

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *‘Η ετοιμότητα των Κοινωνικών Λειτουργών και των Νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου, να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων.’*

Επιβλέπουσα:
κ. Παπαδακάκη Μαρία

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ:
Τσούτση Βάγια
Τσιροπούλου Χαρίκλεια

ΗΡΑΚΛΕΙΟ
Ιούνιος 2010

Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας:	Η ετοιμότητα των Κοινωνικών Λειτουργών και των Νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου, να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων
των:	Τσούτση Βάγια Τσιροπούλου Χαρίκλεια
Υπό την επίβλεψη της:	Παπαδακάκη Μαρίας
Ημερομηνία:	Μάιος 2010

Γενικά: Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι η μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη πράξη ή η έλλειψη κατάλληλης δράσης, η οποία προκαλεί βλάβη ή άγχος σε ένα ηλικιωμένο άτομο και λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας σχέσης όπου υπάρχει προσδοκία εμπιστοσύνης (Cooper, Selwood and Livingston, 2008). Οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» επισκέπτονται τους ηλικιωμένους στα σπίτια τους και έχουν την δυνατότητα να ανιχνεύσουν την κακοποίηση, να την προλάβουν ή να εμποδίσουν την εξέλιξή της.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ετοιμότητας των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου, να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων

Μεθοδολογία: Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές που εργάζονται στα 28 προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου (25 κοινωνικοί λειτουργοί και 26 νοσηλευτές). Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο των *Paul Krueger & Christopher Patterson (1998)*, έπειτα από εξασφάλιση άδειας χρήσης από τους συντάκτες και έπειτα από τη μετάφρασή της στην ελληνική γλώσσα με χρήση διεθνώς αναγνωρισμένων προτύπων (forward-backward translation).

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες, αν και έντονα προβληματισμένοι με το φαινόμενο της κακοποίησης, φαίνεται να μην έχουν τις γνώσεις να αντιμετωπίσουν τέτοιες

περιπτώσεις αφού 1 στους 2 δεν διέθετε επαρκή προπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης και σχεδόν κανένας δεν διέθετε σχετική μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Επιπλέον, 1 στους 2 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους για τις διαθέσιμες υπηρεσίες στις οποίες θα μπορούσαν να παραπέμψουν τις περιπτώσεις κακοποίησης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ως κυριότερο εμπόδιο την αντίσταση της οικογένειας ή του ηλικιωμένου στην παρέμβαση (n=50, 98.1%) ενώ μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε τη μη αποδοχή της κακοποίησης από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο (n=48, 94.1%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ως πιο πιθανή στρατηγική την ύπαρξη μιας υπηρεσίας που να απευθύνεται κάποιος σε περιπτώσεις κακοποίησης (n=47, 90.1%) ενώ μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε επίσης την ύπαρξη ενός πακέτου υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων διαθέσιμο στο πλαίσιο εργασίας (n=43, 84.3%). Από τη σύγκριση ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές, περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς αναγνώρισαν την προσωπική τους ανεπάρκεια να ανταποκριθούν σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων. Αντίθετα, περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί υπογράμμισαν τις ελλείψεις σε επίπεδο οργάνωσης. Σημαντικές επίσης διαφορές εντοπίστηκαν ως προς τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές καθώς ως προς τις πηγές από τις οποίες ενημερώνονται.

Συμπεράσματα: Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία υποστηρικτικών δομών στην κοινότητα που να μπορούν να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση.

Λέξεις-κλειδιά: Κακοποίηση ηλικιωμένων, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι»

*Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους εκείνους
που βοήθησαν στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.
Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την κ. Παπαδακάκη για την καθοδήγηση και
την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ 1^ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Ορισμός και εννοιολογικές προσεγγίσεις

1.1 Η έννοια της κακοποίησης των ηλικιωμένων.....σελ.9	σελ.9
1.2 Μορφές της κακοποίησης	σελ.9
1.3 Τα χαρακτηριστικά του θύτη και του θύματος	σελ.11
1.4 Παράγοντες κινδύνου	σελ.12
1.4.1 Οι ατομικοί παράγοντες	σελ.13
1.4.2 Οι διαπροσωπικές σχέσεις.....	σελ.14
1.4.3 Κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες	σελ.15
1.5 Οι συνέπειες του φαινομένου	σελ.17
1.5.1 Σωματικές συνέπειες	σελ.17
1.5.2 Ψυχολογικές συνέπειες	σελ.17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Ανασκόπηση του φαινομένου της κακοποίησης

2.1 Αναγνώριση και δράσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου διεθνώς.....σελ.19	σελ.19
---	--------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :Θεωρητικές προσεγγίσεις

3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις του φαινομένου	σελ.23
3.1.1 Ψυχαναλυτικές θεωρίες.....	σελ.23
3.1.2 Το ψυχοπαθολογικό μοντέλο	σελ.24
3.1.3 Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης.....	σελ.24
3.1.4 Η θεωρία του άγχους λόγω της κατάστασης	σελ.25
3.1.5 Το οικολογικό μοντέλο	σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Νομικό πλαίσιο

4.1 Το νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες.....σελ.28

4.2 Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....σελ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : Πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου

5.1 Επίπεδα πρόληψης.....σελ.36

5.2 Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού.....σελ.38

ΜΕΡΟΣ 2^ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η μεθοδολογία της έρευνας

1 Σκοπός της μελέτηςσελ.42

1.1 Ερευνητικά ερωτήματασελ.42

2 Μεθοδολογία έρευναςσελ.43

2.1 Ερευνητική στρατηγική-δειγματοληψίασελ.43

2.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....σελ.43

2.3 Ερευνητικό εργαλείοσελ.44

2.4 Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένωνσελ.45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Παρουσίαση αποτελεσμάτων

3 Αποτελέσματασελ.45

3.1 Συγκεντρωτικά αποτελέσματασελ.45

3.2 Συγκριτική παρουσίαση αποτελεσμάτων με βάση το επιστημονικό αντικείμενο.....σελ.55

4 Συζήτησησελ.64

5 Συμπεράσματα- Προτάσειςσελ.67

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑσελ.68

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑσελ.71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1.	Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	σελ.45
Πίνακας 2.	Μέλη και προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»	σελ.46
Πίνακας 3.	Συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»	σελ.46
Πίνακας 4.	Αριθμός ηλικιωμένων μελών με υποψία και επιβεβαιωμένη κακοποίηση	σελ.47
Πίνακας 5.	Προβληματισμός των συμμετεχόντων σε σχέση με την κακοποίηση	σελ.48
Πίνακας 6.	Προσλαμβανόμενα εμπόδια στην παροχή υποστήριξης	σελ.49
Πίνακας 7.	Χρήση διαθέσιμων υπηρεσιών	σελ.50
Πίνακας 8.	Πιθανές ενέργειες κατά τη μη συναίνεση	σελ.51
Πίνακας 9	Πηγές αναζήτησης συμβουλής	σελ.51
Πίνακας 10.	Πιθανές στρατηγικές χρήσιμες για την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων	σελ.52
Πίνακας 11.	Προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές των συμμετεχόντων	σελ.53
Πίνακας 12.	Τρόπος πληροφόρησης για ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων	σελ.54
Πίνακας 13.	Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (ανά επιστημονικό αντικείμενο)	σελ.55
Πίνακας 14.	Εκτίμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων	σελ.56
Πίνακας 15.	Εντοπισμένα μέλη με επιβεβαιωμένη και υποψία κακοποίησης	σελ.57
Γράφημα 1	Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την παρακολούθηση ολοκληρωμένου προγράμματος επιμόρφωσης	σελ.54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Η έννοια της κακοποίησης των ηλικιωμένων

Ένας ορισμός που αναπτύχθηκε από τη οργάνωση «Δράση για την Κακοποίηση των Ηλικιωμένων» του Ηνωμένου Βασιλείου και υιοθετήθηκε από το Διεθνές Δίκτυο για την Πρόληψη της Κακοποίησης των Ηλικιωμένων (Krug et al., 2003) αναφέρει ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι η μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη πράξη ή η έλλειψη κατάλληλης δράσης, η οποία προκαλεί βλάβη ή άγχος σε ένα ηλικιωμένο άτομο και λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας σχέσης όπου υπάρχει προσδοκία εμπιστοσύνης (Cooper et al., 2008). Σχέση εμπιστοσύνης συνήθως υπάρχει ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλά και ανάμεσα στον ηλικιωμένο και έναν επαγγελματία φροντιστή. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δραστών προέρχεται από τα μέλη της οικογένειας. Σύμφωνα με μελέτη, στο 93% των περιπτώσεων κακοποίησης, ο δράστης ήταν κάποιο μέλος της οικογένειας. Ο γιος του θύματος φαίνεται να είναι εκείνος που τις περισσότερες φορές ασκεί κάποια μορφή κακοποίησης στον ηλικιωμένο, ακολουθεί η κόρη του θύματος και, τέλος, ο/η σύζυγος του ηλικιωμένου ατόμου (Ghent et al., 1985).

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων περιλαμβάνει τόσο την κακομεταχείριση όσο και την καταχρηστική συμπεριφορά απέναντι σε άτομα τρίτης ηλικίας. Μπορεί να είναι μια πράξη κακοποίησης ή παραμέλησης, εκούσιας ή ακούσιας και να περιλαμβάνει φυσική βία, ψυχολογική ή συναισθηματική βία, οικονομική κατάχρηση ή παραμέληση. Για να χαρακτηριστεί μία συμπεριφορά ως κατάχρηση, αμέλεια ή εκμετάλλευση, αυτό εξαρτάται από την συχνότητα, την διάρκεια, την ένταση, την σοβαρότητα και το πολιτισμικό πλαίσιο (Wolf S.R., 2000).

1.2 Μορφές κακοποίησης

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πέντε διαφορετικές μορφές κακοποίησης. Αυτές είναι οι ακόλουθες:

- ***Σωματική κακοποίηση***

Σωματική βία είναι η πρόκληση σωματικού πόνου ή τραυματισμού, ή σωματικού καταναγκασμού. Παραδείγματα σωματικής βίας αποτελούν το χτύπημα, τα χαστούκια, οι μώλωπες, η ακατάλληλη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής του ηλικιωμένου (Kurtle S., 2004; WHO, 2002; Aravanis S. et al.,1993; Mildenberger & Wessman, 1986).

- ***Ψυχολογική κακοποίηση***

Ψυχολογική βία είναι η πρόκληση ψυχικής οδύνης, συμπεριλαμβανομένου δράσεων που προκαλούν το φόβο της βίας, της απομόνωσης ή της στέρησης και συναισθήματα ντροπής, ταπείνωσης και αδυναμίας. Παραδείγματα ψυχολογικής βίας αποτελούν ο λεκτικός εκφοβισμός, η ταπείνωση, η παρενόχληση, οι φωνές και οι απειλές πρόκλησης σωματικών βλαβών ή εγκλεισμού σε ίδρυμα (Kurtle S., 2004; WHO, 2002; Aravanis S. et al.,1993; Mildenberger & Wessman, 1986).

- ***Οικονομική ή υλική κακοποίηση***

Οικονομική ή υλική κακοποίηση είναι η παράνομη ή ακατάλληλη χρήση της περιουσίας ή των οικονομικών πόρων του ηλικιωμένου ατόμου. Αυτή περιλαμβάνει την υπεξαίρεση χρημάτων, αντικειμένων αξίας ή της ακίνητης περιουσίας. Επίσης, περιλαμβάνει τις αναγκαστικές αλλαγές στη διαθήκη του ηλικιωμένου ή σε κάποιο άλλο νομικό έγγραφο, καθώς, και την άρνηση, ή τον έλεγχο της πρόσβασης στον προσωπικό του λογαριασμό (Kurtle S., 2004; WHO, 2002; Aravanis S. et al., 1993; Mildenberger & Wessman, 1986).

- ***Σεξουαλική κακοποίηση***

Σεξουαλική κακοποίηση είναι η οποιοδήποτε είδους μη συναινετική επαφή με το ηλικιωμένο άτομο (WHO,2002, Mildenberger and Wessman, 1986). Η σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται, στην ανεπιθύμητη επαφή, καθώς και σε όλα τα είδη της σεξουαλικής επίθεσης ή κακοποίησης, όπως ο βιασμός, εξαναγκασμός του ατόμου να γδυθεί, καταναγκαστική φωτογράφιση σεξουαλικού περιεχομένου (NCEA, 2001; Aravanis S. et al., 1993).

- ***Παραμέληση***

Παραμέληση είναι η αποτυχία ενός φροντιστή να παρέχει τα αναγκαία για τη ζωή σε ένα ηλικιωμένο άτομο, δηλαδή επαρκή τροφή, στέγη, ρουχισμό, ιατρική ή οδοντιατρική περίθαλψη. Η παραμέληση μπορεί, επίσης, να περιλαμβάνει την άρνηση να επιτρέψει ο φροντιστής σε άλλα άτομα να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα. Παραδείγματα παραμέλησης είναι η εγκατάλειψη, η μη παροχή τροφής, στέγης ή ρούχων, καθώς και η κακή υγιεινή του ηλικιωμένου ατόμου (Kurtle S., 2004; WHO, 2002; Aravanis S. et al., 1993).

1.3 Τα χαρακτηριστικά του θύτη και του θύματος

- ***Το προφίλ του θύτη***

Σύμφωνα με έρευνες, η πλειοψηφία των θυτών (80-90%) είναι άτομα που προέρχονται από τον στενό οικογενειακό κύκλο του θύματος. Συνήθως πρόκειται για το σύζυγο του κακοποιημένου ηλικιωμένου, το ενήλικο παιδί του ή κάποιο άλλο κοντινό μέλος της οικογένειας. Ο θύτης συνήθως ζει μαζί με το θύμα και μπορεί να είναι οικονομικά εξαρτημένος από το άτομο το οποίο κακοποιεί. Οι φροντιστές των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενική σχέση μαζί τους, είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν τέτοιου είδους συμπεριφορές απέναντι στον ηλικιωμένο (Kurtle S., 2004).

Σε όλα τα είδη της κακοποίησης, τα παιδιά του ηλικιωμένου ατόμου είναι εκείνα που φαίνονται να κακοποιούν περισσότερο σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Η κόρη του θύματος φαίνεται να είναι εκείνη που περισσότερο συχνά ασκεί ψυχολογική βία στο θύμα και τον παραμελεί, σε αντίθεση με το γιο του θύματος, ο οποίος είναι εκείνος που ασκεί περισσότερο σωματική βία στο θύμα. Η πλειοψηφία των θυτών πάσχει από κάποια μορφή άγχους, μπορεί να είναι εθισμένοι στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, ή πάσχουν από χρόνια ιατρικά ή οικονομικά προβλήματα. Συνήθως οι θύτες έχουν το φόβο ότι θα χάσουν τον έλεγχο, ακόμη και των δικών τους συναισθημάτων, ή ότι θα χάσουν την ικανότητα να ελέγχουν την κατανομή της εξουσίας και των πηγών ανάμεσα στο ηλικιωμένο άτομο και στις προσωπικές τους ανάγκες. Κάποιοι από τους θύτες, αναγκάζουν τους γονείς τους να παίρνουν φάρμακα, τα οποία, όμως, δεν τα χρειάζονται, προκειμένου να μπορούν οι ίδιοι να ελέγχουν την κατάσταση (Mildenberger & Wessman, 1986).

- ***Το προφίλ του θύματος:***

Ο ηλικιωμένοι που γίνονται θύματα κακοποίησης συνήθως προέρχονται από τη μεσαία τάξη, είναι γυναίκες, ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 65 ετών και άνω, είναι αδύναμοι, λευκοί, ψυχικά ή σωματικά ασθενείς, είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό από τους άλλους και ζουν με τους συγγενείς τους. Συνήθως, οι ηλικιωμένοι που κακοποιούνται αποτελούν σημαντική πηγή άγχους για το θύτη και δεν γνωρίζουν, τις περισσότερες φορές, εναλλακτικούς τρόπους παροχής βοήθειας (Mildenberger & Wessman, 1986).

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Στην προσπάθειά τους οι ερευνητές να δώσουν εξηγήσεις για το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων, άντλησαν πληροφορίες από τον τομέα της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της γεροντολογίας αλλά και από μελέτες που αφορούν στην ενδοοικογενειακή βία. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πολυπλοκότητα του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων και των πολλών παραγόντων που σχετίζονται με αυτό, οι ερευνητές στράφηκαν στο οικολογικό μοντέλο, το οποίο το συναντάμε για πρώτη φορά σε μελέτη που έγινε σχετικά με την κακοποίηση και την παραμέληση του παιδιού. Σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο, πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες οι αλληλεπιδράσεις εκείνες που λαμβάνουν χώρα σε μια σειρά συστημάτων. Το μοντέλο αυτό αποτελείται από μια ιεραρχία των τεσσάρων επιπέδων του περιβάλλοντος: το ατομικό επίπεδο, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινότητα και την κοινωνία. Παρακάτω αναλύεται ξεχωριστά το κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα και το πόσο αυτά συμβάλλουν στη εμφάνιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων (Krug et al., 2003; WHO, 2004).

1.4.1 Οι ατομικοί παράγοντες

Νέοι ερευνητές του τομέα αυτού υποβάθμισαν το γεγονός ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας αποτελούν παράγοντα για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια, και ανέδειξαν κυρίως τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Ωστόσο, πρόσφατα, έρευνες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία έδειξαν ότι τα άτομα εκείνα που επιτίθενται σωματικά, είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη διαταραχών προσωπικότητας αλλά και στον εθισμό από ουσίες, όπως είναι το αλκοόλ. Παρομοίως, έρευνες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων έδειξαν ότι οι δράστες έχουν περισσότερες πιθανότητες απόκτησης κάποιου είδους διαταραχής προσωπικότητας, καθώς και προβλήματα εθισμού σε ουσίες, σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που δεν είναι γενικά επιθετικά. Σωματικές αλλά και γνωστικές διαταραχές από τις οποίες, τυχόν, πάσχει το ηλικιωμένο άτομο, αναγνωρίστηκαν σε πρόσφατες έρευνες ως παράγοντες κινδύνου για τον ηλικιωμένο να υποστεί κακοποίηση (Krug et al., 2003, Kurrle S.,2004, Aravanis et al., 1993, WHO,2004).

Επίσης, το φύλο του ηλικιωμένου ατόμου, προτάθηκε ως ένας καθοριστικός παράγοντας κινδύνου με το επιχείρημα ότι οι γυναίκες είναι εκείνες που έχουν συνηθίσει στο να αντιμετωπίζουν την καταπίεση αλλά και τις οικονομικές κακουχίες στη ζωή τους. Παρόλα αυτά, όμως, σύμφωνα με μελέτες στην κοινότητα, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες διατρέχουν τον κίνδυνο κακοποίησης από τις συζύγους τους, από τα παιδιά τους ή από άλλους συγγενείς, σε περίπου ίδιες αναλογίες με τις ηλικιωμένες γυναίκες.

Οι οικονομικές δυσκολίες του δράστη φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Τις περισσότερες φορές, ο δράστης αντιμετωπίζει προβλήματα κατάχρησης ουσιών τα οποία τον οδηγούν στο να αποσπά χρήματα από το ηλικιωμένο άτομο. Επίσης, η δυσαρέσκεια των μελών της οικογένειας στο να δαπανήσει χρήματα για τη φροντίδα του ηλικιωμένου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτή τη μορφή κακοποίησης (Krug et al., 2003, Kurrle S.,2004, Aravanis et al., 1993, WHO,2004).

Η προσωπική ιστορία του ατόμου αλλά και οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα συμπεριφερθεί και καθορίζουν το αν θα γίνει θύτης ή θύμα. Παράγοντες όπως είναι οι ψυχικές διαταραχές ή οι διαταραχές της προσωπικότητας, ο εθισμός από ουσίες, το αν ο θύτης έχει βιώσει στο παρελθόν συμπεριφορές κακομεταχείρισης ή σαν παιδί έχει πέσει θύμα κακοποίησης, συμβάλλουν καταλυτικά στο να αναπτύξει ο ίδιος μια τέτοιου είδους συμπεριφορά ως ενήλικας (Butchart A. et al.,2004; WHO, 2004).

1.4.2 Οι διαπροσωπικές σχέσεις

Σε πρόσφατα θεωρητικά μοντέλα, το επίπεδο του άγχους των φροντιστών θεωρήθηκε ως ένας παράγοντας κινδύνου, ο οποίος συνδέει την κακοποίηση των ηλικιωμένων με τη φροντίδα του ηλικιωμένου από κάποιο συγγενή του. Ενώ η γενική εικόνα της κακοποίησης απεικονίζει ένα εξαρτημένο θύμα και έναν υπερβολικά αγχωμένο φροντιστή, υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία που καταρρίπτουν την άποψη ότι αυτοί οι παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση μιας άσχημης συμπεριφοράς απέναντι στο ηλικιωμένο άτομο. Παρόλα αυτά, όμως, οι ερευνητές δεν αρνούνται το ενδεχόμενο ύπαρξης του υπερβολικού άγχους από την πλευρά του φροντιστή, αντίθετα το τοποθετούν σε ένα ευρύτερο φάσμα και εξετάζουν γενικότερα την ποιότητα των σχέσεων με το ηλικιωμένο άτομο, την οποία θεωρούν και ως βασικότερο παράγοντα κινδύνου. Μερικές από τις έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το άγχος των φροντιστών, τις γνωστικές δυσλειτουργίες και την κακοποίηση των ηλικιωμένων, έδειξαν ότι η φύση των σχέσεων ανάμεσα στον φροντιστή και στον αποδέκτη της φροντίδας πριν εμφανιστεί κάποιο σημάδι κακοποίησης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης οποιασδήποτε κακής συμπεριφοράς απέναντι στο ηλικιωμένο άτομο (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004).

Στη σύγχρονη εποχή, ωστόσο, η άποψη που επικρατεί είναι ότι το άγχος αυτό καθεαυτό δεν μπορεί από μόνο του να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κακοποίησης. Συνεπώς, η βίαιη συμπεριφορά απέναντι στον ηλικιωμένο απορρέει από ένα σύνολο παραγόντων το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει το άγχος του φροντιστή, τις σχέσεις του φροντιστή με τον ηλικιωμένο, την ύπαρξη ανάρμοστης συμπεριφοράς ή επιθετικότητας από τον ηλικιωμένο αλλά και την κατάθλιψη του φροντιστή. Οι συνθήκες διαβίωσης, και ειδικότερα όταν υπάρχει συνωστισμός στην οικογένεια ή έλλειψη προσωπικής ζωής, έχουν συσχετισθεί άμεσα με καταστάσεις σύγκρουσης μέσα στην οικογένεια. Παρόλο που μπορεί να υπάρχουν περιπτώσεις κακοποίησης όταν το ηλικιωμένο άτομο ζει χωριστά από το φροντιστή του, όταν αυτό ζει μαζί με το φροντιστή του τότε βρίσκεται σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο. Πρόσφατες θεωρίες σχετικές με το θέμα, συνδέουν άμεσα την εξάρτηση του ηλικιωμένου με την κακοποίησή του. Αρχικά, βέβαια, δόθηκε έμφαση στην εξάρτηση που έχει το ηλικιωμένο άτομο από το φροντιστή του, ενώ αργότερα, μέσα από έρευνες, εντοπίστηκαν θύτες οι οποίοι ήταν εξαρτώμενοι από τον ηλικιωμένο, κυρίως ενήλικα τέκνα τα οποία βασίζονταν στην οικονομική ενίσχυση από τον ηλικιωμένο. Υπάρχει, δηλαδή, μια αμφίδρομη εξάρτηση θύτη και θύματος, η οποία τις περισσότερες φορές εμποδίζει την παρέμβαση του ειδικού (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004).

1.4.3 Κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Σε σχεδόν όλες τις μελέτες που αφορούν στους παράγοντες κινδύνου, ο παράγοντας που αφορά στην κοινότητα και στην κοινωνική απομόνωση φαίνεται να είναι καταλυτικός για την εμφάνιση της κακοποίησης. Όπως συμβαίνει και σε περιπτώσεις κακοποίησης γυναικών, έτσι και με τους ηλικιωμένους, η απομόνωση μπορεί να είναι ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα της κακοποίησης. Πολλοί ηλικιωμένοι απομονώνονται εξαιτίας σωματικών ή ψυχικών αναπηριών που τυχόν αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, η απώλεια των φίλων και των μελών της οικογένειας του ηλικιωμένου, μειώνει τις ευκαιρίες για την ύπαρξη κοινωνικής ζωής. Αν και δεν υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά στοιχεία, οι κοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται πλέον ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της κακοποίησης των ηλικιωμένων τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες. Στο παρελθόν, δόθηκε κυρίως βάση στους ατομικούς παράγοντες αλλά και στον παράγοντα των διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίοι θεωρήθηκαν ως οι πιο πιθανοί για την ανάπτυξη της κακοποίησης. Τα πολιτιστικά πρότυπα και οι παραδόσεις, όπως είναι οι διακρίσεις λόγω ηλικίας ή φύλου αλλά και μια κουλτούρα βίας, αποτελούν πλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Συχνά, τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζονται ως ευπαθείς ομάδες, αδύναμοι και εξαρτημένοι από τους άλλους, κάτι που τους κάνει να φαίνονται λιγότερο αντάξιοι της προσοχής από την κυβέρνηση ή ακόμα και από τις ίδιες τους τις οικογένειες σε σχέση με άλλες ομάδες της κοινωνίας, και αποτελούν στόχο προς εκμετάλλευση και εξόντωση (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004).

Οι κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες συνήθως περιλαμβάνουν:

- τα συστήματα της γονικής κληρονομιάς και των δικαιωμάτων της γης που επηρεάζουν την κατανομή της εξουσίας στην οικογένεια,
- τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία βλέπει το ρόλο της γυναίκας,
- τη διάβρωση των στενών δεσμών μεταξύ των γενεών της οικογένειας, η οποία έχει προκληθεί από την αγροτική και αστική μετανάστευση αλλά και την ανάπτυξη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης,
- την απώλεια, μέσω του εκσυγχρονισμού, των παραδοσιακών δομών της οικογένειας και των ρόλων των μελών αυτής (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στη Νότια Αφρική, τα περισσότερα περιστατικά βίας, και κυρίως της ενδοοικογενειακής βίας, είναι απόρροια της κοινωνικής δυσλειτουργίας, η οποία

επιδεινώθηκε από το έγκλημα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Κάνοντας μια σύνδεση μεταξύ της φτώχειας και της βίας, ανακάλυψαν πόσο ο δυσλειτουργικός τρόπος ζωής μιας οικογένειας, η έλλειψη χρημάτων για τα προς το ζην, η έλλειψη στοιχειώδους εκπαίδευσης και η ανεργία, συμβάλλουν στο να αναπτυχθεί και να υιοθετηθεί μια παραβατική συμπεριφορά από την πλευρά των νέων. Σε μια τέτοια κοινωνία, τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούνται ως στόχοι για την κακοποίηση και την εκμετάλλευση. Το γεγονός ότι ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες, είναι αποτέλεσμα των χαμηλών συντάξεων, της έλλειψης ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση, της χαμηλής ποιότητας ζωής και προσωπικής τους υγιεινής, των ασθενειών και του υποσιτισμού (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004). Επίσης, οι πολιτικές αλλαγές στην ανατολική Ευρώπη, οδήγησαν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Τα σημεία που προτάθηκαν ως παράγοντες κινδύνου, τα οποία έχουν επηρεάσει τη γενική υγεία και την ψυχοπαθολογία των ανθρώπων, και ιδίως των ηλικιωμένων οι οποίοι είναι περισσότερο ευάλωτοι, περιλαμβάνουν τα εξής:

- την αυξανόμενη εξαθλίωση σημαντικών αξιών της κοινωνίας,
- τα υψηλά επίπεδα ανεργίας,
- την έλλειψη σταθερότητας και κοινωνικής ασφάλειας,
- την εξωτέρευση της βίας, ειδικά ανάμεσα στους νέους.

Έρευνες σχετικές με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, εστιάζονται κυρίως στις διαπροσωπικές σχέσεις και στα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει η οικογένεια. Ωστόσο, ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες κινδύνου στους οποίους συγκαταλέγεται το ατομικό επίπεδο, οι διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και οι κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες, και δε βασίζεται μόνο σε κάποια από αυτά. Ένα τέτοιο μοντέλο λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, και ιδίως οι ηλικιωμένες γυναίκες. Αυτά τα άτομα, ζουν συνήθως κάτω από άθλιες συνθήκες, χωρίς να έχουν τα απαραίτητα προς το ζην και τη στήριξη της οικογένειάς τους, γεγονός που τους κάνει να είναι μια από τις ομάδες με υψηλό κίνδυνο κακοποίησης, παραμέλησης και εκμετάλλευσης (Krug et al., 2003; Kurrle S., 2004; Aravanis et al., 1993; WHO, 2004).

1.5 Οι συνέπειες της κακοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων

Οι συνέπειες της επαναλαμβανόμενης και παρατεταμένης βίας στους ηλικιωμένους διακρίνονται σε σωματικές και ψυχολογικές.

1.5.1 Σωματικές συνέπειες

Οι ηλικιωμένοι είναι σωματικώς πιο αδύναμοι και σαφώς περισσότερο ευάλωτοι σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες. Τα οστά τους είναι σαφώς πιο εύθραυστα και η ανάρρωση και επούλωση των τραυμάτων διαρκεί πολύ περισσότερο. Ακόμη και ένας σχετικά μικρός τραυματισμός μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και μόνιμες βλάβες. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν έχοντας μόνο ένα χαμηλό εισόδημα, με αποτέλεσμα η απώλεια ακόμα και ενός χαμηλού χρηματικού ποσού να έχει σοβαρό αντίκτυπο στους ίδιους. Μπορεί να ζουν απομονωμένοι, να αντιμετωπίζουν μόνοι τους τα σοβαρά προβλήματα της υγείας τους, πράγμα το οποίο τους κάνει να είναι ως μια από τις πιο ευάλωτες ομάδες που είναι στόχοι για κακομεταχείριση και εκμετάλλευση (WHO, 2002; WHO, 2004).

1.5.2 Ψυχολογικές συνέπειες

Ελάχιστες έρευνες σχετικά με τις συνέπειες της κακοποίησης στους ηλικιωμένους έχουν γίνει, παρόλο που κλινικές μελέτες αλλά και μελέτες περιπτώσεων δείχνουν ότι η συναισθηματική δυσφορία που βιώνει ο ηλικιωμένος που έχει υποστεί κακοποίηση είναι έντονη. Υπάρχουν στοιχεία από μελέτες που έχουν γίνει σε αναπτυγμένες χώρες τα οποία μαρτυρούν ότι ένα υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων που έχουν υποστεί κακοποίηση πάσχουν από κατάθλιψη ή αντιμετωπίζουν γενικότερα ψυχολογικά προβλήματα σε σχέση με τους συνομηλικούς τους που δεν έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίησης (WHO, 2004; Machado et al., 2001).

Άλλα συμπτώματα τα οποία έχουν προταθεί ως συνδεδεμένα με περιπτώσεις κακοποίησης περιλαμβάνουν τα συναισθήματα της ανικανότητας, της αποξένωσης, της ενοχής, της ντροπής, του φόβου, του άγχους, της άρνησης αλλά και του μετατραυματικού άγχους. Η απομόνωση, η έλλειψη προσωπικών επαφών με τους φίλους και την οικογένεια, δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερο άγχος. Πολύ συχνά η απομόνωση επιβάλλεται από το θύτη περιορίζοντας το ηλικιωμένο άτομο με τη χρήση βίας, απειλώντας και στερώντας του την

πρόσβαση σε βοήθεια ή ακόμα και ιατρική φροντίδα. Πέρα όμως από τις συναισθηματικές συνέπειες έχει βρεθεί ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων που έρχονται αντιμέτωποι με την κακοποίηση καταλήγουν στο θάνατο εφόσον η κακοποίηση οδηγεί σε αύξηση του άγχους, το οποίο πολλές φορές μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ηλικιωμένο (Krug et al., 2003; WHO, 2004). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει μεγάλη έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις συνέπειες που έχει η κακοποίηση στα ηλικιωμένα άτομα. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για περισσότερη έρευνα σχετικά με τις ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές επιπτώσεις της κακοποίησης στους ηλικιωμένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

2.1 Αναγνώριση και δράσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου διεθνώς

Μέχρι πρόσφατα, οι έρευνες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία αφορούσαν, κυρίως, την κακοποίηση και την παραμέληση τόσο του παιδιού όσο και της συζύγου. Ελάχιστες έρευνες έχουν γίνει σχετικά με την κακοποίηση και την παραμέληση των ηλικιωμένων ατόμων. Σήμερα η κακοποίηση των ηλικιωμένων βρίσκεται στο στάδιο που βρισκόταν η κακοποίηση του παιδιού πριν 20 χρόνια και η κακοποίηση των γυναικών πριν 10 χρόνια. Ωστόσο, πλέον αναγνωρίζεται ως ένα σοβαρό πρόβλημα που έχει αντίκτυπο τόσο στην υγεία των ηλικιωμένων όσο και στην κοινωνία (Mildenberger & Wessman, 1986).

Ο όρος «κακοποίηση ηλικιωμένων» περιγράφηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 1975 από τον Burston σε ένα ομότιτλο άρθρο του σε Βρετανικό Ιατρικό περιοδικό. Αν και έχουν περάσει αρκετές δεκαετίες από τότε, έχει σημειωθεί μικρή πρόοδος σχετικά με τον καθορισμό και την περιγραφή του μεγέθους και της φύσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων (Kozak, 1994, Aravanis S. et al.,1993, Wei et al.,2004). Η εμφάνιση του όρου αυτού προκάλεσε αίσθηση στο κοινό αλλά και στις εκάστοτε κυβερνήσεις των χωρών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να θεσπιστούν νόμοι σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων αλλά και να αρχίσουν να γίνονται εντατικές έρευνες επί του θέματος.

Από το 1980, επιστημονικές έρευνες αλλά και δράσεις από την πλευρά των κυβερνήσεων ξεκίνησαν να γίνονται σε Αυστραλία, Καναδά, Κίνα, Νορβηγία, Σουηδία και τις Ηνωμένες πολιτείες. Στην επόμενη δεκαετία, αντίστοιχες ενέργειες λάμβαναν χώρα σε Αργεντινή, Βραζιλία, Χιλή, Ινδία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Νότια Αφρική, Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Παρόλο που η κακοποίηση των ηλικιωμένων εντοπίστηκε για πρώτη φορά σε αναπτυγμένες χώρες, ανεπίσημα στοιχεία και άλλες εκθέσεις από ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει ότι αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο (Krug et al., 2003).

Παρά το γεγονός, λοιπόν, ότι το φαινόμενο αυτό δεν είναι καινούργιο, φαίνεται ότι το Ηνωμένο Βασίλειο άργησε πολύ να απαντήσει στην πρόκληση αυτή και δεν ήταν εύκολο να

δεχτεί ότι υπάρχει ένα τέτοιο πρόβλημα. Αντίθετα, στην Αμερική, στα τέλη της δεκαετίας του 1980, σε κάθε πολιτεία, θεσπίστηκαν νόμοι σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων (Mcalpine, 2008). Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1970 μικρές μελέτες περιπτώσεων, επιβεβαίωσαν ότι το φαινόμενο αυτό ήταν υπαρκτό και στην Αμερική. Στα μέσα της δεκαετίας του '70 η Ειδική Επιτροπή για τους Ηλικιωμένους της Αμερικανικής Γερουσίας, εξέδωσε μια σειρά από εκθέσεις σχετικά με την κακοποίηση και την παραμέληση των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας, και το 1981 οι αντιπρόσωποι της Επιτροπής για τους Ηλικιωμένους της Αμερικανικής Βουλής, διεξήγαγε ακροάσεις κατά τις οποίες ηλικιωμένα άτομα, θύματα κακοποίησης, κατέθεταν την δική τους εμπειρία πάνω στο θέμα. Από το 1981, τόσο οι κυβερνητικές οργανώσεις όσο και τα μέσα ενημέρωσης ανέφεραν συνεχώς τις διαστάσεις του προβλήματος της κακοποίησης και της παραμέλησης των ηλικιωμένων (Aravanis et al., 1993).

Το 1986, το Ινστιτούτο Ιατρικής δημοσίευσε συστάσεις σχετικά με την πρόληψη της κακοποίησης των ηλικιωμένων στα ιδρύματα. Το 1991, η Γραμματεία του Αμερικανικού Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, εξέδωσε έναν οδηγό σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, ο οποίος παρείχε ένα πλάνο για την ανίχνευση και την αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων, τόσο στα σπίτια και στις κοινότητες όσο και στα ιδρύματα. Ο οδηγός προτείνει, επίσης εθνικές στρατηγικές για την έρευνα και συλλογή δεδομένων, την τεχνική υποστήριξη, την κατάρτιση, και την εκπαίδευση του κοινού στο θέμα (Aravanis et al., 1993).

Το 1991, ιδρύθηκε ένα Εθνικό Ινστιτούτο για την Κακοποίηση των Ηλικιωμένων και καθιερώθηκε ως μέρος της Καμπάνιας σχετικά με την Μέριμνα για την Κακοποίηση των Ηλικιωμένων. Οργανισμοί προστασίας των ηλικιωμένων υπάρχουν πλέον σε κάθε πολιτεία της Αμερικής προκειμένου να υπηρετούν τις ανάγκες των ευάλωτων ηλικιωμένων, και κυρίως εκείνων που έχουν υποστεί κακοποίηση. Αρκετές ακόμα ενέργειες, οδήγησαν στην ενημέρωση αλλά και στην ευαισθητοποίηση τόσο του κοινού όσο και των ειδικών για το θέμα αυτό. Από το 1980, μια μικρή ομάδα ερευνητών διεξήγαγε μελέτες για να εκτιμήσει την έκταση και τις αιτίες της κακοποίησης των ηλικιωμένων, και σχεδόν κάθε πολιτεία διαθέτει νόμους οι οποίοι απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από το περιβάλλον του ηλικιωμένου, να γνωστοποιούν τις περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία κακοποίησης (Aravanis et al., 1993).

Ωστόσο, στο Ηνωμένο Βασίλειο, σημαντικός καταλύτης ήταν μια διεπιστημονική έρευνα που είχε γίνει σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Αυτό οδήγησε στη διεξαγωγή ποικίλων ερευνών σχετικά με το θέμα, η πρώτη δημοσιεύτηκε το 1990 σε Βρετανικό Ιατρικό περιοδικό. Στη συνέχεια, το 1993 ιδρύθηκε μια

φιλανθρωπική οργάνωση σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Το 2004 η πλειοψηφία της επιτροπής του συμβουλίου για την υγεία υπογράμμισε μια σειρά προβλημάτων πάνω στα οποία έκανε συγκεκριμένες προτάσεις βελτίωσης, όπως την βελτίωση της επιθεώρησης των κατ' οίκων επισκέψεων, υποχρεωτική εκπαίδευση για την ανίχνευση της κακοποίησης στους επαγγελματίες που εργάζονται με ηλικιωμένους, παροχή πολλαπλών κατευθυντήριων γραμμών σε τοπικό επίπεδο και αποτελεσματικότερη κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού (Mcalpine, 2008).

Στην Αυστραλία, η κακοποίηση των ηλικιωμένων δεν αναγνωριζόταν ως πρόβλημα μέχρι τα τέλη του 1980, και υπάρχει ακόμα έλλειψη ενημέρωσης τόσο από την πλευρά των επαγγελματιών όσο και από τον κόσμο γενικά. Ωστόσο, τα τελευταία 15 χρόνια, έρευνες σε όλη τη χώρα έχουν επιβεβαιώσει τη σπουδαιότητα της κακοποίησης ως ένα κοινωνικό, ιατρικό και νομικό πρόβλημα στην Αυστραλία. Οι πολιτείες της Αυστραλίας ανταποκρίθηκαν στο πρόβλημα αυτό με διαφορετικούς τρόπους. Συγκεκριμένα, χρηματοδότησαν ειδικά κέντρα παροχής βοήθειας σε κακοποιημένους ηλικιωμένους στη Νότια Αυστραλία και στο Κουινσλαντ (Queensland), υιοθέτησαν διϋπηρεσιακά πρωτόκολλα, παρείχαν εκπαίδευση στους επαγγελματίες του New South Wales και της Δυτικής Αυστραλίας καθώς, επίσης, εξέδωσαν και έναν οδηγό υγείας που περιείχε και τις κοινοτικές υπηρεσίες στη Βικτώρια (Kurtle S., 2004).

Οι περισσότερες υπηρεσίες που έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένους, πλέον, έχουν στη διάθεση τους πρωτόκολλα για την διαχείριση της κακοποίησης. Επί του παρόντος, η πλειονότητα των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων αξιολογείται και διαχειρίζεται από ειδικούς σε θέματα ηλικιωμένων (Γηριατρική) . Οι Γενικοί Ιατροί – και το επάγγελμα του γιατρού γενικότερα- αναμειγνύεται ελάχιστα σε τέτοιου είδους περιπτώσεις. Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γιατροί δεν αναμειγνύονται σε τέτοιου είδους περιστατικά είναι κυρίως η έλλειψη γνώσεων σχετικά με το πρόβλημα, η δυσφορία που αισθάνονται στην αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, η έλλειψη χρόνου αλλά και ο φόβος νομικών κυρώσεων (Kurtle S., 2004).

Στη Βραζιλία, οι πρώτες έρευνες σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων ξεκίνησαν να γίνονται κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1990. Το 1997, διεξήχθη μια έρευνα σε τέσσερις πόλεις της Βραζιλίας (Rio de Janeiro, Minas Gerais, Sao Paulo και Parana) σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι την κακοποίηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται την κακοποίηση, από την μία, ως τον επιζήμιο τρόπο με τον οποίο η κοινωνία συμπεριφέρεται απέναντί τους, και από την άλλη, ως την εγκατάλειψη που

προέρχεται από τις οικογένειές τους. Το 1998, διεξήχθησαν έρευνες σχετικά με την θνησιμότητα των ηλικιωμένων εξαιτίας εξωτερικών παραγόντων, όπως είναι η βία. Στην πόλη του Ρίο ντε Τζανέιρο, τα βίαια αίτια κατατάσσονται στην έκτη θέση των πιο κοινών αιτιών θνησιμότητας (Machado et al., 2001).

Ωστόσο, στη Βραζιλία δεν έχει δημοσιευτεί ακόμα καμία έρευνα σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων και την αντιμετώπισή της, παρόλο που τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με την κατάσταση των ηλικιωμένων υποδηλώνουν ότι μπορεί και να υπάρχει κακοποίηση και παραμέληση από την πλευρά των φροντιστών των ηλικιωμένων. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παραμένουν στα σπίτια τους, πράγμα το οποίο είναι κατοχυρωμένο δικαίωμά τους σύμφωνα με το Σύνταγμα της Βραζιλίας, και μόνο όσοι δεν έχουν οικογένειες μεταφέρονται σε ιδρύματα. Η κουλτούρα των Βραζιλιάνων είναι αρκετά συντηρητική ώστε να μεταφέρουν τα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας σε ιδρύματα, και πέρα από αυτό, τα υπάρχοντα ιδρύματα είναι, γενικά, ελάχιστα και παρέχουν υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας. Τα υψηλά ποσοστά της ανεργίας αλλά και των διαζυγίων αναγκάζουν τους ενήλικες να επιστρέφουν στην πατρική τους οικογένεια και να αναλαμβάνουν την φροντίδα των ηλικιωμένων μελών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, λοιπόν, υπάρχουν πολλές πιθανότητες τα ηλικιωμένα μέλη να πέσουν θύματα κακοποίησης, ιδίως όταν αποτελούν την μοναδική πηγή εισοδήματος στην οικογένεια (Machado et al., 2001). Η παράλειψη, λοιπόν, της κυβέρνησης να παρέχει τις κατάλληλες για την υγεία του ηλικιωμένου υπηρεσίες, αλλά και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, πρόσθεσε επιπλέον ευθύνες στις οικογένειες της Βραζιλίας. Η έλλειψη υπηρεσιών στη Βραζιλία, όπως είναι τα κέντρα ημέρας, τα νοσοκομεία ημέρας, οι υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα αλλά και τα ειδικά κέντρα φροντίδας ασθενών με άνοια, αντικατοπτρίζει την έλλειψη υποστήριξης απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα. Όπως διακρίνεται από τα παραπάνω, η Βραζιλία είναι μια χώρα όπου υπάρχει γενικά έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με το πρόβλημα της κακοποίησης, αλλά και γενικά δεν διαθέτει τα απαραίτητα κέντρα υποστήριξης των ηλικιωμένων (Machado et al., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Δεν υπάρχει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη εξήγηση για την κακοποίηση των ηλικιωμένων μέσα στις οικογένειες. Έχουν προταθεί πολυάριθμες θεωρίες οι οποίες μπορεί να συμπίπτουν. Όσον αφορά στην αιτιολογία της κακοποίησης τρία είναι τα πιο βασικά και διαδεδομένα μοντέλα: το ψυχοπαθολογικό μοντέλο, το μοντέλο της μάθησης και το μοντέλο του άγχους λόγω της κατάστασης. Από τα τρία αυτά μοντέλα, το ψυχοπαθολογικό μοντέλο είναι αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο στην εξήγηση της ενδοοικογενειακής βίας.

3.1.1. Ψυχαναλυτικές θεωρίες

Υπάρχουν διάφορες ψυχαναλυτικές θεωρήσεις σχετικά με το πιο είναι το κύριο κίνητρο του ατόμου που κακοποιεί και ποια η αιτία της κακοποίησης. Οι σημαντικότερες θεωρήσεις σύμφωνα με τον Herman (1996) είναι:

- α. Η θεωρία της αποπροσωποποίησης του άλλου: το πρωταρχικό κίνητρο του ατόμου που κακοποιεί είναι η αποπροσωποποίηση και η ακύρωση της γυναίκας – θύματος. Κυρίαρχα στερεότυπα υποστηρίζουν ότι το άτομο που κακοποιεί δικαιολογεί την πράξη του, αποπροσωποποιώντας το θύμα.
- β. Η θεωρία της νοσταλγίας μιας συμπαγούς ταυτότητας. Το άτομο που κακοποιεί προσπαθεί να καταστρέψει το θύμα, για να αισθανθεί γεμάτος, ολόκληρος και ισχυρός.
- γ. Η θεωρία της αγωνίας για επιβεβαίωση. Η εκδήλωση βίας μπορεί να θεωρηθεί ως πράξη εναγώνιας αναζήτησης, επιβεβαίωσης από τον άλλο.
- δ. Η θεωρία του φόβου του απειλητικού άλλου. Ο φόβος είναι μια αντίδραση του άνδρα απέναντι στο αρχέγονο πρότυπο της πανίσχυρης γυναίκας. Το πρότυπο αυτό επιδρά απειλητικά απέναντι στην ανδρική υπόσταση και κάνει τον άνδρα να αισθάνεται ανασφάλεια για την κυριαρχία του και φόβο κατάρρευσης του αντρικού προτύπου του.

Οι ψυχολογικές θεωρίες παρουσιάζουν το άτομο που κακοποιεί ως μια ιδιαίτερη ψυχοπαθολογική προσωπικότητα. Το άτομο αυτό μπορεί να είναι απομονωμένο, διανοητικά διαταραγμένο που δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του, και συνεπώς δεν ευθύνεται για αυτή (Τσιγκρής, 1996).

3.1.2. Ψυχοπαθολογικό μοντέλο

Το Ψυχοπαθολογικό μοντέλο δίνει έμφαση στα ψυχολογικά προβλήματα του θύτη της κακοποίησης. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, συχνή αιτία της κακοποίησης είναι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Ο θύτης μπορεί να είναι ψυχασθενής ή να υποφέρει από ανεπίλυτα συναισθηματικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και αυτό να τον οδηγεί σε βίαιη συμπεριφορά ενάντια των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας. (Mildenberger & Wessman, 1986).

3.1.3. Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Bandura, 1977), οι άνθρωποι μαθαίνουν να είναι βίαιοι, όταν μεγαλώνουν σε βίαιες οικογένειες. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Bandura τονίζει τη σημασία της παρατήρησης, της συμπεριφοράς, της νοοτροπίας και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων. Ο Bandura επίσης (1977) αναφέρει ότι η μάθηση θα ήταν εξαιρετικά επίπονη εάν οι άνθρωποι έπρεπε να βασίζονται αποκλειστικά και μόνο στα αποτελέσματα των δικών τους ενεργειών. Η κοινωνική θεωρία εκμάθησης εξηγεί την ανθρώπινη συμπεριφορά από την άποψη της συνεχούς αμοιβαίας αλληλεπίδρασης μεταξύ γνωστικής, συμπεριφοριστικής και περιβαλλοντικής επιρροής και έχει εφαρμοστεί εκτενώς στην κατανόηση της επιθετικότητας (Bandura, 1973) και των ψυχολογικών αναταραχών, ιδιαίτερα στα πλαίσια της τροποποίησης συμπεριφοράς (Bandura, 1969).

Σύμφωνα με την θεωρία της μάθησης, οι ενήλικες που κακοποιούν, έχουν κακοποιηθεί και οι ίδιοι ως παιδιά. Σε κάποιες οικογένειες, στις οποίες οι γονείς αναπτύσσουν βίαιη συμπεριφορά, είναι πολύ πιθανό ότι και τα παιδιά τους θα αναπτύξουν στο μέλλον αντίστοιχη συμπεριφορά. Όταν το κακοποιημένο παιδί ενηλικιωθεί, μπορεί να αποφασίσει να εκδικηθεί για την κακοποίηση που υπέστη στην παιδική ηλικία από τους γονείς του (Mildenberger & Wessman, 1986).

3.1.4. Θεωρία του άγχους λόγω της κατάστασης

Τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο άτομο μπορούν να προκαλέσουν αφόρητες απαιτήσεις στον φροντιστή. Για την φροντίδα του ηλικιωμένου γονέα του, το παιδί ως ενήλικας πλέον, ίσως να χρειαστεί να εγκαταλείψει τον προηγούμενο τρόπο ζωής του, την διασκέδαση, τις κοινωνικές του συναναστροφές και πιθανώς την δουλειά του, για να φροντίσει τον γονέα του. Επιπλέον άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν την κατάσταση μπορεί να είναι, η έλλειψη των απαραίτητων χρημάτων για την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας, η ανεπαρκής στέγαση ή ο συνωστισμός μέσα στο σπίτι, η έλλειψη υποστήριξης από τα άλλα μέλη της οικογένειας, η ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή σωματικής βλάβης των δικών τους παιδιών καθώς και η έλλειψη γνώσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες που υποστηρίζουν όσους αντιμετωπίζουν τέτοιες αγχώδεις καταστάσεις.

Πολλές φορές, οι μεσήλικες φροντιστές βρίσκονται ανάμεσα στην δική τους συνταξιοδότηση και στα γηρατειά των γονιών τους. Από την μία είναι οι οικονομικές απαιτήσεις των παιδιών τους, όπως για παράδειγμα η χρηματοδότηση των σπουδών τους ή του γάμου τους, και από την άλλη πρέπει να αντεπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της φροντίδας των ηλικιωμένων γονιών τους (Mildenberger & Wessman, 1986).

3.1.5 Το οικολογικό Μοντέλο

Δεν υπάρχει κάποιος μεμονωμένος παράγοντας που να μπορεί να εξηγήσει τον λόγο για τον οποίο ένα άτομο φέρεται βίαια απέναντι σε άλλα άτομα ή τον λόγο που η βία είναι περισσότερο διαδεδομένη σε κάποιες κοινωνίες από ότι είναι σε άλλες. Η βία είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού κοινωνικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων. (Krug et al., 2003). Σχετικά με την πρόληψη της βίας η κατανόηση της σύνδεσης της με αυτούς τους παράγοντες είναι ένα σημαντικό βήμα στην προσέγγιση από την πλευρά της δημόσιας υγείας. Για να γίνει κατανοητή η πολύπλευρη φύση της βίας θα αναλυθεί σύμφωνα με το Οικολογικό μοντέλο.

Το Οικολογικό μοντέλο παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 1970 και αρχικά εφαρμόστηκε στην παιδική κακοποίηση και μεταγενέστερα στην κακοποίηση στους νέους. Πιο πρόσφατα, οι ερευνητές το έχουν χρησιμοποιήσει για να κατανοήσουν την συντροφική βία και την κακοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων. (Krug et al., 2003).

Το μοντέλο αυτό διερευνά τις σχέσεις ανάμεσα σε μεμονωμένους και συμφραζόμενους παράγοντες και θεωρεί την βία ως προϊόν της επίδρασης των πολλαπλών επιπέδων στην συμπεριφορά. Τα επίπεδα αυτά είναι το άτομο, η σχέση, η κοινότητα και η κοινωνία.

Άτομο - Το πρώτο επίπεδο σύμφωνα με το Οικολογικό μοντέλο επιδιώκει να εντοπίσει τους προσωπικούς και βιολογικούς παράγοντες που ένα άτομο εκφράζει με την συμπεριφορά του. Εκτός από τους βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες, λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως είναι η παρορμητικότητα, η χαμηλή μορφωτική κατάρτιση, η κατάχρηση ουσιών καθώς και η ύπαρξη ιστορικού επιθετικότητας και κακοποίησης. Με άλλα λόγια, αυτό το επίπεδο του Οικολογικού μοντέλου εστιάζει στα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυξάνουν την πιθανότητα να γίνει θύμα ή θύτης κακοποίησης (Krug et al., 2003).

Σχέση - Το δεύτερο επίπεδο του μοντέλου διερευνά πως οι κοινωνικές σχέσεις, για παράδειγμα οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, τους συντρόφους, και τα μέλη της οικογένειας, αυξάνουν τον κίνδυνο θυματοποίησης και διάπραξης κακοποίησης. Στις περιπτώσεις συντροφικής βίας και παιδικής κακοποίησης, για παράδειγμα, η καθημερινή αλληλεπίδραση του θύματος με τον θύτη καθώς και η διαμονή τους στην ίδια κατοικία, αυξάνει τις πιθανότητες πρόκλησης κακοποίησης. Είναι πιο πιθανό σε αυτές τις περιπτώσεις το θύμα να κακοποιηθεί επανειλημμένα από τον θύτη, διότι τους συνδέει μια καθημερινή σχέση. Στις περιπτώσεις διαπροσωπικής βίας ανάμεσα σε νέους, οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα νεαρά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε αρνητικές δραστηριότητες όταν αυτές ενθαρρύνονται από τους φίλους τους. Οι συνομηλικοί, οι σύντροφοι, και τα μέλη της οικογένειας έχουν την δυνατότητα να διαμορφώσουν την συμπεριφορά του ατόμου καθώς και το φάσμα των εμπειριών του (Krug et al., 2003).

Κοινότητα - Το τρίτο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εξετάζει τα πλαίσια της κοινότητας όπου είναι ενσωματωμένες οι κοινωνικές σχέσεις, όπως είναι το σχολείο, το εργασιακό πλαίσιο και η γειτονιά, και προσπαθεί να επισημάνει ποιά είναι τα χαρακτηριστικά τους που σχετίζονται με « το να γίνει» το άτομο θύτης κακοποίησης ή θύμα. Οι συχνές μετακομίσεις, δηλαδή όταν τα άτομα δεν μένουν πολύ καιρό σε μια κατοικία αλλά μετακομίζουν πολλές φορές, η ετερογένεια, δηλαδή οι διαφορετικοί πληθυσμοί, και η υψηλή πυκνότητα του πληθυσμού, είναι παραδείγματα αυτών των χαρακτηριστικών και το καθένα από αυτά σχετίζεται με την βία. Παρομοίως, στις κοινότητες που χαρακτηρίζονται από προβλήματα όπως διακίνηση ναρκωτικών ουσιών, υψηλά ποσοστά ανεργίας και μεγάλη πυκνότητα του

πληθυσμού, σε περιπτώσεις για παράδειγμα που τα άτομα δεν γνωρίζουν πολλές φορές του γείτονές τους ή δεν έχουν καμία εμπλοκή στην τοπική κοινωνία, είναι πιθανό να εμφανιστεί η βία. Σε ορισμένες κοινότητες όπως εκεί που υπάρχει φτώχεια, υποβάθμιση και ελάχιστη θεσμική υποστήριξη, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλωθεί η βία σε σύγκριση με κάποιες άλλες. (Krug et al., 2003).

Κοινωνία - Το τέταρτο και τελευταίο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εξετάζει τους μεγαλύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της βίας. Εδώ περιλαμβάνονται οι παράγοντες που δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την βία, αυτοί που μειώνουν τις αναστολές απέναντι στην βία, και εκείνοι που δημιουργούν και διατηρούν τις αποστάσεις ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Οι μεγαλύτεροι κοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν :

- Πολιτιστικούς κανόνες οι οποίοι υποστηρίζουν την βία σαν έναν κοινά αποδεκτό τρόπο για την επίλυση συγκρούσεων.
- Κανόνες που δίνουν προτεραιότητα στα δικαιώματα των γονιών και όχι στην ευημερία των παιδιών.
- Κανόνες που παγιώνουν την αντρική κυριαρχία απέναντι στην γυναίκα και το παιδί.
- Κανόνες που υποστηρίζουν την υπερβολική χρήση εξουσίας από την αστυνομία εις βάρος των πολιτών.
- Κανόνες που υποστηρίζουν τις πολιτικές συγκρούσεις.

Επίσης περιλαμβάνουν και την υγεία, την εκπαίδευση, τις οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές που διατηρούν σε υψηλά επίπεδα τις κοινωνικές ή οικονομικές ανισότητες ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες. Το οικολογικό μοντέλο τονίζει τις πολλαπλές αιτίες της βίας και την αλληλεπίδραση των παραγόντων κινδύνου που λειτουργούν στο πλαίσιο της οικογένειας και στην ευρύτερη κοινότητα, καθώς και στο κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό περιβάλλον των ατόμων. Επίσης, τοποθετημένο σ' ένα αναπτυξιακό πλαίσιο, το οικολογικό μοντέλο μας δείχνει πως η βία μπορεί να προκληθεί από διαφορετικούς παράγοντες, στα διαφορετικά στάδια της ζωής του ατόμου. (Krug et al., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρόλο που παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον απέναντι στο πρόβλημα, οι περισσότερες χώρες δεν έχουν ακόμα θεσπίσει ειδικούς νόμους σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων, συνήθως καλύπτονται από το ποινικό δίκαιο, ή από τους νόμους εκείνους που αφορούν στα πολιτικά δικαιώματα, στα δικαιώματα ιδιοκτησίας, στην οικογενειακή βία ή στην ψυχική υγεία. Μια ειδική και πιο ολοκληρωμένη νομοθεσία σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, συνεπάγεται μια ισχυρή δέσμευση της πολιτείας για την επίλυση του προβλήματος. Παρόλα αυτά, ακόμα και σε χώρες που τέτοιου είδους νόμοι υπάρχουν, τα περιστατικά κακοποίησης των ηλικιωμένων, σπανίως διώκονται (Krug et al., 2003).

Αυτό συμβαίνει, κυρίως, γιατί οι ηλικιωμένοι είναι απρόθυμοι ή αδυνατούν να κινήσουν νομικές διαδικασίες κατά των μελών της οικογένειάς τους, είτε επειδή, συνήθως, θεωρούνται αναξιόπιστοι μάρτυρες, είτε λόγω της εγγενώς κρυφής φύσης της κακοποίησης. Όσο η κακοποίηση των ηλικιωμένων συνεχίζει να θεωρείται ως ένα πρόβλημα του φροντιστή, οι οποιοσδήποτε νομικές δράσεις σχετικά με το θέμα δεν θα είναι αποτελεσματικές. Νομοθεσία σχετική με την υποχρεωτική καταγγελία των περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων που εντοπίζονται, υπάρχει μόνο σε κάποιες επαρχίες του Καναδά, στο Ισραήλ και σε κάποιες από τις πολιτείες της Αμερικής (Krug et al., 2003).

4.1 Το νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες

Στην Αμερική, 43 από τις πολιτείες της, απαιτούν από τους επαγγελματίες και άλλα άτομα που εργάζονται με ηλικιωμένους, να καταγγέλλουν περιστατικά όπου υπάρχει υποψία κακοποίησης, όταν βέβαια έχουν σημαντικές ενδείξεις ότι υπάρχει κακοποίηση ή παραμέληση, σε ειδικές υπηρεσίες που έχουν δημιουργηθεί για το λόγο αυτό. Η πρώτη από τις πολιτείες αυτές θέσπισε σχετική νομοθεσία το 1976, ενώ η πιο πρόσφατη νομοθεσία που θεσπίστηκε ήταν το 1999. Σε επαρχία του Καναδά, αντίστοιχος νόμος για την προστασία των ηλικιωμένων, θεσπίστηκε το 1973, και ακολούθησαν ακόμη άλλες τέσσερις επαρχίες στις οποίες θεσπίστηκαν αντίστοιχοι νόμοι το 1988. Αντίστοιχοι νόμοι στο Ισραήλ χρονολογούνται από το 1989. Όπως με τους νόμους σχετικά με την καταγγελία ύπαρξης κακοποίησης των

παιδιών, έτσι και με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, θεσπίστηκαν νόμοι με σκοπό τα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων να διώκονται και να μην περνούν απαρατήρητα. Η υποχρεωτική καταγγελία φαίνεται να είναι ένα σημαντικό εργαλείο, και ειδικά σε περιπτώσεις όπου τα θύματα δεν είναι σε θέση να προβούν σε νομικές κινήσεις και οι επαγγελματίες δεν είναι πρόθυμοι να καταγγείλουν την ύπαρξη κακοποίησης (Krug et al., 2003).

Μέχρι σήμερα, όλες οι πολιτείες της Αμερικής έχουν θεσπίσει νόμους που εξασφαλίζουν την παροχή βοήθειας στους ηλικιωμένους που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης. Μέσω των νόμων για την προστασία των ηλικιωμένων, έχει δημιουργηθεί ένα σύστημα κατά το οποίο γίνεται αναφορά και έρευνα σε περιστατικά ύποπτα για κακοποίηση, αλλά και παρέχεται η απαραίτητη φροντίδα από τους ειδικούς προκειμένου να προστατευθεί το θύμα (Wei et al., 2004). Ενώ, μέχρι το 2002, 44 πολιτείες της Αμερικής στους νόμους περί προστασίας των ενηλίκων είχαν ειδικές διατάξεις που αφορούσαν στην υποχρεωτική αναφορά και καταγγελία περιστατικών ύποπτων για κακοποίηση, στις υπόλοιπες έξι (Colorado, New Jersey, New York, North Dakota, South Dakota, and Wisconsin), η καταγγελία τέτοιων περιστατικών δεν ήταν υποχρεωτική αλλά στη βούληση του επαγγελματία το αν θα καταγγείλει τέτοια περιστατικά. Από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι 38, μέχρι το 2000, είχαν θεσπίσει νόμους που αφορούσαν σε κυρώσεις απέναντι στους επαγγελματίες που παρέλειπαν να καταγγείλουν τέτοια περιστατικά. Οι κυρώσεις αυτές αφορούσαν σε πρόστιμα, φυλάκιση μέχρι και αφαίρεση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος (Wei et al., 2004).

Το καταστατικό, οι ορισμοί αλλά και απαιτήσεις για την καταγγελία των περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία, καθώς διαφορά υπάρχει ακόμα και στις πολιτείες εκείνες όπου η καταγγελία τέτοιων περιστατικών είναι υποχρεωτική. Πρώτα από όλα, παρόλο που όλες οι πολιτείες στους νόμους τους περί προστασίας των ενηλίκων χαρακτηρίζουν τους επαγγελματίες ως τους πρώτους που είναι υποχρεωμένοι για να καταγγείλουν αυτά τα περιστατικά, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις πολιτείες για το πώς ορίζεται ο επαγγελματίας για την κάθε πολιτεία, δεν έχουν έναν ενιαίο ορισμό. Επιπλέον, σε κάποιες από τις πολιτείες, οι νόμοι αυτοί εξασφαλίζουν μια προσωρινή φροντίδα του ηλικιωμένου στην κοινότητα, ενώ σε άλλες υπάρχουν νόμοι που τους εξασφαλίζουν μια μακροχρόνια φροντίδα και προστασία μέσα από ειδικές εγκαταστάσεις. Διαφορά μεταξύ των πολιτειών υπάρχει ακόμα και στο πώς ορίζουν τις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας παροχής φροντίδας, σε κάποιες πολιτείες συμπεριλαμβάνονται και οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από ψυχικές ή νοητικές ασθένειες, ενώ σε άλλες όχι (Wei et al., 2004).

Επίσης, σε ορισμένες πολιτείες υπάρχει περιορισμός στα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία πρέπει ή όχι κάποιο περιστατικό να καταγγεληθεί. Πιο συγκεκριμένα, σε κάποιες από τις πολιτείες, το κριτήριο για την καταγγελία είναι η ευπαθής θέση των ηλικιωμένων, ενώ σε άλλες πολιτείες αυτό το κριτήριο δεν ισχύει. Υπάρχει υποχρεωτική καταγγελία των υπόπτων περιστατικών σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα, που είναι πάνω από 60 ετών, ασχέτως αν ανήκουν ή όχι στις ευάλωτες ομάδες (Wei et al., 2004). Επιπλέον, οι νόμοι αυτοί διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία στα εξής σημεία:

- 1) Την ηλικία στην οποία βρίσκεται το θύμα,
- 2) τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει το θύμα,
- 3) τις μορφές της κακοποίησης, εκμετάλλευσης και παραμέλησης που έχει υποστεί το θύμα,
- 4) τα περιστατικά εκείνα που απαιτούν υποχρεωτική καταγγελία και διερεύνηση,
- 5) την ταξινόμηση της κακοποίησης ως ποινικό ή αστικό αδίκημα, 6) τις διαδικασίες της έρευνας και
- 7) τα ψηφίσματα σχετικά με την κακοποίηση.

Παρά τις παραπάνω διαφορές που έχουν οι πολιτείες, υπάρχουν και κάποια κοινά σημεία στη σχετική νομοθεσία για την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Κατ' αρχάς, σε όλες τις πολιτείες, οι νόμοι αυτοί παρέχουν ασυλία στους επαγγελματίες εκείνους που καταγγέλλουν τέτοιου είδους περιστατικά, τους απαλλάσσει από την ευθύνη. Συνέπειες έχουν μόνο οι επαγγελματίες εκείνοι που έχουν κάνει την καταγγελία βασιζόμενοι σε ψευδή στοιχεία ή με κακόβουλο τρόπο. Επίσης, οι νόμοι περί υποχρεωτικής καταγγελίας τέτοιων περιστατικών απαιτούν από τους επαγγελματίες να γίνεται καταγγελία όπου υπάρχει υποψία κακοποίησης, εφόσον όμως έχουν σαφείς ενδείξεις για αυτό. Τέλος, το αν ο ηλικιωμένος θέλει ή όχι να γίνει καταγγελία, δεν πρέπει να εμποδίζει τον επαγγελματία. Ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος να καταγγείλει το περιστατικό ανεξάρτητα από το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος μπορεί να αρνείται (Wei et al., 2004).

Από την άλλη, στην Αγγλία δεν υπάρχει ένα ξεκάθαρο νομικό πλαίσιο που να σχετίζεται με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, υπάρχουν μόνο κάποιοι νόμοι οι οποίοι μπορούν να φανούν χρήσιμοι σε συγκριμένες καταστάσεις. Οι νόμοι που απαρτίζουν το ποινικό δίκαιο δεν είναι χρήσιμοι όταν υπάρχουν περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων, και αυτό γιατί τις

περισσότερες φορές τα θύματα φοβούνται να το καταγγείλουν και να παρουσιάσουν αποδεικτικά στοιχεία ή απλά αρνούνται την ύπαρξη της κακοποίησης (Bradley M., 1996).

Σύμφωνα με νόμο του 1947, η τοπική αρχή, έπειτα από την ιατρική γνωμάτευση του τοπικού γιατρού, είναι σε θέση να μετακινήσει το ηλικιωμένο άτομο από το σπίτι του και να του παρέχει ένα πιο ασφαλές γι' αυτόν περιβάλλον, όταν διαπιστωθούν σημάδια κακοποίησης, όταν οι συνθήκες διαβίωσης του ηλικιωμένου δεν είναι κατάλληλες για αυτόν και όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να καταλάβει τι είναι καλύτερο για εκείνον. Αυτό γίνεται προς αποφυγήν των σοβαρών τραυματισμών των ηλικιωμένων αλλά και για να προληφθούν άσχημες καταστάσεις. Έπειτα από τροπολογία του συγκεκριμένου νόμου το 1951, επιτρέπεται η μετακίνηση του ηλικιωμένου σε ασφαλέστερο μέρος χωρίς ιδιαίτερη καθυστέρηση, εντός τριών εβδομάδων, καθώς επίσης λαμβάνεται υπόψη και μια δεύτερη ιατρική εκτίμηση (Bradley M., 1996).

Σύμφωνα με νόμο που θεσπίστηκε το 1990, οι τοπικές αρχές είναι υποχρεωμένες να αξιολογούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων της κοινότητας, και ανάλογα με το ποιες είναι αυτές, να τους παρέχουν και τις αντίστοιχες υπηρεσίες (Bradley M., 1996).

Όσον αφορά στα ηλικιωμένα άτομα τα οποία πάσχουν από ψυχικά ή νοητικά προβλήματα, σύμφωνα με το νόμο του 1983, η τοπική αρχή ή κάποιος άλλος υπεύθυνος, αναλαμβάνει την υποστήριξη του ατόμου εκείνου που αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα. Αυτό διαρκεί, συνήθως, έξι μήνες. Επίσης, έχουν ορισθεί συγκεκριμένα άτομα ώστε να ελέγχουν τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με τέτοιου είδους ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός έχει το δικαίωμα, όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης, να εισέρχεται στα σπίτια των ηλικιωμένων αυτών με σκοπό να ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης και το κατά πόσο ο ηλικιωμένος φροντίζεται από τα μέλη της οικογένειάς του. Ποινικές κυρώσεις, επίσης, επιβάλλονται στο φροντιστή του ηλικιωμένου, όταν διαπιστωθεί ότι δεν του παρέχεται η κατάλληλη βοήθεια. Τέλος, υπάρχει ειδική νομοθεσία που προστατεύει τις περιουσίες των ηλικιωμένων που πάσχουν από τέτοιου είδους ασθένειες. Υπάρχει ειδικό δικαστήριο το οποίο ασχολείται με την προστασία και τη διαχείριση της περιουσίας αυτών των ατόμων (Bradley M., 1996).

4.2 Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Παρομοίως, και στην Ελλάδα δεν υπάρχει ένα ξεκάθαρο νομοθετικό πλαίσιο που να αφορά στην κακοποίηση των ηλικιωμένων. Υπάρχει ο νόμος της ενδοοικογενειακής βίας 3500/2006 (βλ. Παράρτημα), ο οποίος έχει θεσπιστεί για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας γενικότερα. Υπάρχουν κάποιες διατάξεις του νόμου αυτού που αφορούν τους ηλικιωμένους, καθώς ο νόμος δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένες ομάδες που μπορεί να κακοποιούνται αλλά είναι γενικότερος. Στις διατάξεις αυτές, στο άρθρο 6 του νόμου του 2006 περί αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας, αναφέρονται τα εξής:

- Το μέλος της οικογένειας το οποίο προξενεί σε άλλο μέλος σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους.

- Αν η πράξη βίας είναι δυνατόν να προκαλέσει στο θύμα κίνδυνο για τη ζωή του ή βαριά σωματική βλάβη, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών. Αν επακολουθήσει βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. Αν ο υπαίτιος επεδίωκε ή αποδέχθηκε το αποτέλεσμα της πράξης του, τιμωρείται με κάθειρξη.

- Αν η πράξη βίας τελέσθηκε σε μέλος της οικογένειας, το οποίο για οποιοδήποτε αιτία είναι ανίκανο να αντισταθεί, τότε ο θύτης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών.

- Αν η πράξη βίας συνιστά μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης επικίνδυνης για την υγεία ή ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη.

Επίσης, στον ίδιο νόμο, στο άρθρο 7 που αφορά στην ενδοοικογενειακή παράνομη βία και απειλή αναφέρονται τα εξής:

- Το μέλος της οικογένειας το οποίο εξαναγκάζει άλλο μέλος της οικογένειας σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή χωρίς το θύμα να υποχρεούται, κάνοντας χρήση βίας ή απειλής με σπουδαίο και άμεσο κίνδυνο, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών, ανεξάρτητα αν το απειλούμενο κακό στρέφεται εναντίον του ίδιου του θύματος ή κάποιου από τους οικείους του.

- Το μέλος της οικογένειας το οποίο προκαλεί τρόμο ή ανησυχία σε άλλο μέλος της οικογένειας απειλώντας το με βία ή άλλη παράνομη πράξη ή παράλειψη τιμωρείται με φυλάκιση.

Επιπλέον, στο άρθρο 9 περί ενδοοικογενειακής προσβολής της γενετήσιας αξιοπρέπειας αναφέρεται ότι το μέλος της οικογένειας το οποίο προσβάλλει την αξιοπρέπεια άλλου μέλους της με ιδιαίτερα ταπεινωτικό λόγο ή έργο το οποίο ανάγεται στη γενετήσια ζωή του τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών. Σε όλες τις περιπτώσεις ύπαρξης κακοποίησης υπεύθυνος για να παρέμβει είναι ο εισαγγελέας (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2006).

«Ο νόμος αυτός, όπως και πολλοί άλλοι που θεσπίστηκαν τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζει, πέρα από τα αδιαμφισβήτητα θετικά του στοιχεία, αρκετές αδυναμίες που σχετίζονται είτε με τη συστηματική του δομή είτε με την λειτουργική του αποτελεσματικότητα είτε, τέλος, με την δικαιοπολιτική σκοπιμότητα ορισμένων επιμέρους ρυθμίσεών του.

Ως κεντρική έννοια γύρω από την οποία χτίζεται το πλέγμα των διατάξεων του παρόντος νόμου χρησιμοποιείται αυτή της «οικογένειας». Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η οικογένεια ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του έθνους, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του κράτους, στα πλαίσια της οποίας λαμβάνονται, μεταξύ άλλων, θεσμικά μέτρα για την απρόσκοπτη ανάπτυξη και λειτουργία τους, όπως είναι άλλωστε, η καταστολή της ενδοοικογενειακής βίας, η οποία ναρκοθετεί τα θεμέλια του υγιούς οικογενειακού βίου, ως βασικής προϋπόθεσης της ύπαρξης του θεσμού της οικογένειας, μάλιστα και ενόψει του άρθρου 21 του Συντάγματος. Όμως, ο προσδιορισμός της έννοιας της οικογένειας στον παρόντα νόμο δημιουργεί αρκετά ερωτηματικά. Ο προσδιορισμός αυτός θέτει ως πυρήνα της έννοιας της οικογένειας, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, τους συζύγους ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους. Η έννοια της οικογένειας επεκτείνεται και στους συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού, εφόσον συνοικούν, και στα πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει οριστεί μέλος της οικογένειας, καθώς και σε κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια. Τέλος, η έννοια της οικογένειας επεκτείνεται και στη μόνιμη σύντροφο του άνδρα ή στο μόνιμο σύντροφο της γυναίκας και στα τέκνα, κοινά ή ενός εξ αυτών, εφόσον τα πρόσωπα αυτά συνοικούν, ως και στους τέως συζύγους.

Προβλήματα ερμηνείας και εφαρμογής δημιουργεί η διεύρυνση της έννοιας της οικογένειας και με τις υπόλοιπες ρυθμίσεις του παρόντος νόμου. Όπως έχει ήδη επισημανθεί με

χαρακτηριστικά γλαφυρά παραδείγματα, εάν λ.χ. ένας ενήλικος πατέρας χτυπά και προκαλεί μια απλή σωματική βλάβη στον επίσης ενήλικο υιό του, με τον οποίο δεν συνοικεί, ο πατέρας αυτός δεν θα τιμωρείται πλέον με ποινή φυλάκισης το πολύ τριών ετών, όπως σήμερα, αλλά με φυλάκιση από ένα έως πέντε χρόνια. Επίσης, αν κάποιος τελέσει το έγκλημα της απειλής σε βάρος του ενήλικου αδελφού του, με τον οποίο συνοικεί, αυτός δεν θα αντιμετωπίζεται πλέον με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους, όπως ορίζει το άρθρο 333 Π.Κ., αλλά με φυλάκιση μέχρι πέντε ετών. Τέλος, όπως έχει ορθά επισημανθεί, οι οικογενειακοί δεσμοί μεταξύ ενηλίκων δεν εμπεριέχουν αυταπόδεικτες και αυτονόητες οικογενειακές σχέσεις, ώστε οι αξιόποινες πράξεις να υπάγονται αυτόματα στην ενδοοικογενειακή βία, με τις συνακόλουθες δικονομικές εξαιρέσεις.

Με τα άρθρα 11 επ. του νόμου προβλέπεται η δυνατότητα ποινικής διαμεσολάβησης για τα εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας που φέρουν το χαρακτήρα πλημμελήματος. Προϋπόθεση για την έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης είναι η υποβολή ανεπιφύλακτης δήλωσης εκ μέρους του προσώπου στο οποίο αποδίδεται η τέλεση του εγκλήματος, ότι είναι πρόθυμο σφωρευτικά: α) Να υποσχεθεί ότι δεν θα τελέσει στο μέλλον οποιαδήποτε πράξη ενδοοικογενειακής βίας (λόγος τιμής) και ότι, σε περίπτωση συνοίκησης, δέχεται να μένει εκτός οικογενειακής κατοικίας για εύλογο χρονικό διάστημα, εάν το προτείνει το θύμα. Για την υπόσχεση αυτή συντάσσεται έκθεση κατά τα άρθρα 148 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. β) Να παρακολουθήσει ειδικό συμβουλευτικό-θεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της οικογενειακής βίας σε δημόσιο φορέα, σε όποιον τόπο και για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται τούτο αναγκαίο από τους αρμόδιους θεραπευτές. Ο υπεύθυνος του προγράμματος πιστοποιεί την ολοκλήρωση της παρακολούθησής του. Το σχετικό πιστοποιητικό επισυνάπτεται στο φάκελο της δικογραφίας. Αναφέρονται δε σε αυτό, αναλυτικά, το αντικείμενο του συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος και ο αριθμός των συνεδριών που παρακολούθησε ο ενδιαφερόμενος. γ) Να άρει ή να αποκτήσει, εφόσον είναι δυνατόν, αμέσως τις συνέπειες που προκλήθηκαν από την πράξη και να καταβάλει εύλογη χρηματική ικανοποίηση στον παθόντα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι ρυθμίσεις των άρθρων 15 και 18 του παρόντος νόμου, με τις οποίες προβλέπεται η δυνατότητα απομακρύνσεως του δράστη εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας από την οικογενειακή κατοικία, η μετοίκισή του, η απαγόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του θύματος, κατοικίες στενών συγγενών του, τα εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας, είτε ως προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης με τη διαδικασία που προβλέπεται από το άρθρο 735 Κ.Πολ.Δ. είτε με τη μορφή

περιοριστικού όρου που επιβάλλεται από τον ανακριτή, το δικαστικό συμβούλιο ή το ποινικό δικαστήριο ενώπιον του οποίου εκκρεμεί η υπόθεση.» (Αριστοτέλης Ι. Χαραλαμπίκης και συν., 2006 <http://www.poinikos-logos.gr/arxeio/06t3e.html>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

5.1 Επίπεδα Πρόληψης

- *Πρωτογενές επίπεδο πρόληψης:* αφορά σε προσεγγίσεις που στοχεύουν στην παρεμπόδιση και εξάλειψη της βίας, πριν καν ακόμα αυτή υπάρξει. Λαμβάνεται οποιοδήποτε μέτρο για την προστασία του ατόμου από πιθανή εμπειρία κακοποίησης, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες βίωσης εμπειριών κακοποίησης στη ζωή του. Επίσης, αφορά σε οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται και σε κοινωνικό επίπεδο, με μακροπρόθεσμο στόχο την εξάλειψη του προβλήματος της κακοποίησης στην κοινωνία (Krug et al 2003, Χατζηφωτίου Σ.,2005).

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί προγράμματα που συνδυάζουν επιτυχώς συγκεκριμένους βραχυπρόθεσμους αλλά και μακροπρόθεσμους στόχους. Συγκεκριμένα μέτρα που μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της οικογενειακής βίας είναι τα εξής: προγράμματα που να προετοιμάζουν τους νέους για τον γονεϊκό τους ρόλο, να βοηθούν στη συνειδητοποίηση από όλους ότι οι ανθρώπινες σχέσεις γενικότερα πρέπει να βασίζονται στις αρχές της ισότητας και του αλληλοσεβασμού, προγράμματα που να στοχεύουν στην καλύτερη γνώση και χρήση της νομοθεσίας που ήδη υπάρχει για την προστασία των μελών της οικογένειας, μέτρα που να ενισχύουν τη γνώση και την παραδοχή ότι η χρήση οποιασδήποτε μορφής βίας αποτελεί ανεπίτρεπτη και μη αποδεκτή συμπεριφορά και καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, μέτρα που να συμβάλλουν στην αλλαγή νοοτροπίας και στάσης των ΜΜΕ σε ό,τι αφορά τον τρόπο που προσεγγίζουν και παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης, και, τέλος, προγράμματα πρόνοιας και παροχής για τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας των οικογενειών (Χατζηφωτίου Σ.,2005; WHO, 2002). Πιο συγκεκριμένα, η παροχή εκπαίδευσης αλλά και η ευαισθητοποίηση του κόσμου αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Ο σκοπός τέτοιου είδους ενεργειών είναι να ενημερωθούν τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και ο γενικός πληθυσμός για τις διάφορες μορφές κακοποίησης, για το πώς μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημάδια και τα συμπτώματα της κακοποίησης αλλά και για το που μπορούν να απευθυνθούν σε περιπτώσεις ύπαρξης της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Τα Μ.Μ.Ε. αποτελούν, επίσης, ένα σημαντικό εργαλείο που

θα μπορούσε να βοηθήσει στην εξάλειψη των κοινωνικών στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που αφορούν στους ηλικιωμένους. Εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν στην ομάδα των ηλικιωμένων αυτή καθαυτή, έχουν συνήθως μεγαλύτερη επιτυχία όταν οι πληροφορίες για την κακοποίηση περιλαμβάνονται σε ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας που αφορά στους ηλικιωμένους, όπως είναι για παράδειγμα η επιτυχημένη γήρανση ή η υγειονομική περίθαλψη (WHO, 2002; WHO, 2004).

- **Δευτερογενές επίπεδο πρόληψης:** αφορά σε προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στην άμεση ανταπόκριση απέναντι στη βία. Απευθύνεται σε άτομα ή ομάδες ατόμων που προέρχονται από περιβάλλον υψηλού κινδύνου, και λαμβάνεται γι' αυτά κάθε μέτρο με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση. Παραδείγματα αποτελούν η προ-νοσοκομειακή περίθαλψη και οι υπηρεσίες εκτάκτου ανάγκης (Krug et al 2003; Χατζηφωτίου Σ.,2005).

- **Τριτογενές επίπεδο πρόληψης:** αφορά σε προσεγγίσεις που εστιάζουν στην μακροχρόνια παροχή βοήθειας και φροντίδας ως επακόλουθο της βίας. Στο επίπεδο αυτό ανήκουν τα προγράμματα εκείνα που ασχολούνται με τα θύματα μετά από περιστατικά κακοποίησης με σκοπό να προληφθεί η επανάληψή τους. Παραδείγματα αποτελούν η αποκατάσταση και επανένταξη του κακοποιημένου ατόμου, καθώς και οι προσπάθειες που γίνονται με σκοπό την εξάλειψη του τραύματος ή την αποκατάσταση κάποιας μακροχρόνιας αναπηρίας η οποία είναι προϊόν βίας (Krug et al 2003; Χατζηφωτίου Σ.,2005).

Αυτά τα τρία επίπεδα πρόληψης ορίζονται από τη χρονική τους πλευρά, από το αν, δηλαδή, υπάρχει πρόληψη πριν συμβεί κάποιο βίαιο επεισόδιο, αμέσως μετά από το βίαιο επεισόδιο ή μακροπρόθεσμα. Αν και παραδοσιακά, τα επίπεδα αυτά της πρόληψης εφαρμόζονται σε θύματα κακοποίησης αλλά και στα πλαίσια των υπηρεσιών παροχής υγείας και περίθαλψης, το δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο πρόληψης έχουν, επίσης, θεωρηθεί ότι έχουν άμεση σχέση με τους θύτες, και για το λόγο αυτό εφαρμόζονται σε δικαστικές διατάξεις για την αντιμετώπιση της βίας. Οι ερευνητές στον τομέα της πρόληψης της βίας κατασκεύασαν έναν ορισμό για την πρόληψη που επικεντρώνεται, κυρίως, σε μια συγκεκριμένη ομάδα-στόχο. Ο ορισμός αυτός ομαδοποιεί τις παρεμβάσεις ως εξής:

- **Καθολικές παρεμβάσεις:** προσεγγίσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένες ομάδες ή στο γενικό πληθυσμό χωρίς αυτές να έχουν σχέση με τον εκάστοτε κίνδυνο κακοποίησης. Παραδείγματα αποτελούν ένας οδηγός που να αφορά στην πρόληψη της κακοποίησης ο οποίος θα μοιράζεται στους μαθητές των σχολείων ή σε παιδιά συγκεκριμένων ηλικιών, αλλά και οι

εκστρατείες σε κοινοτικό επίπεδο, οι οποίες βέβαια θα προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε (WHO,2002, Krug et al., 2003).

- **Επιλεγμένες παρεμβάσεις:** προσεγγίσεις που στοχεύουν τα άτομα εκείνα που θεωρούνται ως ευπαθείς ομάδες και περισσότερο επιρρεπείς στο να πέσουν θύματα κακοποίησης. Παράδειγμα αποτελεί η παροχή εκπαίδευσης στην ανατροφή των παιδιών σε χαμηλόμισθα άτομα (WHO,2002, Krug et al., 2003).

- **Αναφερόμενες παρεμβάσεις:** προσεγγίσεις που στοχεύουν στα άτομα εκείνα που έχουν ήδη αποδείξει την βίαιη συμπεριφορά τους. Παράδειγμα αποτελεί η θεραπεία για τους δράστες της ενδοοικογενειακής βίας (WHO, 2002; Krug et al., 2003).

Μέχρι σήμερα πολλές προσπάθειες, τόσο στις βιομηχανικές όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, επικεντρώθηκαν στο δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο πρόληψης της βίας. Είναι γεγονός, βέβαια, ότι δίνεται προτεραιότητα κυρίως στην αντιμετώπιση των άμεσων συνεπειών της βίας, στην παροχή βοήθειας στα κακοποιημένα άτομα αλλά και στην τιμωρία του δράστη. Τέτοιου είδους προσπάθειες, αν και είναι σημαντικές και χρειάζονται ενίσχυση, πρέπει, ωστόσο, να συνοδεύονται και από μεγαλύτερες επενδύσεις στο πρωτογενές επίπεδο πρόληψης.

5.2 Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων είναι ένα πολυδιάστατο και συχνά καλυπτόμενο πρόβλημα που εμφανίζεται σε οικογένειες όλων των φυλών, των εθνικοτήτων και των οικονομικών ομάδων. Είναι ένα απαιτητικό πεδίο που μεγαλώνει και είναι απαραίτητο για την κοινωνική εργασία να προσαρμόσει κατάλληλα τις δεξιότητές της ώστε να ανταπεξέλθει σε αυτό (Onaitis K., 2005). Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί σύμφωνα με τις αξίες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της προσωπικής αυτονομίας, της αυτοπραγμάτωσης και της αυτοδιάθεσης. Αυτές είναι και οι αξίες οι οποίες πλήττονται στα θύματα κακοποίησης. (McClendon P., 1991). Για να είναι αποτελεσματικός στην αναγνώριση και την «θεραπεία» του θύματος κακοποίησης είναι απαραίτητο να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά, τις συνέπειες και τις στρατηγικές παρέμβασης σχετικά με την κακοποίηση.

Οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν το θύμα αλλά και τον θύτη. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης οφείλονται στο άγχος του

φροντιστή και η παρέμβαση θα πρέπει να βοηθήσει και εκείνον να διαχειριστεί τις προβληματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Mildenberger & Wessman, 1986).

Σε μια περίπτωση κακοποίησης θα πρέπει να αναγνωρίζονται και οι ανάγκες του θύτη οι οποίες τον ώθησαν στην κακοποίηση. Είναι χρήσιμο οι κοινωνικοί λειτουργοί να παρέχουν στον φροντιστή πληροφορίες για τις ασθένειες που μπορεί να πάσχει ο ηλικιωμένος που έχουν υπό την φροντίδα τους καθώς και για τα κύρια προβλήματα συμπεριφοράς του, να τους ενισχύουν ώστε να μην παραμελούν τις δικές τους ανάγκες και να μεριμνήσουν για ανακούφιση ή για εύρεση εναλλακτικών τρόπων φροντίδας σε περίπτωση που τους δημιουργεί μεγάλη πίεση η ευθύνη της φροντίδας του ηλικιωμένου (Patterson C. et al, 1994).

Στις περιπτώσεις υποστήριξης του θύματος, το κακοποιημένο άτομο θα πρέπει να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στην διαδικασία και έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την παρέμβαση (Mildenberger & Wessman, 1986). Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι σε θέση να συντονίσει μια σειρά από υπηρεσίες που υπάρχουν στην κοινότητα για την σωστή αντιμετώπιση του περιστατικού. Κάποιες βασικές κινήσεις είναι η παραπομπή για διαμονή του θύματος σε ξενώνα για κακοποιημένα άτομα εάν αυτό κρίνεται αναγκαίο, η παραπομπή σε κατάλληλο ειδικό επαγγελματία για συμβουλευτική οικογένειας καθώς και υπεράσπιση του θύματος στην αντιμετώπιση της κατάστασης (McClendon P., 1991). Σπάνια ένας μόνο επαγγελματίας ή μια μόνο υπηρεσία θα αντιμετωπίσει κάποιο περιστατικό χωρίς την συνεργασία και με άλλους φορείς. (Bradley M. 1996). Η παρέμβαση θα πρέπει να περιλαμβάνει την αναγνώριση του προβλήματος, την συλλογή πληροφοριών, την αξιολόγηση και την ενίσχυση της ικανότητας του θύματος για ανάληψη αποφάσεων (Patterson C. et al, 1994).

Οι στόχοι της παρέμβασης είναι να προστατευτεί το θύμα και να αποτραπεί μια περαιτέρω κακοποίηση και για να είναι αποτελεσματική χρειάζεται να εμπλακούν οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες υγείας, η αστυνομία και άλλοι φορείς της κοινότητας. Η απομάκρυνση του ηλικιωμένου ατόμου από το σπίτι του θα πρέπει να θεωρείται η τελευταία λύση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς την συγκατάθεση του ίδιου του ηλικιωμένου (Bradley M. 1996).

Οι αποφάσεις που πρέπει να πάρουν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί για τον τρόπο και τον χρόνο που θα παρέμβουν στη παραμέληση και κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι δύσκολες. Από την μία το ηλικιωμένο άτομο θα πρέπει να είναι προστατευμένο από κάθε

είδους κίνδυνο, από την άλλη πλευρά όμως θα πρέπει να σεβαστούν τις προσωπικές του αποφάσεις και την επιθυμία του για μη παρέμβαση στην οικογένειά του.

Το μοντέλο της συνηγορίας, το οποίο χρησιμοποιείται συνήθως, μας δίνει μια σφαιρική άποψη για το τι μπορεί να είναι ή μπορεί να μην είναι απειλητικό για το κακοποιημένο ή παραμελημένο ηλικιωμένο άτομο. Η συνηγορία εμπλέκεται διασφαλίζοντας την έκφραση και τον σεβασμό των επιθυμιών και των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων και χωρίς να είναι αναγκαίο να υπάρξει δράση για λογαριασμό τους (Kozak J., 1994). Σύμφωνα με το μοντέλο της συνηγορίας, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει το θύμα, κυρίως στην αναζήτηση υπηρεσιών στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί στην κοινότητα. Ο συνήγορος ενημερώνει το θύμα για τα δικαιώματά του και τις επιλογές που έχει στην διάθεσή του (Patterson C. et al, 1994).

Σύμφωνα με τον Myers (1989), ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εστιάζει στην στήριξη των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους αναπτύσσοντας καλή εμπιστοσύνη για να αποκομίσει τις πληροφορίες που τον ενδιαφέρουν και σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου της κακοποίησης και όχι να κάνει έρευνα για τις ζωές τους με ανακριτικό ύφος.

Στην εργασία του με ηλικιωμένα άτομα, ο κοινωνικός λειτουργός, θα πρέπει να συμπεριλάβει και τα μέλη της οικογένειας του θύματος εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί (Juma & Juma, 2005). Οι συνεντεύξεις που θα γίνουν για την διερεύνηση του περιστατικού πρέπει να γίνονται ξεχωριστά στα μέλη της οικογένειας. Διότι στις ατομικές συνεντεύξεις είναι πιθανό τα μέλη της οικογένειας να μιλήσουν ειλικρινά, και υπάρχει ο κίνδυνος το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να νιώσει απειλούμενο από την παρουσία των υπολοίπων μελών της οικογένειας και να αρνηθεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες. Επίσης, ορισμένα άτομα ντρέπονται να εκφραστούν ελεύθερα μπροστά σε άλλους (Myers & Shelton, 1987).

Είναι σημαντικό οι εξυπηρετούμενοι να είναι ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια και σε αυτό θα τους βοηθήσει ο κοινωνικός λειτουργός. Ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας, υπηρεσίες συμβουλευτικής οικογένειας και υπηρεσίες κατ' οίκων φροντίδας είναι ορισμένες από τις δομές που είναι διαθέσιμες για την ενημέρωση και βοήθεια των πολιτών σε περιπτώσεις ύπαρξης κακοποίησης. Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί επαγγελματίες δεν είναι ενημερωμένοι για τις υπηρεσίες και τις δομές που υπάρχουν στην κοινότητα και αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους (Juma & Juma, 2005). Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναλαμβάνουν οι ίδιοι την ευθύνη της ενημέρωσής τους όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας

και πρόνοιας που υπάρχουν στην κοινότητα, διότι σε περίπτωση που απειλείται η ζωή του ηλικιωμένου ατόμου θα πρέπει ο επαγγελματίας να γνωρίζει που θα απευθυνθεί για να τον προστατεύσει (Mildenberger & Wessman, 1986).

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με τα ηλικιωμένα άτομα και προσπαθεί να κατανοήσει τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούνε. Θα πρέπει να γνωρίζει το υποστηρικτικό περιβάλλον του ηλικιωμένου, δηλαδή την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες και τα σημαντικά άτομα της ζωής του. Η ύπαρξη του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων κρίνει απαραίτητη την ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού να αναγνωρίζει τις ανάγκες της κοινωνικής αυτής ομάδας και να είναι ικανός να ανταποκριθεί σε αυτές, καθώς και να μπορεί να υπερασπίζεται τα δικαιώματά του (Juma & Juma, 2005).

ΜΕΡΟΣ 2^ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

1. Σκοπός της μελέτης

Η διερεύνηση της ετοιμότητας των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου, να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων.

Πιο συγκεκριμένα οι επιμέρους στόχοι της μελέτης περιελάμβαναν:

- Τη διερεύνηση των γνώσεων των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών σε ζητήματα κακοποίησης των ηλικιωμένων.
- Τη διερεύνηση των επαγγελματικών πρακτικών και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για τη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων.
- Τη διερεύνηση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν στο πλαίσιο εργασίας τους ως προς την αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων
- Την αναζήτηση διαφορών στη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

1.1 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Νομού Ηρακλείου σε ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων.
2. Ποιες είναι οι πρακτικές που χρησιμοποιούν στη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων.
3. Τι εμπόδια συναντούν κατά στη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων στο πλαίσιο εργασίας τους.
4. Υπάρχουν διαφορές στη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές.

5. Μπορούν τα κοινωνικοδημογραφικά και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών να προβλέψουν την αποτελεσματική διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης.

2. Μεθοδολογία έρευνας

2.1 Ερευνητική στρατηγική - δειγματοληψία

Πραγματοποιήθηκε έρευνα με ερωτηματολόγιο στους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου. Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου. Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν στο έτος 2009, τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» που λειτουργούν στο Νομό Ηρακλείου ανέρχονται σε 28 και στελεχώνονται συνολικά από 25 κοινωνικούς λειτουργούς και 26 νοσηλευτές.

2.2 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Εξασφαλίστηκε κατάλογος των επαγγελματιών υγείας των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» από το Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (Π.Ε.Π.) Κρήτης στην Περιφέρεια Κρήτης, που έχει την ευθύνη της διαχείρισης του προγράμματος. Προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία και συνεννόηση με τους επαγγελματίες για τον χρονικό προσδιορισμό των συναντήσεων. Οι επαγγελματίες υγείας που απουσίαζαν για οποιονδήποτε λόγο από την υπηρεσία τους κατά τη διάρκεια της έρευνας, προσεγγίστηκαν τηλεφωνικά κατόπιν συνεννόησης.

Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή με ενημερωτικό περιεχόμενο σχετικά με το σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, της τήρησης του απορρήτου των συλλεχθέντων στοιχείων, αλλά και της δυνατότητας άρνησης συμμετοχής στη μελέτη. Για την διασφάλιση της ανωνυμίας δεν καταγραφόταν το όνομα των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ώστε οι πληροφορίες να μην μπορούν να συνδεθούν με την πηγή τους και για τον ίδιο λόγο πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των προσωπικών δεδομένων κατά την επεξεργασία τους.

2.3 Ερευνητικό εργαλείο

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε δύο κύρια μέρη. Το ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε πιλοτικά σε δυο επαγγελματίες και των δύο επιστημονικών αντικειμένων. Έπειτα έγιναν οι τελικές διορθώσεις-παρεμβάσεις στο ερωτηματολόγιο και έφτασε στην τελική του μορφή.

A. Το κοινωνιολογικό προφίλ

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αντλούσε πληροφορίες για τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, κ.α.

B. Η ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων

Για την διερεύνηση της ετοιμότητας των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των *Paul Krueger & Christopher Patterson (1998)*, έπειτα από εξασφάλιση άδειας χρήσης από τους συντάκτες και έπειτα από τη μετάφρασή της στην ελληνική γλώσσα με χρήση διεθνώς αναγνωρισμένων προτύπων (forward-backward translation). Η συγκεκριμένη κλίμακα απευθυνόταν σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας και δοκιμάστηκε για πρώτη φορά στον Καναδά. Η κλίμακα αυτή αποτελούταν από 24 συνολικά ερωτήσεις-δηλώσεις και από τα παρακάτω έξι μέρη: 1) Τεχνικές εκτίμησης της κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων (11 ερωτήσεις), 2) Πιθανές δυσκολίες στην υποστήριξη των κακοποιημένων ηλικιωμένων ατόμων (1 ερώτηση), 3) Διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες στο πλαίσιο εργασίας τους (2 ερωτήσεις), 4) Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων (1 ερώτηση), 5) Εκπαίδευση στην ανίχνευση και διαχείριση της κακοποίησης ηλικιωμένων (4 ερωτήσεις), 6) Δημογραφικά και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά (5 ερωτήσεις). Οι δυνατές απαντήσεις διακρίνονταν σε: α) διχοτομικές, β) πολλαπλής επιλογής γ) κλίμακας διαβάθμισης τύπου Likert και δ) ανοιχτές ερωτήσεις. Για παράδειγμα οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τη σπουδαιότητα 15 προσλαμβανόμενων εμποδίων στην παροχή υποστήριξης σε κακοποιημένα άτομα μέσα από μια κλίμακα διαβάθμισης με απαντήσεις που κυμαίνονταν από «καθόλου σημαντικό» έως «πολύ σημαντικό».

2.4 Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων

Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Υπολογίστηκε η συχνότητα και σχετική συχνότητα εμφάνισης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου και παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Για την αναζήτηση στατιστικώς σημαντικών διαφορών ανάμεσα στους συμμετέχοντες με βάση τα διαφορετικά προσωπικά χαρακτηριστικά τους πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι χ^2 .

3. Αποτελέσματα

3.1 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

3.1.1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Αναλυτικά αποτελέσματα σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Πιο συγκεκριμένα στο δείγμα συμμετείχαν 25 κοινωνικοί λειτουργοί και 26 νοσηλευτές. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες ($n=49$) και η μέση ηλικία τους ήταν τα 34,2 έτη (Τ.Α. 5.8). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι ($n=38$) με μέσο χρόνο κατοχής του πτυχίου τους τα 11.3 έτη (Τ.Α. 5.9) και μόλις ένας από αυτούς διέθετε μεταπτυχιακές σπουδές.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	n	%
Φύλο		
Γυναίκες	49	96.1
Άνδρες	2	3.9
Ηλικία*	34.2	5.8
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	38	74.5
Άγαμος	11	21.6
Διαζευγμένος	2	3.9
Χήρος	0	0
Ειδικότητα		
Κοινωνικός λειτουργός	25	49
Νοσηλεύτης	26	51
Μεταπτυχιακές σπουδές	1	2
Έτη κατοχής πτυχίου*	11.3	5.9

* Οι τιμές αφορούν Μέση τιμή και Τυπική απόκλιση

3.1.2. Χαρακτηριστικά των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» Νομού Ηρακλείου

Όλοι οι ερωτώμενοι (n=51) απάντησαν ότι έχουν ηλικιωμένους >60 ετών ανάμεσα στους εξυπηρετούμενούς τους. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, ο μέσος αριθμός των ηλικιωμένων εγγεγραμμένων μελών είναι 121.5 (T.A. 94.9). Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» φαίνεται ότι ο συνολικός αριθμός των μελών όλων των προγραμμάτων είναι 4.162, ο συνολικός αριθμός των κοινωνικών λειτουργών αντιστοιχεί σε 25 άτομα, των νοσηλευτών σε 27 άτομα, των οικογενειακών βοηθών σε 48 άτομα, των γιατρών σε 21 άτομα και των φυσικοθεραπευτών σε 14 άτομα.

Πίνακας 2: Μέλη και προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι»

Μέλη	M.T.	T.A.
Εγγεγραμμένα μέλη	148.8	96.4
Ηλικιωμένα μέλη >60	121.5	94.9
Προσωπικό	n	%
Κοινωνικοί Λειτουργοί	25	18.5
Νοσηλευτές	27	20.0
Οικογενειακοί Βοηθοί	48	35.5
Γιατροί	21	15.5
Φυσικοθεραπευτές	14	10.4

3.1.3. Συνεργασία προσωπικού

Από το σύνολο των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία (n=45) απάντησε ότι πάντα υπάρχει συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι». Στον Πίνακα 3 φαίνεται αναλυτικά με ποιες ειδικότητες υπάρχει πιο συχνή συνεργασία. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (n=31, 60.8%) διατηρεί περισσότερο συχνή συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό του προγράμματος.

Πίνακας 3: Συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι»

N=51	ΝΑΙ N	%
Περισσότερο συχνή συνεργασία με Κοινωνικό Λειτουργό	31	60.8%
Περισσότερο συχνή συνεργασία με Νοσηλεύτη	27	52.9%
Περισσότερο συχνή συνεργασία με Οικογενειακό Βοηθό	28	54.9%
Περισσότερο συχνή συνεργασία με Γιατρό	25	49%
Περισσότερο συχνή συνεργασία με φυσικοθεραπευτή	7	13.7%

3.1.4 Εκτίμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων

Στο σύνολό τους οι ερωτώμενοι (n=51) ανέφεραν ότι δεν χρησιμοποιούν κάποιο πρωτόκολλο για την ανίχνευση, την αξιολόγηση ή την παρέμβαση σε περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία κακοποίησης ηλικιωμένων. Στον Πίνακα 4 φαίνεται ότι ο μέσος αριθμός των ατόμων με επιβεβαιωμένη κακοποίηση είναι 9 (T.A. 12.0), ενώ με υποψία κακοποίησης είναι 5.8 (11.7)

Πίνακας 4: Αριθμός ηλικιωμένων μελών με υποψία και με επιβεβαιωμένη κακοποίηση

	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>
Ηλικιωμένα μέλη με επιβεβαιωμένη κακοποίηση	9	12.0
Ηλικιωμένα μέλη με υποψία κακοποίησης	5.8	11.7

3.1.5 Προβληματισμός σε σχέση με την κακοποίηση ηλικιωμένων

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει αναλυτικά αποτελέσματα του προβληματισμού των συμμετεχόντων σε θέματα κακοποίησης. Στην ερώτηση εάν προβληματίζονται για το ενδεχόμενο ύπαρξης κακοποίησης στο πλαίσιο εργασίας τους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=42, 82.4%) απάντησε ότι προβληματίζεται αρκετά έως πολύ αναφορικά με το θέμα αυτό. Επίσης, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=40, 78.5%) είχαν αρκετή έως πολύ εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι είναι σε θέση να ανιχνεύσουν την ύπαρξη κακοποίησης. Τέλος, οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες (n=25) βρέθηκαν να έχουν αρκετή έως πολύ εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους σχετικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες, στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση ύπαρξης κακοποίησης στον πλαίσιο εργασίας τους.

Πίνακας 5: Προβληματισμός των συμμετεχόντων σε σχέση με την κακοποίηση

<i>N=51</i>	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>	<i>N(%)</i>
Προβληματισμός για το ενδεχόμενο κακοποίησης στο πλαίσιο εργασίας	2 (3.9%)	5 (9.8%)	2 (3.9%)	23 (45.1%)	19 (37.3%)
Εμπιστοσύνη στην ικανότητα ανίχνευσης της κακοποίησης ηλικιωμένων στο πλαίσιο εργασίας	0 (0%)	2 (3.9%)	9 (17.6%)	34 (66.7%)	6 (11.8%)
Εμπιστοσύνη στις γνώσεις σας για τις υπάρχουσες υπηρεσίες για την κακοποίηση ηλικιωμένων	2 (3.9%)	5 (9.8%)	19 (37.3%)	22 (43.1%)	3 (5.9%)

3.1.6 Προσλαμβανόμενα εμπόδια στην υποστήριξη κακοποιημένων ατόμων

Αναλυτικά στοιχεία για τα τη σπουδαιότητα των εμποδίων στην υποστήριξη κακοποιημένων ατόμων εμφανίζονται στον Πίνακα 6. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ως κυριότερο εμπόδιο την αντίσταση της οικογένειας ή του ηλικιωμένου στην παρέμβαση (n=50, 98.1%) ενώ μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε τη μη αποδοχή της κακοποίησης από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο (n=48, 94.1%), την έλλειψη γνώσεων σχετικά με το πού να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια (n=47, 92.2%) και την έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης (n=44, 86.3%).

Πίνακας 6: Προσλαμβανόμενα εμπόδια στην παροχή υποστήριξης σε ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση

	Σπουδαιότητα του εμποδίου				
	Καθόλου σημαντικό N (%)	Όχι πολύ σημαντικό N (%)	Ούτε πολύ ούτε λίγο N (%)	Αρκετά σημαντικό N (%)	Πολύ σημαντικό N(%)
Πρόσφατες αλλαγές στη νομοθεσία	8 (15.7)	13 (25.5)	7 (13.7)	11 (21.6)	12 (23.5)
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την εκτίμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων	2 (3.9)	1 (2.0)	10 (19.6)	20 (39.2)	18 (35.3)
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων	1 (2.0)	0 (0.0)	6 (11.8)	20 (39.2)	24 (47.1)
Έλλειψη ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με την εμπιστευτικότητα σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	1 (2.0)	3 (5.9)	8 (15.7)	23 (45.1)	16 (31.4)
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με το που να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια	0 (0.0)	2 (3.9)	2 (3.9)	16 (31.4)	31 (60.8)
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης ηλικιωμένων	1 (2.0)	3 (5.9)	10 (19.6)	21 (41.2)	16 (31.4)
Δυσκολία να οριστεί τι είναι η κακοποίηση ηλικιωμένων	6 (11.8)	10 (19.6)	8 (15.7)	16 (31.4)	11 (21.6)
Φόβος νομικών επιπτώσεων (εμφανίσεις στο δικαστήριο, μηνύσεις για προσβολή)	3 (5.9)	7 (13.7)	7 (13.7)	16 (31.4)	18 (35.3)
Φόβος για τη διάλυση των σχέσεων με τον ηλικιωμένο ή την οικογένειά του	1 (2.0)	9 (17.6)	8 (15.7)	16 (31.4)	17 (33.3)
Φόβος αντεκδίκησης από το δράστη ενάντια στον ηλικιωμένο	2 (3.9)	5 (9.8)	11 (21.6)	11 (21.6)	22 (43.1)
Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτίμηση, την παραπομπή και την παρακολούθηση	3 (5.9)	11 (21.6)	5 (9.8)	22 (43.1)	10 (19.6)
Γλωσσικά/ πολιτισμικά εμπόδια	8 (15.7)	9 (17.6)	13 (25.5)	17 (33.3)	4 (7.8)
Η μη αποδοχή της κακοποίησης από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο	0 (0.0)	1 (2.0)	2 (3.9)	23 (45.1)	25 (49.0)
Η αντίσταση της οικογένειας ή του ηλικιωμένου στην παρέμβαση όταν η κακοποίηση έχει διαπιστωθεί	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	24 (47.1)	26 (51.0)

3.1.7 Χρήση διαθέσιμων υπηρεσιών σε περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένου

Αναλυτικά στοιχεία για τα τη χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών σε περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένου εμφανίζονται στον Πίνακα 7. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=39, 76.5%) ανέφερε τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας ως την διαθέσιμη υπηρεσία που θα χρησιμοποιούσε υπό φυσιολογικές συνθήκες σε κάποια περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένου, ενώ σημαντικός εξίσου αριθμός ανέφερε τον εισαγγελέα (n=27, 52.9%) και τον ξενώνα κακοποιημένων γυναικών (n=26, 51.0%).

Πίνακας 7: Χρήση διαθέσιμων υπηρεσιών

<i>Διαθέσιμες υπηρεσίες</i>	n	(%)
1. Τηλεφωνική γραμμή για τη ενδοοικογενειακή βία	24	47.1
2. Ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου	19	37.3
3. Γιατρό Κέντρου Υγείας ή Περιφερειακού Νοσοκομείου	17	33.3
4. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	21	41.2
5. Παράρτημα Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ)	15	29.4
6. Ξενώνας κακοποιημένων γυναικών	26	51.0
7. Αστυνομία	24	47.1
8. Εισαγγελέας	27	52.9
9. Κοινωνική Λειτουργό σε άλλη υπηρεσία	23	45.1
10. Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	39	76.5
11. Καμία από τις παραπάνω	1	2.0

3.1.8 Πιθανές ενέργειες κατά τη μη συναίνεση του κακοποιημένου ατόμου

Αναλυτικά αποτελέσματα αναφορικά με τις πιθανές ενέργειες των συμμετεχόντων σε περίπτωση που ένα κακοποιημένο άτομο δεν συναινεί στην υποστήριξη, παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=34, 66.7%) απάντησε ότι θα παρέπεμπε αλλού το περιστατικό για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης, ενώ σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε ότι θα αναζητούσε συμβουλή (n=26, 51.0%).

Πίνακας 8: Πιθανές ενέργειες κατά τη μη συναίνεση

Πιθανές ενέργειες	ΝΑΙ n	%
1. Καμία περαιτέρω ενέργεια	3	5.9
2. Παραπέμπω αλλού για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης	34	66.7
3. Δεν γνωρίζω	3	5.9
4. Αναζήτηση συμβουλής	26	51.0
5. Άλλο	0	0.0

Στον Πίνακα 9 εμφανίζονται οι πηγές αναζήτησης συμβουλής, τις οποίες δήλωσαν οι 26 συμμετέχοντες ότι χρησιμοποιούσαν σε περίπτωση που ένα ηλικιωμένο άτομο που υφίσταται κακοποίηση δεν συναινεί στην υποστήριξη. Πιο συγκεκριμένα, οι πηγές που αναφέρθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα ήταν η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας (n=20, 39.2%) καθώς και η συμβουλή συναδέλφου της ίδιας ειδικότητας (n=6, 11.8%).

Πίνακας 9: Πηγές αναζήτησης συμβουλής (n=26)

Πηγές αναζήτησης συμβουλής	N	%
Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	20	39.2
Ψυχιατρική Κλινική	4	7.8
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	2	3.9
Τηλεφωνική γραμμή για ενδοοικογενειακή βία	2	3.9
Εισαγγελέας	2	3.9
Συμβουλή συναδέλφου ίδιας ειδικότητας	6	11.8
Συμβουλή από προσωπικό ΚΑΠΗ	1	2.0
Δημοτική αρχή	1	2.0
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	1	2.0
Κέντρο Κακοποιημένων Γυναικών	2	3.9

3.1.9 Πιθανές στρατηγικές

Αναλυτικά στοιχεία για τα τις πιθανές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κακοποιημένων ατόμων εμφανίζονται στον Πίνακα 10. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ως πιο πιθανή στρατηγική την ύπαρξη μιας υπηρεσίας που να απευθύνεται κάποιος σε περιπτώσεις κακοποίησης (n=47, 90.1%) ενώ μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε επίσης την ύπαρξη

ενός πακέτου υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων διαθέσιμο στο πλαίσιο εργασίας (n=43, 84.3%), την ύπαρξη ενός καταλόγου διαθέσιμων υπηρεσιών για τις περιπτώσεις κακοποίησης (n=42, 82.3%) και ενός καταλόγου με ανθρώπους που να μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων (n=40, 78.4%).

Πίνακας 10: Πιθανές στρατηγικές χρήσιμες για την αντιμετώπιση κακοποίησης ηλικιωμένων

Πιθανή στρατηγική	Πιθανότητα χρήσης της στρατηγικής				
	Καθόλου πιθανό N (%)	Λίγο πιθανό N(%)	Μέτρια πιθανό N(%)	Αρκετά πιθανό N(%)	Πολύ πιθανό N(%)
Επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές ή πρωτόκολλα για την ανίχνευση και διαχείριση της κακοποίησης ηλικιωμένων	3 (5.9)	9 (17.6)	6 (11.8)	19 (37.3)	14 (27.5)
Αλλαγή στον Εσωτερικό Κανονισμό και πρόβλεψη αποζημίωσης για το χρόνο που απαιτείται για τη διαχείριση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	18 (35.3)	6 (11.8)	15 (29.4)	10 (19.6)	2 (3.9)
Αποζημίωση για το χρόνο που αφιερώνεται σε νομικά ζητήματα	17 (33.3)	9 (17.6)	13 (25.5)	6 (11.8)	6 (11.8)
Μια κεντρική, προσβάσιμη βιβλιοθήκη με πηγές για την κακοποίηση ηλικιωμένων	8 (15.7)	12 (23.5)	6 (11.8)	10 (19.6)	15 (29.4)
Ένας κατάλογος διαθέσιμων υπηρεσιών για τις περιπτώσεις κακοποίησης για τους νεότερους	2 (3.9)	4 (7.8)	3 (5.9)	17 (33.3)	25 (49.0)
Μια υπηρεσία που να απευθύνεται κάποιος σε περιπτώσεις κακοποίησης	2 (3.9)	0 (0.0)	2 (3.9)	15 (29.4)	32 (62.7)
Ένα πακέτο υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων διαθέσιμο στο πλαίσιο εργασίας	2 (3.9)	4 (7.8)	2 (3.9)	13 (25.5)	30 (58.8)
Ένας κατάλογος με ανθρώπους που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	3 (5.9)	5 (9.8)	3 (5.9)	13 (25.5)	27 (52.9)
Εκπαίδευση σε ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων που να παρέχεται στο πλαίσιο εργασίας σας	5 (9.8)	4 (7.8)	5 (9.8)	10 (19.6)	27 (52.9)
Γενικότερη συνεχόμενη εκπαίδευση στην κακοποίηση ηλικιωμένων	7 (13.7)	7 (13.7)	5 (9.8)	11 (21.6)	21 (41.2)
Τακτικό ενημερωτικό γράμμα που να περιλαμβάνει άρθρα και πηγές σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων (newsletter)	7 (13.7)	11 (21.6)	5 (9.8)	9 (17.6)	19 (37.3)

3.1.10 Εκπαίδευση στην ανίχνευση και διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων

1. Προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=26, 50.1%) ανέφερε ότι οι προπτυχιακές σπουδές δεν τους παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων. Επίσης, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (n=50, 98.0%) δε διέθετε τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών. Ένα άτομο διέθετε μεταπτυχιακές σπουδές χωρίς ωστόσο να θεωρεί ότι του παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων.

Πίνακας 11: Προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές των συμμετεχόντων

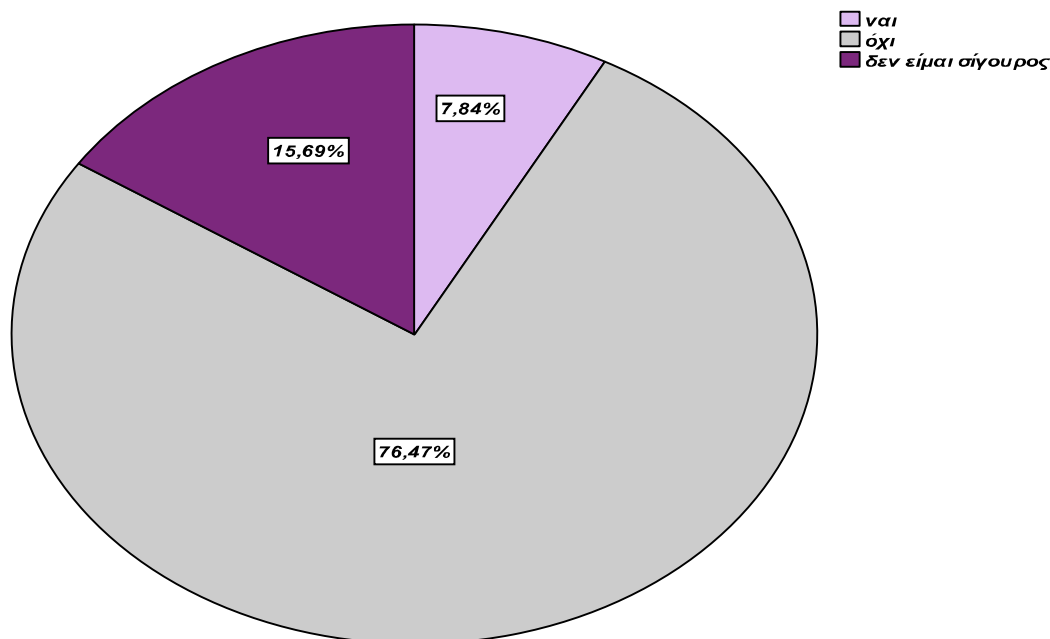
<i>N=51</i>	<i>Συμφωνώ απόλυτα N (%)</i>	<i>Συμφωνώ N (%)</i>	<i>Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ N (%)</i>	<i>Διαφωνώ N (%)</i>	<i>Διαφωνώ απόλυτα N (%)</i>	<i>Δεν αντιστοιχεί N (%)</i>
Οι προπτυχιακές σας σπουδές, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	1 (2%)	6 (11.8%)	18 (35.3%)	20 (39.2%)	6 (11.8%)	0 (0%)
Οι μεταπτυχιακές σας σπουδές, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	50 (98%)

2. Σεμινάριο σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν παρακολουθήσει κάποιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (n=39, 76.47%) δεν είχε παρακολουθήσει κάποιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης.

Γράφημα 1: Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την παρακολούθηση ολοκληρωμένου προγράμματος επιμόρφωσης



3. Άλλοι τρόποι ενημέρωσης των συμμετεχόντων για την κακοποίηση των ηλικιωμένων

Αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 12 σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες λαμβάνουν πληροφόρηση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων λαμβάνει σχετικές πληροφορίες μέσα από τις συζητήσεις με τους συναδέλφους τους (n=43, 84.3%) ή διαβάζοντας επιστημονικά άρθρα (n=32, 62.7%).

Πίνακας 12: Τρόπος πληροφόρησης για ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων

Τρόπος πληροφόρησης	ΝΑΙ N	%
Διαβάζοντας επιστημονικά άρθρα	32	62.7
Συζητήσεις με συναδέλφους	43	84.3
Ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση	8	15.7
Με κανέναν τρόπο	0	0

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 4 άτομα πρόσθεσαν επιπλέον τρόπους με τους οποίους λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την ανίχνευση και την αντιμετώπιση των περιπτώσεων κακοποίησης. Αυτοί οι τρόποι ήταν:

- Επικοινωνία με υπηρεσίες εξειδικευμένες σε τέτοιου είδους θέματα
- Προϋπηρεσία σε ξενώνα κακοποιημένων ατόμων
- Παρακολούθηση σεμιναρίων (ΣΚΛΕ και Κ.Ψ.Υγείας).

3.2 Συγκριτική παρουσίαση αποτελεσμάτων με βάση το επιστημονικό αντικείμενο

3.2.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται αναλυτικά τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων με βάση το επιστημονικό τους αντικείμενο. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών ήταν γυναίκες (n=23 και n=26 αντίστοιχα). Επίσης, η πλειοψηφία τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των νοσηλευτών ήταν έγγαμοι (n=16 και n=22 αντίστοιχα). Η μέση ηλικία των κοινωνικών λειτουργών ήταν τα 34.9 έτη (Τ.Α 6.0) και των νοσηλευτών τα 33.5 έτη (Τ.Α. 5.5). Ο μέσος χρόνος κατοχής πτυχίου των κοινωνικών λειτουργών ήταν τα 10.8 έτη (Τ.Α. 6.0) και των νοσηλευτών τα 11.7 έτη (Τ.Α. 5.8).

Πίνακας 13: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

	Κοινωνικοί Λειτουργοί (n=25) N (%)	Νοσηλευτές (n=26) N (%)
Φύλο		
Άνδρες	2 (8.0)	0 (0.0)
Γυναίκες	23 (92.0)	26 (100.0)
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	16 (64.0)	22 (84.6)
Άγαμος	8 (32.0)	3 (11.5)
Διαζευγμένος-σε διάσταση	1 (4.0)	1 (3.8)
Χήρος	0 (0.0)	0 (0.0)
	M.T. (T.A.)	M.T. (T.A.)
Ηλικία	34.9 (6.0)	33.5 (5.5)
Έτη κατοχής πτυχίου	10.8 (6.0)	11.7 (5.8)

3.2.2 Εκτίμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται αναλυτικά αποτελέσματα για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε αυτή την ομάδα των ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, ίδιος αριθμός κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών ανέφερε ότι προβληματίζεται αρκετά έως πολύ σε σχέση με την ύπαρξη κακοποίησης ηλικιωμένων στο εργασιακό του πλαίσιο (n=21).

Επιπλέον, παρόμοιος αριθμός κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών δήλωσε ότι έρχεται αρκετά έως πολύ συχνά σε επαφή με ηλικιωμένα μέλη άνω των 60 ετών για οποία υπάρχει υποψία κακοποίησης (60.0% και 61.5% αντίστοιχα).

Παρόμοιο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών απάντησε ότι έχει αρκετή έως πολύ εμπιστοσύνη στον εαυτό του να ανιχνεύσει περιστατικά κακοποίησης (80.0% και 76.9% αντίστοιχα).

Τέλος, παρόμοιος αριθμός κοινωνικών λειτουργών και νοσηλευτών ανέφερε ότι έχει αρκετή έως πολλή εμπιστοσύνη στις γνώσεις του για τις υπάρχουσες υπηρεσίες παροχής βοήθειας σε κακοποιημένα άτομα (52.0% και 46.2% αντίστοιχα).

Πίνακας 14: Εκτίμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

	Κοινωνικοί Λειτουργοί		Νοσηλευτές	
	<i>Καθόλου έως μέτρια N (%)</i>	<i>Αρκετά έως πολύ N (%)</i>	<i>Καθόλου έως μέτρια N (%)</i>	<i>Αρκετά έως πολύ N (%)</i>
Προβληματισμός για το ενδεχόμενο ύπαρξης κακοποίησης ηλικιωμένων στο εργασιακό σας πλαίσιο	4 (16.0)	21 (84.0)	5 (19.2)	21 (80.8)
Πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή με ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους(>60)στο εργασιακό πλαίσιο με υποψία κακοποίησης	10 (40.0)	15 (60.0)	10 (38.5)	16 (61.5)
Εμπιστοσύνη στον εαυτό σας για την ικανότητά σας να ανιχνεύσετε περιστατικά κακοποίησης	5 (20.0)	20 (80.0)	6 (23.1)	20 (76.9)
Εμπιστοσύνη στις γνώσεις σας για τις διαθέσιμες υπηρεσίες παροχής βοήθειας σε κακοποιημένους	12 (48.0)	13 (52.0)	14 (53.8)	12 (46.2)

3.2.3 Εντοπισμός μελών με επιβεβαιωμένη και με υποψία κακοποίησης

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν σε αυτή την ομάδα των ερωτήσεων. Πιο αναλυτικά, ο μέσος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων που εντόπισαν οι κοινωνικοί λειτουργοί με επιβεβαιωμένη κακοποίηση ήταν 5.96 (Τ.Α 10.0) και οι νοσηλευτές 5.81 (Τ.Α. 13.4). Παρομοίως, ο μέσος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων που εντόπισαν οι κοινωνικοί λειτουργοί με υποψία κακοποίησης ήταν 8.48 (Τ.Α. 7.6) και οι νοσηλευτές 9.5 (Τ.Α. 15.3).

Πίνακας 15: Εντοπισμένα μέλη με επιβεβαιωμένη και με υποψία κακοποίησης

	Κοινωνικοί Λειτουργοί	Νοσηλευτές
	Μ.Τ. (Τ.Α.)	Μ.Τ. (Τ.Α.)
Πόσα άτομα με επιβεβαιωμένη κακοποίηση έχετε εντοπίσει	5.96 (10.0)	5.81 (13.4)
Πόσα άτομα με υποψία κακοποίησης έχετε εντοπίσει	8.48 (7.6)	9.5 (15.3)

3.2.4. Προσλαμβανόμενα εμπόδια στην παροχή βοήθειας σε κακοποιημένα άτομα

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η σπουδαιότητα 14 προσλαμβανομένων εμποδίων στην παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση. Διαπιστώθηκε ότι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους νοσηλευτές ανέφεραν ότι θεωρούν αρκετά έως πολύ σημαντικά εμπόδια την έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων (92.0% και 80.8% αντίστοιχα) και τις πρόσφατες αλλαγές στη νομοθεσία (56.0% και 34.6% αντίστοιχα).

Αντίθετα, περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς ανέφεραν ότι θεωρούν αρκετά έως πολύ σημαντικά εμπόδια την έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης ηλικιωμένων (80.8% και 64.0% αντίστοιχα) και το χρόνο που απαιτείται για την εκτίμηση, την παραπομπή και την παρακολούθηση (69.2% και 56.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 16: Προσλαμβανόμενα εμπόδια στην παροχή βοήθειας σε κακοποιημένα άτομα

Εμπόδια	Σπουδαιότητα του εμποδίου			
	Κοινωνικοί Λειτουργοί		Νοσηλευτές	
	Καθόλου έως μέτρι N (%)			
Πρόσφατες αλλαγές στη νομοθεσία	11 (44.0)	14 (56.0)	17 (65.4)	9 (34.6)
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την εκτίμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων	6 (24.0)	19 (76.0)	7 (26.9)	19 (73.1)
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων	2 (8.0)	23 (92.0)	5 (19.2)	21 (80.8)
Έλλειψη ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με την εμπιστευτικότητα σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	6 (24.0)	19 (76.0)	6 (23.1)	20 (76.9)
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με το που να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια	3 (12.0)	22 (88.0)	1 (3.8)	25 (96.2)
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης ηλικιωμένων	9 (36.0)	16 (64.0)	5 (19.2)	21 (80.8)
Δυσκολία να οριστεί τι είναι η κακοποίηση ηλικιωμένων	12 (48.0)	13 (52.0)	12 (46.2)	14 (53.8)
Φόβος νομικών επιπτώσεων (εμφανίσεις στο δικαστήριο, μηνύσεις για προσβολή)	9 (36.0)	16 (64.0)	8 (30.8)	18 (69.2)
Φόβος για τη διάλυση των σχέσεων με τον ηλικιωμένο ή την οικογένειά του	10 (40.0)	15 (60.0)	8 (30.8)	18 (69.2)
Φόβος αντεκδίκησης από το δράστη ενάντια στον ηλικιωμένο	9 (36.0)	16 (64.0)	9 (34.6)	17 (65.4)
Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτίμηση, την παραπομπή και την παρακολούθηση	11 (44.0)	14 (56.0)	8 (30.8)	18 (69.2)
Γλωσσικά/ πολιτισμικά εμπόδια	15 (60.0)	10 (40.0)	15 (57.7)	11 (42.3)
Η μη αποδοχή της κακοποίησης από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο	1 (4.0)	24 (96.0)	2 (7.7)	24 (92.3)
Η αντίσταση της οικογένειας ή του ηλικιωμένου στην παρέμβαση όταν η κακοποίηση έχει διαπιστωθεί	1 (4.0)	24 (96.0)	0 (0.0)	26 (100)

3.2.5. Χρήση διαθέσιμων υπηρεσιών σε περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένου

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί κάνουν μεγαλύτερη χρήση σε σχέση με τους νοσηλευτές κάποιων υποστηρικτικών υπηρεσιών όπως το γιατρό του κέντρου υγείας (40.0% και 26.9% αντίστοιχα), του ξενώνα κακοποιημένων γυναικών (60.0% και 42.3% αντίστοιχα), του εισαγγελέα (64.0% και 42.3% αντίστοιχα) και της Δ/νσης Κοινωνικής Πρόνοιας (84.0% και 69.2% αντίστοιχα).

Πίνακας 17: Χρήση διαθέσιμων υπηρεσιών

	Κοινωνικοί Λειτουργοί N=25	Νοσηλευτές N=26
<i>Διαθέσιμες υπηρεσίες</i>	N(%)	N(%)
1. Τηλεφωνική γραμμή για τη ενδοοικογενειακή βία	12 (48.0)	12 (46.2)
2. Ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου	10 (40.0)	9 (34.6)
3. Γιατρό Κέντρου Υγείας ή Περιφερειακού Νοσοκομείου	10 (40.0)	7 (26.9)
4. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	11 (44.0)	10 (38.5)
5. Παράρτημα Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ)	9 (36.0)	6 (23.1)
6. Ξενώνας κακοποιημένων γυναικών	15 (60.0)	11 (42.3)
7. Αστυνομία	11 (44.0)	13 (50.0)
8. Εισαγγελέας	16 (64.0)	11 (42.3)
9. Κοινωνική Λειτουργό σε άλλη υπηρεσία	11 (44.0)	12 (46.2)
10. Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	21 (84.0)	18 (69.2)
11. Καμία από τις παραπάνω	1 (4.0)	0 (0)

3.2.6 Πιθανές ενέργειες κατά τη μη συναίνεση του κακοποιημένου ατόμου

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι απαντήσεις σχετικά με τις πιθανές ενέργειες που θα γίνονταν σε περίπτωση που ένα ηλικιωμένο άτομο που υφίσταται κακοποίηση δεν συναινεί στο να δεχτεί βοήθεια. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι διπλάσιοι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους νοσηλευτές δεν θα έκαναν καμία περαιτέρω ενέργεια (8.0% και 3.8% αντίστοιχα) ή θα αναζητούσαν συμβουλή (72.0% και 30.8% αντίστοιχα). Αντίθετα μόνο νοσηλευτές δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν τι θα έκαναν σε τέτοια περίπτωση (11.5% και 0.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 18: Πιθανές ενέργειες κατά τη μη συναίνεση

Πιθανές ενέργειες	Κοινωνικοί Λειτουργοί N=25	Νοσηλευτές N=26
	ΝΑΙ N(%)	ΝΑΙ N(%)
1. Καμία περαιτέρω ενέργεια	2 (8.0)	1 (3.8)
2. Παραπέμπω αλλού για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης	16 (64.0)	18 (69.2)
3. Δεν γνωρίζω	0 (0.0)	3 (11.5)
4. Αναζήτηση συμβουλής	18 (72.0)	8 (30.8)

Στον Πίνακα 19 αναφέρονται αναλυτικά οι πηγές όπου αναζητούν συμβουλή οι συμμετέχοντες σε περίπτωση που ένα ηλικιωμένο άτομο υφίσταται κακοποίηση και δεν συναινεί στο να δεχτεί βοήθεια. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι διπλάσιοι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους νοσηλευτές θα αναζητούσαν συμβουλή από τη Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας (56.0% και 23.1% αντίστοιχα) και την Ψυχιατρική Κλινική (12.0% και 3.8% αντίστοιχα). Επιπλέον, μόνο κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν ότι σε τέτοια περίπτωση θα αναζητούσαν συμβουλή από το Κέντρο κακοποιημένων γυναικών (8.0% και 0.0% αντίστοιχα), το προσωπικό του ΚΑΠΗ, τη δημοτική αρχή και το κέντρο ψυχικής υγείας (4.0% και 0.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 19: Πηγές αναζήτησης συμβουλής (N=26)

N=26	Κοινωνικοί Λειτουργοί	Νοσηλευτές
Πηγές αναζήτησης συμβουλής	ΝΑΙ N(%)	ΝΑΙ N(%)
Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας	14 (56.0)	6 (23.1)
Ψυχιατρική Κλινική	3 (12.0)	1 (3.8)
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	1 (4.0)	1 (3.8)
Τηλεφωνική γραμμή για ενδοοικογενειακή βία	1 (4.0)	1 (3.8)
Εισαγγελέας	1 (4.0)	1 (3.8)
Συμβουλή συναδέλφου ίδιας ειδικότητας	3 (12.0)	3 (11.5)
Συμβουλή από προσωπικό ΚΑΠΗ	1 (4.0)	0 (0.0)
Δημοτική αρχή	1 (4.0)	0 (0.0)
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	1 (4.0)	0 (0.0)
Κέντρο Κακοποιημένων Γυναικών	2 (8.0)	0 (0.0)

3.2.7. Πιθανές στρατηγικές

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς θεωρούν αρκετά έως πολύ χρήσιμο ένα κατάλογο με ανθρώπους που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων (88.5% και 68.0% αντίστοιχα), την εκπαίδευση σε ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων που να παρέχεται στο πλαίσιο εργασίας σας (80.8% και 64.0% αντίστοιχα), τη γενικότερη συνεχόμενη εκπαίδευση στην κακοποίηση ηλικιωμένων (73.1% και 52.0% αντίστοιχα) και το τακτικό ενημερωτικό γράμμα που να περιλαμβάνει άρθρα και πηγές σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων (65.4% και 44.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 20: Στρατηγικές προσλαμβανόμενες ως χρήσιμες για την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων

Στρατηγική	Πιθανότητα χρήσης της στρατηγικής			
	Κοινωνικοί Λειτουργοί		Νοσηλευτές	
	Καθόλου έως μέτρια N (%)	Αρκετά έως πολύ N (%)	Καθόλου έως μέτρια N (%)	Αρκετά έως πολύ N (%)
Επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές ή πρωτόκολλα για την ανίχνευση και διαχείριση της κακοποίησης ηλικιωμένων	8 (32.0%)	17 (68.0%)	10 (38.5%)	16 (61.5%)
Αλλαγή στον Εσωτερικό Κανονισμό και πρόβλεψη αποζημίωσης για το χρόνο που απαιτείται για τη διαχείριση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	19 (76.0)	6 (24.0)	20 (76.9)	6 (23.1)
Αποζημίωση για το χρόνο που αφιερώνεται σε νομικά ζητήματα	20 (80.0)	5 (20.0)	19 (73.1)	7 (26.9)
Μια κεντρική, προσβάσιμη βιβλιοθήκη με πηγές για την κακοποίηση ηλικιωμένων	12 (48.0)	13 (52.0)	14 (53.8)	12 (46.2)
Ένας κατάλογος διαθέσιμων υπηρεσιών για τις περιπτώσεις κακοποίησης για τους νεώτερους	4 (16.0)	21 (84.0)	5 (19.2)	21 (80.8)
Μια υπηρεσία που να απευθύνεται κάποιος σε περιπτώσεις κακοποίησης	2 (8.0)	23 (92.0)	2 (7.7)	24 (92.3)
Ένα πακέτο υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων διαθέσιμο στο πλαίσιο εργασίας	4 (16.0)	21 (84.0)	4 (15.4)	22 (84.6)
Ένας κατάλογος με ανθρώπους που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	8 (32.0)	17 (68.0)	3 (11.5)	23 (88.5)
Εκπαίδευση σε ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων που να παρέχεται στο πλαίσιο εργασίας σας	9 (36.0)	16 (64.0)	5 (19.2)	21 (80.8)
Γενικότερη συνεχόμενη εκπαίδευση στην κακοποίηση ηλικιωμένων	12 (48.0)	13 (52.0)	7 (26.9)	19 (73.1)
Τακτικό ενημερωτικό γράμμα που να περιλαμβάνει άρθρα και πηγές σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων (newsletter)	14 (56.0)	11 (44.0)	9 (34.6)	17 (65.4)

3.2.8. Εκπαίδευση στην ανίχνευση και διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων

1. Προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται αποτελέσματα σε σχέση με την εκπαίδευση των ερωτώμενων για την ανίχνευση και διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων. Πιο

συγκεκριμένα, φαίνεται ότι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους νοσηλευτές θεωρούν ότι οι προπτυχιακές τους σπουδές τους παρείχαν αρκετή έως επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων (60.0% και 38.5% αντίστοιχα).

Τέλος, φαίνεται ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων μόνο κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων (16.0% και 0.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 21: Προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές

	Κοινωνικοί Λειτουργοί		Νοσηλευτές	
	Καθόλου έως μέτρια N (%)	Αρκετά έως πολύ N (%)	Καθόλου έως μέτρια N (%)	Αρκετά έως πολύ N (%)
Οι προπτυχιακές σπουδές σας, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	10 (40%)	15 (60%)	16 (61.5%)	10 (38.5%)
Οι μεταπτυχιακές σπουδές σας, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	n(%)		n(%)	
Μετά την απόκτηση του πτυχίου σας, παρακολουθήσατε κάποιο σεμινάριο σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων(ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης)	4 (16%)		0 (0%)	

2. Σεμινάριο σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων

Αναλυτικά αποτελέσματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ερωτώμενοι λαμβάνουν πληροφόρηση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων παρουσιάζονται στον Πίνακα 22. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν επιστημονικά άρθρα για την ενημέρωσή τους σε θέματα κακοποίησης περισσότερο από τους νοσηλευτές (88.0% και 38.5% αντίστοιχα) ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές

χρησιμοποιούν την ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση για την ενημέρωσή τους περισσότερο από τους κοινωνικούς λειτουργούς (23.1% και 8.0% αντίστοιχα).

Πίνακας 22: Τρόπος πληροφόρησης για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων

	Κοινωνικοί Λειτουργοί N=25 n(%)	Νοσηλευτές N=26 n(%)
Διαβάζοντας επιστημονικά άρθρα	22 (88.0)	10 (38.5)
Συζητήσεις με συναδέλφους	21 (84.0)	22 (84.6)
Ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση	2 (8.0)	6 (23.1)
Με κανέναν τρόπο	0 (0.0)	0 (0.0)

4. Συζήτηση

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων, για τους οποίους υπάρχει υποψία ή επιβεβαιωμένη κακοποίηση. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι το προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει έγκαιρα το πρόβλημα και να παρέμβει. Παρόλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα προγράμματα, αν και έντονα προβληματισμένοι με το φαινόμενο της κακοποίησης, φαίνεται να μην είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τέτοιες περιπτώσεις αφού ένας στους δύο δεν διαθέτε επαρκή προπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης, μόλις 1 στους 4 είχε παρακολουθήσει κάποιο συναφές σεμινάριο επιμόρφωσης και σχεδόν κανένας δεν διαθέτε μεταπτυχιακή εκπαίδευση σχετική με το θέμα αυτό. Επιπλέον, ένας στους δύο συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους για τις διαθέσιμες υπηρεσίες στις οποίες θα μπορούσαν να παραπέμψουν τις περιπτώσεις κακοποίησης. Σε παρόμοια έρευνα του Richard D. Kennedy (2005) αναφέρεται ότι ενώ η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας θεωρεί τον εαυτό της υπεύθυνο για την ανίχνευση και τη διαχείριση τέτοιου είδους περιστατικά, ελάχιστοι είναι εκείνοι που όταν έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένα άτομα κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να διαπιστώσουν αν υπάρχει κακοποίηση ή όχι.

Από τα εμπόδια που αναγνώρισαν περίπου 9 στους 10 συμμετέχοντες ως σημαντικά για την διαχείριση της κακοποίησης στο χώρο εργασίας τους, τα κυριότερα αφορούσαν την άρνηση και τη γενικότερη αντίδραση του εξυπηρετούμενου και της οικογένειας του στην παρέμβαση. Αυτό θα μπορούσε να συνδεθεί με την ελλιπή εκπαίδευση των συμμετεχόντων και την ταυτόχρονη ύπαρξη στερεοτύπων και στάσεων που παρεμβαίνουν στη σχέση τους με τους

εξυπηρετούμενους τους και τις οικογένειες αυτών. Η ύπαρξη των παραπάνω εμποδίων επιβεβαιώνονται και από παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό. Όπως αναφέρει ο R. Kennedy (2005) αλλά και οι Lachs και Ahmad (2002) σε αντίστοιχες έρευνες, οι ερωτηθέντες προέβαλαν ως κύρια εμπόδια για την παροχή βοήθειας σε κακοποιημένους ηλικιωμένους, την έλλειψη γνώσεων για τις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να ακολουθηθούν, αλλά και για τις υπάρχουσες υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν, το φόβο αντεκδίκησης από το δράστη και η διάλυση των σχέσεων της οικογένειας, αλλά και το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος ή η οικογένειά του αρνείται την ύπαρξη κακοποίησης.

Επίσης, η έλλειψη εργαλείων που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τους επαγγελματίες ως προς τον τρόπο παρέμβασης σε τέτοιες περιπτώσεις βρέθηκαν να αποτελούν σημαντικά εμπόδια για τη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης. Πρωτόκολλα αναγνώρισης και διαχείρισης της κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας έχουν αναπτυχθεί πολλά χρόνια πριν με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε συγκεκριμένες χώρες της Ευρώπης, χωρίς όμως να συμβαίνει το ίδιο και στην Ελλάδα.

Από τις διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες, οι συμμετέχοντες φαίνεται στην πλειοψηφία τους να κάνουν χρήση ελάχιστων από αυτές με κυριότερη την Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας. Αυτό επαληθεύει την διαπίστωση σχετικά με την έλλειψη γνώσεων για τις διαθέσιμες υπηρεσίες που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες παραπάνω. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις υποστηρικτικές πηγές που υπάρχουν διαθέσιμες στην κοινότητα για περιπτώσεις κακοποίησης.

Οι ίδιοι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης υποστηρικτικών εργαλείων για το χώρο εργασίας, με περισσότερους από 8 στους 10 συμμετέχοντες να αναγνωρίζουν μεγάλη χρησιμότητα στη διαμόρφωση μιας υπηρεσίας αποκλειστικά για την κακοποίηση ηλικιωμένων καθώς και στην ύπαρξη καταλόγων με υποστηρικτικές πληροφορίες, πηγές και πρόσωπα, διαθέσιμες στο χώρο εργασίας τους. Σύμφωνα και με έρευνες των Lachs and Ahmad (2002) και του Kennedy (2005) κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία μιας τέτοιας υπηρεσίας, η οποία θα διευκόλυνε τους επαγγελματίες να χειριστούν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων.

Από τη σύγκριση ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές, βρέθηκαν αρκετές διαφορές σε θέματα διαχείρισης της κακοποίησης και παραγόντων που επηρεάζουν αυτή. Πιο συγκεκριμένα, περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς

αναγνώρισαν την προσωπική τους ανεπάρκεια να ανταποκριθούν σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων. Αντίθετα, περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί υπογράμμισαν τις ελλείψεις σε επίπεδο οργάνωσης. Στην περίπτωση αυτή θα ήταν αναμενόμενο οι κοινωνικοί λειτουργοί να μπορούν σε μεγαλύτερο βαθμό να αναγνωρίζουν τις προσωπικές τους δυνατότητες δεδομένης της προπτυχιακής τους άσκησης σε θέματα αυτογνωσίας.

Όσον αφορά στις ενέργειες που θα έκαναν οι συμμετέχοντες αν δεν είχαν τη συναίνεση του κακοποιημένου ατόμου, φαίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί αναζητούν με μεγαλύτερη συχνότητα τη συμβουλή του συναδέλφου σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, οι οποίοι αναφέρουν κατά κύριο λόγο να παραπέμπουν τις περιπτώσεις κακοποίησης σε άλλη υπηρεσία. Αυτό δικαιολογείται από τη φύση της υποστήριξης που απαιτείται σε περιπτώσεις κακοποίησης, στις οποίες ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πιο ευρύς και πολυδιάστατος σε αντίθεση με αυτόν του νοσηλευτή.

Όσον αφορά στη χρήση υπηρεσιών, οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να κάνουν μεγαλύτερη χρήση συγκεκριμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών σε σχέση με τους νοσηλευτές γεγονός που δικαιολογείται από τον πολυδιάστατο ρόλο τους στην υποστήριξη των κακοποιημένων ατόμων. Σχετικά με αυτό, διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με αυτό των νοσηλευτών απευθύνεται στο γιατρό του νοσοκομείου ή του κέντρο υγείας. Θα περίμενε κανείς το αντίθετο, να υπάρχει, δηλαδή, περισσότερο συχνή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του προγράμματος με το γιατρό, λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους. Ωστόσο, η δυνατότητα του νοσηλευτή να καλύψει συγκεκριμένες ανάγκες του θύματος σε ιατρονοσηλευτική φροντίδα θα μπορούσε να ερμηνεύσει το αποτέλεσμα αυτό.

Περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχέση με τους νοσηλευτές θεωρούν ότι έχουν λάβει επαρκή προπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης ηλικιωμένων. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών των νοσηλευτών δεν δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε θέματα που αφορούν την κακοποίηση των ηλικιωμένων, σε αντίθεση με την εκπαίδευση στην Κοινωνική Εργασία. Αυτό επαληθεύεται και από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την εκπαιδευτική τους ανεπάρκεια και αναφέρουν με μεγαλύτερη συχνότητα από τους κοινωνικούς λειτουργούς την εκπαίδευση και επιμόρφωση ως χρήσιμες στρατηγικές για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποίησης. Παρομοίως και σε έρευνα του Kennedy (2005) φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη εκπαίδευση. Θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξει περισσότερη εκπαίδευση επί του θέματος και περισσότερα προπτυχιακά μαθήματα που να αφορούν αποκλειστικά στην

κακοποίηση των ηλικιωμένων. Η έρευνα του Kennedy (2005) αναφέρει επίσης ότι μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ότι η ανίχνευση και η αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιστατικών εμπίπτει κυρίως στη δική τους σφαίρα των ευθυνών και θα ήταν διατεθειμένοι να παρακολουθούν τέτοιου είδους ενημερωτικά προγράμματα που να σχετίζονται με την κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Παράλληλα με τα παραπάνω, φαίνεται να διαφέρουν και οι τρόποι ενημέρωσης των δύο επαγγελματικών ομάδων με τους κοινωνικούς λειτουργούς να ενημερώνονται κυρίως μέσα από επιστημονικά συγγράμματα ενώ οι νοσηλευτές μέσα από ενδο-υπηρεσιακά εκπαιδευτικά προγράμματα.

5. Συμπεράσματα- Προτάσεις

Όπως προκύπτει από την έρευνα, η προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», σε θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων, κρίνεται απαραίτητη. Επιπλέον, απαραίτητη κρίνεται και η δημιουργία υποστηρικτικών δομών στην κοινότητα που να μπορούν να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση. Με τη δημιουργία τέτοιων δομών το έργο των επαγγελματιών του προγράμματος θα μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης. Υποστηρικτικό υλικό και εργαλεία που να καθοδηγούν τους επαγγελματίες στο χώρο της εργασίας τους θα μπορούσαν επίσης να διευκολύνουν την επαγγελματική πρακτική και να συμβάλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της κακοποίησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Χατζηφωτίου Σεβαστή, «Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών», εκδ. ΤΖΙΟΛΑ, ΑΘΗΝΑ:2005

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Krueger P. and Patterson, Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care, *Canadian Medical Association Journal* 1997, 157: 1095-100

Krug E. et al., Abuse of the elderly: a chapter in the World Report on Violence and Health, *Age and Ageing* 2003, 32: 136

Kennedy D. Richard, Elder abuse and neglect: the experience, knowledge and attitudes of primary care physicians, *Family Medicine* 2005, 37:481-485

Krug E. et al., Abuse of the elderly: a chapter in the World Report on Violence and Health, *WHO* 2002, 125-145

Livingston G. et al., The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial, *Age and Ageing* 2002, 31:335-341

World Health Organization, *Abuse of the elderly*, Geneva 2002

Machado L. et al., Report on elder abuse in Brazil, *WHO, INPEA, UCAM*, 2001, 4:25-27

Phillips L. Abuse and Neglect of the Frail Elderly at Home: An Exploration of Theoretical Relationships, *Journal of Advanced Nursing* 1983, 8:379-392

Pillemer K. and Prescott D. Psychological Effects of Elder Abuse: A Research Note, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 1989, 1(1): 6574

Mildenberger C., Wessman H., Abuse and neglect of elderly persons by family members – a special communication, *Physical Therapy* 1986, 66:537-539

Mcalpine H. Christine, Elder abuse and neglect, *Age and Ageing* 2008, 37:132-133

Kozak, J., Difficulties in addressing abuse and neglect in elderly patients, *Canadian Medical Association Journal* 1994, 151:1401-1403

- Goldbloom R. et al.**, Secondary prevention of elder abuse and mistreatment, *Canadian Medical Association Journal* 1994, 151: 1413-1420
- Aravanis S. et al.**, Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect, *Archives of Family Medicine* 1993, 2: 371-388
- Ghent W. et al.**, Family violence: guidelines for recognition and management, *Canadian Medical Association Journal* 1985, 132: 541-553
- Lachs, M. S., et al.**, The Mortality of Elder Abuse, *Journal of the American Medical Association* 1998, 280(5): 428-432
- Hardin E. and Khan-Hudson A.**, Elder abuse: “society’s dilemma”, *Journal of the National Medical Association* 2005, 97: 91-94
- Kurrie S.**, Elder abuse, *Australian Family Physician* 2004, 33: 807-812
- Cooper C. et al.**, The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, *Age and Ageing* 2008, 37: 151-160
- Wei G. et al.**, Reporting elder abuse: a medical, legal and ethical overview, *Journal of the American Medical Women’s Association* 2004, 59: 248-254
- Lachs M. et al.**, Elder abuse and neglect: what physicians can and should do, *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2002, 69: 801-808
- Wolf S. Rosalie**, The nature and scope of elder abuse, *American society on Ageing* 2002, 24: 6-12
- Perel- Levin Silvia**, Discussing screening for elder abuse at primary Health care level , *World Health Organization* 2008, 2:5-10
- Bradley M.**, Elder abuse, *British Medical Journal* 1996, 313:548-550
- Comijs H. C. et al.**, Psychological Distress in Victims of Elder Mistreatment: The Effects of Social Support and Coping, *Journal of Gerontology*, 1999, 54 (4): 240-245
- Bristowe E. and Collins J. B.** Family-Mediated Abuse of Non-Institutionalized Elder Men and Women Living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1989, 1 (1):45-54
- World Health Organization**, Missing voices: views of older persons on elder abuse, *WHO*, Geneva 2002

Myers J., Shelton B., Abuse and older persons: Issues and implications for counselors, *Journal of Counseling and Development* 1987, 65:376-380

Krug et al., The economic dimensions of interpersonal violence, *WHO* 2004

Onaitis K., Social work combats elder abuse, National Association of Social Workers, New York City Chapter (internet). 2005 (Ανακτήθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.naswnyc.org/SocialWorkCombatsElderAbuse.htm>

McClendon P., Systems theory and incest/sexual abuse of children: focus on families and communities (internet). 1991(Ανακτήθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.clinicalsocialwork.com/systems.html>

Juma L., Juma B., Elder abuse, *Interdisciplinary Social Work Journal*, (internet). 2005 (Ανακτήθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.digitalcommons.uncfsu.edu/iswkj>

Σχέδιο νόμου «για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας», Υπουργείο Δικαιοσύνης (internet). 2006 (Ανακτήθηκε στις 10 Ιανουαρίου 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.ministryofjustice.gr>

Ο ν. 3500/2006 για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, Αριστοτέλης Ι. Χαραλαμπίδης και συν., (internet). 2006 (Ανακτήθηκε στις 13 Φεβρουαρίου 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.poinikos-logos.gr/arxeio/06t3e.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αρ .Ερωτηματολογίου: |_|_|

Η ετοιμότητα των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων

Το παρόν ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών και εξετάζει την ετοιμότητα των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών που εργάζονται στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Νομού Ηρακλείου να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη έρευνα στόχο έχει να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές να ανιχνεύουν, διαχειρίζονται αλλά και αντιμετωπίζουν περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων στο πλαίσιο εργασίας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλλουν σε μια πρώτη αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης, σε μια χώρα που διαθέτει ελλιπή δεδομένα σχετικά με το συγκεκριμένο φαινόμενο.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.



ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Τσιροπούλου Χαρίκλεια

Τσούτση Βάγια

Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Παπαδακάκη Μαρία

- Αριθμός εγγεγραμμένων μελών: |_|_|
- Ειδικότητες απασχολούμενου προσωπικού (εξωτερικοί συνεργάτες, μόνιμοι):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

ΜΕΡΟΣ 1^ο – Εκτίμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων

1. Έρχεστε σε επαφή με ηλικιωμένους ασθενείς (ηλικίας 60 ετών και άνω) στο τρέχον εργασιακό σας πλαίσιο; (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1. Ναι
2. Όχι

2. Πόσο σας προβληματίζει το ενδεχόμενο της ύπαρξης κακοποίησης ηλικιωμένων στο πλαίσιο εργασίας σας; (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Ούτε ναι ούτε όχι
4. Αρκετά
5. Πολύ

3. Στην τρέχουσα εργασιακή σας απασχόληση, πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή με ηλικιωμένους ασθενείς που υποψιάζεστε ότι κακοποιούνται; { Η κακοποίηση ηλικιωμένων ορίζεται ως η κάθε είδους πράξη ή απουσία πράξης από ένα άτομο σε θέση εμπιστοσύνης (μέλος οικογένειας, φίλος, γείτονας, φροντιστής), η οποία προκαλεί βλάβη (σωματική, ψυχολογική, οικονομική ή και παραμέληση) σε ένα ηλικιωμένο άτομο}. (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1. Πολύ συχνά
2. Συχνά
3. Μερικές φορές
4. Σπάνια
5. Ποτέ

4. Πόσα είναι τα ηλικιωμένα (< 60) μέλη στο μητρώο της υπηρεσίας σας; (αριθμός) _____

5. Πόσα άτομα με επιβεβαιωμένη κακοποίηση έχετε εντοπίσει στην τρέχουσα απασχόλησή σας; (αριθμός) _____

6. Πόσα άτομα με υποψία κακοποίησης έχετε εντοπίσει στην τρέχουσα απασχόλησή σας; (αριθμός) _____

7. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο εαυτό σας ότι είστε σε θέση να ανιχνεύσετε την ύπαρξη κακοποίησης ηλικιωμένων στο εργασιακό σας πλαίσιο; (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1. Καθόλου εμπιστοσύνη
2. Όχι πολύ εμπιστοσύνη
3. Ούτε πολύ ούτε λίγο εμπιστοσύνη
4. Αρκετή εμπιστοσύνη
5. Πολλή εμπιστοσύνη

8. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στις γνώσεις σας για τις υπάρχουσες κοινοτικές υπηρεσίες παροχής βοήθειας σε κακοποιημένους ηλικιωμένους; (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1. Καθόλου εμπιστοσύνη
2. Όχι πολύ εμπιστοσύνη
3. Ούτε πολύ ούτε λίγο εμπιστοσύνη
4. Αρκετή εμπιστοσύνη
5. Πολλή εμπιστοσύνη

9. Υπάρχει συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό της υπηρεσίας όπου εργάζεστε;

1. Πάντα
2. Συχνά
3. Μερικές φορές
4. Σπάνια
5. Ποτέ

10. Με ποιες από τις ειδικότητες υπάρχει περισσότερο συχνή συνεργασία;

1. Κοινωνικό Λειτουργό
2. Νοσηλεύτη
3. Οικογενειακό Βοηθό
4. Γιατρό
5. Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε) _____

11. Χρησιμοποιείτε αυτή τη στιγμή κάποιο γραπτό πρωτόκολλο ή έχετε κάποιο πρωτόκολλο για την ανίχνευση, την αξιολόγηση ή την παρέμβαση σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία κακοποίησης ηλικιωμένων;

1. Όχι
2. Ναι → Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε το πρωτόκολλο παρακάτω ή εσωκλείστε ένα αντίγραφο του πρωτοκόλλου που χρησιμοποιείτε.

Ενότητα 2^η : Πιθανά εμπόδια

12. Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει πιθανά εμπόδια στην παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση. (Για κάθε ένα από τα εμπόδια, παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που υποδεικνύει τη δική σας αξιολόγηση της σημαντικότητας του εμποδίου στο εργασιακό σας πλαίσιο).

Πιθανά εμπόδια στην παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση	Σπουδαιότητα του εμποδίου				
	Καθόλου σημαντικό	Όχι πολύ σημαντικό	Ούτε πολύ ούτε λίγο	Αρκετά σημαντικό	Πολύ σημαντικό
Πρόσφατες αλλαγές στη νομοθεσία	1	2	3	4	5
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την εκτίμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Έλλειψη ενός επαγγελματικού πρωτοκόλλου που να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Έλλειψη ξεκάθαρων κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με την εμπιστευτικότητα σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με το που να απευθυνθεί κάποιος για βοήθεια	1	2	3	4	5
Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Δυσκολία να οριστεί τι είναι η κακοποίηση ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Φόβος νομικών επιπτώσεων (εμφανίσεις στο δικαστήριο, μηνύσεις για προσβολή)	1	2	3	4	5
Φόβος για τη διάλυση των σχέσεων με τον ηλικιωμένο ή την οικογένειά του	1	2	3	4	5
Φόβος αντεκδίκησης από το δράστη ενάντια στον ηλικιωμένο	1	2	3	4	5
Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτίμηση, την παραπομπή και την παρακολούθηση	1	2	3	4	5
Γλωσσικά/ πολιτισμικά εμπόδια	1	2	3	4	5
Η μη αποδοχή της κακοποίησης από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο	1	2	3	4	5
Η αντίσταση της οικογένειας ή του ηλικιωμένου στην παρέμβαση όταν η κακοποίηση έχει διαπιστωθεί	1	2	3	4	5
Άλλα εμπόδια στην υποστήριξη ηλικιωμένων που βιώνουν την κακοποίηση (προσδιορίστε)					
1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5

Ενότητα 3^η : Διαθέσιμες υπηρεσίες

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε όσες από τις απαντήσεις θεωρείτε ότι είναι απαραίτητο.

13. Εάν εντοπίζατε κάποια περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένου στο εργασιακό σας πλαίσιο, ποιές από τις παρακάτω υπηρεσίες θα χρησιμοποιούσατε υπό φυσιολογικές συνθήκες;

1. Τηλεφωνική γραμμή για την ενδοοικογενειακή βία
2. Ψυχιατρική κλινική δημόσιου νοσοκομείου
3. Γιατρό Κέντρου Υγείας ή Περιφερειακού Ιατρείου
4. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
5. Παράρτημα Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ)
6. Ξενώνας κακοποιημένων γυναικών
7. Αστυνομία
8. Εισαγγελέας
9. Κοινωνική λειτουργό σε άλλη υπηρεσία
10. Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας
11. Καμία από τις παραπάνω
12. Άλλη (Προσδιορίστε).....

14. Τι κάνετε όταν ένα ηλικιωμένο άτομο που υφίσταται κακοποίηση, δεν συναινεί στο να δεχτεί βοήθεια; (παρακαλώ επιλέξτε όσα ισχύουν)

1. Καμία περαιτέρω ενέργεια
2. Παραπέμπω αλλού για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης
3. Δεν γνωρίζω
4. Αναζήτηση συμβουλής (αναφέρατε τις πηγές)
 - a.
 - b.
5. Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε)

Ενότητα 4^η : Πιθανές στρατηγικές

15. Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει έναν αριθμό στρατηγικών που μπορεί να είναι χρήσιμες για την αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων. (Για καθεμία στρατηγική παρακαλώ επιλέξτε τον αριθμό εκείνο που ανταποκρίνεται στην πιθανότητα χρήσης της στρατηγικής αυτής στο εργασιακό σας πλαίσιο).

Πιθανή στρατηγική	Πιθανότητα χρήσης της στρατηγικής				
	Καθόλου πιθανό	Λίγο πιθανό	Μέτρια πιθανό	Αρκετά πιθανό	Πολύ πιθανό
Επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές ή πρωτόκολλα για την ανίχνευση και διαχείριση της κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Αλλαγή στον Εσωτερικό Κανονισμό και πρόβλεψη αποζημίωσης για το χρόνο που απαιτείται για τη διαχείριση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Αποζημίωση για το χρόνο που αφιερώνεται σε νομικά ζητήματα	1	2	3	4	5
Μια κεντρική, προσβάσιμη βιβλιοθήκη με πηγές για την κακοποίηση ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Ένας κατάλογος διαθέσιμων υπηρεσιών για τις περιπτώσεις κακοποίησης για τους νεώτερους	1	2	3	4	5
Μια υπηρεσία που να απευθύνεται κάποιος σε περιπτώσεις κακοποίησης	1	2	3	4	5
Ένα πακέτο υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων διαθέσιμο στο πλαίσιο εργασίας	1	2	3	4	5
Ένας κατάλογος με ανθρώπους που μπορούν να παρέχουν υποστήριξη σε περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Εκπαίδευση σε ζητήματα κακοποίησης ηλικιωμένων που να παρέχεται στο πλαίσιο εργασίας σας	1	2	3	4	5
Γενικότερη συνεχόμενη εκπαίδευση στην κακοποίηση ηλικιωμένων	1	2	3	4	5
Τακτικό ενημερωτικό γράμμα που να περιλαμβάνει άρθρα και πηγές σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων (newsletter)	1	2	3	4	5
Άλλο (Προσδιορίστε)	1	2	3	4	5
1.					

Ενότητα 5^η : Εκπαίδευση στην ανίχνευση και διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων

(Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε εκείνη που θεωρείτε ως την πιο κατάλληλη).

16. Οι προπτυχιακές σπουδές σας, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων.

1. Συμφωνώ απόλυτα
2. Συμφωνώ
3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
4. Διαφωνώ
5. Διαφωνώ απόλυτα

17. Οι μεταπτυχιακές σας σπουδές, σας παρείχαν επαρκή εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων.

1. Συμφωνώ απόλυτα
2. Συμφωνώ
3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
4. Διαφωνώ
5. Διαφωνώ απόλυτα
6. Δεν αντιστοιχεί

18. Μετά την απόκτηση του πτυχίου σας, παρακολουθήσατε κάποιο σεμινάριο σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων. (ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης)

1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν είμαι σίγουρος

19. Με ποιόν άλλον τρόπο έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με την ανίχνευση και αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων; (κυκλώστε όσες ισχύουν)

1. Διαβάζοντας επιστημονικά άρθρα
2. Συζητήσεις με συναδέλφους
3. Ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση
4. Με κανέναν άλλο τρόπο
5. Άλλο (προσδιορίστε)

Ενότητα 6^η : Στοιχεία δημογραφικού και εργασιακού περιεχομένου

(Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου είναι απαραίτητη ώστε να συνδυάσουμε τις απαντήσεις σας με αυτές άλλων ερωτώμενων. Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση εκείνη που θεωρείτε ως την πιο κατάλληλη).

20. Έτος αποφοίτησης _____

21. Επίπεδο προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών (Κυκλώστε όσα ισχύουν)

1. Βασικό πτυχίο (ειδικότητα _____)
2. Μεταπτυχιακές σπουδές
3. Διδακτορικό
4. Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε)

22. Φύλο

1. Γυναίκα
2. Άνδρας

23. Ηλικία_____

24. Οικογενειακή κατάσταση

1. έγγαμος
2. άγαμος
3. Διαζευγμένος-σε διάσταση
4. χήρος

Εάν υπάρχει κάτι για το οποίο θα θέλατε να κάνετε κάποιο σχόλιο, παρακαλώ μην διστάσετε να το γράψετε στον κενό χώρο που παρατίθεται. Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αυτού.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 232

24 Οκτωβρίου 2006

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3500

Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄ ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1 Ορισμοί

Για τον παρόντα νόμο θεωρείται:

1. ενδοοικογενειακή βία, η τέλεση αξιόποινης πράξης, σε βάρος μέλους της οικογένειας, σύμφωνα με τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του παρόντος και τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα.

2. α. οικογένεια ή κοινότητα που αποτελείται από συζύγους ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους.

β. στην οικογένεια περιλαμβάνονται, εφόσον συνοικούν, συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει ορισθεί μέλος της οικογένειας, καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια.

γ. οι διατάξεις του παρόντος νόμου εφαρμόζονται και στην μόνιμη σύντροφο του άνδρα ή στον μόνιμο σύντροφο της γυναίκας και στα τέκνα, κοινά ή ενός εξ αυτών, εφόσον τα πρόσωπα αυτά συνοικούν, ως και στους τέως συζύγους.

3. Θύμα ενδοοικογενειακής βίας κάθε πρόσωπο της προηγούμενης παραγράφου σε βάρος του οποίου τελείται αξιόποινη πράξη κατά τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του παρόντος. Θύμα είναι και το μέλος, στην οικογένεια του οποίου τελέσθηκε αξιόποινη πράξη, κατά τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα, καθώς και ο ανήλικος κατά την παράγραφο 2, ενώπιον του οποίου τελείται μία από τις αξιόποινες πράξεις της παρούσας.

Άρθρο 2 Απαγόρευση χρήσης βίας

Η άσκηση βίας κάθε μορφής μεταξύ των μελών της οικογένειας απαγορεύεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄ ΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 3 Η ενδοοικογενειακή βία ως τεκμήριο κλονισμού του γάμου

Το δεύτερο εδάφιο του άρθρου 1439 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Εφόσον ο εναγόμενος δεν αποδεικνύει το αντίθετο, ο κλονισμός τεκμαίρεται σε περίπτωση διγαμίας ή μοιχείας αυτού, εγκατάλειψης του ενάγοντος ή επιβουλής της ζωής του από τον εναγόμενο, καθώς και σε περίπτωση άσκησης από τον εναγόμενο ενδοοικογενειακής βίας εναντίον του ενάγοντος.»

Άρθρο 4 Σωματική βία σε βάρος ανηλίκων

Επί ασκήσεως σωματικής βίας σε βάρος ανηλίκου, ως μέσου σωφρονισμού στο πλαίσιο της ανατροφής του, εφαρμόζεται το άρθρο 1532 του Αστικού Κώδικα.

Άρθρο 5 Χρηματική ικανοποίηση

Η κατά το άρθρο 932 του Αστικού Κώδικα χρηματική ικανοποίηση, λόγω ηθικής βλάβης του παθόντος για μία από τις πράξεις του παρόντος νόμου, δεν μπορεί να είναι κατώτερη των χιλίων (1.000) ευρώ, εκτός αν ο ίδιος ο παθών ζήτησε μικρότερο ποσό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄ ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 6 Ενδοοικογενειακή σωματική βλάβη

1. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προξενεί σε άλλο μέλος αυτής σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του, υπό την έννοια του εδαφίου α΄ της παρ. 1 του άρθρου 308 του Ποινικού Κώδικα, ή με συνεχή συμπεριφορά προξενεί εντελώς ελαφρά κάκωση ή βλάβη της υγείας του, με την έννοια του εδαφίου β΄ της παραπάνω διάταξης, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους.

2. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου είναι δυνατόν να προκαλέσει στο θύμα κίνδυνο για τη ζωή του ή βαριά σωματική βλάβη, επιβάλλεται φυλάκιση, τουλάχιστον, δύο ετών. Αν επακολουθήσει βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη

μέχρι δέκα ετών. Αν ο υπαίτιος επεδίωκε ή γνώριζε και αποδέχθηκε το αποτέλεσμα της πράξης του, τιμωρείται με κάθειρξη.

3. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου τελέσθηκε σε βάρος εγκύου ή σε βάρος μέλους της οικογένειας το οποίο, από οποιαδήποτε αιτία, είναι ανίκανο να αντισταθεί, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, δύο ετών και αν η πράξη τελέσθηκε ενώπιον ανήλικου μέλους της οικογένειας, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους.

4. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου συνιστά μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης, επικίνδυνης για την υγεία, ή ψυχικού πόνου, ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη. Αν το θύμα είναι ανήλικος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών.

5. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εφαρμόζονται αντίστοιχα και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας, η δε πράξη του στρέφεται σε βάρος προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού.

Άρθρο 7 Ενδοοικογενειακή παράνομη βία και απειλή

1. Το μέλος της οικογένειας το οποίο εξαναγκάζει άλλο μέλος χρησιμοποιώντας βία ή απειλή με σπουδαίο και άμεσο κίνδυνο σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή χωρίς το θύμα να υποχρεούται προς τούτο τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών, ανεξάρτητα από το αν το απειλούμενο κακό στρέφεται εναντίον του ίδιου του θύματος ή κάποιου από τους οικείους του υπό την έννοια της περίπτωσης β' του άρθρου 13 του Ποινικού Κώδικα.

2. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προκαλεί τρόπο ή ανησυχία σε άλλο μέλος της οικογένειας, απειλώντας το με βία ή άλλη παράνομη πράξη ή παράλειψη, τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 8 Βιασμός και κατάχρηση σε ασέλγεια

1. Η παρ. 1 του άρθρου 336 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Όποιος με σωματική βία ή με απειλή σπουδαίου και άμεσου κινδύνου εξαναγκάζει άλλον σε συνουσία ή σε άλλη ασελή πράξη ή σε ανοχή της τιμωρείται με κάθειρξη.»

2. Η παρ. 1 του άρθρου 338 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Όποιος με κατάχρηση της παραφροσύνης άλλου ή της από οποιαδήποτε αιτία προερχόμενης ανικανότητάς του να αντισταθεί, ενεργεί επ' αυτού συνουσία ή άλλη ασελή πράξη τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.»

Άρθρο 9 Ενδοοικογενειακή προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας

1. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προσβάλλει την αξιοπρέπεια άλλου μέλους της, με ιδιαίτερα ταπεινωτικό λόγο ή έργο που ανάγεται στη γενετήσια ζωή του, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών.

2. Με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών μέχρι τριών ετών τιμωρείται η πράξη της προηγούμενης παραγράφου, αν ο παθών είναι ανήλικος.

3. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εφαρμόζονται αντίστοιχα και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας, η δε πράξη του στρέφεται σε βάρος προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού.

Άρθρο 10 Παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης

Όποιος σε υπόθεση ενδοοικογενειακής βίας απειλεί μάρτυρα ή μέλος της οικογένειάς του ή ασκεί βία εναντίον του ή τον δωροδοκεί, με σκοπό την παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι τριών ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ

Άρθρο 11 Προϋποθέσεις

1. Στα πλημμελήματα ενδοοικογενειακής βίας ο αρμόδιος για την άσκηση ποινικής δίωξης εισαγγελέας διερευνά τη δυνατότητα διαμεσολάβησης κατά τη διαδικασία των επόμενων άρθρων.

2. Προϋπόθεση για την έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης είναι η υποβολή ανεπιφύλακτης δήλωσης εκ μέρους του προσώπου στο οποίο αποδίδεται η τέλεση του εγκλήματος, ότι είναι πρόθυμο σωρευτικά:

α) να υποσχεθεί ότι δεν θα τελήσει στο μέλλον οποιαδήποτε πράξη ενδοοικογενειακής βίας (λόγος τιμής) και ότι, σε περίπτωση συνοίκησης, δέχεται να μείνει εκτός οικογενειακής κατοικίας για εύλογο χρονικό διάστημα, εάν το προτείνει το θύμα. Για την υπόσχεση αυτή συντάσσεται έκθεση κατά τα άρθρα 148 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

β) να παρακολουθήσει ειδικό συμβουλευτικό - θεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας σε δημόσιο φορέα, σε όποιον τόπο και για όσο χρονικό διάστημα κρίνεται τούτο αναγκαίο από τους αρμόδιους θεραπευτές. Ο υπεύθυνος του προγράμματος πιστοποιεί την ολοκλήρωση της παρακολούθησής του. Το σχετικό πιστοποιητικό επισυνάπτεται στο φάκελο της δικογραφίας. Αναφέρονται δε σε αυτό, αναλυτικά, το αντικείμενο του συμβουλευτικού - θεραπευτικού προγράμματος και ο αριθμός των συνεδριών που παρακολούθησε ο ενδιαφερόμενος.

γ) να άρει ή να αποκαταστήσει, εφόσον είναι δυνατόν, αμέσως τις συνέπειες που προκλήθηκαν από την πράξη και να καταβάλει εύλογη χρηματική ικανοποίηση στον παθόντα.

3. Αν το θύμα της ενδοοικογενειακής βίας είναι ανήλικος, η ποινική διαμεσολάβηση ενεργείται υπέρ αυτού και από κοινού από τον κατά τόπον αρμόδιο εισαγγελέα ανηλικών και τον ασκούντα την επιμέλεια, εφόσον αυτός δεν είναι το ίδιο πρόσωπο με τον φερόμενο ως δράστη του εγκλήματος. Αν δεν υπάρξει ομοφωνία, η διαμεσολάβηση δεν είναι δυνατή. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας του μπορεί, εφόσον το επιθυμεί, να παρίσταται κατ' αυτήν και να ακούγεται. Τα πρόσωπα του πρώτου εδαφίου αντιπροσωπεύουν τον ανήλικο στη διαδικασία της ποινικής διαμεσολάβησης και για τις αστικές αξιώσεις.

4. Οι σχετικές με την ποινική διαμεσολάβηση διατάξεις

του παρόντος νόμου δεν εφαρμόζονται, αν ο φερόμενος ως δράστης της πράξεως ενδοοικογενειακής βίας είναι επίτροπος, δικαστικός συμπαραστάτης ή ανάδοχος γονέας του ανηλίκου.

5. Αν την πράξη ενδοοικογενειακής βίας σε βαθμό πλημμελήματος φέρεται να έχει τελέσει ανήλικος, εφαρμόζεται το άρθρο 45Α του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Άρθρο 12 Διαδικασία

1. Αν σε βάρος του υπαίτιου κινηθεί η διαδικασία των άρθρων 417 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, ποινική διαμεσολάβηση επιτρέπεται μόνον εφόσον το δικαστήριο αναβάλει την εκδίκαση της υπόθεσης κατά τις διατάξεις του άρθρου 423 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Στην περίπτωση αυτή, η σχετική διαδικασία χωρεί κατά τις παραγράφους 3 έως 6 του παρόντος άρθρου. Το δικαστήριο που αναβάλλει την εκδίκαση της υπόθεσης, κατά το πρώτο εδάφιο, εξετάζει αυτεπαγγέλτως αν συντρέχει περίπτωση να επιβληθούν στον υπαίτιο περιοριστικοί όροι κατά το άρθρο 18 του παρόντος νόμου.

2. Αν σε βάρος του φερόμενου ως δράστη ενεργείται προκαταρκτική εξέταση, ο εισαγγελέας, πριν από κάθε άλλη ενέργεια:

α) μπορεί να διατάσσει τη διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης στο φερόμενο ως θύμα, προκειμένου να ερευνηθεί η βασιμότητα της καταγγελίας για την σε βάρος του τέλεση της πράξεως,

β) εξετάζει ο ίδιος κάθε μάρτυρα που προτείνεται, καθώς και τα πρόσωπα της οικογένειας ή παραγγέλλει την εξέταση αυτών από τους αρμόδιους ανακριτικούς υπαλλήλους, και

γ) καλεί το πρόσωπο στο οποίο αποδίδεται η τέλεση της πράξεως να παράσχει στον ίδιο ή στον αρμόδιο ανακριτικό υπάλληλο εξηγήσεις υπό τους όρους του άρθρου 31 παρ. 2 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

3. Αν ο παρέχων εξηγήσεις δεν υποβάλει ο ίδιος, ή μέσω του συνηγόρου του, την κατά την παρ. 2 του άρθρου 11 δήλωση περί ποινικής διαμεσολάβησης, καλείται, προς τούτο, από τον αρμόδιο εισαγγελέα. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να λάβει προθεσμία τριών ημερών για να απαντήσει.

4. Αν η απάντηση του παρέχοντος εξηγήσεις είναι αρνητική ή αυτός δεν απαντήσει, κινείται η ποινική διαδικασία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Αν η απάντηση του παρέχοντος εξηγήσεις είναι θετική,

ο εισαγγελέας ενημερώνει τον παθόντα ή τον συνήγορό του για την κατά τα ανωτέρω δήλωση του ενδιαφερομένου και, αν υποβληθεί σχετικό αίτημα, παρέχεται στον παθόντα προθεσμία, το πολύ τριών ημερών, για να δηλώσει αν δέχεται τη διαμεσολάβηση.

5. Αν η απάντηση του παθόντος είναι αρνητική ή αυτός δεν απαντήσει ή δεν επέλθει συμφωνία ως προς τους όρους της περίπτωσης α' της παραγράφου 2 του άρθρου 11, κινείται η ποινική διαδικασία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Αν η απάντηση του παθόντος είναι θετική, ο εισαγγελέας με διάταξή του θέτει τη δικογραφία σε ειδικό αρχείο της εισαγγελίας. Κατά της διατάξεως αυτής δεν χωρεί προσφυγή.

6. Αν τα πρόσωπα στα οποία αποδίδεται η τέλεση της πράξης είναι περισσότερα, για την έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης απαιτείται μεταξύ

τους συμφωνία. Το ίδιο ισχύει και αν η φερόμενη ως τελεσθείσα πράξη αφορά περισσότερα θύματα. Αν δεν επιτευχθεί συμφωνία κατά τα προηγούμενα εδάφια, η διαμεσολάβηση δεν είναι δυνατή.

7. Η συμφωνία των διαδίκων μερών για την κατά την παρ. 2 του άρθρου 11 του παρόντος έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης μπορεί να υποβληθεί στον αρμόδιο εισαγγελέα και με σχετικό πρακτικό εκ μέρους των συνηγόρων τους.

Άρθρο 13 Ποινικές συνέπειες

1. Η διάταξη του εισαγγελέα που εκδίδεται κατόπιν ποινικής διαμεσολάβησης καταχωρίζεται σε ειδική μερίδα στο δελτίο ποινικού μητρώου και τηρείται για χρονικό διάστημα ίσο προς τον εκ του νόμου προβλεπόμενο χρόνο παραγραφής του εγκλήματος στο οποίο αφορά.

2. Αν ο ενδιαφερόμενος συμμορφωθεί προς τους όρους της ποινικής διαμεσολάβησης για χρονικό διάστημα τριών ετών, τότε η σχετική διαδικασία ολοκληρώνεται και εξαιρείται η ποινική αξίωση της πολιτείας για το έγκλημα που αφορά.

3. Η διαπιστούμενη από τον εισαγγελέα υπαίτια μη ολοκλήρωση της ποινικής διαμεσολάβησης διακόπτει τη διαδικασία και προκαλεί την αναδρομική άρση των επελθόντων αποτελεσμάτων. Στην περίπτωση αυτή ο εισαγγελέας ανασύρει τη δικογραφία από το αρχείο,

η δε ποινική διαδικασία συνεχίζεται κατά τις οικείες διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, χωρίς να επιτρέπεται πλέον η υποβολή νέου αιτήματος για ποινική διαμεσολάβηση.

4. Ενόσω διαρκεί η διαδικασία ποινικής διαμεσολάβησης, τελεί σε εκκρεμοδικία η πράξη στην οποία αυτή αφορά. Η άσκηση ποινικής δίωξης για πράξη για την οποία εξαιρέθηκε η ποινική αξίωση της πολιτείας, λόγω ολοκλήρωσεως της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης, είναι απαράδεκτη. Η παραγραφή της πράξης αναστέλλεται μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης.

5. Η άρνηση ενός εκ των διαδίκων μερών να δεχθεί τη διαμεσολάβηση ή η αποτυχία ολοκλήρωσέως της, για οποιαδήποτε αιτία, δεν επάγονται σε βάρος αυτών καμία αρνητική ουσιαστική ή δικονομική συνέπεια στην ποινική δίκη που επακολουθεί.

6. Στην παρ. 3 του άρθρου 574 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας προστίθεται στοιχείο γ', το οποίο έχει ως εξής:

«γ) η διάταξη του εισαγγελέα που εκδίδεται κατόπιν ποινικής διαμεσολάβησης σε εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας.»

Άρθρο 14 Αστικές συνέπειες

1. Η συμφωνία των διαδίκων για την έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάβησης ισχύει ως συμβιβασμός ως προς τις χρηματικές αξιώσεις από το έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας. Μόνη η συμφωνία του παθόντος συζύγου για την έναρξη της διαδικασίας δεν εμποδίζει την άσκηση αγωγής διαζυγίου ή την υποβολή αιτήσεως συναινετικής λύσεως του γάμου, την πρόοδο της δίκης και τη λύση του γάμου.

2. Η εντός τριετίας από την αρχειοθέτηση της υπόθεσης μη συμμόρφωση του φερόμενου ως δράστη προς τους όρους της ποινικής διαμεσολάβησης παρέχει στο θύμα του εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας το δικαίωμα να ζητήσει, με αγωγή του, την ανατροπή της συμφωνίας, όσον αφορά στις χρηματικές αξιώσεις. Με την άσκηση της αγωγής ανατροπής αναβιώνουν οι χρηματικές αξιώσεις του παθόντος, τα δε καταβληθέντα λόγω της συμφωνίας αναζητούνται κατά τις διατάξεις περί αδικαιολόγητου πλουτισμού.

3. Μετά την ολοκλήρωση της ποινικής διαμεσολάβησης αποκλείεται η ανατροπή της συμφωνίας, εξ οιασδήποτε λόγου και η αναζήτηση των καταβληθέντων σε συμμόρφωση αυτής. Τα ίδια αποτελέσματα επιφέρει και η λύση του γάμου μεταξύ των συζύγων εντός της τριετίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄ ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 15

Προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης

Στο τέλος του άρθρου 735 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας προστίθεται εδάφιο, το οποίο έχει ως εξής:

«Σε υποθέσεις ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να διατάσσεται ιδίως η απομάκρυνση του καθ' ου από την οικογενειακή κατοικία, η μετοίκισή του, η απαγόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του αιτούντος, κατοικίες στενών συγγενών του, τα εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας.»

Άρθρο 16

Παραγραφή

Αν οι πράξεις των άρθρων 6, 7 και 9 του παρόντος στρέφονται κατά ανήλικου, η έναρξη της προθεσμίας παραγραφής αναστέλλεται μέχρι την ενηλικίωσή του.

Άρθρο 17

Ποινική δίωξη

1. Η ποινική δίωξη για τα εγκλήματα των άρθρων 6, 7, 9 και 10 ασκείται αυτεπαγγέλτως.

2. Σε βάρος του υπαιτίου εφαρμόζεται η διαδικασία των άρθρων 417 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Άρθρο 18

Περιοριστικοί όροι

1. Σε περίπτωση διαπράξεως εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας είναι δυνατόν, αν υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες κρίνεται απαραίτητο για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας του θύματος, να επιβληθεί στον κατηγορούμενο από το αρμόδιο ποινικό δικαστήριο στο οποίο παραπέμπεται να δικασθεί ή από τον αρμόδιο ανακριτή ή από το δικαστικό συμβούλιο και για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται, ο περιοριστικός όρος της απομάκρυνσής του από την οικογενειακή κατοικία, η μετοίκισή του, η απαγόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του θύματος, κατοικίες στενών συγγενών του, τα εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας. Η ισχύς του παραπάνω περιοριστικού όρου παύει αυτοδικαίως μετά την έκδοση οριστικής απόφασης ή της διατάξεως του εισαγγελέα με την οποία αρχειοθετείται η υπόθεση λόγω ποινικής διαμεσολάβησης.

2. Ο περιοριστικός όρος που έχει επιβληθεί σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου είναι δυνατόν να ανακληθεί, αντικατασταθεί ή τροποποιηθεί από το αρμόδιο δικαστικό όργανο που τον επέβαλε, με αίτηση του κατηγορουμένου, στην οποία αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους επιβάλλεται η ανάκληση, αντικατάσταση ή τροποποίησή του. Για τη συζήτηση της αιτήσεως κλητεύεται υποχρεωτικά ο παθών, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

3. Το δικαστικό όργανο που είναι αρμόδιο κατά την παράγραφο 1 για την επιβολή, ανάκληση, αντικατάσταση ή τροποποίηση των περιοριστικών όρων, μπορεί να ζητήσει, συμβουλευτικά, τη γνώμη ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επιστημόνων με ειδικές γνώσεις σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, εφόσον τα πρόσωπα αυτά εργάζονται σε δημόσιο φορέα υγείας.

Άρθρο 19

Εξέταση μαρτύρων

1. Σε υποθέσεις ενδοοικογενειακής βίας, μέλη της οικογένειας εξετάζονται ως μάρτυρες χωρίς όρο.

2. Οι ανήλικοι κατά την εκδίκαση των υποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου δεν κλητεύονται ως μάρτυρες στο ακροατήριο, αλλά αναγιγνώσκεται η κατάθεσή τους, εφόσον υπάρχει, εκτός εάν η εξέτασή τους κρίνεται αναγκαία από το δικαστήριο.

Άρθρο 20

Υποχρέωση τήρησης εχεμύθειας

1. Σε περίπτωση διαπράξεως εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας, οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές που διενεργούν προανάκριση, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 243 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, απαγορεύεται να ανακοινώνουν με οποιονδήποτε τρόπο το ονοματεπώνυμο του θύματος και του κατηγορουμένου, τη διεύθυνση κατοικίας τους, καθώς και οποιαδήποτε άλλα στοιχεία είναι δυνατόν να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους.

2. Οι παραβάτες της διατάξεως αυτής τιμωρούνται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΑΡΩΓΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ

Άρθρο 21

Κοινωνική συμπαράσταση

1. Τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δικαιούνται ηθικής συμπαράστασης και της αναγκαίας υλικής συνδρομής από νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, που λειτουργούν ειδικά για τους σκοπούς αυτούς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και από κοινωνικές υπηρεσίες των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.

2. Οι αστυνομικές αρχές που επιλαμβάνονται, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, υποθέσεων ενδοοικογενειακής βίας υποχρεούνται, εφόσον το ζητήσει το θύμα, να ενημερώσουν αυτό και τους παραπάνω φορείς, ώστε να παρασχεθεί αμέσως η απαραίτητη, κατά περίπτωση, αρωγή.

Άρθρο 22

Ευεργέτημα πενίας

Στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία ζητούν τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων για προσωρινή ρύθμιση

της κατάστασης, εξαιτίας του συγκεκριμένου περιστατικού, παρέχεται το ευεργέτημα της πενίας με μόνη την απόδειξη του περιστατικού βίας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 194 επ. του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, αν αδυνατούν να καταβάλουν, έστω και προσωρινά, τις απαιτούμενες δικαστικές δαπάνες.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις των εκπαιδευτικών

1. Εκπαιδευτικός της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ο οποίος, κατά την εκτέλεση του εκπαιδευτικού του έργου, με οποιονδήποτε τρόπο πληροφορείται ή διαπιστώνει ότι έχει διαπραχθεί σε βάρος μαθητή έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας, ενημερώνει, χωρίς καθυστέρηση, τον διευθυντή της σχολικής μονάδας.

Ο διευθυντής της σχολικής μονάδας ανακοινώνει, αμέσως, την αξιόποινη πράξη στον αρμόδιο εισαγγελέα, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 37 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, ή στην πλησιέστερη αστυνομική αρχή.

Την ίδια υποχρέωση έχουν οι εκπαιδευτικοί και οι διευθυντές των ιδιωτικών σχολείων, καθώς και οι υπεύθυνοι των πάσης φύσεως Μονάδων Προσχολικής Αγωγής.

2. Κατά την προδικασία και τη διαδικασία στο ακροατήριο, ο διευθυντής της σχολικής μονάδας, ο οποίος ανακοίνωσε την αξιόποινη πράξη στις παραπάνω αρμόδιες αρχές, και ο εκπαιδευτικός, ο οποίος την πληροφορήθηκε ή τη διαπίστωσε, καλούνται να εξετασθούν ως μάρτυρες, μόνο αν η πληροφορία δεν αποδεικνύεται με οποιοδήποτε άλλο αποδεικτικό μέσο.

Άρθρο 24

Το άρθρο 342 του Ποινικού Κώδικα (κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια) αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 342.

Κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια

1. Ο ενήλικος ο οποίος ενεργεί ασέλγεις πράξεις με ανήλικο, τον οποίον του έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσσει, έστω και προσωρινά, τιμωρείται ως εξής:

- α) αν ο παθών δεν συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα έτη, με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών,
- β) αν ο παθών συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα, όχι όμως και τα δεκαοκτώ έτη, με κάθειρξη.

2. Συνιστά επιβαρυντική περίπτωση η τέλεση της πράξης της πρώτης παραγράφου:

- α) από οικείο, β) από πρόσωπο που συνοικεί με τον ανήλικο ή διατηρεί φιλικές σχέσεις με τους οικείους του, γ) από εκπαιδευτικό, παιδαγωγό, γυμναστή ή άλλο πρόσωπο που παραδίδει μαθήματα στον ανήλικο, δ) από πρόσωπο που δέχεται τις υπηρεσίες του ανηλίκου, ε) από κληρικό με τον οποίο ο ανήλικος διατηρεί

πνευματική σχέση, στ) από ψυχολόγο, ιατρό, νοσοκόμο ή από ειδικό επιστήμονα που παρέχει τις υπηρεσίες του στον ανήλικο.

3. Ο ενήλικος ο οποίος με χειρονομίες, με προτάσεις ή με εξιστόρηση, απεικόνιση ή παρουσίαση πράξεων που αφορούν τη γενετήσια ζωή προσβάλλει την αιδώ ανηλίκου, τον οποίον του έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσσει, έστω και προσωρινά, τι-

μωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν η πράξη τελείται κατά συνήθεια με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών. Η παράγραφος 2 εφαρμόζεται αναλόγως και στις περιπτώσεις αυτές.

4. Ο ενήλικος, ο οποίος μέσω διαδικτύου ή άλλου μέσου επικοινωνίας, αποκτά επαφή με πρόσωπο που δεν συμπλήρωσε τα δεκαέξι έτη και με προτάσεις ή με εξιστόρηση, απεικόνιση ή παρουσίαση πράξεων που αφορούν τη γενετήσια ζωή προσβάλλει την αιδώ του, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και αν

η πράξη τελείται κατά συνήθεια με φυλάκιση τουλάχιστον τριών ετών.

5. Η παραγραφή των πράξεων των προηγούμενων παραγράφων αναστέλλεται μέχρι την ενηλικίωση του ανηλίκου.»

Άρθρο 25

Οι προθεσμίες των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 3 και του άρθρου 4 ΣΤ' του ν. 3388/2005, που παρατάθηκαν με την αριθ. 99583 οικ./24.12.2005 (ΦΕΚ 1490 Β') κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομίας και Οικονομικών και Δημόσιας Τάξης, παρατείνονται αντίστοιχα έως ότου προαχθούν οι εξωτερικοί φρουροί στο βαθμό του Υπαρχιφύλακα και μέχρι την 12.9.2007.

Άρθρο 26

Η παράγραφος 4 του άρθρου 49 του ν. 2721/1999, όπως αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του ν. 3388/2005 και συμπληρώθηκε με το άρθρο 18 του ν. 3472/2006, αντικαθίσταται ως εξής:

«4. Για την πλήρωση των θέσεων που προβλέπονται στην παράγραφο 2 διορίζονται Έλληνες πολίτες, απόφοιτοι λυκείου ή άλλης ισότιμης σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής. Οι υποψήφιοι δεν πρέπει να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών, πρέπει να είναι αρτιμελείς, να έχουν ανάστημα (χωρίς υποδήματα) τουλάχιστον ενός μέτρου και εβδομήντα εκατοστών (1,70) και οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις. Για την επιλογή τους εφαρμόζονται τα ακόλουθα αντικειμενικά κριτήρια:

(α) Η εκπλήρωση της στρατιωτικής τους θητείας στις Ένοπλες Δυνάμεις με το βαθμό του εφέδρου αξιωματικού ή στις Ειδικές Δυνάμεις των Ενόπλων Δυνάμεων ή η προϋπηρεσία ως εθελοντών πενταετούς θητείας στις Ένοπλες Δυνάμεις.

(β) Ο βαθμός του απολυτηρίου τίτλου σπουδών.

(γ) Η μόνιμη κατοικία και η εγγραφή στα δημοτολόγια δήμων ή κοινοτήτων του νομού όπου εδρεύουν τα Καταστήματα Κράτησης, για δύο τουλάχιστον χρόνια έως την έκδοση της προκήρυξης. Υποψήφιοι οι οποίοι λαμβάνουν μόρια με βάση το κριτήριο αυτό υποχρεούνται να υπηρετήσουν στο νομό για τον οποίο έλαβαν τα μόρια τουλάχιστον επί δέκα χρόνια, εκτός αν, λόγω βαθμολογικής προαγωγής τους ή υπηρεσιακών αναγκών, καταστεί αναγκαία η μετάθεση ή η απόσπασή τους σε Κατάστημα άλλου νομού.

(δ) Η κατοχή άδειας ικανότητας οδηγού Γ' ή Δ' κατηγορίας.

(ε) Η κατοχή διπλώματος μεταδευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης του Ο.Ε.Ε.Κ. δωδεκάμηνης τουλάχιστον φοίτησης, με ειδικότητα «Στέλεχος Υπηρεσιών Ασφαλείας.»»

Άρθρο 27

Το τελευταίο εδάφιο της παραγράφου 6 του άρθρου 49 του ν. 2721/1999 (ΦΕΚ 112 Α'), όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 2 του άρθρου 1 του ν. 3388/2005 (ΦΕΚ 225 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

«Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Δικαιοσύνης καθορίζεται το ύψος της αποζημίωσης, που λαμβάνουν οι εκπαιδευόμενοι στις ανωτέρω Σχολές. Η αποζημίωση υπόκειται σε κράτηση υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτή προβλέπεται εκάστοτε για τις αποδοχές των δημοσίων υπαλλήλων. Η κράτηση αυτή περιέρχεται στο Δημόσιο. Οι δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των εκπαιδευομένων και μόνο καλύπτονται από τον Ο.Π.Α., ο οποίος επιχορηγείται προς τούτο κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του άρθρου 11 του ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α'). Το χρονικό διάστημα φοίτησης των ανωτέρω στη Σχολή αποτελεί χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας, εφόσον διορισθούν. Εάν με υπαιτιότητά τους διακοπεί η εκπαίδευση στη Σχολή ή δεν αποδεχθούν το διορισμό τους, οι εκπαιδευόμενοι υποχρεούνται να επιστρέψουν την αποζημίωση, καθώς και τις δαπάνες για την εκπαίδευσή τους, όπως καθορίζονται με την κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Δικαιοσύνης, η οποία προβλέπεται στην παράγραφο 8 του παρόντος.»

Άρθρο 28
Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει τρεις μήνες μετά τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 28
Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει τρεις μήνες μετά τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 23 Οκτωβρίου 2006

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Π. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Μ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΑΛΟΓΟΣΚΟΥΦΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

. ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ

Β. ΠΟΛΥΔΩΡΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 24 Οκτωβρίου 2006

ΟΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ

Ανακοίνωση της πτυχιακής εργασίας στο 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας
Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας



**8^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΔΗΜΙΕΣ»**

15 - 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2010
ΑΘΗΝΑ, DIVANI CARAVEL

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ &
ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ
ΤΗΣ Α.Ε. ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΥΡΙΟΥ ΚΑΡΟΛΟΥ ΠΑΠΟΥΛΙΑ



ΦΟΡΕΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ



Εθνική Σχολή
Δημόσιας Υγείας

ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Όλα είναι θέμα Παιδείας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ &
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



C&C International

www.CandCgroup.com

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Βάγια Τσούτση, Χαρίκλεια Τσιροπούλου, Μαρία Παπαδακάκη

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Κρήτης

Εισαγωγή: Τα προγράμματα ΒΣΣ εξυπηρετούν σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων ατόμων παρέχοντας υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Λόγω της φύσης των υπηρεσιών τους, τα προγράμματα ΒΣΣ μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη ανίχνευση και αντιμετώπιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το βαθμό ενημέρωσης και τις πρακτικές των επαγγελματιών που εργάζονται στα προγράμματα ΒΣΣ ως προς την αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων.

Πληθυσμός μελέτης: Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι οι επαγγελματίες που στελεχώνουν τα 28 προγράμματα ΒΣΣ του Νομού Ηρακλείου Κρήτης (26 νοσηλευτές και 25 κοινωνικοί λειτουργοί).

Υλικό & μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο μεταφράστηκε στην Ελληνική γλώσσα με βάση διεθνή πρότυπα και δοκιμάστηκε πιλοτικά. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από έξι μέρη που διερευνούσαν την εκπαίδευση και την επαφή των επαγγελματιών με κακοποιημένα άτομα, τις επαγγελματικές πρακτικές και τα εμπόδια, καθώς και τις διαθέσιμες υποστηρικτικές πηγές.

Αποτελέσματα: Μόλις 16% των επαγγελματιών διέθετε επιμόρφωση σε θέματα κακοποίησης. Περίπου 1/5 επαγγελματίες είχαν λίγη έως καθόλου εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να ανιχνεύσουν περιστατικά κακοποίησης και 1/2 επαγγελματίες είχαν λίγη έως καθόλου εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους για τις διαθέσιμες πηγές υποστήριξης. Τα σημαντικότερα εμπόδια που εντόπισαν ήταν η αντίσταση της οικογένειας στην παρέμβαση (98%) και η άρνηση του κακοποιημένου ατόμου να δεχθεί το πρόβλημα (94.2%). Οι πιο κοινές προτάσεις τους ήταν η ανάπτυξη μιας δομής για τις περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων (92.2%) και η ύπαρξη υποστηρικτικού υλικού στο χώρο εργασίας τους (84.3%).

Συμπεράσματα: Η επιμόρφωση των επαγγελματιών που εργάζονται στα ΒΣΣ, σε θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων, κρίνεται απαραίτητη.

17:00-18:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

14η Συνεδρία

Συντονιστές: Α. Μπαλασοπούλου, Π. Αλτάνης

ΕΑ126

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Βάγια Τσούτση, Χαρίκλεια Τσιροπούλου, Μαρία Παπαδακάκη

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Κρήτης