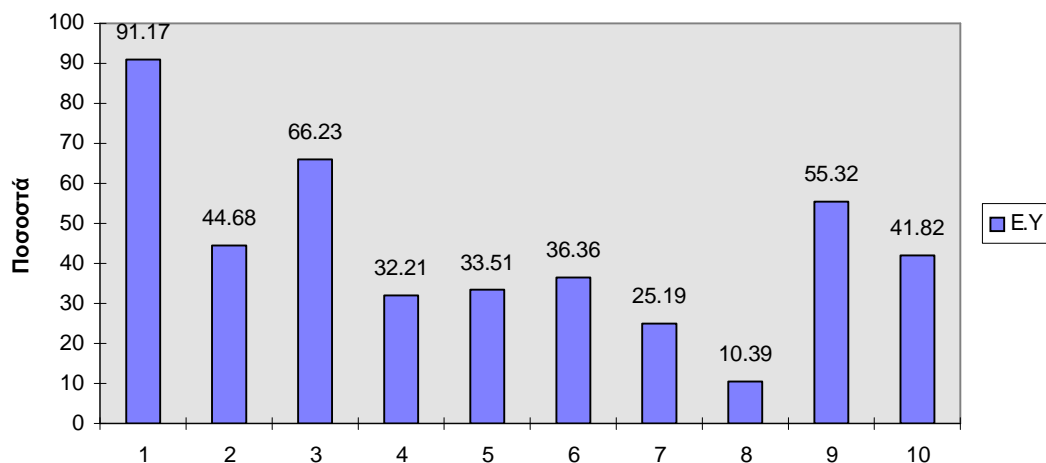
Αναγνώριση κλινικών συμπτωμάτων



- Συσχετίσεις μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα (χρήσιμοι πίνακες για επιβεβαίωση ή διάψευση των υποθέσεων εργασίας)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Ποσοστά συμπεριφοράς επαγγ. υγείας που έχουν στερεότυπες αντιλήψεις



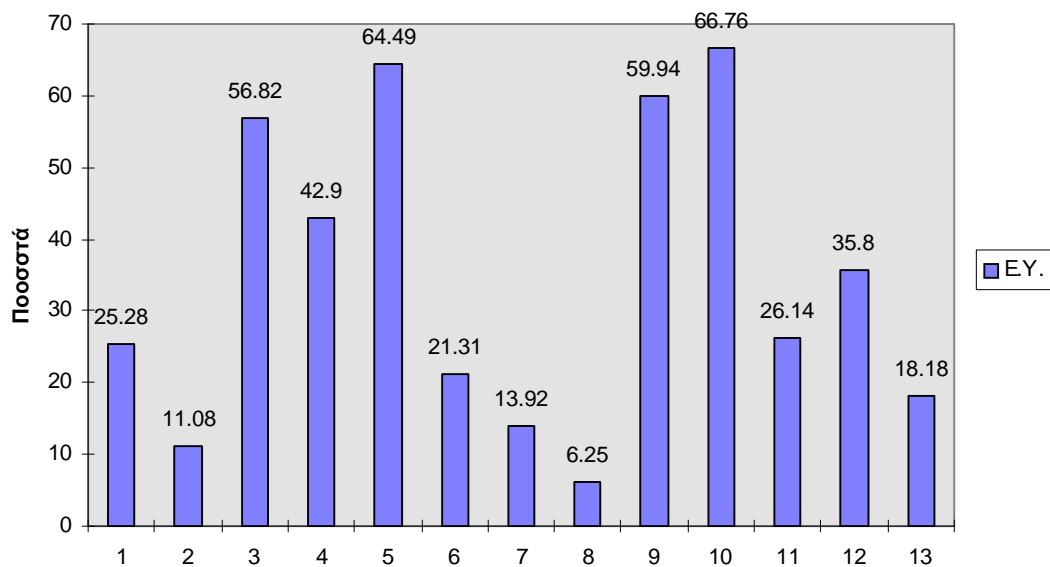
Ο πίνακας 1 αναφέρεται στις υποθέσεις εργασίας 1α , 1β , 1γ, 1δ, 1ε.

Επεξήγηση τιμών 1-10 :

- 1: Αναγνώριση συντροφικής βίας
 - 2: Ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας
 - 3: Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- Θεωρούν ότι:
- 4: Θα προσβάλουν τις ασθενείς τους εάν τις ρωτήσουν για «ιδιωτικό»-προσωπικό ζήτημα
 - 5: Η ενασχόληση με θέματα συντροφικής βίας θα προβάλλει τις δικές τους πεποιθήσεις προς αυτό το θέμα
 - 6: Νιώθουν άβολα στη διερεύνηση της συντροφικής βίας
 - 7: Αξιολόγηση κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του
 - 8: Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς
 - 9: Παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας
 - 10: Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

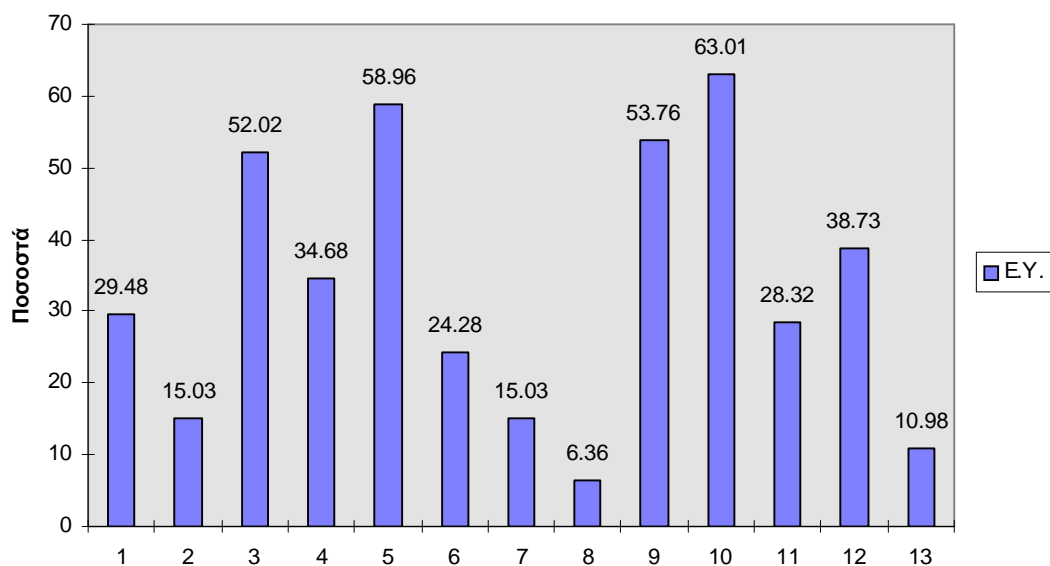
Ποσοστά παρέμβασης επαγγελμ. υγείας από αυτούς που αναγνωρίζουν τη συντροφ. βία



Ο πίνακας 2 αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας 1στ α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Ποσοστά παρέμβασης επαγγελμ. υγείας από αυτούς που ανιχνεύουν τα κλινικά συμπτώματα



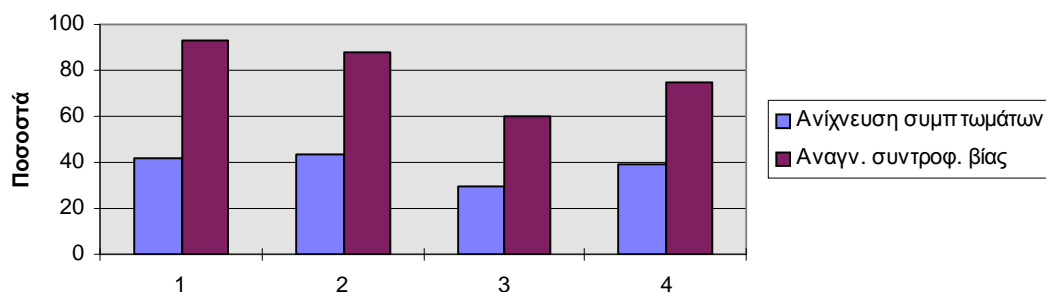
Ο πίνακας 3 αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας 1στ β.

Επεξήγηση τιμών 1-13 :

- 1: Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του
- 2: Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς
- 3: Παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας
- 4: Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας
- 5: Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου
- 6: Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού
- 7: Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς
- 8: Παραπομπή σε εισαγγελέα
- 9: Καταγραφή των τραυματισμών της
- 10: Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- 11: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης
- 12: Ενημέρωση της σχετικά με άλλες υπηρεσίες
- 13: Δεν κάνω παρέμβαση, αν δεν εμπίπτει στα καθήκοντά μου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

% αναγνώρισης & ανίχνευσης επαγγελμ. βίας που δεν έχουν γνώση σε θέματα συντρ. βίας

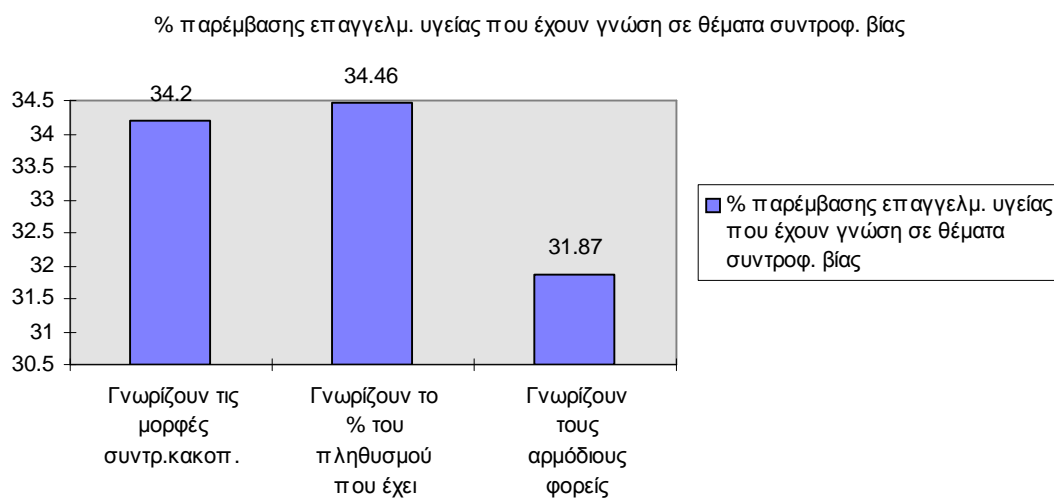


Ο πίνακας 4 αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας 2 α.

Επεξήγηση τιμών 1-4 :

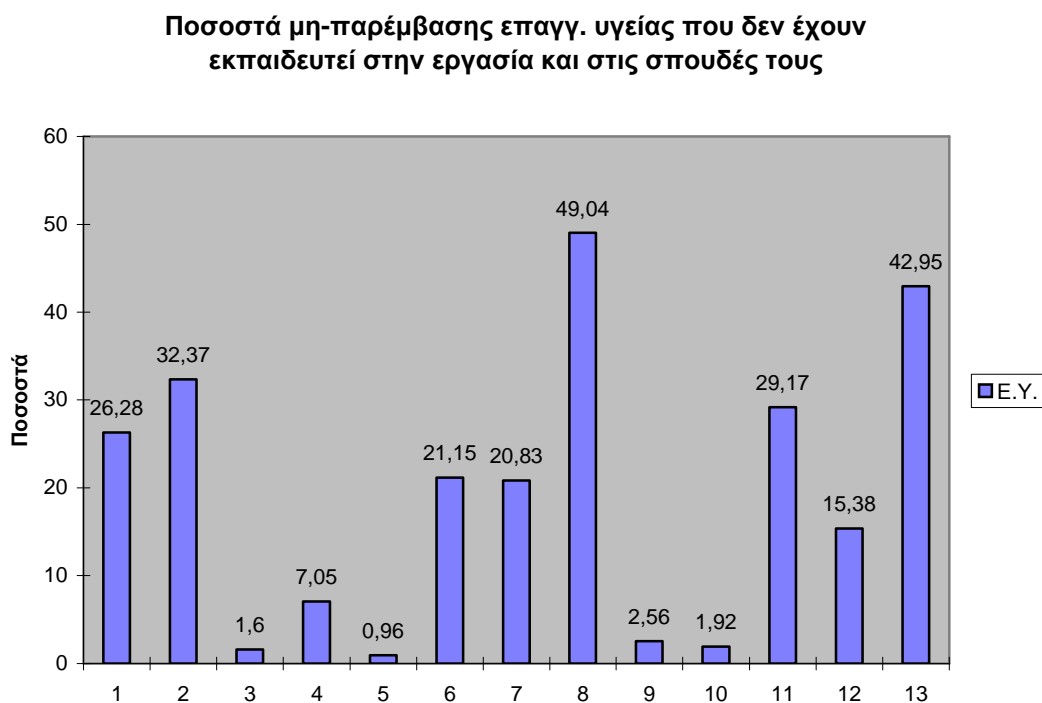
- 1: Δεν έχουν γνώση των μορφών συντροφικής βίας
- 2: Δεν έχουν γνώση του ποσοστού του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σωματική βία από το σύντροφό του
- 3: Δεν έχουν γνώση του ποσοστού του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί ψυχολογική βία από το σύντροφό του
- 4: Δεν έχουν γνώση του ποσοστού του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα που έχει υποστεί σεξουαλική βία από το σύντροφό του

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.



Ο πίνακας 5 αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας 2 β.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6..



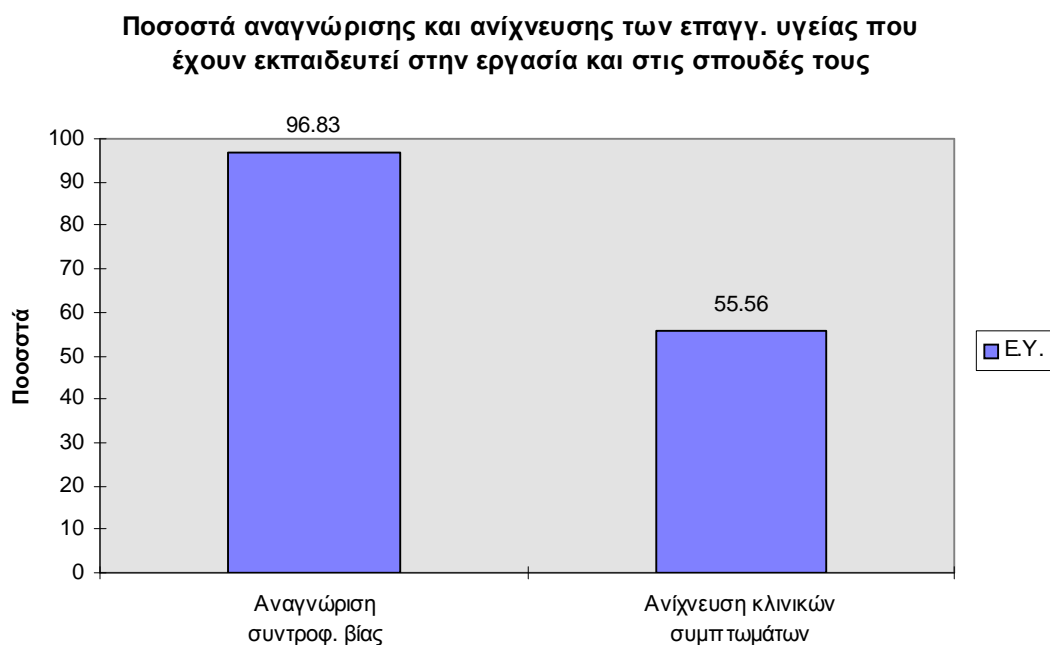
Ο πίνακας 6 αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας 3 α.

Επεξήγηση τιμών 1-13 :

-Οι επαγγελματίες υγείας που δεν κάνουν τα παρακάτω:

- 1: Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του
- 2: Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς
- 3: Παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες κι επαγγελματίες υγείας
- 4: Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας
- 5: Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου
- 6: Ερωτήσεις για το εάν υφίστανται κακοποίηση στη σχέση τους οι ασθενείς, στα πλαίσια λήψης του ιστορικού
- 7: Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς
- 8: Παραπομπή σε εισαγγελέα
- 9: Καταγραφή των τραυματισμών της
- 10: Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- 11: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης
- 12: Ενημέρωση της σχετικά με άλλες υπηρεσίες
- 13: Δεν κάνω παρέμβαση, αν δεν εμπίπτει στα καθήκοντά μου

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.



Ο **πίνακας 7** αναφέρεται στην υπόθεση εργασίας **3 β.**