

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία
δημόσιου νοσοκομείου*



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Δρακάκη Ρενάνθη
Καστρινάκη Ειρήνη

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Παπαδακάκη Μαρία

Ηράκλειο 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | | |
|--|------|----|
| Περίληψη | σελ. | 4 |
| 1. Εισαγωγή | σελ. | 8 |
| 2. Συντροφική βία | | |
| 2.1 Ορισμός συντροφικής βίας..... | σελ. | 10 |
| 2.2 Μορφές και είδη της συντροφικής βίας..... | σελ. | 11 |
| 2.3 Παράγοντες κινδύνου της συντροφικής βίας..... | σελ. | 13 |
| 2.4 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας..... | σελ. | 16 |
| 2.4.1 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στην υγεία..... | σελ. | 17 |
| 2.4.1.1 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στη σωματική υγεία..... | σελ. | 17 |
| 2.4.1.2 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στη σεξουαλική υγεία..... | σελ. | 18 |
| 2.4.1.3 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στην ψυχολογική υγεία..... | σελ. | 19 |
| 2.4.2 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη..... | σελ. | 20 |
| 2.4.3 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στα παιδιά..... | σελ. | 21 |
| 3. Διαστάσεις του φαινομένου..... | σελ. | 22 |
| 4. Θεωρητικές προσεγγίσεις..... | σελ. | 24 |
| 4.1 Κοινωνιολογικές θεωρίες | σελ. | 25 |
| 4.2 Ψυχολογικές θεωρίες | σελ. | 26 |
| 4.3 Θεωρία κοινωνικής μάθησης..... | σελ. | 28 |
| 4.4 Φεμινιστική θεωρία..... | σελ. | 29 |
| 4.5 Οικολογικό μοντέλο..... | σελ. | 30 |
| 5. Νομικό πλαίσιο | | |
| 5.1 Νομικό πλαίσιο στην Ευρώπη | σελ. | 32 |
| 5.2 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα..... | σελ. | 34 |
| 6. Επίπεδα πρόληψης | | |
| 6.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη..... | σελ. | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 6.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη.....σελ. | 37 |
| 6.3 Τριτοβάθμια πρόληψησελ. | 37 |
| 7. Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίαςσελ. | 41 |
| 7.1 Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείουσελ. | 43 |
| Ερευνητικό μέρος | |
| 8. Περιγραφή της έρευνας.....σελ. | |
| 8.1 Σκοπός και Επιμέρους στόχοι.....σελ. | 46 |
| 8.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....σελ. | 46 |
| 8.3 Μεθοδολογία | |
| 8.3.1 Ερευνητική στρατηγική – Δειγματοληψίασελ. | 47 |
| 8.3.2 Διαδικασία συλλογής πληροφοριών.....σελ. | 51 |
| 8.3.3 Ηθικά ζητήματα.....σελ. | 51 |
| 8.3.4 Ερευνητικά Εργαλεία.....σελ. | 52 |
| 8.3.5 Διαδικασία ανάλυσης στοιχείων.....σελ. | 53 |
| 8.4 Αποτελέσματα.....σελ. | 54 |
| 8.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα.....σελ. | 65 |
| 8.6 Αδυναμίες μελέτης.....σελ. | 68 |
| 8.7 Προτάσεις.....σελ. | 69 |
| Βιβλιογραφία.....σελ. | 70 |
| Παράρτημα.....σελ. | 79 |
| Νόμος 3500/2006 περί ενδοοικογενειακής βίας | |
| Φορείς και υποστηρικτικές υπηρεσίες για την αρωγή γυναικών θυμάτων βίας | |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η συζυγική βία αφορά στην εκδήλωση επιθετικών και καταναγκαστικών συμπεριφορών μεταξύ των συζύγων. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής και οικονομικής βίας, την επιβολή κοινωνικής απομόνωσης αλλά και τον συνδυασμό όλων των παραπάνω.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση της αντιμετώπισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας από την Κοινωνική Υπηρεσία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η).

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα και έρευνα αρχείου στους φακέλους των εξυπηρετούμενων της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Η ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων στους κοινωνικούς λειτουργούς της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε δρομολόγιο συνέντευξης (interview schedule) που διερευνούσε το κοινωνιολογικό προφίλ των συμμετεχόντων, την αντιμετώπιση των περιπτώσεων, την συνεργασία της Κοινωνικής Υπηρεσίας με άλλες υπηρεσίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στη διαχείριση των περιπτώσεων συντροφικής βίας. Τα δεδομένα της ποιοτικής έρευνας αναλύθηκαν με διαδικασίες ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Η αρχειακή έρευνα πραγματοποιήθηκε στο μητρώο ασθενών και στο αρχείο των κοινωνικών ιστορικών που τηρούνταν στην Κοινωνική Υπηρεσία και στην Ψυχιατρική κλινική και συμπεριέλαβε τα έτη 2004-2009. Για την επεξεργασία των δεδομένων της αρχειακής έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της αρχειακής έρευνας προέκυψε ότι η μορφή της κακοποίησης που εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα αρχεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι ο συνδυασμός σωματικής και σεξουαλικής βίας (59.6%). Επιπλέον, οι γυναίκες βρέθηκαν να θυματοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους άνδρες (78.6% έναντι 21.4%) καθώς και τα άτομα που βρίσκονται στις παραγωγικές ηλικίες 18-47 ετών (73.8%) Όσον αφορά στα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας βρέθηκε να υπάρχει έλλειψη γνώσης και περιορισμένες δυνατότητες εκπαίδευσης των συμμετεχόντων σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, ελλιπής σύνδεση της Κοινωνικής

Υπηρεσίας με πηγές παραπομπής για τα κακοποιημένα άτομα στην κοινότητα, και ελλιπής και μη συστηματική καταγραφή των περιπτώσεων κακοποίησης.

Συμπέρασμα: Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, η διαμόρφωση πρωτοκόλλων διαχείρισης της κακοποίησης στην Κοινωνική Υπηρεσία των νοσοκομείων, η σύνδεση με υποστηρικτικές δομές στην κοινότητα και η καλύτερη οργάνωση και φύλαξη της πληροφορίας θα μπορούσαν να συμβάλουν στην πιο αποτελεσματική ανταπόκριση της Κοινωνικής Υπηρεσίας στις περιπτώσεις κακοποίησης.

Λέξεις κλειδιά:

Συντροφική βία, Κοινωνική Υπηρεσία, κοινωνικό ιστορικό, χειρισμός περίπτωσης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής μελέτης πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009 στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης των προπτυχιακών μας σπουδών στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης,

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Αισθανόμαστε έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, κα. Παπαδακάκη Μαρία, εργαστηριακή συνεργάτη του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, για το αμέριστο ενδιαφέρον, τις συμβουλές και την καθοδήγησή της που έδρασαν καταλυτικά για την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας. Την ευχαριστούμε, για τη γόνιμη συνεργασία που είχαμε όλο αυτό το διάστημα, καθώς και για την κατανόηση και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε.

Ευχαριστούμε επίσης το ειδικευμένο προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, για τη σημαντική βοήθεια που μας προσέφερε, για την εμπιστοσύνη τους και για την πολύτιμη συνεργασία τους χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Τέλος, κρίνουμε αναγκαίο, να ευχαριστήσουμε τόσο την οικογένειά μας όσο και τους φίλους μας, για την υπομονή, την ενθάρρυνση, την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Αντί προλόγου

«Η βία κατά των γυναικών είναι ίσως η πιο επαίσχυντη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δεν κάνει διαχωρισμό μεταξύ συνόρων, πολιτισμών ή πλούτου. Όσο συνεχίζεται, δεν μπορούμε να ισχυριζόμαστε ότι κάνουμε ουσιαστική πρόοδο προς την ισότητα, την ανάπτυξη και την ειρήνη».

Κόφι Άναν, Γενικός Γραμματέας του ΟΗΕ

1. Εισαγωγή

Συντροφική βία είναι μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον ένα σύντροφο προς τον άλλο, στο πλαίσιο μιας στενής ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής και οικονομικής βίας, την επιβολή κοινωνικής απομόνωσης αλλά και τον συνδυασμό όλων των παραπάνω (Greater London Authority, 2001).

Η συντροφική βία εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του κόσμου και ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική, θρησκευτική ή πολιτισμική κατάσταση ή προέλευση του ατόμου που τη βιώνει (FVPPF, 2002). Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι βίαιες εναντίον των ανδρών, και παρά το ότι η βία συμβαίνει μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου, η συντριπτική πλειοψηφία των θυμάτων είναι γυναίκες (Tjaden & Thoennes, 2000).

Η συντροφική βία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών, ιδιαίτερα στις πολύ αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα με 48 επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο προκύπτει ότι μεταξύ 10% και 69% των γυναικών έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από τον βίαιο σύντροφό τους τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους (WHO, 2002). Μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία βρήκαν ότι μεταξύ 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Gazmararian et al., 1996).

Το θέμα της βίας κατά των γυναικών μέσα στην οικογένεια, τέθηκε από το Γυναικείο Κίνημα στις αρχές της δεκαετίας του '70 στην Ευρώπη και Αμερική και μετά την μεταπολίτευση στην Ελλάδα, όταν οργανώθηκαν αυτόνομες γυναικείες ομάδες με φεμινιστικά αιτήματα. Το 1986 η Γενική Γραμματεία Ισότητας έθιξε για πρώτη φορά σε κυβερνητικό επίπεδο το θέμα αυτό και ζήτησε από ομάδα γυναικών επιστημόνων, μια μελέτη προσέγγισης του προβλήματος από γυναικεία σκοπιά και προτάσεις για κρατική παρέμβαση. Το 1988 η Γενική Γραμματεία Ισότητας δημιούργησε το Κέντρο Υποδοχής Κακοποιημένων Γυναικών στην Αθήνα και το 1993 σε συνεργασία με τον Δήμο Αθηναίων, δημιουργήθηκε Ξενώνας για τις κακοποιημένες γυναίκες και τα παιδιά τους.

Από τότε μέχρι σήμερα αρκετά από τα αιτήματα του γυναικείου κινήματος έχουν κατακτηθεί και σε άλλα έχει αλλάξει ο τρόπος διεκδίκησης τους. Όμως η «αθέατη βία» όπως ονομάζεται η βία μέσα στο σπίτι εξακολουθεί να αποτελεί μια σιωπηλή πτυχή της καθημερινής ζωής πολλών γυναικών.

Τα θύματα συντροφικής βίας πολύ συχνά απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας εξαιτίας των συνεπειών που έχει η βία στην υγεία τους. Οι γυναίκες που έχουν βιώσει συντροφική βία έχουν υψηλότερη συχνότητα χρόνιων ιατρικών καταστάσεων και κάνουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι γυναίκες θύματα συντροφικής βίας είναι 70% πιθανότερο να νοσήσουν από καρδιακές παθήσεις, 60% πιθανότερο να νοσήσουν από βρογχικό άσθμα, 70% πιθανότερο να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες που δεν υφίστανται συντροφική βία (Μπεκιάρη & Κατσαδώρος, 2008).

Παρά την υψηλή συχνότητα συντροφικής βίας και των αρνητικών συνεπειών που έχει στην υγεία, οι επαγγελματίες υγείας σπάνια διερευνούν το πρόβλημα στους ασθενείς τους. Μελέτες έχουν δείξει ποικίλους παράγοντες που παρεμποδίζουν αυτή την πρακτική, οι οποίοι σχετίζονται με τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας και το σύστημα υγείας (Tjaden & Thoennes, 2000).

2. Συντροφική βία

2.1 Ορισμός συντροφικής βίας

Η βία μέσα στη σχέση είναι μια κατάχρηση εξουσίας του ενός μέλους του ζευγαριού, συνήθως του άντρα, εις βάρος του άλλου μέλους του ζευγαριού, συνήθως της γυναίκας. Συμβαίνει όταν ο σύζυγος ή ο σύντροφος προσπαθεί να επιβληθεί στη σύζυγο ή σύντροφό του με τη χρήση βίας.

Στην έννοια της συντροφικής σχέσης περιλαμβάνονται οι σύζυγοι κατά τη διάρκεια του γάμου και μετά τη λύση του. Ακόμη, άνδρες και γυναίκες που συμβιώνουν κάτω από την ίδια στέγη ή διατηρούν σταθερή συντροφική σχέση για ορισμένο χρονικό διάστημα το οποίο προσδιορίζει ειδικά ο νόμος της κάθε χώρας (συνήθως άνω των έξι μηνών) και μετά τη λύση της συμβίωσης ή της σχέσης.

Κατά καιρούς, έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί για την ερμηνεία της συντροφικής βίας. Ο ορισμός που χρησιμοποιείται πλέον ευρέως είναι ο εξής: «Ο οικονομικός έλεγχος και η σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση της γυναίκας από τον τωρινό ή προηγούμενο σύζυγο- σύντροφο (Κοντοθανάση, 2006).

Τα Ηνωμένα Έθνη έχουν δώσει τον εξής ορισμό της κακοποίησης των γυναικών, τον οποίο έχει υιοθετήσει και η Διεθνής Αμνηστία: «Οποιαδήποτε πράξη βίας που βασίζεται στη διαφορετικότητα του φύλου και που καταλήγει ή είναι πιθανό να καταλήξει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχική διαταραχή ή που κάνει τη γυναίκα να υποφέρει. Συμπεριλαμβάνονται απειλές για τέτοιες πράξεις, εξαναγκασμός ή εκβιαστική αποστέρηση της ελευθερίας, που αφορά είτε τη δημόσια είτε την ιδιωτική ζωή της γυναίκας» (U.N.C., 2000; Διεθνής Αμνηστία, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την συντροφική βία ως οποιαδήποτε συμπεριφορά στα πλαίσια μιας στενής σχέσης, η οποία προκαλεί σωματική, ψυχολογική, ή σεξουαλική βλάβη σε αυτούς που διατηρούν την σχέση (Krug et al., 2002).

Συντροφική βία είναι ουσιαστικά μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον έναν, συνήθως τον άνδρα, στον άλλο, συνήθως την γυναίκα, μέσα σε ένα πλαίσιο στενής ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, σεξουαλικής,

συναισθηματικής και οικονομικής βίας, την επιβολή κοινωνικής απομόνωσης αλλά και τον συνδυασμό όλων των παραπάνω (Greater London Authority, 2001).

Μέσα στη βίαη σχέση συχνά εναλλάσσονται περίοδοι έντασης και γαλήνης. Οι περίοδοι γαλήνης παραπλανούν τη γυναίκα γιατί της δίνουν ελπίδα και την κάνουν να πιστεύει ότι η βία δε θα επαναληφθεί. Τα στάδια του «κύκλου της βίας» μέσα στη σχέση περιλαμβάνουν τις εξής καταστάσεις (Κολίρη και συν, 2007): α) Εμφανίζονται για πρώτη φορά οι βίαιες επιθέσεις, β) Η γυναίκα αισθάνεται φόβο κι απόγνωση, γ) Ο σύντροφος βρίσκει δικαιολογίες για τις πράξεις του, δ) Η γυναίκα αισθάνεται ένοχη, κατηγορεί τον εαυτό της για ό,τι συνέβη, ε) Ο σύζυγος ζητά συγγνώμη και λέει ότι δε θα ξανασυμβεί, στ) Η γυναίκα τον συγχωρεί κι ελπίζει ότι το επεισόδιο δε θα επαναληφθεί, ζ) Οι εντάσεις ξαναρχίζουν κι οδηγούν σε νέο βίαιο επεισόδιο.

2.2 Μορφές συντροφικής βίας

Ένας άνθρωπος μπορεί να κακοποιηθεί με πολλούς τρόπους. Η σωματική βία είναι ίσως η πιο εμφανής μορφή κακοποίησης, δεν είναι όμως η μοναδική. Μια γυναίκα χωρίς εμφανείς τραυματισμούς μπορεί να έχει υποστεί σοβαρή κακοποίηση και να χρειάζεται βοήθεια. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες από τις πιο συχνές μορφές κακοποίησης.

Σωματική

Σημάδια άσκησης σωματικής βίας είναι τα χτυπήματα και οι τραυματισμοί με όποιο τρόπο ή μέσο κι αν γίνονται. Άλλες εκδηλώσεις σωματικής βίας είναι:

- η επίθεση ή ο τραυματισμός με όπλο, μαχαίρι ή άλλο μέσο
- η στέρηση βασικών αγαθών όπως είναι η τροφή, το νερό, ο ύπνος, η στέγη
- η εγκατάλειψη σε επικίνδυνο μέρος
- η άρνηση ιατρικής φροντίδας σε περίπτωση τραυματισμού ή αρρώστιας, κ.α.

Σεξουαλική

Όταν ένας άνθρωπος αναγκάζεται να κάνει σεξ παρά τη θέλησή του ή όταν αναγκάζεται να κάνει κάτι που δεν επιθυμεί ή του προκαλεί πόνο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, υφίσταται σεξουαλική κακοποίηση. Η σεξουαλική παρενόχληση, η ασέλγεια, ο

βιασμός είναι μορφές σεξουαλικής κακοποίησης. Η σεξουαλική κακοποίηση ίσως είναι η μορφή κακοποίησης που η γυναίκα συζητά δυσκολότερα. Σεξουαλική βία ασκείται όταν:

- η γυναίκα εξαναγκάζεται να κάνει σεξ παρά τη θέλησή της
- η γυναίκα κοιμάται ή δεν έχει τις αισθήσεις της κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης
- ασκείται σωματική βία στη γυναίκα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης
- η γυναίκα εξαναγκάζεται να κάνει σεξ χωρίς προφυλάξεις, κ.α.

Ψυχολογική και συναισθηματική

Η ψυχολογική κακοποίηση της γυναίκας από τον άντρα-σύντροφο, εραστή, είναι τόσο αδιόρατη και τόσο δύσκολο να αποδειχθεί με σημάδια ή τραύματα έτσι ώστε να την αντιληφθεί στην αρχή ακόμα και το ίδιο το θύμα (κατά κανόνα π.χ. οι σκηνές ζηλοτυπίας εκ μέρους του θύτη μεταφράζονται ως υπερβολική αγάπη ή έρωτας, ή η επιθυμία του θύτη η σύζυγος του να μην εργάζεται με το πρόσημα της ανατροφής των παιδιών, μεταφράζεται ως υπερβολική συναίσθηση της ευθύνης) αλλά και να την διαπιστώσει κανείς όπως π.χ. ο κοινωνικός περίγυρος (π.χ. απομάκρυνση του θύματος μετά το γάμο από τα κοντινά του πρόσωπα ή από τις προηγούμενες κοινωνικές συναστροφές, μεταφράζεται ως τυπική συμπεριφορά και επιλογή του θύματος.) (Σταματοπούλου, 2000)

Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς τρόπους, π.χ. με συνεχείς προσβολές και απειλές που καλλιεργούν ένα κλίμα φόβου. Η γυναίκα χάνει την αυτοεκτίμησή της και κατ' επέκταση τη δυνατότητα να πάρει τη ζωή της στα χέρια της. Όπου ασκείται σωματική βία κατά κανόνα ασκείται και ψυχολογική βία. Η ψυχολογική βία μπορεί να πάρει τις εξής μορφές:

- Απειλές για τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα
- Υπερβολική ζήλεια και κτητικότητα
- Εξύβριση, εξευτελισμός, υποτίμηση
- Συνεχής κριτική και προσβλητική συμπεριφορά
- Συνεχείς κατηγορίες και απόδοση ευθυνών για οτιδήποτε
- Αδιαφορία για τις ανάγκες της ή εξευτελισμός των αναγκών της
- Ψέματα, αθέτηση υποσχέσεων, καταπάτηση εμπιστοσύνης κ.α.

Οικονομική

Μια γυναίκα που δεν της επιτρέπεται να εργαστεί ή να έχει έναν προσωπικό λογαριασμό στην τράπεζα, υφίσταται οικονομική βία. Όταν ένας άνθρωπος δεν έχει δικούς του πόρους, είναι απολύτως εξαρτημένος από τους άλλους ακόμα και για την ικανοποίηση βασικών του αναγκών όπως το φαγητό ή το ντύσιμο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αυτονομηθεί.

Κοινωνική

Αυτή η μορφή κακοποίησης αφορά την πλήρη απομόνωση της γυναίκας στο σπίτι και τον περιορισμό των συναναστροφών της και γενικότερα της ελευθερίας κινήσεων.

Μια γυναίκα που δεν μπορεί να βγει και να κυκλοφορήσει ελεύθερα έξω από το σπίτι, να έχει επαφές με τους συγγενείς ή τους φίλους της, να σπουδάσει ή να εργαστεί υφίσταται κοινωνική βία. (Flitcraft, Hadley, et al, 1992)

Η ψυχολογική ή η οικονομική βία δεν καταλήγουν πάντα και σε σωματική, που αποτελεί την πιο φανερή και πιο επικίνδυνη μορφή βίας, τόσο για τη σωματική ακεραιότητα όσο και για την ίδια τη ζωή των γυναικών που πέφτουν θύματά της. Έχει ωστόσο βρεθεί ότι η σωματική κακοποίηση συνοδεύεται σε πολλές περιπτώσεις από ψυχολογική. Η ψυχολογική βία σε πολλές περιπτώσεις δημιουργεί το έδαφος για την εκδήλωση σωματικής ή σεξουαλικής βίας, ενώ στην πλειονότητα των περιπτώσεων συνυπάρχει με την σωματική κακοποίηση, ενώ μέσα στο υπόβαθρο της ψυχολογικής βίας εμπεριέχονται και οι μορφές της συναισθηματικής, της λεκτικής και της οικονομικής βίας (Στάμου, 2005).

2.3 Παράγοντες κινδύνου συντροφικής βίας

Παρόλο που η συντροφική βία υφίσταται στα περισσότερα μέρη του κόσμου, προκύπτει ότι σε ορισμένες κοινωνίες ήταν σχεδόν απύσχα πριν από την βιομηχανοποίηση (Counts et al., 1992; Levinson, 1989). Σε πολλές χώρες μάλιστα η συχνότητα της συντροφικής

βίας διαφέρει σημαντικά μεταξύ γειτονικών περιοχών και συχνά οι τοπικές αυτές διαφορές είναι μεγαλύτερες από τις διαφορές μεταξύ των χωρών (Krug et al., 2002). Με αφορμή τις έντονες αυτές τοπικές διαφορές στην εμφάνιση της συντροφικής βίας οι ερευνητές πρόσφατα άρχισαν να αναζητούν παράγοντες που μπορεί να επιδρούν στη συχνότητα εμφάνισής της. Άρχισαν δηλαδή να αναζητούν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες να εκδηλωθεί συντροφική βία. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας και κάτω από την προοδευτική συμφωνία μεταξύ των ερευνητών ως προς την πολυδιάστατη προέλευση της συντροφικής βίας, η αναζήτηση των παραγόντων εστιάστηκε στο άτομο, τη σχέση του με το/τη σύντροφό του, την κοινότητα και την κοινωνία γενικότερα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, **σε προσωπικό επίπεδο**, αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν συντροφική βία έχουν οι νέοι, τα άγαμα ζευγάρια που συμβιώνουν, οι μειονότητες, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα, και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και τα ζευγάρια με εισοδηματικές, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές διαφορές (Mittlees-Black & Byron, 1999). Έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι η προσωπική εμπειρία ή η μαρτυρία ενδο-οικογενειακής βίας σε άλλα μέλη της οικογένειας προέλευσης αυξάνει τις πιθανότητες άσκησης και υποδοχής συντροφικής βίας στην ενήλικη ζωή (Aldarondo & Sugarman, 1996). Εξίσου σημαντικός κίνδυνος έχει βρεθεί να συνδέεται με τη συμβίωση σε πρώιμη ηλικία, με μια ποικιλία διανοητικών νόσων, με την πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου, τη νεανική επιθετικότητα, την καταδίκη για άλλη εγκληματική συμπεριφορά, την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, τη μακροχρόνια ανεργία και τη μητρότητα σε νεαρή ηλικία (Moffit et al., 1996). Μεταξύ των άλλων και η εγκυμοσύνη μπορεί συχνά να αποτελέσει ένα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση συντροφικής βίας, ως αποτέλεσμα παραγόντων όπως το άγχος της πατρότητας, οι επιπλέον ευθύνες και η ζήλια για το μωρό (Gielen et al., 1994). Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνδρες είναι βίαιοι όταν βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών (Murphy et al., 1993; Straus et al., 1980) και ότι η βία μπορεί να προκληθεί από στρεσογόνους παράγοντες όπως η ματαίωση λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού (ανεργία, ρατσισμό, φτώχεια, εκπαιδευτικό επίπεδο, ανεκπλήρωτες φιλοδοξίες)(Gelles, 1983). Έρευνες έχουν επίσης υπογραμμίσει τη σχέση της συντροφικής βίας με ψυχιατρικά προβλήματα όπως η

αντικοινωνική προσωπικότητα, η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός, καθώς και με ενδοψυχικές και διαπροσωπικές δυσκολίες όπως ο έλεγχος του παρορμητισμού, η ανασφάλεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η εκρηκτική προσωπικότητα και η ανεπάρκεια προσόντων (Arseneault et al., 2002; Simoneti, 2000).

Ενδείξεις παράλληλα υπάρχουν και για την ύπαρξη αυξημένων πιθανοτήτων συντροφικής βίας σε άτομα που έχουν κάποια αναπηρία, χωρίς όμως να υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία που να ενισχύουν την άποψη ότι η ύπαρξη αναπηρίας αυξάνει τον κίνδυνο συντροφικής βίας (Tjaden & Thoennes, 2000).

Στο **επίπεδο της συντροφικής σχέσης**, έχει υποστηριχθεί ότι η συντροφική βία είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται ή ενισχύεται από το/τη σύντροφό. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία της αμοιβαιότητας της βίας, ακόμη και ελάχιστη βία από την πλευρά των γυναικών έχει βρεθεί να αυξάνει την πιθανότητα σοβαρών επιθέσεων από τους συντρόφους τους (Feld & Straus, 1989). Αλλά χαρακτηριστικά της σχέσης που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με τη συντροφική βία είναι η ασυμφωνία, η έλλειψη συζυγικής ικανοποίησης και η συζυγική διαμάχη (Aldarondo & Sugarman, 1996; Black et al. 1999). Από την άλλη, έχει βρεθεί ότι η έγγαμη σχέση έχει μια κοινωνικοποιητική επίδραση στους άντρες καθώς οι άντρες σε άθικτους γάμους είναι λιγότερο πιθανό να αναμειχθούν σε βία γενικότερα (Hastings & Hamberger, 1988).

Στο **επίπεδο της κοινότητας**, μελέτες από διάφορες περιοχές δείχνουν ότι οι γυναίκες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας δέχονται συντροφική βία σε μεγαλύτερο βαθμό (Straus et al, 1986). Επίσης έχει βρεθεί ότι οι κοινωνίες με τη μικρότερη συχνότητα συντροφικής βίας είναι αυτές που εφαρμόζουν κυρώσεις κατά αυτής καθώς και αυτές που παρέχουν στις κακοποιημένες γυναίκες πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (π.χ. καταφύγια, οικογενειακή στήριξη) (Counts et al., 1992).

Τέλος, **σε κοινωνικό επίπεδο** έχει βρεθεί ότι η συντροφική βία συμβαίνει πιο συχνά σε κοινωνίες όπου οι άνδρες διατηρούν την οικονομική δύναμη και την εξουσία στη λήψη των αποφάσεων του νοικοκυριού, σε κοινωνίες όπου οι γυναίκες δεν έχουν εύκολη

πρόσβαση στο διαζύγιο, και εκεί όπου οι ενήλικες καθημερινά χρησιμοποιούν τη βία για να λύσουν τις διαφορές τους.(Levinson, 1989). Έχει παράλληλα βρεθεί ότι οι δομικές ανισότητες ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, οι αυστηρά καθορισμένοι ρόλοι των δύο φύλων, και οι αντιλήψεις που συνδέουν το ανδρικό φύλο με την κυριαρχία, την τιμή και την επιθετικότητα, υπηρετούν στην αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης συντροφικής βίας (Heise, 1998).

2.4 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας

Στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες σχεδόν 20% των χαμένων ετών υγιούς ζωής αποδίδεται στη συντροφική βία ενώ παγκοσμίως η απειλή της συντροφικής βίας στην υγεία των γυναικών μπορεί να συγκριθεί με τη φυματίωση, τον ιό HIV, τις καρδιαγγειακές νόσους, τον καρκίνο και μπορεί να θεωρηθεί τρεις φορές μεγαλύτερη από την επίδραση του πολέμου (Heise et al, 1994). Επιπλέον, τεράστιες είναι οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της συντροφικής βίας στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας, στο δικαστικό σύστημα και στο σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών. Σημαντικές είναι και οι απώλειες για τους εργοδότες όπως προκύπτουν από τις απουσίες και τη μειωμένη παραγωγικότητα των θυμάτων καθώς και οι απώλειες από τους χαμένους μισθούς των τροφίμων σε ιδρύματα (Kerr & McLean,1996; Klein,2004). Πέρα όμως από τις δαπάνες στο ιατρικό και κοινωνικό σύστημα και στο σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών, η συντροφική βία περιλαμβάνει σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες βλάβες στην υγεία του ατόμου και σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των παιδιών, ενώ μπορεί να έχει και θανάσιμες επιπτώσεις καταλήγοντας σε αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία (Abbott et al,1995; Cambell,2002; Miller et al, 1996). Μεταξύ των άλλων, η συντροφική βία έχει συνδεθεί και με σοβαρές συνέπειες στην κοινωνική ζωή των θυμάτων όπως η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, οι τεντωμένες σχέσεις με τους φροντιστές υγείας και τους εργοδότες και η απομόνωση από κοινωνικά δίκτυα (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Plichta 2004).

2.4.1 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στην υγεία

Η συντροφική βία θεωρείται ένα θέμα παγκόσμιας υγείας απειλώντας σοβαρά την υγεία των γυναικών, των παιδιών και των αγέννητων μωρών. Προσβάλλει την φυσική και συναισθηματική τους ακεραιότητα τόσο μεσοπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα και κατατάσσεται υψηλά στην λίστα των αιτιών των τραυματισμών και θανάτων των γυναικών.

2.4.1.1 Επιπτώσεις της βίας στην σωματική υγεία

Οι πιο άμεσες συνέπειες στη σωματική υγεία είναι οι τραυματισμοί όπως ο οξύς και χρόνιος πόνος, κοψίματα, καψίματα, μελανώματα, σπασμένα δόντια, σπασμένα κόκαλα, μυικοί και σκελετικοί τραυματισμοί, διασεισεις, διαστρέμματα, βλάβες στα μάτια και τα αυτιά (Grisso et al, 1991; Mullerman et al, 1996; Varnaro & Lasko, 1993). Παράλληλα με τις άμεσες σωματικές κακώσεις, υπάρχουν και χρόνιες συνέπειες στο νευρολογικό, το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό, το μυικό, το ουροποιητικό και το αναπαραγωγικό σύστημα όπως κολπικές εκκενώσεις, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, στομαχικά έλκη, σπαστική κολίτιδα, που φαίνεται να συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με το χρόνια άγχος που δημιουργείται στα θύματα ως αποτέλεσμα της βίας (Cascardi et al, 1992; Coker et al, 2000; McCauley et al, 1996; Plichta & Falik, 2004).

Μακροχρόνια, οι επιπτώσεις από τις σωματικές βλάβες μπορεί να είναι επιληπτικές κρίσεις ή μόνιμη βλάβη στην όραση και την ακοή, έντονοι πονοκέφαλοι, ναυτία και χαμηλή όραση, καθώς επίσης πόνοι στη λεκάνη και προβλήματα με την έμμηνο ρύση. Τα σωματικά «συμπτώματα» περιλαμβάνουν δυσκολίες στον ύπνο (όπως κούραση, αϋπνίες, εφιάλτες), πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος, προβλήματα με τη μέση, στομαχικά και γαστρεντερικά προβλήματα, αναπνευστικά προβλήματα (όπως άσθμα, αίσθηση πνιγμού) και γυναικολογικά προβλήματα (όπως πόνο στη λεκάνη, αποβολές και προβλήματα στην έμμηνο ρύση) (Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Ιωαννίνων, 2006).

2.4.1.2 Επιπτώσεις της συντροφικής βίας στην σεξουαλική υγεία

Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις που έχει η συντροφική βία στη σεξουαλική υγεία του θύματος με συμπτώματα όπως ο ακαθόριστος πόνος στη λεκάνη, στα γεννητικά όργανα και στο στήθος, τα σοβαρά εμμηνορροϊκά προβλήματα, οι μολύνσεις στο ουροποιητικό σύστημα, ο κολπικός ή κωλικός πόνος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως HIV/AIDS και οι υστερεκτομές (Coker et al, 2000; McFarlane et al, 1996; Plichta & Falik, 2001).

Οι γυναίκες που έχουν βιαστεί από το σύζυγό τους, πολύ συχνά, παρουσιάζουν τραύματα στα γεννητικά όργανα (κόλπος, πρωκτός), τα θύματα συζυγικού βιασμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ανεπιθύμητο πρωκτικό – αλλά και στοματικό – έρωτα], μελανιές, σχισμένους μυς και κοψίματα (Walker, 1997).. Όσες γυναίκες, εκτός από σεξουαλική, υφίστανται και σωματική κακοποίηση, μπορεί να παρουσιάζουν και «μαυρισμένα» μάτια, πληγές από μαχαίρι, «ανοιγμένες» μύτες, σπασμένα κόκαλα και απώλεια της όρασης ή της ακοής (Bergen, 1996).

Εκτός αυτών, τα τραύματα μπορεί να είναι και γυναικολογικά: σχίσιμο του κόλπου, εγκυμοσύνη, πρόωρες γέννες ή αποβολές, μολύνσεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιμορροΐδες, ακράτεια ούρων και στειρώση (Russell, 1990).

Ανάμεσα στις αρνητικές συνέπειες της συντροφικής βίας εντάσσεται και η ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών υγείας εκ μέρους των θυμάτων, οι οποίες μπορούν να θέσουν περαιτέρω κινδύνους για την υγεία τους. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές που έχουν επανειλημμένα συνδεθεί με τη συντροφική βία είναι η ανάμειξη σε διακινδυνευμένες σεξουαλικές συμπεριφορές (σεξ χωρίς προφυλάξεις, μειωμένη χρήση προφυλακτικού, πρόωμη έναρξη σεξουαλικών επαφών, επιλογή μη υγιών και πολλαπλών σεξουαλικών συντρόφων), η χρήση ή κατάχρηση βλαβερών ουσιών (τσιγάρο, αλκοόλ, ναρκωτικά), η οδήγηση έπειτα από κατανάλωση αλκοόλ, οι ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές (δίαιτα, εμετούς, κατάχρηση διαιτητικών χαπιών) και η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας (Roberts, 1984).

2.4.1.3 Επιπτώσεις της βίας στην ψυχολογική υγεία

Εξίσου σημαντικές μπορεί να είναι οι συνέπειες της συντροφικής βίας στη διανοητική και ψυχική υγεία του θύματος. Αυτές περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες (PTSD), το άγχος, τα προβλήματα στον ύπνο και τη σίτιση, η αυτοκτονική συμπεριφορά, η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ανικανότητα επίδειξης εμπιστοσύνης στο αντίθετο φύλο και ο φόβος των συντροφικών σχέσεων (Coker et al, 2000; Campbell & Lewandowski,1997; Hathaway et al, 2000; O'Leary,1999;Oriel & Fleming,1998;Silverman et al, 2001).

Ειδικότερα, οι βραχυπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα είναι: άγχος, σοκ, θυμός, φόβος, μετατραυματικό στρες, άρνηση του συμβάντος, κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός, ενοχή, αίσθημα εξευτελισμού, έλλειψη κινήτρων και αδυναμίας εύρεσης εναλλακτικών λύσεων, αίσθημα του «μαθημένου αβοήθητου» (η γυναίκα αδυνατεί να αντιδράσει και δέχεται παθητικά ό,τι της συμβαίνει) και ψυχοσωματικά συμπτώματα (ναυτίες, εμετοί, πονοκέφαλοι, εξάντληση) (Bergen, 1996).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι συνήθως: διαταραχές του ύπνου, διαταραχές της πρόσληψης τροφής (ιδίως ανορεξία), διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, προβλήματα στη δημιουργία σχέσεων, αρνητική αυτοεικόνα και τραυματισμένη αίσθηση εαυτού, σεξουαλικά προβλήματα (σεξουαλική δυσλειτουργία, έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ, μειωμένη διέγερση κατά τη διάρκειά του), flash - backs, φόβος ότι ο βιασμός θα επαναληφθεί και στο μέλλον, αδυναμία να εμπιστευτεί τους άλλους, μοναξιά.

Είναι σύνηθες το φαινόμενο, τα θύματα να κατηγορούν τον εαυτό τους, επειδή οι σύζυγοί τους χρησιμοποίησαν βία προκειμένου να τις εξαναγκάσουν να εμπλακούν στη σεξουαλική πράξη (Bergen, 1996). Πολλές από αυτές πιστεύουν ότι ο βιασμός συμβαίνει επειδή δεν ανταποκρίνονται σεξουαλικά ή επειδή δεν καταφέρνουν να ελκύουν τους άνδρες. Άλλες, πάλι, έχουν την πεποίθηση ότι ο βιασμός πραγματοποιείται λόγω της άρνησής τους να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα, ή λόγω έλλειψης φροντίδας προς το σύντροφό τους. Έτσι, αναρωτιούνται αν η δική τους

ανεπάρκεια είναι η ρίζα του προβλήματος και εθελουφλούν μπροστά στην αλήθεια (Davidson & Moore, 1992). Ο συζυγικός βιασμός αποτελεί πηγή μεγάλου άγχους για τη γυναίκα. Οι Weis και Borges (1973) αναφέρουν ότι πρόκειται για μία εμπειρία περισσότερο αγχογόνα και από τη σωματική κακοποίηση, επειδή η γυναίκα συχνά πιστεύει ότι έχει τη δυνατότητα να αρνηθεί το σεξ, ή επειδή ο άνδρας της μπορεί να το αποκτήσει ανά πάσα στιγμή. Έτσι, υποβάλλεται σε ένα καθεστώς διαρκούς τρόμου μίας νέας επίθεσης, είτε είναι ξύπνια, είτε κοιμάται. Επιπλέον, η καθημερινή επαφή με το θύτη είναι από μόνη της μία στρεσογόνα κατάσταση (Shields & Hanneke, 1985).

Ένα επίσης χαρακτηριστικό συναίσθημα μιας γυναίκας που έχει βιαστεί από τον άνδρα της είναι αυτό της προδοσίας. Αισθάνεται ότι έχει εξαπατηθεί όχι μόνο από εκείνον, αλλά και από τον ίδιο της τον εαυτό, γεγονός που την κάνει να αμφισβητεί την κρίση της, καθώς αυτός που θεώρησε άξιο εμπιστοσύνης, την κακοποίησε (Lees, 2000).

2.4.2 Επιπτώσεις της βίας στην εγκυμοσύνη

Όταν η συντροφική βία υφίσταται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις όπως αποκόλληση του πλακούντα, αιμορραγία, ρήξη της μήτρας, πρόωρο τοκετό, αποβολές, μειωμένο βάρος γέννησης του νεογνού και γέννηση νεκρού εμβρύου.

Μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία βρήκαν ότι μεταξύ του 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Gazmararian et al., 1996). Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 1 στις 5 εγκυμονούσες ανήλικες γυναίκες είναι θύματα σωματικής κακοποίησης. Οι παραπάνω έρευνες επίσης αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθεί μια γυναίκα θύμα κακοποίησης κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης της από το να προσβληθεί από ασθένειες όπως ο διαβήτης της εγκυμοσύνης που εντοπίζονται συχνά στις γυναικολογικές κλινικές.

2.4.3 Επιπτώσεις της βίας στα παιδιά

Η παρακολούθηση συζυγικής βίας από τα παιδιά καθώς και η μακροχρόνια επίδρασή της σε αυτά τα παιδιά δεν είχε μέχρι τώρα ιδιαίτερη προσοχή. Απλά η θέα της βίας σπάνια εκτιμάται σαν εμπειρία κακοποίησης. Έρευνες που έγιναν για το αποτέλεσμα της θέασης συζυγικής βίας από τα παιδιά (Hurley & Jaffe, 1990; Πετρούλια, 2008) αποκάλυψαν ότι πολλά από τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν ένα μεγάλο εύρος δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών που περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, παληκαρισμούς, κρίσεις θυμού και αδυναμία συγκέντρωσης. Μερικά παιδιά κυμαίνονται μεταξύ ακραίας παθητικότητας και ξαφνικού ξεσπάσματος επιθετικότητας. Άλλα εκφράζουν αισθήματα σοβαρού άγχους, αδυναμίας και ενοχών για την ανικανότητά τους να προλάβουν το ξυλοκόπημα. Κάποια βρίσκονται σε διαρκή εγρήγορση και άλλα είναι διαρκώς κουρασμένα γιατί μένουν ξύπνια όλη τη νύχτα λόγω καυγάδων. Υπάρχουν ακόμα και εκτιμήσεις σύμφωνα με τις οποίες, 59% των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης συνοδεύονται από παράλληλη βία προς την μητέρα των παιδιών, αλλά ακόμα κι όταν τα παιδιά δεν είναι άμεσα θύματα, είναι πιθανό να υποφέρουν πολύ από την μαρτυρία βίας μεταξύ των γονιών τους (McKibben et al, 1989).

Τα μικρά παιδιά αποδέχονται τα γονικά μοντέλα χωρίς αμφιβολίες. Έτσι, στις βίαιες οικογένειες τα κορίτσια γίνονται υποχωρητικά και ντροπαλά και τα αγόρια επιθετικά και προκλητικά στα υπόλοιπα παιδιά. Τα παιδιά γρήγορα μαθαίνουν ότι η βία είναι ο κατάλληλος τρόπος για να λυθούν οι συγκρούσεις στις ανθρώπινες σχέσεις (Carol, 1994). Οι σκηνές κακοποίησης λόγω βίας στην οικογένεια, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρές διαταραχές στα παιδιά και καταστάσεις έντονου στρες και αγωνίας. Οι ψυχικοί τραυματισμοί που προκύπτουν στα παιδιά από τη βία στην οικογένεια, προκαλούν κινδύνους για όλη τη ζωή των παιδιών και που πιθανόν να επηρεάσουν το σώμα τους, τον ψυχικό τους κόσμο και τη συμπεριφορά τους προς τους άλλους και στην κοινωνία. Τα παιδιά που ήταν μάρτυρες κακοποίησης στο σπίτι ή και που τα ίδια ήταν θύματα βίας στην οικογένεια, πιθανόν να συμπεριφερθούν με ανάλογο τρόπο όταν ενηλικιωθούν ή ακόμη να έχουν τάσης αυτοκαταστροφής ή και να αναπτύξουν εγκληματική συμπεριφορά. Η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αλλά και η παρουσία των παιδιών σε σκηνές βίας μεταξύ των γονέων ενέχει τον κίνδυνο ανάπτυξης καταχρηστικής

συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή και κατάχρησης αλκοόλ. Επιπλέον, τα παιδιά που είναι μάρτυρες βίας μεταξύ των γονέων τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιθετική συμπεριφορά ή ψυχοπαθολογία, από ότι τα παιδιά που δεν έχουν ανάλογες εμπειρίες (Caetano et al., 2003).

3. Διαστάσεις του φαινομένου

Οι εκτιμήσεις της συχνότητας της συντροφικής βίας ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών και κοινωνικών προτύπων και των διαφορετικών ορισμών της συντροφικής βίας που υιοθετούνται κατά περίπτωση. Η σύζυγική βία αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή βίας κατά των γυναικών. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση 1/5 γυναίκες υπήρξε θύμα ξυλοδαρμού τουλάχιστον μια φορά στη ζωή της από τον άνδρα ή τον σύντροφό της και 1/2 γυναίκες που δολοφονούνται κάθε χρόνο είναι θύμα του τωρινού ή του πρώην συντρόφου της (Καριωτάκη, 2007).

Έρευνες των τελευταίων ετών έχουν καταδείξει τα παρακάτω (UNICEF, 2001):

- Στην Πορτογαλία το 52,8% των γυναικών είχε υπάρξει θύμα βίας με δράστη το σύζυγο/σύντροφό του, με κύρια μορφή βίας την ψυχολογική κακοποίηση.
- Στη Γαλλία (2001) 1.350.000 γυναίκες υπήρξαν θύματα ενδο-οικογενειακής βίας.
- Στη Ρωσία 13.000 γυναίκες δολοφονούνται ετησίως, με δράστη το σύζυγο ή σύντροφό τους.
- Στη Νορβηγία 10.000 γυναίκες αναζητούν την παροχή ιατρικής βοήθειας, εξαιτίας τραυματισμών που υπέστησαν από το σύζυγο/σύντροφό τους.
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 25% των γυναικών έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση από τον τωρινό ή τον πρώην σύζυγο/σύντροφό κάποια στιγμή της ζωής τους.

Πρόσφατη Ευρωπαϊκή έρευνα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταδεικνύει ότι η ενδο-οικογενειακή βία αποτελεί τη συχνότερη μορφή βίας κατά των γυναικών (European Women's Lobby, 1999). Τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας που δηλώθηκαν από τις χώρες που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα, είναι ενδεικτικά της ανησυχητικής διάστασης που έχει πάρει το φαινόμενο της βίας μέσα στην οικογένεια:

- Στην Ολλανδία (1989) το 13% των γυναικών που συμμετείχαν ως υποκείμενα στην έρευνα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν θύματα σεξουαλικής ή/και σωματικής κακοποίησης.
- Στο Βέλγιο (1998), ο πλέον συχνός και επικίνδυνος δράστης ήταν ο σύντροφος, αναφορικά με σοβαρές πράξεις βίας κατά των γυναικών (48,4%).
- Στη Φινλανδία (1998) το 22% των έγγαμων γυναικών, καθώς και αυτών που συζούσαν με το σύντρόφό τους, είχε δεχτεί βία ή απειλές από τον τελευταίο, ενώ το 9% είχαν υπάρξει θύματα κατά το τελευταίο χρόνο.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις που προέκυψαν από εθνικές μελέτες, μέσα σε χρονικό διάστημα μερικών ετών αυξήθηκε δραματικά ο αριθμός των γυναικών και ανδρών που ετησίως πέφτουν θύματα συντροφικής βίας στις ΗΠΑ. Ειδικότερα, κατά το 1992-1993 περισσότερες από ένα εκατομμύριο γυναίκες και σχεδόν 150.000 άνδρες έπεσαν θύματα συντροφικής βίας, ενώ μερικά χρόνια αργότερα οι γυναίκες ανέρχονταν σε 1.5 εκατομμύριο και οι άνδρες σε 800.000 (Tjaden & Thoennes, 2000). Από σχετική δημοσκόπηση του 1997 σε εθνικώς αντιπροσωπευτικό δείγμα βρέθηκε 22% των γυναικών και 8% των ανδρών να έχουν δεχτεί σωματική κακοποίηση από σύντροφο (Bureau of Justice Statistics, 1997).

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι τα περισσότερα περιστατικά συντροφικής βίας δεν δηλώνονται στην αστυνομία. Οι καταγραφές αφορούν περίπου 20% των βιασμών και σεξουαλικών επιθέσεων από σύντροφο, 25% των σωματικών επιθέσεων και 50% των καταδιώξεων που δέχονται γυναίκες από το σύντρόφό τους. Αντίστοιχα, τα περιστατικά συντροφικής βίας που δηλώνονται με θύματα άνδρες είναι πολύ λιγότερα. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν θεωρούνται ότι αντικατοπτρίζουν το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος, το οποίο ενδέχεται να είναι κατά πολύ μεγαλύτερο (Tjaden & Thoennes 2000).

Στην Ελλάδα, από έρευνα που διεξήχθη το 2003 από το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ), βρέθηκε ότι το 56% των ερωτώμενων γυναικών έχει βιώσει κάποια μορφή λεκτικής ή και ψυχολογικής βίας, το 3,6% έχει υποστεί σωματική βία και το 3,5% έχει εξαναγκασθεί σε σεξουαλική επαφή. Επιπλέον, από τις γυναίκες που είχαν υποστεί βία στις σχέσεις τους κατά το παρελθόν το 28% συνέχιζαν να δέχονται βία στις σχέσεις τους.

Σύμφωνα με σύγκριση επιδημιολογικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη, η Ελλάδα κατέχει την ενδέκατη θέση με ποσοστό περίπου 6% των γυναικών να ομολογούν πως έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίηση. Στις πρώτες θέσεις βρίσκονταν η Ιαπωνία (77%) και η Τουρκία (60%), ενώ στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρέθηκε ότι 1/5 γυναίκες υφίσταται βιαιότητες από τον σύζυγο ή τον σύντροφό της στη διάρκεια της ζωής τους (Στάμου, 2005).

Στη χώρα μας βέβαια υπάρχει σοβαρή έλλειψη σχετικών ερευνών, γεγονός που καταδεικνύει ότι το πρόβλημα δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Οι ελάχιστες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο μας παρέχουν ενδείξεις για το εξαιρετικά μεγάλο μέγεθος του προβλήματος και στις Ελληνικές οικογένειες (Τζαμαλούκα και συν, 2006).

Η δυσχέρεια συγκέντρωσης στοιχείων οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη επαρκών στοιχείων που παρέχουν οι διάφορες δομές, στις οποίες απευθύνονται οι κακοποιημένες γυναίκες κατά συνέπεια, είναι δύσκολο να αποτιμηθεί ο βαθμός, η φύση, η σοβαρότητα και οι συνέπειες του φαινομένου. Επιπρόσθετα, η βία κατά των γυναικών μέσα στην οικογένεια καταγγέλλεται σε πολύ μικρό βαθμό, καθώς πολιτισμικά θεωρείται αποδεκτή ειδικά σε μια κοινωνία, στην οποία κυριαρχούν ισχυρές παραδοσιακές αξίες αναφορικά με τη διαφοροποίηση των ρόλων των δύο φύλων και τον καταμερισμό της εξουσίας. Υπό αυτήν την έννοια, οι κοινωνικές αξίες και στάσεις υποστηρίζουν τον άνδρα ως αρχηγό της οικογένειας, του οποίου η απόλυτη εξουσία δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανένα. Παράλληλα, οι κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες έχουν αποφύγει να εμπλακούν συστηματικά σε ένα ζήτημα που το θεωρούν κατεξοχήν ιδιωτικό και έχουν ασχοληθεί κυρίως με τη διατήρηση του θεσμού της οικογένειας (Αρτινοπούλου, Φαρσεδάκης, 2003).

4. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις και ερμηνείες για το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής βίας. Οι κύριοι τύποι ερμηνείας της βίας με αρκετές όμως υποδιαιρέσεις στις επιμέρους προσεγγίσεις τους: οι κοινωνικές, ψυχολογικές

προσεγγίσεις, η φεμινιστική θεωρία, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και το οικολογικό μοντέλο.

4.1 Κοινωνιολογικές θεωρίες

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες έχουν ως πρωταρχικό σκοπό να αποκαλύψουν και να διερευνήσουν, τα αίτια που οδηγούν στην εκδήλωση της βίας. Οι θεωρίες αυτές αναζητούν, τα αίτια της βίας σε όρους του κοινωνικού περιβάλλοντος, του ατόμου που κακοποιεί. Οι παράγοντες που ερμηνεύουν την οικογενειακή βία μπορεί να είναι, συγκρούσεις ανεργία, απομόνωση και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Το κοινωνικό – καταστασιακό μοντέλο της οικογενειακής βίας υποστηρίζει ότι η βία οφείλεται σε 2 βασικούς παράγοντες: α) το δομικό stress, όπου υπάρχει άμεση σχέση, ανάμεσα στο χαμηλό εισόδημα και στην οικογενειακή βία β) Οι πολιτιστικοί κανόνες και τα πρότυπα. Υπάρχουν φράσεις, οι οποίες είναι κοινωνικά αποδεκτές για τη χρήση και την προώθηση της βίας (Τσιγγής, 1996)

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία οι περιορισμένες εκπαιδευτικές ευκαιρίες είναι άνισα κατανομημένα στην κοινωνία, αρκετές κοινωνικές ομάδες, δεν μπορούν να έχουν, τους κοινωνικούς και οικονομικούς πόρους, για να ανταποκριθούν στα κοινωνικά πρότυπα, στους φίλους τους και στους εαυτούς τους. Αυτές οι ελλείψεις σε συνδυασμό με τα πολιτιστικά πρότυπα, που προάγουν τη βία, οδηγούν πολλά μέλη της οικογένειας να υιοθετήσουν βίαιες συμπεριφορές προκειμένου να αντεπεξέλθουν στο δομικό άγχος.

Θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε τις μελέτες επιστημόνων κοινωνιολογικής προσέγγισης. Στη μελέτη της η Amir (1996), υποστήριζε ότι τα μέλη της οικογένειας καταφεύγουν στη βία για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Η εξαθλίωση και η κοινωνική απομόνωση αυτών των ατόμων, οδηγούν στην εκδήλωση βίας.

Ο Chapel και οι συνεργάτες του (1996) υποστήριξαν ότι: όταν ένας άνδρας απορρίπτεται από μια γυναίκα, στα πλαίσια μιας φιλελεύθερης ως προς τα ήθη κοινωνίας τότε βιώνει πολύ έντονα, συναισθήματα αποστέρησης και ενεργοποιεί μηχανισμούς αυτοϊκανοποίησης, θεωρώντας τον εαυτό του ως το μοναδικό υπεύθυνο για το αποτέλεσμα. Όταν όμως αυτή η απόρριψη προέρχεται από μια γυναίκα, στα πλαίσια μιας συντηρητικής ως προς τα ήθη κοινωνίας, τότε ο άντρας επιστρατεύει μηχανισμούς

δικαιολόγησης της απόρριψης τους οποίους και αντλεί από τον περιοριστικό τρόπο, με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τις συμπεριφορές, που αφορούν τα ήθη. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ενώ στην πρώτη περίπτωση το άτομο (ο άντρας) μπορεί να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά, στη δεύτερη περίπτωση, είναι αρκετά δύσκολα.

Μια τελευταία κοινωνιολογική προσέγγιση του Kanin αναφέρει ότι, η βία οφείλεται στην αποτυχία επικοινωνίας ανάμεσα σε άτομα διαφορετικών κοινωνικών τάξεων (Τσιγκρής, 1996).

4.2 Ψυχολογικές θεωρίες

Οι ψυχολογικές θεωρίες όπως και οι κοινωνιολογικές, έχουν ως πρωταρχικό τους σκοπό, την αποκάλυψη και τη διερεύνηση των αιτιών, που οδηγούν στην εκδήλωση βίας. Οι θεωρίες αυτές αναζητούν τα αίτια του βιασμού σε ατομικούς παράγοντες. Υποστηρίζουν ότι το άτομο που κακοποιεί είναι ψυχολογικά απροσάρμοστο, υποφέρει από συναισθηματικές διαταραχές και η συμπεριφορά του είναι μια έκφραση ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας (Malcolm, 2002).

Υπάρχει, ωστόσο, μια μεγάλη ποικιλία απόψεων, σχετικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, της προσωπικότητας του ατόμου που διαπράττει βία. Πιο συγκεκριμένα το άτομο που κακοποιεί α) πάσχει από απωθημένο σύμπλεγμα ανεπάρκειας, β) πάσχει από ενδοψυχικές συγκρούσεις, εσωτερική δυσαρμονία και κοινωνική απομόνωση γ) έχει λανθάνουσες ομοφυλοφιλικές τάσεις που συγκαλύπτει αναπτύσσοντας βίαια συμπεριφορά δ) το άτομο που κακοποιεί κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας υπήρξε και το ίδιο θύμα ε) βίωσε ταυτόχρονα μια αντιφατική σκληρή και ερωτική μητρική συμπεριφορά.

Το φαινόμενο της βίας, μπορεί να συνδεθεί με τα συναισθήματα μίσους των ανδρών απέναντι στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα υποστηρίζεται ότι, η κατηγορία που μισούν τις γυναίκες είναι μια ομάδα υψηλής επικινδυνότητας, για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Οι άνδρες αυτής της κατηγορίας, αντιμετωπίζουν τις γυναίκες σαν αντικείμενα μειώνοντας τις σε αφάνταστο βαθμό. Από την άλλη μεριά διατυπώθηκε ότι το άτομο που κακοποιεί μπορεί να έχει απωθημένα συναισθήματα εχθρότητας προς τη μητέρα του (Τσιγγής, 1996).

Πολλές θεωρίες ψυχολογικής κατεύθυνσης, εξηγούν το φαινόμενο της βίας ως μια συμπεριφορά που εκφράζει μια απάντηση σε μια κατάσταση αποστέρησης, και συναισθημάτων ανικανοποίητων, όσο αφορά τη ζωτική ανάγκη του ατόμου.

Από την άλλη μεριά έχει υποστηριχθεί ότι η βία είναι το αποτέλεσμα της επιθυμίας του ατόμου να επενεργήσει στο περιβάλλον του. Η επιθυμία αυτή δημιουργεί έντονο άγχος, αποστέρησης και απόρριψης. Τα συναισθήματα αυτά, έχουν καθοριστική σημασία για τον ψυχισμό του ατόμου και πολλές φορές βρίσκουν έκφραση στην επιθετικότητα και τη βία.

Μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι η βία προέρχεται από την επιθυμία αναγνώρισης του εαυτού. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η βία είναι το αποτέλεσμα μιας ψυχικής αποσύνθεσης του ατόμου που προέρχεται από την απόρριψη του από τα κοινωνικά μέλη. Το άτομο δεν μπορεί να ζήσει χωρίς αναγνώριση και η απόρριψη του προκαλεί αγωνία η οποία ελκύει τη βία. (Τσιγκρής, 1993).

Ακόμη έχει υποστηριχθεί ότι η βία, αποτελεί απάντηση στην επείγουσα αναγκαιότητα της έκφρασης. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η βία είναι μια διέξοδος, έκφρασης του ατόμου, στην απώθηση της επιθετικότητας που προέρχεται από τις διάφορες αποστερήσεις που βιώνει καθημερινά. Άλλα άτομα αντιδρούν στις αποστερήσεις άμεσα και επιθετικά και άλλα απωθούν αυτή την αποστέρηση και αναστέλλουν την επιθετικότητα. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας εκδηλώνουν σπάνια βίαια συμπεριφορά, αλλά όταν την εκδηλώσουν φτάνουν σε υπερβολικά βίαιες συμπεριφορές.

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 αρχαιογόνο 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).

4.3 Θεωρία κοινωνικής μάθησης

Η οικογένεια αποτελεί καθοριστικό πλαίσιο, στο οποίο μαθαίνουμε πώς να χειριζόμαστε το άγχος και τα διάφορα προσωπικά προβλήματα. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης ενώ επικεντρώνεται ατομικά στους δράστες, εισάγει ένα νέο κοινωνικό στοιχείο, προσπαθώντας να εξηγήσει την ανδρική βία εναντίον των γυναικών ως επίκτητη συμπεριφορά. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως «κύκλος βίας» ή «διαγενεακή μεταβίβαση βίας». Ο δράστης έχει μάθει να φέρεται βίαια, καθώς έχει υπάρξει είτε μάρτυρας σκηνών βίας, είτε θύμα βίαιης συμπεριφοράς, κυρίως στην οικογένεια προέλευσης. Παράλληλα, η (βίαιη) συμπεριφορά του έχει ενισχυθεί μέσω επιβράβευσης από το περιβάλλον του, από το οποίο το άτομο δεν μαθαίνει μόνο να είναι βίαιο, αλλά μαθαίνει να δικαιολογεί ηθικά και κοινωνικά την καταχρηστική του συμπεριφορά. Η θεωρία αυτή ερμηνεύει επαρκώς το γεγονός ότι σε κάποιες οικογένειες είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλαπλοί δράστες σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας (Gelles & Cornell, 1985).

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).

4.4 Φεμινιστική θεωρία

Οι φεμινιστικές ερμηνείες της ενδοοικογενειακής βίας είναι καθαρά πολιτικής φύσης. Όπως, λέει η Smith (1989:27) «Στον πυρήνα των φεμινιστικών ερμηνειών βρίσκεται η άποψη ότι η βία είναι μια αντανάκλαση των σχέσεων που δεν είναι ισότιμες από άποψη εξουσίας: η ενδοοικογενειακή βία αντανακλά την άνιση δύναμη των ανδρών και των γυναικών στην κοινωνία, καθώς και στις προσωπικές σχέσεις». Αυτή η άποψη υποστηρίζεται έντονα στην έρευνα της βρετανικής υπηρεσίας «Υποστήριξης Θυμάτων», η οποία χωρίς ενδοιασμούς δηλώνει ότι η γυναίκα είναι ευπαθής στην ενδοοικογενειακή βία λόγω ακριβώς της θέσης της στην κοινωνία που συχνά είναι κατώτερη κοινωνικά και οικονομικά από των ανδρών. Η ανδρική βία ή απειλή θεωρείται ως μέσο για τον έλεγχο των γυναικών και για τη διατήρηση της κυριαρχίας των ανδρών και της υποταγής των γυναικών. Η Pahl (1995) έχει αναφερθεί πολύ συγκεκριμένα στην άμεση σχέση που έχει ο έλεγχος και η διαχείριση των χρημάτων στον γάμο με την άσκηση της εξουσίας. Σύμφωνα με την έρευνά της, οι σύζυγοι είχαν περισσότερη ισχύ στη λήψη αποφάσεων αν είχαν αμειβόμενη απασχόληση. Άλλες έρευνες δείχνουν εξίσου ότι η οικονομική εξάρτηση των γυναικών είναι ένας έμμεσος παράγοντας πρόκλησης βίας εναντίον τους, όσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος μιας σοβαρής επίθεσης. Οι φεμινιστικές αναλύσεις έχουν συμβάλει πολύ στην κατανόηση της ενδοοικογενειακής βίας εξετάζοντας την από τη σκοπιά της εξουσίας στη συντροφική σχέση, και της γενικότερης θέσης των γυναικών στην κοινωνία. Οι φεμινιστικές προσεγγίσεις της ενδοοικογενειακής βίας απορρίπτουν ερμηνείες που βασίζονται στην ατομική παθολογική συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτόν, προσδίδουν αποφασιστικά στην ενδοοικογενειακή βία την πολιτική της διάταση. Το κύριο μήνυμα του φεμινιστικού

μοντέλου είναι ότι η βία θα συνεχίζει να υφίσταται όσο αρνούνται στις γυναίκες την ισότητα δικαιωμάτων με τους άνδρες και την ίση πρόσβαση σε θέσεις δύναμης και εξουσίας (Χατζηφωτίου, 2005).

4.5 Οικολογικό μοντέλο

Η οικολογική θεωρία επιδιώκει να εξηγήσει την οικογενειακή βία μέσω των τοποθετημένων στρωμάτων της περιβαλλοντικής επιρροής. Το πλαίσιο αποτελείται από το μακρο σύστημα ή πολιτισμός, το έξω σύστημα που είναι τα επίσημα και άτυπα κοινωνικά δίκτυα μέσα στους οποίους συμμετέχει η οικογένεια, το μικροσύστημα που είναι η τοποθέτηση της οικογένειας που θέτει την εμφάνιση της βίας και το αυτογενές ή η οικογενειακή ιστορία των γονέων ή των συντρόφων (Loue, 2001).

Δεν υπάρχει ένας μεμονωμένος παράγοντας που να μπορεί να εξηγήσει γιατί κάποια άτομα συμπεριφέρονται βίαια προς άλλα άτομα ή γιατί η βία εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε ορισμένες κοινωνίες σε σύγκριση με κάποιες άλλες. Πολλοί ερευνητές της ενδο-οικογενειακή βίας συχνά υιοθετούν την οικολογική προσέγγιση στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν την συντροφική βία και να κατανοήσουν την προέλευση της .

Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο που καλείται «Οικολογικό μοντέλο» παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας τους 1970 (Garbarino & Crouter, 1978) και αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές θεωρίες για την κατανόηση της πολυδιάστατης φύση της βίας. Το οικολογικό μοντέλο αρχικά χρησιμοποιήθηκε στην παιδική κακοποίηση και σταδιακά στην νεανική βία, ενώ πρόσφατα οι ερευνητές το χρησιμοποιούσαν για την κατανόηση της συντροφικής βίας (Heise, 1998) και της κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Το μοντέλο αυτό θεωρεί την συντροφική βία ως το προϊόν των πολλαπλών επιδράσεων που δέχεται συμπεριφορά σε διαφορετικά επίπεδα του κοινωνικού περιβάλλοντος όπως το ατομικό, το επίπεδο των προσωπικών σχέσεων, το επίπεδο της κοινότητας και το κοινωνικό – πολιτισμικό επίπεδο.

Το πρώτο επίπεδο διερευνά τους βιολογικούς, τους δημογραφικούς και άλλους προσωπικούς παράγοντες, οι όποιοι υπάρχουν και χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Εστιάζει στις στάσεις, τις αξίες και το προσωπικό πλούτο που μεταφέρει ο κάθε

σύντροφος στη σχέση που διατηρεί με τον άλλο (Carlson , 1984). Σε γενικές γραμμές, μπορεί να υποστηριχθεί ότι το συγκεκριμένο επίπεδο του οικολογικό μοντέλου εστιάζει στα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα υποδοχής ή άσκησης βίας.

Το δεύτερο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου αναφέρεται στο άμεσο πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η κακοποίηση, δηλαδή στις κοινωνικές σχέσεις όπως είναι οι σχέσεις με τους συντρόφους ή η οικογένεια, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο για την υποδοχή ή άσκηση βίας. Ίσως ο μεγαλύτερος κίνδυνος να αφορά στην ιδιωτικότητα που χαρακτηρίζει το θεσμό της οικογένειας, ιδιαίτερα στην μοντέρνα, πυρηνική μορφή της, η οποία την προστατεύει, με αποτέλεσμα οι κανόνες της ευρύτερης κοινωνίας να παραβιάζονται μέσα σε αυτή χωρίς ανάλογη τιμωρία, επιβεβαιώνοντας την άποψη που υποστηρίζει ότι όταν η ιδιωτικότητα είναι υψηλή ο κοινωνικός έλεγχος είναι χαμηλός (Gelles, 1988).

Το τρίτο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εξετάζει το περιβάλλον της κοινότητας στο οποίο υπάρχουν οι κοινωνικές σχέσεις (π.χ σχολεία, χώροι εργασίας, γειτονιές και κοινωνικά δίκτυα) και αναζητά να αναγνωρίσει τα χαρακτηριστικά αυτών των περιβαλλόντων που συνδέονται με την υποδοχή ή την άσκηση της συντροφικής βίας. Το υψηλό επίπεδο κινητικότητας (συχνές μετακομίσεις), η κοινωνική απομόνωση του ατόμου (π.χ η γυναίκα δεν γνωρίζει τους γείτονες, δεν έχει κοινωνικές συναναστροφές ή δεν ασχολείται με την τοπική κοινωνία), η ανάμειξη σε παράνομες οργανώσεις ενός εκ των δυο συντρόφων και η ελάχιστη θεσμική υποστήριξη (π.χ στο άτομο που δέχεται τη βία), είναι παραδείγματα από αυτά τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με την συντροφική βία.

Το τέταρτο και τελευταίο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εξετάζει ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα της συντροφικής βίας. Εδώ περιλαμβάνονται οι παράγοντες εκείνοι που δημιουργούν ένα αποδεκτό κλίμα για τη βία, εκείνοι που μειώνουν τις αναστολές κατά της βίας, και εκείνοι που δημιουργούν και διατηρούν κενά ή εντάσεις ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες της κοινωνίας. Στο επίπεδο αυτό υπάρχουν οι κυρίαρχες πολιτισμικές αξίες που επικρατούν ευρέως στην κοινωνία. Περιλαμβάνει νόμους , κοινωνικές και οικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές νόρμες που ευνοούν την επιθετική συμπεριφορά και την συντροφική βία.

Το οικολογικό μοντέλο συμβάλλει στην κατανόηση της συντροφική βίας, αφενός εξηγώντας γιατί κάποιες κοινωνίες και κάποια άτομα είναι πιο βίαια από κάποια άλλα και αφετέρου γιατί οι γυναίκες είναι τόσο συστηματικά τα θύματα της συντροφική βίας (Heise, 1998).

5. Νομικό πλαίσιο

5.1 Το νομικό πλαίσιο στην Ευρώπη

Στις περισσότερες νομοθεσίες των κρατών μελών της Ε.Ε. (ιδίως των παλαιών, προ της διεύρυνσης 15 κρατών μελών), με διαφοροποιήσεις βέβαια ανάλογα με τον βαθμό ανάπτυξης της αντεγκληματικής τους πολιτικής και της εν γένει κοινωνικής τους πολιτικής, οι καταστάσεις βίας στην οικογένεια αποτελούν επιβαρυντικές περιπτώσεις των περιγραφόμενων στους ποινικούς τους κώδικες βασικών εγκλημάτων. Ακόμη, αποτελούν νέα εγκλήματα στο βαθμό που ορισμένες μορφές τους δεν ορίζονταν στους ποινικούς τους κώδικες. Η Ισπανία έχει την πρωτοκαθεδρία στη θέσπιση μέτρων όχι μόνο καταστολής αλλά και πρόληψης, με πληθώρα μέτρων που αφορούν στην εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση, την κοινωνική στήριξη των θυμάτων.

Η Αυστρία, η Μεγάλη Βρετανία και η Κύπρος έχουν αυτή τη στιγμή ολοκληρωμένες δράσεις σε επίπεδο απονομής ποινικής δικαιοσύνης, ενώ σχετικός νόμος ψηφίσθηκε ήδη στη Γαλλία, χωρίς όμως να περιλαμβάνει ιδιαίτερα κοινωνικά μέτρα. Από τις νέες χώρες η Βουλγαρία έχει θεσπίσει καλή νομοθεσία. Ακόμη, πολλά αλλοδαπά και διεθνή κείμενα προβλέπουν την άμεση παροχή υλικής και ηθικής αποζημίωσης στα θύματα.

Στις σύγχρονες ευρωπαϊκές νομοθεσίες η ποινική αντιμετώπιση του όλου ζητήματος σε επίπεδο καταστολής κινείται στους εξής άξονες:

Διαμεσολάβηση στις ελαφρές πλημμεληματικές περιπτώσεις. Η διαδικασία αυτή γίνεται μέσα στο σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης, από τον εισαγγελέα (στη Γαλλία). Ακόμη, σε άλλες χώρες τηρείται εξωδικαστική διαδικασία παρέμβασης και

συμβουλευτικής από οικογενειακούς συμβούλους (έτσι γίνεται μεταξύ άλλων και στην Κύπρο).

Η δικαστική διαμεσολάβηση έγκειται στην κατόπιν συμφωνίας δράστη και θύματος αναστολή της ποινικής δίωξης εφόσον ο δράστης ζητήσει συγγνώμη, καταβάλει αποζημίωση στο θύμα και δεσμευθεί να παρακολουθήσει συμβουλευτικό πρόγραμμα. Η ποινική δίωξη ισχυροποιείται εκ νέου αν ο δράστης επαναλάβει την πράξη του σε διάρκεια ορισμένη χρονικά από το νόμο (3 χρόνια στη Γαλλία). Δεδομένου ότι άνευ ετέρου η όλη διαδικασία θα σήμαινε άσκηση δικαστικής εξουσίας από εισαγγελέα, που δεν είναι δικαστής, επομένως αντισυνταγματικότητα της όλης διαδικασίας, η όλη διαδικασία εισάγεται για «επικύρωση» ή όχι σε τακτικό δικαστήριο.

Παράλληλα, δίνεται το δικαίωμα στο θύμα να ζητήσει δικαστικά την απομάκρυνση του δράστη από την οικογενειακή κατοικία ή και την απαγόρευση επίσκεψης ορισμένων τόπων όπου συχνάζει το θύμα ή την απαγόρευση της παρακολούθησής του ή και της επικοινωνίας με αυτό για ορισμένο χρονικό διάστημα.

Ταχεία εκδίκαση των υποθέσεων στην περίπτωση ακροαματικής διαδικασίας. Στην περίπτωση που τα δύο μέρη, δράστης και θύμα δεν συμφωνήσουν για τη διαμεσολάβηση ή κρίνει ο εισαγγελέας ότι το αδίκημα δεν έχει μικρής βαρύτητας πλημμεληματική μορφή, ή τέλος δεν προβλέπεται από την εθνική νομοθεσία η διαμεσολάβηση, ασκείται κανονικά η δίωξη και εφόσον προκύψουν ενδείξεις ενοχής ο δράστης παραπέμπεται άμεσα στο ακροατήριο, σε σύντομο χρονικό διάστημα. Παράλληλα το δικαστικό όργανο μπορεί να επιβάλει διατάξεις ασφαλείας, δηλαδή τα πιο πάνω απαγορευτικά μέτρα όπως τα προαναφέραμε. Αντί να επιβάλει άμεσα ποινή εγκλεισμού, το δικαστήριο μπορεί να την αναστείλει και να διατάξει τη στέγαση του δράστη σε κοινωνικό ξενώνα, όπως ονομάζονται οι ξενώνες για βίαιους άνδρες. Εκεί ο δράστης συμμετέχει σε συμβουλευτικό πρόγραμμα το οποίο στοχεύει στην αναγνώριση του προβλήματος εκ μέρους του και στην αναμόρφωσή του.

Η υπηρεσία αυτή έχει ως έργο τη διερεύνηση των συνθηκών που επικρατούν στην οικογένεια, ώστε να υποβοηθήσει τις εισαγγελικές και δικαστικές αρχές στο περαιτέρω έργο τους. Συντάσσει έκθεση η οποία λαμβάνεται υπόψη στην ακροαματική διαδικασία. Ακόμη συνεργάζεται με τις κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπει τα

θύματα της ενδοοικογενειακής ή της συντροφικής βίας για την αρωγή και περαιτέρω ενημέρωσή τους.

Επιπλέον, σε πολλές νομοθεσίες προβλέπεται ότι θα γίνεται χρήση, κατά την κρίση του δικαστηρίου, οπτικοακουστικών μέσων για την παροχή μαρτυρικών καταθέσεων ή κατάθεσης του θύματος για την προστασία του, ώστε να μην διατρέχει κίνδυνο νέας επίθεσης εκ μέρους του δράστη (Κοντοθανάση, Α., 2006).

5.2 Το νομικό πλαίσιο της Ελλάδας

Πολλές περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας, μέχρι πρότινος, έβρισκαν στέγη κάτω από τις γενικές διατάξεις του δικαϊκού μας συστήματος. Οι διατάξεις αυτές, είτε είχαν θεσπισθεί για την προστασία του γενικότερου αγαθού της ζωής και της γενετήσιας αξιοπρέπειας (π.χ σωματικές βλάβες, ανθρωποκτονίες, απειλές, βιασμοί και ασέλγειες), είτε, εφαρμόζονταν αναλόγως, και όχι ευθέως, στις περιπτώσεις οικογενειακής βίας (π.χ ρύθμιση κατάστασης, στα πλαίσια της δικαστικής προστασίας με ασφαλιστικά μέτρα).

Από το έτος 2006 και τη θέσπιση του νόμου 3500/2006 (ΦΕΚ 232 βλ. παράρτημα) ο Έλληνας Νομοθέτης έκανε ένα σημαντικό βήμα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, βάσει των αρχών της ελευθερίας και της αξιοπρέπειας του ατόμου, ώστε να ενισχυθεί η αρμονική συμβίωση των προσώπων στα πλαίσια της οικογένειας.

Στο πλαίσιο αυτό, ο νόμος εισάγει 5 κρίσιμες μεταρρυθμιστικές τομές:

- Για πρώτη φορά, καθιερώνεται ο πρωτοπóρος θεσμός της δικαστικής διαμεσολάβησης, για εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας πλημμεληματικού χαρακτήρα όχι για βαριά εγκλήματα, δηλαδή για κακουργήματα. Δράστης και θύμα καλούνται ενώπιον του αρμόδιου εισαγγελέα, συνεπικουρούμενου από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους ειδικούς, προκειμένου να καταβληθούν όλες οι δυνατές προσπάθειες για την αποκατάσταση της αρμονικής συμβίωσης και της οικογενειακής ειρήνης.

- Για πρώτη φορά, αντιμετωπίζεται πλέον ως έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας ο εξαναγκασμός σε ερωτική πράξη χωρίς την ελεύθερη βούληση και των δύο συμβίων, σύμφωνα με τα ισχύοντα στα κράτη-μέλη της Ε.Ε.
- Για πρώτη φορά, απαγορεύεται ρητά η σωματική βία σε βάρος ανηλίκων ως μέσου σωφρονισμού στο πλαίσιο της ανατροφής τους. Η χώρα μας εναρμονίζεται έτσι με τις συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Παιδιού, καθώς και με τη δημόσια θέση του Συνηγούρου του Πολίτη.
- Για πρώτη φορά, όλο το πλέγμα των μέτρων εφαρμόζεται και στις περιπτώσεις σταθερής συμβίωσης μεταξύ ανδρός και γυναικός εκτός γάμου.
- Για πρώτη φορά, η άσκηση ενδοοικογενειακής βίας συνιστά πλέον τεκμήριο κλονισμού του γάμου (όπως η περίπτωση μοιχείας, διγαμίας και επιβουλής της ζωής).

Ειδικότερα, η απλή σωματική βλάβη τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 1 έτους. Η επικίνδυνη ή βαριά σωματική βλάβη τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών. Αν επακολογήσει βαριά πάθηση σωματική ή διανοητική επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 ετών. Θεσπίζονται 6 νέες εγκληματικές συμπεριφορές που μέχρι σήμερα δεν θεωρούνταν καν αξιόποινες πράξεις σε ενδοοικογενειακό επίπεδο. Συγκεκριμένα:

- Τιμωρούνται με ιδιαίτερη αυστηρότητα (φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών) πράξεις ενδοοικογενειακής βίας που τελούνται ενώπιον ανηλίκου σε βάρος άλλου μέλους της οικογένειάς του, καθώς είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι παρόμοιες πράξεις σφραγίζουν ανεξίτηλα τα παιδιά, που εν συνεχεία ως ενήλικες αναπαράγουν στη μεγάλη πλειονότητά τους τα ίδια βίαια πρότυπα στις δικές τους οικογένειες.
- Με ιδιαίτερη αυστηρότητα επίσης τιμωρούνται (φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών) οι πράξεις ενδοοικογενειακής βίας σε βάρος εγκύου.
- Αντίστοιχη αυστηρότητα προβλέπεται σε περιπτώσεις πράξεων ενδοοικογενειακής βίας σε βάρους μέλους της οικογένειας που δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του (υπερήλικες, ανάπηροι, ασθενείς κ.λ.π.).

- Επιβάλλεται βαριά ποινή (κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών) αν το θύμα είναι ανήλικος, στην περίπτωση μεθοδευμένης πρόκλησης έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης επικίνδυνης για την υγεία.
- Αντίστοιχη ποινή προβλέπεται σε περίπτωση πρόκλησης ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος.
- Τα παραπάνω ισχύουν και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας (οίκοι ευγηρίας και παρεμφερή ιδρύματα) και η πράξη του στρέφεται κατά προσώπου που δέχεται της υπηρεσίες του εν λόγω φορέα.

Βασικός στόχος του νέου νόμου είναι και η ενεργή κοινωνική προστασία, στήριξη και συμπαράσταση στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Γι' αυτό προβλέπεται η υποχρέωση της αστυνομίας να ενημερώνει το θύμα για τις δυνατότητες παροχής πλήρους ηθικής και της αναγκαίας υλικής συμπαράστασης από τους υφιστάμενους Προνοιακούς και Κοινωνικούς φορείς της Πολιτείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Προβλέπεται η αυτεπάγγελτη ποινική δίωξη του δράστη και η υποχρεωτική εφαρμογή της αυτόφωρης διαδικασίας, αν δεν τελεσφορήσει η ποινική διαμεσολάβηση, κατά την οποία ο δράστης καλείται δεσμευτικά να άρει ή να αποκαταστήσει τις συνέπειες της πράξης του και να παρακολουθήσει ειδικό συμβουλευτικό-θεραπευτικό πρόγραμμα. Μέχρι σήμερα η ποινική δίωξη για απλές σωματικής βλάβες ασκούσαν μόνο κατ' έγκληση. Προβλέπεται, επίσης, η δυνατότητα επιβολής από το δικαστήριο συγκεκριμένων περιοριστών όρων π.χ. απομάκρυνση του δράστη από την οικογενειακή κατοικία, απαγόρευση προσέγγισης στο χώρο κατοικίας ή εργασίας του θύματος με σκοπό την προστασία του θύματος και των άλλων μελών της οικογένειας. Απαγορεύεται η δημοσιοποίηση των στοιχείων του δράστη και του θύματος κατά το στάδιο της προδικασίας, ώστε να αποτραπεί ο στιγματισμός της οικογένειας και ιδιαίτερα των παιδιών στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Προβλέπεται επιμήκυνση του χρόνου παραγραφής των αδικημάτων ενδοοικογενειακής βίας σε βάρος ανηλίκου, έτσι ώστε να αποτρέπεται το ενδεχόμενο ατιμωρησίας του δράστη. Ο χρόνος παραγραφής αρχίζει πλέον από την ενηλικίωση του θύματος. Παρέχεται απαλλαγή του θύματος ενδοοικογενειακής βίας από τα δικαστικά έξοδα, για τις άμεσα απαιτούμενες νομικές διαδικασίες, εφόσον το θύμα βρίσκεται σε

προσωρινή αδυναμία να κινήσει τις προβλεπόμενες διαδικασίες για την προστασία του. Επιπλέον, αυστηροποιούνται οι ποινές για ορισμένες ήδη ποινικά κολάσιμες συμπεριφορές στο ενδοοικογενειακό πλαίσιο (Παπαληγούρας, 2006).

6. Επίπεδα πρόληψης του φαινομένου

6.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Αυτή περιλαμβάνει προγράμματα που στόχο έχουν τον περιορισμό των αιτιών που προκαλούν άμεσα ή έμμεσα το πρόβλημα. Το καλύτερο μέσο πρωτογενούς πρόληψης είναι η ευαισθητοποίηση μέσω της πληροφόρησης. Οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης είναι:

A. Μείωση του στερεότυπου διαχωρισμού των δύο φύλων: Βιβλία, κινηματογραφικές ταινίες, διαφημίσεις και τηλεοπτικά προγράμματα θα πρέπει να αντανακλούν την ισότητα των δύο φύλων.

B. Μείωση της σκληρότητας στην πειθάρχηση των παιδιών. Οι οικογένειες θα πρέπει να μην χρησιμοποιούν το ξύλο σαν μέσο επιβολής ελέγχου και τιμωρίας. Η βία γεννά βία.

Γ. Η αναγνώριση μίας βίαιης συμπεριφοράς.

6.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Σ' αυτό το επίπεδο είναι καταλληλότερες, οι πιο συγκεκριμένες παρεμβάσεις: επισκέψεις στο σπίτι, τηλεφωνήματα, νομικές συμβουλές, οικονομική ενίσχυση και παροχή πληροφοριών. Βασικός στόχος των παρεμβάσεων είναι να κατανοήσει η γυναίκα ότι είναι κακοποιημένη.

6.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Στο πλαίσιο αυτό, η κακοποιημένη γυναίκα έχει ανάγκη ένα περιβάλλον που θα την στηρίξει με όλους τους τρόπους, προκειμένου να ορθοποδήσει και να πάρει κάποιες αποφάσεις για τη ζωή της. Άμεση νοσηλεία, ξενώνες και μακροχρόνια ψυχοθεραπεία είναι τα απαιτούμενα μέσα. Ορισμένοι υποστηρικτικοί φορείς είναι οι εξής:

A) Ιατρική Νοσηλεία:

Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν βοηθά μόνο στην ανάρρωση από τα τραύματα, αλλά λειτουργεί και σαν προσωρινό καταφύγιο. Στη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, η κακοποιημένη γυναίκα και ο δράστης αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της βίας. Μολονότι, οι περισσότερες γυναίκες επιστρέφουν σπίτι τους μετά την αποθεραπεία, για μερικές η νοσηλεία αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατάκτηση της ανεξαρτησίας τους (Walker, 1989). Η ιατρική παρακολούθηση παρέχει την καλύτερη άμεση περίθαλψη, καθώς αποτελεί και νόμιμη απόδειξη του βιασμού. Γι' αυτό και οι ειδικοί συμβουλεύουν τις γυναίκες, που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, να μην πλυθούν μετά το βιασμό και να μην αλλάξουν ρούχα, ώστε να μην χαθούν τα αποδεικτικά στοιχεία.

B) Ξενώνες:

Λόγω της φύσης του συζυγικού βιασμού, τα θύματά του μπορούν να αναζητήσουν στήριξη και βοήθεια, τόσο από κέντρα για κακοποιημένες συζύγους, όσο και για θύματα βιασμού. Για να είναι ένας ξενώνας έτοιμος να βοηθήσει σεξουαλικά κακοποιημένες συζύγους, πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό εξαιρετικά ενημερωμένο γύρω από το συζυγικό βιασμό και προσανατολισμένο προς τις κατάλληλες τεχνικές στήριξης των θυμάτων αυτού. Σε επίπεδο θεραπείας, το ιδανικό θα είναι να παρέχεται ατομική συμβουλευτική, αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία, φέρνοντας τις σεξουαλικά κακοποιημένες συζύγους, με άλλες με τις ίδιες εμπειρίες (Bergen, 1999. Haley & Brann – Haley, 2000). Η σημασία των ξενώνων είναι ότι παρέχουν την αίσθηση της επικοινωνίας και ένα σύστημα υποστήριξης. Οι γυναίκες εκεί αρχίζουν να αισθάνονται ότι έχουν κάποιο έλεγχο πάνω στη ζωή τους, ότι οι άλλοι άνθρωποι ενδιαφέρονται γι' αυτές και ότι θέλουν να τις βοηθήσουν. Η απομάκρυνση από το σύζυγο και η διαμονή σε ένα χώρο με ειδικούς (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς, νοσηλευτές) που μπορούν να συμπαρασταθούν στις κακοποιημένες γυναίκες, μπορεί να τις κάνει να αισθανθούν πιο ασφαλείς. Το προσωπικό των ξενώνων θα πρέπει να λαμβάνει προφυλάξεις, ώστε να διαφυλάσσεται η ασφάλεια των γυναικών και των παιδιών τους (Barnett, 1997).

Γ) Συμβουλευτική – Ψυχοθεραπεία:

Τις περισσότερες φορές, στις κακοποιημένες γυναίκες παρέχεται ψυχολογική στήριξη και όχι ψυχοθεραπεία. Παρόλα αυτά, η ψυχοθεραπεία έχει πολλά οφέλη για τα θύματα κακοποίησης. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει μία κακοποιημένη γυναίκα να ανακτήσει τη χαμένη της αυτοπεποίθηση και αυτονομία, και να πραγματοποιήσει μία θετική αλλαγή στη ζωή της, που θα έχει διάρκεια. Επιπλέον, θα διδάχτεί πώς να ελέγχει η ίδια τη ζωή της και πώς να μην διατηρεί τη στάση του θύματος. Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η εναπόκτηση της ψυχικής της ισορροπίας (Haley & Brann - Haley, 2000; Stark & Flitcraft, 1998; Walker, 1989). Στη διάρκεια της θεραπείας, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει η γυναίκα πως είναι κακοποιημένη σεξουαλικά, πως τα γεγονότα της προσδίδουν αυτό το χαρακτηρισμό. Η άρνηση αυτού από τη γυναίκα είναι ένας τυπικός μηχανισμός, ο οποίος την αποτρέπει να προχωρήσει σε οποιαδήποτε ενέργεια (Walker, 1989).

Δ) Νομική Υποστήριξη:

Δικαστικά, ο συζυγικός βιασμός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως και ο βιασμός από έναν άγνωστο. Οι νόμοι, ακόμα κι όταν έχουν θεσπιστεί, δεν τον αντιμετωπίζουν σαν «πραγματικό» βιασμό. Έχει παρατηρηθεί ότι οι δικαστές συνήθως ταυτίζουν την πράξη αυτή περισσότερο με το σεξ και λιγότερο με τη βία (Lees, 2000).

Η επιλογή ενός δικηγόρου που θα χειριστεί το διαζύγιο και την υπεράσπιση μιας κακοποιημένης γυναίκας είναι εξίσου σημαντική με την επιλογή ενός ψυχοθεραπευτή. Επομένως, η υλοποίηση σεμιναρίων σχετικά με το συζυγικό βιασμό και τη συζυγική κακοποίηση, γενικότερα, σε δικηγόρους, εισαγγελείς και δικαστές κρίνεται αναγκαία. Προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτισης: Η απόκτηση μιας δουλειάς μακριά από το σπίτι είναι μία τεχνική επιβίωσης για τις κακοποιημένες γυναίκες, γιατί μειώνει την οικονομική, κοινωνική και συναισθηματική εξάρτησή τους από τον άνδρα και συνεισφέρει στην συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κακοποίησης της. Έτσι, η δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης γι' αυτές θα τους έδινε μία ευκαιρία να μπορέσουν να «σταθούν στα πόδια τους» και να αυτονομηθούν (Bartollas & Dinitz, 1989).

E. Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας

Τα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας αποτελούνται από φορείς αυτοβοήθειας. Δεν υπάρχει κατά κανόνα νομικό πλαίσιο λειτουργίας και όπου υπάρχει είναι συνήθως ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν σαν σωματεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας.

Σημαντική θέση στον σύγχρονο προβληματισμό για την ανεπίσημη φροντίδα και το ρόλο της στην άσκηση πολιτικής κατέχει η έννοια του “κοινωνικού δικτύου”. Κοινωνικό δίκτυο είναι το σύνολο των ανθρώπων που συνδέονται με ένα συγκεκριμένο άτομο και λιγότερο ή περισσότερο μεταξύ τους. Ο χαρακτήρας και η ένταση της σχέσης μεταξύ τους και με το συγκεκριμένο άτομο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και το ίδιο το δίκτυο. Τα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να είναι τυπικά, άτυπα ή και ενδιάμεσων μορφών όπως είναι οι διάφορες ομάδες πρωτοβουλιών, οι οποίες ποικίλουν από ομάδες αυτοβοήθειας πολιτών, ή από ομάδες που λειτουργούν στα πλαίσια επίσημων μη κρατικών φορέων (π.χ. εκκλησία), μέχρι πολύπλοκους και ανεπτυγμένους οργανωτικά φορείς (π.χ. όμιλοι εθελοντών). Η ανάπτυξη διευρυμένων κοινωνικών δικτύων, αποτελεί βασική επιδίωξη της σύγχρονης κοινωνική πολιτικής και παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον για τη μελέτη και κατανόηση της διαπλοκής επί μέρους δικτύων και των επιπτώσεων της στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η φροντίδα που παρέχουν τα ανεπίσημα δίκτυα παίρνει πολλές μορφές. Μπορεί να έχει πρακτικό χαρακτήρα, όπως χρηματικές παροχές, παροχή στέγης και της απαραίτητης συναισθηματικής στήριξης, δυνατότητα αποφυγής, απομόνωσης κλπ. Είναι σημαντικό να μελετούμε τα άτυπα δίκτυα σε στενή συνάρτηση με τον άμεσο κοινωνικό περίγυρο, την κοινότητα, στα πλαίσια της οποίας λειτουργούν. Τα πιο σημαντικά, μέσα από τα οποία παρέχεται η φροντίδα είναι η οικογένεια και τα συγγενικά δίκτυα, ακολουθούν οι φίλοι και οι γείτονες και τα MME (Barnett, 1997).

7. Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας

Σύμφωνα με τη δεοντολογία και τις αρχές του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας, οι κοινωνικοί λειτουργοί στις περιπτώσεις κακοποίησης, πρέπει να ξεκινούν από την αναγνώριση των κοινών βιωμάτων των γυναικών και να προχωρούν πάντα στην εξέταση των διαφορών ανάμεσα στη συγκεκριμένη γυναίκα και τις άλλες.

Η διαγνωστική εκτίμηση των γυναικών θα πρέπει να εμπεριέχει πάντα την γνώση των προτύπων ζωής τους και των πολιτικών που τις επηρεάζουν, καθώς και των παραμέτρων που συχνά επηρεάζουν την διαγνωστική εκτίμηση. Τα σημαντικά πρότυπα ζωής περιλαμβάνουν δημογραφικούς παράγοντες, όπως το γεγονός ότι υπάρχουν όλο και περισσότερες μονογονεϊκές οικογένειες, τη μείωση του αριθμού των παιδιών στις οικογένειες, την αύξηση των διαζυγίων και την αύξηση του αριθμού των εργαζόμενων μητέρων. Δεν θα πρέπει οι κοινωνικοί λειτουργοί να κάνουν υποθέσεις για την φυσιολογική ή αποδεκτή συμπεριφορά γυναικών, χωρίς να λάβουν υπόψη τους παράγοντες αυτούς. Θα πρέπει, δηλαδή, πιο συγκεκριμένα να μπορέσουν να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τις εμπειρίες των γυναικών, να αναγνωρίσουν την ανισορροπία των δυνάμεων και την άνιση μεταχείριση που δέχονται μέσα στην οικογένεια. (Malcolm, 2002)

Η άποψη των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να εστιάζεται στο γεγονός ότι οι κακοποιημένες γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολίες που δημιουργούνται κάτω από τις συνθήκες μιας συγκεκριμένης κοινωνικής δομής. Με την ατομική κοινωνική εργασία ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει, αρχικά, να ανασυγκροτήσει το «εγώ» της γυναίκας και να αναπτύξει τη χαμένη αυτοπεποίθηση της, ώστε να μπορέσει η ίδια να δράσει, μειώνοντας την παθητικότητα και τη μοιρολατρία που την διακατέχουν. Η παρέμβαση του επαγγελματία στην κρίση, θεωρείται απαραίτητα να γίνει με τη συνεχή υποστήριξη του, ώστε να μειωθεί η αίσθηση της μειονεξίας της εξυπηρετούμενης σε σχέση με τον άντρα της. Θα πρέπει να της ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό της καθώς και τις δυνατότητες της. Θα πρέπει γενικότερα η

κακοποιημένη γυναίκα μέσα σε μια θεραπευτική σχέση να αντιμετωπίζεται με κατανόηση, αποδοχή των συναισθημάτων και των παλινδρομήσεων στην συμπεριφορά.

Το στέλεχος της Κοινωνικής Εργασίας πρέπει να είναι σε θέση μέσα από τη συζήτηση και την συνεργασία με την εξυπηρετούμενη να τη βοηθήσει να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τις εναλλακτικές λύσεις που σίγουρα θα υπάρχουν. Ίσως η γυναίκα κοινωνική λειτουργός είναι η καταλληλότερη στη φάση αυτή, γιατί έχει κοινά βιώματα στην κοινωνικοποίηση της σαν γυναίκα και μπορεί να κατανοήσει καλύτερα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η εξυπηρετούμενη (Cibelman, 1995).

Στις περισσότερες περιπτώσεις που οι γυναίκες κακοποιούνται έχουν ως κύριο αίτημα να σταματήσει αυτή η πράξη βίας εναντίον τους. Πολλές, ωστόσο, φορές, οι άντρες που κακοποιούν τις γυναίκες τους, έχουν ανάγκη να στηριχθούν για να σταματήσουν αυτή τη συμπεριφορά τους προς τις γυναίκες. Στην περίπτωση, λοιπόν, αυτή ο κοινωνικός λειτουργός, μπορεί να παρέμβει και να εφαρμόσει μεθόδους και τεχνικές της συστημικής θεραπείας, έτσι ώστε να εμπλέξει τα μέλη της οικογένειας σε συνεργασία για την καταστολή της κακοποίησης. Δουλεύοντας, συστημικά το στέλεχος της Κοινωνικής Εργασίας πρέπει να ενεργοποιήσει την τεχνική της προσεκτικής ακρόασης και να κατανοήσει τις αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών σύμφωνα με το γεγονός που βιώνουν. Θα πρέπει κυρίως να ενδυναμώσει τα μέλη και να αναπτύξει την επικοινωνία μεταξύ τους έτσι ώστε τα ίδια να βρουν τον τρόπο που θα βοηθήσουν.

Στην περίπτωση, βέβαια, που το θύμα (γυναίκα) αποφασίσει να καταγγείλει την κακοποίηση, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να το ενημερώσει για την πορεία της καταγγελίας. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να κινηθεί διερευνώντας και αξιοποιώντας τις κατάλληλες πηγές έτσι ώστε να παρέχει τη σωστή πληροφόρηση. (π.χ. αστυνομία, δικαστήρια, κ.λ.π) (Πανούσης, 1989)

Η πρόληψη, ωστόσο, είναι ένας σημαντικός τομέας της πρακτικής της Κοινωνικής Εργασίας. Είναι απαραίτητη η οργάνωση διαφόρων προγραμμάτων και σεμιναρίων, σε συνεργασία με την ευρύτερη κοινότητα για την συμμετοχή των γυναικών και όλων των πολιτών για την ενημέρωσή τους σε θέματα που αφορούν την ενδοοικογενειακή βία.

Μέσα από την κοινότητα ενισχύεται το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της πρόληψης. Με την εφαρμογή προγραμμάτων στα σχολεία με άλλους ειδικούς καθώς και

με την εφαρμογή διαλέξεων και σεμιναρίων τα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας έρχονται στην επιφάνεια και αντιμετωπίζονται πιο έγκαιρα και κατάλληλα.

Το έργο ωστόσο των κοινωνικών λειτουργών και των άλλων ειδικών στο φαινόμενο της κακοποίησης δεν «φαίνεται». Η κατανόηση, η διαμεσολάβηση ανάμεσα στους θεσμούς και στους ανθρώπους, η συμπαράσταση, η αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων, η επίλυση ειδικών θεμάτων, η διερεύνηση των αναγκών με τα κατάλληλα μέσα (κοινωνικά ιστορικά, έρευνα-δράση, κ.α.), η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ατόμων, απαιτούν χρόνο για να αποφέρουν το επιθυμητό και προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

7.1 Αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικού Σχεδιασμού. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις {για καρκινοπαθείς, μαστεκτοκτομές γυναικών, νεοπλασίες σε παιδιά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά, ασθενείς με AIDS, νεφροπαθείς κ.ά.}. Σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, ο κοινωνικός λειτουργός, στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα υγείας, στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Το επαγγελματικό επίκεντρο της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο, είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρώπινων σχέσεων. Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, αλλά και με την οικογένειά του, ειδικά και σε περιπτώσεις που ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να μιλήσει, λόγω της υγείας, στην οποία βρίσκεται. Επιπροσθέτως ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμμετέχει στην οργάνωση προγραμμάτων έρευνας για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών και γενικά παρέχει στήριξη στον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του.

ii) Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική

Το Ψυχιατρικό Τμήμα του Π.Α.Γ.Ν.Η. ξεκίνησε την λειτουργία του το 1989. Έως και το 2004 ήταν ανοιχτή κλινική βραχείας νοσηλείας με μέσο όρο παραμονής περίπου ένα μήνα. Από τον Σεπτέμβριο του 2005 όμως δημιουργήθηκε και το κλειστό τμήμα οξείας νοσηλείας με μέσο όρο παραμονής περίπου έξι μήνες. Η κλινική βραχείας νοσηλείας διαθέτει 23 κλίνες, ενώ αντίστοιχα το κλειστό τμήμα οξείας νοσηλείας 9 κλίνες (μαζί με το "ήσυχο δωμάτιο).

Στην ψυχιατρική κλινική του Π.Α.Γ.Ν.Η. εξυπηρετούνται κάθε είδους ψυχιατρικά περιστατικά τα οποία κρίνεται απαραίτητο ότι πρέπει να νοσηλευθούν. Ακόμα πρέπει να αναφερθεί πως η κλινική από το 2002 δέχεται αλκοολικούς για απεξάρτηση.

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ψυχιατρική κλινική ανήκει στο προσωπικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου και αποτελεί αναπόσπαστο κρίκο της ψυχιατρικής ομάδας. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται απλώς με την επιφανειακή προσέγγιση, την τυπική, ηθική και υλική υποστήριξη των ασθενών, αλλά προσπαθεί να αντιληφθεί την βαθύτερη σημασία των δυσχερειών και των προβλημάτων του ασθενή. Επίσης η ψυχιατρική κατάρτιση του κοινωνικού λειτουργού και η επαφή του με τους ψυχικά ασθενείς ενισχύει σε αυτόν τόσο το αίσθημα της εσωτερικής ασφάλειας όσο και της αυτοπεποίθησης του. Αυτό καθιστά και την συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική ομάδα περισσότερο αντικειμενική. Πρέπει ακόμα να αναφερθεί πως ο κοινωνικός λειτουργός παρατηρεί και εξετάζει απευθείας τις επιδράσεις ασθενούς και του περιβάλλοντος του, αντίθετα με τον ψυχίατρο ο οποίος προσεγγίζει τα ζητήματα αυτά μέσω του ατόμου που εξετάζει ή θεραπεύει. Επομένως μπορούμε να πούμε πως ο κοινωνικός λειτουργός συμπληρώνει το έργο του ψυχιάτρου, με την έννοια ότι παρέχει στοιχεία από πρώτο χέρι έπειτα από προσωπικές συνεντεύξεις με το άμεσο περιβάλλον του ασθενή όσο και από τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού, αλλά και μετά από στενή παρακολούθηση της κάθε περίπτωσης (Φιλιππόπουλος, 1980).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Η διερεύνηση της ανταπόκρισης της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η) στις περιπτώσεις συντροφικής βίας και η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στην Κοινωνική Υπηρεσία σχετικά με τη συντροφική βία. Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης περιλάμβαναν:

- Την εκτίμηση της συχνότητας καταγραφής των περιπτώσεων συντροφικής βίας στο φάκελο ασθενή
- Την διερεύνηση της ποιότητας καταγραφής της συντροφικής βίας στο φάκελο ασθενή
- Την διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τη συντροφική βία
- Την εκτίμηση του βαθμού αναγνώρισης της συντροφικής βίας από τους κοινωνικούς λειτουργούς
- Τη διερεύνηση και περιγραφή της φροντίδας που παρέχεται στα θύματα συντροφικής βίας
- Τη διερεύνηση των δυσκολιών στην αποτελεσματική διαχείριση των περιπτώσεων συντροφικής βίας
- Τη διατύπωση προτάσεων για τη βελτίωση της αντιμετώπισης της συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου

8.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πόσο συχνά καταγράφονται περιπτώσεις συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου;
2. Τι πληροφορία περιλαμβάνει ο φάκελος ασθενή στις περιπτώσεις συντροφικής βίας;

3. Σε ποιο βαθμό αναγνωρίζονται τα θύματα συντροφικής βίας από τους κοινωνικούς λειτουργούς; Ποιες δυσκολίες υπάρχουν στην αναγνώριση των θυμάτων συντροφικής βίας; Ποιες δυσκολίες υπάρχουν στην αποκάλυψη της βίας;
4. Πώς πραγματοποιείται η εξέταση του θύματος συντροφικής βίας από τον κοινωνικό λειτουργό; Τι περιλαμβάνει αυτή η διαδικασία; Τι δρομολόγιο φροντίδας ακολουθείται στις περιπτώσεις συντροφικής βίας; Ποιες δυσκολίες υπάρχουν στη διαχείριση των θυμάτων;
5. Ποιες υπηρεσίες για την υποστήριξη των θυμάτων συντροφικής βίας γνωρίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί; Υπάρχει διασύνδεση της Κοινωνικής Υπηρεσίας με αυτές;
6. Ποια μέτρα και παρεμβάσεις κρίνονται αναγκαία για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των θυμάτων συντροφικής βίας από την Κοινωνική Υπηρεσία;

8.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.3.1 Ερευνητική στρατηγική - Δειγματοληψία

1. Έρευνα αρχείου (document research)

Αρχειακή έρευνα στους φακέλους ασθενών που τηρούνται στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΠΑ.Γ.Ν.Η, έπειτα από «ορισμό της περίπτωσης» και χρήση προεπιλεγμένων «όρων αναζήτησης». Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή της περίπτωσης υιοθετήθηκαν από τον ορισμό των Ηνωμένων Εθνών (U.N.C., 2000). Πιο συγκεκριμένα, για την σωματική κακοποίηση ορίστηκαν οι εξής λέξεις/φράσεις κλειδιά: χτυπήματα, χαστούκι, επίθεση και τραυματισμός με όπλο, μαχαίρι ή άλλο μέσο. Για την σεξουαλική κακοποίηση ορίστηκαν: η σεξουαλική παρενόχληση, η ασέλγεια και ο βιασμός.

Όσον αφορά στην ψυχολογική κακοποίηση οι φράσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι συνεχείς προσβολές και απειλές που καλλιεργούν ένα κλίμα φόβου, απειλές για

τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, την υπερβολική ζήλεια και κτητικότητα, την εξύβριση, τον εξευτελισμό και την υποτίμηση, τη συνεχή κριτική και προσβλητική συμπεριφορά.. Ως κοινωνική κακοποίηση ορίστηκε η απαγόρευση ελευθερίας κινήσεων και κοινωνικών συναναστροφών. Τέλος στην οικονομική κακοποίηση ως φράσεις κλειδιά ορίστηκαν η απαγόρευση στην εργασία και η απόλυτη εξάρτηση από τον σύντροφο για την ικανοποίηση βασικών του αναγκών όπως το φαγητό ή το ντύσιμο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αυτονομηθεί.

Η αναζήτηση ουσιαστικά αφορούσε σε καταγεγραμμένες περιπτώσεις με θετική διάγνωση ή υποψία συντροφικής βίας ανεξάρτητα από την ύπαρξη συνοσηρότητας. Οι εντοπισμένες περιπτώσεις διερευνήθηκαν περαιτέρω ως προς το είδος της πληροφορίας που περιείχαν σχετικά με την κακοποίηση, το θύμα, το δράστη, και τη φροντίδα που παρασχέθηκε. Η αναζήτηση αφορούσε στα έτη 2005 έως και 2009 (διερεύνηση όλων των φακέλων).

Τα αρχεία που διερευνήθηκαν ήταν:

Στην κοινωνική υπηρεσία:

- **Βιβλίο μητρώου** των ασθενών που καταγράφονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς καθημερινά της κοινωνικής υπηρεσίας, από προσωπικές χειρόγραφες σημειώσεις των κοινωνικών λειτουργών. Στο βιβλίο μητρώου καταγράφονται περιστατικά από το 2005 μέχρι και σήμερα. Στο βιβλίο καταγράφονται τα εξής στοιχεία: 1.Αριθμός μητρώου, 2. Ονοματεπώνυμο, 3. Ηλικία, 4. Καταγωγή, 5. Ασφάλιση, 6. Επάγγελμα, 7. Διεύθυνση, 8. Κλινική/Πρόβλημα υγείας, 9. Αίτημα, 10. Ενέργειες κοινωνικού λειτουργού.
- **Κοινωνικό ιστορικό.** Η λήψη των κοινωνικών ιστορικών διεξάγεται από την κοινωνική λειτουργό της κοινωνικής υπηρεσίας, η οποία συνεργάζεται και με το ιατρείο που λειτουργεί από το 2006 μέχρι και σήμερα. Το κοινωνικό ιστορικό περιλαμβάνει τις εξής ενότητες: 1) Ατομικά στοιχεία του ασθενούς, 2) Νομική Κατάσταση, 3) Μορφωτικό Επίπεδο, 4) Επάγγελμα, 5) Ασφάλιση, 6) Οικογενειακή Κατάσταση, 7) Στοιχεία Οικογένειας, 8) Οικονομική Κατάσταση, 9) Κατάσταση Κατοικίας, 10) Χαρακτηρισμός Κατοικίας, 11) Εκτίμηση

κοινωνικού λειτουργού, 12) Προβλήματα υγείας, 13) Είδος κακοποίησης, 14) Πρόσωπο που άσκησε βία, 15) Έναρξη βίαιων επεισοδίων, 16) Ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας, 17) Σχέση με άλλες υπηρεσίες στο παρελθόν, 18) Ποιοι άλλοι γνωρίζουν από το οικογενειακό σας περιβάλλον για την κατάσταση αυτή, 19) Ποια η αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος, 20) Εάν υπήρξε αποδοχή για την κακοποίηση, πως δικαιολογείται η πράξη αυτή, 21) Ποια είναι τα συναισθήματά σας για την παρούσα κατάσταση, 22) Έχετε βιώσει στο παρελθόν ανάλογη εμπειρία στην προσωπική σας ζωή, 23) Ασκήθηκε ποινική δίωξη, 24) Ιατροδικαστική Έκθεση, Πόρισμα, 25) Ενέργειες κοινωνικού λειτουργού, 26) Παρατηρήσεις. Το κοινωνικό ιστορικό διαμορφώθηκε τον Φεβρουάριο του 2004 από την προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας και την κοινωνική λειτουργό που έχει αναλάβει τις περιπτώσεις κακοποίησης.

Στην ψυχιατρική κλινική:

- **Βιβλίο μητρώου**

A) Αρχείο στο Η/Υ με τον αριθμό μητρώου του ασθενή ο οποίος αναγράφεται στον φάκελο του ασθενή και έπειτα να φυλαχθεί στο αρχείο της κλινικής.

B) Καταγραφή του ασθενή σε χειρόγραφο βιβλίο εισόδου. Οι πληροφορίες που καταγράφονται από τους νοσηλευτές στο ενημερωτικό βιβλίο εισόδου των ασθενών είναι: 1) Ο αριθμός μητρώου του ασθενή, 2) Η ημερομηνία εισαγωγής του στην κλινική, 3) Το ονοματεπώνυμο, 4) Η ηλικία, 5) Το ονοματεπώνυμο πατέρα και μητέρας και 6) Το τηλέφωνο.

- **Φάκελος ασθενή** που τηρείται στην ψυχιατρική κλινική.

Ο κάθε ασθενής που θα εισαχθεί στην ψυχιατρική κλινική έχει τον δικό του φάκελο με προσωπικές πληροφορίες που τον αφορούν. Ο φάκελος αυτός περιλαμβάνει το ψυχιατρικό ιστορικό το οποίο το γράφει ο ψυχίατρος και το κοινωνικό ιστορικό το οποίο το λαμβάνει από την οικογένεια του ασθενή ή από τον ίδιο τον ασθενή (αν είναι σε θέση) ο κοινωνικός λειτουργός. Το κοινωνικό ιστορικό το οποίο τηρείται στο φάκελο ασθενή λαμβάνεται από τον κοινωνικό λειτουργό και περιλαμβάνει πληροφορίες όπως:

A. Στοιχεία ταυτότητας του ασθενή (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, ηλικία, ημερομηνία λήψης του ιστορικού, ημερομηνία εισόδου του ασθενή στην κλινική, οικογενειακή κατάσταση του ασθενή, επάγγελμα, πηγή παραπομπής, υπεύθυνος κοινωνικός λειτουργός, πληροφορίες για το συγγενικό πρόσωπο από το οποίο τυχόν έχουμε συμπληρώσει το ιστορικό αν τυχόν ο ασθενής δεν είναι σε θέση (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, σχέση με τον ασθενή).

B. Πληροφορίες για την οικογένεια του ασθενή όπως τον πατέρα, την μητέρα, τα αδέρφια (ηλικία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, επάγγελμα, εκπαίδευση, υγεία, σχέση με τον ασθενή),

Γ. Σχέση του ζευγαριού.

Δ. Ύπαρξη άλλων συγγενών στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας

Ε. Σπουδές του ασθενή.

ΣΤ. Επάγγελμα του ασθενή (παρούσα απασχόληση του, η διάρκεια σε αυτήν και η γενική που προσαρμογή, προηγούμενες απασχολήσεις, το εισόδημα του, και η διάρκεια που εργάζεται μέσα στις 24 ώρες).

Z. Στρατιωτική θητεία του ασθενή (π.χ. στράτευμα στο οποίο υπηρέτησε, αν αντιμετώπισε προβλήματα με τους συναδέλφους κ.α.).

H. Πληροφορίες για τον γάμο του ασθενή (ηλικία συζύγου, επάγγελμα, υγεία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, σχέσεις ζευγαριού, αν υπήρχαν προηγούμενοι γάμοι, η διάρκεια και η αιτία χωρισμού)

Θ. Πληροφορίες για τα παιδιά

I.. Συνθήκες διαμονής (π.χ. αν ο χώρος είναι φροντισμένος και καθαρός, αν πληρεί τις προϋποθέσεις κατοίκησης, αν ο ασθενής έχει δικό του δωμάτιο, αν μένει μόνος ή με την οικογένεια του).

K. Πληροφορίες για την προσωπικότητα του ασθενή πριν την ασθένεια (π.χ πως είναι τώρα, αν έχει κοινωνικές επαφές και καλές ή κακές σχέσεις με το συγγενικό περιβάλλον).

Λ. Στοιχεία για το τρέχον πρόβλημα (π.χ. τι συνέβηκε και ο ασθενής εισήχθη στην κλινική, είτε με εκούσια νοσηλεία είτε με εισαγγελική παραγγελία και πληροφορίες για άλλες νοσηλείες στην κλινική ή σε άλλες κλινικές και αν είχε επαφή με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα.

2. Ποιοτική έρευνα (qualitative research)

Πραγματοποίηση ποιοτικής έρευνας με προσωπικές συνεντεύξεις στους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Α.Γ.Ν.Η. Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Α.Γ.Ν.Η. Το δυναμικό της Κοινωνικής Υπηρεσίας αποτελείται από δέκα (10) μόνιμους κοινωνικούς λειτουργούς, εκ των οποίων οι δύο ανήκουν στην Ψυχιατρική κλινική.

8.3.2 Διαδικασία Συλλογής Πληροφοριών

Αρχειακή έρευνα

Η έρευνα των αρχείων στην Κοινωνική Υπηρεσία διήρκησε μια εβδομάδα με καθημερινές επισκέψεις μέχρι και τέσσερις ώρες. Στην Ψυχιατρική κλινική η αναζήτηση διήρκησε δύο εβδομάδες, με καθημερινές επισκέψεις διάρκειας τρεις με τέσσερις ώρες ημερησίως. Η αναζήτηση των φακέλων των ασθενών για τα μεταγενέστερα του 2000 έτη πραγματοποιήθηκε έπειτα από διασταύρωση του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

Ποιοτική Έρευνα

Οι συνεντεύξεις στους 10 κοινωνικούς λειτουργούς της Κοινωνικής Υπηρεσίας πραγματοποιήθηκαν έπειτα από τηλεφωνικό ορισμό συνάντησης. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν περίπου 45 -50 λεπτά.

8.3.3 Ηθικά Ζητήματα

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης εξασφαλίστηκε άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πα.Γ.Ν.Η. (3581/07-04-09) και προηγήθηκε συνεννόηση και γραπτή συγκατάθεση της Προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Για λόγους ερευνητικής ηθικής, επιδιώχθηκε η πληροφορημένη συγκατάθεση των συμμετεχόντων

και διαμορφώθηκε έντυπο ενημέρωσης, το οποίο πληροφορούσε τους συμμετέχοντες για το σκοπό και τον αναμενόμενο αντίκτυπο της μελέτης και διαβεβαίωνε για την ύπαρξη εμπιστευτικότητας αλλά και για τη δυνατότητα μη συμμετοχής.

8.3.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Αρχειακή έρευνα

Για την καταγραφή των περιστατικών κακοποίησης διαμορφώθηκε φόρμα καταγραφής στη βάση των συλλεχθέντων στοιχείων, η οποία περιλάμβανε την ηλικία του ατόμου, την καταγωγή, τον τόπο διαμονής, το επάγγελμα, την πηγή παραπομπής, το είδος κακοποίησης και την χρονολογία καταγραφής της κακοποίησης από τον κοινωνικό λειτουργό που έχει αναλάβει τα περιστατικά κακοποίησης.

Από το κοινωνικό ιστορικό συγκεντρώνονταν στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς (ηλικία, φύλο, καταγωγή, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα), τον τρόπο εισαγωγής του στην κλινική (με εισαγγελική εντολή ή εκούσια νοσηλεία.), τις σχέσεις που υπήρχαν ανάμεσα στο ζευγάρι, αλλά και τις σχέσεις του ασθενούς με την οικογένεια προέλευσης (πατέρα-μητέρα-αδέρφια), την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας (σε συνδυασμό με το ψυχιατρικό ιστορικό) κ.α.

Ποιοτική έρευνα

Για τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας διαμορφώθηκε ένα δρομολόγιο συνέντευξης βασισμένο στην Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2002; Nicolaidis et al., 2005; Tenage & Jeffrey, 2005). Οι συνεντεύξεις περιελάμβαναν τις εξής τέσσερις θεματικές ενότητες: 1) Προφίλ των κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν την Κοινωνική Υπηρεσία, 2) Πρακτικές αντιμετώπισης των περιστατικών συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία, 3) Συνεργασία της Κοινωνικής Υπηρεσίας με άλλες υπηρεσίες στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της συντροφικής βίας, 4) Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στη διαχείριση της συντροφικής βίας.

8.3.5 Διαδικασία Ανάλυσης Δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφή και αξιολόγηση της δομής και της πληροφορίας στο φάκελο ασθενή με βάση διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών επαγγελματικών οργανώσεων. Η ανάλυση των δεδομένων περιλάμβανε επίσης την παραγωγή περιγραφικών στατιστικών στοιχείων για όλα τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία των περιπτώσεων συντροφικής βίας που εντοπίστηκαν από την αρχειακή έρευνα στο φάκελο ασθενή καθώς και για τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης και το είδος της φροντίδας που παρασχέθηκε.

Όσον αφορά στην ποιοτική έρευνα στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, τα δεδομένα αναλύθηκαν με διαδικασίες ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Η ανάλυση περιεχομένου (Content analysis) είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται κυρίως στις κοινωνικές επιστήμες και εξετάζει το περιεχόμενο της επικοινωνίας μέσα από την ανάλυση πληροφοριών από μαγνητοφωνήσεις συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες. Με βάση αυτή τη μέθοδο ανάλυσης πραγματοποιήθηκε επικέντρωση του κειμένου σε λιγότερες κατηγορίες περιεχομένου, βασιζόμενη σε σαφείς κανόνες κωδικοποίησης (Krippendorff, 2004). Επίσης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση στις λέξεις εστιάζοντας στην οπτική, στις απόψεις και στο νόημα που προσδίδουν οι συμμετέχοντες στις πράξεις και στα γεγονότα (Creswell, 1998).

Ειδικότερα, για την ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση και ταξινόμηση των στοιχείων και ειδικότερα αριθμήθηκαν οι λέξεις που επαναλαμβάνονταν με μεγαλύτερη συχνότητα στις συνεντεύξεις των υποκειμένων (General Accounting Office, 1996). Οι κατηγορίες που διαμορφώθηκαν από την κωδικοποίηση και τη νοηματική επεξεργασία των δεδομένων ήταν οι εξής: 1) Πρακτικές διαχείρισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας, 2) Συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες, 3) Προβλήματα / εμπόδια στη διαχείριση των περιπτώσεων συντροφικής βίας.

8.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A. Ποιοτική Έρευνα

Κοινωνιολογικό προφίλ συμμετεχόντων

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (90%) και η μέση ηλικία τους ήταν 39.6 έτη. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι (80%) και στην πλειοψηφία τους είχαν 2 παιδιά (50%). Επίσης οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50%) είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια με θέμα την κακοποίηση.

Πίνακας 1. Κοινωνιολογικό προφίλ συμμετεχόντων

| | <i>n</i> | % |
|-------------------------------|------------|--------|
| Φύλο | | |
| Γυναίκες | 9 | 90 |
| Άνδρες | 1 | 10 |
| Ηλικία | M.T.: 39.6 | S: 5.4 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Έγγαμος | 8 | 80 |
| Άγαμος | 1 | 10 |
| Διαζευγμένος | 1 | 10 |
| Αριθμός παιδιών | | |
| 0 | 1 | 10 |
| 1 | 1 | 10 |
| 2 | 5 | 50 |
| 3+ | 3 | 30 |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 1 | 10 |
| Επιμόρφωση | 5 | 50 |

Ακολουθεί η ανάλυση των τριών κατηγοριών που προέκυψαν από την ανάλυση περιεχομένου:

- A. Πρακτικές ανίχνευσης και διαχείρισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας
- B. Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες
- Γ. Προβλήματα / εμπόδια στην διαχείριση των περιπτώσεων συντροφικής βίας

1. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Χρησιμοποιείται κάποιο εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για την αναγνώριση της κακοποίησης;

Στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες (n=10) απάντησαν ότι δεν κάνουν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον εντοπισμό της κακοποίησης και δε χρησιμοποιούν κάποιο σχετικό εργαλείο. Από τους περισσότερους συμμετέχοντες (n=9) αναφέρθηκε ότι περαιτέρω διερεύνηση γίνεται σε περίπτωση που υπάρχουν εμφανή αδικαιολόγητα σημάδια κακοποίησης καθώς και στην περίπτωση που αποκαλυφθεί η κακοποίηση από το ίδιο το άτομο ή που υπάρχει ειδοποίηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας από κάποιον γιατρό για περιστατικό ύποπτο για κακοποίηση. Μόλις δύο συμμετέχοντες σημείωσαν ότι σχετικές πληροφορίες που αφορούν στις σχέσεις του ασθενούς με τον/την σύντροφο και την οικογένεια προέλευσης συλλέγονται στο κοινωνικό ιστορικό του ασθενούς που συμπληρώνεται για όλους τους ασθενείς στην Ψυχιατρική Κλινική.

Με ποια διαδικασία ένα κακοποιημένο άτομο εισάγεται στο νοσοκομείο;

Στην ερώτηση αυτή η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (n=9) απάντησαν ότι η εισαγωγή ενός κακοποιημένου ατόμου στο νοσοκομείο διεξάγεται με τρεις τρόπους: α) μέσω της αστυνομίας με εισαγγελική εντολή, β) μέσω παραπομπής από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και, γ) με δική τους πρωτοβουλία. Ένας από τους συμμετέχοντες απάντησε ότι η εισαγωγή ενός κακοποιημένου ατόμου στο νοσοκομείο διεξάγεται αποκλειστικά με εισαγγελική εντολή.

Όσον αφορά τον τρόπο προσέλευσης των κακοποιημένων ατόμων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=9) ανέφερε ότι τα κακοποιημένα άτομα συνήθως δεν έρχονται με δική τους πρωτοβουλία για να ζητήσουν βοήθεια. Μόλις ένας συμμετέχων ανέφερε ότι είναι σύνηθες φαινόμενο να προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία.

Πώς γίνεται η διαχείριση των εξακριβωμένων περιπτώσεων συντροφικής βίας;

Στο σύνολό τους οι συμμετέχοντες (n=10) ανέφεραν ότι μόνο στις περιπτώσεις αποκάλυψης της συντροφικής βίας γίνονται διερευνητικές ερωτήσεις γύρω από την βία

στο πλαίσιο συνέντευξης, προκειμένου να εκτιμήσουν τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να βοηθήσουν το κακοποιημένο άτομο και τις υπηρεσίες στις οποίες θα μπορούσαν να το παραπέμψουν. Οι εννέα (9) από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα θύματα μετά τη συνέντευξη συνήθως παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες όταν κρίνεται αναγκαίο, ενώ ένας (1) ανέφερε ότι ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεται τις περιπτώσεις περιλαμβάνει την προσπάθεια συμβιβασμού του ζευγαριού.

Με ποια μέσα γίνεται η συλλογή των πληροφοριών από τα θύματα;

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (n=5), απάντησαν ότι η συλλογή των πληροφοριών γίνεται μέσω των ερωτήσεων που συμπεριλαμβάνονται στο καθιερωμένο κοινωνικό ιστορικό που χρησιμοποιείται στην υπηρεσία, και οι υπόλοιποι (n=5) ανέφεραν ότι αυτό γίνεται μέσα από εστιασμένη συνέντευξη με το θύμα.

Συλλέγεται πληροφορία για τα κακοποιημένα άτομα;

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=10) απάντησαν ότι οι πληροφορίες καταγράφονται σε χειρόγραφο μορφή. Από αυτούς οι τέσσερις (n=4) ανέφεραν ότι φυλάσσουν τα χειρόγραφα αρχεία στο συρτάρι του γραφείου τους, οι τρεις (n=3) απάντησαν ότι καταγράφουν τις σημαντικότερες πληροφορίες στο βιβλίο αριθμού-μητρώου το οποίο φυλάσσεται στο γραφείο τους, ο ένας (n=1) ανέφερε ότι δεν καταγράφει καθόλου τις πληροφορίες και οι δυο συμμετέχοντες (n=2) από την ψυχιατρική κλινική μας ανέφεραν ότι οι πληροφορίες φυλάσσονται στον ατομικό φάκελο του ασθενή, ο οποίος φάκελος μετά το εξιτήριο του ασθενή μεταφέρεται στο αρχείο της κλινικής. Σε ηλεκτρονική μορφή καταγράφονται μόνο στην περίπτωση που το περιστατικό χρήζει παραπομπής σε κάποια υπηρεσία.

Υπάρχει κάποιος διαθέσιμος χώρος για τις συζητήσεις με τα κακοποιημένα άτομα;

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=10) απάντησαν ότι το νοσοκομείο δεν προσφέρει κάποιον ιδιαίτερο χώρο προκειμένου να γίνονται οι συζητήσεις, έτσι οι συζητήσεις γίνονται όπου υπάρχει ελεύθερος χώρος είτε στο γραφείο της Κοινωνικής Υπηρεσίας ή κάπου άλλου στο χώρο των διαφορετικών Κλινικών.

Υπάρχει ασφάλεια / εμπιστευτικότητα ως προς την πληροφορία που συλλέγεται από τα κακοποιημένα;

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=10) ανέφεραν ότι υπάρχει εμπιστευτικότητα στις πληροφορίες που φυλάσσονται στα αρχεία και πρόσβαση τόσο στον υπολογιστή όσο και στα χειρόγραφα αρχεία έχουν μόνο οι ίδιοι και οι σπουδαστές της Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Υπάρχει κάποιος στην Κοινωνική Υπηρεσία που να ασχολείται αποκλειστικά με τις περιπτώσεις κακοποίησης;

Από το σύνολο των συμμετεχόντων οι οχτώ (n=9) απάντησαν ότι υπάρχει μια κοινωνική λειτουργός που αναλαμβάνει τα περιστατικά κακοποίησης, αλλά όταν υπάρχει κάποιο περιστατικό στην κλινική τους ή όταν εφημερεύουν το αναλαμβάνουν οι ίδιες. Ένας από τους συμμετέχοντες απάντησε ότι ακόμα και αν εφημερεύει παραπέμπει το όποιο περιστατικό κακοποίησης στην κοινωνική λειτουργό που έχει αναλάβει κατ' αποκλειστικότητα αυτές τις περιπτώσεις.

Ποια τα συναισθήματα των συμμετεχόντων για τις περιπτώσεις συντροφικής βίας

Σε αυτή την ερώτηση οι επτά (n=7) απάντησαν ότι τα συναισθήματα που τους προκαλούνται είναι λύπη, αγανάκτηση και στεναχώρια απέναντι στο θύμα και θυμό για τον δράστη. Δυο (n=3) απάντησαν ότι τα συναισθήματά τους είναι θυμός και το θύμα και για το δράστη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το θύμα έχει κακοποιηθεί κατ' επανάληψη και δεν αντιδράει.

Υπάρχει κάποιο ενημερωτικό υλικό για τις υποστηρικτικές δομές που να παρέχεται στα κακοποιημένα άτομα;

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, (n=8) απάντησαν ότι δεν υπάρχει κάποιο ενημερωτικό έντυπο στην Κοινωνική Υπηρεσία για την κακοποίηση και ότι ενημερώνουν μόνο προφορικά για τις δομές και τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Ενώ δύο (n=2) απάντησαν ότι υπάρχει ενημερωτικό φυλλάδιο για τις υπηρεσίες και τις δομές.

Εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα θύματα στην αναζήτηση βοήθειας;

Το σύνολο των συμμετεχόντων (n=10) απάντησε ότι σχεδόν πάντα το θύμα επιστρέφει πίσω ξανά στον κύκλο βίας κυρίως λόγω οικονομικής και συναισθηματικής εξάρτησης από το δράστη, αλλά και επειδή έχουν συνηθίσει να ζουν σε ένα τέτοιο κλίμα από την πατρική τους οικογένεια.

Γίνεται εκτίμηση του κινδύνου για το θύμα και την οικογένειά του;

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=10) ανέφεραν ότι κάνουν εκτίμηση του κινδύνου και προσπαθούν να διαφυλάξουν τα θύματα μέσω των αστυνομικών αρχών, με ασφαλιστικά μέτρα, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του θύματος. Ανέφεραν προσπάθειες διαφύλαξης των θυμάτων μέσω της κλήσης της αστυνομίας και προώθησης ασφαλιστικών μέτρων (n=7) καθώς και μέσα από ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των θυμάτων (n=4). Ένας από τους συμμετέχοντες (n=1) συνιστά στα θύματα την επιπλέον παραμονή τους στο χώρο του νοσοκομείου, ή/και τη μεταφορά σε άλλη πόλη όταν χρειάζεται.

Συνεχίζεται η επαφή με το περιστατικό και μετά την παραπομπή σε άλλη υπηρεσία (follow up);

Στην συγκεκριμένη ερώτηση, ελάχιστοι συμμετέχοντες (n=2) απάντησαν ότι διατηρούν επαφή με το περιστατικό και μετά την παραπομπή τους σε κάποια άλλη υπηρεσία για ένα ορισμένο διάστημα. Επίσης τρεις (n=3) ανέφεραν ότι ο λόγος που δεν κρατάνε επαφή είναι ο φόρτος εργασίας και από τη στιγμή που έχουν παραπέμψει το περιστατικό σε άλλη υπηρεσία, φεύγει από τη δική τους δικαιοδοσία και τέλος πέντε (n=5) απάντησαν ότι εξαρτάται από την περίπτωση.

2. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Υπάρχει διατμηματική συνεργασία ανάμεσα σε διαφορετικές κλινικές ή τμήματα;

Δύο εκ των συμμετεχόντων (n=2) απάντησαν ότι η διεπιστημονική συνεργασία με κάποιους γιατρούς συγκεκριμένων κλινικών η συνεργασία δεν είναι πάντα καλή, διότι

ασχολούνται περισσότερο με το ιατρικό κομμάτι και δεν τους ενδιαφέρει να ασχοληθούν με το κοινωνικό λόγω φόρτου εργασίας. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν (n=9) ότι γνωρίζουν ότι λειτουργεί ιατρείο για την κακοποίηση στο χώρο του νοσοκομείου, εκτός από έναν (n=1) που δεν γνώριζε ότι στον χώρο του νοσοκομείου λειτουργεί το ιατροδικαστικό ιατρείο το οποίο μάλιστα συνεργάζεται και με την Κοινωνική Υπηρεσία. Ειδικότερα, στα ζητήματα αντιμετώπισης της συντροφικής βίας υπάρχει συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού που έχει αναλάβει τις περιπτώσεις κακοποίησης ως εκπρόσωπος της Κοινωνικής Υπηρεσίας με το Ιατροδικαστικό Γραφείο (Ιατροδικαστής, ψυχολόγος). Σε αυτή την υπηρεσία παραπέμπονται τα περιστατικά κακοποίησης από εξωτερικές πηγές έπειτα από εισαγγελική εντολή από την αστυνομική διεύθυνση. Εκεί τηρούνται αρχεία ψυχολογικής εκτίμησης που καταγράφονται σε ηλεκτρονική μορφή από τον ψυχολόγο-συνεργάτη του ιατροδικαστή του νοσοκομείου του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Οι περιπτώσεις που φτάνουν στο ιατροδικαστικό γραφείο έχουν επιβεβαιωμένη κακοποίηση και περαιτέρω εκτίμηση γίνεται σε περιπτώσεις που δεν ταυτίζονται τα σωματικά συμπτώματα με τις αναφορές του θύματος.

Τα κακοποιημένα άτομα παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες για να βοηθηθούν;

Στην συγκεκριμένη ερώτηση σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν (n=9) απάντησαν ότι τα περισσότερα περιστατικά κακοποίησης που έχουν αναλάβει, τα έχουν παραπέμψει σε άλλες υπηρεσίες. Εκτός, από έναν (n=1), ο οποίος ανέφερε την προτίμησή του να μην παραπέμψει τα περιστατικά σε άλλες υπηρεσίες, γιατί θεωρούσε καλύτερη λύση τον συμβιβασμό.

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ.

Εμπόδια που αφορούν στην αντίχρευση της κακοποίησης

Στο σύνολο τους οι συμμετέχοντες (n=10) απάντησαν ότι δεν συναντούν ιδιαίτερα εμπόδια στο να συλλέξουν τις πληροφορίες, διότι τα άτομα τα οποία απευθύνονται στην

Κοινωνική Υπηρεσία για θέματα κακοποίησης καθώς έχουν πάει με δική τους πρωτοβουλία και είναι αποφασισμένα να μιλήσουν και να δεχτούν συμβουλές.

Εμπόδια στην αντιμετώπιση των περιπτώσεων κακοποίησης

Σε αυτή την ερώτηση σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (n=9) απάντησαν ότι τα προβλήματα που δυσχεραίνουν το έργο τους είναι η έλλειψη δομών και υπηρεσιών για την παραπομπή των κακοποιημένων και το γεγονός ότι οι υπάρχουσες δομές στο Ηράκλειο (ΚΕΘΙ, ξενώνας για την κακοποιημένη γυναίκα, αστυνομία) υπολειτουργούν. Ένας από τους συμμετέχοντες (n=1) εξέφρασε ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα που παρεμποδίζει την δουλειά του. Επίσης, τέσσερις (n=4) από τους συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι υπάρχει έλλειψη εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών και απουσία της δυνατότητας παρακολούθησης επιμορφωτικών σεμιναρίων. Δυο συμμετέχοντες (n=2) ανέφεραν ότι υπάρχει έλλειψη προσωπικού και ένας (n=1) εξέφρασε την έλλειψη συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες του ιατρικού προσωπικού.

Προτάσεις βελτίωσης

Οι προτάσεις των συμμετεχόντων συνοψίζονται ως εξής: 1. Περισσότερες δομές και υπηρεσίες για τις κακοποιημένες γυναίκες (n=9), 2. Διαθέσιμοι χώροι στο χώρο του νοσοκομείου που θα μπορούν να διεξάγονται οι συνεντεύξεις με το κακοποιημένο άτομο (n=2), 3. Πρόσληψη προσωπικού (n=3), 4. Θεσμοθέτηση του ιατρού για την κακοποίηση (n=2), 5. Οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την αντιμετώπιση της κακοποίησης από τη διοίκηση του νοσοκομείου (n=2), 6. Δημιουργία δομών και υπηρεσιών για την παραπομπή κακοποιημένων παιδιών (n=2), 7. Ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης ζευγαριών (1), 8. Καμία αλλαγή δεν έχει αποτέλεσμα καθώς η αποτελεσματικότητα της όποιας παρέμβασης εξαρτάται από τη θέληση του ίδιου του ατόμου και τη δεκτικότητά του σε υποστηρικτικές υπηρεσίες.

B. ΑΡΧΕΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Συνολικά διερευνήθηκαν 1117 αρχεία (1054 Ψυχιατρική Κλινική, 63 Κοινωνική Υπηρεσία) και από αυτά οι περιπτώσεις κακοποίησης που βρέθηκαν ήταν συνολικά 42 (ποσοστό 3.8%). Από τις 42 περιπτώσεις κακοποίησης, οι 21 βρέθηκαν στα αρχεία της Ψυχιατρικής Κλινικής και οι 21 στην Κοινωνική Υπηρεσία.

Στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται αναλυτικά αποτελέσματα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που βρέθηκαν να έχουν δεχθεί συντροφική βία (n=42). Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κακοποιημένων ατόμων ήταν γυναίκες (n=33, 78,6%). Το μεγαλύτερο ποσοστό συντροφικής βίας (38,1%) βρέθηκε στις ηλικίες 28 έως 37. Όσον αφορά στο επάγγελμα και την εθνικότητα, η πλειψηφία των κακοποιημένων ατόμων ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (28.6%) και Έλληνες (59,5%).

Πίνακες 2, 3. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία κακοποιημένων ατόμων για το σύνολο του δείγματος

| n=42 | n | % |
|-------------------|----|------|
| Φύλο | | |
| Άνδρες | 8 | 19 |
| Γυναίκες | 33 | 78.6 |
| Έλλειψη στοιχείων | 1 | 2.4 |
| Ηλικία | | |
| 18-27 | 7 | 16.7 |
| 28-37 | 16 | 38.1 |
| 38-47 | 8 | 19.0 |
| 48-57 | 4 | 9.5 |
| 58-67 | 1 | 2.4 |
| 68-77 | 6 | 14.3 |

| Επάγγελμα | n | % |
|-------------------------|----|------|
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 9 | 21.4 |
| Οικιακά | 4 | 9.5 |
| Ανεργος | 2 | 4.8 |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | 12 | 28.6 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1 | 2.4 |
| Συνταξιούχος | 5 | 11.9 |
| Ελλιπή στοιχεία | 9 | 21.4 |
| Εθνικότητα | | |
| Ελληνική | 25 | 59.5 |
| Αλβανική | 3 | 7.1 |
| Βουλγαρική | 2 | 4.8 |
| Ρουμανική | 1 | 2.4 |
| Ελλιπή στοιχεία | 11 | 26.2 |

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μ αναζήτηση. Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση με μεγαλύτερη συχνότητα (59,6%), μεγάλο ποσοστό συχνότητας εμφανίζει και η ψυχολογική κακοποίηση με (23,9%) .

Πίνακας 4. Μορφές κακοποίησης

| Είδος κακοποίησης | n | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| Σωματική και σεξουαλική | 25 | 59,6 |
| Σωματική και ψυχολογική | 7 | 16,6 |
| Ψυχολογική | 10 | 23,9 |
| Σύνολο | 42 | 100 |

Α) Στατιστικά στοιχεία Κοινωνικής Υπηρεσίας

Στους πίνακες 5 και 6 παρουσιάζονται αναλυτικά αποτελέσματα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν δεχθεί συντροφικής βία (n=21), όπως έχουν καταγραφεί από την Κοινωνική Υπηρεσία. Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κακοποιημένων ατόμων είναι γυναίκες (95.2%). Το μεγαλύτερο ποσοστό συντροφικής βίας (52.4%) εμφανίζεται στις ηλικίες 28 έως 37. Όσον αφορά στο επάγγελμα και την εθνικότητα, η πλειψηφία των κακοποιημένων ατόμων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό (52.3%) και στην Εθνικότητα κατά πλειοψηφία ήταν Έλληνες (38.1%).

Πίνακες 5, 6. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία κακοποιημένων ατόμων Κοινωνικής Υπηρεσίας

| n=21 | n | % |
|-------------------|----|------|
| Φύλο | | |
| Άνδρες | 0 | 0 |
| Γυναίκες | 20 | 95.2 |
| Έλλειψη στοιχείων | 1 | 4.8 |
| Ηλικία | | |
| 18-27 | 5 | 23.8 |
| 28-37 | 11 | 52.4 |
| 38-47 | 4 | 19 |
| 48-57 | 0 | 0 |
| 58-67 | 0 | 0 |
| 68-77 | 1 | 4.8 |

| Επάγγελμα | n | % |
|-------------------------|----|------|
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 11 | 52.3 |
| Οικιακά | 0 | 0 |
| Άνεργος | 0 | 0 |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | 6 | 28.6 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1 | 4.8 |
| Συνταξιούχος | 0 | 0 |
| Ελλιπή στοιχεία | 3 | 14.3 |
| Εθνικότητα | | |
| Ελληνική | 8 | 38.1 |
| Αλβανική | 3 | 14.3 |
| Βουλγαρική | 1 | 4.8 |
| Ρουμανική | 1 | 4.8 |
| Ελλιπή στοιχεία | 8 | 38.1 |

B) Στατιστικά στοιχεία Ψυχιατρικής κλινικής

Στους πίνακες 7 και 8 παρουσιάζονται αναλυτικά αποτελέσματα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν δεχθεί συντροφική βία (n=21). Ειδικότερα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κακοποιημένων ατόμων είναι γυναίκες (61.9%), αλλά και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό κακοποιημένων αντρών συντροφικής βίας (38.1). Το μεγαλύτερο ποσοστό συντροφικής βίας (23.8%) εμφανίζεται στις ηλικίες 28 έως 37. Όσον αφορά στο επάγγελμα η πλειοψηφία κακοποιημένων ατόμων συντροφικής βίας ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και οικιακά. Τέλος, όσον αφορά στην καταγωγή στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν Έλληνες (80.9%).

Πίνακες 7, 8. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία κακοποιημένων ατόμων που είναι καταχωρημένα στα αρχεία της ψυχιατρικής κλινικής.

| n=21 | n | % | Επάγγελμα | n | % |
|-------------------|----|------|----------------------------|----|------|
| Φύλο | | | Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0 | 0 |
| Άνδρες | 8 | 38.1 | Οικιακά | 4 | 19 |
| Γυναίκες | 13 | 61.9 | Άνεργος | 2 | 9.6 |
| Έλλειψη στοιχείων | 0 | 0 | Ελεύθερος Επαγγελματίας | 4 | 19 |
| Ηλικία | | | Δημόσιος Υπάλληλος | 1 | 4.8 |
| 18-27 | 2 | 9.6 | Συνταξιούχος | 4 | 19 |
| 28-37 | 5 | 23.8 | Ελλιπή στοιχεία | 6 | 28.6 |
| 38-47 | 4 | 19 | Εθνικότητα | | |
| 48-57 | 4 | 19 | Ελληνική | 17 | 80.9 |
| 58-67 | 1 | 4.8 | Αλβανική | 0 | 0 |
| 68-77 | 5 | 23.8 | Βουλγαρική | 1 | 4.8 |
| | | | Ρουμανική | 0 | 0 |
| | | | Ελλιπή στοιχεία | 3 | 14.3 |

Στον πίνακα 9 εμφανίζονται τα είδη της ψυχικής νόσου που είχαν τα κακοποιημένα άτομα στην ψυχιατρική κλινική. Η ψυχική νόσος με τη μεγαλύτερη συχνότητα που υπήρχε στα κακοποιημένα άτομα ήταν η σχιζοφρένεια (23,8 %). Ενδιαφέρον όμως

παρουσιάζει και το ποσοστό της ψυχωσικής συνδρομής το οποίο είναι αρκετά υψηλό με (19,0 %), αλλά και της μείζων κατάθλιψης με (14,2 %).

Πίνακας 9. *Είδος ψυχικής νόσου κακοποιημένων ατόμων*

| Ψυχική νόσος (n=21) | n | % |
|--------------------------|----|------|
| Σχιζοφρένεια | 5 | 23.8 |
| Διαταραχή προσωπικότητας | 1 | 4.8 |
| Μείζων κατάθλιψη | 3 | 14.2 |
| Παραληρητική διαταραχή | 1 | 4.8 |
| Ψυχωσική συνδρομή | 4 | 19.0 |
| Διπολική διαταραχή | 1 | 4.8 |
| Κατάθλιψη | 1 | 4.8 |
| Έλλειψη στοιχείων | 5 | 23.8 |
| Σύνολο | 21 | 100 |

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται ο τρόπος εισαγωγής των κακοποιημένων ατόμων στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι εισαγωγής είναι η εισαγγελική εντολή με ποσοστό 28.6% και η εκούσια νοσηλεία με 71.4%.

Πίνακας 10. *Πηγή παραπομπής κακοποιημένων ατόμων στο νοσοκομείο.*

| Πηγή παραπομπής (n=21) | n | % |
|------------------------|----|------|
| Εισαγγελική εντολή | 6 | 28,6 |
| Εκούσια νοσηλεία | 15 | 71.4 |
| Σύνολο | 21 | 100 |

8.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε αρκετά τα προβλήματα που αφορούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα οποία παρεμποδίζουν την αποτελεσματική αναγνώριση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων συντροφικής βίας από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δίδουν μια πρώτη εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα και αναδεικνύουν την αναγκαιότητα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος στις δομές Τριτοβάθμιας Περίθαλψης.

Συγκεκριμένα από τα αποτελέσματα της αρχειακής έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων της έρευνας μας που είχαν υποστεί συντροφική κακοποίηση είναι γυναίκες, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην περιορισμένη δήλωση τέτοιων περιστατικών από τους άνδρες λόγω κοινωνικών στερεότυπων. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Τζαμαλούκα και συν (2007), τα αποτελέσματα της οποίας δείχνουν ότι ενώ αποτελεί γεγονός η συντροφική κακοποίηση στον άντρα, δυσκολεύεται να εκφραστεί για διάφορους λόγους, όπως γιατί τα άτομα δεν είναι εξοικειωμένα στην ιδέα της κακοποίησης του άντρα από την γυναίκα. Επιπροσθέτως, στους άντρες παρατηρείται εντονότερα η συναισθηματική κακοποίηση από την γυναίκα. Η συγκεκριμένη μορφή κακοποίησης είναι δύσκολο να εντοπιστεί καθώς δεν υπάρχουν εμφανή σημάδια. Τέλος, ίσως είναι και ο «εγωισμός» των ανδρών που δεν τους επιτρέπει να παραδεχτούν ότι μπορεί να κακοποιούνται από μια γυναίκα.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κακοποίησης παρουσιάζεται στην αναπαραγωγική ηλικία μεταξύ 28 με 47 ετών με ποιο διαδεδομένο το είδος της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, σημαντικό ποσοστό καταγραφής εμφανίζεται και στην ψυχολογική κακοποίησης.

Όσον αφορά στην ανταπόκριση του συστήματος υγείας μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας, από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας καθίσταται εμφανής η ύπαρξη προβλημάτων που αφορούν στην οργάνωση, τη στελέχωση και τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου. Τα κυριότερα συμπεράσματα παρουσιάζονται επιγραμματικά στον Πίνακα 11. Πιο αναλυτικά αυτά είναι:

1. Έλλειψη γνώσης και ευκαιριών εκπαίδευσης και επιμόρφωσης

Σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων είχε ελλειπείς γνώσεις και περιορισμένη επιμόρφωση σε ζητήματα κακοποίησης με αποτέλεσμα την υιοθέτηση λανθασμένης στάσης και αντιμετώπισης των περιπτώσεων. Για παράδειγμα, αναφέρθηκε η επιδίωξη κάποιων επίτευξης συμβιβασμού μεταξύ των ζευγαριών και όχι την παραπομπή σε εξειδικευμένες και πιο αρμόδιες υπηρεσίες, αλλά ούτε και σε διαζύγιο καθώς θεωρούσαν ότι οι υπηρεσίες δεν μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά τα άτομα λόγω έλλειψης υποδομών. Επιπλέον, βρέθηκαν αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις καθώς υπήρχαν συμμετέχοντες που ανέφεραν συναισθήματα θυμού για το θύμα ιδιαίτερα στην περίπτωση που η κακοποίηση έχει επαναληφθεί κι άλλες φορές στο παρελθόν και δεν αποφάσιζε να καταγγείλει ή να εγκαταλείψει τον δράστη. Κατά τον ίδιο τρόπο σε έρευνα τους οι Nicolaidis, C. et all (2005) που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο σε 278 συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας, προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες με ποσοστό 51% με 60% παρουσιάζουν περισσότερο συναισθήματα συμπάθειας στα άτομα που παραμένουν στον κύκλο βίας και ιδιαίτερα σε εκείνα που εξαρτώνται οικονομικά από τον δράστη. Σε αντίθεση, ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων το 25% με 39% παρουσιάζουν συναισθήματα εμπάθειας, εάν τα θύματα έχουν οικονομική άνεση και καλό μορφωτικό επίπεδο.

Υπογραμμίστηκε επίσης η ελλιπής μέριμνα εκ μέρους της διοίκησης του νοσοκομείου για τη διοργάνωση σεμιναρίων με στόχο την επιμόρφωση του προσωπικού στη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης. Αντίστοιχη μελέτη ανέδειξε την άγνοια των κοινωνικών λειτουργών και την αδυναμία τους να ανταπεξέλθουν σε περιπτώσεις κακοποίησης και υπογράμμισε την αναγκαιότητα διεξαγωγής προσυμπωματικού ελέγχου για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων (Tenagne & Jeffrey, 2005).

2. Ελλιπής καταγραφή και τεκμηρίωση των περιπτώσεων συντροφικής βίας

Παρατηρήθηκε η έλλειψη εργαλείων και μέσων συγκέντρωσης πληροφοριών από τα θύματα κακοποίησης καθώς και η μη συστηματική συγκέντρωση των πληροφοριών με αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις στα δεδομένα που συλλέγονται. Η συλλογή και καταγραφή των πληροφοριών συνήθως γίνεται μέσω συζήτησης χωρίς

συγκεκριμένη δομή. Κοινωνικά ιστορικά λαμβάνονται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και σε χειρόγραφη μορφή ενώ οι πληροφορίες καταγράφονται ηλεκτρονικά μόνο στην περίπτωση που απαιτείται παραπομπής σε άλλη υπηρεσία. Επιπλέον, δεν υπάρχει μια ενιαία φόρμα κοινωνικού ιστορικού που να μπορεί να δώσει συγκριτικά στοιχεία για το σύνολο των περιπτώσεων.

3. Απουσία πρωτοκόλλου για τη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης και ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τις υπάρχουσες ενδονοσοκομειακές διαδικασίες

Παρατηρήθηκε η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών για τον τρόπο αντιμετώπισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία καθώς και άγνοια των ενδονοσοκομειακών διαδικασιών που ακολουθούνται άτυπα και λιγότερο συντονισμένα για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων. Για παράδειγμα, δεν ήταν σε όλους γνωστή η δυνατότητα παραπομπής των περιπτώσεων στον ψυχολόγο του Ιατροδικαστικού Γραφείου για περαιτέρω υποστήριξη ή ορισμένοι παρέβλεπαν την συγκεκριμένη δυνατότητα.

4. Ελλιπής διεπιστημονική, διατμηματική συνεργασία και διασύνδεση με υποστηρικτικές δομές και υπηρεσίες

Οι υποστηρικτικές δομές είναι ελάχιστες και δεν επαρκούν, καθώς δεν προσφέρουν την απαιτούμενη ουσιαστική στήριξη που τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη, όπως οικονομική και νομική στήριξη. Η Κοινωνική Υπηρεσία δεν έχει αναπτύξει συνεργασία με τις υπάρχουσες δομές παρά μόνο περιστασιακή αναζήτηση συμβουλευτικών υπηρεσιών από το (ΚΕΘΙ) καθώς και με τον Ξενώνα κακοποιημένων γυναικών, του οποίου η βοήθεια είναι περιορισμένη αφού δεν διαθέτει τον απαραίτητο χώρο για να φιλοξενήσει αρκετές περιπτώσεις κακοποίησης.

5. Ασφάλεια και εμπιστευτικότητα των πληροφοριών

Τα χειρόγραφα αρχεία φυλάσσονται σε φακέλους στα γραφεία των κοινωνικών λειτουργών, στα οποία έχουν πρόσβαση οι εργαζόμενοι της κοινωνικής υπηρεσίας (κοινωνικοί λειτουργοί, σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας).

6. Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και ανθρώπινου δυναμικού

Το νοσοκομείο δεν προσφέρει κάποιον ιδιαίτερο χώρο προκειμένου να γίνονται εμπιστευτικά οι συνομιλίες με τα κακοποιημένα άτομα με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να αναγκάζονται να συζητούν με τα θύματα σε τυχαία επιλεγμένους χώρους. Επιπλέον, μέχρι πρόσφατα η Ψυχιατρική Κλινική δε διέθετε καθόλου ηλεκτρονικούς υπολογιστές ενώ η Κοινωνική Υπηρεσία διέθετε μόνο έναν, με αποτέλεσμα οι καταγεγραμμένες πληροφορίες και στις δύο υπηρεσίες να είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες. Επίσης, εκτός από την έλλειψη ηλεκτρονικών υπολογιστών, παρουσιάζεται και έλλειψη ενημερωτικού υλικού σχετικά με τις υπηρεσίες κακοποίησης όπου το κακοποιημένο άτομο μπορεί να απευθυνθεί.

Πίνακας 11. Κυριότερα συμπεράσματα από την έρευνα

| |
|--|
| 1. Έλλειψη γνώσης και ευκαιριών εκπαίδευσης και επιμόρφωσης |
| 2. Ελλιπής καταγραφή και τεκμηρίωση των περιπτώσεων συντροφικής βίας |
| 3. Απουσία πρωτοκόλλου για τη διαχείριση των περιπτώσεων κακοποίησης και ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τις υπάρχουσες ενδονοσοκομειακές διαδικασίες |
| 4. Ελλιπής διεπιστημονική, διατμηματική συνεργασία και διασύνδεση με υποστηρικτικές δομές και υπηρεσίες |
| 5. Ασφάλεια και εμπιστευτικότητα των πληροφοριών |
| 6. Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και ανθρώπινου δυναμικού |
| 7. Έλλειψη ενημερωτικού υλικού |

8.6 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές αδυναμίες. Μία από αυτές είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος που δεν ευνοεί τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικότερο πληθυσμό των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στις Κοινωνικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων της χώρας

Επιπλέον, η μελέτη στηρίχθηκε σε αυτοαναφορές και συνεπώς δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί η ειλικρίνεια στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ένας επίσης περιοριστικός παράγοντας ήταν ο μικρός αριθμός αντρών συμμετεχόντων που δεν ευνοούσε τη σύγκριση ανάμεσα στα δύο φύλα.

Παρατηρήθηκαν τέλος πολλές ελλείψεις όσον αφορά στις καταγεγραμμένες πληροφορίες στα αρχεία της Ψυχιατρικής κλινικής και της Κοινωνικής Υπηρεσίας γεγονός που δυσκόλεψε ιδιαίτερα τη συγκριτική ανάλυση των δεδομένων και την εξαγωγή συμπερασμάτων.

8.7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επιμορφωτικά καθώς και σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης.
2. Υπάρχει επίσης ανάγκη ανάπτυξης πρωτοκόλλου διαχείρισης των περιπτώσεων κακοποιημένων ατόμων και κατευθυντήριων οδηγιών για τον τρόπο αντιμετώπισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Το πρωτόκολλο πρέπει να περιλαμβάνει μεθόδους και εργαλεία ανίχνευσης και αναγνώρισης της κακοποίησης έτσι ώστε να μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να διεξάγει συντονισμένη και έγκαιρη παρέμβαση.
3. Υπάρχει ανάγκη ορισμού ενός κοινωνικού λειτουργού που θα έχει την ευθύνη των περιστατικών κακοποίησης και θα καταγράφει τις πληροφορίες σε καλά διαφυλαγμένο αρχείο.
4. Αναγκαία κρίνεται η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες κακοποίησης όπως ο Σύλλογος Κακοποιημένων Ατόμων με τον Ξενώνα και το Κ.Ε.ΘΙ. καθώς και η ύπαρξη ενημερωτικού υλικού με τις υπηρεσίες και δομές που μπορεί να απευθυνθεί ένα κακοποιημένο άτομο.
5. Αναγκαία είναι η δημιουργία περισσότερων και κατάλληλων χώρων όπου θα πραγματοποιούνται οι συνεντεύξεις με τα κακοποιημένα άτομα εμπιστευτικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης Ι., (2003). « *Ενδο-οικογενειακή Βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*». Αθήνα: Εκδόσεις ΚΕΘΙ

Διεθνής Αμνηστία Ελλάδα, (2006). «*Κριτική Του Σχεδίου Νόμου, για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας*»

Καριωτάκη, Ε., (2007). «*Και όμως συμβαίνει και στη διπλανή πόρτα. Κακοποίηση Γυναικών*».

Κολίρη, Μ.Ε, Μαλογιάννης, Ι., Καπετανάκη, Δ., Καραπιπέρη, Α., Σωτηράκου, Α. & Κατσαδώρος, Κ., (2007). «*Δουλεύοντας με αλλοδαπές γυναίκες θύματα βίας και σωματεμπορίας: Πιλοτική Έρευνα για την εφαρμογή φόρμας καταγραφής κλινικών και πολιτισμικών στοιχείων*», 3ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό

Κοντοθανάση, Ά. (2006). «*Η ανάγκη μιας νέας νομοθετικής και κοινωνικής πολιτικής για τον έλεγχο της ενδοοικογενειακής βίας*»

Κοσμά, Ε., Σαπλαούρα, Β., Γαλατσοπούλου, Φ., Κοσμά, Ε., Παππάς, Α., Φαρμάκη, Δ., (2006). «*Μορφές ενδοοικογενειακής βίας, Εξέλιξη και ρόλος της οικογένειας στην τοπική κοινωνία. Μία μελέτη περίπτωσης*», Ιωάννινα (Σεπτέμβριος ΚΕΝΤΡΟ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ)

Malcolm P., (2002). «*Σύγχρονη θεωρία της κοινωνικής εργασίας*». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μπεκιάρη, Ε.Η., Κατσαδώρος Κ.Β, (2008). «*Οδηγός για την Αναγνώριση της Κακοποίησης της Γυναίκας για γιατρούς & άλλους επαγγελματίες υγείας*», Αθήνα: ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. «Κλίμαξ plus»

Πανούσης Γ., (1989). «*Σύγχρονα θέματα εγκληματολογίας*», Αθήνα: Δανιά

Παπαληγούρας, Α., (2006). «*Παρουσίαση του νομοσχεδίου για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας στην Κυβερνητική Επιτροπή*».

Πετρούλια, Ν., (2008). «*Ενδοοικογενειακή βία και βία εναντίον των γυναικών*». <http://petroulianatasa.wordpress.com>

Τζαμαλούκα, Γ., Παπαδακάκη, Μ., Χατζηφωτίου, Σ., Χλιαουτάκης, Ι., (2006). «Συμπεριφορές συναισθηματικής κακοποίησης σε ενήλικα ζευγάρια: ένα υπόδειγμα με ερμηνευτικό παράγοντα τον τρόπο ζωής». *ΒΗΜΑ των Κοινωνικών Επιστημών* (Υπό δημοσίευση)

Τζαμαλούκα, Γ., (2007). « Η επιθετικότητα των γυναικών στην συντροφική σχέση».

Τσιγγής, Α., (1993). «Εμπορία και σεξουαλική εκμετάλλευση της γυναίκας», Αθήνα: Σάκκουλα Α.

Τσιγγής, Α., (1996). «Ο βιασμός ένα αθέατο έγκλημα». Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλα Α.

Σταματοπούλου, Ε., (2000). «Σπάζοντας τη σιωπή». Αθήνα: Πρακτικά Συνεδρίου

Στάμου, Ν., (2005). «Ενδοοικογενειακή Βία. Ποσοτική Ανάλυση στοιχείων που αφορούν στις γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας». www.papaki.gr

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, «Επισκοπή της εφαρμογής από τα κράτη - μέλη και τα όργανα της Ε.Ε. του προγράμματος δράσης του Πεκίνου – Σχέδιο συμπερασμάτων του Συμβουλίου», αρ. εγγράφου 14578/02, Βρυξέλλες, 22/11/2002, παράρτημα II.

Φιλιππόπουλος Γ., (1980). «Κοινωνική Ψυχιατρική». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα

Χατζηφωτίου Σ. (2005). « Ενδοοικογενειακή βία κατά των Γυναικών και Παιδιών». Αθήνα: Τζιόλα

Herman, Z., (1996). «Βία-επακόλουθα- ψυχικά τραύματα –θεραπεία». Αθήνα: Θετίλα

Walker, L. E., (1989). «Η κακοποιημένη γυναίκα». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Ξενογλώσση

Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., Lowenstein, S.R., (1995). «Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population». *JAMA*.273:1763-7

- Aldarondo, E., & Sugarman, D.B.,** (1996). «*Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault*». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64: 1010-1019
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A. & Taylor, A.,** (2002). «The targets of violence committed by young offenders with alcohol dependence, marijuana dependence and schizophrenia-spectrum disorders: findings from a birth cohort». *Criminal Behaviour and Mental Health*. 12: 155.168
- Bandura, A.,** (1969). «*Principles of Behavior Modification*». New York: Holt, Rinehart & Winston
- Bandura, A.,** (1973). «*Aggression: A Social Learning Analysis*». Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A.,** (1977). «*Social Learning Theory*». New York: General Learning Press.
- Barnett, O. W.,** (1997). «*Family Violence Across the Lifespan. An Introduction*». U.S.A.: Sage Publications.
- Bartollas, C. & Dinitz, S.,** (1989). «*Introduction To Criminology: Order and disorder*». U.S.A.: Harpers & Row Publishers.
- Bergen, R. K.,** (1996). «*Wife Rape. Understanding the Response of Survivors and Service Providers*». U.S.A.: Sage Publications
- Bergen, R. K.,** (1999). «*Marital Rape. The New Criminologist*».
- Black DA, Schumacker JA, Smith AM, Heyman RE.,** (1999) «*Partner, child abuse risk, factor literature review: National Network on Family Resiliency, National Network for Health [cited 2005 September 15]*». Available from :URL:www.nnh.org/risk
- Bureau of Justice Statistics,** (1997). «*Bureau of Justice Statistics Sourcebook of Criminal Justice Statistics*». Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 1998: 198, NCJ 171147
- Caetano R., Field C. A. & Nelson S.,** (2003). «*Association Between Childhood Physical Abuse, Exposure to Parental Violence and Alcohol Problems in Adulthood*». *Journal of Interpersonal Violence*
- Campbell, J.C., & Lewandowski, L.A.,** (1997). «*Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children*». *Psychiatric Clinics of North America*. 20: 353-373

- Cambell, J.C.**, (2002). «*Health consequences of intimate partner violence*». *Lancet*. 359:1331-1336
- Carlson, B.E.**, (1984). «*Children's observations of inter-parental violence' in: Battered Women and Their Families*», ed. A.R. Roberts, Springer, New York.
- Carol J.**, (1994). «*The protection of children exposed to marital violence*». *Child Abuse Review*
- Cascardi, M.**, Langhinrichsen, J., & Vivian, D., (1992). «*Marital aggression: Impact, injury and health correlates for husbands and wives*». *Archives of Internal Medicine*. 152: 357-363
- Cibelman M.**, (1995). «*What social workers do*». United States of America: NASW
- Coker, A.L.**, Smith, P.H., McKeown, R.E., & King, M.J., (2000). «*Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering*». *American Journal of Public Health*. 90: 553-559
- Counts, D.A.**, Brown, J., Campbell, J., (1992). «*Sanctions and Sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*». Boulder. CO. Westview Press. 1992
- Creswell, W.J.**, (1998). «*Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*». Sage Publications London
- Davidson, J. K.** & Moore, N. B., (1992). «*Marriage and Family*». U.S.A.: Wm. C. Brown Publishers
- European Women's Loddy**, Unveiling the Hidden Data on Domestic Violence in the EU, European Policy Action Center of violence Against Woman, (1999).
- Family Violence Prevention Fund (FVPPF)**, (2002). «*National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care*».
- Feld, S.L.**, & Straus, M.A. (1989). «*Escalation and desistance of wife assault in marriage*». *Criminology*. 27: 141-161
- Flitcraft, A.**, Hadley, S., Hendricks-Matthews, M., McLeer, S. & Warshaw, C., (1992). «*Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*». American Medical Association.
- Gazmaranian, JA**, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS., (1996). «*Prevalence of violence against pregnant women*». *The Journal of the American Medical Association* 24, 1915-1920

- Garbarino & Crouter.**, (1978). «*The Significance of Ethnic and Cultural Differences in Child Maltreatment*». *Journal of Marriage and Family* , vol 45
- Gelles, R.J.**, (1983). «*An exchange/social control theory. In The Dark Side of Families: Current Family Violence Research*». Finkelhor, D., Gelles, R.J, Hotaling, G., Straus, M.A. Sage: California; 151.165
- Gelles, R. J. & Cornell C. P.**, (1985). «*Intimate Violence in Families*», Newbury Park, Sage Pub.
- Gelles R.**, (1988). «*Multiple stressors, violence in the family of origin, and marital aggression: Alongitudinal investigation*». *Journal of Family Violence*, Vol 3.
- Gielen, A.C., O.Campo, P.J, Faden, R.R, Kass, N.E., Xue, X.**, (1994). «*Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year*». *Social Science and Medicine*. 39: 781.78
- Greater London Authority**, (2001). «*The London Domestic Violence Strategy, in: Guy's and St Thoma's NHS Foundation Trust*». (2005), *Domestic Violence Guidelines for Midwives and Obstetricians*
- Grisso, J.A., Wishner, A.R., Schwartz, D.F., Weene, B.A., Holmes, J. H., & Sutton, R.L.**, (1991). «*A population-based study of injuries in inner-city women*». *American Journal of Epidemiology*. 143: 59-68
- Haley, S. D. & Brann - Haley, E.**, (2000). «*War on the Home Front. An examination of wife abuse*». U.S.A.: Bergnahn Books.
- Hastings, J.E., & Hamberger, L.K.**, (1988). «*Personality characteristics of spouse abusers: A controlled comparison. Violence and Victims*». 3: 31. 48
- Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R., Pavlos, C.A.**, (2000). «*Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse*». *Am J Prev Med*. 19:302-7
- Heise, L.L., & Germian, A.**, (1994). «*Violence against women: The bidden bealthburden*». Washington, DC: Worldbank Discussion Papers, No.255
- Heise, L.L.**, (1998). «*Violence against women: An integrated, ecological framework*». *Violence Against Women* 4

- Heise, L.L., Garcia- Moreno, C.,** (2002). «*Violence by intimate partners*». In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editors. World report on violence and health. Geneva (Switzerland): World Health Organization. 2002.87-121
- Hurley D.J. and Jaffe P.,** (1990). «*Children's observations of violence II: Clinical implications for the children's mental health professionals*». Canadian Journal of Psychiatry
- Kerr, R. & McLean, J.,** (1996). «*Paying for violence: Some of the costs of violence against women in B.C. Ministry of Women's Equality*». Available: <http://www.weq.gov.bc.ca/payingforviolence/payingforviolence.stm#Summary>
- Klein, R.,** (2004). «*Sickening relationships: Gender- based violence, women's health and the role of informal third parties*». Journal of Social and Personal Relationships. 21:149-165
- Krippendorff, K.,** (2004). «*Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*». 2nd edition, Thousand Oaks, CA: Sage
- Krug, E.G. Dahlberg, L.L. Mercy, A.J. Zwi, B.A & Lozano, R.,** (2002). «*World report on violence and health*». Geneva, World Health Organization
- Lees, S.,** (2000). Marital Rape and Marital Murder. In Hanmer, J. et al (Eds), «*Home Truths about Domestic Violence. Feminist Influences on Policy and Practice*». A Reader (pp 57-68). London: Routledge
- Levinson, D.,** (1989). «*Family violence in cross-cultural perspective*». Thousand Oaks. C.A.Sage
- Loue, S.,** (2001). «*Intimate partner violence: Societal, medical, legal, and individual responses*». New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B., & Derogatis, L.R.,** (1996). «*The 'battering syndrome': Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*». Annals of Internal Medicine. 123: 737- 746
- McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K.,** (1996). «*Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight*». Nursing Research. 45: 37-42

- McKibben, L., De Vos, E., Newberger, E., (1989).** «*Victimization of mothers of abused children: a controlled study*». *Pediatrics*. 84: 531-535
- Miller, T.R., Cohen, M. A., & Wiersema, B., (1996).** «*Victim costs and consequences: A new look*». Washington, DC: National Institute of Justice
- Mirrlees-Black, C., & Byron, C., (1999).** «*Results of a questionnaire attached to the British Crime Survey, 1996*». Retrieved November 4, 2003 from <http://homeoffice.gov.uk/crimpol/crimreduc/domesticviolence/>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A., (1996).** «*Findings about partner violence from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*». University of Otago Medical School, Dunedin
- Mullerman, R., Lenaghan, P.A., & Pakieser, R.A., (1996).** «*Battered women: Injury locations and types*». *Annals of Emergency Medicine*. 28:486-492
- Murphy, C.M., Meyer, S.L., & O'Leary, K.D., (1993).** «*Family of origin violence and MCMI-II psychopathology among partner assaultive men*». *Violence and Victims*. 8: 165.176
- Nicolaidis, C., Curry, M., Gerrity, M., (2005).** «*Health Care Workers' Expectations and Empathy toward Patients in Abusive Relationships*». *The Journal of the American Board of Family Practice* 18:159-165
- O'Leary, K.D., (1999).** Psychological abuse: «*A variable deserving critical attention in domestic violence*». *Violence and Victims*. 14: 3-23
- Oriel, K.A., Fleming, M.F., (1998).** «*Screening men for partner violence in a primary care setting*». A new strategy for detecting domestic violence. *J Fam Pract*. 46:493-8
- Plichta, S.B., Falik, M., (2001).** «*Prevalence of violence and its implications for women's health*». *Womens Health Issues*. 11:244-58
- Plichta, S.B., (2004).** «*Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications*». *Journal of Interpersonal Violence*. 19:1296-323
- Roberts, A. R., (1984).** «*Battered Women and Their Families. Intervention Strategies and Treatment Programs*». New York: Springer Publishing Company
- Russell, D., (1990).** «*Rape in Marriage*». U.S.A.: Indiana University Press
- Shields, N. M. & Hanneke, C. R., (1985).** «*Battered Wives' Reactions to Marital*».

Silverman, J.G., Raj, A., Mucci, L.A., Hathaway, J.E., (2001). «*Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality*». JAMA 286:572-9

Simoneti, S., (2000). «*Dissociative experiences in partner-assaultive men*». Journal of Interpersonal Violence. 15:1262.1284

Smith, L. J. F., (1989). «*Domestic Violence: An Overview of the Literature*». Home Office Research Study no 107, London: HMSO

Straus, M.A., Gelles, R.J., & Steinmetz, S.K., (1980). «*Behind closed doors: violence in the American family*». New York: Anchor Press

Straus, M., & Gelles, R.J. (1986). «*Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys*». Journal of Marriage and the Family. 48:465-479

Stark, E. & Flitcraft, A., (1998). «*Personal Power and Institutional Victimization: Treating the Dual Trauma of Woman Battering*». In Ochberg, F. M. (Ed), Posttraumatic therapy and victims of violence (pp 115-151). New York: Brunner/Mazer Psychosocial Stress Series.

Tjaden, P., Thoennes, N., (2000). «*Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey*»

Tenagne, H., Jeffrey S., (2005). «*Domestic Violence Against women in the international community*». Department of Emergency Medicine, George Washington University Medical Center, Washington, DC

Unicef (2001). Innocenti Research Center. «*Early marriage: child spouses*». Innocenti Digest, No. 7

United Nations, (2000). «*Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons, especially women and children, supplementing the United Nations Convention against transnational organized crime*».

U.S., (1996). «*Content Analysis: A Methodology for Structuring and Analyzing Written Material*». GAO/PEMD-10.3.1. Washington, D.C. (This book can be ordered free from the GAO)

Varvaro, F.F., & Lasko, D.L., (1993). «*Physical abuse as cause of injury in women: Information for orthopedic nurses*». Orthopedic Nursing. 12: 37-41

Walker L.E., (1997). « Psychology and Domestic Violence around the world». American Psychologist, Vol.54, Issue 1

WHO, (2002). «*World Report on Violence and Health*». Geneva.

WHO, (2009). «*Programmes and projects -Gender, women and health -Gender-based violence*».

ПАРАРТНМА

