

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ



Αντωνία Γκόλια, ΑΜ: 3997
Σοφία Μανιουδάκη, ΑΜ: 4014
Ερωφίλη Μπαντιά, ΑΜ: 4004

Επιβλέπουσα
Κα. Παπαδακάκη Μαρία

Ηράκλειο, Μάιος 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τίτλος εργασίας : Η συντροφική κακοποίηση ατόμων με προβλήματα όρασης

των σπουδαστριών: Γκόλια Αντωνία

Μανιουδάκη Σοφία

Μπαντιά Ερωφίλη

υπό την επίβλεψη: κ. Μ., Παπαδακάκη

Ημερομηνία: Απρίλιος 2013 -2014

Γενικά: Η βία κατά των ατόμων με προβλήματα όρασης αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις για ο θύμα αλλά και ευρύτερες προεκτάσεις ψυχολογικές, ιατρικές, νομικές, οικονομικές και κοινωνιολογικές. Στην Ελλάδα η συντροφική κακοποίηση ατόμων με προβλήματα όρασης δεν έχει μελετηθεί και καταδειχθεί με αποτέλεσμα να επικρατεί άγνοια ως προς το μέγεθος του προβλήματος, τις αρνητικές συνέπειες του, τους παράγοντες κινδύνου και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος έρευνας. Για τη διερεύνηση της κακοποίησης ατόμων με προβλήματα όρασης πραγματοποιήθηκε έρευνα με ερωτηματολόγιο σε δείγμα 69 γυναικών και ανδρών ηλικίας (≥ 16 ετών) Σε τέσσερα άτομα που ήταν κάτω (<18 ετών) ζητήθηκε άδεια από τον κηδεμόνα τους. Το ερωτηματολόγιο εξέταζε τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων (ανδρών ή γυναικών) με προβλήματα όρασης, τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης, τις στάσεις – αντιλήψεις τους απέναντι στο φαινόμενο, τις εμπειρίες παιδικής κακοποίησης και το κοινωνικό δίκτυο.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν άτομα με προβλήματα όρασης με μεγάλο εύρος ηλικιών, στην πλειοψηφία τους άνδρες, απασχολούμενοι/ες και μη, με ικανοποιητικό επίπεδο μόρφωση. Περισσότεροι από τους μισούς νοσούν από ολική τύφλωση όπως επίσης έχουν τύφλωση επίκτητη. Ως αιτίες, με υψηλότερη συχνότητα καταγράφηκαν τα μεταγεννητικά προβλήματα. Η πλειοψηφία των

ατόμων ή περίπου 4 στους 10, συμβιώνουν με σύντροφο και 3 στους 10 με γονείς ή και με παιδιά. Επίσης η πλειοψηφία ή το 27,5% συμβιώνει με άλλα δύο άτομα ενώ ένα μέρος των ατόμων αυτών (15,9%) φαίνεται να διαμένει μόνο του. Κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής μέχρι την ηλικία των 16 ετών αναφέρθηκε από 6 στους 10 ερωτώμενους της μελέτης με κύρια συχνότητα μια ή δυο φορές. Όσοι/όσες έχουν ή είχαν συντρόφους, αναφέρουν σε συχνότητα 80%+ ότι «ποτέ» δεν έγινε κάποια ενέργεια σωματικής βίας εις βάρος τους. Παρόμοια, σε πολύ μικρή συχνότητα βρέθηκε και η παρουσία άλλων μορφών βίας όπως, σεξουαλικής και ψυχολογικής-συναισθηματικής. Ανεξαρτήτως των διαφόρων ενεργειών βίας που έχουν ή όχι συμβεί, διαφοροποιείται ο βαθμός συμφωνίας στα αίτια του φαινομένου, καθώς ναι μεν περισσότερα από μισά αυτά άτομα διαφωνούν απόλυτα ότι *«η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί»*, 1 στα 3 συμφωνεί. Ανάλογα περίπου συμβαίνει και στην αντιμετώπιση καθώς οι μισοί περίπου συμφωνούν ότι *«η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του»*, ενώ επίσης υπάρχουν και άτομα που αναφέρουν ότι μπορούν να υπομένουν και να ανέχονται τέτοιες βίαιες συμπεριφορές. Στην αποδοχή ή όχι της κακοποίησης, 2 στους 3 ερωτώμενους που δέχθηκαν ανάλογες συμπεριφορές θεωρούν ότι δεν το αξίζουν ενώ 1 στους 5 αποδέχεται παθητικά την κακοποίηση πιστεύοντας ότι το αξίζουν ή απλά δεν φέρονται οι ίδιοι σωστά. Στις αιτίες, η κακοποίηση τους θεωρούν ότι οφείλεται κυρίως στις οικονομικές δυσκολίες ή και στην έλλειψη επικοινωνίας. Συνολικά, πολύ υψηλή συχνότητα ερωτώμενων ή 8 στους 10 έχουν υποστεί κάποιας μορφής παιδικής σωματικής, σεξουαλικής ή ψυχολογική-συναισθηματικής κακοποίησης ή παρενόχλησης.

Συμπεράσματα: Η σωματική παιδική κακοποίηση και ο συνδυασμός σεξουαλικής & ψυχολογικής-συναισθηματικής παιδικής κακοποίησης, αποτελούν σε αναμενόμενη συχνότητα τις πιο έκδηλες μορφές κακοποίησης χωρίς να διαφέρουν όμως σημαντικά από τις υπόλοιπες ($p>0.05$). Υψηλή συχνότητα ερωτώμενων ή 1 στους 2 έχουν υποστεί κάποιας μορφής σωματικής, σεξουαλικής ή ψυχολογική-συναισθηματικής συντροφικής βίας, χωρίς φυλετική διαφοροποίηση αλλά αντίθετα από ότι αναμένεται σημαντικά περισσότεροι/ες που κακοποιούνται φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Αντίθετα με την παιδική κακοποίηση, η παρουσία συνδυαστικά και των τριών μορφών συντροφικής βίας (και σωματική και σεξουαλική και ψυχολογική-συναισθηματική βία) αποτελεί σε αναμενόμενη συχνότητα την πιο έκδηλη μορφή

βίας κατά 261% σε σχέση με τους άλλους συνδυασμούς παρουσίας ή απουσίας βίας ($p < 0.05$). Έτσι η παρουσία και των τριών μορφών βίας είναι εμφανής σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ότι αναμένεται στο δείγμα των ερωτώμενων της μελέτης.

Λέξεις κλειδιά: Συντροφική κακοποίηση, Σωματική Κακοποίηση, Σεξουαλική Κακοποίηση, Ψυχολογική Κακοποίηση και Τύφλωση.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη και τις θερμές μας ευχαριστίες για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και ενθάρρυνση στο έργο μας, την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κ. Μ., Παπαδακάκη, η οποία αποτέλεσε σημαντικό αρωγό στην προσπάθειά μας αυτή και στο να μοιραστούμε νέες γνώσεις και εμπειρίες.

Επίσης ευχαριστούμε τη Διοικούσα Αρχή της Περιφερειακής Ένωσης Τυφλών Κρήτης, την Δημοτική Σύμβουλο Χανίων κ. Μπασιά Αμαλία και τον κ. Σπανουδάκη Μανώλη (ενεργό μέλος τυφλών Χανίων) που μας βοήθησαν στη διεξαγωγή της έρευνάς μας, όπως και για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν τα μέλη της Περιφερειακής Ένωσης Τυφλών Κρήτης προκειμένου να συμμετέχουν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας και να συντελέσουν στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας.

Αντί Προλόγου

Απ' την πορεία προς το φως να μην αφήσετε κανέναν πίσω.

Πάρτε μαζί σας όποιον λησμόνησε η Ευτυχία,

Αυτόν που η λυχνία του έσβησε, αυτόν που το τζάκι του δε φλόγισε ποτέ,

Το παιδί που ποτέ «τ' άστρο το λαμπρό που οδηγεί» δε γνώρισε,

Όσους πλανιούνται απέλπιδα μέσα στη νύχτα και στη λήθη.

Ω, εσείς με τη σφραγίδα Μεγάλης Δωρεάς Προσκυνητές του Αιώνιου

Πάρτε με αγάπη κι έγνοια όλους αυτούς μαζί σας,

Να μην αφήσετε κανέναν πίσω απ' την πορεία προς το Φως.

Εκκλήση του ποιητή PETER ROSEGGER

προς τους ειδικούς παιδαγωγούς

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη		2
Ευχαριστίες		5
Αντί Προλόγου		6
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ		
Κεφάλαιο 1^ο: ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ		
1.1.	Ορισμός κακοποίησης	12
1.2.	Μορφές κακοποίησης	13
1.2.1	Σωματική βία	13
1.2.2	Ψυχολογική –Λεκτική βία	14
1.2.3	Σεξουαλική βία	14
1.3	Ο κύκλος της βίας	15
1.4	Παράγοντες Κινδύνου	16
1.4.1	Στο άτομο	16
1.4.2	Στη σχέση	17
1.4.3	Στην κοινωνία	17
1.4.4	Στην κοινότητα	17
1.5	Επιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης	17
1.5.1	Στη σωματική υγεία	17
1.5.2	Στη σεξουαλική υγεία	19
1.5.3	Στη ψυχική υγεία	19

1.5.4	Στα παιδιά	20
1.6	Θεωρητικές προσεγγίσεις	21
1.6.1	Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις	21
1.6.2	Ψυχολογικές προσεγγίσεις	22
1.6.3	Θεωρία κοινωνικής μάθησης	24
1.6.4	Φεμινιστική θεώρηση	25
1.6.5	Οικολογικό Μοντέλο	26
Κεφάλαιο 2^ο: ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ		
2.1.	Στο Διεθνή Χώρο	29
2.2.	Στην Ελλάδα	31
Κεφάλαιο 3^ο: ΤΥΦΛΩΣΗ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ		
3.1.	Ορισμός Τύφλωσης	34
3.2.	Αίτια Τύφλωσης	35
3.3.	Γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν τύφλωση	36
3.4	Δυσκολίες Ατόμων με Προβλήματα όρασης κατά την αναπτυξιακή διαδικασία	38
3.5	Η καθημερινή ζωή των τυφλών στις σύγχρονες πόλεις στην Ελλάδα	38
3.6	Συχνότητα των οπτικών δυσλειτουργιών	40
3.7	Πρόληψη τύφλωσης	40
3.8	Στατιστικά Στοιχεία	40

Κεφάλαιο 4^ο: Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ		
4.1.	Μύθοι για την α- σεξουαλικότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)	44
4.2.	Πως νιώθει ένα άτομο με προβλήματα όρασης με την σεξουαλικότητα του	44
4.3	Συνέπειες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο άτομο με πρόβλημα όρασης	49
Κεφάλαιο 5^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ		
5.1.	Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού	53
5.2.	Διεπιστημονική Συνεργασία	57
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ		
Κεφάλαιο 6^ο: Μεθοδολογία Της Έρευνας		
6.1	Σκοπός της έρευνας	60
6.2	Ερευνητικά ερωτήματα	60
6.3	Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας	60
6.4	Δειγματοληψία	60
6.5	Συλλογή πληροφοριών	61
6.6	Ερευνητικό εργαλείο	62

6.7	Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	62
Κεφάλαιο 7^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		
7.1	Χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας	64
7.2	Χαρακτηριστικά τύφλωσης	66
7.3	Κοινωνικό δίκτυο	67
7.4	Ιστορικό παιδική κακοποίησης	73
7.5	Συντροφική κακοποίηση	78
7.6	Συνθήκες κακοποίησης	82
7.7	Αιτίες κακοποίησης	85
7.8	Συνολική αξιολόγηση κακοποίησης	85
7.9	Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων	89
Κεφάλαιο 8^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		
8.1	Συζήτηση	93
8.2	Συμπεράσματα	99
8.3	Σύνοψη	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		
ΕΡΕΥΝΑ-ΕΚΘΕΣΕΙΣ		104
ΕΛΛΗΝΙΚΗ		104
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ		104

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ	131

Πρώτο Μέρος – Θεωρητικό

Κεφάλαιο 1^ο:

Συντροφική Κακοποίηση

Η συντροφική κακοποίηση εμφανίζεται σε όλες τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και δεν κάνει διακρίσεις σε σχέση με τη χώρα, το μορφωτικό επίπεδο, το ύψος του εισοδήματος, την εθνικότητα και την ηλικία (Krug et al., 2002, Χατζηφωτίου, 2005). Είναι κοινή παραδοχή ότι αποτελεί μορφή καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ίσως από τις σοβαρότερες, καθώς διαπράττεται από ανθρώπους εμπιστοσύνης και όχι από άγνωστους (YMCA, 2000). Είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει πολύ συχνά αλλά κοινοποιείται πολύ σπάνια.

Συντροφική κακοποίηση είναι 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, της σεξουαλικής, της λεκτικής, της ψυχολογικής- συναισθηματικής κακοποίησης, της επιβολής κοινωνικής απομόνωσης, της οικονομικής αποστέρησης αλλά και του συνδυασμού όλων των παραπάνω (Αθανασοπούλου Μ., Καμπά Ε., 2009).

1.1 Ορισμός κακοποίησης

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν την κακοποίηση. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται κάποιοι από αυτούς. Συμφωνά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η συντροφική βία ορίζεται ως οποιαδήποτε συμπεριφορά στα πλαίσια μιας στενής σχέσης, η οποία προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη σε αυτούς που διατηρούν τη σχέση (Krug et al., 2002).

Η Mildred Daley Pagelow (1984) προσδιορίζει την κακοποίηση ως τον εκπροθέσμως τραυματισμό της γυναίκας ή τον εξαναγκασμό της σε ακούσιες πράξεις ή το βίαιο περιορισμό της αναφορικά με εθελούσιες δραστηριότητες, από ενήλικα άνδρα, με τον οποίο διατηρεί σεξουαλική σχέση, ανεξάρτητα από το αν η βία επισυμβαίνει στο πλαίσιο του εγγάμου βίου. Έναν ευρύτερο ορισμό της κακοποίησης, δίνει η Χρ. Αντωνοπούλου – Μόσχου προλογίζοντας την ελληνική έκδοση του 10

βιβλίου «Η κακοποιημένη γυναίκα» της Lenore Walker (1997), χαρακτηρίζοντας ως κακοποίηση κάθε προσβολή της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ατόμου, που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσης του από εκείνον που κατέχει θέση εξουσίας. Για να χαρακτηριστεί μια γυναίκα ως κακοποιημένη θα πρέπει το ζευγάρι, κατά τη διάρκεια της σχέσης του, να έχει περάσει από τον κύκλο της κακοποίησης τουλάχιστον δύο φορές. Κάθε γυναίκα ενδέχεται να βρεθεί σε ένα κακοποιητικό επεισόδιο με έναν μια φορά στη ζωή της. Αν όμως βρεθεί και δεύτερη φορά σε μια ανάλογη κατάσταση και παραμείνει, τότε χαρακτηρίζεται ως κακοποιημένη.

1.2 Μορφές κακοποίησης

Έτσι λοιπόν οι κυριότερες μορφές ενδοοικογενειακής βίας, είναι η σωματική, η ψυχολογική- λεκτική, η σεξουαλική, η κοινωνική καταπίεση, η οικονομική αποστέρηση και ο συζυγικός βιασμός.

1.2.1 Σωματική βία

Παρά τη δημοσιότητα που έχει πάρει το θέμα στα Μ.Μ.Ε., η σωματική βία δεν είναι εύκολο να περιγραφεί. Σύμφωνα με τη μελέτη της Walker, τα χειρότερα επεισόδια παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του κύκλου της βίας, «την περίοδο κακοποίησης», όπου ο θύτης εκτός ελέγχου χτυπάει το θύμα με τόσο μένος, που πολλές φορές το τραυματίζει σοβαρά.

Σωματική βία, ορίζεται η βίαιη συμπεριφορά που έχει σαν αποτέλεσμα την προσβολή της σωματικής ακεραιότητας του θύματος και που προκαλείται από βίαιες επιθέσεις του θύτη. Τα αποτελέσματα της διαφοροποιούνται, ανάλογα με το βαθμό και το είδος της επίθεσης, ενώ κυμαίνονται από ελαφρύ τραυματισμούς, όπως μελανιές, γδαρσίματα, σπάσιμο οστών κ.α. ή σοβαρότερους τραυματισμούς, όπου μπορεί μερικές φορές να απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη και χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ φτάνουν μέχρι και το θάνατο του θύματος (Κούτσιανου Χ.- Τσιλίκη Ε., 2002).

Οι μικρότερες κακοποιήσεις περιλαμβάνουν χαστούκι, ξυλιές, τράβηγμα μαλλιών κ.α., ενώ οι μεγαλύτερες περιλαμβάνουν χαστούκια και γροθιές στο πρόσωπο και στο κεφάλι, κλωτσιές και γροθιές σε όλο το σώμα, φράξιμο της αναπνοής μέχρι λιποθυμίας, σπρωξιές και πετάγματα μέσα στο δωμάτιο ή από τη σκάλα ή πάνω σε αντικείμενα ή σπάσιμο των χεριών, καψίματα από σίδερο, τσιγάρο ή καυτά υγρά,

τραύματα από πέταγμα αντικειμένων, μαχαιρώματα, ακρωτηριασμούς και τραύματα από πυροβόλα όπλα . Τα περισσότερα θύματα, κρύβονται μετά από τα επεισόδια κακοποίησης. Η ικανότητά τους να αντέχουν τους πόνους, χωρίς άμεση ιατρική βοήθεια, είναι αξιοθαύμαστη, ενώ χαρακτηριστική είναι η τάση τους να ελαχιστοποιούν τους σοβαρούς πόνους τους. (Πελεκίδου Μ.- Στεργίου Κ., 2004).

1.2.2 Ψυχολογική- λεκτική βία

Η ψυχολογική βία είναι τόσο αδιόρατη και τόσο δύσκολο να αποδειχθεί με σημάδια ή τραύματα, έτσι ώστε δυσκολεύεται να την αντιληφθεί στην αρχή ακόμα και το ίδιο το θύμα, αλλά και να την διαπιστώσει κανείς, όπως π.χ. ο κοινωνικός περίγυρος (π.χ. η απομάκρυνση του θύματος από τα κοντινά του πρόσωπα ή από τις προηγούμενες κοινωνικές του συναναστροφές, μεταφράζεται ως τυπική συμπεριφορά και επιλογή του). Έτσι στην ψυχολογική κακοποίηση εντάσσεται και η οικονομική αποστέρηση καθώς και η κοινωνική καταπίεση, οι οποίες εντούτοις περιγράφονται και ως ανεξάρτητες μορφές ενδοοικογενειακής βίας. Όπως έχει διαπιστωθεί από την εμπειρική παρατήρηση, η άσκηση της ψυχολογικής βίας είναι το πρώτο βήμα για την επακόλουθη άσκηση της σωματικής κακοποίησης, η άσκηση της οποίας εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της σχέσης του θύματος με τον θύτη (Κούτσιανου Χ.- Τσιλίκη Ε., 2002).

1.2.3 Σεξουαλική βία

Σεξουαλική βία, σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Ισότητας, ορίζεται κάθε εξαναγκασμός σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα και κάθε σχετική προσβολή ή ταπείνωση, που φαίνεται με απειλές, σεξουαλικές επιθέσεις, βιασμό και άλλες ενέργειες (Κούτσιανου Χ.- Τσιλίκη Ε., 2002,). Η σεξουαλική βία, είναι τις περισσότερες φορές παρούσα, στις σχέσεις κακοποίησης, μέσα στα πλαίσια της οικογένειας. Δίχως αμφιβολία, τα κακοποιημένα σεξουαλικά άτομα, αυτό-απομονώνονται από τους άλλους ανθρώπους και ιδιαίτερα από εκείνους για τους οποίους νοιάζονται. Η βία και η κτηνωδία στις σεξουαλικές σχέσεις ανάμεσα στα ζευγάρια που συγκρούονται, φαίνεται πως κλιμακώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Σύμφωνα με την Walker, καθώς ο συζυγικός βιασμός γίνεται όλο και πιο συχνός, οι τρυφερές σεξουαλικές σχέσεις γίνονται πιο σπάνιες. Όταν η κτηνωδία φτάνει σε μεγάλη ένταση σε άλλους τομείς των οικογενειακών σχέσεων, φαίνεται πως

απαιτούνται περισσότερο καταναγκαστικές τεχνικές για να υπάρξει σεξουαλική επαφή (Κούτσιανου Χ.- Τσιλίκη Ε., 2002, 25- 28).

1.3 Ο κύκλος βίας

Η βία μεταξύ συντρόφων ή συζύγων γενικά ακολουθεί έναν κύκλο και είναι σημαντικό να εντοπίσει το σημείο που βρίσκεται στον κύκλο για να μπορεί να εξετάσει τον κίνδυνο για πιθανή κακοποίηση. Ο Κύκλος της Βίας συνίσταται από 3 στάδια.

Το **1ο Στάδιο** μερικές φορές λέγεται «Η ηρεμία πριν την καταιγίδα» καθώς ξεκινάει από μια ήρεμη περίοδο, αλλά η ένταση και το στρες αργά χτίζονται. Μπορεί να υπάρχουν «μικρής σημασίας» περιστατικά, με σπρώξιμο, απειλή, ρίψη αντικειμένων αλλά κανένα ξέσπασμα ακραίας βίας. Το θύμα είναι πιο πιθανό να δοκιμάσει και να καθυστερήσει την μετάβασή του στο επόμενο προσπαθώντας να μην είναι στον δρόμο του θύτη, να τον ευχαριστεί και να τον υπηρετεί, και να αποφεύγει να κάνει κάτι που μπορεί να τον θυμώσει. Αυτό μπορεί να γίνεται για εκτεταμένες χρονικά περιόδους και να οδηγήσει σε σημαντική εκλογίκευση, δημιουργία δικαιολογιών και άρνηση του προβλήματος. Όμως, τελικά, το θύμα είναι πιθανό να νοιώσει την αίσθηση του «πότε θα σπάσει?». Το θύμα μπορεί ακόμα να φερθεί με τρόπους τους οποίους θεωρεί πιθανό να οδηγήσουν στο επόμενο στάδιο, απλά και μόνο για να τερματίσει την περίοδο αναμονής.

Το **2ο Στάδιο** είναι το «Βίαιο Στάδιο», και ξεκινά με μερικά εκρηκτικά ξεσπάσματα και σημαντική βία. Πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι τα ζευγάρια που έχουν στην σχέση τους την κακοποίηση, ζουν συνεχώς σε αυτό το στάδιο, και δεν εντοπίζουν τα άλλα 2 στάδια. Αστυνομία, οικογένεια, φίλοι, γείτονες, κλπ. μπορεί να παρεμβαίνουν και το θύμα να δέχεται τις υπηρεσίες περίθαλψης. Όμως, το ίδιο πιθανό είναι να μην παρατηρηθεί το συμβάν από τρίτους. Το θύμα μπορεί να κρύβει τις μελανιές, να πει στους γείτονες ότι η τηλεόραση ήταν σε δυνατή ένταση, να ενημερώσει στην δουλειά ότι είναι άρρωστο, κλπ. Τα παιδιά διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο σε αυτό το στάδιο να πληγωθούν, ορισμένες φορές κατά λάθος σε έναν καβγά των γονιών τους, μερικές φορές μετά από άμεση παρέμβασή τους για να διακόψουν την κακοποίηση και να προστατεύσουν τον έναν γονιό, και κάποιες φορές από τον θύτη κατά την διάρκεια διαφορετικών περιστάσεων. Η κακοποίηση του

παιδιού μπορεί να θεωρείται από τον θύτη σαν τρόπος κηδεμονίας ή πειθαρχίας, αλλά επίσης μπορεί να ακολουθεί συγκεκριμένες απειλές στο θύμα να κάνει κακό στο παιδί.

Το **3ο Στάδιο** λέγεται «Μήνας του μέλιτος» καθώς είναι πιθανό να χαρακτηρίζεται από θέρμη και τρυφερότητα από τον θύτη. Ο θύτης είναι πιθανό να λυπηθεί πολύ για την κακοποίηση, να υποσχεθεί να ζητήσει βοήθεια από ειδικό ή να μην ξαναχτυπήσει το θύμα, και να δείξει τις τύψεις του μέσω δώρων, τρυφερότητας, προσοχής, κλπ. Το θύμα μπορεί να νιώσει έντονη αγάπη μετά από αυτό, μπορεί να κρίνει ότι η βία ήταν ένα μεμονωμένο περιστατικό μιας φοράς, και να επιλέξει να συγχωρήσει τον σύντροφο. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για το θύμα να δει τον Κύκλο της Βίας αυτή τη στιγμή, να αντικρούσει την άρνηση και να φύγει από την σχέση Πανελλαδική Οργάνωση Γυναικών (2013).

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με αποτελέσματα σχετικών ερευνών οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Krug et al., 2002):

1.4.1 Στο άτομο:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Χαμηλό εισόδημα
- Χαμηλή ακαδημαϊκή μόρφωση
- Νέοι σε ηλικία
- Επιθετικής ή παραβατικής συμπεριφοράς ως νεολαία
- Χρήση αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών
- Κατάθλιψη
- Ο θυμός και η εχθρικότητα
- Αντικοινωνικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας
- Ύπαρξη βίας στην παιδική του ηλικία
- Έχοντας λίγους φίλους και να είναι απομονωμένο από τους άλλους
- Ανεργία
- Συναισθηματική εξάρτηση και ανασφάλεια
- Η πίστη σε ρόλους των δύο φύλων (για παράδειγμα, ανδρικής κυριαρχίας και της επιθετικότητας στις σχέσεις)

- Επιθυμία για την εξουσία και τον έλεγχο στις σχέσεις
- Διάπραξη ψυχολογικής επιθετικότητας. Όντας θύμα σωματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία
- Προσωπική εμπειρία ελλιπούς γονεϊκής φροντίδας ως παιδί
- Προσωπική εμπειρία σωματικής πειθαρχίας ως παιδί

1.4.2 Στη σχέση:

- Οικογενειακές συγκρούσεις, μάχες, ένταση
- Οικογενειακή αστάθεια-διαζύγια ή χωρισμοί
- Δεσπόζουσα θέση και τον έλεγχο της σχέσης έναντι της άλλης
- Οικονομικό στρες
- Κακές οικογενειακές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις

1.4.3 Στη κοινωνία:

- Παραδοσιακά πρότυπα των δύο φύλων (για παράδειγμα, οι γυναίκες πρέπει να μένουν στο σπίτι, δεν πρέπει να εργάζονται και πρέπει να υποχωρούν. Οι άνδρες στηρίζουν την οικογένεια και λαμβάνουν αποφάσεις).

1.4.4 Στη κοινότητα:

- Φτώχεια και συναφείς παράγοντες (π.χ., ο υπερπληθυσμός)
- Χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο ή έλλειψη οργάνων και κανόνων που διαμορφώνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μιας κοινότητας.
- Αδυναμία γνώσεων της κοινότητας στο θέμα της συντροφικής κακοποίησης (π.χ. απροθυμία των γειτόνων να παρεμβαίνουν σε καταστάσεις όπου γίνονται μάρτυρες βίας).

1.5 Επιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης

1.5.1 Στη σωματική υγεία

Σύμφωνα με τους (Grisso et al,1991; Mullerman et al, 1996;Varnaro &Lasko, 1993)

οι πιο άμεσες συνέπειες στη σωματική υγεία είναι οι τραυματισμοί όπως :

- οξύς και χρόνιος πόνος
- Κοψίματα

- Καψίματα
- Μελανώματα
- Σπασμένα δόντια
- Σπασμένα κόκκαλα
- Μυϊκοί και σκελετικοί τραυματισμοί
- Διασεισεις
- Διαστρέμματα
- Βλάβες στα μάτια
- Βλάβες στα αυτιά
- Χρόνιες συνέπειες στο νευρολογικό
- Χρόνιες συνέπειες στο καρδιαγγειακό
- Χρόνιες συνέπειες γαστρεντερικό
- Χρόνιες συνέπειες στο μυϊκό
- Χρόνιες συνέπειες στο ουροποιητικό
- Χρόνιες συνέπειες στο αναπαραγωγικό σύστημα.
- Μακροχρόνιες επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης:
- Επιληπτικές κρίσεις
- Μόνιμη βλάβη στην όραση
- Μόνιμη βλάβη στην ακοή
- Έντονοι πονοκέφαλοι
- Ναυτία
- Χαμηλή όραση
- Προβλήματα στην έμμηνο ρύση
- Πόνοι στην λεκάνη
- Δυσκολίες στον ύπνο(κούραση , αϋπνίες και εφιάλτες)
- Πονοκεφάλους
- Πόνους στο στήθος
- Στομαχικά και γαστρεντερικά προβλήματα
- Αναπνευστικά προβλήματα
- Γυναικολογικά προβλήματα (Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Ιωαννίνων, 2006)

1.5.2 Στη σεξουαλική υγεία

Σύμφωνα με τους (Coker et al, 2000; McFarlane et al, 1996; Plichta & Falik, 2001) οι πιο άμεσες συνέπειες στη σωματική υγεία είναι οι τραυματισμοί όπως:

- Ακαθόριστος πόνος στη λεκάνη
- Ακαθόριστος πόνος στα γεννητικά όργανα
- Ακαθόριστος πόνος στο στήθος
- Σοβαρά εμμηνορροϊκά προβλήματα
- Μολύνσεις στο ουροποιητικό σύστημα
- Κολπικός ή κοιλικός πόνος
- Σεξουαλικός μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV/AIDS)

Ανάμειξη αρνητικών συμπεριφορών υγείας :

- 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)
- Η κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας

1.5.3 Στη ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τους (Coker et al, 2000; Campbell & Lewandowski, 1997; Hathaway et al, 2000 O'Leary, 1999; Oriol & Fleming, 1998; Silverman et al, 2001) οι πιο άμεσες συνέπειες στην ψυχική υγεία είναι :

- Κατάθλιψη
- Μετατραυματικό στρες
- Άγχος
- Προβλήματα στον ύπνο
- Προβλήματα στη σίτιση
- Αυτοκτονική συμπεριφορά
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Φόβος στη δημιουργία συντροφικών σχέσεων

- Ανικανότητα επίδειξης εμπιστοσύνης στο αντίθετο φύλο
- Ααρνητική αυτοεικόνα και τραυματισμένη αίσθηση εαυτού.
- Σεξουαλικά προβλήματα (σεξουαλική δυσλειτουργία, έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ, μειωμένη διέγερση κατά τη διάρκειά του).
- Φόβος ότι ο βιασμός θα επαναληφθεί και στο μέλλον.
- Αίσθημα προδοσίας από το σύντροφο σου.

1.5.4 Στα παιδιά

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν από (Hurley & Jaffe, 1990; Πετρούλια, 2008) για το αποτέλεσμα της θέασης της συζυγικής βίας στα παιδιά έχουν δείξει ότι:

- Διαταραχές ύπνου
- Παληκαρισμούς
- Κρίσεις θυμού
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Ακραία παθητικότητα
- Άγχος αδυναμίας και ενοχών για την ανικανότητα τους να προλάβουν το ξυλοκόπημα
- Διαρκείς κούραση γιατί λόγω των καβγάδων δεν κοιμούνται τη νύχτα (McKibben et al, 1989).
- Τα κορίτσια γίνονται ντροπαλά και υποχωρητικά
- Τα αγόρια επιθετικά και προκλητικά απέναντι στα άλλα παιδιά
- Τάσης αυτοκαταστροφής
- Ανάπτυξη εγκληματικής συμπεριφοράς
- Πιθανόν να συμπεριφερθούν με ανάλογο τρόπο στους συντρόφους τους όταν ενηλικιωθούν
- Καταχρηστική συμπεριφορά
- Κατάχρηση αλκοόλ
- Διπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας από τα παιδιά που δεν έχουν ανάλογες εμπειρίες (Caetano et al., 2003).

1.6 Θεωρητικές Προσεγγίσεις

1.6.1. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις

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 (Τσιγγής, 1996:285).

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, 1996:290).

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 ανταπεξέλθουν στο δομικό stress. (Antman, 1990:100) Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης οι άνθρωποι μαθαίνουν να είναι βίαιοι, όταν μεγαλώνουν σε βίαιες οικογένειες. Η οικογένεια αποτελεί καθοριστικό πλαίσιο, στο οποίο μαθαίνουμε πώς να χειριζόμαστε το άγχος και τα διάφορα προσωπικά προβλήματα. Επίσης, αποτελεί πλαίσιο στο οποίο οι άνθρωποι έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν για πρώτη φορά τη βία. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η βία μεταδίδεται από γενιά σε γενιά, υπάρχουν όμως και άλλες που υποστηρίζουν ότι ένα παιδί που έχει βιώσει τη βία, δεν γίνεται απαραίτητα και ο ίδιος όταν μεγαλώσει βιαστής.

Θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε τις μελέτες επιστημόνων κοινωνιολογικής προσέγγισης. Στη μελέτη της η Amir, (1996) υποστήριξε 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.

Οι Jarres και Straus (1996) διατύπωσαν στην έρευνά τους, ότι η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς επηρεάζεται από 2 κοινωνικούς παράγοντες, την κοινωνική αποδιοργάνωση και τον προσανατολισμό προς τους ρόλους του φύλου. Ο I.R Schwendinger και H. Schwendiger (1996) παρουσίασαν μια άλλη προσέγγιση της βίας, στηριζόμενοι στην άποψη ότι τα εγκλήματα βίας είναι προϊόντα καπιταλισμού. 180 Chapel (1996) και οι συνεργάτες του 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 Α,1996:160).

1.6.2. Ψυχολογικές προσεγγίσεις

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 P, 2002:157).

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 αποθηκευμένα συναισθήματα εχθρότητας προς τη μητέρα του (Τσιγγής,1996:299).

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 (Τσιγκής Α,1993:305).

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 J,(1996:98) είναι:

α. Η θεωρία της αποπροσωποποίησης του άλλου: το πρωταρχικό κίνητρο του ατόμου που κακοποιεί είναι η αποπροσωποποίηση και η ακύρωση της γυναίκας – θύματος. Κυρίαρχα στερεότυπα υποστηρίζουν ότι το άτομο που κακοποιεί δικαιολογεί την πράξη του, αποπροσωποποιώντας το θύμα.

β. Η θεωρία της νοσταλγίας μιας συμπαγούς ταυτότητας. Το άτομο που κακοποιεί προσπαθεί να καταστρέψει το θύμα, για να αισθανθεί γεμάτος, ολόκληρος και ισχυρός.

γ. Η θεωρία της αγωνίας για επιβεβαίωση. Η εκδήλωση βίας μπορεί να θεωρηθεί ως πράξη εναγώνιας αναζήτησης, επιβεβαίωσης από τον άλλο.

δ. Η θεωρία του φόβου του απειλητικού άλλου. Ο φόβος είναι μια αντίδραση του άνδρα απέναντι στο αρχέγονο πρότυπο της πανίσχυρης γυναίκας. Το πρότυπο αυτό επιδρά απειλητικά απέναντι στην ανδρική υπόσταση και κάνει τον άνδρα να αισθάνεται ανασφάλεια για την κυριαρχία του και φόβο κατάρρευσης του αντρικού προτύπου του.

Οι ψυχολογικές θεωρίες παρουσιάζουν το άτομο που κακοποιεί ως μια ιδιαίτερη ψυχοπαθολογική προσωπικότητα. Το άτομο αυτό μπορεί να είναι απομονωμένο, διανοητικά διαταραγμένο που δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του, και συνεπώς δεν ευθύνεται γι αυτή (Τσιγκρής Α.1996:163).

1.6.3 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).

1.6.4 Φεμινιστική θεώρηση

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 διάταξη. 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).

1.6.5 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 φύσης 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 οποίοι 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 οικολογικού 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 τους 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).

Κεφάλαιο 2^ο:

Νομικό Πλαίσιο

2.1 Στο Διεθνή χώρο

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 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 επιβάλλει διατάξεις ασφαλείας, δηλαδή τα πιο πάνω απαγορευτικά μέτρα όπως τα προαναφέραμε. Αντί να επιβάλλει 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).

2.2 Στην Ελλάδα

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 πρωτόπορος θεσμός της δικαστικής διαμεσολάβησης, για εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας πλημμεληματικού χαρακτήρα όχι για βαριά εγκλήματα, δηλαδή για κακουργήματα. Σδράστης 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 Συνηγόρου 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 επακολουθήσει 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 ασκούνταν 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).

Κεφάλαιο 3^ο:

Τύφλωση – Προβλήματα Όρασης

3.1 Ορισμός Τύφλωσης

Τα προβλήματα όρασης είναι από τα πιο συνηθισμένα και σοβαρά προβλήματα των αισθητηρίων οργάνων. Τα περισσότερα από τα προβλήματα αυτά διορθώνονται με ιατρικά μέσα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, όπου τα προβλήματα όρασης είναι πολύ σοβαρά και εμποδίζουν την απρόσκοπτη πορεία του ατόμου.

Ως άτομα με μειωμένη όραση ή χωρίς όραση, χαρακτηρίζονται τα άτομα με διαταραχές ή μειονεξίες στην οπτική λειτουργία, οι οποίες αφορούν την αντίληψη του φωτός και την αίσθηση του σχήματος, χρώματος και μεγέθους του οπτικού ερεθίσματος. Η βαρύτητα των διαταραχών της όρασης κυμαίνεται ανάλογα με τη μείωση της οξύτητας από ελαφριάς μορφής ως την πλήρη απώλεια της όρασης. Οι διαταραχές της όρασης, επίσης, μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες και να οφείλονται τόσο σε οργανικούς όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Τα άτομα με προβλήματα στην όραση μπορούν να ομαδοποιηθούν στις παρακάτω υποκατηγορίες, λαμβάνοντας υπόψη την ένταση του προβλήματος:

- **τυφλούς**, άτομα δηλαδή που δεν αντιλαμβάνονται το οπτικό ερέθισμα
- **άτομα με μειωμένη όραση**, τα οποία μπορούν να διαβάσουν ένα κείμενο ή να αντιληφθούν το περιεχόμενο μιας εικόνας με την ενίσχυση ενός υλικού ή λογισμικού μεγέθυνσης χαρακτήρων
- **άτομα με λοιπές διαταραχές όρασης**, όπως για παράδειγμα διαταραχές του οπτικού πεδίου ή αχρωματοψία.

Στην κατηγορία των τυφλών ατόμων θεωρείται ότι ανήκουν τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν την αίσθηση της όρασης για να πάρουν πληροφορίες από το περιβάλλον στο οποίο κινούνται. Πολλά από τα άτομα που έχουν ολοκληρωτική απώλεια της αίσθησης της όρασης, έχουν αυξημένη τόσο την αίσθηση της ακοής όσο και την αίσθηση της αφής, τις οποίες χρησιμοποιούν ως εναλλακτικό μέσο στην επικοινωνία τους με το περιβάλλον. Στην κατηγορία των ατόμων με διαταραχές στην όραση ανήκουν τα άτομα των οποίων οι διαταραχές μπορεί να είναι η μυωπία, ο αστιγματισμός, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο στραβισμός και άλλες παθήσεις του οπτικού πεδίου.

Ο Williams (1991) ορίζει την τυφλότητα ως την οπτική οξύτητα η οποία είναι μικρότερη από 3/60 της πλήρους όρασης ύστερα από διόρθωση (στις Η.Π.Α. το αντίστοιχο ποσοστό είναι 20/200). Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, ορίζεται και νομικά το τυφλό άτομο. Ωστόσο, ο παραπάνω ορισμός δεν ισχύει απόλυτα για όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Για παράδειγμα, ο παραπάνω ορισμός δεν αποτελεί και γενικό ορισμό της τυφλότητας, εφόσον άτομα με οπτική οξύτητα μικρότερη από 3/60, είναι σε θέση να διαβάζουν, χρησιμοποιώντας τα επιτεύγματα της υποστηρικτικής τεχνολογίας. Από εκπαιδευτική και μόνο άποψη, τυφλό θεωρείται το άτομο που είναι εξαρτημένο πάντα από την αφή (Braille) ή την ακοή του, στην προσπάθειά του να αποκτήσει γνώσεις. Σύμφωνα, επίσης, με τον Williams (ο.π.), ως μερική όραση (partial sight) ορίζεται η οπτική οξύτητα ανάμεσα στα 3/60 και 6/60 ύστερα από διόρθωση.

Λαμβάνοντας υπόψη την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979), τυφλό νοείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στον οφθαλμό με την καλύτερη δυνατή διόρθωση. Επίσης τυφλό θεωρείται το άτομο που, ακόμα κι αν έχει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση είναι περιορισμένη στις 10 μοίρες κεντρικά ή λιγότερο.

3.2 Αίτια Τύφλωσης

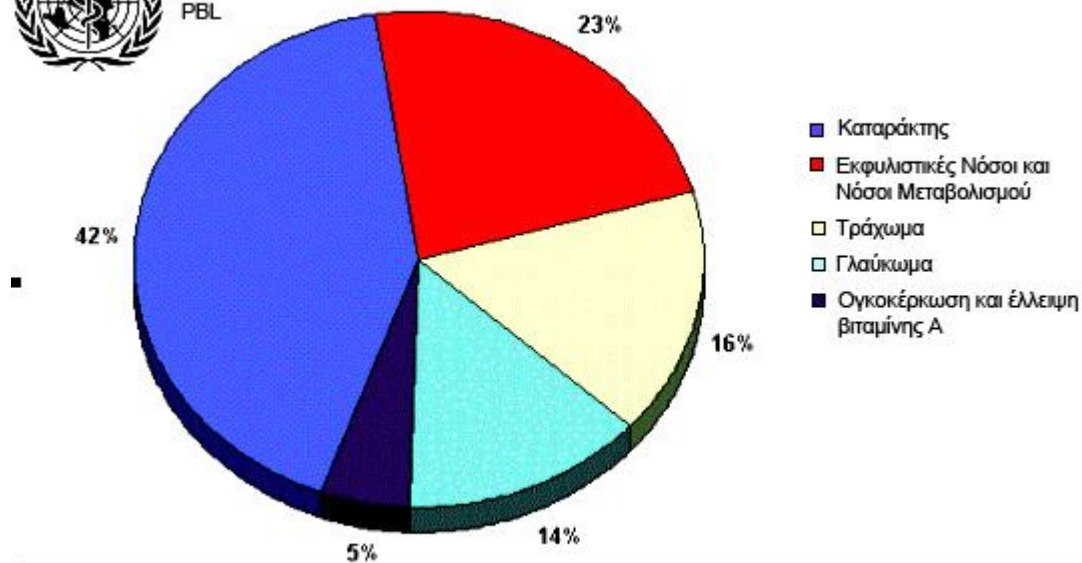
Οι αιτίες τύφλωσης είναι πολλές και συχνά άγνωστες. Οι σημαντικότερες απ' αυτές μπορεί να οφείλονται σε ασθένειες του οπτικού οργάνου (ανάπτυξη διαφόρων όγκων και ινοπλασμάτων, καταρράκτης, ατροφία οπτικού νεύρου, γλαύκωμα, εκφύλιση ωχρής κηλίδας, αποστήματα του κερατοειδούς), σε μολυσματικές ασθένειες από τις οποίες έχει προσβληθεί η μητέρα κατά την περίοδο κύησης (ερυθρά), σε μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία (μηνιγγίτιδα, οστρακιά, ιλαρά, κ.ά.), σε τραυματισμούς του κρανίου κατά τη διάρκεια του τοκετού, σε διαθλαστικές λειτουργίες του οπτικού οργάνου (μυωπία, αστιγματισμός, πρεσβυωπία, υπερμετρωπία), σε ατυχήματα (Kirk, 1973; Κυπριωτάκης, 1985). Οι βασικότερες αιτίες της τύφλωσης σύμφωνα με έρευνα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO) φαίνονται συνοπτικά στο παρακάτω σχήμα (Thylefors et al, 1995):

Εικόνα - Οι βασικότερες αιτίες της τυφλότητας



WHO
PBL

ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ



Thylefors B. et al: "Global data on blindness"
Bulletin of the World Health organization, 1995, 73(1): 115-121

3.3. Γενικά Χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν τύφλωση

Τα άτομα που έχουν τύφλωση έχουν βρεθεί να αντιμετωπίζουν μια σειρά από δυσκολίες μεταξύ των οποίων οι παρακάτω:

- Δυσκολία προσανατολισμού. Τα άτομα που δεν βλέπουν έχουν έντονα αυτό το πρόβλημα μιας και τα μάτια αποτελούν το βασικότερο όργανο του ανθρώπου για την εκπλήρωση αυτής της λειτουργίας.
- Δυσκολία στην πρόσβαση σε πληροφορίες. Τα άτομα με τύφλωση δεν μπορούν να ενημερώνονται τόσο εύκολα για τις νέες εξελίξεις εφόσον δεν είναι σε θέση να διαβάσουν και να δουν οπτικές πληροφορίες (π.χ ειδήσεις, διαφημίσεις, κοινωνικές εκστρατείες, διαδίκτυο κ.λ.π)
- Δυσκολίες κίνησης. Ιδιαίτερα σε δημόσιους – πολυσύχναστους χώρους και σε χώρους με πολλά επίπεδα όπως θέατρα, κινηματογράφους και γήπεδα.
- Δυσκολίες στην εκπλήρωση βασικών λειτουργιών τους όπως τροφή, μπάνιο, τουαλέτα, πλύσιμο ρούχων και ντύσιμο.
- Έλλειψη τρόπων διασκέδασης και ψυχαγωγίας που θα τους κάνουν τη ζωή πιο ευχάριστη και λιγότερο επίπονη.
- Δυσκολίες στην συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες τόσο ομαδικές όσο και ατομικές για την υγεία του σώματος τους.

Οι δυσκολίες στη πρόσβαση που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης:

- Οι τυφλοί άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε χώρους με πολλά σκαλιά και σε χώρους που δεν έχουν ένα μέρος να πιαστούν (π.χ μια ράμπα)
- Επίσης δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μαζικής μεταφοράς μιας και στο σχεδιασμό τους δεν υπάρχει μέριμνα για τα άτομα αυτά.
- Οι άνθρωποι που έχουν τύφλωση δεν μπορούν να μετακινηθούν σε χώρους που υπάρχουν κυλιόμενες σκάλες και κυλιόμενοι διάδρομοι διότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να πέσουν.
- Δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν πολλές φορές ούτε τους ανελκυστήρες διότι δεν γνωρίζουν που βρίσκονται τα κουμπιά ή πιο κουμπί πρέπει να πατήσουν για να φτάσουν στον όροφο που θέλουν.
- Οι τυφλοί άνθρωποι δυσκολεύονται επίσης στις διαβάσεις πεζών διότι δεν βλέπουν που βρίσκονται αυτές και δεν μπορούν να ξεχωρίσουν πότε πρέπει να περάσουν.
- Επιπλέον δυσκολεύονται να περπατήσουν στα πεζοδρόμια όταν αυτά δεν είναι ευρύχωρα και δεν έχουν κάποιες μπάρες για να ανεβαίνουν και να κατεβαίνουν εύκολα.
- Τα άτομα με τύφλωση δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση σε χώρους που υπάρχουν στριφογυριστές πόρτες ή σε χώρους που πρέπει να κάνεις κάποια διεργασία για να μπει (π.χ να χτυπήσεις το κουδούνι για να μπει στην τράπεζα).
- Επιπρόσθετα , τα άτομα με τύφλωση δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση σε μηχανήματα εξυπηρέτησης όπως ATM, καρτοτηλέφωνα και μηχανές τροφίμων επειδή δεν ξέρουν πώς να πλοηγηθούν και που βρίσκονται τα κουμπιά των μηχανών.

Οι δυσκολίες πρόσβασης στην πληροφορία που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης:

- Το κόστος του απαραίτητου λογισμικού καθώς και των αναγκαίων τεχνικών βοηθημάτων για επαρκή χρήση των νέων τεχνολογιών καθιστά την χρήση τους ένα χόμπι πανάκριβο αυτών που διαθέτουν υψηλό οικονομικό εισόδημα, προσδίδοντας στην χρήση αυτή κάθε αυτή σαφή ταξικά χαρακτηριστικά.

- Δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα αρκετά λογισμικά που να παρέχουν στους τυφλούς ποικιλία εφαρμογών και να τους προσελκύσουν στα να έρθουν πιο κοντά στην τεχνολογία του Η/Υ και του διαδικτύου.
- Η εκάστοτε πολιτεία δεν μεριμνάει πολλές φορές για την εκπαίδευση των τυφλών ανθρώπων πάνω σε συστήματα όπως η γραφή Braille. Οπότε η αμάθεια αποτελεί ένα αποτρεπτικό παράγοντα στο να έχουν οι τυφλοί πρόσβαση στην πληροφορία.

3.4 Δυσκολίες Ατόμων με Προβλήματα όρασης κατά την αναπτυξιακή Διαδικασία

- Ανάπτυξη του λόγου- καθυστερούν να αναπτύξουν την ομιλία τους
 - δυσκολία στον τόνο της φωνής
 - φτωχή φωνητική ομιλία
- Γλωσσική εξέλιξη- δυσκολία στην μίμηση εκφράσεων και χειρονομιών
- Δυσκολία στην περιγραφή αντικειμένων και χώρων
- Ακουστική παρακολούθηση
- Συναισθηματική ανάπτυξη μειωμένη

3.5 Η καθημερινή ζωή των τυφλών στις σύγχρονες πόλεις στην Ελλάδα – Προβλήματα κινητικότητας και καθημερινές δραστηριότητες.

Τα άτομα με προβλήματα όρασης πρέπει είτε να μάθουν να προσαρμόζονται στις δραστηριότητες της καθημερινότητας πάρα πολύ νωρίς –για όσους γεννιούνται τυφλοί- ή να εξασκηθούν στη χρήση στρατηγικών και βοηθημάτων –όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις ανθρώπων που έχασαν αργότερα την όρασή τους και είναι ήδη εξοικειωμένοι με τις καθημερινές δεξιότητες. Σε πολλές περιπτώσεις, εκτός από τη χρήση ειδικών βοηθημάτων, η επιλογή καταλληλότερου φωτισμού βοηθάει και διευκολύνει τη χρησιμοποίηση της υπολειπόμενης όρασης στους μερικώς βλέποντες.

Τα προβλήματα που οι τυφλοί αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή τους στις σύγχρονες πόλεις είναι πολυάριθμα:

- Άσχημες συνθήκες στα πεζοδρόμια που δυσκολεύουν το βάδισμα

- Δυσκολίες προσπέλασης στις διαβάσεις πεζών, που είναι συνήθως αποκλεισμένες από παράνομα σταθμευμένα αυτοκίνητα
- Κακή οδήγηση, παραβίαση των δικαιωμάτων των πεζών από τους οδηγούς, παραβίαση φωτεινών σηματοδοτών
- Έλλειψη ηχοσήμανσης στους φωτεινούς σηματοδότες
- Έλλειψη συστημάτων εκφώνησης πληροφοριών στα μέσα μαζικής μεταφοράς και στους ανεγκυστήρες σε δημόσιους χώρους

Αυτοί οι ζωτικοί περιορισμοί στην ελεύθερη κίνηση των ανθρώπων στο χώρο – που δεν αποτελούν ιδιαίτερο πρόβλημα για τους βλέποντες- έχουν αρνητική επίδραση στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των τυφλών, περιορίζοντας τις ευκαιρίες τους για πλουσιότερες εμπειρίες και δυσχεραίνοντας σημαντικά τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επειδή οι τυφλοί δεν μπορούν να μετακινηθούν ελεύθερα σε οποιοδήποτε μέρος επιθυμούν ή έχουν ανάγκη να επισκεφθούν, δεν μπορούν να αναπτύξουν άλλες δεξιότητες και ικανότητες, και έτσι παρεμποδίζεται η ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.

Είναι, δυστυχώς, γεγονός, πως στην Ελλάδα κάθε άνθρωπος που αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα όρασης πρέπει να αναπροσαρμόσει τη ζωή του/της. Πρέπει να οργανώσουν τη ζωή τους με βάση ένα ρεαλιστικό σχέδιο που θα στηρίζεται στις ιδιαίτερες δυνατότητες και τις ανάγκες τους. Ο ρόλος της κοινωνίας σε αυτήν την προσπάθεια είναι σημαντικός παρόλο που μέχρι τώρα αποδεικνύεται ότι είναι μάλλον παθητικός. Ένας ενεργητικός κοινωνικός ρόλος σχετίζεται με γνώση, συμμετοχή και αποδοχή της διαφορετικότητας, στη συγκεκριμένη περίπτωση της τύφλωσης και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της.

Η συνειδητοποίηση και η πεποίθηση ότι καθένας μας, ανεξάρτητα από τη φυσική ή πνευματική του κατάσταση, έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται για τη διευκόλυνση της καθημερινής ζωής μας, είναι κάτι που απαιτεί επιμονή, αδιάκοπη προσπάθεια και δραστηριοποίηση. Τέτοιες αποτελεσματικές ενέργειες και υποστηρικτικές δραστηριότητες στην περίπτωση της τύφλωσης εφαρμόζονται με προγράμματα πρώιμης παρέμβασης για παιδιά με πρόβλημα όρασης, με προσαρμογές και διευκολύνσεις σε κάθε χώρο κοινωνικής ζωής και με παροχή ισότιμων υπηρεσιών στους τυφλούς από εκπαιδευτικά ιδρύματα, βιβλιοθήκες, πολιτιστικά κέντρα, αθλητικές εγκαταστάσεις και, φυσικά, εργασιακούς χώρους.

3.6 Συχνότητα των οπτικών δυσλειτουργιών

Τα στατιστικά δεδομένα δεν συμφωνούν όσο αναφορά την συχνότητα της τύφλωσης. Το ποσοστό αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Επίσης, όσο αυξάνεται ο μέσος όρος ζωής, τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των τυφλών. Όσο αναφορά την κοινωνική προέλευση των τυφλών, παρατηρείται ότι οι οικογένειες τους κατανέμονται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. (Κυπριωτάκη,1985)

3.7 Πρόληψη τύφλωσης

Σε κάθε νόσημα είναι προτιμότερη η πρόληψη από την θεραπεία, για λόγους ιατρικούς, ανθρωπιστικούς, αλλά κοινωνικοοικονομικούς. Η τύφλωση θεωρείται από τις πιο δαπανηρές σοβαρές αναπηρίες.

Η πρόληψη της τύφλωσης βασίζεται: 1) στην πρόληψη των γεννητικών ανωμαλιών που περιλαμβάνει: α)την γεννητική καθοδήγηση και β) την αμνιοκέντηση.2) στους εμβολιασμούς (πχ το εμβόλιο της ερυθράς στα νεαρά κορίτσια αποτρέπει τη συγγενή, λοίμωξη του εμβρύου από ερυθρά κατά την κύηση), 3)στην σωστή περίθαλψη του νεογνού κατά και μετά τον τοκετό σε μαιευτικά γυναικολογικά κέντρα με πλήρη εξοπλισμό. Σημαντικό ρόλο παίζει η συχνή οφθαλμολογική εξέταση των πρόωρων νεογνών για την έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση της οπισθοφακικής ινοπλασίας. 4) στην έγκυρη διάγνωση και θεραπεία (πχ αναφέρεται ότι επιβάλλεται χειρουργική επέμβαση στον συγγενή καταρράκτη στο πρώτο τρίμηνο της ζωής) 5)στην πρόληψη των ατυχημάτων. Στην Ελλάδα, το 4% περίπου των αιτιών τύφλωσης οφείλεται σε τραυματισμούς των ματιών. (Αγγελακοπούλου- Σακαντάμη ,χ.χ)

3.8 Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 1990 εκτιμάται ότι υπήρχαν περί τα 38 εκατομμύρια τυφλοί σε ολόκληρο τον κόσμο, από τους οποίους το 75% στην Αφρική και την Ασία. Ο αριθμός των ατόμων με χαμηλή όραση έχει εκτιμηθεί σε 110 εκατομμύρια. Σύμφωνα τώρα με το International Council for Education of People with Visual Impairment (ICEVI), το 90% των τυφλών παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν πηγαίνουν σχολείο ενώ το 80% των τυφλών ενηλίκων είναι χωρίς εργασία λόγω έλλειψης εκπαιδευτικών ευκαιριών και δυνατοτήτων απασχόληση (Γιαννίτσας, 2000):

Σύμφωνα με προβλέψεις της EUROSTAT το 1995, ο αναμενόμενος αριθμός ατόμων με προβλήματα όρασης στην Ευρώπη το έτος 2005 θα πλησιάζει τα 13 εκατ..

Πίνακας - Αναμενόμενος πληθυσμός με προβλήματα όρασης το έτος 2005

Ηλικία	Γυναίκες	Άνδρες
0-15	53.000	56.000
16-59	1.033.000	1.053.000
60-74	1.665.000	1.454.000
75+	5.022.000	2.769.000
Σύνολα	7.774.000	5.333.000

(Πηγή: EUROSTAT 1995)

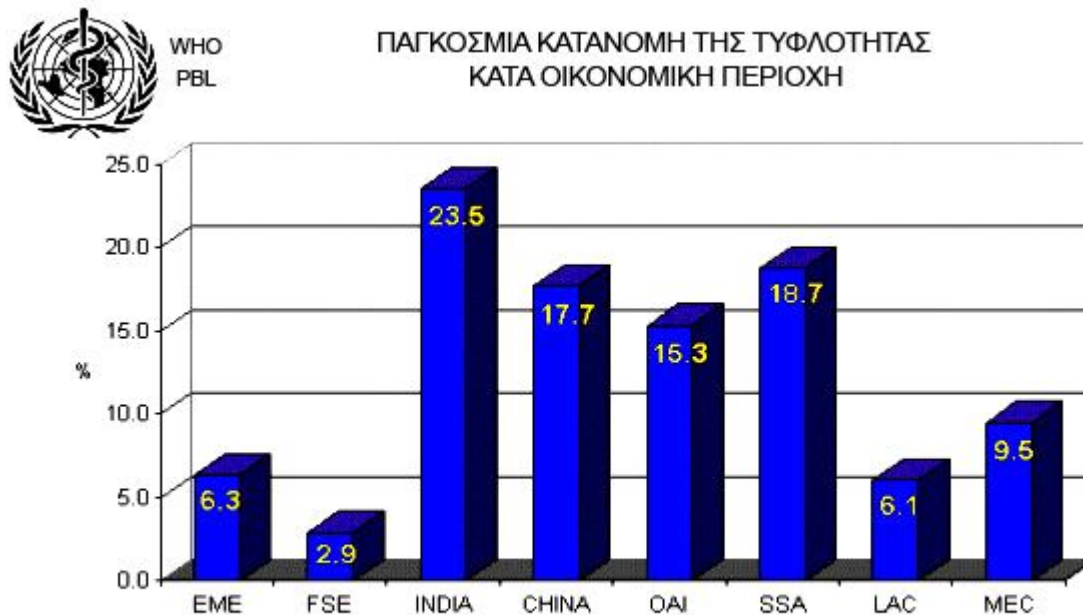
Σήμερα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση ζουν περίπου 37 εκατομμύρια άτομα με αναπηρίες, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς δεν συμμετέχουν στην αγορά εργασίας (EDF, 2001). Έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες κινδυνεύουν να παραμείνουν άνεργα, δύο με τρεις φορές περισσότερο, συγκριτικά με τα μη ανάπηρα άτομα. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι στην Αγγλία το 85,4% των μη αναπήρων ατόμων είναι οικονομικά ενεργό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα άτομα με προβλήματα όρασης που μπορούν να εργαστούν, είναι 52% (EBU, 2001; Dryden, 1999). Επίσης, στις ΗΠΑ, με πληθυσμό 262 εκατομμύρια το 1995, τα άτομα με προβλήματα όρασης ανέρχονται στα 7-10 εκατομμύρια, οι εργαζόμενοι με προβλήματα όρασης (18-69 ετών) ανέρχονται στους 1-1,3 εκατομμύρια (40-45%), ενώ οι άνεργοι με προβλήματα όρασης (18-69 ετών) ανέρχονται στους 1-1,7 εκατομμύρια (55-60%) (Kirchner, 2001). Ο Gilson (1998) αναφέρει ότι 29 εκατομμύρια Αμερικανοί έχουν αναπηρίες, ενώ ανάπηρος είναι 1 στους 6 Αμερικανούς 15-64 ετών. Το 47% των αναπήρων παραμένει άνεργο εξαιτίας της αναπηρίας, ενώ από το 31% των αναπήρων που εργάζεται, μόνο τα 2/3 εργάζονται με πλήρες ωράριο. Στα παρακάτω γράφημα απεικονίζεται η παγκόσμια κατανομή της τυφλότητας κατά ηλικία και κατά οικονομική περιοχή (Thylefors et al, 1995):

Εικόνα - Παγκόσμια κατανομή της Τυφλότητας κατά ηλικία



Thylefors B. et al: "Global data on blindness"
Bulletin of the World Health organization, 1995, 73(1): 115-121

Εικόνα - Παγκόσμια κατανομή της Τυφλότητας κατά Οικονομική Περιοχή



Thylefors B. et al: "Global data on blindness"
Bulletin of the World Health organization, 1995, 73(1): 115-121

EME: Established Market Economies; **FSE:** Formerly Socialistic Economies of Europe; **OAI:** Other Asia and Islands; **SSA:** Sub Saharan Africa; **LAC:** Latina America and the Caribbean; **MEC:** Middle Eastern Crescent

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις απογραφές του πληθυσμού των ατόμων με προβλήματα όρασης, το 1951 οι τυφλοί έφταναν τους 21.651 ανάμεσα σε ένα σύνολο 7.632.801 Ελλήνων κατοίκων (Στασινός, 1991). Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία του έτους 1999 για άτομα με προβλήματα όρασης που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 21.199 άτομα είναι τυφλά για το έτος 1990, ενώ οι τυφλοί που έχουν καταγραφεί στον νομό Θεσσαλονίκης είναι 1031 (περίπου 1% του συνολικού πληθυσμού). Είναι πολύ πιθανόν όμως ο πραγματικός αριθμός να είναι διαφορετικός λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι πολλοί τυφλοί ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και ότι πολλές οικογένειες αποφεύγουν να δηλώσουν την αναπηρία του παιδιού τους. Το EBU Newsletter (2000) δίνει για την Ελλάδα και το έτος 1994 τα παρακάτω στατιστικά στοιχεία: Ο συνολικός αριθμός των ατόμων με προβλήματα όρασης ανέρχεται στους 22.000 και σε ποσοστό 0,21% του συνολικού πληθυσμού, ενώ οι 7.000 από αυτούς ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Ο αριθμός των ατόμων με αναπηρία στην αίσθηση της όρασης και με επιπρόσθετες αναπηρίες, ανέρχεται στους 400-500. Τελευταίες μελέτες (Γιαννίτσας, 2000) έδειξαν ότι ο αριθμός των τυφλών ατόμων ανέρχεται περίπου στις 22.000. Οι 500 από αυτούς είναι άτομα κάτω των 18 ετών.

Για την Ελλάδα, δε δίδονται στοιχεία για τους μερικώς βλέποντες, αφού δεν υφίσταται νομικός ορισμός για τη μερική όραση.

Κεφάλαιο 4^ο:

«Η σεξουαλικότητα των ατόμων με προβλήματα όρασης»

4.1 Μύθοι για την α- σεξουαλικότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες (AMEA)

Υπάρχουν ορισμένοι μύθοι μέσα στους οποίους είναι «τυλιγμένη» η α-σεξουαλικότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι πιο σημαντικοί συμφωνά με την Εμμανουηλίδου (2004) είναι οι εξής:

- Είναι διαδεδομένη η άποψη ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες (AMEA) έχουν παιδική όψη και συμπεριφορά, είναι εξαρτημένα και έχουν ανάγκη προστασίας. Αυτός ο μύθος δημιουργεί την εντύπωση ότι τα (AMEA) δεν μπορούν να δημιουργήσουν μια σχέση που θα βασίζεται στην ισοτιμία των συντρόφων. Ο μύθος ότι είναι αιώνια παιδιά δημιουργεί την εσφαλμένη εντύπωση ότι τα άτομα αυτά είναι α-σεξουαλικά και ότι θέματα που αφορούν την προσωπική τους εικόνα δεν τους αφορούν.
- Τα άτομα με ειδικές ανάγκες (AMEA) είναι ότι έχουν αυξημένες και ανεξέλεγκτες σεξουαλικές ορμές που πολλές φορές τις εκφράζουν με τη βία. Αυτό οδηγεί πολλές φορές στην απόκρυψη πληροφοριών και στη στέρηση εκπαίδευσης για σεξουαλικά ζητήματα με την προσδοκία ότι αυτό θα περιορίσει τις παρεκτροπές.

Τα αποτελέσματα ερευνών που μελέτησαν την βάση των μύθων αυτών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η απομόνωση, ο διαχωρισμός των φύλων, η άγνοια και η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που επιβάλλονται στα (AMEA) μπορούν να οδηγήσουν σε ανάρμοστη, ανεύθυνη και μπορεί εγκληματική σεξουαλική συμπεριφορά.

4.2 Πώς νιώθει ένα άτομο με προβλήματα όρασης με τη σεξουαλικότητα του

Η σεξουαλικότητα αποτελεί ένα αναπόσπαστο και ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της προσωπικότητας όλων των ανθρώπων και επηρεάζει την ψυχική και σωματική μας υγεία. Η υγιής σεξουαλικότητα είναι θεμελιώδης για την ανθρώπινη ευτυχία και ολοκλήρωση και αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Ωστόσο η κοινωνία, με πολύ αργούς ρυθμούς, έχει αρχίσει να αναγνωρίζει τη σεξουαλική διάσταση των ανθρώπων με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων και

αυτών με προβλήματα όρασης. Η αναπηρία έχει ιστορικά θεωρηθεί από τις κοινωνίες ως κάτι το έμφυτο αρνητικό που δε συμβαδίζει με τα κοινωνικά πρότυπα του σεξουαλικά γοητευτικού και επιθυμητού.

Η απώλεια της όρασης συχνά θεωρείται από τις πλέον ακινητοποιητικές αναπηρίες, καθώς πιστεύεται ότι επηρεάζει και άλλα βασικά στοιχεία της λειτουργικότητας. Όσον αφορά το κομμάτι της σεξουαλικότητας, η αλήθεια είναι ότι οι άνθρωποι με προβλήματα όρασης συχνά αναφέρουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη πληροφόρησης σε σχέση με τις σεξουαλικές λειτουργίες. Τα προβλήματα αυτά δημιουργούνται και συντηρούνται, κατά ένα μεγάλο βαθμό από την κοινωνία, η οποία παραδοσιακά αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρίες ως «μη σεξουαλικά» ή «περιορισμένα» στη σεξουαλική τους συμπεριφορά.

Άνθρωποι με προβλήματα όρασης συχνά παρουσιάζουν προβλήματα αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας σε σχέση με τη σεξουαλικότητά τους. Η όραση παίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση και ανάπτυξη της σεξουαλικότητας. Τα βρέφη χτίζουν σταδιακά μια εικόνα εαυτού μέσα από την οπτική επαφή, την ανταλλαγή χαμόγελων, και τη σωματική επαφή με τη μητέρα. Στα μωρά με προβλήματα όρασης, η επικοινωνία αυτή μπορεί να διαταραχθεί λόγω της έλλειψης βλεμματικής επαφής και εν δυνάμει να επηρεάσει την αυτοεικόνα τους και την ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων. Στην παιδική ηλικία, η ταυτότητα του φύλου και η αυτοεικόνα του παιδιού χτίζονται και ενισχύονται μέσα από την παρατήρηση και τη μίμηση των άλλων μελών της οικογένειας και των συνομηλίκων τους. Τα παιδιά όμως με προβλήματα όρασης δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα, ούτε και τη δυνατότητα πρόσβασης σε υλικό (π.χ. ταινίες, βιβλία, περιοδικά) που θα τους βοηθήσει να συλλέξουν πληροφορίες πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας, όπως το ανθρώπινο σώμα, τις ανατομικές διαφορές των δύο φύλων, την ελκυστικότητα και τη σεξουαλική πράξη. Κατά συνέπεια, είναι αναγκασμένα να βασίζονται πάνω στους άλλους προκειμένου να ενημερωθούν για την ελκυστικότητα και τη σεξουαλικότητά τους. Αν τα μηνύματα που λαμβάνουν είναι θετικά, το πιθανότερο είναι ότι θα αναπτύξουν μια θετική εικόνα εαυτού και σώματος, και υψηλή αυτοεκτίμηση. Αν πάλι τα μηνύματα είναι αρνητικά, τότε είναι πιθανό να βιώσουν μια μη ρεαλιστική εικόνα εαυτού και να δυσκολευτούν στην αποδοχή της σεξουαλικότητάς τους και τη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων στην ενήλικη ζωή.

Δυστυχώς, συχνά οι γονείς και το περιβάλλον των παιδιών με προβλήματα όρασης τείνουν να δρουν υπερπροστατευτικά υπονομεύοντας έτσι την ανάπτυξη και την ανεξαρτησία τους. Διστάζουν να τους μιλήσουν για σεξουαλικά θέματα, να ενθαρρύνουν σεξουαλικές συμπεριφορές και να ενισχύσουν την αυτονομία τους. Τα μαθαίνουν έτσι να είναι παθητικά και εξαρτημένα, χωρίς αίσθηση δύναμης και ελέγχου. Η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης οδηγεί σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και αίσθηση ελέγχου, που συχνά αντικατοπτρίζεται στις σχέσεις τους στην ενήλικη ζωή, στις οποίες μπορεί να νιώθουν μειονεκτικά και να διστάζουν να διεκδικήσουν και να εμπλακούν. Η στάση αυτή μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αισθήματα ντροπής και ενοχής γύρω από τη σεξουαλικότητά τους αλλά και να τα θέσει στον κίνδυνο της σεξουαλικής εκμετάλλευσης και κακοποίησης.

Άνθρωποι με προβλήματα όρασης μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν προβλήματα στην επικοινωνία με τους άλλους. Η διαπροσωπική επικοινωνία βασίζεται κατά ένα μεγάλο κομμάτι στην ανταλλαγή μη λεκτικών μηνυμάτων, όπως εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες και στάση σώματος. Οι άνθρωποι με οπτικές αναπηρίες ίσως δυσκολεύονται να λάβουν και να αποκωδικοποιήσουν σωστά τα μηνύματα και τα συναισθήματα των άλλων. Η χρήση της λεκτικής επικοινωνίας, των χαρακτηριστικών της φωνής και η απτική επαφή μπορεί να μην είναι πάντα επαρκείς, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται παρεξηγήσεις. Από την άλλη, οι βλέποντες ενδεχομένως να αισθάνονται άβολα όταν δε λαμβάνουν την ανταπόκριση που περιμένουν και κατά συνέπεια να αποφεύγουν την επαφή με άτομα με προβλήματα όρασης. Ωστόσο, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι το κλειδί για τη σύναψη ουσιαστικών σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων και των σεξουαλικών.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που, πολλές φορές, υιοθετούν ένα αίσθημα ανεπάρκειας και εσωστρέφειας, έχουν την τάση να συντηρούν αυτές τις ανασφάλειες και δεν προσπαθούν να τις καταπολεμήσουν. Πράγματι, συχνά επιλέγουν ερωτικούς συντρόφους που έχουν και εκείνοι παρόμοια προβλήματα με σκεπτικό ότι μόνο εκείνοι θα τους «καταλάβουν». Στην ουσία όμως φαίνεται ότι ανακυκλώνουν τα προβλήματά τους, τα οποία και μεγεθύνονται. Όλο και πιο πολλές σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι είναι πιο ωφέλιμο για τα άτομα με προβλήματα όρασης να σχετίζονται με άτομα που δεν έχουν αντίστοιχες παθήσεις. Αυτό το συμπέρασμα φαίνεται ότι προκύπτει και μέσα από προσωπικές εμπειρίες τυφλών ατόμων που υποστηρίζουν ότι η συναναστροφή και η

σχέση με άτομα χωρίς οφθαλμικές παθήσεις τους βοηθάει περισσότερο και αποκτούν ένα αίσθημα ανεξαρτησίας και αποτελεσματικότητας.

Στο σημείο αυτό έχει σημασία να μιλήσουμε και για το αίσθημα του φόβου, το οποίο διακατέχει πολλούς ανθρώπους με δυσκολίες στην όραση. Είναι γεγονός ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συχνά ένα είδους φόβο για το άγνωστο που εκδηλώνεται σε πολλούς τομείς της ζωής τους, όπως στη σεξουαλικότητά τους. Ο φόβος αυτός για το άγνωστο γίνεται ορατός και από την αποφυγή του αγγίγματος. Τα άτομα με προβλήματα όρασης υπάρχουν φορές που διστάζουν να αγγίζουν τους άλλους και άρα να επικοινωνούν, με συνέπεια να ενισχύουν την εσωστρέφεια και την απομόνωσή τους. Έχει παρατηρηθεί, μέσα από αναφορές σε σχολές και συλλόγους τυφλών, ότι ο φόβος για το άγγιγμα υφίσταται από την παιδική και εφηβική ηλικία και συντηρείται με συμπεριφορές αποφυγής, π.χ. ένα παιδί διστάζει και έχει φόβο να ακουμπήσει και να χαϊδέψει ένα τριχωτό ζώο.

Δεν είναι λίγα τα άτομα με δυσκολίες όρασης που έχουν την πεποίθηση ότι δεν έχουν σεξουαλική επιθυμία επειδή δε διαθέτουν την «πολύτιμη» αίσθηση αυτή. Η αλήθεια όμως είναι ότι η όραση δεν είναι το μοναδικό κριτήριο για την ενεργοποίηση της σεξουαλικής επιθυμίας. Το «ξύπνημα» της επιθυμίας μπορεί να προκύψει και με άλλους τρόπους, για παράδειγμα με το άγγιγμα όπως περιγράψαμε παραπάνω. Είναι σημαντικό το άτομο να εξοικειωθεί στη διαδικασία αυτή του αγγίγματος η οποία μπορεί σιγά σιγά να το απελευθερώσει σεξουαλικά.

Πιο ειδική αναφορά πρέπει να γίνει και για τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως «νεοτυφλοθέντες», άτομα που για κάποιο λόγο έχασαν ξαφνικά την όρασή τους. Η απώλεια της όρασης μπορεί να προκύψει σε οποιαδήποτε ηλικιακή περίοδο, παιδική ηλικία, εφηβεία, τρίτη ηλικία. Οι νεοτυφλοθέντες διακατέχονται από ποικίλα συναισθήματα. Είναι πιθανό να βρίσκονται σε άρνηση για αυτό που συνέβη, να κυριαρχούνται από θυμό, οργή, στεναχώρια και απογοήτευση. Μπορεί να αισθάνονται αδικημένοι από αυτό που έπαθαν, για το σημαντικό «δώρο» της ζωής που έχασαν. Η αλλαγή αυτή στη ζωή τους μπορεί να τους «μπλοκάρει», συχνά δεν μπορούν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες που πρέπει να ακολουθήσουν και αισθάνονται αβοήθητοι και ακινητοποιημένοι. Πολλές φορές αυτή η αλλαγή βιώνεται πιο επώδυνα ανάλογα με το ηλικιακό στάδιο που συνέβη η τύφλωση. Για

παράδειγμα, άλλοι άνθρωποι το βιώνουν πιο επώδυνα στη μέση ηλικία και άλλοι στην εφηβεία.

Η σεξουαλικότητα καθορίζεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το πώς αντιλαμβανόμαστε τον εαυτό μας, αλλά και από το ποιον βρίσκουμε εμείς ελκυστικό. Τα άτομα με οπτικές αναπηρίες δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ελκυστικότητά τους αλλά και να αξιολογήσουν την ελκυστικότητα των άλλων, καθώς αυτό προϋποθέτει αρχικά την οπτική αναγνώριση. Επιπρόσθετα, το φλερτ, στα αρχικά του στάδια, περιλαμβάνει κυρίως την οπτική επαφή. Κατά συνέπεια, τα άτομα με προβλήματα όρασης, σε κοινωνικές εκδηλώσεις έχουν μειωμένες ευκαιρίες για επικοινωνία με ένα πιθανό ερωτικό σύντροφο και βασίζονται κυρίως στους φίλους τους για να λάβουν ενημέρωση για την εξωτερική εμφάνιση των άλλων αλλά και για το ποιος μπορεί να ενδιαφέρεται για αυτούς. Παρόλα αυτά, η σεξουαλική έλξη, η επιθυμία και η φαντασίωση δεν είναι μόνο οπτικά φαινόμενα. Περιλαμβάνουν επίσης τις λέξεις, τον τόνο της φωνής, τη μυρωδιά, το άγγιγμα και την προσωπικότητα του ατόμου. Εφόσον λοιπόν τα αρχικά εμπόδια στην επικοινωνία ξεπεραστούν, η γνωριμία και η επαφή μπορούν να συνεχιστούν και να εξελιχθούν. Το να ακολουθήσει σεξουαλική δραστηριότητα, ίσως να είναι πιο δύσκολο, εκτός αν έχει δημιουργηθεί μια άνετη ατμόσφαιρα μέσα από την προφορική επικοινωνία. Για το λόγο αυτό πολλές φορές οι άνθρωποι με αναπηρίες εξασκούνται εκ των προτέρων για το τι θα πουν σε μια δοθείσα περίπτωση, καθώς αυτό τους προκαλεί λιγότερο άγχος στο να εμπλακούν σε μια ενδεχόμενη σεξουαλική δραστηριότητα.

Από τη μεριά τους, οι πιθανοί σύντροφοι ανθρώπων με αναπηρίες μπορεί να αισθάνονται ότι είναι προσβλητικό το να κάνουν ερωτήσεις για ενδεχόμενη σεξουαλική πράξη. Παρόλα αυτά, αν έχει αναπτυχθεί ένα επίπεδο εμπιστοσύνης και επικοινωνίας, οι ερωτήσεις αυτής της φύσης είναι καλοδεχούμενες, γιατί δημιουργούν μια ευκαιρία για να συζητηθούν αυτά τα θέματα. Όσον αφορά τη φύση της σεξουαλικής επαφής, δε φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη σεξουαλική συμπεριφορά και λειτουργία ανάμεσα στους βλέποντες και τους μη βλέποντες. Μάλιστα, στη σεξουαλική επαφή, οι άνθρωποι με προβλήματα όρασης τείνουν να παρουσιάζουν οξυμμένες τις αισθήσεις της ακοής, της όσφρησης και της γεύσης, λόγω της απώλειας της όρασης, γεγονός που συμβάλλει στον καλό συντονισμό με τις αντιδράσεις του συντρόφου.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα άτομα με οπτικές αναπηρίες είναι αυτό της πρόσβασης σε κοινωνικά πλαίσια και δραστηριότητες. Συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν περιορισμένες ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς η κοινωνία τείνει να τα περιθωριοποιεί και ενδεχομένως ένας βλέπων να διστάζει να βγει με ένα μη βλέποντα, λόγω της κοινωνικής πίεσης και προκατάληψης. Ακόμα όμως και όταν έχουν ευκαιρίες συμμετοχής, έρχονται αντιμέτωπα με προβλήματα πρόσβασης στο χώρο, όπως η μεταφορά τους, ή μη φιλικές συνθήκες, όπως ο μειωμένος φωτισμός των χώρων διασκέδασης, που μεγεθύνει τα προβλήματα των ατόμων με μειωμένη όραση. Για τους λόγους αυτούς, παίζει σημαντικό ρόλο η υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ώστε τα άτομα με προβλήματα όρασης να αισθάνονται αυτοπεποίθηση στο να διαπραγματευτούν σεξουαλικά και να διεκδικήσουν πιθανούς σεξουαλικούς συντρόφους, αλλά και το δικαίωμα στο γάμο και τη δημιουργία οικογένειας.

Συμπερασματικά, η σεξουαλικότητα φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό κεφάλαιο στη ζωή των ατόμων με προβλήματα όρασης. Τα άτομα αυτά επιθυμούν να φλερτάρουν, να ερωτευτούν, να έχουν μια σχέση και να δημιουργήσουν οικογένεια. Ωστόσο, συχνά παρουσιάζουν ελλιπή ενημέρωση και μειωμένη αυτοπεποίθηση στον τομέα των σεξουαλικών σχέσεων, γεγονός που μπορεί να τους αποθαρρύνει από τη σεξουαλική έκφραση και διεκδίκηση. Η περιορισμένη πρόσβαση στην πληροφόρηση αλλά και στο φυσικό περιβάλλον, η έλλειψη ενθάρρυνσης από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και οι κοινωνικές προδιαγραφές και προκαταλήψεις για την ελκυστικότητα αποτελούν παράγοντες που ενοχοποιούνται για την καταπίεση και την περιθωριοποίηση της σεξουαλικότητας των ατόμων με προβλήματα όρασης. Η σεξουαλική υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και είναι χρέος της κοινωνίας να εξασφαλίσει στα άτομα με οπτικές αναπηρίες δικαίωμα στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, πρόσβαση στη πληροφόρηση και στο φυσικό περιβάλλον αλλά και προστασία των δικαιωμάτων τους, ώστε να δημιουργήσουν μια υγιή σεξουαλική συμπεριφορά και μια ολοκληρωμένη σεξουαλική ζωή (Ασκητής, 2011).

4.3 Συνέπειες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στο άτομο με πρόβλημα όρασης

Το σεξουαλικό πρόβλημα για πολλούς ανθρώπους αποτελεί ένα θέμα ταμπού. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία αισθάνονται

ντροπή, αμηχανία, απογοήτευση και καταβάλλουν προσπάθειες να το κρύψουν από τον περίγυρο από φόβο μην εκτεθούν. Παρόμοια συναισθήματα, καλείται να διαχειριστεί και ένα άτομο με προβλήματα όρασης. Ενδεχομένως να βιώνει με μεγαλύτερη ένταση συναισθήματα ντροπής, ανασφάλειας, θυμού ή αδικίας που ένα σεξουαλικό πρόβλημα του «χτυπά την πόρτα».

Κατά καιρούς έχουν ακουστεί απόψεις οι οποίες θέλουν τα άτομα με αναπηρία να είναι μη σεξουαλικά, σεξουαλικά ανώριμα ή αδύνατα να χειριστούν τη σεξουαλικότητα τους. Αυτό το μήνυμα ακόμα και αν είναι πέρα για πέρα μύθος, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τη διεκδίκηση της λύσης ενός σεξουαλικού προβλήματος. Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις και ο κοινωνικός ρατσισμός κάνουν το άτομο με πρόβλημα όρασης να θεωρεί πως η σεξουαλική του ορμή είναι δευτερογενής και λιγότερο σημαντική. Έτσι προτιμά να σιωπά. Ωστόσο αυτή η σιωπή αντανακλά αφενός τη δυσκολία που υπάρχει στην αναφορά σε θέματα σεξουαλικής υγείας και αφετέρου την κοινωνική αντίληψη, που θέλει τους ανθρώπους με αναπηρία να έχουν λιγότερα δικαιώματα και απαιτήσεις και ως εκ τούτου να είναι άτομα χωρίς σεξουαλική επιθυμία.

Πολλοί είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης ως διαφορετικούς από τους ίδιους. Θεωρούν ότι είναι άτομα με ειδικές ανάγκες που πάντα χρειάζονται βοήθεια από κάποιον προκειμένου να επιβιώσουν στην καθημερινότητά τους. Σε μια τέτοια κατάσταση είναι τόσο πολλά τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν σε απλά, πρακτικά ζητήματα, έτσι ώστε η σεξουαλικότητα είναι ένα είδος «πολυτέλειας». Ακόμα και όσοι αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα όρασης υιοθετούν μια παρόμοια λογική, αυτή που λέει πως «αν κάποιος αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα όρασης, θα έπρεπε να ασχολείται με αυτό, ως πιο σημαντικό και όχι με θέματα που έχουν να κάνουν με το σεξ». Το παραπάνω είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ιδέα που προαναφέρθηκε ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης είναι σαν παιδιά βάσει των αναγκών τους, και πως χρειάζεται να τους υπενθυμίζονται συνεχώς οι προτεραιότητες στη ζωή τους. Βάσει αυτού του μύθου, το σεξ σίγουρα δεν πρέπει να είναι μια από τις προτεραιότητές τους.

Ένα σεξουαλικό πρόβλημα έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου που το βιώνει. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι το άτομο που πάσχει από κάποιο πρόβλημα όρασης, ειδικότερα εάν αυτό έχει παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της ζωής του και

όχι εκ γενετής, έχει επηρεαστεί ψυχολογικά από τους περιορισμούς που δέχεται, είναι εύκολο να συμπεράνει το ψυχικός κόστος που συνοδεύει μια ενδεχόμενη σεξουαλική δυσλειτουργία. Ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανό να συμβούν. Οι αυξανόμενες απαιτήσεις και οι πιεστικές συνθήκες ζωής που κυριαρχούν στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλούν στρες, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Η κακή διάθεση φαίνεται να καθιστά αδύνατη την απόλαυση της ζωής και τίποτα πλέον δε φαίνεται να προσφέρει ευχαρίστηση. Το άτομο μπορεί να κλειστεί στον εαυτό του, να απομονωθεί κοινωνικά, βιώνοντας ενοχικά συναισθήματα για το σεξουαλικό του πρόβλημα. Πολλές φορές το άγχος, οι αρνητικές σκέψεις, η κακή εικόνα ως προς τον εαυτό και το σώμα, είναι συνωδά συμπτώματα ενός σεξουαλικού προβλήματος που καταρρακώνουν το ηθικό και τη γενικότερη ψυχολογική κατάσταση.

Ωστόσο δεν είναι λίγες οι φορές που η ίδια η ψυχοπαθολογία, δηλαδή η ύπαρξη ενός ψυχολογικού προβλήματος «χτυπάει» τη σεξουαλική ζωή του ατόμου. Μια υποβόσκουσα καταθλιπτική διαταραχή ή ακόμα και ύπαρξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι ικανά να δημιουργήσουν ένα σεξουαλικό πρόβλημα. Εξάλλου, ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η μειωμένη σεξουαλική διάθεση του ατόμου. Σε ένα κλίμα γενικότερης ανηδονίας και μειωμένης ικανότητας για άντληση ευχαρίστησης, το άτομο δεν μπορεί να βιώσει ευχαρίστηση σε επίπεδο ψυχολογικό ή σωματικό ή και τα δυο. Το στρες και οι αγχώδεις διαταραχές ενοχοποιούνται συχνά για την εμφάνιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών.

Από την άλλη, ακόμα και αν επιθυμεί να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό, η ελλιπής κρατική υποδομή, η δυσκολία στο να αναζητήσει και να διαβάσει πληροφορίες για το πού μπορεί να απευθυνθεί, όπως και η δυσκολία του στη μεταφορά αποτελούν επιπλέον τροχοπέδη. Πιθανότατα, για τους παραπάνω λόγους θα χρειαστεί να μιλήσει σε κάποιον για αυτό που του συμβαίνει, προκειμένου να τον κατευθύνει ή ακόμα και να τον συνοδεύσει, καθιστώντας την κατάσταση ακόμα δυσκολότερη.

Για τα άτομα της μέσης ηλικίας η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη, καθώς η κοινωνική αντίληψη στο παρελθόν κυρίως ήθελε τόσο τον άνδρα όσο και τη γυναίκα της μέσης ηλικίας να «μπαίνουν σε σεξουαλική σιγή». Ειδικότερα επικρατούσε η αντίληψη ότι η γυναίκα που μεγαλώνει δεν έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει τη σεξουαλική της ζωή, εφόσον αυτή ήταν ταυτισμένη με την αναπαραγωγή. Υπό την

έννοια αυτή λοιπόν, άτομα της μέσης ή της τρίτης ηλικίας δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο να διεκδικήσουν τη λύση στο σεξουαλικό τους πρόβλημα, θεωρώντας ότι το σεξ έχει ηλικία «έναρξης και λήξης».

Ωστόσο, καθώς η σεξουαλικότητα είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο στη ζωή του κάθε ανθρώπου, οφείλουμε όλοι μας, να προστατέψουμε τη σεξουαλικότητά μας και να προάγουμε τη σεξουαλική μας υγεία, προκειμένου να έχουμε μια καλύτερη κι ευτυχέστερη ερωτική ζωή. Εξάλλου, η σεξουαλικότητα είναι δικαίωμα κάθε ανθρώπου, με ή χωρίς αναπηρία (Ασκητής, 2011)

Κεφάλαιο 5^ο:

Κοινωνική Εργασία και Συντροφική Κακοποίηση Ατόμων με Προβλήματα Όρασης

5.1 Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στην υποστήριξη των ατόμων με προβλήματα όρασης συντροφικής κακοποίησης και στη πρόληψη αυτού του φαινομένου μέσα από 3 επίπεδα πρόληψης τα οποία είναι:

Πρωτογενές επίπεδο: Συμπεριλαμβάνει τη λήψη οποιουδήποτε μέτρου για τη προστασία κάθε ατόμου από πιθανή εμπειρία κακοποίησης, καθώς οποιοδήποτε άτομο αποτελεί εν δυνάμει θύμα κακοποίησης, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες βίωσης εμπειριών κακοποίησης στην ζωή του. Αλλά αφορά ακόμα και τη λήψη οποιουδήποτε μέτρου σε κοινωνικό επίπεδο με μακροπρόθεσμο στόχο την εξάλειψη της κακοποίησης ενάντια στα άτομα με προβλήματα όρασης συντροφικής κακοποίησης στην κοινωνία μας. Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία προγράμματα με βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους. Ενδεικτικά μέτρα που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πρόληψη της συντροφικής βίας είναι: προγράμματα που να προετοιμάζουν τους νέους για τον γονεϊκό τους ρόλο, να βοηθούν στη συνειδητοποίηση ότι οι ανθρώπινες σχέσεις και οι σχέσεις μεταξύ των 2 φύλων θα πρέπει να βασίζονται στις αρχές της ισότητας και του αλληλοσεβασμού, μέτρα που να ενισχύουν ότι η χρήση οποιασδήποτε μορφής βίας αποτελεί ανεπίτρεπτη και μη αποδεκτή συμπεριφορά και καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προγράμματα πρόνοιας και παροχής για τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας της οικογένειας κ.α. (Χατζηφωτίου, 2005).

Δευτερογενές επίπεδο: Συμπεριλαμβάνει οποιοδήποτε πρόγραμμα απευθύνεται σε άτομα ή ομάδα ατόμων που προέρχονται από περιβάλλον υψηλού κινδύνου και κάθε μέτρο που λαμβάνεται γι' αυτά με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση. Για παράδειγμα, η κατηγορία των αντρών που έχουν εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά κατά των συντρόφων τους και θεωρούνται έτσι, ως ομάδα υψηλού κινδύνου. Στην Ελλάδα, δεν έχουν αναπτυχθεί προγράμματα από επίσημους φορείς και δίκτυα φροντίδας για την αντιμετώπιση του πληθυσμού αυτού σε σχέση με χώρες του εξωτερικού που

υπάρχει μεγάλη δραστηριοποίηση από τη πολιτεία για το θέμα των βίαιων αντρών. Η αύξηση των προγραμμάτων για βίαιους άντρες θεωρείται από τη μία θετική δράση από την πλευρά της πολιτείας, αλλά από την άλλη ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στην πολιτική και πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Δηλαδή, τέτοια προγράμματα προσφέρουν στους άντρες τη δυνατότητα να εστιάσουν στη βίαιη συμπεριφορά τους και να μπουν στη διαδικασία να την αλλάξουν, με τρόπους διαφορετικούς από τη χρήση βίας, να βρουν θετικούς τρόπους να χειρίζονται τον θυμό τους, ν' αποκτούν συνείδηση των συναισθημάτων καθώς και αυτοέλεγχο αλλά συγχρόνως δημιουργούνται προβληματισμοί για τη χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων, εάν δηλαδή επενδύονται περισσότερα χρήματα σε αυτά και αφαιρούνται από τα κονδύλια για την έστω και περιορισμένη υποστήριξη για γυναίκες που βιώνουν τη βία. Επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί και κοινωνικοί επιστήμονες που ασχολήθηκαν με βίαιους άντρες μέσω κοινοτικών προγραμμάτων επιβεβαιώνουν ότι οι βίαιοι άντρες δεν αποδέχονται την ευθύνη για τις πράξεις τους προσπαθώντας να την επιρρίψουν προς τους άλλους, έχουν πολύ λίγη κατανόηση για τους άλλους και χρησιμοποιούν τη βία να εξαναγκάσουν, να ελέγξουν και να κυριαρχήσουν στις γυναίκες και στα παιδιά (Χατζηφωτίου, 2005).

Τριτογενές επίπεδο: Συμπεριλαμβάνει οποιοδήποτε πρόγραμμα ασχολείται με τα θύματα μετά από περιστατικά κακοποίησης με κύριο σκοπό να προληφθεί η επανάληψή τους. Τα προγράμματα θα πρέπει να εστιάζουν στην ενδυνάμωση των ατόμων με προβλήματα όρασης που υπέστησαν κακοποίηση. Λαμβάνοντας υπόψη και τις πολυδιάστατες συνέπειες στα άτομα αυτά, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην παρέμβαση των ειδικών συμβουλευτικών κέντρων και σταθμών της κοινότητας που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχολογικών και άλλων συνεπειών της βίας, όπως υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, εμμονή σε σκέψεις για αυτοκαταστροφή, απομόνωση και έλλειψη προσωπικών επαφών με φίλους και την ευρύτερη οικογένεια, απώλεια αυτοσεβασμού και αυτοπεποίθησης, αποδοχή της κακοποίησης ως φυσική ενοχή, συναισθήματα θυμού και φόβου κ.α, ώστε το θύμα να μπορέσει να επανέλθει στη φυσιολογική του ζωή και ν' ανακτήσει τη προσωπικότητά του (Χατζηφωτίου, 2005).

Για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας, για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων που θα

επιφέρουν τη ποιοτική αλλαγή στη λειτουργία των στενών διαπροσωπικών σχέσεων, απαιτείται μεγάλη προσπάθεια συντονισμού και πληροφόρησης από όλους τους φορείς της κοινότητας, τους ειδικούς επαγγελματίες και τις διεπιστημονικές ομάδες που εργάζονται για τη πρόληψη βίας, αλλά και τα ίδια τα άτομα που έχουν βιώσει τη βία για τον παραπάνω σκοπό (Χατζηφωτίου, 2005).

Σε επίπεδο αντιμετώπισης:

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε επίπεδο αντιμετώπισης της κακοποίησης σε άτομα με προβλήματα όρασης, αφορά τον εντοπισμό των θυμάτων βίας και στην ενεργοποίηση μίας διαδικασίας για τη διακοπή της. Για τον λόγο αυτό, απαραίτητη είναι η συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας και τις τοπικές αρχές. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό και χρήσιμο να υπάρχει και να διατίθεται σχετικό ενημερωτικό υλικό σε σχολεία, σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα όρασης και σε υπηρεσίες προάσπισης των κακοποιημένων ατόμων . Οι κυριότερες ευθύνες του κοινωνικού λειτουργού σε περιστατικά κακοποίησης είναι οι παρακάτω:

- Να αναγνωρίζει την κακοποίηση
- Να φέρνει το θέμα της βίας προς συζήτηση
- Να πάρει συνέντευξη, να υποστηρίξει και να καθοδηγήσει / συμβουλέψει το θύμα κακοποίησης
- Να διεξάγει μια προσεκτική ιατρική εξέταση και έκθεση του περιστατικού
- Να φέρει αποδεικτικά στοιχεία της βίας (τραυματισμοί, ψυχολογικά προβλήματα, κλπ)
- Να συζητήσει για τα παιδιά
- Να καταγράψει και καταγγείλει την βία σε αντιστοιχία με τους υπάρχοντες νόμους
- Να παραπέμψει το θύμα σε άλλους υποστηρικτικούς φορείς
- Να συντονίσει την συνεργασία με άλλους επαγγελματίες (Perttu, Kaselitz, 2006).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εγγυάται την εμπιστευτικότητα κατά τις επαγγελματικές του συναντήσεις με άτομα με προβλήματα όρασης, θύματα συντροφικής βίας, αρχή που αποτελεί μία πολύ καλή βάση

συζήτησης με τα άτομα αυτά αυτές για τις εμπειρίες τους. Ωστόσο, θα ήταν σημαντικό, να αρχίζει εκείνος τις συζητήσεις αυτές για τις εμπειρίες βίας των γυναικών, καθώς είναι γνωστό ότι οι συνήθως δυσκολεύονται να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους γιατί αισθάνονται άβολα, ντρέπονται και φοβούνται για τις συνέπειες που θα έχει μια τέτοια αποκάλυψη, αλλά και γιατί πιστεύουν ότι ο επαγγελματίας δεν θα μπορεί να τις βοηθήσει (Bacchus, Mezey, Bewley, 2002).

Η αντιμετώπιση της κακοποίησης μπορεί να αποτελεί πρόκληση του επαγγελματισμού του κοινωνικού λειτουργού μερικές φορές. Αυτά που χρειάζονται σ' εκείνον είναι σίγουρα υπομονή και καλές δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους καθώς αυτή η εργασία είναι δύσκολη λόγω της έντονης συναισθητικής φόρτισης που επιφέρει. Ο επαγγελματίας μπορεί να μην είναι πάντα απολύτως ενήμερος των τραυματικών επιδράσεων της βίας στα θύματα. Αυτός είναι ο λόγος που μερικές φορές τα θύματα βίας μπορεί να θεωρηθούν «δύσκολοι πελάτες» με χαρακτηριστικά παθητικότητας, εξάρτησης και έλλειψης αποφασιστικότητας, αφού συνήθως αναζητούν να επιστρέψουν και πάλι στην βίαιη σχέση. Είναι συχνό το φαινόμενο της επαγγελματικής αγανάκτησης του επαγγελματία με το θύμα, καθώς βλέπει ότι παρά τις συμβουλές που του παρέχει, εκείνοι δεν παίρνουν μέτρα αλλαγής της ζωής τους, απομάκρυνσης από τους βίαιους συντρόφους και προστασίας των παιδιών της μέσα από την εγκατάλειψη του συντρόφου ή την καταγγελία της κακοποίησης στην αστυνομία. Ο κοινωνικός λειτουργός επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να αναγνωριστούν και να τους έχουμε υπόψη. Για παράδειγμα, ο τρόπος σκέψης, απόφασης και δράσης ακολουθεί τις κυρίαρχες κοινωνικές στάσεις, αντιλήψεις, αρχές και αξίες για την οικογένεια, την θέση των ατόμων με προβλήματα όρασης, τα παιδιά και την άσκηση βίας στην κοινωνία μας. Για τον λόγο αυτό σαν επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας και φορέας των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών, θα πρέπει να εξετάζεται η αντικοινωνικότητα των απόψεών του και να μην τροποποιεί αποφάσεις που πιθανά έχουν παρθεί ακολουθώντας κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις για θέματα που αφορούν στην οικογένεια και τα θύματα (π.χ. αλκοολισμούς, ψυχικές διαταραχές, βία κλπ) (Schornstein, 1997). Δουλεύοντας με περιστατικά συντροφικής βίας, αυτό μπορεί να κάνει τον κοινωνικό λειτουργό να έρθει αντιμέτωπος με τα προσωπικά του τρανότατα και αντοχές. Για να ανταπεξέλθει στις συνθήκες αυτές θα ήταν ωφέλιμο να μοιραστεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους στις συναντήσεις εποπτείας όπου θα βοηθηθεί

από τους συναδέλφους του προκειμένου να προστατέψει τον εαυτό του και να γίνει πιο ικανός ν' αντιμετωπίσει τις δύσκολες αυτές υποθέσεις στη δουλειά του (Perttu, Kaselitz, 2006).

5.2. Διεπιστημονική συνεργασία

Η λέξη συνεργασία φέρνει συνειρμικά στο νου τις έννοιες: μοιράζομαι, υποστηρίζω, προσπάθεια για την επίτευξη κοινών στόχων. Από τον ορισμό της συνεργασίας που δόθηκε από τους Aradine & Pridham (1973, στο Σαπουτζή – Κρέπια 1995: 149) συνάγεται ότι «η συνεργασία απαιτεί κοινές προσπάθειες και ενέργειες για την καθιέρωση κοινών στόχων. Κάθε άτομο πρέπει να συμβάλλει για την καθιέρωση στόχων που ικανοποιούν τα μέλη που συνεργάζονται μεταξύ τους, αλλά επιπλέον πρέπει να αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη μερικές φορές συμβολή κάποιου μέλους της ομάδας σαν ειδικό για την επίλυση ενός προβλήματος».

Σύμφωνα με τους Mailick & Ashley (1981, στο Σαπουτζή – Κρέπια 1995:144) «ο όρος της συνεργασίας φέρνει συνήθως στο νου την εικόνα της συνεδρίασης μια ομάδας. Η συνειρμική αυτή σύνθεση είναι ατυχής επειδή συνεργασία είναι μία ευρύτερη διαδικασία και η συνεδρίαση της ομάδας είναι μόνο ένα στοιχείο από τις τεχνικές και τους μηχανισμούς, με τους οποίους επιτυγχάνεται η διαδικασία της συνεργασίας. Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων , επανεκτίμηση των στοιχείων, ανταλλαγή πληροφοριών και ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις».

Η συντονισμένη διεπιστημονική συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού, των δημοτικών αρχών και άλλων φορέων, είναι σημαντική για την βοήθεια του θύματος, της συντροφικής βίας αλλά και της οικογένειας γενικότερα. Η συνεργασία αυτή εκδηλώνεται μέσα από κοινές συμφωνίες για την εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών, από την συγκεκριμενοποίηση των ευθυνών και των καθηκόντων του κάθε εμπλεκόμενου μέλους/φορέα και από την ανταλλαγή των πληροφοριών. Την ευθύνη για τον συντονισμό των δημοτικών αρχών και των άλλων φορέων θα πρέπει να αναλαμβάνει μόνο ένας φορέας κάθε φορά. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει ένα πρωτόκολλο σχετικά με την κοινή συμφωνία στα

θέματα μυστικότητας και δραστηριοτήτων προκειμένου να πετύχουνε μια ευέλικτη συνεργασία (Perttu, Kaselitz,2006).

Κατά την διαδικασία της διεπιστημονικής υποστήριξης ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει:

- Να μιλήσει στο θύμα και να ζητήσει την άδεια του για να κοινοποιήσει το πρόβλημα του στην διεπιστημονική ομάδα της υπηρεσίας του.
- Ζητάει επίσης την άδεια του (κατά προτίμηση γραπτώς) για να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με την υπόθεση του από άλλους συνεργάτες σας εάν νομίζει ότι χρειάζεται.
- Εάν το θύμα αρνηθεί να δώσει την άδεια του, διατηρεί την επαφή μαζί του και συνεχίζει να τον κινητοποιεί για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.
- Να γνωρίζει ότι μπορεί να φοβάται να δημοσιοποιήσει το πρόβλημα γιατί το θεωρεί επικίνδυνο για την δική του ασφάλεια και αυτή των παιδιών του σε περίπτωση που έχει. Να θυμάται ότι το ίδιο το θύμα είναι ο/η ειδικός στο θέμα της βίας.
- Είναι πιθανό η νομοθεσία σχετικά με τα θύματα προστασίας των παιδιών να υποχρεώνει να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός με τις δημοτικές αρχές για την φροντίδα τους σε περιπτώσεις βίας εναντίον τους ή όπου ζουν σε χώρο που κινδυνεύει η ζωή τους.
- Καταγράφει όλες τις δυνατές υπηρεσίες, κέντρα, φορείς που θα βοηθούσαν στην παροχή υποστήριξης και βοήθειας του θύματος αλλάζει ζητάει την γνώμη των συναδέλφων του για την ύπαρξη επιπλέον τυχόν βοήθειας.
- Παρουσιάζει την υπόθεση στην τοπική διεπιστημονική ομάδα αν υπάρχει.
- Το θύμα (και ο/η συνοδός του/της) εάν το επιθυμεί μπορεί να συμμετάσχει στην ομάδα εργασίας που ασχολείται με την υπόθεση του.
- Συμφωνεί να αναλάβει ένα άτομο της ομάδας εργασίας την ευθύνη για τον συντονισμό και την πρόοδο των δράσεων (Perttu, Kaselitz,2006)

Βασικές αρχές κοινωνικού λειτουργού στο θύμα κακοποίησης κατά την διεπιστημονική συνεργασία:

Ασφάλεια: σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης η κεντρική εργασία αφορά στην διαβεβαίωση ότι καμία από τις προγραμματισμένες δραστηριότητες των δημοτικών και άλλων φορέων δεν βάζουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του θύματος.

Εμπιστευτικότητα: είναι απολύτως σημαντικό στο θύμα η δυνατότητα μία συνεχούς επικοινωνίας με τους φορείς προσφοράς βοήθειας. Αυτό σημαίνει ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να του/ της εγγυηθεί απόλυτη εμπιστευτικότητα.

Ατομική υποστήριξη: καθώς το θύμα μιλάει για τις εμπειρίες κακοποίησης που έχει βιώσει πρέπει να τονιστεί από τον επαγγελματία ότι είναι σημαντικό για εκείνον – εκείνη να λάβει ειδικευμένη βοήθεια στο πρόβλημα. Όπως επίσης και όλα τα μέλη της οικογένεια του/της χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη.

Ο θύτης: μία από τις μεγάλες προκλήσεις του κάθε επαγγελματία σε θέματα συντροφικής βίας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο θα καταφέρει να εμπλέξει τον /την βίαιο/βη σύντροφο στην αναζήτηση βοήθειας προς τον εαυτό του προκειμένου να απαλλαγεί από το βίαιο κομμάτι του χαρακτήρα του/της. Πολλά θύματα προσπαθούν να βοηθήσουν τον /την σύντροφο τους προκειμένου να σταματήσουν την βίαιη συμπεριφορά του/ της απέναντι του/της. Στο σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό να εξηγηθεί στο θύμα ότι δεν είναι αυτός/η υπεύθυνος-η ούτε υποχρεωμένος-η να τον /την βοηθήσει αλλά ότι μπορεί ωστόσο να του /της δώσει πληροφορίες για τις διαθέσιμες χρήσιμες υπηρεσίες (πχ θεραπευτικά προγράμματα για βίαια άτομα). Παρόλα αυτά, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να διασφαλίσει ότι είναι ασφαλές για το θύμα να δώσει αυτές τις πληροφορίες στον/στην σύντροφο του/της (Perttu, Kaselitz, 2006)

Δεύτερο Μέρος – Ερευνητικό

Κεφάλαιο 6^ο:

Μεθοδολογία της έρευνας

6.1 Σκοπός έρευνας

Να διερευνηθεί το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης.

6.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποια είναι η συχνότητα υποδοχής συντροφικής κακοποίησης στα άτομα με προβλήματα όρασης;
- Ποιες είναι οι συνθήκες υποδοχής συντροφικής κακοποίησης από τα άτομα με προβλήματα όρασης;
- Ποια είναι τα είδη της συντροφικής κακοποίησης που μπορεί να δεχτεί ένα άτομο με προβλήματα όρασης;
- Ποιες είναι οι στάσεις των ατόμων με προβλήματα όρασης σχετικά με το φαινόμενο;
- Σχετίζεται η κακοποίηση (παιδική/συντροφική) με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και με τα χαρακτηριστικά του προβλήματος όρασης που αντιμετωπίζουν;

6.3 Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας

Μεθοδολογία

6.4 Δειγματοληψία

Ως καταλληλότερη μέθοδο δειγματοληψίας για το συγκεκριμένο θέμα, θεωρήσαμε τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sample). Η μέθοδος αυτή αν και χρησιμοποιείται κυρίως σε ποιοτικές μελέτες, ήταν εκείνη που ακολουθήθηκε στην ποσοτική έρευνά μας. Στο πρώτο στάδιο ο ερευνητής επιλέγει ορισμένα άτομα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που επιθυμεί να μελετήσει στη περίπτωση μας

άτομα με προβλήματα όρασης. Στη συνέχεια, τα άτομα αυτά προτείνουν άλλα άτομα που γνωρίζουν και συμμετέχουν στην έρευνα. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη δικτύωση και είναι απαραίτητη σε πληθυσμούς που δεν είναι εύκολο να εντοπισθούν με τυχαία δειγματοληψία. Ιδιαίτερα στις συνεντεύξεις ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το δείγμα του με αυτή τη μέθοδο και να έχει και ικανοποιητική εκπροσώπηση των ατόμων όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κλπ) (Κυριαζή, 2002).

6.5 Συλλογή πληροφοριών

Όπως είναι φυσικό η έρευνά μας απαιτούσε μια διαφορετική προσέγγιση των ερωτώμενων αφού προοριζόταν για άτομα τα οποία είτε είχαν περιορισμένη όραση είτε ήταν τελείως τυφλά. Το ερωτηματολόγιο δεν κατάστη δυνατόν να τυπωθεί σε ειδικό χαρτί με τη μορφή Braille ώστε να απαντήσουν με αυτό τον τρόπο οι ερωτηθέντες, όπως επίσης και το γεγονός ότι υπήρχαν ερωτήσεις οι οποίες μετρούσαν το βαθμό κακοποίησης, αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες ώστε να διεξαχθεί η έρευνα μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Και αυτό για να μπορέσουν να διασφαλιστούν αφενός τα προσωπικά δεδομένα και η ανωνυμία των ατόμων της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας και αφετέρου για να δοθούν απαντήσεις με όσο το δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια από τους ίδιους.

Έπειτα λοιπόν, και μετά από συνεννόηση με τους υπεύθυνους του συλλόγου Τυφλών του Δήμου Ηρακλείου, δόθηκε μια λίστα με τηλέφωνα μελών τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια. Όμως επειδή χρειαζόμασταν περισσότερα άτομα για να είναι η μελέτη μας και τα αποτελέσματά μας πιο συγκροτημένα, όπως αναφέρθηκε και λίγο πιο πάνω (δειγματοληψία χιονοστιβάδας) χρειάστηκε να ζητήσουμε από κάποιους από τους ερωτώμενους να μας συστήσουν και άλλους με την ίδια πάθηση για να συμπεριληφθούν στο δείγμα μας. Η ανταπόκριση ήταν μεγάλη και κατορθώθηκε η συγκέντρωση ενός ικανοποιητικού αριθμού ατόμων ώστε να εξαχθούν σημαντικά ευρήματα για τη συγκεκριμένη ομάδα.

6.6 Ερευνητικό εργαλείο

Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος έρευνας. Για τη διερεύνηση της κακοποίησης ατόμων με προβλήματα όρασης πραγματοποιήθηκε έρευνα με ερωτηματολόγιο σε δείγμα 69 γυναικών και ανδρών διάφορων ηλικιών. Το ερωτηματολόγιο εξέταζε τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων (ανδρών ή γυναικών) με προβλήματα όρασης, τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης, τις στάσεις – αντιλήψεις τους απέναντι στο φαινόμενο, τις εμπειρίες παιδικής κακοποίησης και το κοινωνικό δίκτυο. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι δύο άτομα από τα συνολικά 71 εξαιρέθηκαν καθώς είχαν συμπληρωθεί ελλιπώς τα προσωπικά τους στοιχεία και καθόλου οι ερωτήσεις κακοποίησης. Γεγονός που υπονοεί ότι τα αποτελέσματα αφορούν τους 69 ερωτηθέντες που έχουν συμπληρώσει ορθά και ολοκληρωμένα το ερωτηματολόγιο.

6.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Στην ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0 και για τη διαγραμματική τους παρουσίαση το MS Excel 2007.

Έγινε υπολογισμός των κατανομών σχετικών και απόλυτων συχνοτήτων των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας. Στον έλεγχο διαφοροποίησης ως προς συγκεκριμένες κατηγορίες χαρακτηριστικών όπως φύλο, ηλικία, μόρφωση, είδος/χρόνος τύφλωσης κλπ ακολούθησαν διωνυμικοί έλεγχοι, χ^2 (και διόρθωση κατά Fisher) αλλά και χρήση των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Ο υπολογισμός τους έγινε με τεχνικές επαναδειγματοληψίας bootstrap. Στον έλεγχο μονομεταβλητής συσχέτισης της ηλικίας των ατόμων με την τελευταία ηλικία παιδικής κακοποίησης εφαρμόστηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης και εκτιμήθηκε ο συντελεστής beta.

Στους συνδυασμούς παιδικής κακοποίησης και συντροφικής βίας (σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική-συναισθηματική) έγινε υπολογισμός συγκεκριμένων δεικτών συχνοτήτων για τον καθορισμό του συνδυασμού συμπεριφορών που πραγματικά παρατηρείται έναντι εκείνων που θεωρητικά αναμένεται να εκδηλωθούν όταν οι συμπεριφορές κακοποίησης και βίας εμφανίζονται μεμονωμένα ή ανεξάρτητα μεταξύ τους. Οι δείκτες αυτοί εκτιμήθηκαν από τις παρατηρούμενες συχνότητες (Π ή

observed - O) ως προς τις αναμενόμενες (A ή expected - E). Οι αναμενόμενες αφορούν την πολλαπλασιαστική πιθανότητα κάθε περίπτωσης εμφάνισης ή μη εμφάνισης (p_i ή q_i) (Galan et al. 2005; Schuit et al. 2002). Εκτιμήθηκε έτσι ο λόγος τους Π/Α (ή O/E ratio) με τα 95%ΔΕ μέσω της κατανομής Poisson. Από το λόγο Π/Α και αν αυτός είναι $>1,00$ καθορίζεται το ποσοστό που αναμένεται να υπάρξει όταν οι τρεις μορφές βίας εμφανίζονται ανεξάρτητα προσδιορίζοντας εκείνες με την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας.

Σε όλες τις αναλύσεις θεωρήθηκε επίπεδο σημαντικότητας το $p<0,05$ (Δαφέρμος, 2005).

Κεφάλαιο 7^ο:

Αποτελέσματα

7.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας

Το συνολικό δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 69 άτομα με τύφλωση (πίνακας 1). Το 63,8% ήταν άρρενες και 36,2% θήλεις, το 5,8% έως 18 ετών και 15,9% άνω των 65 ετών ενώ η μέση ηλικία όλων ήταν 44,7 χρόνια, με εύρος 0,5 ως 87,0. Μόλις ένα άτομο (1,4%) ήταν αλλοεθνής, το 26,1% είχε πολύ χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (έως δημοτικό) και παρόμοιο ποσοστό υψηλό επίπεδο (ΑΕΙ, ΤΕΙ, μεταπτυχιακές σπουδές). Στην επαγγελματική απασχόληση, η πλειοψηφία φαίνεται να είναι άνεργοι/ες και συνταξιούχοι/χες (37,6%) ενώ απροσδιόριστη ήταν η αναφορά τους στο «άλλο» (33,3%).

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 69 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

		v	%
Φύλο	<i>άρρεν</i>	44	63,8
	<i>θήλυ</i>	25	36,2
Ηλικία, χρόνια	<i>έως 18</i>	4	5,8
	<i>19-65</i>	54	78,3
	<i>66+</i>	11	15,9
	<i>μέση ηλικία ±τυπ. απόκλιση (εύρος)</i>	44,7±18,2 (0,5-87,0)	
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	68	98,6
	<i>Άλλη</i>	1	1,4

Μορφωτικό επίπεδο	<i>έως και δημοτικό</i>	18	26,1
	<i>Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνική σχολή</i>	33	47,8
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ, μεταπτυχιακή εκπαίδευση</i>	18	26,1
Επάγγελμα	<i>Φοιτητής/τρια</i>	5	7,2
	<i>Ιδ. Υπάλληλος</i>	3	4,3
	<i>Δημ. Υπάλληλος</i>	6	8,7
	<i>Ελ. Επαγγελματίας</i>	2	2,9
	<i>Οικιακά</i>	4	5,8
	<i>Άνεργος/η</i>	15	21,7
	<i>Συνταξιούχος</i>	11	15,9
	<i>Άλλο</i>	23	33,3

Από τους 69, οι 38 δήλωσαν στοιχεία για συντρόφους (πίνακας 2). Η εκπαίδευση των συντρόφων τους φαίνεται να είναι ελαφρώς διαφορετική καθώς το 28,9% είχε πολύ χαμηλό επίπεδο (έως δημοτικό) και το 44,7% υψηλό επίπεδο (ΑΕΙ, ΤΕΙ, μεταπτυχιακές σπουδές). Στην επαγγελματική απασχόληση, επίσης η πλειοψηφία ή το 35,1% φαίνεται να είναι άνεργοι/ες και συνταξιούχοι/χες.

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 38 συντρόφων των ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

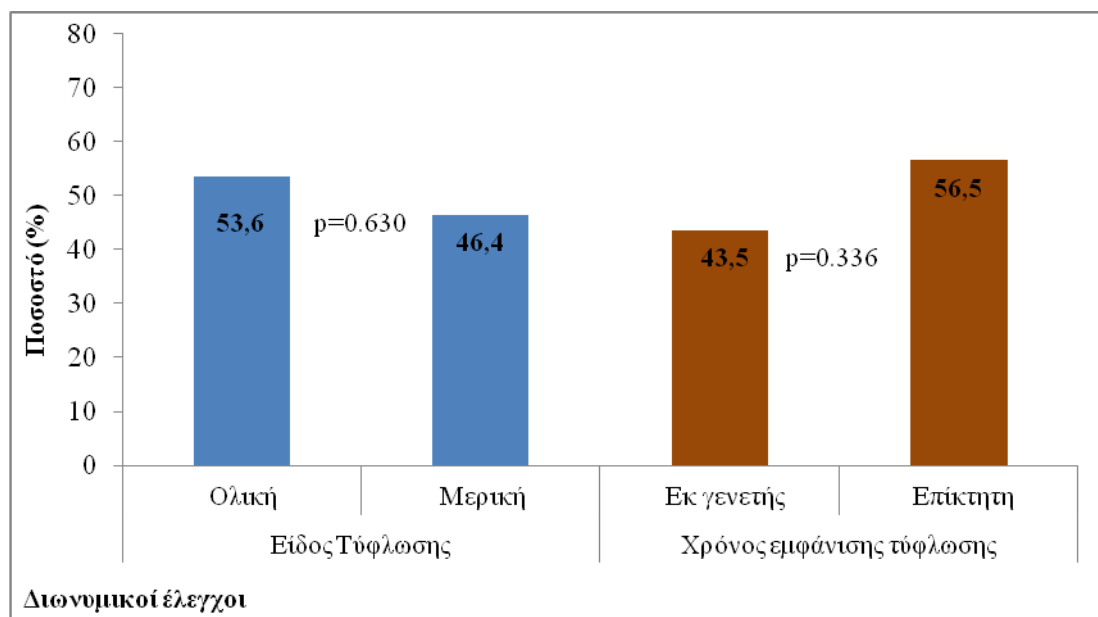
		v	%
Μορφωτικό επίπεδο	<i>έως και δημοτικό</i>	11	28,9
	<i>Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνική σχολή</i>	10	26,3
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ, μεταπτυχιακή</i>	17	44,7

		εκπαίδευση	
Επάγγελμα	<i>Φοιτητής/τρια</i>	3	8,1
	<i>Αγρότης/σα</i>	3	8,1
	<i>Ιδ. Υπάλληλος</i>	3	8,1
	<i>Δημ. Υπάλληλος</i>	3	8,1
	<i>Ελ. Επαγγελματίας</i>	2	5,4
	<i>Οικιακά</i>	5	13,5
	<i>Άνεργος/η</i>	8	21,6
	<i>Συνταξιούχος</i>	5	13,5
	<i>Άλλο</i>	5	13,5

7.2 Χαρακτηριστικά τύφλωσης

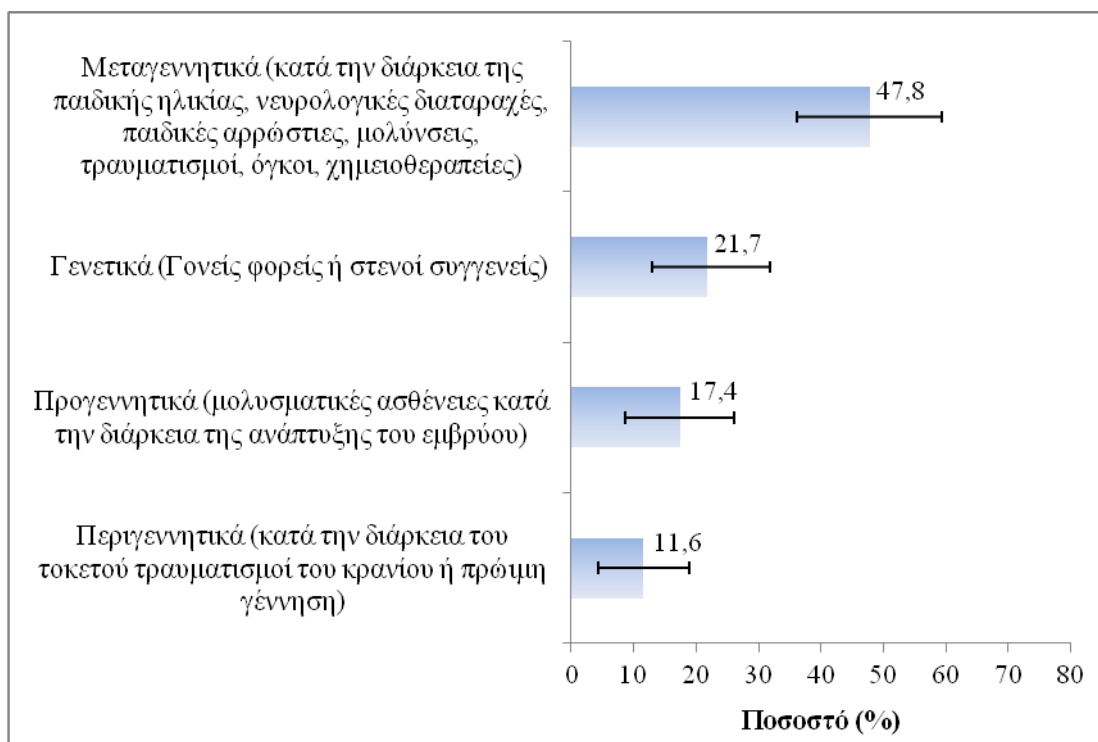
Στα χαρακτηριστικά τύφλωσης (σχήμα 1), το 53,6% αναφέρει «ολική» και 46,4%

Σχήμα 1. Είδος & χρόνος εμφάνισης τύφλωσης των 69 ατόμων με προβλήματα όρασης.



«μερική» ($p>0.05$). Παράλληλα το 43,5% έχει «εκ γενετής» τύφλωση και το 56,5% «επίκτητη» ($p>0.05$). Ωστόσο, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 47,8% (**σχήμα 2**) αναφέρει ως αιτία τα «μεταγεννητικά» προβλήματα σε σχέση με τα υπόλοιπα όπως «γενετικά» (21,7%), τα «προγεννητικά» (17,4%) και «περιγεννητικά» (11,6) ($p<0.05$).

Σχήμα 2. Συχνότητα εμφάνισης και 95%ΔΕ των αιτιών τύφλωσης των 69 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

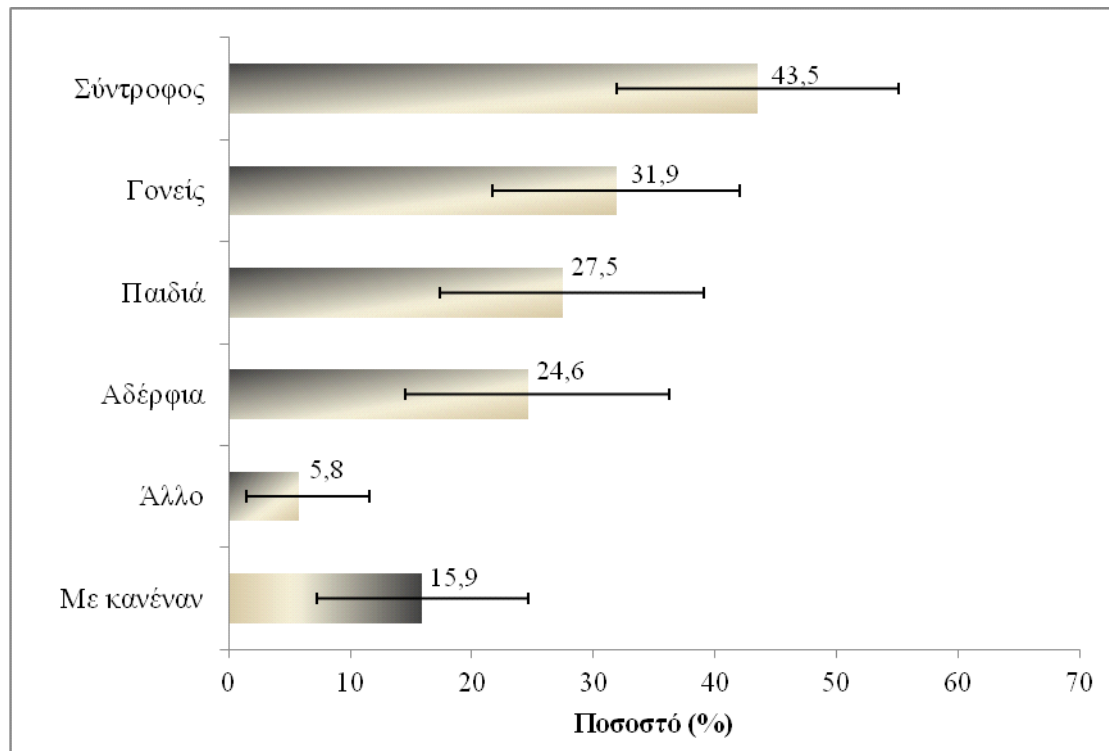


7.3 Κοινωνικό δίκτυο

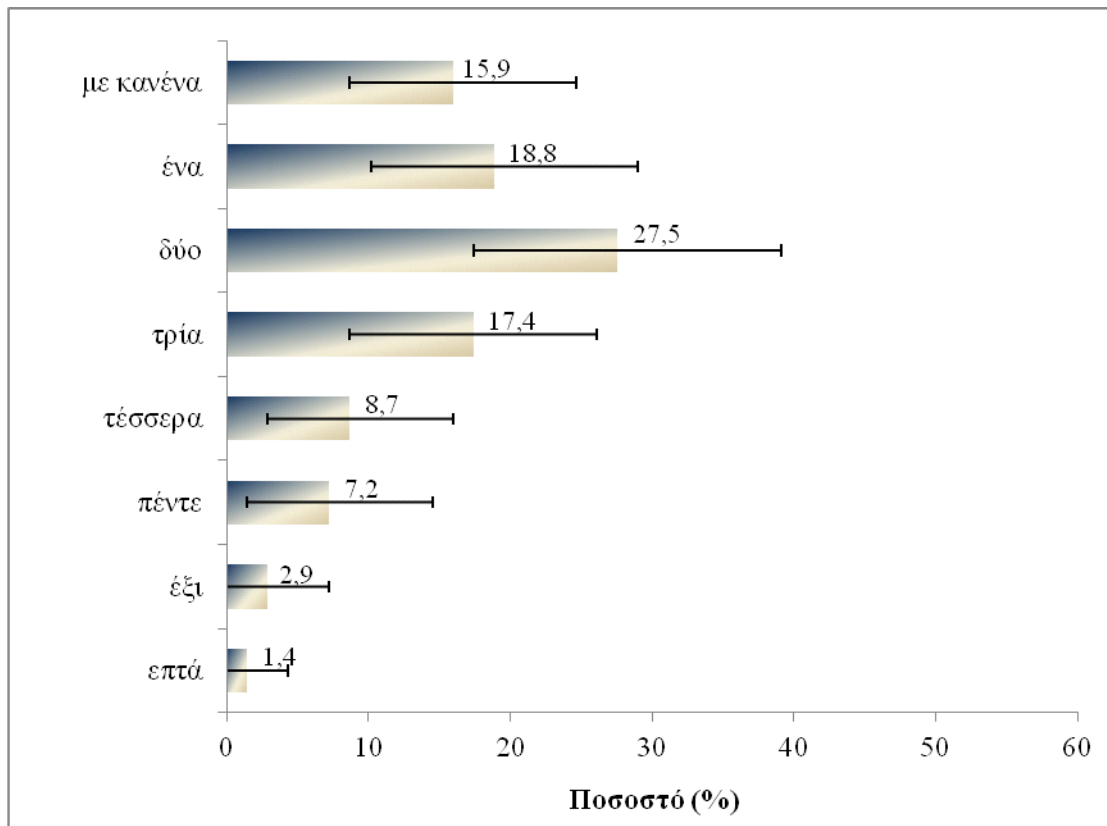
Τα άτομα της έρευνας ανέφεραν εκείνους που συμβιώνουν μαζί τους (**σχήματα 3 & 4**). Καθώς ήταν πολλαπλή αναφορά (**σχήμα 3**), μεταξύ άλλων η πλειοψηφία ή το 43,5% κατέδειξε τον/την σύντροφο, το 31,9% τους γονείς, το 27,5% τα παιδιά ενώ υπήρξε ένα μέρος των ερωτώμενων ή το 15,9%, που ανέφεραν ότι δεν συμβιώνουν με κανέναν, όπως παρόμοια περιγράφεται και στο **σχήμα 4**. Η πλειοψηφία ωστόσο των ερωτώμενων ή το 27,5% φαίνεται να συμβιώνει με άλλα δύο άτομα ενώ ο μέγιστος αριθμός ατόμων που συμβιούν μαζί τους προσεγγίζει τα επτά άτομα.

Από το **σχήμα 5** ακόμη, εκτιμάται ότι η συντριπτική πλειοψηφία ή το 75,0% έχει «καλή» ή/και «πολύ καλή σχέση» με τα συγγενικά τους πρόσωπα.

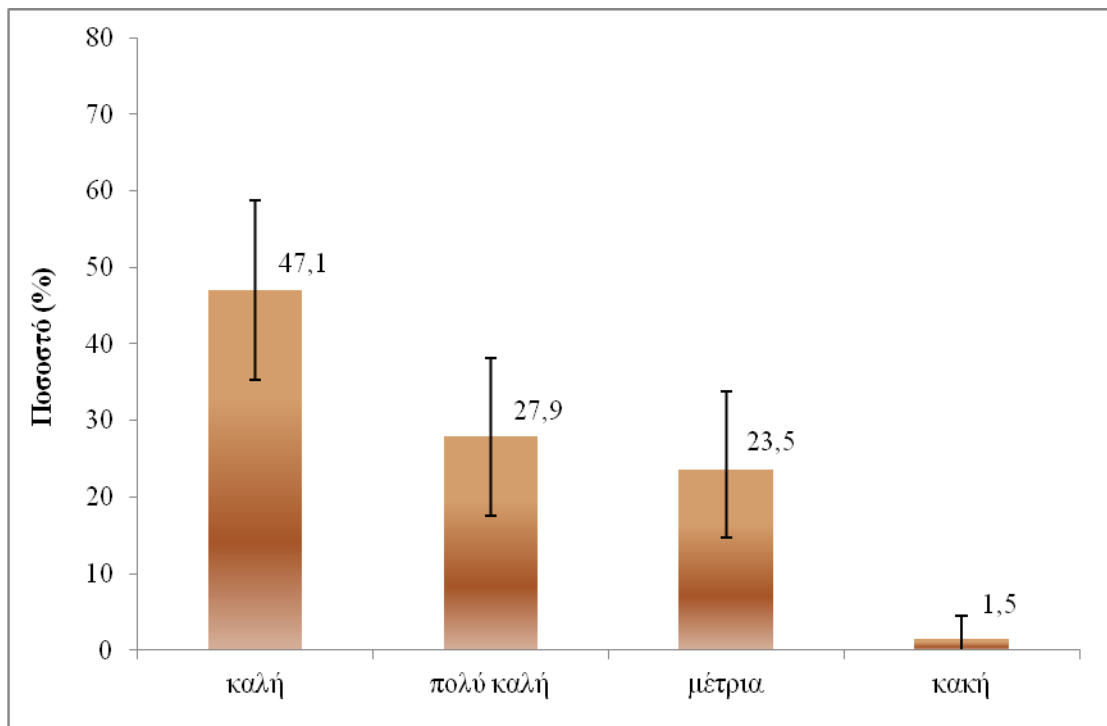
Σχήμα 3. Συχνότητα και 95%ΔΕ των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας (πολλαπλή αναφορά ατόμων).



Σχήμα 4. Συχνότητα και 95%ΔΕ του συνόλου των ατόμων με τα οποία συμβιώνουν τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας (πολλαπλή αναφορά ατόμων).



Σχήμα 5. Συχνότητα και 95%ΔΕ του επιπέδου της σχέσης που έχουν με συγγενικά πρόσωπα τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.



Παράλληλα, στους **πίνακες 3 & 4**, παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης των ατόμων με τα οποία έχουν επαφή και επικοινωνία σε καθορισμένες αποστάσεις και συναναστροφές, με αναφορά στο σύνολο των 69 ερωτώμενων, ανεξαρτήτως δηλαδή αν έχουν ή όχι τα συγκεκριμένα πρόσωπα. Μόλις 35 (ή 50,7%) ερωτώμενοι/ες (πίνακας 3) έχουν σύντροφο και απαντούν στις συγκεκριμένες αποστάσεις που διαμένει ο/η σύντροφος τους, ενώ το 42,0% όλων των ερωτώμενων φαίνεται να έχει σύντροφο που διαμένει σε «κοντινή απόσταση που διανύει περπατώντας». Επίσης, το 39,1% όλων των ερωτώμενων έχει γονείς που διαμένουν σε «κοντινή απόσταση που διανύουν περπατώντας» ή το 2,9% σε «απόσταση που ξεπερνά τα όρια της χώρας». Πάντως, το 59,4% όλων των ερωτώμενων έχει συγγενείς που διαμένουν σε «απόσταση που καλύπτεται στο εύρος της ίδιας πόλεως». Ανάλογα περίπου συμβαίνει και με τις συναναστροφές με διάφορα πρόσωπα (πίνακας 4), όπου υψηλότερο ποσοστό «καθημερινής» συναναστροφής καταγράφεται με τους «γείτονες» σε σχέση με τους/τις συντρόφους, παιδιά, αδέρφια, γονείς, συγγενείς και φίλους ($p>0.05$).

Η εμπιστοσύνη ωστόσο για οικονομικά θέματα (**πίνακας 5**) φαίνεται ότι διαφέρει μεταξύ προσώπων. Οι γονείς συγκεντρώνουν την «πάρα πολύ» εμπιστοσύνη από το 48,5% των ερωτώμενων, διαφέροντας σημαντικά από τα παιδιά, συγγενείς, γείτονες και φίλους αλλά όχι από τα αδέρφια ή τον/την σύντροφο ($p<0.05$). Επιπλέον,

Πίνακας 3. Συχνότητα αναφοράς και 95%ΔΕ* των συγγενικών ή φιλικών ατόμων που διαμένουν σε καθορισμένες αποστάσεις από τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.

		Τρόποι πρόσβασης			
		Κοντινή απόσταση που διανύεται περπατώντας	Απόσταση που καλύπτεται στο εύρος της ίδιας πόλεως	Απόσταση που ξεπερνά τα όρια της ίδιας πόλης	Απόσταση που ξεπερνά τα όρια της χώρας
	v	% (95%ΔΕ)*			
Σύντροφος	35	42,0 (30,4-55,1)	5,8 (1,4-11,6)	2,9 (0,0-7,2)	-
Παιδιά	27	24,6 (14,5-34,8)	13,0 (5,8-21,7)	1,4 (0,0-4,3)	-

Αδέρφια	59	36,2 (24,6-47,8)	30,4 (18,8-42,0)	15,9 (7,2-24,6)	2,9 (0,0-7,2)
Γονείς	51	39,1 (27,5-50,7)	20,3 (11,6-30,4)	11,6 (4,3-20,3)	2,9 (0,0-7,2)
Συγγενείς	68	14,5 (5,8-23,2)	59,4 (46,4-71,0)	23,2 (14,5-33,3)	1,4 (0,0-4,3)
Γείτονες	65	89,9 (82,6-95,7)	4,3 (0,0-10,1)	-	-
Φίλους	57	34,8 (24,6-44,9)	46,4 (34,8-58,0)	1,4 (0,0-4,3)	-
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 69 ατόμων και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.					

Πίνακας 4. Συχνότητα αναφοράς και 95%ΔΕ* των συναναστροφών με συγγενικά ή φιλικά άτομα των 69 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

		Συχνότητα συναναστροφών				
		Καθημερινά	1φορά/ εβδομάδα	Μερικές φορές/ μήνα	Μερικές φορές/ χρόνο	Σπανιότερα
v		% (95%ΔΕ)*				
Σύντροφος	38	46,4 (34,8-58,0)	2,9 (0,0-7,2)	2,9 (0,0-7,2)	1,4 (0,0-4,3)	1,4 (0,0-4,3)
Παιδιά	26	27,5 (17,4-37,7)	4,3 (0,0-8,7)	4,3 (0,0-8,7)	-	1,4 (0,0-4,3)
Αδέρφια	61	33,3 (23,2-43,5)	26,1 (15,9-36,2)	11,6 (4,3-20,3)	17,4 (8,7-26,1)	-
Γονείς	51	37,7 (26,1-49,3)	15,9 (7,2-24,6)	10,1 (4,3-17,4)	10,1 (4,3-17,4)	-
Συγγενείς	67	11,6 (4,3-18,8)	17,4 (8,7-27,5)	40,6 (29,0-52,2)	23,2 (14,5-33,3)	4,3 (0,0-10,1)
Γείτονες	67	40,6 (29,0-52,2)	36,2 (24,6-47,8)	10,1 (2,9-18,8)	4,3 (0,0-10,1)	5,8 (1,4-11,6)
Φίλους	62	30,4 (18,8-42,0)	40,6 (29,0-52,2)	11,6 (4,3-18,8)	2,9 (0,0-7,2)	4,3 (0,0-10,1)
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 69 ατόμων και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.						

Πίνακας 5. Συχνότητα αναφοράς και 95%ΔΕ* στην ερώτηση «Πόσο θα εμπιστευόσασταν καθένα από τους παρακάτω ανθρώπους για αναζήτηση βοήθειας σε κάποιο οικονομικό πρόβλημα;» από τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.

		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
	v	% (95%ΔΕ)*				
Σύντροφος	40	36,8 (25,0-48,5)	8,8 (2,9-16,2)	5,9 (1,5-11,8)	1,5 (0,0-4,4)	5,9 (1,5-11,8)
Παιδιά	29	25,0 (14,7-35,3)	8,8 (2,9-16,2)	2,9 (0,0-7,4)	1,5 (0,0-4,4)	4,4 (0,0-8,8)
Αδέρφια	61	41,2 (29,4-52,9)	22,1 (11,8-32,4)	16,2 (7,4-25,0)	4,4 (0,0-10,3)	5,9 (1,5-11,8)
Γονείς	52	48,5 (36,8-61,7)	14,7 (5,9-23,5)	4,4 (0,0-10,3)	4,4 (0,0-10,3)	4,4 (0,0-10,3)
Συγγενείς	67	8,8 (2,9-16,2)	19,1 (8,8-29,4)	38,2 (26,5-50,0)	5,9 (1,5-11,8)	26,5 (16,2-38,2)
Γείτονες	65	4,4 (0,0-8,8)	8,8 (2,9-16,2)	20,6 (10,3-30,9)	7,4 (1,5-13,2)	54,4 (42,6-66,2)
Φίλους	63	14,7 (7,4-23,5)	22,1 (11,8-32,4)	29,4 (19,1-41,2)	11,8 (4,4-20,6)	14,7 (7,4-23,5)
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 69 ατόμων και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.						

σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 54,4% δεν εμπιστεύεται «καθόλου» του γείτονες έναντι όλων των υπολοίπων προσώπων ($p < 0.05$). Παρόμοια συμβαίνει και με προβλήματα υγείας (πίνακας 6) όπου σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 49,3% δεν εμπιστεύεται «καθόλου» του γείτονες έναντι όλων των υπολοίπων προσώπων ($p < 0.05$). Και πάλι οι γονείς φαίνεται να συγκεντρώνουν την «πάρα πολύ» εμπιστοσύνη από το 55,2% των ερωτώμενων, διαφέροντας σημαντικά από τα παιδιά, συγγενείς, γείτονες και φίλους αλλά όχι από τα αδέρφια ή τον/την σύντροφο ($p < 0.05$).

Πίνακας 6. Συχνότητα αναφοράς και 95%ΔΕ* στην ερώτηση «Πόσο θα εμπιστευόσασταν καθένα από τους παρακάτω ανθρώπους για αναζήτηση βοήθειας σε κάποιο πρόβλημα υγείας;» από τα 69 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.

		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
	v	% (95%ΔΕ)*				
Σύντροφος	40	40,3 (29,9-50,7)	13,4 (6,0-22,4)	4,5 (0,0-10,4)	1,5 (0,0-4,5)	-

Παιδιά	31	28,4 (17,9-38,8)	14,9 (7,5-25,4)	1,5 (0,0-4,5)	-	1,5 (0,0-4,5)
Αδέρφια	59	56,7 (44,8-68,7)	19,4 (10,4-29,9)	9,0 (3,0-16,4)	-	3,0 (0,0-7,5)
Γονείς	50	55,2 (43,3-65,7)	10,4 (3,0-19,4)	4,5 (0,0-10,4)	-	4,5 (0,0-10,4)
Συγγενείς	66	13,4 (6,0-22,4)	19,4 (10,4-29,9)	47,8 (35,8-59,7)	3,0 (0,0-7,5)	14,9 (7,5-23,9)
Γείτονες	66	7,5 (1,5-13,4)	10,4 (3,0-17,9)	20,9 (11,9-31,3)	10,4 (4,5-19,4)	49,3 (37,3-61,2)
Φίλους	63	20,9 (11,9-31,3)	19,4 (10,4-29,9)	31,3 (20,9-41,8)	6,0 (1,5-11,9)	16,4 (7,5-26,9)

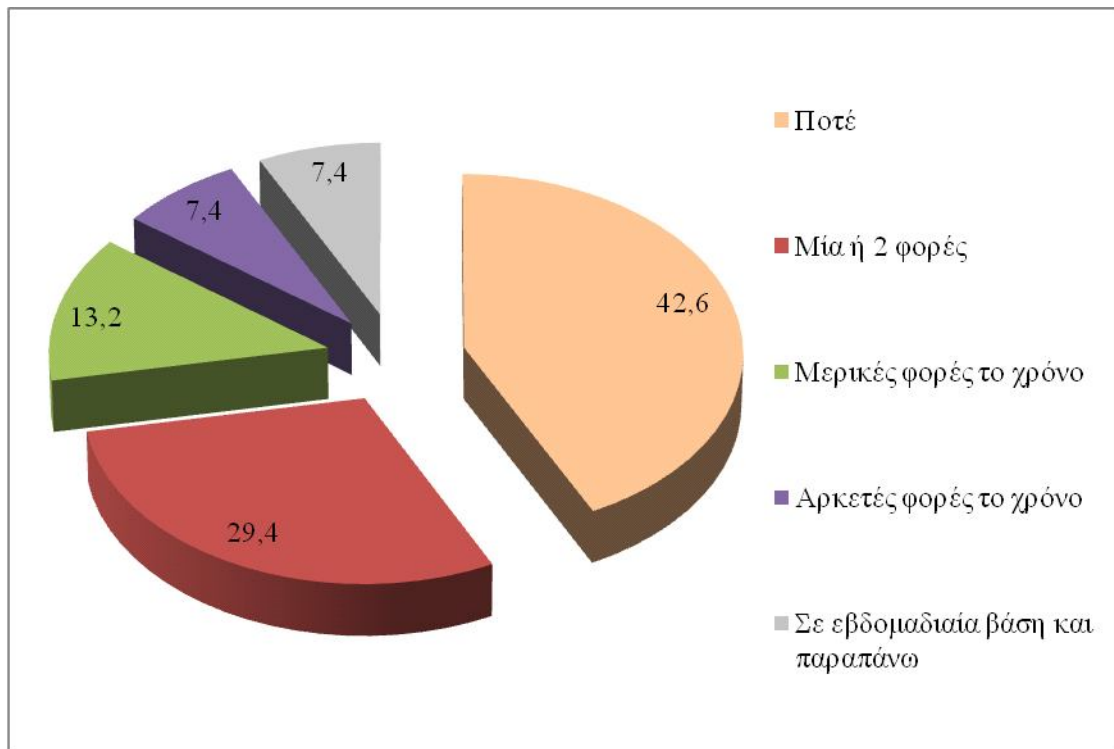
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 69 ατόμων και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.

7.4 Ιστορικό παιδικής κακοποίησης

Η συχνότητα εμφάνισης παιδικής σωματικής κακοποίησης (**σχήμα 4**) τουλάχιστον μια φορά (μέχρι την ηλικία των 16 ετών) αναφέρθηκε από το 57,4%, με το 29,4% να αναφέρει «μια ή δυο φορές» ή το 13,2% «μερικές φορές το χρόνο» ενώ «ποτέ» αναφέρθηκε από το 42,6%.

Ωστόσο, η παρουσία κακοποίησης στα παιδικά και εφηβικά χρόνια των **69** ατόμων της μελέτης φαίνεται να μη διαφοροποιείται σημαντικά ($p>0.05$) ως προς το φύλο, την τρέχουσα ηλικίας τους, το είδος ή το χρόνο τύφλωσης (**πίνακας 7**). Παρόλα αυτά όμως διαπιστώνονται αριθμητικές διαφορές καθώς το 46,5% των αρρένων κακοποιήθηκαν έναντι 36,0% των θηλέων ή το 31,0% όσων είναι τυφλοί εκ γενετής και το 51,0% όσων έγιναν στη διάρκεια τη ζωής τους. Παράλληλα, και όσο αφορά την τρέχουσα ηλικία, τα 37 άτομα που δήλωσαν κατά προσέγγιση ηλικία τελευταίας παιδικής κακοποίησης (**σχήμα 5**), φαίνεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία κακοποιήθηκαν και σε μεγαλύτερη ηλικία, χωρίς να υπάρχει όμως σημαντική τάση ($\beta=0.246$, $p=0.142$).

Σχήμα 4. Συχνότητα εμφάνισης παιδικής **σωματικής** κακοποίησης (μέχρι την ηλικία των 16 ετών) των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

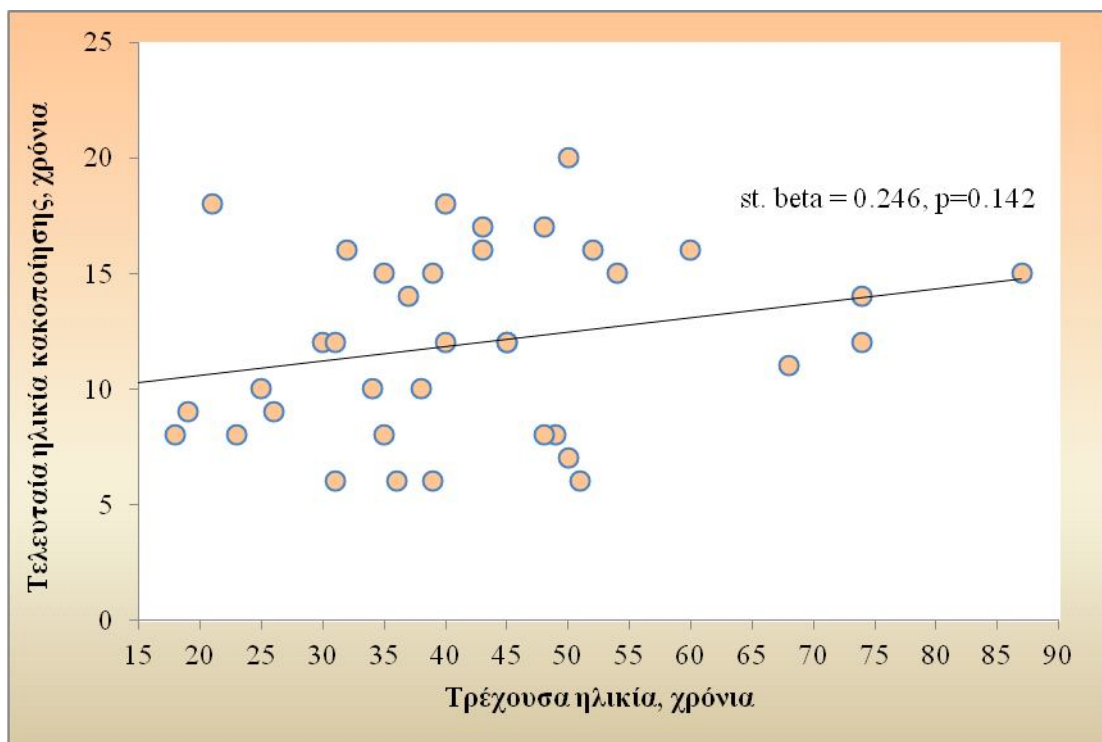


Πίνακας 7. Συχνότητα εμφάνισης παιδικής **σωματικής** κακοποίησης (μέχρι την ηλικία των 16 ετών) των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας, ως προς το φύλο, την ηλικία, το είδος και χρόνο τύφλωσης.

		Συχνότητα παιδικής σωματικήςκακοποίησης		
		ποτέ	τουλάχιστον μια φορά	
		n (%)		p-value
Φύλο	<i>άνδρ</i>	20 (46,5)	23 (53,5)	0,453
	<i>θήλ</i>	9 (36,0)	16 (64,0)	
Τρέχουσα ηλικία, χρόνια	<i>έως 18</i>	3 (75,0)	1 (25,0)	0,096
	<i>19-65</i>	19 (35,8)	34 (64,2)	

	66+	7 (63,6)	4 (36,4)	
Είδος τύφλωσης	<i>ολική</i>	17 (47,2)	19 (52,8)	0,468
	<i>μερική</i>	12 (37,5)	20 (62,5)	
Χρόνος τύφλωσης	<i>εκ γενετής</i>	9 (31,0)	20 (69,0)	0,137
	<i>επίκτητη</i>	20 (51,3)	19 (48,7)	
Έλεγχου χ^2				

Σχήμα 5. Τρέχουσα ηλικία 37 ατόμων με προβλήματα όρασης σε σχέση με την ηλικία της τελευταίας **σωματικής** κακοποίησης που θυμούνται.



Πλέον της σωματικής κακοποίησης, το 17,4% απάντησε καταφατικά σε ερώτηση για σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση (**σχήμα 6**) και συγκεκριμένα στην «*Σας άγγιξε ή σας χάιδεψε με σεξουαλικό τρόπο;*», το 13,4% στην «*Επιχείρησε να έχει οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική ή κολπική) μαζί σας;*» ή στην «*Πράγματι είχε οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική,*

ή κολπική) μαζί σας;» και 13,0% στην «Αγγίζατε εσείς το σώμα τους με σεξουαλικό τρόπο;». Παράλληλα, η παρουσία σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης στα παιδικά και εφηβικά χρόνια των 68 ατόμων της μελέτης φαίνεται να μη διαφοροποιείται σημαντικά ($p>0.05$) ως προς το φύλο, το είδος ή το χρόνο τύφλωσης (πίνακας 8). Σύμφωνα όμως με την τρέχουσα ηλικίας τους, τα άτομα που είναι έως 18 ετών δίνουν καταφατική απάντηση σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 75,0% στην ερώτηση «Σας άγγιξε ή σας χάιδεψε με σεξουαλικό τρόπο;», έναντι 15,1% στις ηλικίες 19-65 και 10,0% στις 66+ ετών ($p=0.008$). Έτσι φαίνεται τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα που ήταν παιδιά και έφηβοι σε πολύ παλιότερα χρόνια, υπέστησαν σε μικρότερο ποσοστό μιας οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση.

Σχήμα 6. Συχνότητα καταφατικών απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τη παιδική σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση (μέχρι την ηλικία των 16 ετών) των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

Κατά τη διάρκεια των πρώτων 16 χρόνων της ζωής σας, μήπως κάποτε ένας ενήλικας ή ένας μεγαλύτερος συγγενής, ένας οικογενειακός φίλος ή ένας ξένος:



Πίνακας 8. Συχνότητα καταφατικών απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τη παιδική σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση (μέχρι την ηλικία των 16 ετών)

των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας, ως προς το φύλο, την ηλικία, το είδος και χρόνο τύφλωσης.

		Κατά τη διάρκεια των πρώτων 16 χρόνων της ζωής σας, μήπως κάποτε ένας ενήλικας ή ένας μεγαλύτερος συγγενής, ένας οικογενειακός φίλος ή ένας ξένος:			
		<i>Σας άγγιξε ή σας χάιδεψε με σεξουαλικό τρόπο;</i>	<i>Αγγίζατε εσείς το σώμα τους με σεξουαλικό τρόπο;</i>	<i>Επιχείρησε να έχει οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική ή κολπική) μαζί σας;</i>	<i>Πράγματι είχε οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική, ή κολπική) μαζί σας;</i>
		%			
Φύλο	<i>άρρεν</i>	16,3	11,6	14,3	14,3
	<i>θήλυο</i>	20,8	16,0	12,0	12,0
	<i>p-value</i>	0,743	0,715	0,791	0,791
Τρέχουσα ηλικία, χρόνια	<i>έως 18</i>	75,0	50,0	25,0	25,0
	<i>19-65</i>	15,1	11,3	13,5	13,5
	<i>66+</i>	10,0	9,1	9,1	9,1
	<i>p-value</i>	0,008	0,080	0,727	0,727
Είδος τύφλωσης	<i>ολική</i>	14,3	11,1	8,3	8,3
	<i>μερική</i>	21,9	15,6	19,4	19,4
	<i>p-value</i>	0,529	0,725	0,284	0,284
Χρόνος τύφλωσης	<i>εκ γενετής</i>	13,8	13,8	10,7	10,7
	<i>επίκτητη</i>	21,1	12,8	15,4	15,4
	<i>p-value</i>	0,531	0,907	0,724	0,580
Έλεγχου ² (Fisher exact tests).					

Παρά τα παραπάνω, υψηλά ποσοστά παρατηρούνται στην απουσία συναισθηματικής και ψυχολογικής παιδικής κακοποίησης (μέχρι την ηλικία των 18 ετών) (πίνακας 9). Συγκεκριμένα πάνω από το 60% των ερωτώμενων ανέφερε ότι δεν έχει «ποτέ» εξυβριστεί, προσβληθεί, απειληθεί ή να εκφοβιστεί. Λαμβάνοντας υπόψη και την αναφορά «σπάνια» οι ερωτώμενοι σε ποσοστά κοντά στο 80,0% δεν ένοιωσαν τα παραπάνω.

Πίνακας 9. Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τη **συναισθηματική και ψυχολογική παιδική κακοποίηση** (μέχρι την ηλικία των 18 ετών) των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης.

	<i>Ενίστε γονείς ή άλλοι ενήλικες πληγώνουν παιδιά. Ενώ μεγαλώνετε, δηλαδή στη διάρκεια των πρώτων 18 χρόνων της ζωής σας, πόσο συχνά ένας γονέας, θετός γονέας, ή ενήλικας που ζούσε στο σπίτι σας:</i>				
	ποτέ	σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	ενίστε
	%				
<i>Σας έβριζε, σας προσέβαλλε, ή σας μείωνε;</i>	60,9	15,9	14,5	4,3	2,9
<i>Απειλήσε να σας χτυπήσει ή να σας πετάξει κάτι, αλλά δεν το έκανε;</i>	66,7	14,5	11,6	4,3	1,4
<i>Συμπεριφέρθηκε με τρόπο που σας έκανε να φοβάσαι ότι μπορεί να σας χτυπήσει;</i>	66,7	13,0	13,0	2,9	2,9

7.5 Συντροφική κακοποίηση

Παρά την παιδική κακοποίηση που περιγράφηκε και η οποία αφορά κυρίως αναδρομικά τους ερωτώμενους της μελέτης καθώς το 93% περίπου είναι πλέον ενήλικες, η τρέχουσα κατάσταση της ζωής των ερωτώμενων και η ενδεχόμενη κακοποίηση τους παρουσιάζεται στους παρακάτω πίνακες και σχήματα.

Στον **πίνακα 10** καταγράφεται η συχνότητα περιπτώσεων σωματικής βίας που έχουν υποστεί όσοι ερωτώμενοι είχαν ή έχουν συντρόφους. Περίπου το 80% ή περισσότεροι, αναφέρουν ότι «ποτέ» δεν έγινε κάποια από τις αναφερόμενες ενέργειες βίας σε βάρος τους ενώ ως «πολύ συχνά» αναφέρθηκε από το 7,9% η προσπάθεια συντρόφου να τους/τις «σφίξει» ή «τσιμπήσει». Ανάλογα ωστόσο απαντούν και σε ερωτήσεις που αφορούν την σεξουαλική βία (**πίνακας 11**) ή την ψυχολογική-συναισθηματική βία (**πίνακας 12**). Πολύ μικρό ποσοστό ή 1,6% ανέφερε ως «πολύ συχνά» τη χρήση διαφόρων μορφών σεξουαλικής βίας ενώ φαίνεται ότι το

Πίνακας 10. Συχνότητα καταγραφής περιπτώσεων **σωματικής βίας** από συντροφική σχέση των 63 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

	Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω; Ο/η σύντροφος σας, σας έχει:			
	ποτέ	σπάνια	συχνά	πολύ συχνά
	% (95%ΔΕ)*			
Σφίξει	79,4 (69,8-88,9)	9,5 (3,2-17,5)	3,2 (0,0-7,9)	7,9 (3,2-15,9)
Τσιμπήσει	82,5 (73,0-92,1)	4,8 (0,0-11,1)	4,8 (0,0-11,1)	7,9 (1,6-15,9)
Γρατζουνήσει	85,7 (76,2-93,7)	7,9 (1,6-15,9)	1,6 (0,0-4,8)	4,8 (0,0-11,1)
Στρίψει τα χέρια	92,1 (85,7-98,4)	3,2 (0,0-7,9)	-	4,8 (0,0-11,1)
Δαγκώσει	85,7 (76,2-93,7)	7,9 (1,6-15,9)	4,8 (0,0-11,1)	1,6 (0,0-4,8)
Κλωτσήσει	82,5 (73,0-92,1)	9,5 (3,2-17,5)	1,6 (0,0-4,8)	6,3 (1,6-12,7)
Κόψει	93,7 (87,3-98,4)	-	4,8 (0,0-9,5)	1,6 (0,0-4,8)
Πνίξει	88,9 (81,0-96,8)	4,8 (0,0-11,1)	3,2 (0,0-7,9)	3,2 (0,0-7,9)
Χρησιμοποιήσει όπλο	90,5 (84,1-96,8)	3,2 (0,0-7,9)	3,2 (0,0-7,9)	3,2 (0,0-7,9)
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 63 ατόμων με σχέσεις και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.				

14,2% έχει υποστεί «συχνά» ή «πολύ συχνά» εξύβριση, χυδαιολογία ή ειρωνεία από τον/την σύντροφο τους όπως και το 9,5% κάποιας μορφής «απομόνωσης» από συγγενείς, φίλους κλπ.

Παρά τις ενέργειες βίας που έχουν ή όχι συμβεί από συντρόφους των ατόμων της μελέτης, ο βαθμός συμφωνίας για τα αίτια είναι διαφορετικός για κάθε περίπτωση που ερμηνεύει το φαινόμενο (πίνακας 13). Έτσι, το 53,0% διαφωνεί απόλυτα ότι

Πίνακας 11. Συχνότητα καταγραφής περιπτώσεων σεξουαλικής βίας από συντροφική σχέση των 63 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

	Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω; Ο/η σύντροφος σας, σας έχει:			
	ποτέ	σπάνια	συχνά	πολύ συχνά
	% (95%ΔΕ)*			
Σεξουαλικές πράξεις που προκαλούν δυσφορία, αηδία	79,4 (68,3-88,9)	15,9 (7,9-25,4)	3,2 (0,0-7,9)	1,6 (0,0-4,8)
Υποχρεωτικό σεξ	82,5 (73,0-92,1)	14,3 (6,3-23,8)	1,6 (0,0-4,8)	1,6 (0,0-4,8)
Ενοχλητικά ερωτικά αγγίγματα μπροστά σε τρίτους	81,0 (69,9-90,5)	11,1 (4,8-19,0)	6,3 (1,6-12,7)	1,6 (0,0-4,8)
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 63 ατόμων με σχέσεις και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.				

Πίνακας 12. Συχνότητα καταγραφής περιπτώσεων ψυχολογικής-συναισθηματικής βίας από συντροφική σχέση των 63 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

	Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω; Ο/η σύντροφος σας, σας έχει:			
	ποτέ	σπάνια	συχνά	πολύ συχνά
	% (95%ΔΕ)*			
Βρίσιμο, χυδαιολογία, ειρωνεία κτλ.	57,1 (44,4-68,3)	28,6 (17,5-39,7)	6,3 (1,6-12,7)	7,9 (1,6-15,9)
Απομόνωση από φίλους, φίλες, συγγενείς	73,0 (61,9-84,1)	17,5 (9,5-28,6)	6,3 (1,6-12,7)	3,2 (0,0-7,9)

Δημόσια ταπείνωση (πχ να σας προσβάλει μπροστά σε άλλους)	82,5 (73,0-90,5)	9,5 (3,2-17,5)	3,2 (0,0-7,9)	4,8 (0,0-11,1)
Απαγόρευση εργασίας	88,9 (81,0-95,2)	6,3 (1,6-12,7)	4,8 (0,0-11,1)	-
Τα ποσοστά αφορούν το σύνολο των 63 ατόμων με σχέσεις και τα 95%ΔΕ εκτιμήθηκαν με τεχνική bootstrap.				

«η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί» ενώ το 33,0% συμφωνεί όπως το 47% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα ότι «η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του». Ωστόσο φαίνεται να υπάρχει και ένα ποσοστό ατόμων που μπορεί να υπομένει και να ανέχεται βίαιες συμπεριφορές καθώς το 13,6% συμφωνεί απόλυτα ότι «τα άτομα που κακοποιούνται πρέπει να κάνουν υπομονή γιατί συνήθως, το φαινόμενο της κακοποίησης σταματάει με το πέρασμα του χρόνου».

Πίνακας 13. Συχνότητα βαθμών συμφωνίας σε διάφορες αναφορές περί κακοποίησης από 66 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.

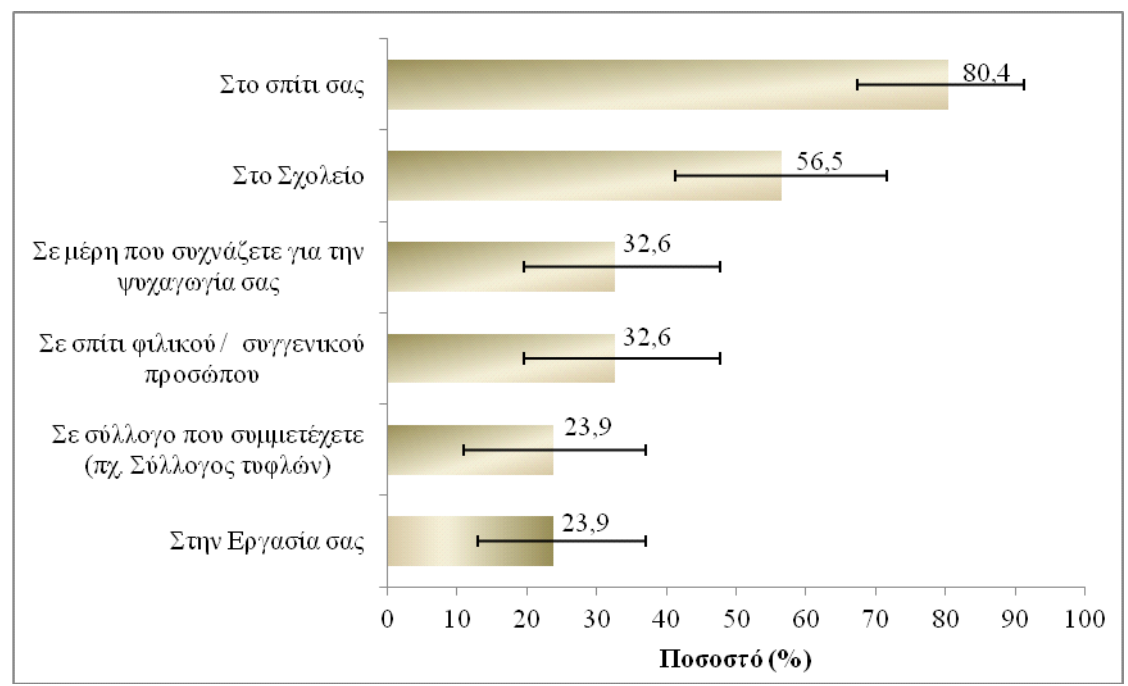
	Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω; Ο/η σύντροφος σας έχει:				
	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	<i>Μάλλον συμφωνώ</i>	<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	<i>Μάλλον διαφωνώ</i>	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>
	%				
Η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί.	33,3	3,0	10,6	-	53,0
Τα άτομα με προβλήματα όρασης σπάνια κακοποιούνται.	19,7	4,5	33,3	6,1	36,4
Η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του.	40,9	6,1	16,7	6,1	30,3
Τα άτομα που κακοποιούνται πρέπει να κάνουν υπομονή γιατί συνήθως, το φαινόμενο της κακοποίησης σταματάει με το	13,6	-	4,5	3,0	78,8

πέρασμα του χρόνου.					
---------------------	--	--	--	--	--

7.6 Συνθήκες κακοποίησης

Τα άτομα που έχουν δεχτεί κακοποίηση (σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική-συναισθηματική) καταδεικνύουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 80,4% ως φυσικό χώρο, το χώρο του σπιτιού τους εκτός από ο σχολείο (σχήμα 7). Το σχολείο όμως αναφέρεται ως δεύτερη υψηλότερη περίπτωση από το 56,5% στην εκδήλωση βίας εις βάρους τους. Παράλληλα, το 24% περίπου αναφέρει και το χώρος εργασίας.

Σχήμα 7. Συχνότητα και 95%ΔΕ των χώρων που έχουν δεχτεί κακοποίηση 46 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.

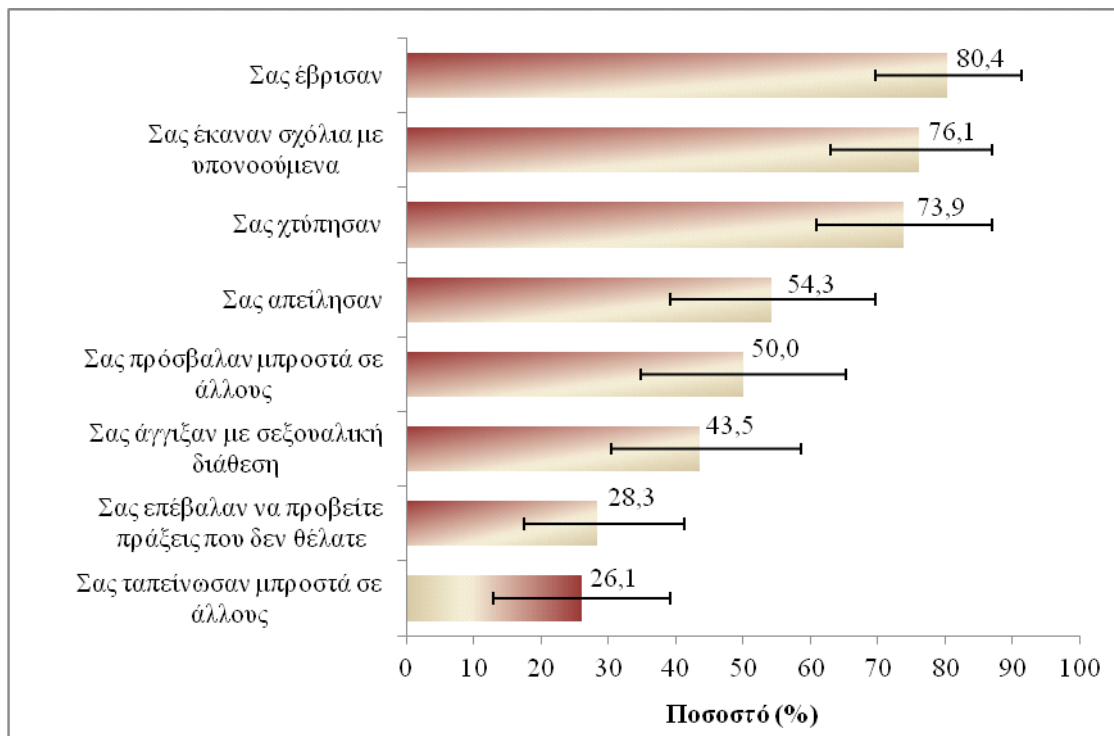


Από τους τρόπους κακοποίησης, μεταξύ άλλων φαίνεται ότι εξύβριση έχει δεχτεί το 80,4% όσων δηλώνουν ότι έχουν κακοποιηθεί, 73,9% έχουν «χτυπηθεί», 43,5% τους/τις «άγγιξαν με σεξουαλική διάθεση» και 26,1% «ταπεινώθηκε μπροστά σε άλλους» (σχήμα 8). Στη συχνότητα δε (σχήμα 9), το 13,3% αναφέρει «καθημερινή» κακοποίηση ή το 53,4% από «μία φορά την εβδομάδα» έως «μερικές φορές το χρόνο».

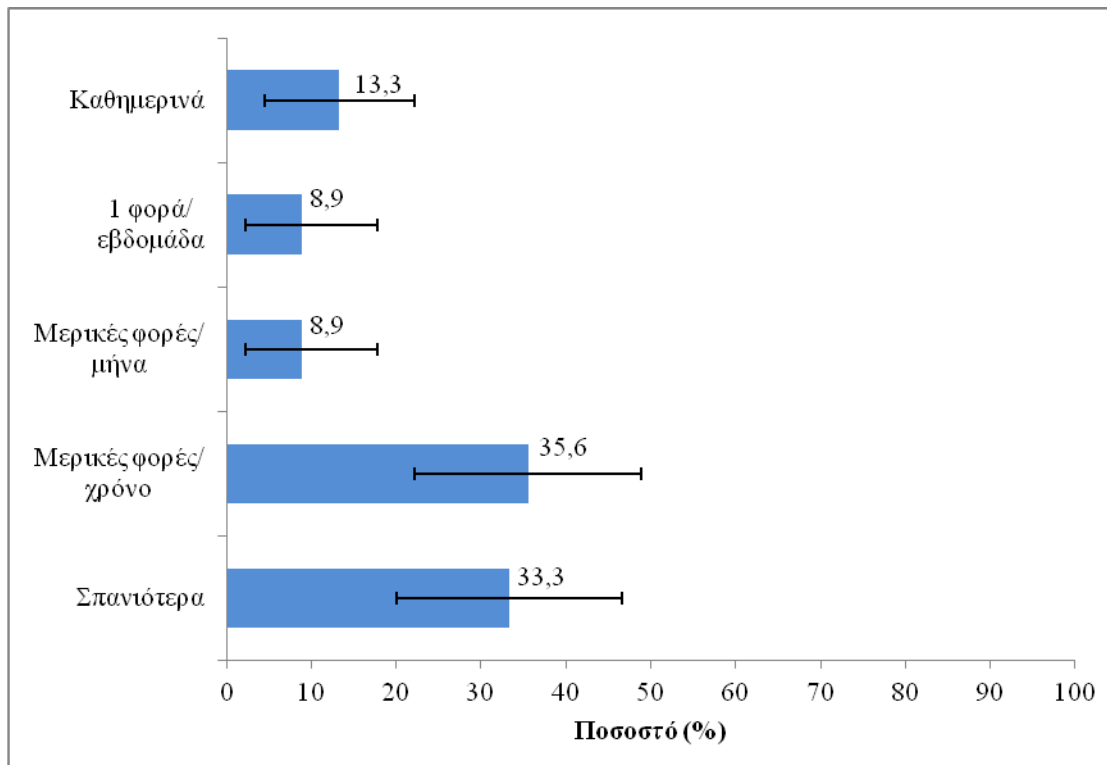
Για την ερμηνεία ωστόσο στην αποδοχή της κακοποίησης (σχήμα 10), οι ερωτώμενοι της μελέτης που έχουν δεχθεί ανάλογες συμπεριφορές στη συντριπτική τους πλειοψηφία ή σε ποσοστό 69,9% θεωρούν ότι «τους φέρονται έτσι αλλά δεν το

αξίζουν» ενώ το 19,6% πιστεύει ότι «τους φέρονται έτσι επειδή το αξίζουν» ή και «επειδή δεν φέρονται οι ίδιοι σωστά». Παράλληλα μόλις το 6,5% προσπαθεί ώστε να μην επιτρέπει τέτοια συμπεριφορά.

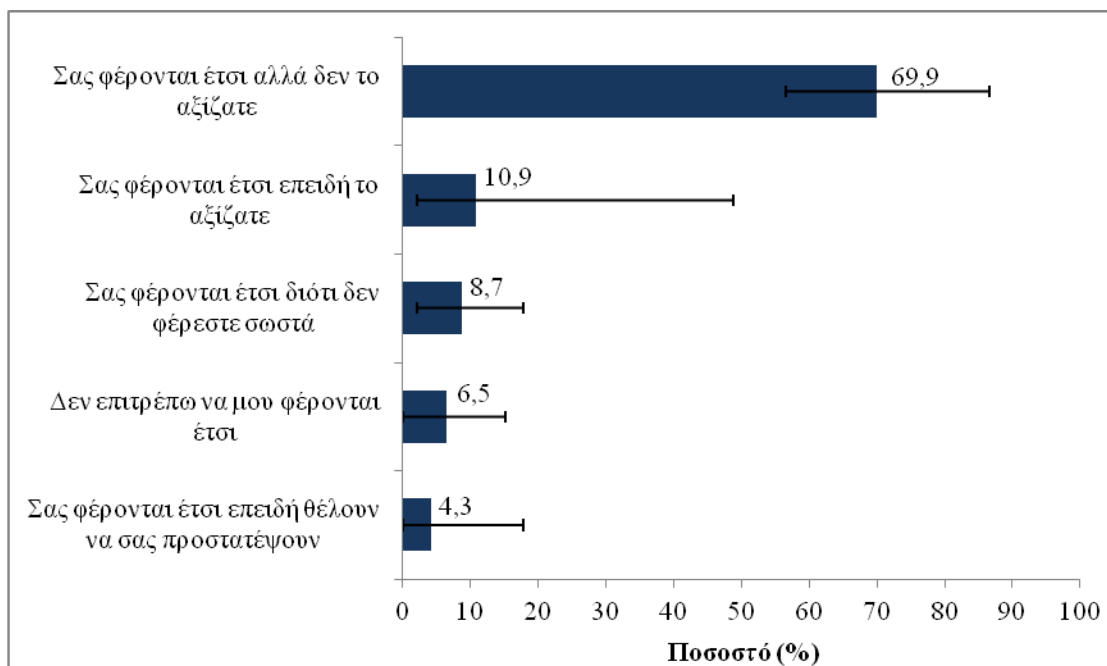
Σχήμα 8. Συχνότητα και 95%ΔΕ των τρόπων κακοποίησης 46 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.



Σχήμα 9. Συχνότητα και 95%ΔΕ της συχνότητας των τρόπων κακοποίησης 45 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.



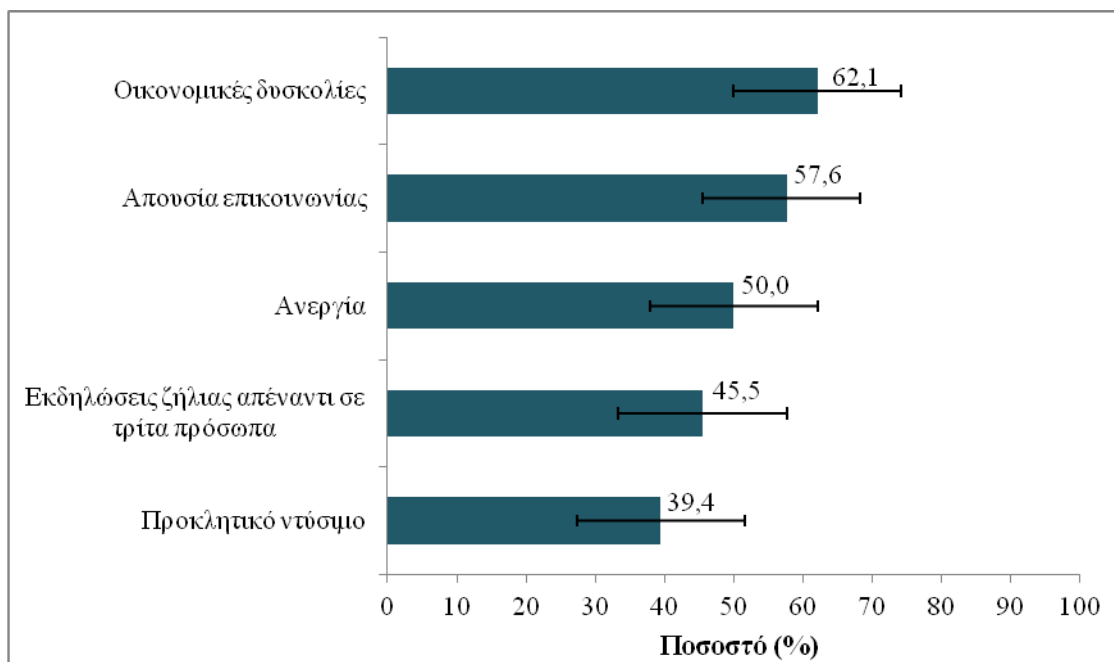
Σχήμα 10. Συχνότητα και 95%ΔΕ των αιτιών αποδοχής ή μη της κακοποίησης 46 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.



7.7 Αιτίες κακοποίησης

Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, στις αιτίες που θεωρούν ότι οφείλεται η κακοποίηση τους (**σχήμα 11**), κύρια ευθύνη αποδίδεται μεταξύ άλλων από το 62,1% στις «οικονομικές δυσκολίες», από το 57,6% ή και στην «έλλειψη επικοινωνίας» ή από το 39,4% στο «προκλητικό ντύσιμο».

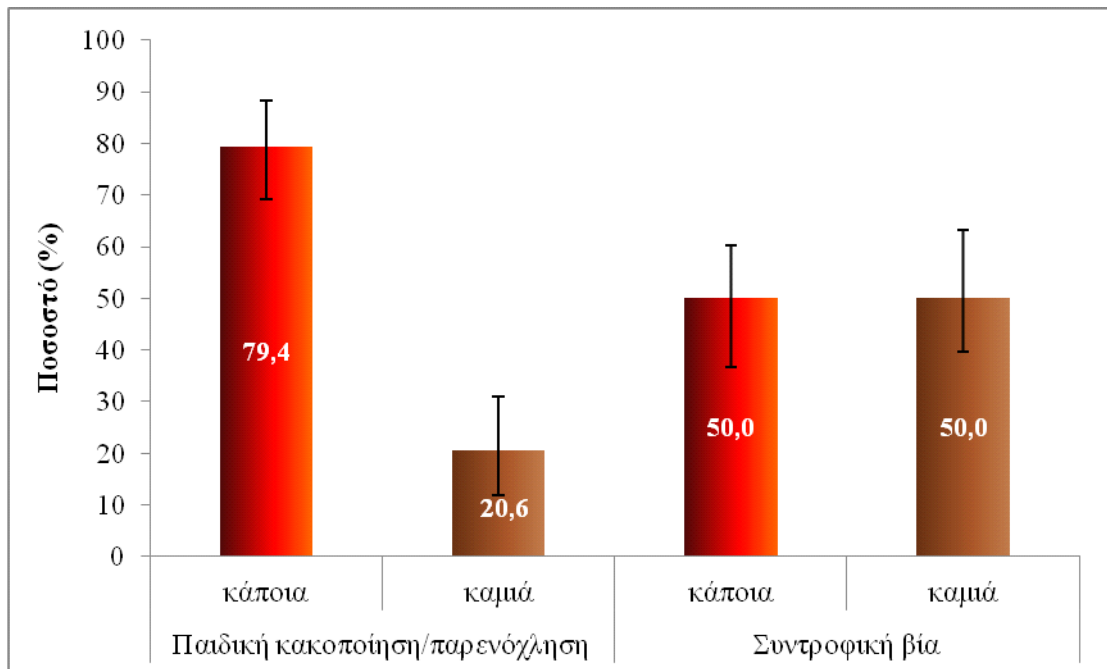
Σχήμα 11. Συχνότητα και 95%ΔΕ των αιτιών που θεωρούν ως λόγους που συμβαίνει η κακοποίηση τα 66 άτομα με προβλήματα όρασης της έρευνας.



7.8 Συνολική αξιολόγηση κακοποίησης

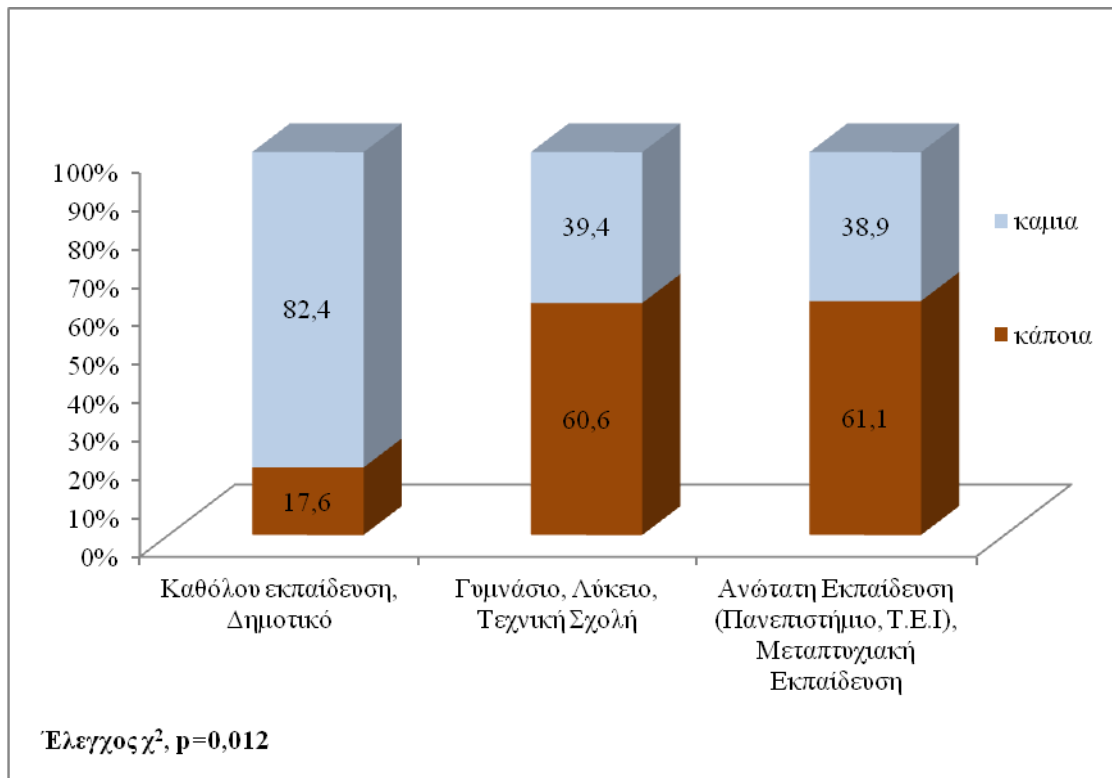
Τέλος, αξιολογώντας συνολικά την παιδική & συντροφική κακοποίηση ή βία που έχουν υποστεί τα 68 άτομα με προβλήματα όρασης της παρούσας έρευνας, εκτιμήθηκε ότι σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 79,4% έχει υποστεί κάποιας μορφής παιδικής κακοποίησης-παρενόχλησης (**σχήμα 12**) ενώ οι μισοί ή 50,0% έχουν δεχτεί κάποια συντροφική βία στο παρελθόν ή στο παρόν.

Σχήμα 12. Συχνότητα και 95%ΔΕ της παρουσίας οποιασδήποτε μορφής **παιδικής & συντροφικής** κακοποίησης ή βίας των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.



Σημειώνεται ακόμη ότι ελέγχοντας ως προς το φύλο και τη μορφή ή το χρόνο τύφλωσης, τα άτομα που υπέστησαν επίκτητη τύφλωση είχαν σε σχέση με εκείνα με εκ γενετής, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό παιδικής κακοποίησης (έλεγχος χ^2 , 89,7% έναντι 65,5%, $p=0.031$, αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε σχήμα ή πίνακα). Ανάλογα όμως και στην συντροφική βία, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές φυλετικές, ηλικιακές ή άλλες διαφοροποιήσεις (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε σχήμα ή πίνακα) με εξαίρεση το επίπεδο εκπαίδευσης (σχήμα 13). Εκτιμήθηκε λοιπόν ότι τα άτομα που δέχονται κάποιας μορφής συντροφικής βία είναι κατά παράδοξο τρόπο και ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Συγκεκριμένα, το 17,6% εκείνων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν υποστεί συντροφική βία έναντι 61,1% εκείνων με ανώτερη εκπαίδευση ($p=0,012$).

Σχήμα 13. Συχνότητα παρουσίας οποιασδήποτε μορφής **συντροφικής βίας** των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης τους.



Τέλος, στους **πίνακες 14 & 15**, παρουσιάζονται συνδυασμοί παιδικής κακοποίησης και συντροφικής βίας για τον καθορισμό του συνδυασμού συμπεριφορών που πραγματικά παρατηρείται έναντι εκείνων που θεωρητικά αναμένεται να εκδηλωθούν όταν οι συμπεριφορές κακοποίησης και βίας εμφανίζονται μεμονωμένα ή ανεξάρτητα μεταξύ τους. Στην προσπάθεια αυτή εκτιμήθηκαν πλέον των παρατηρούμενων συχνοτήτων (Π ή observed - O), οι αναμενόμενες (Α ή expected - E) καθώς και ο λόγος τους Π/Α (ή O/E ratio). Από το λόγο Π/Α καθορίζεται το ποσοστό που αναμένεται να υπάρχει όταν οι τρεις μορφές βίας εμφανίζονται ανεξάρτητα καθορίζοντας εκείνες με την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας. Έτσι στους συνδυασμούς παρουσίας μορφών παιδικής κακοποίησης (πίνακας 14), η σωματική κακοποίηση με Π/Α=1,42 και ο συνδυασμός σεξουαλικής και ψυχολογικής-συναισθηματικής κακοποίησης με Π/Α=2,16, φαίνεται ότι υπερβαίνουν περισσότερο κατά 42% και 116% αντίστοιχα, την αναμενόμενη παρουσία τους και ως συμπεριφορές είναι πιο συχνές και επιβαρυντικές, χωρίς όμως να είναι στατιστικώς σημαντική αυτή η επιβάρυνση.

Πίνακας 14. Συχνότητα εμφάνισης και συνδυασμοί παιδικής κακοποίησης των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

Συνδυασμοί	Παιδική κακοποίηση/παρενόχληση			Παρατηρούμενο(Π)		Αναμενόμενο(A)		Π÷Α		
	Σωματική	Σεξουαλική	Ψυχολογική / Συναισθηματική	ν	%	ν	%	Λόγος	95%ΔΕ	
1	-	-	-	14	20,59	17,0	25,01	0,82	0,45	1,38
2	+	-	-	18	26,47	12,6	18,59	1,42	0,84	2,25
3	-	+	-	1	1,47	3,6	5,36	0,27	0,01	1,53
4	-	-	+	17	25,00	15,1	22,23	1,12	0,66	1,80
5	+	+	-	3	4,41	2,7	3,98	1,11	0,23	3,24
6	+	-	+	7	10,29	11,2	16,53	0,62	0,25	1,28
7	-	+	+	7	10,29	3,2	4,76	2,16	0,87	4,45
8	+	+	+	1	1,47	2,4	3,54	0,42	0,01	2,31

Στους συνδυασμούς συντροφικής βίας (**πίνακας 15**), η απουσία των τριών μορφών (σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική-συναισθηματική βία) με Π/Α=1,90 φαίνεται ότι σημαντικά υπερβαίνει την αναμενόμενη συχνότητα κατά 90%, καταδεικνύοντας έτσι ότι ο συνδυασμός της απουσίας τους είναι σημαντικά περισσότερο συχνός σε σχέση με τους συνδυασμούς παρουσίας ($p<0.05$). Παράλληλα, ο συνδυασμός της παρουσίας και των τριών μορφών (σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική-συναισθηματική βία) με Π/Α=3,61 φαίνεται να υπερβαίνει κατά 261% την αναμενόμενη συχνότητα, καταδεικνύοντας επίσης ότι ο συνδυασμός της παρουσίας

τους είναι σημαντικά περισσότερο εμφανής σε σχέση με τους άλλους συνδυασμούς παρουσίας ($p < 0.05$). Πρακτικά λοιπόν, τόσο η απουσία όσο και η παρουσία και των τριών μορφών βίας είναι εμφανής σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ότι αναμένεται.

Πίνακας 15. Συχνότητα εμφάνισης και συνδυασμοί **συντροφικής** βίας των 68 ατόμων με προβλήματα όρασης της έρευνας.

Συνδυασμοί	Συντροφική βία			Παρατηρούμενο(Π)		Αναμενόμενο(Α)		Π÷Α		
	Σωματική	Σεξουαλική	Ψυχολογική / Συναισθηματική	v	%	v	%	Λόγος	95%ΔΕ	
1	-	-	-	34	50,00	17,9	26,38	1,90	1,31	2,65
2	+	-	-	0	0,00	7,5	10,99	0,00	0,00	0,49
3	-	+	-	2	2,94	7,5	10,99	0,27	0,03	0,97
4	-	-	+	4	5,88	15,9	23,45	0,25	0,07	0,64
5	+	+	-	0	0,00	3,1	4,58	0,00	0,00	1,18
6	+	-	+	10	14,71	6,6	9,77	1,51	0,72	2,77
7	-	+	+	8	11,76	6,6	9,77	1,20	0,52	2,37
8	+	+	+	10	14,71	2,8	4,07	3,61	1,73	6,64

7.9 Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων

Τα παραπάνω αποτελέσματα και σύμφωνα με το σκοπό της έρευνας της παρούσας εργασίας, περιλαμβάνουν δύο κύριες ενότητες που αφορούν την κακοποίηση ατόμων

με προβλήματα όρασης κατά την παιδική/εφηβική τους ηλικία καθώς και την τρέχουσα συντροφική τους κακοποίηση, στα πλαίσια της σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής/συναισθηματικής βίας. Ειδικά, και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν στο σχεδιασμό της μελέτης, αυτά έγινε προσπάθεια να απαντηθούν μέσω των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Αφορούν λοιπόν αναλυτικά τα παρακάτω:

Ερώτημα 1^ο & 3^ο

«Ποια είναι η συχνότητα υποδοχής συντροφικής κακοποίησης στα άτομα με προβλήματα όρασης;» & «Ποια είναι τα είδη της συντροφικής κακοποίησης που μπορεί να δεχτεί ένα άτομο με προβλήματα όρασης;»:

Τα σχήματα 12-13 αλλά και οι πίνακες 10, 11, 12 & 15 καθορίζουν τη συχνότητα και τα είδη συντροφικής κακοποίησης που υπέστησαν τα άτομα της έρευνας και τα οποία είχαν ή έχουν συντρόφους. Το 50,0% των ατόμων δέχθηκαν κάποιας μορφής συντροφικής βίας όπως σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική/συναισθηματική αν και αντίθετα από ότι αναμένεται σημαντικά περισσότεροι φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Παράλληλα, ο συνδυασμός της παρουσίας και των τριών μορφών υπερβαίνει κατά 261% την αναμενόμενη συχνότητα καθιστώντας τον σημαντικά περισσότερο εμφανή σε σχέση με τους άλλους ανεξάρτητους συνδυασμούς παρουσίας. Παρόμοια συμβαίνει όμως και με την απουσία των τριών μορφών που υπερβαίνει κατά 90% την αναμενόμενη συχνότητα απουσίας και των τριών μορφών βίας. Επιπλέον 8 στα 10 άτομα της μελέτης με συντρόφους αναφέρουν ότι δεν δέχθηκαν «ποτέ» κάποιας μορφής σωματικής ή σεξουαλικής βίας αλλά στην ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση, η εξύβριση ή και η απομόνωση από φίλους, συγγενείς κλπ καταγράφονται ως πιο συχνά φαινόμενα σε περισσότερα άτομα.

Ερώτημα 2^ο

«Ποιες είναι οι συνθήκες υποδοχής συντροφικής κακοποίησης από τα άτομα με προβλήματα όρασης;»:

Τα σχήματα 7, 8, 9 & 10 προσδιορίζουν τις συνθήκες υποδοχής συντροφικής βίας ή κακοποίησης. Τα άτομα που δέχτηκαν κακοποίηση (σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική-συναισθηματική) κακοποιήθηκαν σε σημαντικά

υψηλότερη συχνότητα κατά 80,4% στο χώρο του σπιτιού τους, κατά 56,4% και στο σχολείο ενώ σε μικρότερες συχνότητες ακολουθούν άλλοι χώροι. Σους τρόπους κακοποίησης, εξύβριση δέχτηκε το 80,4% εκείνων που δηλώνουν ότι έχουν κακοποιηθεί, το 73,9% ότι χτυπήθηκαν, το 43,5% ότι τους/τις «άγγιξαν με σεξουαλική διάθεση» ή το 26,1% ότι «ταπεινώθηκε μπροστά σε άλλους». Ωστόσο ένα μικρό ποσοστό τους ή 13,3% αναφέρει «καθημερινή» κακοποίηση ενώ στην αποδοχή της περισσότεροι από 2 στους 3 ερωτώμενους της μελέτης που έχουν δεχθεί τέτοιες συμπεριφορές θεωρούν ότι «τους φέρονται έτσι αλλά δεν το αξίζουν» εκφράζοντας έτσι τη δυσαρέσκεια και απόγνωση τους ενώ 1 στους 5 πιστεύει ότι «τους φέρονται έτσι επειδή το αξίζουν» ή και «επειδή δεν φέρονται οι ίδιοι σωστά». Παρόλα αυτά όμως περίπου 1 στους 20 προσπαθεί ώστε να μην επιτρέπει τέτοια συμπεριφορά.

Ερώτημα 4^ο.

«Ποιες είναι οι στάσεις των ατόμων με προβλήματα όρασης σχετικά με το φαινόμενο;»:

Το σχήματα 10 & 11 και ο πίνακας 13 παρουσιάζουν τέλος τις στάσεις που έχουν τα άτομα της έρευνας για το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης. Όπως περιγράφηκε και στο 2^ο ερώτημα στην αποδοχή της περισσότεροι από 2 στους 3 που έχουν δεχθεί συμπεριφορές συντροφικής βίας θεωρούν ότι «τους φέρονται έτσι αλλά δεν το αξίζουν» εκφράζοντας δυσαρέσκεια και απόγνωση και παράλληλα 1 στους 5 έχει την πεποίθηση ότι «τους φέρονται έτσι επειδή το αξίζουν» ή και «επειδή δεν φέρονται οι ίδιοι σωστά» αλλά και ένα μέρος τους (περίπου 1 στους 20) κάνει προσπάθειες ώστε να μην επιτρέπει τέτοιες παρεκκλίνουσες συμπεριφορά. Η ερμηνεία των 2/3 για το φαινόμενο φαίνεται να αποδίδεται στις «οικονομικές δυσκολίες» ή και στην «έλλειψη επικοινωνίας» ενώ 4 στους 10 θεωρούν ως αιτία το «προκλητικό ντύσιμο».

Τα άτομα αυτά όμως συμφωνούν ή διαφωνούν κατά περίπτωση σε γενικότερες ερμηνείες του φαινομένου. Έτσι, λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους διαφωνεί απόλυτα ότι «η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί» ενώ 1 στους 3 συμφωνεί με την άποψη αυτή. Οι μισοί όμως συμφωνούν ότι «η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του», πιστεύοντας έτσι ή θεωρώντας τουλάχιστον ότι

είναι ένα ζήτημα που δεν μπορεί να συζητήσει και αντιμετωπίσει με συγγενείς ή φίλους. Έτσι, φαίνεται ότι περισσότεροι από 1 στους 10 υπομένουν και ανέχονται βίαιες συμπεριφορές καθώς συμφωνούν απόλυτα ότι *«τα άτομα που κακοποιούνται πρέπει να κάνουν υπομονή γιατί συνήθως, το φαινόμενο της κακοποίησης σταματάει με το πέρασμα του χρόνου»*.

Κεφάλαιο 8^ο:

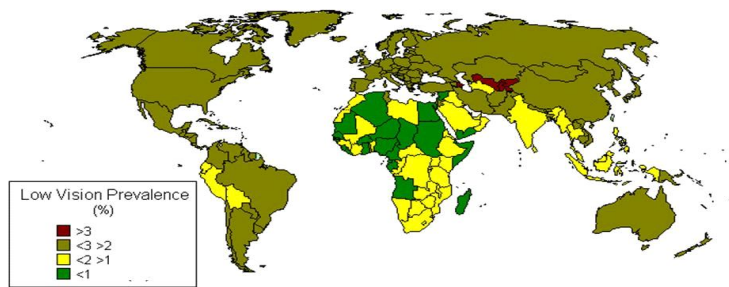
Συζήτηση και συμπεράσματα

8.1 Συζήτηση

Κύριο σκοπό της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης. Επιπρόσθετα, μελετήθηκε και η συχνότητα υποδοχής, τα είδη κακοποίησης, οι συνθήκες αλλά και οι στάσεις/πεποιθήσεις στην αντιμετώπιση της βίας που δέχονται τα άτομα με τα ιδιαίτερα προβλήματα υγείας και αν ανέχονται ή αντιδρούν σε τέτοια φαινόμενα, ενώ αξιολογήθηκε και η παιδική κακοποίηση που ενδεχομένως υπέστησαν. Σε γενικές λοιπόν γραμμές, η ύπαρξη του φαινομένου συμβαίνει στα μισά άτομα σε διάφορες συνδυαστικές μορφές σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής-συναισθηματικής βίας, με την ανοχή του να περιορίζεται στην παθητική αντιμετώπιση του φαινομένου ή ακόμη αποκρύπτοντας το αφού πιστεύεται ότι είναι πρόβλημα που δεν μοιράζεται με οικείους. Η παρουσία επίσης και των τριών μορφών βίας είναι εμφανής σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι αναμένεται.

Βιβλιογραφικά ωστόσο, και σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση, η συντροφική κακοποίηση ατόμων με προβλήματα όρασης είναι μια πολύ εξειδικευμένη περίπτωση έκφανσης βίας, με ελάχιστες ερευνητικές αναφορές με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Γενικά ωστόσο, εκτιμώνται επιδημιολογικά οι περιορισμοί της όρασης στα πλαίσια ειδικών και γενικών αναπηριών ή δυσλειτουργικών προβλημάτων (disabilities). Σε παγκόσμιο επίπεδο 975 εκατομμύρια άνθρωποι ή 19,5% ηλικίας άνω των 15 ετών έχουν ένα τέτοιο περιορισμό, ενώ ο κίνδυνος ώστε να πέσουν θύματα οποιασδήποτε μορφής βίας αυξάνει διεθνώς σε όλο τον κόσμο (Hughes et al, 2012; Khalifeh et al, 2013; WHO, 2011). Η εικόνα των ανθρώπων αυτών (profile) είναι σύνθετη και χαρακτηρίζεται από: χαμηλότερο επίπεδο υγείας, φτωχότερο επίπεδο εκπαίδευσης, μικρότερη επαγγελματική απασχόληση, υψηλότερο επίπεδο περιθωριοποίησης και φτώχειας, υψηλός βαθμός εξάρτησης και κοινωνικής συμμετοχής (WHO, 2011).

PREVALENCE OF LOW VISION



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Ειδικότερα τώρα, τα

άτομα με προβλήματα όρασης φαίνεται επίσης σε παγκόσμιο επίπεδο να αυξάνονται, είτε λόγω αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού είτε λόγω δημογραφικής γήρανσης (Congdon et al, 2004; Jonas et al, 2014; Jones et al, 2012; Keeffe et al, 2014; Leasher et al, 2014; Stevens et al, 2013). Το 2010, υπολογίστηκε ότι 32,4 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν τυφλοί (60% γυναίκες) ενώ 191 εκατομμύρια είχαν μέτρια ή σοβαρή οπτική ανικανότητα. Μέχρι το έτος 2013 εκτιμήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 39 εκατομμύρια τυφλοί άνθρωποι και 246 εκατομμύρια με προβλήματα χαμηλής όρασης, ενώ το 90% ζει σε αναπτυσσόμενες χώρες και το 82% είναι ηλικίας άνω των 50 ετών (WHO, 2013). Στις αιτίες, στοιχείο που ελέγχθηκε και στην παρούσα εργασία, τα διαθλαστικά σφάλματα (μυωπία, υπερωπία ή αστιγματισμός) ήταν οι κύριες αιτίες απώλειας όρασης με τον καταρράκτη να παραμένει ως κύρια αιτία τύφλωσης σε χώρες με μέτριο ή χαμηλό εισόδημα. Συνολικά ωστόσο και όπως αναφέρει ο ΠΟΥ, το 80% των οπτικών διαταραχών και προβλημάτων μπορούν να αποφευχθούν ή να θεραπευτούν (Pascolini & Mariotti, 2012; WHO, 2013). Στην Ελλάδα, τα άτομα με προβλήματα όρασης υπολογίζονται περίπου σε 94.000 ή 0,9% του γενικού πληθυσμού (Statistics by Country for Vision Impairment, 2014).

Στην άλλη διάσταση της παρούσας μελέτης, στην κακοποίηση ή στην βίαιη συμπεριφορά που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης, βιβλιογραφικά η διεθνής θεματολογία ενέχει αρκετές εξειδικεύσεις, όπως ακριβώς πρωτοτυπία ενέχει και η παρούσα εργασία. Οι Horwood et al. (2005) μελέτησαν για παράδειγμα ένα συχνό φαινόμενο, την κακοποίηση που υφίστανται παιδιά που φορούν γυαλιά ή φακούς, με στραβισμό ή γενικά προβλήματα όρασης, στο σχολικό χώρο. Τα παιδιά αυτά είχαν 35-37% περισσότερη πιθανότητα να δεχτούν σωματικό ή ψυχικό

εκφοβισμό (bullying) σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Επίσης, οι Sullivan & Knutson (2000) μελετώντας σε δείγμα περίπου 50.000 παιδιών των ΗΠΑ τη σχέση κακοποίησης και διαφόρων αναπηριών (disabilities), συμπεριλαμβανομένου και οπτικών δυσλειτουργιών, βρήκαν ότι τα παιδιά με αναπηρίες είχαν 3,4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ώστε να εκτεθούν σε κάποια μορφή κακοποίησης. Ωστόσο, στους ενήλικες οι συνθήκες είναι διαφορετικές καθώς καθορίζονται συνήθως από τις κοινωνικές/πολιτισμικές ομάδες. Στις γυναίκες για παράδειγμα, οι del Río Ferrer et al. (2013) αναφέρουν ότι διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε αρκετές χώρες έχουν τεκμηριώσει ότι οι γυναίκες με αναπηρία είναι συνήθως πιο ευάλωτες να βιώσουν μια μορφή βίας με βάση το φύλο τους από ότι οι γυναίκες χωρίς κάποια αναπηρία. Επιλέγοντας λοιπόν 45 γυναίκες με προβλήματα όρασης και 51 με άλλες σωματικές αναπηρίες και χρησιμοποιώντας κατάλληλο εργαλείο μέτρησης εκτίμησης

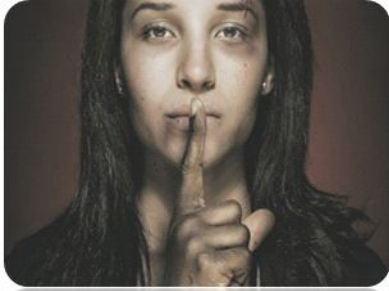


της συντροφικής βίας (Woman Abuse Screening Tool - WAST για την «intimate partner violence») εκτίμησαν ότι οι γυναίκες με προβλήματα όρασης είχαν σε υψηλό ποσοστό υποστεί ανάλογη συμπεριφορά έναντι των άλλων γυναικών (51% έναντι 31,2%, $p>0.05$). Αν και στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε φυλετική, ηλικιακή ή άλλη διαφοροποίηση, το ανάλογο ποσοστό σε άτομα με προβλήματα όρασης ανήλθε στο 50%, στοιχείο που παρά τις μεθοδολογικές διαφορές, βρίσκει σε συμφωνία τις δύο σχετικές μελέτες. Τονίζεται επίσης ότι άλλη μελέτη στην Ισπανία (Μαδρίτη) κατέδειξε ότι οι 3 στις 10 γυναίκες με σωματικές αναπηρίες πέφτουν θύματα κακοποίησης από τους συντρόφους τους (del Río Ferrer et al. 2013; Fernández et al. 2005) ενώ συνολικά και σύμφωνα με την ανασκόπηση των Hughes et al. (2011) ο επιπολασμός οποιασδήποτε μορφής διαπροσωπικής βίας κυμαίνεται από 26,0%-90,0% σε όλη τη διάρκεια της ζωής ή 4,9%-29,1% για τα τελευταία 5 χρόνια πριν την πραγματοποίηση των μελετών.

Εκτός των παραπάνω αναφορών για τη βία που δέχονται συνολικά τα άτομα με αναπηρίες, ένα παράδοξο αποτέλεσμα αναδείχθηκε από την παρούσα μελέτη. Η

συντροφική βία βρέθηκε περισσότερο εμφανής σε άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Η εκτίμηση ωστόσο αυτή μοιάζει περισσότερο ως συγκεχυμένη σε σχέση με άλλες μελέτες καθώς η μόρφωση άλλοτε αποτελεί παράγοντα εξομάλυνσης του φαινομένου και άλλοτε όχι. Οι del Río Ferrer et al. (2013), στη μελέτη τους σε γυναίκες με προβλήματα όρασης ή και άλλες σωματικές αναπηρίες, βρήκαν διαφοροποίηση του εκπαιδευτικού επιπέδου τους ως προς την κακοποίηση ή μη, καθώς εκείνες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση κακοποιούνταν σε σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα από τις υπόλοιπες. Παρόμοια όμως εκτιμά και η Brownridge (2006) σε 7.027 Καναδέζες που έχουν σύντροφο. Άρα λοιπόν, η μόρφωση ίσως αποτελεί έναν ανασταλτικό παράγοντα αλλά δεν μπορεί να ειπωθεί ότι αποσοβεί κάθε μορφής βίας, κακοποίησης, παρενόχλησης, προσβολής κ.λπ.

Άλλα εξίσου σημαντικά στοιχεία ανάλυσης του φαινομένου της συντροφικής βίας αποτελούν οι χώροι κακοποίησης αλλά και οι αιτίες. Στη παρούσα μελέτη η καταγραφή των χώρων έδειξε ως πιο συχνό το χώρο του σπιτιού, όπου βασικά ζουν και επιβιώνουν τα άτομα αυτά και προφανώς περνούν τον περισσότερο χρόνο της ζωής τους λόγω των οπτικών τους περιορισμών. Παράλληλα, οι βασικές αιτίες μέσω των πολλαπλών επιλογών που είχαν, έδειξαν ως πρωταίτια την οικονομική δυσπραγία που διέπει τις οικογένειες αυτές και συνάμα την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ζευγαριών. Τα στοιχεία αυτά δεν κατέστη δυνατόν να επαληθευτούν σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση της βιβλιογραφίας αλλά δεν παύουν να αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην οποία έχει περιέλθει η ελληνική κοινωνία σε συνδυασμό με τη δυσκολία που έχουν τα άτομα αυτά να μπορούν να απασχοληθούν και να παράγουν. Αν και δεν περιγράφηκε στα αποτελέσματα της εργασίας καθώς δεν αποτελεί εύρημα του σκοπού της, άνεργοι ή/και μη οικονομικά ενεργοί ήταν το 43,5% του δείγματος μελέτης. Κατά συνέπεια, τα άτομα αυτά χρίζουν στήριξης και συμπαράστασης, στοιχεία που το ανύπαρκτο πλέον κοινωνικό κράτος αδυνατεί να προσφέρει και να εξασφαλίσει.



Από την άλλη μεριά όμως ενδιαφέρον αποτελεί η ίδια η στάση των ατόμων αυτών απέναντι στη βία που είτε δέχονται ή κινδυνεύουν να δεχτούν ή αντιλαμβάνονται ότι συμβαίνει σε ομολόγους τους. Αν και η πλειοψηφία δεν συμφωνεί, πιστεύοντας πως δεν αξίζουν τέτοιες συμπεριφορές, υπάρχει ένα μέρος των ερωτώμενων που είτε κατηγορεί τον εαυτό του ως υπαίτιο για την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών είτε το αποδέχεται παθητικά, θεωρώντας ταυτόχρονα ότι η κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο που δεν μπορούν να το συζητήσουν με τους οικείους τους. Η εξάρτηση τους αλλά και ο φόβος, τις περισσότερες φορές είναι ο κοινός παρανομαστής της απόκρυψης, της ανοχής, της υπομονής ή της αίσθησης ενοχής που νιώθουν αυτά τα άτομα απέναντι σε παρεκκλίνουσες συμπεριφορές των οικείων τους (Jewkes, 2002; WHO, 2012). Ωστόσο δεν παραγνωρίζονται και κριτήρια που διακατέχουν κλειστές πολιτισμικά κοινωνίες, με διακρίσεις, έλλειψη δικαιωμάτων ή δυνατοτήτων εξέλιξης για όλους κλπ (Dietrich & Schuett, 2013).

Τέλος, συνεκτιμώντας και συνοψίζοντας όλα τα αποτελέσματα της μελέτης, είναι υπαρκτό το φαινόμενο της βίας σε άτομα με προβλήματα όρασης και μάλιστα στη συνδυαστική μορφή της σωματικής & σεξουαλική & ψυχολογικής-συναισθηματικής βίας. Η παρουσία αυτή και των τριών μορφών βίας είναι εμφανής σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ότι πραγματικά αναμένεται, στοιχείο που μάλλον θα πρέπει να αποτελεί σημείο προβληματισμού και άμεσων δράσεων για την κοινότητα των επαγγελματιών υγείας. Το πρόβλημα λοιπόν σαφώς και είναι ζήτημα δημόσιας υγείας. Σε αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες όπως αυτές των ΗΠΑ, έχουν γίνει προσπάθειες αντιμετώπισης στα πλαίσια της πρόληψης με την εφαρμογή στρατηγικών δημόσιας υγείας, καθώς η βία ασκεί τεράστια επίδραση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, τη ποιότητα ζωής εξαρτημένων ατόμων αλλά και στους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης. Στο σημείο αυτό, σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει τόσο η ποινική δικαιοσύνη όσο και ο τομέας της φροντίδας υγείας για την προστασία του κοινού. Απώτερος στόχος είναι η μείωση της φτώχειας, του

αναλφαβητισμού, η συστηματική ενημέρωση και φροντίδα εξαρτημένων ατόμων (Foege, 1998).



Ο ρόλος της επιστήμης της κοινωνικής εργασίας είναι στη περίπτωση αυτή σύνθετος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να εφοδιάζονται με γνώσεις, να αναπτύσσουν αντιλήψεις πρόληψης και αντιμετώπισης περιστατικών, φροντίδας απέναντι σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και συνολικά για τη κοινότητα, να χειρίζονται τεταμένες καταστάσεις (Goldblatt et al. 2009; Mojuyinola, 2006; Papadakaki et al. 2013). Σε πρωτογενές επίπεδο λοιπόν, μπορούν να συμβάλλουν στην αλλαγή στάσεων που έχουν παθητικά άτομα για τη βία, να βοηθούν ώστε τα άτομα αυτά να αναπτύξουν αισθήματα υψηλής αυτοεκτίμησης και να αναχαιτίζουν κάθε μορφής γενεαλογικής καταχρηστικής συντροφικής ή άλλης συμπεριφοράς. Από την άλλη μεριά, και σε επίπεδο δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, οι δομές υγείας είναι εκείνες που συνεργατικά θα εξασφαλίσουν την ομαλή οικογενειακή ή συντροφική ζωή, παρέχοντας στέγες ασύλου και ασφάλειας στα θύματα, αλλά και την συμβολή της δικαιοσύνης στην αποκατάσταση όταν έχουν συμβεί περιπτώσεις σοβαρά κακοποιημένων ατόμων.



Εκτός όμως των αποτελεσμάτων και των προβληματισμών που προκύπτουν από τη διεξαγωγή της έρευνας της παρούσας μελέτης, στη συνολική αποτίμηση της ερευνητικής προσπάθειας σημαντικά κρίνονται ορισμένα μεθοδολογικά ζητήματα. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, η παρούσα έρευνα αν και ενέχει χαρακτηριστικά πρωτοτυπίας - τουλάχιστον για τον ελλαδικό χώρο, έχει μεθοδολογικές διαφορές από άλλες μελέτες που ερευνούν όμοια ή παρόμοια ζητήματα συντροφικής βίας. Στην περίπτωση αυτή όμως έχουν ήδη αναπτυχθεί και εφαρμόζονται εξειδικευμένα & σταθμισμένα πολλαπλά εργαλεία

μέτρησης (del Río Ferres et al. 2013; Thompson et al. 2006), ένα εκ των οποίων είναι και το Woman Abuse Screening Tool - WAST που αφορά αποκλειστικά την «intimate partner violence» και το οποίο δύναται να αποδώσει βαθμούς αξιοπιστίας και εγκυρότητας (del Río Ferres et al. 2013). Στην περίπτωση αυτή είναι εφικτή η άμεση σύγκριση με άλλες διεθνείς μελέτες ενώ δίνεται και η δυνατότητα χρήσης πολυμεταβλητών μεθόδων αναλύσεων, λαμβάνοντας υπόψη σε αυτές τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πιθανόν συνεπιδρούν ή μετριάζουν το τελικό αποτέλεσμα (π.χ. βαθμός άσκησης συντροφικής βίας).

8.2 Συμπεράσματα



Βασικός γενικός σκοπός της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης και η επαγωγική σύνδεσης της με το ρόλο των κοινωνικών λειτουργιών. Επιπλέον ειδικοί στόχοι αποτέλεσαν η απάντηση ερωτημάτων που αφορούσαν τη συχνότητα υποδοχής, τα είδη κακοποίησης, τις συνθήκες αλλά και τις ευρύτερες στάσεις και πεποιθήσεις που είχαν οι συγκεκριμένοι αυτοί άνθρωποι στην αντιμετώπιση της βίας που δέχονται και αν ανέχονται ή αντιδρούν σε τέτοια φαινόμενα. Παράλληλα όμως, μια ιστορική ανασκόπηση της παιδικής κακοποίησης που ενδεχομένως υπέστησαν, προηγήθηκε και μελετήθηκε. Παρά τον μεγάλο όγκο λοιπόν των στοιχείων που συλλέχτηκαν, η επεξεργασία τους με τη γενική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών ερωτημάτων και στόχων, έδειξαν ότι:

Χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας

- Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν άτομα με προβλήματα όρασης με μεγάλο εύρος ηλικιών, στην πλειοψηφία τους άνδρες, απασχολούμενοι/ες και μη, με ικανοποιητικό επίπεδο μόρφωση.

Χαρακτηριστικά τύφλωσης

- Περισσότεροι από τους μισούς νοσούν από ολική τύφλωση όπως επίσης έχουν τύφλωση επίκτητη. Ως αιτίες, με υψηλότερη συχνότητα καταγράφηκαν τα μεταγεννητικά προβλήματα.

Κοινωνικά δίκτυα & σχέσεις

- Η πλειοψηφία των ατόμων ή περίπου 4 στους 10, συμβιώνουν με σύντροφο και 3 στους 10 με γονείς ή και με παιδιά. Επίσης η πλειοψηφία ή το 27,5% συμβιώνει με άλλα δύο άτομα ενώ ένα μέρος των ατόμων αυτών (15,9%) φαίνεται να διαμένει μόνο του.
- 3 στους 4 ωστόσο αναφέρουν ότι έχουν «καλή» ή/και «πολύ καλή σχέση» με τα συγγενικά τους πρόσωπα ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχει συγγενείς που διαμένουν σε απόσταση που καλύπτεται στο εύρος της ίδιας πόλεως.

Ιστορικό παιδικής κακοποίησης

- Κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής μέχρι την ηλικία των 16 ετών αναφέρθηκε από 6 στους 10 ερωτώμενους της μελέτης με κύρια συχνότητα μια ή δυο φορές.
- Η παιδική κακοποίηση στα άτομα αυτά δεν φαίνεται να σχετιζόταν σημαντικά με τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους όπως το φύλο ή ηλικία, αλλά και το είδος ή το χρόνο τύφλωσης ($p>0.05$).
- Ωστόσο, και σύμφωνα με την τρέχουσα ηλικία τους, εκείνοι/ες που είναι έως 18 ετών, απαντούν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην ερώτηση «Σας άγγιξε ή σας χάιδεψε με σεξουαλικό τρόπο;», έναντι των άλλων ηλικιακών ομάδων ($p=0.008$), διαπιστώνοντας ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που κάποτε ήταν παιδιά και έφηβοι, δέχτηκαν σε σημαντικά μικρότερη συχνότητα οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική παρενόχληση ή κακοποίηση.

Συντροφική κακοποίηση

- Όσοι/όσες έχουν ή είχαν συντρόφους, αναφέρουν σε συχνότητα 80%+ ότι «ποτέ» δεν έγινε κάποια ενέργεια σωματικής βίας εις βάρος τους.
- Παρόμοια, σε πολύ μικρή συχνότητα βρέθηκε και η παρουσία άλλων μορφών βίας όπως, σεξουαλικής και ψυχολογικής-συναισθηματικής. Ωστόσο στα πλαίσια της ψυχολογικής-συναισθηματικής βίας, η λεκτική βία και συγκεκριμένα η εξύβριση ή η χυδαιολογία και η ειρωνεία από τον/την σύντροφο τους, είναι η πιο συχνή.

- Ανεξαρτήτως των διαφόρων ενεργειών βίας που έχουν ή όχι συμβεί, διαφοροποιείται ο βαθμός συμφωνίας στα αίτια του φαινομένου, καθώς και μεν περισσότερα από μισά αυτά άτομα διαφωνούν απόλυτα ότι «η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί», 1 στα 3 συμφωνεί. Ανάλογα περίπου συμβαίνει και στην αντιμετώπιση καθώς οι μισοί περίπου συμφωνούν ότι «η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του», ενώ επίσης υπάρχουν και άτομα που αναφέρουν ότι μπορούν να υπομένουν και να ανέχονται τέτοιες βίαιες συμπεριφορές.

Συνθήκες & αιτίες κακοποίησης

- Τα άτομα εκείνα που δεχτήκαν σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση καταδεικνύουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό το χώρο του σπιτιού τους ως φυσικό χώρο βίας ($p < 0.05$). Παράλληλα, και το σχολείο ή ο χώρος εργασίας φαίνεται ότι αποτελούν σημεία κακοποίησης.
- Στην αποδοχή ή όχι της κακοποίησης, 2 στους 3 ερωτώμενους που δέχθηκαν ανάλογες συμπεριφορές θεωρούν ότι δεν το αξίζουν ενώ 1 στους 5 αποδέχεται παθητικά την κακοποίηση πιστεύοντας ότι το αξίζουν ή απλά δεν φέρονται οι ίδιοι σωστά. Ελάχιστοι ωστόσο ή περίπου 1 στους 20 προσπαθεί να μην επιτρέπει τέτοια συμπεριφορά.
- Στις αιτίες, η κακοποίηση τους θεωρούν ότι οφείλεται κυρίως στις οικονομικές δυσκολίες ή και στην έλλειψη επικοινωνίας.

Αξιολόγηση παρουσίας παιδικής κακοποίησης

- Συνολικά, πολύ υψηλή συχνότητα ερωτώμενων ή 8 στους 10 έχουν υποστεί κάποιας μορφής παιδικής σωματικής, σεξουαλικής ή ψυχολογική-συναισθηματικής κακοποίησης ή παρενόχλησης.
- Η σωματική παιδική κακοποίηση και ο συνδυασμός σεξουαλικής & ψυχολογικής-συναισθηματικής παιδικής κακοποίησης, αποτελούν σε αναμενόμενη συχνότητα τις πιο έκδηλες μορφές κακοποίησης χωρίς να διαφέρουν όμως σημαντικά από τις υπόλοιπες ($p > 0.05$).

Αξιολόγηση παρουσίας συντροφικής βίας

- Υψηλή συχνότητα ερωτώμενων ή 1 στους 2 έχουν υποστεί κάποιας μορφής σωματικής, σεξουαλικής ή ψυχολογική-συναισθηματικής συντροφικής βίας,

χωρίς φυλετική διαφοροποίηση αλλά αντίθετα από ότι αναμένεται σημαντικά περισσότεροι/ες που κακοποιούνται φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης.

- Αντίθετα με την παιδική κακοποίηση, η παρουσία συνδυαστικά και των τριών μορφών συντροφικής βίας (και σωματική και σεξουαλική και ψυχολογική-συναισθηματική βία) αποτελεί σε αναμενόμενη συχνότητα την πιο έκδηλη μορφή βίας κατά 261% σε σχέση με τους άλλους συνδυασμούς παρουσίας ή απουσίας βίας ($p < 0.05$). Έτσι η παρουσία και των τριών μορφών βίας είναι εμφανής σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ότι αναμένεται στο δείγμα των ερωτώμενων της μελέτης.

8.3 Σύνοψη

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, η ανάλυση των ερευνητικών της δεδομένων κατέδειξαν χρήσιμα συμπεράσματα για την εικόνα του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης, βίας ή παρενόχλησης σε άτομα με προβλήματα όρασης. Φαίνεται κατ' αρχήν ότι η ύπαρξη του φαινομένου λαμβάνει χώρα στα μισά άτομα σε διάφορες συνδυαστικές μορφές από τη: σωματική, σεξουαλική και τέλος ψυχολογική-συναισθηματική βία, κυρίως μέσω της εξύβρισης, της προσβολής και της ειρωνικής αντιμετώπισης που πολλές φορές δέχονται αυτά τα άτομα. Ωστόσο, η ανοχή περιορίζεται είτε στην παθητική αντιμετώπιση του φαινομένου αφού θεωρούν ότι αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να αποφευχθούν εφόσον δεν προκαλούνται από τους/τις ίδιους/ίδιες, είτε αποκρύπτοντας το αφού πιστεύεται ότι είναι πρόβλημα που δεν μοιράζεται ή κοινοποιείται σε οικείους. Επιπλέον, η παρουσία και των τριών μορφών βίας στο δείγμα των ερωτώμενων της μελέτης είναι εμφανής σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ότι αναμένεται, στοιχείο που μάλλον θα πρέπει να αποτελεί σημείο προβληματισμού και άμεσων δράσεων για την κοινότητα των επαγγελματιών υγείας.

Στην περίπτωση αυτή, οι κοινωνικοί λειτουργοί μέσω των σχετικών δομών φροντίδας, θα πρέπει να επικεντρώνονται στη συστηματική καταγραφή ανάλογων συμπεριφορών από άτομα με ειδικές ανάγκες όπως είναι τα άτομα της μελέτης, και να καταδεικνύουν τους τρόπους αντιμετώπισης. Η συστηματική ενημέρωση στα άτομα αυτά, η παροχή πληροφοριών και ενημέρωσης, η παροχή ειδικευμένης γνώσης

και η εκπαίδευση τους, πάντοτε αποτελεί τον πρωταρχικό και σπουδαιότερο τρόπο παρέμβασης σε άτομα που χρίζουν βοήθειας και στήριξης αλλά και εκείνων που μπορούν να αποφύγουν προληπτικά την όποια μορφή εκμετάλλευσης και κακοποίησης. Ο σεβασμός, η αξιοπρέπεια και η αλληλεγγύη αποτελούν αρετές που οι κοινωνικοί λειτουργοί υποστηρίζουν και ενστερνίζονται όπως εξίσου πρέπει να μεριμνούν για την μετάδοση και τήρηση τους σε συνανθρώπους μας με ιδιαίτερα προβλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΡΕΥΝΕΣ-ΕΚΘΕΣΕΙΣ

Αθανασοπούλου, Μ., Καμπά, Ε. (2009) « *Η ανίχνευση της συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα*». Βήμα ασκληπιου.

Σαπουντζή – Κρεπιά , Δ. (1995) «*Νοσηλεύτριες – Κοινωνικοί Λειτουργοί. Διάεπαγγελματική Συνεργασία νοσηλευτών & κοινωνικών λειτουργών για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στα μέλη οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών σ' ένα νοσοκομείο της Αθήνας*» Πρακτικά 21ου Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, σ. 49-59

Ασκητής, Α., Ρόκκας, Κ., Μόσχα, Μ., Χουσιάδα, Χ., Ντούμου, Β., Θεοδωρόπουλος, Α., Κουρούσιας, Κ., Αποστολοπούλου, Α., Ζαρκάδα, Ν. (2011) «*Άτομα με προβλήματα Όρασης και Σεξουαλική Υγεία*» Αθήνα: Ινστιτούτο Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Δαφέρμος Β. (2005). *Κοινωνική στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ.

Τσίγγρης, Α., (1996) «*Ο βιασμός ένα αθέατο έγκλημα*». Αθήνα –Κομοτηνή: Σάκκουλα Α.

Χατζηφωτίου , Σ. (2005) «*Ενδοοικογενειακή Βία κατά των γυναικών και παιδιών Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία*». Εκδόσεις Τζιόλα. Θεσσαλονίκη 2005.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Bacchus , L., Mezey G. , Bewley (2002) «*Women 's perceptions and experience of routine screening for domestic violence in maternity service*» British Journal of Obstetrics and Gynecology

- Bandura , A. (1977), «*Self–efficacy Toward a unifying theory of behavioral change*»
Psychological Review. 84 191-215.
- Brownridge DA (2006). Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9):805-22.
- Caetano R., Field C.A & Nelson S, (2003). «*Association Between Childhood Psycical Abuse, Exposure to Parental Violence and Alcohol Prop lens in Adulthood*». *Journals International Violenecce*.
- Coker , A. L., Smith , P.H., Mc Keown , R.E., &King , M.J., (2000). «*Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering*». *Amerixan Journal of Public Health*. 90: 553-559.
- Congdon N, O'Colmain B, Klaver CC, Klein R, Muñoz B, Friedman DS, Kempen J, Taylor HR, Mitchell P; Eye Diseases Prevalence Research Group (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*, 122(4):477-85.
- Crisso, J. A., Wishner, A.R., Schwartz , D.F., Weene B.A. , Holmes , J.H ., & Sutton, R. L., (1991) «*A population –based study of injured in inner-city women*>>. *American Journal of Epidemiology*. 143 : 59-68.
- del Río Ferres E, Megías JL, Expósito F (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*, 25(1):67-72.
- Dietrich D, Schuett J (2013). Culture of Honor and Attitudes Toward Intimate Partner Violence in Latinos. *SAGE Open*, 3(2), DOI: 10.1177/2158244013489685.
- Fernández, P., Ramírez, M.J., & Ramiro, P. (2005). Diagnóstico social sobre violencia de género y discapacidad en la ciudad de Madrid. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Foege WH (1998). Global public health: targeting inequities. *JAMA*, 279(24):1931.
- Galan, I., Rodriguez-Artalejo, F., Tobias, A., Diez-Ganan, L., Gandarillas, A., Zorrilla, B., (2005). Clustering of behavior-related risk factors and its association with subjective health. *Gac. Sanit.* 19, 370–378.

- Gelles , Richard J. & Cornell , C. (1985) «*Intimate Violence in Families*». Family Vionce United States.
- Goldblatt H, Buchbinder E, Eisikovits Z, Arizon-Mesinger I (2009). Between the professional and the private: the meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence Against Women*, 15(3):362-84.
- Horwood J, Waylen A, Herrick D, Williams C, Wolke D (2005). Common visual defects and peer victimization in children. *Invest Ophthalmol Vis Sci*,46(4):1177-81.
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 379(9826):1621-9
- Hughes RB, Lund EM, Gabrielli J, Powers LE, Curry MA (2011). Prevalence of interpersonal violence against community-living adults with disabilities: a literature review. *Rehabil Psychol*, 56(4):302-19.
- Hurley D.J. and Jaffe P., (1990) «*Children observations of violence II: Clinical implications for the childrens mental health professionals*». *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359(9315):1423-9.
- Jonas JB, George R, Asokan R, Flaxman SR, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Price H, Vijaya L, White RA, Wong TY, Resnikoff S, Taylor HR, Bourne RR; on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2014). Prevalence and causes of vision loss in Central and South Asia: 1990-2010. *Br J Ophthalmol*, doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-303998.
- Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380(9845):899-907.
- Keeffe J, Taylor HR, Fotis K, Pesudovs K, Flaxman SR, Jonas JB, Leasher J, Naidoo K, Price H, White RA, Wong TY, Resnikoff S, Bourne RR; on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2014).

- Prevalence and causes of vision loss in Southeast Asia and Oceania: 1990-2010. Br J Ophthalmol, doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-304050.
- Khalifeh H, Howard LM, Osborn D, Moran P, Johnson S (2013) Violence against People with Disability in England and Wales: Findings from a National Cross-Sectional Survey. PLoS ONE, 8(2): e55952.
- Krug, E.G. Dahlberg , L.L Mercy, A.J. Zwi, B.A. Kupper& L.L, Chase , J.L., al. (2002) ‘ Domestic violence across generations : findings from northern India. International Journal of Epidemiology.’ 3: 560-572.
- Leasher JL, Lansingh V, Flaxman SR, Jonas JB, Keeffe J, Naidoo K, Pesudovs K, Price H, Silva JC, White RA, Wong TY, Resnikoff S, Taylor HR, Bourne RR; on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2014). Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. Br J Ophthalmol, doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-304013.
- McKibben, L. , De Vos , E., Newberger , E., (1989) «*Victimization of Mothers of abused children: a controlled study*». Pediatrics . 84: 531-535.
- Mojoyinola J. K. (2006). Social Work Interventions in the Prevention and Management of Domestic Violence. J Soc Sci, 13(2): 97-99
- Pagelow, M.D. , Pagelow, L.W. (1984) “*Family violence*” Praeger : U.S.A. Walker E. L. (1997) « *Όταν η αγάπη σκοτώνει*», μεφρ. Μοσχοπούλου Π. Αθήνα: Φυτράκης.
- Papadakaki M, Kastrinaki E, Drakaki R, Chliaoutakis J (2013). Managing intimate partner violence at the social services department of a Greek university hospital. Journal of Social Work, 13(5):533-549.
- Pascolini D, Mariotti SP (2012). Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol, 96(5):614-8. doi: 10.1136/bjophthalmol-2011-300539.
- Schuit, A.J., van Loon, A.J., Tijhuis, M., Ocke, M., 2002. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. Prev Med 35:219-24.
- Sirkka Perttu, Verena Kaselitz (2006) «Προσεγγίζοντας την Συντροφική Βία,
- Stevens GA, White RA, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Resnikoff S, Taylor H, Bourne RR; Vision Loss Expert Group

(2013). Global prevalence of vision impairment and blindness: magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology*, 120(12):2377-84.

Sullivan PM, Knutson JF (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl*, 24(10):1257-73.

Thompson MP, Basile KC, Hertz MF, Sitterle D (2006). *Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

World Health Organisation (2011). *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organisation.

Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις Μαιευτικές Κλινικές», Ελλάδα: χ.ε.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

Statistics by Country for Vision Impairment. http://www.rightdiagnosis.com/v/vision_impairment/stats-country.htm (διαθέσιμο την 24.02.2014).

World Health Organization, 2013. Visual impairment and blindness. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/> (διαθέσιμο την 24.02.2014).

World Health Organization, 2012. Understanding and addressing violence against women. Intimate partner violence. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf (διαθέσιμο την 25.02.2014).

YMCA (2000) <http://www.ymca.violence.com> (διαθέσιμο την 18.03.2014)

Εμμανουηλίδου, Ε. (2004) «Η Σεξουαλική Ανάπτυξη των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες» <http://www.archive.gr/news.php/publications/publications/news> (διαθέσιμο την 28.04.2014)

Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας (2012) «Παγκόσμια ημέρα Όρασης» Αθήνα: <http://www.moh.gov.gr>

Πανελλαδική Οργάνωση Γυναικών (2013) «Ο Κύκλος της Βίας» *Παναθηναϊκή*
<http://www.panathinaikinm.gr/kiklos-vias.html> [πρόσβαση 10 Φεβρουαρίου 2014]

Παράρτημα 1

Υπηρεσίες Υποστήριξης για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης :

Στην Ελλάδα η κοινωνική υποδομή που υπάρχει για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας είναι η εξής:

Φάρος Τυφλών της Ελλάδας: Ο Φάρος Τυφλών της Ελλάδος είναι σωματείο ειδικώς ανεγνωρισμένο, μη κερδοσκοπικό, επιχορηγούμενο και εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ιδρύθηκε το 1946, με στόχο την υποστήριξη των τυφλών ατόμων, την μείωση των συνεπειών από την απώλεια της όρασης και την ευαισθητοποίηση του κοινού και της Πολιτείας για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Στους χώρους μας, υπάρχει: Δανειστική Βιβλιοθήκη βιβλίων Braille και Ομιλούντων Βιβλίων, εκτυπωτικό κέντρο παραγωγής βιβλίων στη γραφή Braille, studio ηχογράφησης , μονάδα κατεργασίας μετάλλων, εργαστήρια παραγωγής βουρτσών -σκουπών, εργαστήριο κεραμικής, γυμναστήριο και χώροι άθλησης ,μουσείο αφής με εκθέματα από όλες τις περιόδους της πολιτιστικής μας κληρονομιάς, αίθουσα εκδηλώσεων και Θεατρική Σκηνή, κέντρο επιμόρφωσης και επανένταξης ατόμων με προβλήματα όρασης και ξενώνας.

Πανελλήνια Ένωση Αμφιβληστροειδοπαθών: Οι σκοποί του Σωματείου είναι:

1. Η μελέτη, αντιμετώπιση και προβολή των προβλημάτων των ασθενών που πάσχουν από εκφυλιστικές, κληρονομικές παθήσεις του αμφιβληστροειδή χιτώνα της ωχράς κηλίδας και του οπτικού νεύρου και η προσπάθεια επίλυσης αυτών.
2. Η υποστήριξη με κάθε δυνατό μέσο της έρευνας και των εφαρμογών της στο πεδίο των εκφυλιστικών, κληρονομικών παθήσεων που εκπροσωπεί το Σωματείο.
3. Ανάπτυξη ενεργειών και δράσεων που συμβάλλουν στη μεταφορά εμπειριών, δεδομένων, γνώσεων κ.α. σχετικά με τις εκφυλιστικές, κληρονομικές παθήσεις του οφθαλμού από το εξωτερικό στη χώρα μας.
4. Προώθηση ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης για κάθε είδους ενέργεια, σχετικά με την πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού και ειδικών ομάδων για την

- φύση, τις ιδιομορφίες, τα χαρακτηριστικά κ.α. των εκφυλιστικών, κληρονομικών παθήσεων που εκπροσωπεί το Σωματείο.
5. Ανάπτυξη δραστηριοτήτων για την οργάνωση υπηρεσιών, μονάδων, κέντρων κ.α. που θα προσφέρουν έργο Διάγνωσης, Πρόληψης, Θεραπευτικής Αγωγής και Συμβουλευτικής, με κύρια κατεύθυνση τον Δημόσιο και τον ευρύτερο Δημόσιο τομέα (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ., Νομ/Κες Αυτ/σεις, Ο.Τ.Α., Οργανισμοί, Ασφαλιστικοί Φορείς και άλλα).
 6. Ανάπτυξη κάθε μορφής συνεργασίας με Επιστημονικά, Ερευνητικά Κέντρα και Φορείς, με κρατικές ή ιδιωτικές υπηρεσίες και όργανα, με εκπαιδευτικούς χώρους κ.α. που αναπτύσσουν δραστηριότητες και πρωτοβουλίες στο πεδίο της όρασης και των παθήσεων που εκπροσωπεί το Σωματείο.
 7. Προώθηση δημιουργίας Ειδικών Κέντρων Αναφοράς και συγκρότηση ειδικών μητρώων για τις κατηγορίες των παθήσεων που εκπροσωπεί το Σωματείο.
 8. Η προάσπιση με κάθε νόμιμο μέσο των ηθικών και υλικών συμφερόντων των ατόμων «με ειδικές ανάγκες που πάσχουν από τις παθήσεις που εκπροσωπεί το Σωματείο.
 9. Η προώθηση, συντονισμός των ενεργειών και δράσεων των μελών του Σωματείου με σκοπό την ανάπτυξη διαδικασιών ένταξης και αλληλοϋποστήριξης των ατόμων με ειδικές ανάγκες που πάσχουν από παθήσεις που εκπροσωπεί το Σωματείο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
 10. Η προώθηση και η διεξαγωγή με κάθε δυνατό τρόπο και μέσο, επιστημονικών μελετών, ερευνών, εργασιών και κάθε είδους προγραμμάτων που σχετίζονται με κοινωνικά, ψυχολογικά, ιατροβιολογικά προβλήματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες που πάσχουν από παθήσεις που εκπροσωπεί το Σωματείο και του περιβάλλοντος τους.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες:

1. Διευκόλυνση για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση των κληρονομικών εκφυλιστικών παθήσεων του Αμφιβλ/δή χιτώνα, της ωχράς κηλίδος και του οπτικού νεύρου, με την εκτέλεση διαφόρων ιατρικών διαγνωστικών εξετάσεων σε συνεργασία με οφθαλμολογικές κλινικές νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και Πανεπιστημιακές.

2. Προώθηση διαδικασιών για γενετική ταυτοποίηση των γονιδίων σε ασθενείς και μέλη των οικογενειών τους, που πάσχουν από τις ασθένειες που εκπροσωπεί η Π.Ε.Α.. Παροχή σχετικής συμβουλευτικής, με προοπτική την εφαρμογή της γονιδιακής θεραπείας κατά περίπτωση.
3. Έκδοση σειράς ενημερωτικών εντύπων που αφορούν τις διάφορες παθήσεις, αλλά και την αντιμετώπιση διαφόρων θεμάτων που αφορούν τα άτομα με Προβλήματα Όρασης (χαμηλή - μειωμένη όραση), έκδοση περιοδικού ΕΠΑΦΗ (τρίμηνο).
4. Παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων και εκδηλώσεων στην Ελλάδα και το εξωτερικό, συμμετοχή στην οργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων σε όλη την χώρα.
5. Προώθηση αναγνώρισης και κάλυψης από τα Ασφαλιστικά Ταμεία των Βοηθημάτων - Τεχνολογιών Χαμηλής Όρασης (οπτικά βοηθήματα, ηλεκτρονικά, καθημερινής διαβίωσης κ.α.)
6. Παροχή πληροφοριών για τις σύγχρονες ερευνητικές εξελίξεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων που εκπροσωπεί η Π.Ε.Α.
7. Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον των Ατόμων με Προβλήματα Όρασης (ΑμΠΟ), ομάδων μελών για ψυχοκοινωνική στήριξη (τυφλοκωφών, ανέργων – νέων, γονέων, συνταξιούχων, εργαζομένων), ομάδες αυτοβοήθειας - παραπομπή για εξειδικευμένη φροντίδα.
8. Συμβουλευτική σε θέματα καθημερινής διαβίωσης, κινητικότητας, προσβασιμότητας σε χώρους και υπηρεσίες.
9. Συμβουλευτική και στήριξη σε θέματα παροχών προνοιακού, ασφαλιστικού, επαγγελματικού, εκπαιδευτικού κ.α. χαρακτήρα.

Εθνική Ομοσπονδία Τυφλών (Ε.Ο.Τ): Η Εθνική Ομοσπονδία Τυφλών (Ε.Ο.Τ.) ιδρύθηκε το 2005, με σκοπό την οργανωτική συνδικαλιστική ολοκλήρωση του χώρου των τυφλών και τη διασφάλιση της εσωτερικής ενότητάς του έτσι ώστε να αποφευχθεί η σύγχυση που μπορεί να δημιουργήσει η πολυδιάσπαση, τόσο στην

διαβούλευση με την Πολιτεία όσο και στην ενημέρωση της Ελληνικής Κοινωνίας για τα πραγματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συνάδελφοί μας.

Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών : Ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών ιδρύθηκε το 1932 και είναι ο πρώτος φορέας αυτό-οργάνωσης των τυφλών στην Ελλάδα αλλά και όλων των ατόμων με αναπηρίες. Κύριος στόχος του είναι, η υπεράσπιση των δικαιωμάτων και η ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων των ατόμων με προβλήματα όρασης, στην Ελλάδα. Οι σκοποί της προστασίας και της προάσπισης των ζητημάτων των τυφλών, περιγράφονται εκτενώς στο καταστατικό του Συνδέσμου. Ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών έχει εκπροσώπηση και έκφραση Πανελλαδική με 9 Περιφερειακές Ενώσεις σε όλη την Ελλάδα: Ανατολικής Μακεδονίας, Ανατολικής Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Βορειοδυτικής Ελλάδας, Κεντρικής Μακεδονίας, Κρήτης, Νότιας Πελοποννήσου, Δυτικής Θεσσαλίας και Θράκης, ενώ υπάρχουν αιτήσεις τυφλών σε πολλά άλλα μέρη της χώρας για την ίδρυση και νέων Τοπικών Ενώσεων. Τα εγγεγραμμένα μέλη είναι περίπου 5.000. Ο Π.Σ.Τ. διοικείται από 11μελές διοικητικό συμβούλιο και είναι αποκλειστικός εκπρόσωπος των Ελλήνων τυφλών στην Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες, (ΕΣΑμΕΑ) και σε όλες τις διεθνείς επίσημες οργανώσεις των τυφλών, όπως η Διαβαλκανική Συνεργασία, (BCC), η Ευρωπαϊκή Ένωση Τυφλών (EBU) και η Παγκόσμια Ένωση Τυφλών (WBU).

Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ):

Το ΚΕΑΤ δραστηριοποιείται σε διάφορους τομείς με σκοπό την καλύτερη δυνατή υποστήριξη των Ατόμων με Προβλήματα Όρασης. μπορείτε Στο κέντρο λειτουργεί κοινωνική υπηρεσία, οικοτροφείο , βιβλιοθήκη, ψυχολογική υπηρεσία και εργαστήριο ειδικού εποπτικού υλικού. <http://www.moh.gov.gr/>

Στη Κρήτη υπάρχει μία υπηρεσία που μπορεί να απευθυνθεί το άτομο με προβλήματα όρασης και αυτή είναι η Περιφερειακή Ένωση Τυφλών Κρήτης.

Περιφερειακή Ένωση Τυφλών Κρήτης: Η Περιφερειακή Ένωση Τυφλών Κρήτης, αποτελεί παράρτημα του Πανελληνίου Συνδέσμου Τυφλών (Π.Σ.Τ.) και εδρεύει στην πόλη του Ηρακλείου. Λειτουργεί ως συνδικαλιστικοκοινωνικό σωματείο με στόχο την προάσπιση των δικαιωμάτων των τυφλών και απαριθμεί σήμερα περίπου 300 μέλη. Αποτελείτε από 5μελές Διοικούσα Επιτροπή η οποία εκλέγεται από τα μέλη της

Ένωσης. Η Π.Ε.Τ.Κ απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα όρασης στην περιφέρεια Κρήτης. Η Ένωση αγωνίζεται καθημερινά για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των τυφλών και με μειωμένη όραση ατόμων, δίνει πληροφορίες για την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάστασή τους, προωθεί τα δικαιώματά τους και στοχεύει στην πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας για τα θέματα που αφορούν στη συμμετοχή και ένταξή τους ως ισότιμα μέλη στο κοινωνικό σύνολο. Με αναφορά στους παραπάνω στόχους και ελείπει των απαιτούμενων δομών και υπηρεσιών στην Κρήτη, γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο η Ένωση βρίσκεται σε άμεση συνεργασία και σχέση με τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Τυφλών (Π.Σ.Τ.) αλλά και το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (Κ.Ε.Α.Τ.), επίσης συνεργάζεται με τον Παγκρήτιο Σύλλογο Γονέων και Φίλων Παιδιών Τυφλών ή με Μειωμένη Όραση Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας.

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Περιφερειακή Ένωση Τυφλών Κρήτης

Δ/ση: Σκεπεντζή 28 Μπεντεβή Ηράκλειο

Τηλ: 2810211511

Fax: 2810233227

Email: petkritis@yahoo.gr

Blog: petk.pblogs.gr

Στην Ελλάδα η κοινωνική υποδομή που υπάρχει για την αντιμετώπιση της συντροφικής κακοποίησης είναι η εξής:

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ: ΔΡΑΓΑΤΣΑΝΙΟΥ 8, ΑΘΗΝΑ, ΠΛ. ΚΛΑΥΘΜΩΝΟΣ, 105 59. 3215291-5 3215276

ΓΡΑΜΜΗ ΣΟΣ «ΔΙΠΛΑ ΣΟΥ» ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ – ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΥΡΩΠΗΣ – ΤΗΛ. 800 11 88881 (ΧΩΡΙΣ ΧΡΕΩΣΗ) ΚΑΙ 210 7786800 (ΓΙΑ ΚΛΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΚΙΝΗΤΟ)

**ΓΡΑΜΜΗ ΣΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΕΜΠΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ
(TRAFFICKING) – ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΕΥΡΩΠΗΣ – ΤΗΛ. 800 111 4400**

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ: ΣΟΦΟΚΛΕΟΥΣ 70 &
ΠΕΙΡΑΙΩΣ, ΑΘΗΝΑ, 105 53. 5244657**

**ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΤΥΠΟΥ INFO-FEMMINA: ΚΑΝΙΓΓΟΣ 9,
ΑΘΗΝΑ, 106 67. 3304864 3306562**

**ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ: ΠΛ. ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ 3,
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, 546 30. 031-511751 031-511402**

**ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ-ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ:
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ 7, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, 546 26. 031-555053**

**ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΜΕΓΑΡΟ,
ΚΟΜΟΤΗΝΗ 691 00 25310-2525999**

**ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΜΝΗΣΤΕΙΑ-ΤΟΜΕΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΣΙΝΑ 30, ΑΘΗΝΑ 106 72,
210 -3600628**

**ΔΙΚΤΥΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΥΡΩΠΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΑΜΑΛΙΑΔΟΣ 15,
ΑΘΗΝΑ ,ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ 115 23, 210 7703043, Ιστοσελίδα:
<http://www.enow.gr> Email: enow@otenet.gr**

**ΔΙΚΤΥΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ, Email: podiktyo@yahoo.gr**

**ΕΛΑΝΗ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ, ΔΟΪΡΑΝΗΣ 13, ΑΘΗΝΑ 113 62 8829041, 210 9310945- 210
8827677 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ, ΣΟΛΩΝΟΣ 121, ΑΘΗΝΑ 106 78**

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, ΚΑΡΑΟΛΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
17, ΑΘΗΝΑ ΜΕΛΙΣΣΙΑ 151 27, 210 6131351, 210 6131531**

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ –
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ LOBBY ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΝΩΣΗ ΚΥΡΙΩΝ**

**ΔΡΑΜΑΣ, «ΣΠΙΤΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ», ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 114, ΔΡΑΜΑ
66100, 25210- 46062**

**ΙΔΡΥΜΑ ΜΑΡΑΓΚΟΠΟΥΛΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΛΥΚΑΒΗΤΤΟΥ 1 ΑΘΗΝΑ 106 72, 210 3626111, 210 3637455**

**ΚΕΓΜΕ-ΚΕΝΤΡΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ,
ΧΑΡ. ΤΡΙΚΟΥΠΗ 115 ΑΘΗΝΑ 114 73, 210 3813968, 210 3815660**

**ΚΕΝΤΡΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ & ΕΡΕΥΝΩΝ, ΝΙΚΗΣ 24, ΑΘΗΝΑ 105
57, 210 3244380, 210 3227706**

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ, ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 109, ΑΘΗΝΑ
114 72, 210 3628104, 210 3619287**

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ (Κ.Ε.Θ.Ι.) ΚΕΝΤΡΑ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ,
(ΑΘΗΝΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΒΟΛΟΣ, ΠΑΤΡΑ, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ),
ΚΑΠΝΙΚΑΡΕΑΣ 19Α, ΑΘΗΝΑ, 210 3212690, 3218044.**

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΡΗΝΗ (ΚΕΔΕ), ΡΩΜΥΛΙΑΣ
11, ΑΘΗΝΑ, ΚΑΣΤΡΙ 146 71, 210 8011842, 210 6230830, 210 6230830**

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΘΥΜΑΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ, ΚΟΡΑΗ 14, ΙΩΑΝΝΙΝΑ 454 44, 26510-
78810 26510-72378**

**ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ, ΓΡΙΒΑΙΩΝ 4 &
ΣΚΟΥΦΑ 75, ΑΘΗΝΑ 106 80, 210 3637547, 210 4410409, 210 3641581, 210
3639758**

**ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΕΤΕΜΕ, ΣΟΛΩΝΟΣ 41, ΑΘΗΝΑ 106 72, 210 3626236, 210
3616236**

**ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΑΡΧΙΕΠΙΣΚΟΠΗ
ΑΘΗΝΩΝ, ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 95, ΑΘΗΝΑ 106 77, 210-3811274, 3841536, Email:
keso@otenet.gr**

**ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΜΑΝΑΣ & ΠΑΙΔΙΟΥ, ΑΛΑΜΑΝΗ 35, ΚΑΡΔΙΤΣΑ
431 00.**

**ΤΕΛΛΕΣΙΑΛΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ, ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ
109, ΑΘΗΝΑ 114 72, 210 3628104, 210 3619287
http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/pdf/Addressing_Intimate_Partner_Violence_Greek_Version%20.pdf**

Υπηρεσίες που μπορεί ν' απευθυνθεί ο-η κακοποιημένος -η γυναίκα-άνδρας στο
Ηράκλειο Κρήτης:

Ελληνική Αστυνομία, τηλ. 100

Ιατροδικαστική Υπηρεσία, τηλ. 2810 392 111

Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας, τηλ. 2813 412523/ 525/ 530

Νοσοκομείο Ηρακλείου, τηλ. 2810 36 8 000 – 392 111

Γραμμή SOS (Για Κρήτη και κοντινά νησιά – χωρίς χρέωση), τηλ.

8001116000, από 9 π.μ. – 9 μ.μ.

**Γραμμή SOS 15900, απευθύνεται σε γυναίκες θύματα βίας. Είναι πανελλαδικής
εμβέλειας & 24ωρης λειτουργίας 365 μέρες το χρόνο με αστική χρέωση.**

Δήμος Χερσονήσου, Γραφείο Κοινωνικής Πολιτικής, τηλ. 28973 – 40034

Υπηρεσίες που μπορεί ν' απευθυνθεί μόνο η κακοποιημένη γυναίκα στο Ηράκλειο
Κρήτης:

Ξενώνας Κακοποιημένης Γυναίκας, τηλ. 2810 242 121

Το Σπίτι των Αγγέλων, τηλ. 2810 242 121

**Γραμμή SOS 15900, απευθύνεται σε γυναίκες θύματα βίας. Είναι πανελλαδικής
εμβέλειας & 24ωρης λειτουργίας 365 μέρες το χρόνο με αστική χρέωση.**

Σύλλογος Γυναικών Βριτομάρτης, τηλ. 6932750232

(Σύνδεσμος μελών γυναικείων σωματείων Ηρακλείου).

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι στη χώρα μας δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες για την υποστήριξη κακοποιημένων ανδρών παρόλο που έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι άνδρες σύζυγοι πέφτουν θύματα βίας σχεδόν με την ίδια συχνότητα όσο και οι γυναίκες.

Παράρτημα 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η συντροφική κακοποίηση ατόμων με προβλήματα όρασης

A.A.E

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1) Ηλικία _____

A2) Φύλο :

- (1) Άρρεν
- (2) Θήλυ

A3) Εθνικότητα

- (1) Ελληνική
- (2) Άλλη

A4) Μορφωτικό Επίπεδο

(Σημειώστε με ✓ την *Ανώτατη* εκπαίδευσή σας).

- (1) Καθόλου εκπαίδευση
- (2) Δημοτικό
- (3) Γυμνάσιο
- (4) Λύκειο
- (5) Τεχνική Σχολή
- (6) Ανώτατη Εκπαίδευση (Πανεπιστήμιο, Τ.Ε.Ι)
- (7) Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση

A5) Επάγγελμα

(Σημειώστε με ✓ την *τωρινή σας επαγγελματική* κατάσταση).

- (1) Φοιτητής/τρια
- (2) Αγρότης / σα
- (3) Ιδιωτική Υπάλληλος

- (4) Δημόσια Υπάλληλος
- (5) Ελεύθερος / η επαγγελματίας
- (6) Οικιακά
- (7) Άνεργος / η
- (8) Άλλο

(Αν αυτή τη περίοδο έχετε κάποιο-α σύντροφο απαντήστε στις ερωτήσεις Α6) και Α7), αν όχι συνεχίστε στο Β μέρος «Χαρακτηριστικά Τύφλωσης»).

Α6) Μορφωτικό Επίπεδο

(Σημειώστε με ✓ την **Ανώτατη** εκπαίδευσή του/της συντρόφου σας).

- (1) Καθόλου εκπαίδευση
- (2) Δημοτικό
- (3) Γυμνάσιο
- (4) Λύκειο
- (5) Τεχνική Σχολή
- (6) Ανώτατη Εκπαίδευση (Πανεπιστήμιο, Τ.Ε.Ι)
- (7) Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση

Α7) Επάγγελμα

(Σημειώστε με ✓ την **τωρινή επαγγελματική** κατάσταση του/της συντρόφου σας).

- (1) Φοιτητής/τρια
- (2) Αγρότης / σα
- (3) Ιδιωτική Υπάλληλος
- (4) Δημόσια Υπάλληλος
- (5) Ελεύθερος / η επαγγελματίας
- (6) Οικιακά
- (7) Άνεργος / η
- (8) Άλλο

Β. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΥΦΛΩΣΗΣ

Β1) Είδος Τύφλωσης

- (1) Ολική
 (2) Μερική

B2) Χρόνος εμφάνισης τύφλωσης

- (1) Εκ γενετής
 (2) Επίκτητη

B3) Αίτια τύφλωσης

(Συμπληρώστε με <i>Ναι ή Όχι</i> <u>όλες τις απαντήσεις</u> σύμφωνα με την αιτία της τύφλωσής σας).	Ναι (1)	Όχι (2)
(1) <u>Γενετικά</u> (Γονείς φορείς ή στενοί συγγενείς)		
(2) <u>Προγεννητικά</u> (μολυσματικές ασθένειες κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του εμβρύου)		
(3) <u>Περιγεννητικά</u> (κατά την διάρκεια του τοκετού τραυματισμοί του κρανίου ή πρόιμη γέννηση)		
(4) <u>Μεταγεννητικά</u> (κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, νευρολογικές διαταραχές, παιδικές αρρώστιες, μολύνσεις, τραυματισμοί, όγκοι, χημειοθεραπείες)		

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ

Γ1) Με πόσα άτομα συμβιώνετε; _____

Γ2) Ποια είναι τα άτομα αυτά (πολλαπλή επιλογή):

- (Γ2.1) Σύντροφος
 (Γ2.2) Παιδιά
 (Γ2.3) Γονείς
 (Γ2.4) Αδέρφια
 (Γ2.5) Με κανέναν
 (Γ2.6) Άλλο

Γ3) Διαμένουν κοντά σας συγγενείς ή φίλοι;

Τρόποι πρόσβασης →	Κοντινή απόσταση που διανύεται περπατώντας	Απόσταση που καλύπτεται στο εύρος	Απόσταση που ξεπερνά τα όρια της ίδιας πόλης	Απόσταση που ξεπερνά τα όρια της χώρας

	(1)	της ίδιας πόλεως (2)	(3)	(4)
(Γ3.1)Σύντροφος				
(Γ3.2)Παιδιά				
(Γ3.3)Αδέρφια				
(Γ3.4)Γονείς				
(Γ3.5)Συγγενείς				
(Γ3.6)Γείτονες				
(Γ3.7)Φίλους				
(Γ3.8)Άλλους				

Γ4) Πόσο συχνά έχετε συναναστροφές με τους παρακάτω;

	Καθημερινά (4)	1 φορά/ εβδομάδα (3)	Μερικές φορές/ μήνα (2)	Μερικές φορές/ χρόνο (1)	Σπανιότερα (0)
(Γ4.1) Σύντροφος					
(Γ4.2) Παιδιά					
(Γ4.3) Αδέρφια					
(Γ4.4) Γονείς					
(Γ4.5) Συγγενείς					
(Γ4.6) Γείτονες					
(Γ4.7) Φίλους					
(Γ4.8) Άλλους					

Γ5) Πώς χαρακτηρίζετε τη σχέση σας με τους συγγενείς σας;

(1) Καλή (2) Πολύ Καλή (3) Μέτρια (4) Κακή (5) Πολύ κακή

Γ6) Πόσο θα εμπιστευόσασταν καθένα από τους παρακάτω ανθρώπους για αναζήτηση βοήθειας σε κάποιο οικονομικό πρόβλημα ;

	Πάρα πολύ (4)	Πολύ (3)	Μέτρια (2)	Λίγο (1)	Καθόλου (0)
(Γ6.1) Σύντροφος					
(Γ6.2) Παιδιά					
(Γ6.3) Αδέρφια					
(Γ6.4) Γονείς					
(Γ6.5) Συγγενείς					
(Γ6.6) Γείτονες					
(Γ6.7) Φίλους					
(Γ6.8) Άλλους					

Γ7) Πόσο θα εμπιστευόσασταν καθένα από τους παρακάτω ανθρώπους για αναζήτηση βοήθειας σε κάποιο πρόβλημα υγείας;

	Πάρα πολύ (4)	Πολύ (3)	Μέτρια (2)	Λίγο (1)	Καθόλου (0)
(Γ7.1) Σύντροφος					
(Γ7.2) Παιδιά					

(Γ7.3) Αδέρφια					
(Γ7.4) Γονείς					
(Γ7.5) Συγγενείς					
(Γ7.6) Γείτονες					
(Γ7.7) Φίλους					
(Γ7.8) Άλλους					

Δ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Παρακαλούμε αναφέρετε αν σας έχει συμβεί κάτι από τα παρακάτω:

Ορισμένοι γονείς χτυπούν τα παιδιά τους σαν μια μορφή συμμόρφωσης. Κατά τα πρώτα 16 χρόνια της ζωής σας:

Δ1. Πόσο συχνά σας χτυπούσαν; (Μία απάντηση)

- (1) Ποτέ
(2) Μία ή 2 φορές
(3) Μερικές φορές το χρόνο
(4) Αρκετές φορές το χρόνο
(5) Σε εβδομαδιαία βάση και παραπάνω

Δ2. Πόσο σοβαρά σας έχουν χτυπήσει;

- (1) Όχι σκληρά
(2) Λίγο σκληρά
(3) Μέτρια
(4) Αρκετά σκληρά
(5) Πολύ σκληρά

Δ3. Πόσων ετών ήσαστε την τελευταία φορά που θυμάστε να σας χτύπησαν;

Ηλικία _____

Μερικοί άνθρωποι, ενώ μεγαλώνουν και στα πρώτα 18 χρόνια της ζωής τους, έχουν σεξουαλική εμπειρία με έναν ενήλικα ή κάποιον τουλάχιστον πέντε χρόνια μεγαλύτερο τους. Σε αυτές τις εμπειρίες μπορεί να εμπλέκονται ένας συγγενής, ένας οικογενειακός φίλος, ή ένας ξένος. Κατά τη διάρκεια των πρώτων 16

χρόνων της ζωής σας, μήπως κάποτε ένας ενήλικας ή ένας μεγαλύτερος συγγενής, ένας οικογενειακός φίλος ή ένας ξένος:

Δ4. Σας άγγιξε ή σας χάιδεψε με σεξουαλικό τρόπο;

(1) Ναι

(2) Όχι

Δ5. Αγγίζατε εσείς το σώμα τους με σεξουαλικό τρόπο;

(1) Ναι

(2) Όχι

Δ6. Επιχείρησε να έχει οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική ή κολπική) μαζί σας;

(1) Ναι

(2) Όχι

Δ7. Πράγματι είχε οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική πράξη (στοματική, πρωκτική, ή κολπική) μαζί σας;

(1) Ναι

(2) Όχι

Ενίστε γονείς ή άλλοι ενήλικες πληγώνουν παιδιά. Ενώ μεγαλώνετε, δηλαδή στη διάρκεια των πρώτων 18 χρόνων της ζωής σας, πόσο συχνά ένας γονέας, θετός γονέας, ή ενήλικας που ζούσε στο σπίτι σας:

Δ8. Σας έβριζε, σας προσέβαλλε, ή σας μείωνε;

(1) Ποτέ

(2) Συχνά

(3) Σπάνια

(4) Πολύ συχνά

(5) Ενίστε

Δ9. Απειλήσε να σας χτυπήσει ή να σας πετάξει κάτι, αλλά δεν το έκανε;

(1) Ποτέ

(2) Συχνά

(3) Σπάνια

(4) Πολύ συχνά

(5) Ενίοτε

Δ10. Συμπεριφέρθηκε με τρόπο που σας έκανε να φοβάσαι ότι μπορεί να σας χτυπήσει;

(1) Ποτέ

(2) Συχνά

(3) Σπάνια

(4) Πολύ συχνά

(5) Ενίοτε

E. ΕΙΔΗ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

E1. Σωματική βία

Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω;

Ο /η σύντροφος σας , σας έχει :

	Ποτέ (0)	Σπάνια (1)	Συχνά (2)	Πολύ συχνά (3)
(E1.1)Σφίξει				
(E1.2)Τσιμπήσει				
(E1.3)Γρατζουνήσει				
(E1.4)Στρίψει τα χέρια				
(E1.5)Δαγκώσει				
(E1.6)Κλωτσήσει				
(E1.7)Κόψει				
(E1.8)Πνίξει				
(E1.9)Χρησιμοποιήσει όπλο				

E.2 Σεξουαλική βία

Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω;

Ο /η σύντροφος σας , σας έχει :

	Ποτέ (0)	Σπάνια (1)	Συχνά (2)	Πολύ συχνά (3)
(E2.1) Σεξουαλικές πράξεις				

που προκαλούν δυσφορία ,αηδία				
(E2.2) Υποχρεωτικό σεξ				
(E2.3) Ενοχλητικά ερωτικά αγγίγματα μπροστά σε τρίτους				

E.3 Ψυχολογική –Συναισθηματική Βία

Σε παλιότερη ή τωρινή συντροφική σχέση σας έχουν συμβεί τα παρακάτω;

Ο /η σύντροφος σας , σας έχει :

	Ποτέ (0)	Σπάνια (1)	Συχνά (2)	Πολύ συχνά (3)
(E3.1)Βρίσιμο, χυδαιολογία, ειρωνεία κτλ.				
(E3.2)Απομόνωση από φίλους, φίλες, συγγενείς				
(E3.3)Δημόσια ταπείνωση (πχ να σας προσβάλει μπροστά σε άλλους				
(E3.4) Απαγόρευση εργασίας				

Z) Παρακαλούμε σημειώστε το βαθμό συμφωνίας σας με τις παρακάτω

Δηλώσεις:

	Συμφωνώ Απόλυτα (4)	Μάλλον Συμφωνώ (3)	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ (2)	Μάλλον Διαφωνώ (1)	Διαφωνώ Απόλυτα (0)
(Z.1)Η κακοποίηση μπορεί να αποφευχθεί αν το άτομο δεν προκαλεί.					

(Z.2)Τα άτομα με προβλήματα όρασης σπάνια κακοποιούνται.					
(Z.3)Η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα που κανείς δεν μπορεί να μοιραστεί με τους οικείους του.					
(Z.4)Τα άτομα που κακοποιούνται πρέπει να κάνουν υπομονή γιατί συνήθως, το φαινόμενο της κακοποίησης σταματάει με το πέρασμα του χρόνου.					

ΣΤ. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΣΤ1. Σε ποιον από τους παρακάτω χώρους έχετε δεχτεί κακοποίηση (σωματική, λεκτική, ψυχολογική, σεξουαλική).

ΣΤ1.1 Στο σπίτι σας

ΣΤ1.2 Σε σπίτι φιλικού / συγγενικού προσώπου

ΣΤ1.3 Στο Σχολείο

ΣΤ1.4 Στην Εργασία σας

ΣΤ1.5 Σε μέρη που συχνάζετε για την ψυχαγωγία σας

ΣΤ1.6 Σε σύλλογο που συμμετέχετε (πχ. Σύλλογος τυφλών)

ΣΤ2. Σημειώστε με ποιον από τους παρακάτω τρόπους σας κακοποίησαν. (Σημειώστε με ✓ όσα σας εκφράζουν).

ΣΤ2.1 Σας έβρισαν

ΣΤ2.2 Σας απείλησαν

ΣΤ2.3 Σας χτύπησαν

ΣΤ2.4 Σας έκαναν σχόλια με υπονοούμενα

ΣΤ2.5 Σας πρόσβαλαν μπροστά σε άλλους

ΣΤ2.6 Σας ταπείνωσαν μπροστά σε άλλους

ΣΤ2.7 Σας επέβαλαν να προβείτε πράξεις που δεν θέλατε

ΣΤ2.8 Σας άγγιξαν με σεξουαλική διάθεση

ΣΤ3. Πόσο συχνά δεχτήκατε τα παραπάνω (μία απάντηση).

(1) Καθημερινά

- (2) 1 φορά/ εβδομάδα
- (3) Μερικές φορές/ μήνα
- (4) Μερικές φορές/ χρόνο
- (5) Σπανιότερα

ΣΤ4. Όταν δεχτήκατε οποιασδήποτε μορφή κακοποίησης (σωματική, λεκτική, σεξουαλική, ψυχολογική) πιστεύετε ότι (μία απάντηση):

- (1) Σας φέρονται έτσι αλλά δεν το αξίζατε
- (2) Σας φέρονται έτσι επειδή το αξίζατε
- (3) Σας φέρονται έτσι διότι δεν φέρεστε σωστά
- (4) Σας φέρονται έτσι επειδή θέλουν να σας προστατέψουν
- (5) Σας φέρονται έτσι επειδή σας αγαπούν
- (6) Δεν επιτρέπω να μου φέρονται έτσι

ΣΤ5. Ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ως αιτία κακοποίησης (Δυνατότητα για περισσότερες από μία απαντήσεις).

- ΣΤ5.1 Απουσία επικοινωνίας
- ΣΤ5.2 Οικονομικές δυσκολίες
- ΣΤ5.3 Ανεργία
- ΣΤ5.4 Προκλητικό ντύσιμο
- ΣΤ5.5 Εκδηλώσεις ζήλιας απέναντι σε τρίτα πρόσωπα
- ΣΤ5.6 Μη σεξουαλική ικανοποίηση

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας!

Παράρτημα 3

ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Πληροφ.: Φραγκιαδάκης Κώστας
Τηλέφ.: 2810379534-379536
Τ.Θ.:1939
Τ.Κ.:71004
Ηράκλειο Κρήτης

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 10/10/2013

Αρ. Πρωτ.:1859

ΠΡΟΣ:
Μανιουδάκη Σοφία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Παπαδακάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του **Α' Τομέα** του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

4014 Μανιουδάκη Σοφία

με θέμα: **«Κακοποίηση Ατόμων με Προβλήματα Όρασης.»**

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Παπαδακάκη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Προϊσταμένη του Τμήματος

Κουκούλη Σοφία



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Πληροφ.: Φραγκιαδάκης Κώστας
Τηλέφ.: 2810379534-379536
Τ.Θ.:1939
Τ.Κ.:71004
Ηράκλειο Κρήτης

Ηράκλειο, 10/10/2013

Αρ. Πρωτ.:1859

ΠΡΟΣ
Μπαντιά Ερωφίλη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Παπαδακάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του **Α΄ Τομέα** του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

4004 Μπαντιά Ερωφίλη

με θέμα: **«Κακοποίηση Ατόμων με Προβλήματα Όρασης.»**.

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Παπαδακάκη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Προϊσταμένη του Τμήματος



Κουκούλη Σοφία



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πληροφ.: Φραγκιαδάκης Κώστας

Τηλέφ.: 2810379534-379536

Τ.Θ.:1939

Τ.Κ.:71004

Ηράκλειο Κρήτης

Ηράκλειο, 10/10/2013

Αρ. Πρωτ.:1859

ΠΡΟΣ:

Γκόλια Αντωνία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής

Παπαδακάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του **Α΄ Τομέα** του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στην

3997 Γκόλια Αντωνία

με θέμα: «**Κακοποίηση Ατόμων με Προβλήματα Όρασης.**».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Παπαδακάκη Μαρία.**

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Προϊσταμένη του Τμήματος



Κουκούλη Σοφία