

**ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία

Διαφορές ανάμεσα στις απόψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας για τον κίνδυνο υποδοχής συντροφικής βίας και την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου.



ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ: Γιαλαμά Πελαγία

Γιαννουλάκη Δημοκρατία

Λαγουδιανάκη Καλλιόπη

Επιβλέπουσα: Παπαδακάκη Μαρία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γενικά : Επειδή η συντροφική βία δεν είναι απαραίτητα εμφανής με την απλή εξέταση, οι ειδικοί προτείνουν την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου (ή ελέγχου διαλογής) για τη συντροφική βία σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ

Σκοπός : Η διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων ως προς την πρόσληψη του κινδύνου και την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.

Μεθοδολογία : Πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη, ανάμεσα σε δείγμα 150 ασθενών ηλικίας 18 έως 60 ετών και 70 επαγγελματιών υγείας, (ιατρούς και νοσηλεύτες) από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Βενιζελείου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Το ερωτηματολόγιο εξέτασε τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, τις απόψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία, την κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα κακοποίησης.

Αποτελέσματα : Από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά το φύλο και η εθνικότητα βρέθηκαν να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο με την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου (σενάριο 1) και σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου (σενάριο 3) ($p=0.009$, $p=0.023$ αντίστοιχα). Οι απόψεις των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου (σενάριο 1), βρέθηκαν να διαφέρουν σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο ($p=0,01$). Στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε επίσης ανάμεσα σε ιατρούς ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής ($p=0,05$), Τέλος βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας ως προς τον επαγγελματία που θεωρούν καταλληλότερο για να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής ($p=0,008$).

Συμπεράσματα : Κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη προγραμμάτων σε θέματα συντροφικής βίας, η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, η ανάπτυξη πρωτοκόλλου διαχείρισης των περιπτώσεων κακοποιημένων ατόμων και κατευθυντήριων οδηγιών, η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες κακοποίησης καθώς επίσης και η καλύτερη λειτουργία της ομάδας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Συντροφική βία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Έλεγχος Διαλογής, Επαγγελματίες υγείας, Ασθενείς

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη

Πίνακας Περιεχομένων

Κατάλογος Πινάκων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. Συντροφική βία	9
1.1 Ορισμός και εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	9
1.2 Διεθνής ανασκόπηση του φαινομένου.....	13
1.3 Συνέπειες του φαινομένου.....	17
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	24
1.5 Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	28
1.6 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	32
1.6.1 Ο νέος νόμος για την ενδοοικογενειακή βία.....	33
1.6.2 Οι ρυθμίσεις του νέου νόμου.....	33
2. Τμήμα επειγόντων περιστατικών & συντροφική βία	35
2.1 Η συμβολή των ΤΕΠ στην αντιμετώπιση του προβλήματος.....	35
2.1.1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Βενιζέλειου - Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.....	41
2.2 Διαστάσεις του προβλήματος στα ΤΕΠ.....	44
2.3 Επίπεδα παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα ΤΕΠ.....	45
2.3.1 Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.....	46
2.3.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	49
2.3.3 Εργαλεία και μέθοδοι παρέμβασης.....	53
2.3.3.1 Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες.....	53
2.3.3.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος.....	60
3. Περιγραφή της Έρευνας	63
3.1 Σκοπός μελέτης.....	63
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	63
4. Μεθοδολογία έρευνας	64
4.1 Δειγματοληψία.....	64
4.2 Άδεια διεξαγωγής μελέτης.....	64
4.3 Συλλογή πληροφοριών.....	64

4.4	Ερευνητικό εργαλείο.....	65
4.4.1	Ερωτηματολόγιο ασθενών.....	65
4.4.2	Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας.....	66
4.5	Στατιστική ανάλυση.....	67
5.	Αποτελέσματα	68
5.1	Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	68
5.1.1	Επαγγελματίες Υγείας.....	68
5.1.2	Ασθενείς	69
5.2	Διαφορές των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	70
5.3	Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.....	72
5.4	Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.....	72
5.5	Διαφορές των επαγγελματιών υγείας ως προς την κατάρτιση σε θέματα συντροφικής βίας και την κλινική εμπειρία τους.....	73
5.6	Διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής.....	74
5.7	Διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής.....	75
6.	Συζήτηση – Συμπεράσματα	76
7.	Αδυναμίες της έρευνας	79
8.	Προτάσεις	79
	Βιβλιογραφία	81
	Παράρτημα	91
	Παράρτημα 1 Έγκριση Νοσοκομείου και ΤΕΙ.....	92
	Παράρτημα 2 Ερωτηματολόγια μελέτης.....	94
	Παράρτημα 3 Νόμος 3500/2006 για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας.....	102
	Παράρτημα 4 Μαρτυρίες.....	105
	Παράρτημα 5 Φορείς και υποστηρικτικές υπηρεσίες.....	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ επαγγελματιών υγείας	69
Πίνακας 2	Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ γυναικών ασθενών	70
Πίνακας 3	Διαφορές των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	71
Πίνακας 4	Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς	72
Πίνακας 5	Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές	73
Πίνακας 6	Διαφορές των επαγγελματιών υγείας ως προς την κατάρτιση σε θέματα συντροφικής βίας και την κλινική εμπειρία τους	73
Πίνακας 7	Διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής	74
Πίνακας 8	Διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής	75

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε και για τις πολύτιμες συμβουλές της.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Βενιζελείου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης για τη βοήθειά τους στην διεξαγωγή της έρευνας καθώς επίσης το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για την έγκριση διανομής ανώνυμου ερωτηματολογίου στο ΤΕΠ.

Επίσης , θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τις γυναίκες- ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να μοιραστούν μαζί μας προσωπικά δεδομένα συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην καλύτερη κατανόηση της αναγκαιότητας διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.

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

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

«Όσο και αν το κακό το κρύβει ολόκληρη η γη, έρχεται πάντα η ώρα που το παραδίνει στα μάτια των ανθρώπων».

Σαίξπηρ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συντροφική βία αναφέρεται στην άσκηση σωματικής, ψυχολογικής, οικονομικής ή/και σεξουαλικής βίας σε μια γυναίκα από το σύζυγο ή τον ερωτικό σύντροφο, νυν ή πρώην, με στόχο "την επιβολή ελέγχου" (www.kethi.gr). Η βία κατά των γυναικών είναι μεγάλος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία και σημαντική αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες 16-44 ετών (www.isotita.gr).

Επειδή η συντροφική βία δεν είναι απαραίτητα εμφανής με την απλή εξέταση, οι ειδικοί, συμπεριλαμβανομένων των μελών της Εθνικής Οργάνωσης Πρόληψης Οικογενειακής Βίας των ΗΠΑ, προτείνουν την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου για τη συντροφική βία σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ (Witting et al., 2006). Σε 4 πολιτείες των ΗΠΑ έχει ήδη εφαρμοστεί. Ωστόσο η εφαρμογή καθολικού προσυμπτωματικού ελέγχου για τη συντροφική βία έχει φανεί προβληματική. Οι παροχείς υπηρεσιών υγείας και οι χρήστες έχουν εντοπίσει εμπόδια στην εφαρμογή, όπως η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη γνώσεων και εμπειρίας σε στρατηγικές αντιμετώπισης ταυτοποιημένων περιπτώσεων συντροφικής βίας. Παρά τις προσπάθειες για βελτίωση των ποσοστών προσυμπτωματικού ελέγχου συντροφικής βίας, αυτά παραμένουν χαμηλά (13-29%) (Ellis, 1999; Larkin et al., 1999). Οι γυναίκες επίσης εκφράζουν προβληματισμούς σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο παρόλο που σε έρευνες φαίνονται να αναμένουν από τους γιατρούς να ενεργήσουν ως οι συνήγοροί τους και σε συνεργασία με άλλους κοινοτικούς επαγγελματίες, να βοηθήσουν τα θύματα κακοποίησης να τερματίσουν τη βία (Caralis & Musialowski, 1997).

Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει έρευνες πάνω σ' αυτό το θέμα. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο εφαρμόζεται προσυμπτωματικός έλεγχος και αν αποτελεί προτεραιότητα για τον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας που εργάζεται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο και δέχεται τις παραπομπές θυμάτων συντροφικής βίας από τα ΤΕΠ του νοσοκομείου, πρέπει να έχει επίγνωση των αντιλήψεων και των προσδοκιών τόσο των ασθενών-θυμάτων όσο και των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης σε περιπτώσεις συντροφικής βίας. Εν απουσία σχετικών δημοσιευμένων δεδομένων θεωρήθηκε χρήσιμο να εκτιμηθούν οι απόψεις των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας για την αναγκαιότητα του ελέγχου και να αναγνωριστούν οι

προτεραιότητες που αυτοί θέτουν ως προς την πρακτική αυτή σε μια χώρα που δε διαθέτει σχετικά ερευνητικά δεδομένα.

1. ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ

1.1 Ορισμός και εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η βία σε όλες της τις μορφές είναι ένα από τα συχνότερα στοιχεία που συναντούμε σε πολλά εγκλήματα. Είτε πρόκειται για σωματική βία είτε για ψυχολογική ή λεκτική, η βία αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο σε πολλές μορφές εγκλημάτων. Μάλιστα τα εγκλήματα που βασίζονται στη βία, τείνουν να θεωρούνται σοβαρότερα και από πολλούς χαρακτηρίζονται ως «πραγματικά» εγκλήματα.

Η βία είναι μια επιθετική συμπεριφορά η οποία εξαναγκάζει τον άλλο να δεχθεί προσβολές της σωματικής ή της ψυχικής του υπόστασης οι οποίες μπορεί να φτάσουν σε ακραίες μορφές.

Η πιο ακραία εκδήλωση βίας είναι η ανθρωποκτονία. Η αφαίρεση δηλαδή της ζωής ενός ή περισσότερων ανθρώπων. Επίσης το στοιχείο της βίας περιέχεται στις επιθέσεις και στις σωματικές βλάβες, στους εκβιασμούς και στις απαγωγές, στις ληστείες στις εξυβρίσεις, στις απειλές, στους διάφορους σεξουαλικούς καταναγκασμούς κ.λ.π.(Παπακωνσταντής, 2008) .

Η βία όλων των μορφών που ασκείται στο πλαίσιο των οικογενειακών σχέσεων ή των συντροφικών σχέσεων, είναι ένα ιδιαίτερο φαινόμενο και ένα σοβαρό πρόβλημα παραπτωματοκότητας, το οποίο παρόλο που υπάρχει δεν φανερώνεται για διάφορους λόγους και αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της «αφανούς» κυρίως, εγκληματικότητας. Η βία αυτής της μορφής έχει συνήθως θύματα τις γυναίκες, τα παιδιά και τα άτομα τρίτης ηλικίας (Παπακωνσταντής, 2008).

Η ενδοοικογενειακή βία σε όλες της τις μορφές, είναι το κατ' εξοχήν αφανές έγκλημα και η πραγματική αποτύπωση της έκτασης και της έντασής της είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποκαλυφτεί. Συνήθως η ενδοοικογενειακή βία διαπράττεται στη σφαίρα του «ιδιωτικού χώρου» με αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα μικρές οι δυνατότητες να επενεργήσει ο κοινωνικός έλεγχος. Το πρόβλημα εντείνεται ακόμη περισσότερο όταν η ενδοοικογενειακή βία λαμβάνει χώρα σε κοινωνικό περιβάλλον με παραδοσιακές κοινωνικές και οικογενειακές δομές στο οποίο οι ρόλοι των δύο

φύλων είναι κατανομημένοι με βάση τα παραδοσιακά πρότυπα του άνδρα- αρχηγού της οικογένειας και της γυναίκας υποταγμένης στην εξουσία του. Στις περιπτώσεις αυτές συχνά ο κοινωνικός περίγυρος ανέχεται ή και υποστηρίζει βίαιες συμπεριφορές από τον άνδρα- αφέντη, στη γυναίκα που θεωρείται ότι έχει ένα «υποταγμένο» ρόλο στο πλαίσιο της αυταρχικής οικογένειας (Παπακωνσταντής, 2008).

Τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν τη βία εναντίον των γυναικών ως «την οποιαδήποτε δράση της βίας που στηρίζεται στο φύλο, η οποία έχει ως αποτέλεσμα ή είναι πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα τη φυσική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένου τις απειλές για τέτοιες δράσεις, εξαναγκασμό, στέρηση της ελευθερίας, είτε αυτό συμβαίνει σε δημόσια είτε σε ιδιωτική ζωή» (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι βίαιες εναντίον των ανδρών και ότι βία συμβαίνει και μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου, η συντριπτική πλειοψηφία στα ποσοστά συντροφικής βίας βρίσκει τις γυναίκες θύματα από τους συντρόφους ή συζύγους τους. Η συντροφική βία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών, ιδιαίτερα στις πολύ ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης (Αθανασοπούλου και Καμπά , 2009) .

Σύμφωνα με τον Tavara (2006), παρά το γεγονός ότι η βία που στηρίζεται στο φύλο (gender-based violence) υπήρχε από πάντα, έχει αρχίσει να συζητιέται διεθνώς ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών του 20ού αιώνα. Οι φεμινιστικές θεωρίες ερμηνεύουν τη βία κατά των γυναικών ως τη συνεχιζόμενη και εξελικτική μορφή των σχέσεων εξουσίας μεταξύ των δύο φύλων (Flinck et al. 2005). Η έρευνα γύρω από τη βία στην οικογένεια, μας παρέχει όλο και περισσότερες πληροφορίες, που μας βοηθούν να αντιληφθούμε την έκταση της βίας που υπόκεινται οι γυναίκες μέσα από μία παγκόσμια προσέγγιση. Κάποιες από τις πιο κοινές και σκληρές μορφές βίας εναντίον των γυναικών είναι η σεξουαλική παρενόχληση από συγγενικά ή μη πρόσωπα, η εξαναγκαστική πορνεία, η εκμετάλλευση στο χώρο εργασίας, η φυσική και η σεξουαλική βία εναντίον των πόρνων, η θηλυκή βρεφοκτονία, ο βιασμός σε κατάσταση πολέμου, η φυσική, η πνευματική και η λεκτική κακοποίηση κλπ. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γυναίκες δεν υπόκεινται απλώς ένα επεισόδιο βίας, αντίθετα βιώνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια βίας για κάποιο χρονικό διάστημα, τις περισσότερες φορές μεγάλο. Από όλες τις μορφές βίας, η σεξουαλική επίθεση ίσως αποτελεί την πιο εξευτελιστική μορφή βίας που μπορεί να υποστεί η γυναίκα (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Υπάρχουν διάφοροι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για την περιγραφή και διαπραγμάτευση του θέματος της βίας στην οικογένεια. Ο πιο κοινός όρος είναι «ενδο-οικογενειακή βία» (Family violence, Domestic violence) που χρησιμοποιείται από το Ελληνικό Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, από τις Γενικές Γραμματείες Ισότητας των διαφόρων χωρών, από την Επιτροπή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για θέματα γυναικών και ισότητας και από μεγάλες διεθνείς εθελοντικές οργανώσεις που ασχολούνται με το θέμα (Παπαδακάκη, 2006).

Σύμφωνα με τον Jewkes, η οικογενειακή βία χαρακτηρίζεται συνήθως από φυσική, σεξουαλική και ψυχολογική μορφή ή ακόμα και από ένα συνδυασμό όλων αυτών (2002). Στο παρόν στάδιο, αναγνωρίζεται ως ένα δημόσιο πρόβλημα υγείας που υπάρχει σε όλες τις κοινωνίες και μεταξύ όλων των ατόμων, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τάξη των θυτών και των θυμάτων (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Η συντροφική βία αποτελεί ένα ζήτημα ισχύος και ελέγχου ανάμεσα σε δυο ερωτικούς συντρόφους. Ουσιαστικά πρόκειται για την εκδήλωση επιθετικών και καταναγκαστικών συμπεριφορών μεταξύ ζευγαριών. Η συντροφική βία εμφανίζεται με τις παρακάτω μορφές :

- Σωματική (τσιμπήματα, γρατσουνιά, δαγκώματα, δέσιμο, τραυματισμοί, σκαμπίλια, εγκατάλειψη σε επικίνδυνο μέρος, επίθεση με αντικείμενα, όπλο, μαχαίρι κλπ).
- Ψυχολογική – Συναισθηματική (κάθε είδους ψυχολογικό και συναισθηματικό εκβιασμό, σιωπή, έλεγχο εμφάνισης κλπ).
- Λεκτική (γκρίνια, παράπονα, ενοχοποίηση για λάθη και παραλείψεις, επιθετικό χιούμορ κλπ).
- Σεξουαλική (εξαναγκασμός και υποχρέωση στις σεξουαλικές ορέξεις του/της συντρόφου) (www.obrela.gr).

Στην προκειμένη περίπτωση προτιμάται ο όρος «συντροφική βία» έναντι άλλων όρων που έχουν εναλλακτικά χρησιμοποιηθεί όπως «συζυγική βία» ή «συζυγική κακοποίηση» ή «κακοποίηση της γυναίκας» καθώς οι όροι αυτοί περιορίζουν το φαινόμενο στα έγγαμα ζευγάρια αποκλείοντας τα ζευγάρια που συμβιώνουν ή επικεντρώνονται στη γυναίκα αποκλείοντας τις περιπτώσεις στις οποίες θύμα της βίας στη σχέση είναι ο άνδρας. Αυτός ο τύπος βίας μπορεί επίσης να

συμβεί μεταξύ ετεροφυλόφιλων ή ομοφυλόφιλων ζευγαριών και δεν απαιτεί σεξουαλική σχέση (Παπαδακάκη , 2006).

Η συντροφική βία μπορεί να ποικίλλει ως προς τη συχνότητα και τη σοβαρότητα. Μπορεί να κυμαίνεται από ένα χτύπημα που ίσως επηρεάσει το θύμα ίσως και όχι, ή να έχει τη μορφή χρόνιου και άγριου ξυλοδαρμού (Tjaden & Thoennes, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη συντροφική βία (Intimate Partner Violence) ως οποιαδήποτε συμπεριφορά στα πλαίσια μιας στενής σχέσης, η οποία προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη σε αυτούς που διατηρούν τη σχέση (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Η διαστροφική βία στο ζευγάρι

Η διαστροφική βία στο ζευγάρι συχνά καλύπτεται επιμελώς ή παρουσιάζεται ως κάτι συνηθισμένο, θεωρούμενη απλώς ως σχέση κυριαρχίας (Hirigoyen, 2000).

Η διαστροφική βία εμφανίζεται σε στιγμές κρίσης, όταν ένα άτομο με διαστροφικές άμυνες δεν μπορεί να αναλάβει την ευθύνη για μια δύσκολη επιλογή. Είναι, επομένως, έμμεση, βρίσκεται κατ' ουσίαν στην έλλειψη σεβασμού για τον άλλο.

Η παρενόχληση (stalking), γίνεται από πρώην εραστές ή συντρόφους που δεν εννοούν να αφήσουν τη λεία τους, κυριεύουν τον «πρώην» με την παρουσία τους, τον περιμένουν έξω από τη δουλειά του, του τηλεφωνούν μέρα νύχτα, απειλούν άμεσα ή έμμεσα.

Το stalking αντιμετωπίστηκε σοβαρά σε ορισμένες χώρες, όπου λήφθηκαν protective orders (μέτρα αστικής προστασίας) για την άμεση συζυγική βία, γιατί είναι σαφές ότι η παρενόχληση, εφόσον το θύμα αντιδράσει, μπορεί να οδηγήσει σε σωματική βία (Hirigoyen, 2000).

Ο συζυγικός βιασμός υπάγεται στο γενικότερο πλαίσιο της κακοποίησης γυναικών. Με τον όρο αυτό αναφέρεται η άσκηση σωματικής, ψυχικής ή και σεξουαλικής βίας σε μια γυναίκα από το σύζυγο, ή τον ερωτικό σύντροφο της, νυν ή πρώην, με στόχο την επιβολή ελέγχου (ΚΕΘΙ, 2000, Σαμαρτζή, 1996 και Παπαδομαρκάκη , χ.χ.).

Στην εποχή μας, το πρόβλημα αυτό βρίσκεται σε έξαρση και έχει πάρει παγκόσμιες διαστάσεις. Σίγουρα, όμως, δεν προέκυψε τα τελευταία χρόνια. Σε όλες σχεδόν τις ανθρώπινες κοινωνίες, από πολύ παλιά, η γυναίκα βρισκόταν κάτω από το ζυγό του άνδρα, που μέσα από το θεσμό του γάμου, μπορούσε να έχει το

αναμφισβήτητο δικαίωμα να διαπράττει κάθε είδους βιαιότητα, καθιστώντας τη σύζυγο, θύμα, με την άσκηση πάνω της κάθε βαναυσότητας, χωρίς να διατρέχει τον κίνδυνο να κατηγορηθεί ποινικά (Παπαδομαρκάκη, χ.χ.).

Ο βιασμός στο γάμο είναι η κυρίαρχη, η χειρίστη μορφή σεξουαλικής κακοποίησης. Κατά τους Finkelhor και Yllo (1995) πρόκειται για μια πράξη τρομαχτική και κτηνώδη και συνήθως λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μιας βίαιης και καταστρεπτικής σχέσης. Είναι λάθος να πιστεύει κανείς ότι σχετίζεται με την ερωτική πράξη. Στην πραγματικότητα, έχει να κάνει με τον εξευτελισμό, την υποβίβαση, το θυμό και την μνησικακία. Ο συζυγικός βιασμός δεν είναι εκδήλωση πάθους, αλλά δύναμης, συχνά συνοδεύεται από οργή και ζήλια του δράστη για το θύμα (λόγω υποψίας ότι συνουσιάζεται με τον οποιοδήποτε), κριτική για την ερωτική του συμπεριφορά, αλλά και χυδαία διακωμώδηση της γυναικείας φύσης (Παπαδομαρκάκη, χ.χ.).

Μερικοί ερευνητές (Johnson & Sigler, 1997) υποστηρίζουν ότι ο συζυγικός βιασμός είναι «απλώς μια προέκταση της ενδοοικογενειακής βίας». Ο Gelles (1997) πρεσβεύει ότι το φαινόμενο αυτό δεν απαντάται ποτέ μόνο του, αλλά συνοδεύεται από άλλες μορφές βίας. Η Browne (1987) θεωρεί ότι η σεξουαλική επίθεση είναι η τελευταία πράξη μιας σειράς επεισοδίων κακοποίησης, ιδίως σωματικής και λεκτικής. Ο βιασμός στα πλαίσια του γάμου δεν είναι μια πράξη που συμβαίνει μια και μόνο φορά. Συνήθως, επαναλαμβάνεται πολύ συχνά και διαρκεί χρόνια (Παπαδομαρκάκη, χ.χ.).

1.2 Διεθνής ανασκόπηση του φαινομένου

Κάνοντας αναφορά στο φαινόμενο της συντροφικής βίας στο διεθνή χώρο, μπορούμε, αναμφισβήτητα, να αναφέρουμε ότι εκλαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Οι σχετικές με το φαινόμενο έρευνες, που πραγματοποιούνται κατά καιρούς, αποδεικνύουν, στατιστικά, πως η συντροφική βία αποτελεί πλέον μία πραγματικότητα σε κάθε κοινωνία και υπάρχει μεγάλη ανάγκη αντιμετώπισής της (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Η συντροφική βία αποτελεί φαινόμενο διαδεδομένο σε όλες τις χώρες ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική, θρησκευτική ή πολιτισμική κατάσταση κάποιου. Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι βίαιες εναντίον των

ανδρών, και ότι βία συμβαίνει και μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου, η συντριπτική πλειοψηφία στα ποσοστά συντροφικής βίας βρίσκει τις γυναίκες θύματα από τους συντρόφους ή συζύγους τους (Π.Ο.Υ., 2002:89).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρεται σε 48 επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο που δείχνουν ότι μεταξύ 10% και 69% των γυναικών έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από τον βίαιο σύντροφό τους τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους. Επίσης από μια ανασκόπηση 35 εθνικών μελετών το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπολόγισε ότι μεταξύ του 10% και του 52% των γυναικών έχουν καταγγείλει σωματική κακοποίηση από κάποιον σύντροφο σε κάποια φάση της ζωής τους. Μεταξύ του 10 και του 30% των γυναικών ανέφεραν ότι είχαν υποστεί σεξουαλική βία από κάποιον σύντροφο (Π.Ο.Υ., 2005).

Οι πιο πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία υπολόγισαν μόνο την σωματική βία αλλά ωστόσο βρήκαν ότι μεταξύ του 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Gazmararian et al, 1996). Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 1 στις 6 έφηβες γυναίκες και 1 στις 5 εγκυμονούσες ανήλικες γυναίκες είναι θύματα σωματικής κακοποίησης. Η έρευνες επίσης αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθεί μια γυναίκα θύμα κακοποίησης κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης της από το να προσβληθεί από ασθένειες όπως ο διαβήτης της εγκυμοσύνης που εντοπίζονται συχνά στις γυναικολογικές κλινικές (www.stop-racism.gr).

Παγκοσμίως, περίπου 95 – 98% των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας είναι γυναίκες και 4-6 εκατομμύρια γυναίκες το χρόνο κακοποιούνται (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009).

Στην Ευρώπη οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για την συντροφική βία είναι λίγες. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της συντροφικής βίας στην Ολλανδία ήταν 26,2% για τις γυναίκες (Romkens, 1997) και στην Ελβετία 20,7% πάλι για τις γυναίκες (Gillionz, de Puy & Ducret, 1997). Στη Βρετανία ήταν 23% για τις γυναίκες και 15% για τους άντρες (Mirreles, 1996).

Μελέτες αναφέρουν ότι, το φαινόμενο της συντροφικής βίας εξακολουθεί να έχει τη μορφή παγκόσμιας επιδημίας για τον αναπτυσσόμενο όσο και για τον βιομηχανικό κόσμο, με υψηλή συχνότητα σε πολλές χώρες ως ακολούθως (Unicef, 2000).

- Στον Καναδά το 29% των γυναικών (από πανεθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 12.300 γυναικών) ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα άσκησης σωματικής βίας από τον τωρινό ή πρώην σύντροφό τους από την ηλικία των 16 και μετά.
- Στη Νέα Ζηλανδία, ποσοστό 20% από 314 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι έχουν χτυπηθεί ή κακοποιηθεί από το σύντροφό τους.
- Στη Σουηδία ποσοστό 20% από 1.500 γυναίκες είχαν πέσει θύματα φυσικής επίθεσης σύμφωνα με έρευνα του 1997.
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 25% των γυναικών (τυχαίο δείγμα από μια περιφέρεια) είχαν γρονθοκοπηθεί ή χαστουκισθεί από τωρινό ή πρώην σύντροφό τους κάποια στιγμή της ζωής τους.
- Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 28% των γυναικών (εθνικού αντιπροσωπευτικού δείγματος γυναικών) ανέφεραν τουλάχιστον ένα περιστατικό φυσικής βίας από μέρους του συντρόφου τους.
- Στην Ινδία μέχρι και το 45% των έγγαμων ανδρών παραδέχθηκαν ότι κακοποιούν σωματικά τις συζύγους τους, σύμφωνα με έρευνα του 1996 σε 6.902 άνδρες στην περιοχή του Uttar Pradesh.
- Στην Αίγυπτο, το 35% των γυναικών (από πανεθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα γυναικών) ανέφεραν ότι έχουν χτυπηθεί από τους συζύγους τους σε κάποια στιγμή του έγγαμου βίου τους.
- Στο Ισραήλ, το 32% των γυναικών ανέφεραν τουλάχιστον ένα περιστατικό σωματικής βίας από τον σύντροφό τους και το 30% ανέφεραν εξαναγκασμό σε σεξουαλική πράξη από τους συζύγους τους μέσα στον τελευταίο χρόνο, σύμφωνα με έρευνα του 1997 σε 1.826 γυναίκες Αραβικής καταγωγής.
- Στην Κένυα, το 42% των 612 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα σε μία περιφέρεια ανέφεραν ότι συνεχώς χτυπιούνται από τους άνδρες τους και το υπόλοιπο 58% ότι χτυπιούνται συχνά ή μερικές φορές.
- Στο Μεξικό, το 30% από 650 γυναίκες που συμμετείχαν σε έρευνα στην Guadalajara ανέφεραν τουλάχιστον ένα επεισόδιο σωματικής βίας από τον σύντροφό τους και το 13% μέσα στον προηγούμενο χρόνο σύμφωνα με έρευνα του 1997.
- Στη Ρωσία, το 25% των κοριτσιών (και 11% των αγοριών) ανέφεραν ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή, σύμφωνα με έρευνα μεταξύ 174 αγοριών και 172 κοριτσιών ηλικίας 14 με 17 ετών (www.unicef.gr).

Σε μια πρόσφατη ανάλυση ενός διεθνούς αντιπροσωπευτικού δείγματος, ο Anderson βρήκε ότι το 10% των ζευγαριών ανέφεραν κάποια μορφή βίας ο ένας προς τον άλλο. Το 7% των ζευγαριών ήταν και οι δύο βίαιοι. Στο 2% των ζευγαριών, μόνο η γυναίκα ήταν βίαη και στο 1% μόνο ο άντρας. Επίσης ο Williams and Frieze (2005) βρήκαν παρόμοιες πληροφορίες χρησιμοποιώντας και αυτοί ένα διεθνώς αντιπροσωπευτικό δείγμα των 3.505 ανδρών και γυναικών σε μόνιμες σχέσεις ζευγαριών. Γενικά, το 18% του δείγματος ανέφερε κάποια μορφή βίας στη σχέση. Περίπου το 4% του δείγματος ανέφερε ότι και αυτοί και οι συντρόφοι τους χρησιμοποίησαν άγρια βία. Περισσότεροι άντρες από γυναίκες ανέφεραν ότι γίνονται βίαιοι (McHugh & frieze, 2006).

Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες επιδημιολογικές έρευνες που να εκτιμούν την κακοποίηση. Οι καταγραφές αφορούν μόνο γυναίκες που επισκέπτονται κάποιες υπηρεσίες για να δηλώνουν την περίπτωση τους ή περιπτωσιολογικές μελέτες και περιλαμβάνουν από απειλές βίας έως ξυλοδαρμούς. Ωστόσο εκτιμάται ότι στην Ελλάδα το 83% των γυναικών υποφέρει από κάποια μορφή ενδοοικογενειακής βίας, είτε ψυχολογικής είτε φυσικής. Το 16% από τις γυναίκες αυτές έχει υποστεί ψυχολογική, φυσική και σεξουαλική βία μαζί (Τζαμαλούκα, 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εθνικής έρευνας του ΚΕΘΙ, το 3,6% του δείγματος δηλώνουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας από τους συντρόφους τους, το 56% έχουν υποστεί ψυχολογική βία και λεκτική βία και το 3,5% έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης στη ζωή τους (Τζαμαλούκα, 2006).

Επιπλέον, το Κέντρο υποδοχής για τις κακοποιημένες γυναίκες της Γενικής Γραμματείας Ισότητας στην Αθήνα έχει υποδεχτεί περισσότερες από 3000 γυναίκες από τότε που άρχισε να λειτουργεί το 1989 και μόνο στη διάρκεια του 2001, έχουν καλέσει το κέντρο για βοήθεια 5278 γυναίκες (Κ.Ε.Θ.Ι.).

Τα αποτελέσματα μίας άλλης έρευνας που έγινε στην Ελλάδα και πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής κατά το χρονικό διάστημα 2000-2004, δείχνουν ότι ανευρέθηκαν 42 περιστατικά αναφερόμενης συντροφικής βίας. Κατά το σύνολό τους σχεδόν το αναφερόμενο θύμα ήταν ελληνικής εθνικότητας (Κοτρέτσος κ.α. , 2005).

1.3 Συνέπειες του φαινομένου

❖ Συνέπειες στην Ψυχική Υγεία

Οι βραχυπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα είναι :

- άγχος σοκ,
- θυμός,
- φόβος,
- μετατραυματικό στρες,
- άρνηση του συμβάντος,
- Κατάθλιψη,
- αυτοκτονικός ιδεασμός,
- ενοχή,
- αίσθημα εξευτελισμού,
- έλλειψη κινήτρων και αδυναμίας εύρεσης εναλλακτικών λύσεων,
- αίσθημα του «μαθημένου αβοήθητου» (η γυναίκα αδυνατεί να αντιδράσει και δέχεται παθητικά ότι της συμβαίνει) και ψυχοσωματικά συμπτώματα (ναυτίες, εμετοί, πονοκέφαλοι, εξάντληση) (Bergen, 1996. Eastael, 1992. Finkelhor & Yllo, 1980. Haley & Brann – Haley, 2000. Russell, 1990. Walker, 1989).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι συνήθως :

- διαταραχές του ύπνου
- διαταραχές της πρόσληψης τροφής, ιδίως ανορεξία
- διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες,
- προβλήματα στη δημιουργία σχέσεων,
- αρνητική αυτοεικόνα και τραυματισμένη αίσθηση εαυτού,

Οι ψυχολογικές συνέπειες περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι γυναίκες ζουν σε διαρκή φόβο. Ξέρουν ότι όταν ο σύντροφος τους γυρίσει από τη νυχτερινή του έξοδο θα τις χτυπήσει ή θα τις βιάσει ή και τα δύο. Σχεδόν όσο αρνητική είναι η βεβαιότητα της κακοποίησης, άλλο τόσο είναι και η αβεβαιότητα, το να μην ξέρουν, δηλαδή, πότε θα συμβεί το επόμενο χτύπημα ή ποιες από τις πράξεις τους θα χρησιμοποιηθούν σαν δικαιολογία γι' αυτό. Οι γυναίκες πρέπει να είναι συνέχεια σε επιφυλακή για ότι λένε ή κάνουν, γνωρίζοντας πως κάθε ενέργεια τους μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα από τον σύντροφο τους (Χατζηφωτίου, 2005).

Η απομόνωση, η έλλειψη προσωπικών επαφών με τους φίλους και την οικογένεια, δημιουργεί μεγαλύτερο άγχος. Πολύ συχνά η απομόνωση επιβάλλεται από τον σύντροφο, που μπορεί συχνά να κατάσχει ή να καταστρέψει ακόμη και τα ρούχα της γυναίκας. Η γυναίκα περιορίζεται με βία και απειλές και αποκλείεται η πρόσβαση της σε βοήθεια ή ακόμη και ιατρική φροντίδα. Μερικές φορές επιβάλλει η ίδια απομόνωση στον εαυτό της, εξαιτίας της ντροπής και της απροθυμίας να αποκαλύψει αυτό που συμβαίνει (Χατζηφωτίου, 2005).

Η βία και η διαρκής κριτική οδηγούν σε απώλεια του αυτοσεβασμού και της αυτοπεποίθησης. Μακροπρόθεσμα, αρχίζει να πιστεύει ότι είναι τελείως ανίκανη για οποιαδήποτε αντίδραση και έτσι συνηθίζει σε μια κατάσταση παθητικής αντιμετώπισης και ένα αίσθημα πλήρους αδυναμίας (Χατζηφωτίου, 2005).

Αποκτά, όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, το σύνδρομο της «μαθημένης ανικανότητας» (learned-helplessness syndrome) (Walker, 1985) .

Το ψυχολογικό τραύμα είναι συνέπεια μιας υπέρμετρα ανεξέλεγκτης εμπειρίας που μπορεί να συμβεί στον καθένα και η οποία συχνά οδηγεί το άτομο στο να βιώσει αισθήματα ανημπορίας, ευαλωτότητας και έλλειψης ελέγχου της ζωής του. Έντονες αντιδράσεις στο προκληθέν τραύμα είναι αντιδράσεις που χαρακτηρίζονται από το σοκ που πεθαίνει το άτομο και που μπορούν να κρατήσουν από λίγες ώρες μέχρι και μερικές ημέρες. Ωστόσο, μπορούν επίσης να παρουσιαστούν με καθυστέρηση μιας με δύο ημερών και να κρατήσουν από μερικές ημέρες έως τέσσερις με έξι εβδομάδες. Οι έντονες αντιδράσεις στο τραύμα είναι φυσιολογικές αντιδράσεις σε ένα τραυ-ματικό γεγονός (Χατζηφωτίου, 2006).

Αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας, ή τουλάχιστον σκέψεις για αυτοκτονία, αναφέρονται επίσης σε έναν αριθμό μελετών (Gayford,1978·Stancko,1985·Hoff,1990). Η Hoff (1990), στη λεπτομερή της μελέτη εννέα κακοποιημένων γυναικών στην

περιοχή του ανατολικού Λονδίνου, λέει: «Η πιο ακραία εκδήλωση της γυναικείας αυτοκατηγορίας και εσωτερικής σύγκρουσης είναι η τάση για αυτοκαταστροφή ... Και οι εννέα γυναίκες είχαν αυτοκαταστροφικές τάσεις σε ποικίλα επίπεδα επικινδυνότητας». Όταν ρωτήθηκαν τι τις απέτρεψε από το να αυτοκτονήσουν, οι τρεις από τις γυναίκες αναφέρθηκαν στα παιδιά τους (Χατζηφωτίου, 2005).

Μία μελέτη που διεξήχθη στη Νικαράγουα βρήκε ότι οι γυναίκες που είχαν την εμπειρία σοβαρής κακοποίησης στη διάρκεια του τελευταίου έτους ήταν δέκα φορές πιο πιθανό να βιώσουν συναισθηματική δυσφορία σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν κανένα ιστορικό κακοποίησης. Η βαρύτητα της κακοποίησης φαίνεται να ήταν ο κύριος προγνωστικός παράγοντας. Δεδομένα από οκτώ χώρες αποκαλύπτουν μια ισχυρή σχέση μεταξύ της βίας από στενό σύντροφο και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Παγκοσμίως, η σεξουαλική βία στρέφεται κυρίως κατά των κοριτσιών και των γυναικών και η σεξουαλική βία στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας συνδέεται με ποικίλα προβλήματα ψυχικής υγείας στη μετέπειτα ζωή (Σπυροπούλου και Ζέρβας, 2008).

Οι γυναίκες-θύματα, είναι συνήθως άτομα εξαρτημένα, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και συντηρητικό προσανατολισμό. Έχουν εσωτερικεύσει τα στερεότυπα των ρόλων των φύλων, αποδέχονται τον άνδρα ως «την κεφαλή της οικογένειας» και συχνά αισθάνονται ένοχες για τη συμπεριφορά του άνδρα τους, την οποία πολλές φορές «δικαιολογούν». Οι γυναίκες θύματα κακοποίησης υποφέρουν συχνά από μόνιμο στρες, ή έχουν κατάθλιψη. Πολλές φορές καταφεύγουν στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες και σε ψυχοφάρμακα. Συνήθως δεν κατανοούν εύκολα ότι είναι θύματα και ότι έχουν δικαιώματα και δυνατότητες να βγουν από αυτή την κατάσταση. Συχνά μπορούμε να υποθέσουμε ότι μια γυναίκα είναι θύμα βίας από εξωτερικές σωματικές ενδείξεις ή από συγκεκριμένη συμπεριφορά (Παπακωνσταντής, 2008).

Ο βιασμός μπορεί να έχει ψυχολογικές συνέπειες, που αρχικά είχε ονομασθεί ως σύνδρομο του βιασμού (Burgess & Holmstrom, 1979), ενώ σήμερα το σύνδρομο του βιασμού θεωρείται ότι καλύτερα περιγράφεται από τη Μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD, Foa, & Rothbaum, 1998).

Η μετατραυματική διαταραχή είναι ένα συχνό φαινόμενο που εμφανίζεται είτε αμέσως μετά το βιασμό είτε αργότερα, είναι ότι το άτομο ξαναζεί σε όνειρα τις τραυματικές στιγμές που έζησε ενώ επώδυνες εικόνες και αναμνήσεις έρχονται συνεχώς στη μνήμη της γυναίκας (Αδάμη και Σοφianού, 2006).

Σύμφωνα με τους Burgess & Holmstrom, ο βιασμός περιλαμβάνει μια φάση άμεσης αποδιοργάνωσης που διαρκεί από λίγες μέρες μέχρι λίγες βδομάδες, και ακολουθείται από μια μακρόχρονη περίοδο αναδιοργάνωσης 2 περίπου χρόνια με την επίθεση. Τα θύματα του βιασμού, αναπτύσσουν αντιδράσεις που περιγράφονται από το PTSD. Σύμφωνα με τις Foa & Rothbaum (1999), το 76% των θυμάτων βιασμού αναφέρουν τα συμπτώματα του PTSD μέσα σ ένα χρόνο από την επίθεση, όπως ευερεθιστικότητα (άγχος, διαταραχές ύπνου, δυσκολίες στη συγκέντρωση), Flashbacks. Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, εφιάλτες, μούδιασμα, αποφυγή σκέψεων επίθεσης, ή πραγμάτων, μερών, προσώπων επίθεσης, διαταραχές στην λήψη της τροφής, χρήση αλκοόλ και ουσιών, προσπάθειες να σταματήσουν να σκέφτονται την επίθεση, προσπάθειες να σκεφτούν πως να διορθώσουν ότι έγινε, προσπάθειες να σκεφτούν πως θα μπορούσαν να ξεφύγουν (www.sextherapy.gr).

❖ Συνέπειες στη Σωματική Υγεία

Αναλόγως με το βαθμό και το είδος της επίθεσης, κυμαίνονται από τραυματισμούς ελαφρούς όπως μελανιές, γδαρσίματα, σπάσιμο οστών, κ.α. ή σοβαρότερους που μπορεί μερικοί να απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη και χειρουργικές επεμβάσεις μέχρι και το θάνατο του θύματος. Οι μικρότερες κακοποιήσεις περιλαμβάνουν: χαστούκι, ξυλιές, τράβηγμα μαλλιών, κ.α. 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 καντά υγρά, τραύματα από πέταγμα αντικειμένων, μαχαιρώματα, ακρωτηριασμούς και τραύματα από πυροβόλα όπλα (Χατζηφωτίου, 2006).

Τουλάχιστον μια στις τρεις γυναίκες έχει ξυλοκοπηθεί, ή έχει κακοποιηθεί με άλλο τρόπο κατά τη διάρκεια της ζωής της. Συνήθως ο δράστης είναι μέλος της οικογένειάς της ή γνωστός της. Το Συμβούλιο της Ευρώπης έχει δηλώσει ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες ηλικίας 16 έως 44 ετών και ευθύνεται για περισσότερους θανάτους και προβλήματα υγείας απ' ότι ο καρκίνος ή τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα (Παπαδοπούλου, Π. και Τουπλικιώτη, Θ., 2007).

❖ Συνέπειες στη Σεξουαλική Υγεία

Οι γυναίκες που έχουν βιαστεί από το σύζυγο τους, πολύ συχνά, παρουσιάζουν τραύματα στα γεννητικά όργανα (κόλπος, πρωκτός) [σύμφωνα με τις Okun (1986) και Peacock (1995), τα θύματα συζυγικού βιασμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ανεπιθύμητο πρωκτικό – αλλά και στοματικό – έρωτα], μελανιές, σκισμένους μυς και κοψίματα (Bergen, 1996, Painter, 1996).

Εκτός αυτών, τα τραύματα μπορεί να είναι και γυναικολογικά: σχίσιμο του κόλπου, πρόωρες γέννες ή αποβολές, μολύνσεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ακράτεια ούρων και στειρώση (Campbell & Alford, 1989, Russell, 1990). Ορισμένες γυναίκες βιάζονται από τους συντρόφους τους με τόση ορμή, ώστε υφίστανται ανεπανόρθωτες βλάβες στα γεννητικά τους όργανα (Walker, 1997).

Ναυτίες, εμετοί, διάρροιες, δυσκοιλιότητα, σαρκασμοί, είναι αρκετές από τις αντιδράσεις των γυναικών που έχουν βιασθεί. Η Walker (1994) ισχυρίζεται ένας σημαντικός αριθμός γυναικών που αναζητά ιατρική βοήθεια για το προ-εμμηναριακό σύνδρομο, και με χρόνιους πόνους στη λεκάνη, έχει εμπειρίες κακοποίησης είτε στην παιδική ηλικία είτε στην ενήλικη της ζωή. Σε μακροχρόνιο επίπεδο, οι γυναίκες που έχουν υποστεί βιασμό μπορούν να παραπονιούνται για γαστρεντερικά προβλήματα. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (π.χ. χλαμύδα, βλεννόρροια, τριχομονάδες, ηπατίτιδα β, HTV) συμβαίνουν στο 30% των θυμάτων βιασμού (Koss & Harvey, 1991). Ο φόβος του Aids, ήταν συνήθως ένας από τους έμμεσα εκφραζόμενους, ενώ σε 5% των περιπτώσεων ο βιασμός έχει ως αποτέλεσμα την εγκυμοσύνη (www.sextherapy.gr).

❖ Γενικότερες Συνέπειες

Πέρα από τις σοβαρές μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες βλάβες στην σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών, η συντροφική βία δημιουργεί προβλήματα και δαπάνες στο ιατρικό και κοινωνικό σύστημα και στο σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ποιο συγκεκριμένα, στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες σχεδόν 20 % των χαμένων ετών υγιούς ζωής αποδίδεται στη συντροφική βία ενώ παγκοσμίως η απειλή της συντροφικής βίας στην υγεία των γυναικών μπορεί να συγκριθεί με τη φυματίωση, τον ιό HIV, τις καρδιαγγειακές νόσους, τον καρκίνο και μπορεί να θεωρηθεί τρεις φορές μεγαλύτερη από την επίδραση του πολέμου (Heise et al., 1994).

Επιπλέον, τεράστιες είναι οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της συντροφικής βίας στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας, στο δικαστικό σύστημα και στο σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών. Εν τέλει, σημαντικές είναι και οι απώλειες για τους εργοδότες όπως προκύπτουν από τις απουσίες και τη μειωμένη παραγωγικότητα των θυμάτων, καθώς και οι απώλειες από τους χαμένους μισθούς των τροφίμων σε ιδρύματα (Παπαδακάκη, 2006).

Η βία στο σπίτι αποτελεί την αιτία κόστους τουλάχιστον 1,8\$ δισεκατομμυρίων κάθε χρόνο σε φαρμακευτικά σκευάσματα. Τα τραύματα των κακοποιημένων γυναικών είναι τουλάχιστον τόσο σοβαρά όσο τα τραύματα που προκαλούνται στο 90% των βίαιων κακουργημάτων και ταξινομούνται στην κατηγορία των πταισμάτων (Ομπέση, Παπαδοπούλου και Τουπλικιώτη, 2007).

Σύμφωνα με την Χατζηφωτίου (2006): Η βία κατά των γυναικών έχει σοβαρές συνέπειες στο σύστημα υγείας, καθώς μειώνει τις εργασιακές ικανότητες των γυναικών, την ποιότητα ζωής τους και την διάρκεια ζωής τους. Στις ανεπτυγμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η συντροφική βία αποτελεί την πιο συχνή αιτία τραυματισμών στις γυναίκες.

❖ Συνέπειες της βίας στην εγκυμοσύνη

Σε αρκετές περιπτώσεις η εξάσκηση βίας σε μια γυναίκα στο σπίτι από το σύζυγο ή το σύντροφό της αρχίζουν ή εντατικοποιούνται όταν έλθει μια εγκυμοσύνη. Η σωματική κακοποίηση μιας εγκύου γυναίκας αποτελεί ένα από τους μεγαλύτερους κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Ορισμένα από τα συχνότερα προβλήματα που έχουν σχετισθεί με την εξάσκηση βίας στην έγκυο γυναίκα, είναι η αύξηση των αποβολών, ο τραυματισμός και θάνατος του εμβρύου, η πρόωρη γέννηση του παιδιού και το χαμηλό βάρος γέννησης του παιδιού (www.medlook.net).

Αναλυτικότερα οι συνέπειες της βίας στην εγκυμοσύνη είναι οι εξής :

1. Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
2. Λοιμώξεις κόλπου/ τραχήλου/ νεφρών
3. Κολπική αιμορραγία
4. Κοιλιακό τραύμα
5. Αιμορραγία
6. Έξαρση των χρόνιων ασθενειών

7. Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εργασίας
8. Καθυστέρηση προγεννητικής φροντίδας
9. Αποβολή
10. Χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης : βάρος γέννησης < 2500 γρ.
11. Ρήξη μεμβρανών
12. Πρόωρος τοκετός: γέννηση σε ηλικία κύησης <37 συμπληρωμένων εβδομάδων (< 259 ημέρες).
13. Αποκόλληση του πλακούντα
14. Λοίμωξη μήτρας
15. Εμβρυικοί μώλωπες, κατάγματα και αιματώματα
16. Θάνατος (*Medical Association*, 1992).

Η συντροφική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια εστιασμένη επίθεση που δεν θέτει μόνο μία, αλλά δύο ζωές σε κίνδυνο.

Σε μια έρευνα από το House hold, διαπιστώθηκε ότι οι έγκυες γυναίκες είναι 60,6% περισσότερο πιθανόν να δεχτούν βία, από ότι οι γυναίκες που δεν είναι έγκυες. Η βία θεωρείται ως μεγαλύτερη επιπλοκή στην εγκυμοσύνη συχνότερη από τον διαβήτη, την υπέρταση ή οποιαδήποτε άλλη σοβαρή επιπλοκή.

Οι έγκυες γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί από τους συντρόφους τους έχουν υψηλότερο κίνδυνο για παθήσεις όπως το στρες, η κατάθλιψη και τον εθισμό στον καπνό, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Επίσης παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως διάφοροι σωματικοί πόνοι, αϋπνίες, εφιάλτες κ.α.

Οι μακροχρόνιες ψυχικές συνέπειες της βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές επίδραση στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού (www.paho.org).

Αποτελέσματα Ερευνών για τη συχνότητα και τις συνέπειες της βίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της γυναίκας .

- Σύμφωνα με έρευνα των Mc Farlane et al (1992), βρέθηκε πως το 17 % των γυναικών βίωσαν σωματική ή σεξουαλική βία κατά την εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες που είχαν εμπειρίες βίας καθυστέρησαν να επισκεφτούν για πρώτη φορά την κλινική κατά δυο φορές περισσότερο από εκείνες που δεν βίωσαν κακοποίηση.

- Οι Berenson et al (1994), μέσα από την έρευνα τους διαπίστωσαν ότι, οι γυναίκες θύματα κατά την εγκυμοσύνη είχαν γεννήσει πρόωρα κατά δύο φορές συχνότερα από τις άλλες .
- Σύμφωνα με έρευνα των Dye et al (1995), το 15,9 % των γυναικών δήλωσαν θύματα βίας κατά την εγκυμοσύνη. Αυτές ήταν συνήθως νεαρής ηλικίας, κάπνιζαν, και είχαν συχνά επιπλοκές εμβρύου και αποβολές .
- Μια άλλη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. με θέμα «την βία πριν το τοκετό και επιπτώσεις της στην μητέρα και το βρέφος», έδειξε πως, το 11 % των γυναικών βίωσαν σωματική κακοποίηση. Είχαν περισσότερες καισαρικές τομές και χρειάστηκε να πηγαίνουν στο νοσοκομείο πιο συχνά από τον μέσο όρο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαιτίας ερεθισμών και μολύνσεων, πρόωρων συσπάσεων της μήτρας ή τραυματισμούς που προκλήθηκαν από πίεση στην κοιλιακή χώρα ή από πέσιμο (Cokkinides et al, 1999).
- Σύμφωνα με έρευνα των Stenson et al (2001), το 19,4% των γυναικών βίωσαν ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική βία σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Το 2,8% βίωσαν σωματική βία κατά τον πρώτο χρόνο πριν την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ή κατά τις 20 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες αυτές είχαν περισσότερες αμβλώσεις και γενικότερα προβλήματα υγείας (γυναικολογικά, ψυχιατρικά, κ.α.), ουρολογικές λοιμώξεις κατά την εγκυμοσύνη και/ ή περισσότερες πρόωρες γεννήσεις από τις γυναίκες που δεν είχαν εμπειρίες κακοποίησης.

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Η προέλευση της συντροφικής βίας είναι πολυδιάστατη και η αναζήτηση των παραγόντων είναι δύσκολη. Η βία έχει αναγνωριστεί ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα το οποίο διαπερνά τα κοινωνικά, πολιτισμικά, οικονομικά, γεωγραφικά, και θρησκευτικά όρια της κάθε χώρας.

Οι παράγοντες κινδύνου, όπως διαμορφώνονται από την πλειοψηφούσα γνώμη των κοινωνικών, και άλλων, ερευνητών, είναι: προσωπικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, και πολιτισμικοί. Οι παράγοντες αυτοί συχνά συνδυάζονται μεταξύ τους ενώ άλλοτε, όμως, συγκρούονται.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν συντροφική βία έχουν οι νέοι, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, τα άτομα που

έχουν χαμηλό εισόδημα, και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τα ζευγάρια με εισοδηματικές, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές διαφορές, τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών. Έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι η προσωπική εμπειρία ή η μαρτυρία ενδοοικογενειακής βίας σε άλλα μέλη της οικογένειας αυξάνει τις πιθανότητες άσκησης και αποδοχής συντροφικής βίας στην ενήλικη ζωή (Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009).

Ηλικία

Οι νεαρές γυναίκες υπόκεινται συχνά σε σεξουαλική κακοποίηση όχι μόνο επειδή είναι γυναίκες, αλλά και επειδή είναι νέες και ευάλωτες. Μια μεγάλη μερίδα από προηγούμενες έρευνες έδειξε ότι η σχετικά νεαρή ηλικία των γυναικών είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου μέσα στον έγγαμο βίο. Συνδυάζοντας τον παράγοντα της νεαρής ηλικίας και τη χαμηλή κοινωνική θέση της γυναίκας, μερικοί ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες αυτές έχουν περισσότερες πιθανότητες κακοποίησης από τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες (Σπύρου, Αντωνίου, Αγαθοκλέους και Ψύλλου, 2007).

Τόπος κατοικίας

Άλλος παράγοντας που επηρεάζει την άσκηση βίας στον ενδοοικογενειακό βίο είναι η περιοχή που ζει μια οικογένεια. Για παράδειγμα, αν κάποιος ζει σε αστική ή αγροτική περιοχή, σε προάστιο ή γκέτο αλλά και η κοινωνική σύνθεση και η κουλτούρα της γειτονιάς, της συνοικίας και της κοινότητας όλα μπορούν να υπολογιστούν ως κοινωνικές μεταβλητές που επηρεάζουν έμμεσα ή άμεσα την άσκηση βίας στο οικογενειακό περιβάλλον. Ένας σημαντικός παράγοντας που συνδυάζεται με την περιοχή είναι η «φυλή». Η «φυλετική» σύνθεση, και οι πολιτισμικές αξίες που αναπόφευκτα ακολουθούν διάφορες εθνοτικές και φυλετικές ομάδες, μιας περιοχής, κοινότητας ή γειτονιάς μπορεί να καθορίσουν τις διάφορες συμπεριφορές μέσα και έξω από το σπίτι επομένως και τη βία στο οικογενειακό περιβάλλον. Σε γενικές γραμμές, πιστεύετε από τους ερευνητές ότι, οι γυναίκες που ζουν στις αστικές περιοχές έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν βίαιες συμπεριφορές μέσα στο σπίτι παρά οι γυναίκες που ζουν στα προάστια των πόλεων και τις αγροτικές περιοχές (Websdale & Johnson 1998, Greenfield et al. 1998).

Φτώχεια

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση τροφοδοτούν τη βία κατά των γυναικών και παράλληλα προκύπτουν από αυτήν. Παγκοσμίως, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά φτώχειας απ' ό,τι οι άνδρες, η φτώχεια τους είναι πιο έντονη απ' ό,τι των ανδρών, και οι αριθμοί των φτωχών γυναικών αυξάνονται συνεχώς. Τη στιγμή που οι αρνητικές συνέπειες της παγκοσμιοποίησης αφήνουν όλο και περισσότερες γυναίκες παγιδευμένες στο περιθώριο της κοινωνίας, είναι εξαιρετικά δύσκολο γι' αυτές τις γυναίκες να ξεφύγουν από καταστάσεις κακοποίησης και να επιτύχουν προστασία και επανόρθωση (www.amnesty.org.gr).

Εκπαίδευση

Το επίπεδο της εκπαίδευσης των συζύγων θεωρείται και αυτός ως ένας σημαντικός παράγοντας στην κατανόηση του φαινομένου. Έρευνα των Bohn et al. (2004) που έγινε στις πολιτείες Φλόριδα και Μασαχουσέτη των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και ασχολήθηκε με τις επιδράσεις των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, εθνότητας, εκπαίδευσης και ηλικίας των γυναικών πριν και μετά την εγκυμοσύνη κατέδειξε την εκπαίδευση ως την πιο σημαντική μεταβλητή ως προς την πιθανότητα κακοποίησης. Οι γυναίκες με μόρφωση χαμηλότερη του γυμνασιακού επιπέδου, σύμφωνα με την έρευνα, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης πριν και μετά την εγκυμοσύνη.

Ιστορικό βίας

Μεταξύ άλλων παραγόντων, θα πρέπει να συμπεριλάβουμε και το ιστορικό βίας που έχει βιώσει το άτομο. Μερικές μελέτες επεξήγησης των παραγόντων της βίας στο οικογενειακό περιβάλλον μας πληροφορούν ότι, τα άτομα που έχουν υποστεί βία ή έχουν βιώσει βίαιες συμπεριφορές μέσα στο σπίτι κατά την παιδική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασκήσουν ή να αποδεχτούν βία στην ενήλική τους ζωή (Ellsberg et al. 1999, Jewkes et al. 2002, Martin et al. 2002, US Department of Justice 2004, Daigneault et al, 2009). Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα που έχει γίνει από τους Martin et al. στην Ινδία καταδεικνύει, μεταξύ άλλων, ότι το ένα τρίτο των ανδρών που ερευνήθηκαν έχουν βιώσει την εμπειρία της φυσικής βίας μεταξύ των γονιών τους κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, το 80% των πατεράδων των ανδρών αυτών να είναι ο μόνος δράστης άσκησης βίας ενώ λιγότερο από το 1% να είναι οι μητέρες τους οι μόνιμοι δράστες, και στο 20% των οικογενειών αυτών οι

άντρες, στα παιδικά τους χρόνια, παρακολούθησαν και τους δύο γονείς να εξασκούν βία.

Τρόπος ζωής

Ο τρόπος ζωής που περιλαμβάνει κατανάλωση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών έχει βρεθεί να σχετίζεται με επιθετική συμπεριφορά στις συναισθηματικές σχέσεις. Η χρήση των παραπάνω ουσιών έχει αναφερθεί ως κύρια αιτία ανεπιθύμητης σεξουαλικής δραστηριότητας σε άνδρες και γυναίκες (Τζαμαλούκα, 2006). Η κατανάλωση αλκοόλ από τους συντρόφους είναι και αυτός ένας άλλος παράγοντας που συντείνει στην άσκηση βίας μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Όπως φαίνεται από τα ευρήματα της έρευνας της Finney (2004) που έχει γίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 32% των γεγονότων συντροφικής βίας έγιναν όταν ο θύτης ήταν υπό την επίρεια αλκοόλ (Quigley and Leonard 2000, White and Chen 2002). Σύμφωνα με μία έρευνα των Oyunbileg et al (2009) που έγινε στην Μογγολία, αν ο σύζυγος βρισκόταν υπό τη χρήση αλκοόλ είχε μεγαλύτερες πιθανότητες (68,7%) να ασκήσει σωματική και συναισθηματική βία.

Κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση βίας είναι η απασχόληση και η επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού.

Απασχόληση

Σύμφωνα με έρευνες οι εργαζόμενες γυναίκες με μερική απασχόληση αντιμετωπίζουν ψηλότερο κίνδυνο για σκληρή κακοποίηση παρά άλλες γυναίκες. Οι επιδράσεις της απασχόλησης του ενός συντρόφου είναι συνδεδεμένες από το status της απασχόλησης του άλλου συντρόφου. Γι' αυτό το λόγο, η συμμετοχή της 'γυναίκας' στο δυναμικό της εργασίας μειώνει τους κινδύνους της συζυγικής βίας όταν οι σύντροφοί τους είναι επίσης εργαζόμενοι αλλά αυξάνει τους κινδύνους βίας όταν οι σύζυγοι τους είναι άνεργοι (MacMillan και Gartner 1999:957).

Η έρευνα που έγινε από τον Melzer (2002) που ασχολήθηκε, μεταξύ άλλων, κατά πόσο το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει τη βίαιη συμπεριφορά των ανδρών στο σπίτι ενάντια στις γυναίκες μας πληροφορεί ότι, μερικοί άντρες που βρίσκουν δυσκολίες να εκφράσουν την ανδροπρέπειά τους στο εργασιακό περιβάλλον μεταφέρουν το 'πρόβλημα' στο σπίτι και προσπαθούν να επιβεβαιώσουν αυτήν την ανδροπρέπεια με βίαιους τρόπους ενάντια στις γυναίκες τους. Επιρρεπής σ' αυτού

του είδους βία είναι οι άντρες όπου στην εργασία κυριαρχούν οι γυναίκες, όπως για παράδειγμα στο τομέα της νοσηλευτικής.

Επικοινωνία

Τέλος, οι παράγοντες της επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού και το επίπεδο της σχέσης του ζευγαριού επηρεάζουν και αυτοί τις βίαιες συμπεριφορές μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα από την έρευνα των Burman et al. (1993) δηλώνουν ότι, τα ζευγάρια με βίαιη φυσική συμπεριφορά χρησιμοποιούν λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας, οι οποίοι συμβάλλουν στην κλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς και εκδηλώνουν περισσότερη εχθρότητα παρά τα ζευγάρια με λεκτική ή υποχωρητική επιθετική συμπεριφορά. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι, τα ζευγάρια με βίαιη φυσική συμπεριφορά εμπλέκονται σε ανταποδοτικούς τύπους εχθρικής συμπεριφοράς μέσα στους οποίους οι συμπεριφορές θυμού από τον ένα σύντροφο αυξάνει τις πιθανότητες εχθρικής συμπεριφοράς από τον άλλο. Άλλες έρευνες (HoltzworthMunroe and Anglin 1991) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά των ανδρών που εξασκούν βίαιη συμπεριφορά, όπως την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, για να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι οι άντρες αυτοί έχουν λιγότερα και ποιοτικά χαμηλότερα επίπεδα επικοινωνίας σε προβληματικές κοινωνικές καταστάσεις.

1.5. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Οικολογική θεωρία

Οι ερευνητές της ενδοοικογενειακής βίας συχνά υιοθετούν την οικολογική προσέγγιση στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν τη συντροφική βία και να κατανοήσουν την προέλευση της. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο που καλείται «οικολογικό μοντέλο» παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του 1970 (Garbarino & Croyter, 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 (Garbarino & Croyter, 1978), ενώ πρόσφατα οι ερευνητές το χρησιμοποίησαν για την κατανόηση της συντροφικής βίας (Chaulk & King, 1998; Heise, 1998). Το μοντέλο αυτό θεωρεί τη συντροφική βία ως το προϊόν των πολλαπλών επιδράσεων που δέχεται η συμπεριφορά σε διαφορετικά επίπεδα του κοινωνικού περιβάλλοντος όπως το ατομικό, το επίπεδο των

προσωπικών σχέσεων, το επίπεδο της κοινότητας και το κοινωνικό-πολιτισμικό επίπεδο (Παπαδακάκη, 2006).

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 τον 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 εκ μέρους του (Παπαδακάκη, 2006).

Το δεύτερο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου αναφέρεται στο άμεσο πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η κακοποίηση, δηλαδή στις στενές κοινωνικές σχέσεις όπως είναι οι σχέσεις με τους συντρόφους ή τα μέλη της οικογένειας, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο για υποδοχή ή άσκηση βίας (Παπαδακάκη, 2006).

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 συντροφικής βίας. Το υψηλό επίπεδο κινητικότητας (συχνές μετακομίσεις), η κοινωνική απομόνωση του ατόμου (π.χ. η γυναίκα δε γνωρίζει τους γείτονες, δεν έχει κοινωνικές συναναστροφές ή δεν ασχολείται με την τοπική κοινωνία), η ανάμειξη σε παράνομες οργανώσεις ενός εκ των δύο συντρόφων και η ελάχιστη θεσμική στήριξη (π.χ. στο άτομο που δέχεται τη βία) είναι παραδείγματα από αυτά τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με τη συντροφική βία (Παπαδακάκη, 2006).

Το τέταρτο και τελευταίο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εξετάζει ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη 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 αντιλήψεις που επικρατούν ευρέως στην κοινωνία. Περιλαμβάνει νόμους, κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές και πολιτισμικές νόρμες που ευνοούν την επιθετική συμπεριφορά και τη συντροφική βία (Παπαδακάκη, 2006).

Ατομική- ψυχολογική θεωρία

Σύμφωνα με τον Χατζηφωτίου (2005), στις ατομικές θεωρίες, κάποιες εστιάζουν στην εξέλιξη και τα γενετικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν τους άνδρες στη βία. Άλλες δίνουν έμφαση στη δομή του εγκεφάλου, σε χημικές ανισορροπίες, αλλά και ορμονικούς παράγοντες, όπως η τεστοστερόνη. Οι ατομικές θεωρίες φαίνεται να μην είναι πλήρεις και έχουν δεχτεί έντονη κριτική από τον επιστημονικό χώρο, καθώς θεωρείται ότι δεν προσφέρουν πολλά στη βαθύτερη κατανόηση της ενδοοικογενειακής βίας. Τέτοιες θεωρίες άνθισαν περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής παρά στη Βρετανία και σήμερα θεωρούνται ιδιαίτερα αναχρονιστικές.

Μια άλλη εξατομικευμένη ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας στην κατηγορία των ατομικών θεωριών, είναι αυτή που αποδίδει την βία στην ψυχοπαθολογία του δράστη. Οι δράστες λένε ότι είναι αδύναμοι, με παθολογική ζήλια άνδρες (Gayford, 1975), με χαμηλή αυτοπεποίθηση και ανασφάλεια ιδιαίτερα γύρω από τον ανδρισμό τους (Roy, 1977, 1982 · Harris and Bologh, 1985). Άλλοι ερευνητές, δίνουν έμφαση στις άκαμπτες αντιλήψεις των δραστών για τους γυναικείους και τους ανδρικούς ρόλους (Moore, 1979· Sinclair, 1985).

Άλλοι ερευνητές των ατομικών – ψυχολογικών θεωριών αποδίδουν την ανδρική βία σε πτυχές της προσωπικότητας ή της συμπεριφοράς της γυναίκας – μια κλασική περίπτωση ενοχοποίησης του θύματος.

Σύμφωνα με τον ψυχίατρο Gayford (1975), αρκετές κακοποιημένες γυναίκες «έχουν ένα βαθμό ανεπάρκειας» και αρκετές γυναίκες έχουν ιδιαίτερα πληγωμένη προσωπικότητα και χρειάζονται μακρόχρονη υποστήριξη. Συχνά χρειάζονται προστασία από τις ίδιες τις δικές τους παρορμητικές ενέργειες. Παρόλο που φοβούνται την βία, όπως όλοι οι άνθρωποι, έχουν την ικανότητα να αναζητούν βίαιους άντρες ή με τη συμπεριφορά τους να προκαλούν επίθεση από το αντίθετο φύλο.

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι Pizzey και Shapiro (1982) και μάλιστα πηγαίνουν ακόμη πιο μακριά από το να υποστηρίζουν απλώς ότι οι γυναίκες προκαλούν την βία με τη συμπεριφορά τους ή τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Θεωρούν ότι οι κακοποιημένες γυναίκες είναι εθισμένες στη βία – τη χρειάζονται και την απολαμβάνουν, αντλώντας σεξουαλική ικανοποίηση από την κακοποίηση. Γενικά οι θεωρίες αυτές αποδοκιμάστηκαν έντονα από τον ευρύ επιστημονικό και ερευνητικό χώρο (Χατζηφωτίου, 2005).

Θεωρία κοινωνικής μάθησης

Στη συνέχεια, έχουμε τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, που ενώ επικεντρώνεται ατομικά στους δράστες, εισάγει ένα κοινωνικό στοιχείο, προσπαθώντας να εξηγήσει την ανδρική βία εναντίον των γυναικών ως επίκτητη συμπεριφορά. Αυτό τα φαινόμενο αναφέρεται ως «κύκλος βίας» ή «διαγενεακή μεταβίβαση βίας». Αυτό που στοχεύει να δείξει η συγκεκριμένη θεωρία, είναι ότι όσοι γίνονται μάρτυρες βίας ανάμεσα στους γονείς τους ή βίωσαν οι ίδιοι τη βία ως παιδιά, καταφεύγουν στη βία ως ενήλικες (Steinmetz και Strauss,1974; Strauss, Gelles και Steinmetz,1980). Έντονη αμφισβήτηση δέχτηκε και αυτή η θεωρία (Χατζηφωτίου, 2005).

Άλλες ερμηνείες δίνουν προτεραιότητα σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική δομή, ως αιτίες της ενδοοικογενειακής βίας. Ανάμεσα σε εκείνους που ασπάζονται τέτοιου είδους ερμηνείες είναι οι Steinmetz και Strauss (1974), και Gelles (1983). Η Smith (1989) λέει ότι οι επιστήμονες αυτοί βλέπουν την ενδοοικογενειακή βία ως απάντηση στην πίεση, το άγχος και τους αποπροσανατολισμένους στόχους. Ανάμεσα στις πιθανές πηγές άγχους, είναι οι οικονομικές συνθήκες, η κακή κατοικία, η φτώχεια, η έλλειψη επαγγελματικών ευκαιριών και οι συνθήκες εξαναγκασμού και καταπίεσης στην εργασία. Οι άνδρες και οι γυναίκες κοινωνικοποιούνται σε συγκεκριμένους ρόλους που δημιουργούν κοινωνικά προκαθορισμένες προσδοκίες. Αν η κοινωνική δομή εμποδίζει αυτές τις προσδοκίες να πραγματοποιηθούν, μπορεί να προκληθεί σύγχυση και βία. Έτσι η βία καθίσταται δικαιολογημένη. Πρέπει εδώ όμως, να παρατηρήσουμε ότι, ενώ μπορεί το άγχος που πηγάζει από τη φτώχεια, την ανισότητα και διάφορες μορφές αποστέρησης, να είναι παράγοντας που συντείνει στην ενδοοικογενειακή βία, ωστόσο μόνο ένα μικρό μέρος των ανθρώπων που ζουν σε τέτοιες συνθήκες φέρονται βίαια στους συντρόφους τους και πολλοί από όσους, φέρονται βίαια, δεν είναι ούτε φτωχοί, ούτε υποφέρουν από κάποιας μορφής στέρηση. Έχει διαπιστωθεί ότι οι θεωρίες της κοινωνικής δομής δίνουν πιο έντονη πολιτική χροιά στην ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας (Χατζηφωτίου,2005).

Φεμινιστική θεωρία

Τελευταία είναι η φεμινιστική ερμηνεία, όπου θεωρεί την βία ως μια αντανάκλαση των σχέσεων που δεν είναι ισότιμη από άποψη εξουσίας: η ενδοοικογενειακή βία αντανακλά την άνιση δύναμη των ανδρών και των γυναικών

στην κοινωνία, καθώς και στις προσωπικές σχέσεις. Αυτή είναι μια άποψη που υποστηρίζεται έντονα στην έρευνα της βρετανικής υπηρεσίας «Υποστήριξης Θυμάτων» (Victim Support, 1992), 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 (Χατζηφωτίου, 2005).

Η έρευνα των Kalmyss και Strays (1981) δείχνει ότι η οικονομική εξάρτηση των γυναικών είναι ένας έμμεσος παράγοντας πρόκλησης βίας εναντίον τους – όσο μεγαλύτερη η εξάρτηση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος μιας σοβαρής επίθεσης.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι 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 διάσταση. Εν τέλει, το κύριο μήνυμα του φεμινιστικού μοντέλου, είναι ότι η βία θα συνεχίζει όσο αρνούνται στις γυναίκες την ισότητα δικαιωμάτων με τους άνδρες και την ίση πρόσβαση σε θέσεις δύναμης και εξουσίας (Χατζηφωτίου, 2005).

1.6 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Όσο οι δράστες της βίας κατά των γυναικών μπορούν να διαπράττουν τα εγκλήματά τους χωρίς το φόβο της ποινικής δίωξης ή της τιμωρίας, ο κύκλος της βίας δεν θα σπάσει ποτέ.

Σε μερικές χώρες, οι διακρίσεις σε βάρος των γυναικών είναι ενσωματωμένες στη νομοθεσία. Ακόμα και όπου η νομοθεσία δεν κάνει διακρίσεις, οι πραγματικές πρακτικές των κυβερνητικών υπηρεσιών, της αστυνομίας και των εισαγγελέων συχνά υποθάλλουν τις διακρίσεις και τη βία κατά των γυναικών. Σε πολλές χώρες, οι νόμοι είναι ανεπαρκείς, η αστυνομία αδιαφορεί και το σύστημα απονομής δικαιοσύνης είναι δυσπρόσιτο, δαπανηρό και προκατειλημμένο κατά των γυναικών. Εάν μια γυναίκα δεν μπορεί να παρουσιάσει απτές αποδείξεις -πάνω στο σώμα της- της βίας που της ασκήθηκε, η αστυνομία και οι λοιπές αρχές επιβολής του νόμου είναι συχνά απρόθυμες να την πιστέψουν και να τη βοηθήσουν. Πολλές τοπικές κοινωνίες συνεργούν στη δικαιολόγηση και την παράβλεψη της βίας κατά των γυναικών και

επιδοκιμάζουν σιωπηλά τις παραλείψεις της πολιτείας να οδηγήσει τους δράστες ενώπιον της δικαιοσύνης.

Το ζήτημα της ατιμωρησίας για τη βία κατά των γυναικών είναι σύνθετο. Πολλές γυναίκες είναι απρόθυμες να στραφούν εναντίον συγγενών τους μέσω του νομικού συστήματος, εξαιτίας συναισθηματικών δεσμών και του φόβου μήπως χάσουν την κηδεμονία των παιδιών τους. Οι γυναίκες αποθαρρύνονται επίσης απ' την αναζήτηση δικαιοσύνης μέσω των δικαστηρίων, επειδή τα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης, πάρα πολύ συχνά, τις καθιστούν υπεύθυνες για τη βία, υποστηρίζοντας ότι αυτή «ενθαρρύνθηκε» ή «υποκινήθηκε» από τη συμπεριφορά της ίδιας της γυναίκας. Από τη στιγμή που οι γυναίκες συχνά στερούνται την ίση πρόσβαση στα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα, πολλές δεν έχουν την οικονομική ή άλλη δυνατότητα να προσφύγουν στο νομικό σύστημα. (Παπαδοπούλου και Τουπλικιώτη, 2007).

1.6.1. Ο νέος νόμος για την ενδοοικογενειακή βία

Τον Οκτώβριο του 2006 ψηφίστηκε ο νόμος 3500/2006 για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και τέθηκε σε ισχύ στις 25 Νοεμβρίου 2007.

Όπως ρητά αναφέρεται στην οικεία Αιτιολογική Έκθεση, πρόθεση του νομοθέτη ήταν «να αποτρέψει φαινόμενα μετατροπής της οικογένειας σε τόπο ατιμώρητης καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων...να ενισχύσει την αρμονική συμβίωση των προσώπων στα πλαίσια της οικογένειας, χωρίς να παρεμβαίνει στην ιδιωτική ζωή των μελών της οικογένειας και να θίγει ήθη, αξίες και αρχές, όπως αυτές διαμορφώνονται στην ελληνική κοινωνία» (www.antigone.gr).

1.6.2. Οι ρυθμίσεις του νέου νόμου:

Ο νέος νόμος εισάγει καινοτόμες διατάξεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου με κυριότερες τις παρακάτω :

1. Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί αξιόποινη πράξη και η άσκηση βίας μεταξύ των μελών της οικογένειας απαγορεύεται. οι προστατευτικές διατάξεις του νόμου εφαρμόζονται και σε περιπτώσεις σταθερής συμβίωσης χωρίς γάμο, όπως επίσης και στους τέως συζύγους.

2. Ενδοοικογενειακή βία υπάρχει όταν ένα μέλος της οικογένειας προξενεί/ασκεί σε άλλο μέλος:
 - α) εντελώς ελαφρά σωματική κάκωση
 - β) επικίνδυνη σωματική βλάβη
 - γ) βαριά σωματική ή διανοητική βλάβη
 - δ) απειλές που προκαλούν τρόμο ή ανησυχία ή απομόνωση του θύματος ή προσβολή αξιοπρέπειας
3. Τιμωρείται πλέον ο βιασμός μέσα στο γάμο (ο εξαναγκασμός της συζύγου σε ερωτική πράξη)
4. Η ποινική δίωξη για τα πλημμελήματα ενδοοικογενειακής βίας ασκείται αυτεπαγγέλτως, δηλαδή υποχρεωτικά. Υποχρεωτική είναι επίσης η καταγραφή του περιστατικού από την αστυνομία, ενώ οποιαδήποτε πρωτοβουλία νουθέτησης αντί καταγραφής, τιμωρείται.
5. Η άσκηση ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί αιτία διαζυγίου με ευθύνη του δράστη.
6. Σε βάρος του δράστη εφαρμόζεται η αυτόφωρη διαδικασία, εφόσον δεν ευδοκιμήσει η ποινική διαμεσολάβηση. Ο θεσμός της ποινικής διαμεσολάβησης προβλέπεται για τα πλημμελήματα ενδοοικογενειακής βίας και γίνεται ενώπιον του Εισαγγελέα και εφόσον το επιθυμούν θύμα και θύτης. Στόχος είναι η αποκατάσταση της αρμονικής συμβίωσης των συζύγων ή των συντρόφων. Η διαδικασία ποινικής διαμεσολάβησης ξεκινά μόνο μετά από ανεπιφύλακτη δήλωση του δράστη ότι:
 - α) δε θα τελέσει στο μέλλον οποιαδήποτε πράξη ενδοοικογενειακής βίας
 - β) θα παρακολουθήσει ειδικό συμβουλευτικό - θεραπευτικό πρόγραμμα σε δημόσιο φορέα
 - γ) θα άρει ή θα αποκαταστήσει τις συνέπειες των πράξεών του και θα καταβάλλει χρηματική ικανοποίηση στο θύμα.
7. Το θύμα μπορεί να συμφωνήσει στην έναρξη της ποινικής διαμεσολάβησης, χωρίς να χάνει το δικαίωμα άσκησης αγωγής διαζυγίου (www.supra.gr).

2. ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ

2.1. Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείου(ΤΕΠ)

Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία

Φιλοσοφία των ΤΕΠ

Οι ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας αυξάνονται με ρυθμούς δυσανάλογους σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική φροντίδα. Την τελευταία δεκαετία δίνεται όλο και περισσότερο έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην αποτελεσματικότητα τους με το δυνατό λιγότερο κόστος (Μαλλιαρού, 2008).

Η ύπαρξη στα ελληνικά νοσοκομεία ενός τμήματος οργανωμένου κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποτελεί την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης όλων των επειγόντων και οξείων συμβάντων που προέρχονται ή διακομίζονται σ' αυτό, αποτελεί πλέον αδήριτη ανάγκη (Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί κατά κάποιο τρόπο το συνδετικό κρίκο μεταξύ της προνοσοκομειακής περίθαλψης, που αναπτύσσεται ιδιαίτερα τον τελευταίο καιρό και της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης των ασθενών. Επιπλέον, λειτουργώντας ως φίλτρο, πρέπει να προστατεύει το νοσοκομείο από τις άσκοπες εισαγωγές, που επιβαρύνουν τόσο τη λειτουργία όσο και το κόστος του (Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, 2001).

Η ολοένα και περισσότερο αύξηση των προσερχομένων ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων και η ζήτηση επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας έχει οδηγήσει στην ανάγκη καλύτερης οργάνωσης και λειτουργίας τόσο σε προνοσοκομειακό όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο.

Υπηρεσίες των ΤΕΠ

Το ΤΕΠ είναι υπεύθυνο για την υποδοχή και διαλογή κάθε περιστατικού το οποίο προσέρχεται αλλά και για την γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Λάμπρου, 2005).

Τα χαρακτηριστικά ενός ιδεατού ΤΕΠ σύμφωνα με τον Broder (1993) περιλαμβάνουν την κτιριακή υποδομή και διαμόρφωση με τρόπο που να παρέχει υπηρεσίες σε:

- Ασθενείς που υποφέρουν από μια τραυματική ή άλλη οξεία κατάσταση της υγείας τους που απειλεί τη ζωή τους
- Ασθενείς που έχουν κάποιο παθολογικό, χειρουργικό, ή ψυχιατρικό πρόβλημα που χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης και αυτοί πρέπει να μεταφέρονται στο κατάλληλο τμήμα.
- Ασθενείς που νομίζουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα που χρήζει Ιατρικής φροντίδας και θα πρέπει να μπορούν να κατευθυνθούν στο κατάλληλο τμήμα.

Η Επείγουσα φροντίδα περιλαμβάνει όλα τα κρίσιμα παθολογικά, χειρουργικά, παιδιατρικά, καρδιολογικά, οφθαλμολογικά, νευρολογικά περιστατικά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Πρακτικά Πανελλήνιου Σεμιναρίου επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας. 2001).

Η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών στα Τ.Ε.Π. περιλαμβάνει την διαλογή (triage), την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση απειλητικών για την ζωή καταστάσεων, την άμεση αναζωογόνηση και υποστήριξη οργανικών συστημάτων, διαδικασίες σταθεροποίησης και περαιτέρω προώθησης για την οριστική διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση, βραχύχρονη νοσηλεία ασθενών, την διεκπεραίωση μικρών χειρουργικών και ορθοπεδικών επεμβάσεων. Έχει την ευθύνη των επειγόντων, από την προσέλευσή τους μέχρι την προώθησή τους σε άλλα τμήματα (ΜΕΘ, ΜΑΦ, κλινικές ή χειρουργείο, καλύπτει συμβουλευτικά όλα τα ενδονοσοκομειακά επείγοντα και είναι υπεύθυνο για την οργάνωση και εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Βότση, 2000 & Λάμπρου, 2005).

Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά τρεις βασικές υπηρεσίες που είναι η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική που έχουν ως στόχο τους την παροχή υψηλού επιπέδου Επείγουσας, έκτακτης φροντίδας υγείας με επίκεντρο την συνεργατική προσέγγιση (Βότση, 2000).

Η ιατρική υπηρεσία αποτελείται από μόνιμους ειδικευμένους και ειδικευόμενους στην Επείγουσα Ιατρική καθώς και ειδικευμένους συμβούλους όλων των ειδικοτήτων. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελείται από ειδικευμένους και ειδικευόμενους στην Επείγουσα Ιατρική. Η διοικητική υπηρεσία παρέχει γραμματειακή υποστήριξη.

Υπάρχουν επίσης και οι εξής κατηγορίες προσωπικού:

- Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό: Μεταφορείς ασθενών, βοηθοί θαλάμου.
- Υποστηρικτικό Προσωπικό: Τεχνικοί, τεχνολόγοι εργαστηρίων οι οποίοι δεν ανήκουν οργανωτικά στο ΤΕΠ.
- Υποστηρικτικό Βοηθητικό Προσωπικό όπως καθαριότητας, φύλαξης και σίτισης το οποίο δεν ανήκει οργανωτικά στο ΤΕΠ.

Το τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμο από τους ασθενείς και να εξασφαλίζει ένα ασφαλές περιβάλλον τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Λάμπρου (2005), οι χώροι που πρέπει να έχει το ΤΕΠ είναι: Χώρος υποδοχής - διαλογής - αναμονής, χώρος αναζωογόνησης, χώρο οξείας αντιμετώπισης, Ιατρεία, γραφεία, βοηθητικοί χώροι, αποθηκευτικοί χώροι, εργαστήρια, χώρος για συνέντευξη των συγγενών, βραχεία νοσηλεία, χώρος φύλαξης προσωπικών ειδών των ασθενών που προσέρχονται και χώρος για αντιμετώπιση των ψυχιατρικών ασθενών.

Η αρχιτεκτονική του ΤΕΠ εξαρτάται απόλυτα από τις υπηρεσίες που προσφέρει, τον τύπο των ασθενών που δέχεται, το προσωπικό που απασχολεί και τον εξοπλισμό που διαθέτει. Σε ένα καλά οργανωμένο ΤΕΠ υπάρχει διαχωρισμός στην είσοδο των περιπατητικών ασθενών και των ασθενοφόρων. Ο χώρος αναζωογόνησης πρέπει να βρίσκεται κοντά στην είσοδο για άμεση παρέμβαση. Το ΤΕΠ δεν είναι Εξωτερικό Ιατρείο ούτε Κέντρο Υγείας. Αντίθετα τόσο διοικητικά όσο και οργανωτικά και χωροταξικά, ξεχωρίζει σαφώς από αυτά Αποτελεί χωροταξικά ένα αυτόνομο νοσοκομειακό τμήμα. Διαθέτει αυτόνομη πρόσβαση και δυνατότητα προσέγγισης των επειγόντων περιστατικών ανεξαρτήτως του τρόπου προσέλευσης (Λάμπρου, 2005).

Τύποι ασθενών

Οι ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται στο ΤΕΠ μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις κατηγορίες (Βότση, 2000 & Λάμπρου, 2005):

- Άτομα τα οποία μετά από μια εξέταση και οδηγίες στέλνονται άμεσα στο σπίτι τους.
- Ασθενείς οι οποίοι πρέπει να παρακολουθηθούν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ωρών) σε χώρο του ΤΕΠ μέχρι να ληφθεί η απόφαση εάν θα πάρουν εξιτήριο ή θα πρέπει να εισαχθούν στο Νοσοκομείο

- Ασθενείς οι οποίοι αναμφίβολα πρέπει να εισαχθούν σε Νοσοκομείο αλλά δεν απειλείται άμεσα η ζωή τους
- Ασθενείς των οποίων απειλείται άμεσα η ζωή και πρέπει να σταθεροποιηθούν πριν μεταφερθούν στην κατάλληλη μονάδα (κλινική, ΜΕΘ).

Επομένως το ΤΕΠ οφείλει να διαθέτει όλους τους απαιτούμενους χώρους υποδοχής, αναμονής, διαλογής, διεκπεραίωσης, διάγνωσης και αντιμετώπισης, δηλ. κεντρικό Νοσηλευτικό Σταθμό, ανεξάρτητα εξεταστήρια ασθενών σε ικανό αριθμό για την κάλυψη των προσελεύσεων, χώρους παρακολούθησης βαρέως πασχόντων σε περιβάλλον αυξημένης φροντίδας, χώρους Βραχείας Νοσηλείας με ικανό αριθμό κλινών.

Καθώς το σύστημα Επείγουσας νοσοκομειακής φροντίδας του σήμερα προσφέρει σημαντικά περισσότερες δυνατότητες από αυτές που ήταν διαθέσιμες στο παρελθόν, συνεχίζει να υποφέρει από σοβαρή έλλειψη συντονισμού σε επίπεδο εθνικής εμβέλειας καθώς και από έλλειψη υπευθυνότητας. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα με την σειρά τους την μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στο επείγον περιστατικό και τέλος στην επιδείνωση της έκβασης της πορείας της υγείας.

Οργάνωση και στελέχωση των ΤΕΠ

Η οργάνωση και η στελέχωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να γίνουν με τρόπο που να εξασφαλίζουν αποδοτική λειτουργία και να διασφαλίζουν την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Είναι γνωστό ότι ένα ευρύτατο φάσμα περιστατικών που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών που κυμαίνεται από 20% έως 60% δεν είναι επείγοντα αλλά έκτακτα ή τακτικά περιστατικά (Innes & Sonsow, 1997).

Ως εκ τούτου, για να επιτευχθεί αποδοτική λειτουργία του ΤΕΠ, πρέπει να εξευρεθούν τρόποι και λύσεις για την επιτάχυνση των λειτουργικών διεργασιών του ΤΕΠ και για την αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων των περιστατικών, καταναλώνοντας ελάχιστους δυνατούς πόρους και ταυτόχρονα διατηρώντας υψηλά το επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες όλων των ασθενών. Ακόμη ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη για την διαμόρφωση του τρόπου οργάνωσης και στελέχωσης των ΤΕΠ στην Ελλάδα είναι ότι το τμήμα επειγόντων περιστατικών αποτελεί τον μοναδικό ίσως φορέα παροχής επείγουσας φροντίδας σε ολόκληρους πληθυσμούς νομών, δεδομένης της παντελούς έλλειψης ή ανεπάρκειας

υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και άλλων υπηρεσιών παροχής επείγουσας φροντίδας στις περιοχές αυτές. Τα ΤΕΠ στις περιπτώσεις αυτές διαδραματίζουν μοναδικό και αναντικατάστατο ρόλο και σαφώς κρίνεται απαραίτητη η σωστή οργάνωση τους και η επαρκής στελέχωση τους (Μαλλιαρού, 2008). Σύμφωνα με το Αυστραλιανό Κολλέγιο Επείγουσας Ιατρικής το ΤΕΠ είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου που οργανώνεται και διοικείται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχει επείγουσα φροντίδα στην κοινότητα, που εκδηλώνει την αντίστοιχη ανάγκη για οξεία ή επείγουσα νοσηλεία (Australasian College, 2006).

Το ΤΕΠ ενός Νοσοκομειακού συγκροτήματος πρέπει να λειτουργεί ως Αυτόνομο Τμήμα με ένα πυρήνα μόνιμου ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού το οποίο θα λειτουργεί σε καθημερινή και 24ωρη βάση. Με το άρθρο 8 του νόμου 2889 / 02-03-2001 θεσπίστηκε η υποχρέωση των νοσοκομείων με δυναμικότητα άνω των 200 κλινών να οργανώνουν «αυτοτελές» ΤΕΠ, το οποίο λειτουργεί όλο το 24ωρο σε γενική εφημερία ενώ τις υπόλοιπες μέρες μόνο κατά το πρωινό ωράριο (Λάμπρου, 2005).

Ένας σημαντικός καθορισμός του όρου στελέχωση σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών είναι: « Ο αριθμός και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον άρρωστο ή τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας». Η καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, η βέλτιστη χρήση των συγκεκριμένων υποδομών, και η πλέον οικονομική και εύρυθμη διαχείριση υπαγορεύουν την καθημερινή λειτουργία των ΤΕΠ σε 24ωρη βάση. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης ένα ΤΕΠ πρέπει να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό, το οποίο να κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και να καλύπτει όλο το 24ωρο (Λάμπρου, 2005).

Τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της ευρύτερης περιοχής, το μέγεθος και η φύση του Νοσοκομείου υπαγορεύουν την λειτουργία του ΤΕΠ. σε επίπεδο αντίστοιχο των αναγκών που καλείται να καλύψει. Έτσι ο αριθμός του απαιτητού νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής, όπως και ο στόχος της βελτιστοποίησης των προσφερομένων υπηρεσιών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προσαρμογής της στελέχωσης και λειτουργίας του ΤΕΠ. στα ήδη ισχύοντα διεθνή πρότυπα και προδιαγραφές στελέχωσης και λειτουργίας (Βότση, 2000 & Κωτούλα, 2004).

Τα στοιχεία στην πλειοψηφία των Ελληνικών Νοσοκομείων αναφορικά με την νοσηλευτική στελέχωση είναι δηλωτικά των χρόνιων και δραματικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. Από στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2005 διαφαίνεται ότι η αναλογία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα βρίσκεται στο 3,6 ενώ στην Ιρλανδία είναι 16,5, ενώ ως προς την ιατρική στελέχωση σε εθνικό επίπεδο παρουσιάζεται τάση αύξησης ενώ η αναλογία ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού είναι 4,5 στην Ελλάδα, τη στιγμή που στην Ιρλανδία και σε άλλες χώρες της Ευρώπης είναι μόλις 2,4 (Στάθης, 2005).

Όσο αφορά την αναλογία βοηθητικού προσωπικού επί του συνόλου του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας σε βιβλιογραφία από Αμερικανικές έρευνες αναφέρεται ότι οι βοηθοί νοσηλευτών δεν πρέπει να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και το ποσοστό δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 50% του απασχολούμενου προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΤΕΠ, ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές από το Ην. Βασίλειο η αναλογία διπλωματούχων νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει να είναι 80% προς 20% (Nelson et al., 1993).

Σύμφωνα με την παράγραφο 4.6 της Υπουργικής Απόφασης του 2003 για την «οργάνωση και τρόπο λειτουργία και στελέχωσης του ΤΕΠ των νοσοκομείων» προβλέπονται τα εξής: «Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ, καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών».

Σύμφωνα με δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται (Επιτροπάκης, 2001):

- Ένας νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε μέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ.
- 4 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας
- νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, έχει προσδιοριστεί ότι απαιτείται ένας τουλάχιστον διπλωματούχος νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο ΤΕΠ. Με βάση αυτό το «standard» μπορεί κάποιος να υπολογίσει τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για ένα συγκεκριμένο ΤΕΠ (Λάμπρου, 2005).

Ιδιαίτερες επιπλέον παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την νοσηλευτική στελέχωση όπως το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας, οι άδειες του προσωπικού, η παρουσία ή μη βοηθητικού προσωπικού, η κάλυψη του ΤΕΠ σε ώρες αιχμής με περισσότερο προσωπικό. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού. Το μοντέλο στελέχωσης σε κάθε ΤΕΠ πρέπει να επιλέγεται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως είναι τα εξής (Λάμπρου, 2005):

1. αριθμός περιστατικών
2. οξύτητα περιστατικών
3. συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας
4. σύνθεση περιστατικών
5. συνδυασμός όλων των παραπάνω.

Σύμφωνα με την Ένωση Νοσηλευτών των ΤΕΠ η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται πρέπει να διευθύνεται από διπλωματούχο νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να (Λάμπρου, 2005):

- Έχει επαρκή προηγούμενη εμπειρία σε ΤΕΠ
- Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Να είναι έχει ειδίκευση Επείγουσας νοσηλευτικής

Ασφαλής στελέχωση σημαίνει ότι ένα κατάλληλος αριθμός προσωπικού με κατάλληλο επίπεδο δεξιοτήτων είναι προσβάσιμο όλες τις ώρες για να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες του ασθενή ικανοποιούνται και ότι οι ελεύθερες από κινδύνους εργασιακές συνθήκες διατηρούνται. Ένας πτυχιούχος νοσηλευτής οδηγεί σε μικρότερη θνησιμότητα και θνητότητα των ασθενών, σε μειωμένα περιστατικά δυσχερών συμβάντων, σε λιγότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και σε καλύτερη ικανοποίηση του ασθενή (Μαλλιαρού, 2008).

2.1.1 Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών Βενιζέλειου - Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Το ΤΕΠ του Βενιζέλειου Νοσοκομείου στο οποίο πραγματοποιούμε τη συγκεκριμένη έρευνα άρχισε να λειτουργεί σαν αυτόνομο τμήμα από το Μάρτιο του

2009. Τα προηγούμενα χρόνια λειτουργούσε στον ίδιο χώρο με τα τακτικά ιατρεία. Οι χώροι που υπάρχουν στο νέο ΤΕΠ είναι:

- Διαλογή
- Ιατρείο Διαλογής
- Χώρος Αναμονής Διαλογής
- Γραφείο Πληροφοριών
- Σταθμός Τραυματιοφορέων
- Γραφείο Κίνησης
- Χώρος Αναμονής Ιατρείων
- Γραφείο Προϊσταμένης
- Γραφείο Διευθυντή

Τα ιατρεία που λειτουργούν στα ΤΕΠ του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι:

- Αίθουσα Ανάνηψης (Ιατρείο Πόνου): 4 ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι
- Πνευμονολογικό: 3 ειδικευμένοι και 6 ειδικευόμενοι γιατροί
- Καρδιολογικό: 8 ειδικευμένοι και 6 ειδικευόμενοι γιατροί
- Παθολογικό: 11 ειδικευμένοι και 18 ειδικευόμενοι γιατροί
- Χειρουργικό (Νευροχειρουργικό, Ουρολογικό): 16 ειδικευμένοι και 18 ειδικευόμενοι γιατροί
- Σηπτικό Χειρουργείο
- Ορθοπαιδικό: 10 ειδικευμένοι και 8 ειδικευόμενοι γιατροί
- Αίθουσα γύψου
- Ψυχιατρικό: 3 ειδικευμένοι γιατροί
- Στάση Νοσηλευτών
- Θάλαμοι Βραχείας Νοσηλείας

Υπάρχουν επίσης και βοηθητικοί χώροι οι οποίοι είναι οι εξής:

- Εσωτερικοί χώροι αναμονής ιατρείων
- Αποθήκες υλικού
- Αποδυτήρια προσωπικού
- Office
- WC

Το ΤΕΠ λειτουργεί μόνο τις ημέρες εφημερίας του Νοσοκομείου (15 μέρες το μήνα). Τις μέρες εφημερίας, εφημερεύουν 8 ειδικευμένοι γιατροί και 15 ειδικευόμενοι. Σε κάθε ιατρείο εφημερεύει ένας ειδικευμένος και 2 ειδικευόμενοι γιατροί.

Όσον αφορά τους νοσηλευτές που εργάζονται στο ΤΕΠ, ανέρχονται στους 35. Σε κάθε μέρα εφημερίας, εφημερεύουν επτά νοσηλευτές το πρωί, επτά το απόγευμα και έξι το βράδυ.

Εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, υπάρχει και το παρακάτω προσωπικό:

- 17 μεταφορείς ασθενών
- 2 τεχνικοί
- 3 άτομα προσωπικό καθαριότητας
- 3 άτομα προσωπικό φύλαξης.

Επίσης, καθημερινά επισκέπτεται το ΤΕΠ ένας Κοινωνικός Λειτουργός από την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου, ο οποίος έχει αναλάβει το συγκεκριμένο τμήμα.

Τα τελευταία χρόνια, η συζυγική βία έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Waalén et al., 2000). Τα θύματα οικιακής βίας συχνά στρέφονται πρώτα στην οικογένεια και στους φίλους τους για συναισθηματική υποστήριξη, και όταν η βία αυξάνεται, ειδικά σε περιόδους κρίσεων, τότε αναζητούν βοήθεια από πιο επίσημους φορείς. Το σύστημα υγείας είναι συχνά το πρώτο μέρος στο οποίο στρέφονται τα θύματα οικιακής βίας για να βρουν βοήθεια, τοποθετώντας έτσι τους επαγγελματίες υγείας σε κεντρικό ρόλο για τη βοήθειά τους (Gwenneth et al, 1997).

Πολλές γυναίκες οι οποίες επισκέπτονται τα ΤΕΠ είναι θύματα συντροφικής βίας. Οι περισσότερες όμως, δεν αποκαλύπτουν την θυματοποίηση τους στους επαγγελματίες υγείας παρόλο που φαίνεται να αναζητούν βοήθεια από αυτούς πολύ συχνά. Καθώς η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν ρωτάει τις γυναίκες για πιθανή συντροφική βία, οι περισσότερες περιπτώσεις βίας παραμένουν άγνωστες.

Ο Kimberg (2001), ανέφερε τα αποτελέσματα μία μελέτης στην Αμερική, η οποία διεξήχθη υπό την αιγίδα του Ινστιτούτου Δικαιοσύνης και του Κέντρου για τον έλεγχο και την πρόληψη των ασθενειών (National Institute for Justice, Center for Disease Control and Prevention), τα οποία έδειξαν ότι ο επιπολασμός στην κοινότητα της άσκησης βίας ήταν 24,8%. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν την σημασία που καλούνται να παίξουν οι υπηρεσίες υγείας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινόμενου αυτού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διαχείριση των θυμάτων θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τις υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως (WHO, 1998).

2.2 Διαστάσεις του προβλήματος της συντροφικής βίας στα ΤΕΠ των νοσοκομείων

Τα τελευταία χρόνια, η συζυγική βία έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Waalén et al., 2000). Τα θύματα οικιακής βίας συχνά στρέφονται πρώτα στην οικογένεια και στους φίλους τους για συναισθηματική υποστήριξη, και όταν η βία αυξάνεται, ειδικά σε περιόδους κρίσεων, τότε αναζητούν βοήθεια από πιο επίσημους φορείς. Το σύστημα υγείας είναι συχνά το πρώτο μέρος στο οποίο στρέφονται τα θύματα οικιακής βίας για να βρουν βοήθεια, τοποθετώντας έτσι τους επαγγελματίες υγείας σε κεντρικό ρόλο για τη βοήθειά τους (Gwenneth et al., 1997).

Πολλές γυναίκες οι οποίες επισκέπτονται τα ΤΕΠ είναι θύματα συντροφικής βίας. Οι περισσότερες όμως, δεν αποκαλύπτουν την θυματοποίηση τους στους επαγγελματίες υγείας παρόλο που φαίνεται να αναζητούν βοήθεια από αυτούς πολύ συχνά. Καθώς η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν ρωτάει τις γυναίκες για πιθανή συντροφική βία, οι περισσότερες περιπτώσεις βίας παραμένουν άγνωστες.

Αν και κάποιες από τις γυναίκες που έχουν δεχτεί κακοποίηση υποφέρουν σιωπηλά, σημαντικός είναι ο αριθμός αυτών που αναζητά άμεση βοήθεια σε μονάδες υγείας, με ενοχλήσεις ή κακώσεις, η πηγή προέλευσης των οποίων να είναι λιγότερο ή περισσότερο φανερή (Hoff, 1994).

Πολύ συχνά θύματα συντροφικής βίας απευθύνονται στα ΤΕΠ. Πολλοί όμως από αυτούς περνούν από το ΤΕΠ χωρίς να αναγνωριστούν ως θύματα βίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις από την Εθνική Ανασκόπηση Βίας Έναντι Γυναικών των ΗΠΑ, κάθε χρόνο υφίστανται σωματική βία 1,5 εκατομμύριο γυναίκες από τους συντρόφους τους και αυτό συνεπάγεται 480.000 επισκέψεις στα ΤΕΠ ανά έτος. Η συχνότητα συντροφικής βίας σε γυναίκες που επισκέπτονται τα ΤΕΠ εκτιμάται σε 2-12% και πολλές από αυτές βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για εκ νέου θυματοποίηση (Abbott et al., 1995). Μια έρευνα από το Μισσούρι αναφέρει ότι στο 44% των περιπτώσεων συντροφικής βίας που κατέληξαν σε φόνο, τα θύματα είχαν επισκεφτεί τα ΤΕΠ του νοσοκομείου της περιοχής 48 φορές κατά τα 2 προηγούμενα χρόνια πριν το θάνατό τους (Witting et al. 2006).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Αμερική, ένα ποσοστό 17- 30% των γυναικών που επισκέφτηκαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων είχαν πέσει θύματα κακοποίησης (Waller et al. 1996).

Σε μια άλλη έρευνα, με συνέντευξη σε 109 ασθενείς γυναίκες που επισκέφτηκαν τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ένα Αμερικάνικο Νοσοκομείο, μόνο στις 50 από αυτές, καθορίστηκε η αιτία του τραυματισμού τους, ενώ η αποτυχία συμπλήρωσης ενός ολοκληρωμένου ιστορικού των γυναικών, ήταν η κύρια αιτία να χαθούν πολύτιμες πληροφορίες ακόμα και στα περιστατικά που είχαν υποστεί κακοποίηση (Gamble, 2001). Επίσης σύμφωνα με τον Παπάνη (2007), το 20 – 30% όλων των περιστατικών στα νοσοκομεία των ΗΠΑ αφορά κακοποιημένες γυναίκες.

Δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου το 1991 και το 1992 έδειξε ότι 1 στις 5 γυναίκες που προσέρχονταν στο τμήμα επειγόντων είχαν στο ιστορικό τους επεισόδια ενήλικης συντροφικής βίας και 1 στις 50 γυναίκες ήταν τη στιγμή της προσέλευσης (εν ενεργεία) θύματα. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα μελετών που διενεργήθηκαν σε τμήματα επειγόντων των Η.Π.Α. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι το ποσοστό ανίχνευσης θυμάτων οικιακής βίας από νοσηλευτές και ιατρούς ήταν πολύ χαμηλό και κυμαίνεται μεταξύ 5.0% μέχρι 16%. Το χαμηλό ποσοστό ανίχνευσης έχει αποδοθεί στην έλλειψη εκπαίδευσης σχετικά με προβλήματα της οικιακής βίας και τις ανάρμοστες αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας προς τα θύματα (Gwenneth et al, 1997).

2.3 Επίπεδα παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα ΤΕΠ

Οι επαγγελματίες υγείας, είναι οι πρώτοι και σε πολλές περιπτώσεις ίσως τα μοναδικά άτομα που έχουν επαγγελματική επαφή με τις κακοποιημένες γυναίκες. Όμως, στην πράξη, οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας δεν καταφέρνουν να προσεγγίσουν την ενδο-οικογενειακή βία ως πρόβλημα υγείας, αν και προηγείται και συμβάλλει σε κάποιες ασθένειες και ακόμη και στο θάνατο. Για τους επαγγελματίες της νοσοκομειακής κοινότητας, η αναγνώριση δεν είναι απλώς η αποκάλυψη μιας δεδομένης κατάστασης. Πρέπει να αναγνωρίζουν την πηγή του προβλήματος και να δίνουν λύσεις και ουσιαστική βοήθεια. Η βία κατατάσσεται υψηλά στην λίστα των αιτιών των τραυματισμών και θανάτων των γυναικών (Φιδάνη και Πενταράκη, 2008).

Το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων βλέπει τις κακοποιημένες γυναίκες αμέσως μετά το σοβαρό επεισόδιο κακοποίησης της

δεύτερης φάσης του κύκλου και την ώρα που περνούν στην τρίτη φάση της μεταμελημένης και τρυφερής συμπεριφοράς. Οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν τον χρόνο να ρωτήσουν την κακοποιημένη γυναίκα για την αιτία των τραυμάτων της. Ακόμα κι όταν ρωτούν, το κάνουν με τόσο αδιάφορο ή δύσπιστο τρόπο, που ωθεί τη γυναίκα να γίνεται αρνητική. Οι γυναίκες υποστηρίζουν ότι αν οι γιατροί δε φαινόταν τόσο βιαστικοί ίσως να τους έλεγαν την αλήθεια (eureka.lib.teithe.gr).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη δε βοηθά μόνο στην ανάρρωση από τα τραύματα, αλλά λειτουργεί και ως προσωρινό καταφύγιο. Στη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο η κακοποιημένη γυναίκα και ο δράστης αναγκάζονται ν' αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της βίας. Δεν μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τα τραύματα και να αρνηθούν την πραγματικότητα. Μολονότι οι περισσότερες γυναίκες γυρίζουν σπίτι τους για αποθεραπεία, για μερικές η νοσηλεία αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατάκτηση της ανεξαρτησίας τους (eureka.lib.teithe.gr).

Οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας :

- Να αναγνωρίζουν την κακοποίηση
- Να φέρνουν το θέμα της βίας προς συζήτηση
- Να πάρουν συνέντευξη, να υποστηρίζουν και να καθοδηγήσουν/συμβουλέψουν το θύμα κακοποίησης
- Να διεξάγουν μια προσεκτική ιατρική εξέταση και έκθεση του περιστατικού
- Να φέρουν αποδεικτικά στοιχεία της βίας (τραυματισμοί, ψυχολογικά προβλήματα, κλπ)
- Να συζητήσουν για την ασφάλεια των παιδιών
- Να καταγράψουν και καταγγείλουν την βία σε αντιστοιχία με τους υπάρχοντες νόμους
- Να παραπέμψουν το θύμα σε άλλους υποστηρικτικούς φορείς
- Να συντονίσουν την συνεργασία με άλλους επαγγελματίες (Φιδάνη και Πενταράκη , 2008).

2.3.1. Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Κάποιες από τις γυναίκες που έχουν δεχτεί κακοποίηση υποφέρουν σιωπηλά, σημαντικός είναι ο αριθμός αυτών που αναζητά άμεση βοήθεια σε μονάδες υγείας, με ενοχλήσεις ή κακώσεις (Hoff, 1994). Η διαχείριση των θυμάτων αποτελεί

προτεραιότητα για τις υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως (WHO, 1998). Οι φορείς υγείας συχνά αγνοούν ή κάνουν εσφαλμένη διάγνωση των συγκαλυμμένων αυτών συμπτωμάτων. Η αποτυχία των φορέων υγείας να αξιολογήσουν την περίπτωση της κακοποίησης σε όλες τις επισκέψεις επείγουσας ανάγωσης συμβάλει σημαντικά στη λαθεμένη διάγνωση της κακοποίησης, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στην προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού (Ανδρουλάκη, Τσιράκος, Μερκούρης, Ζηδιανάκης κ.α., 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας των εξωτερικών ιατρείων θα μπορούσαν να είναι τα πιο κατάλληλα άτομα για να διακρίνουν τις κακοποιημένες γυναίκες αν είχαν την ανάλογη εκπαίδευση. Πολλές νοσηλεύτριες ανέφεραν περιπτώσεις άσχημα τραυματισμένων γυναικών που κάθονταν στην αίθουσα αναμονής εξωτερικών ιατρείων, όταν έρχονταν βιαστικά οι άντρες τους και τις έσερναν έξω απ' το νοσοκομείο (www.eureka.lib.teithe.gr).

Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας είναι μόνο μια ομάδα ειδικών μέσα σε ένα ευρύτερο δίκτυο υποστήριξης που είναι αναγκαίο να βοηθήσουν τα θύματα της συντροφικής βίας. Ο ιδιαίτερος ρόλος των επαγγελματιών υγείας συνοψίζεται στον εντοπισμό των θυμάτων βίας και στην ενεργοποίηση μιας διαδικασίας που θα οδηγήσει στην διακοπή της κακοποίησης. Για τον λόγο αυτό, είναι πλέον σημαντικό να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των παραπάνω επαγγελματιών και άλλων σχετικών φορέων και των τοπικών αρχών. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό και χρήσιμο να υπάρχει και να διατίθεται σχετικό ενημερωτικό υλικό στις γυναικολογικές κλινικές και τα ιδιωτικά ιατρεία. (Kaselitz & Perttu, 2006)

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στον εντοπισμό των θυμάτων βίας και στη διαχείριση και ενεργοποίηση της διαδικασίας που θα οδηγήσει στη διακοπή της κακοποίησης είναι ιδιαίτερα καθοριστικός. Για παράδειγμα, συχνά στις δομές υγείας όπου προστρέχουν για βοήθεια τα θύματα κακοποίησης κι ενώ υπάρχει πιθανότητα έκθεσης της γυναίκας στη βία, δεν ερευνάτε διεξοδικά λόγω της άποψης ότι πρόκειται για προσωπικό θέμα. Παραγνωρίζεται το γεγονός ότι μόνο το 8 % των κακοποιημένων γυναικών παίρνει την απόφαση να μιλήσει ανοιχτά για το πρόβλημα από φόβο ή από ντροπή. Η ανίχνευση της κακοποίησης από τον επαγγελματία υγείας και η παραδοχή της από το θύμα είναι το πρώτο σημαντικό βήμα. Οι υποστηρικτικές ενέργειες που ακολουθούν για το θύμα ποικίλουν, από την προσφορά βοήθειας για να αντιμετωπιστούν ορισμένα ζητήματα (φιλοξενία, περιοριστικά μέτρα κ.α.) μέχρι την ψυχολογική θεραπεία (www.cyna.org).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τον χρόνο να ρωτήσουν την κακοποιημένη γυναίκα για την αιτία των τραυμάτων της. Ακόμα κι όταν ρωτούν, το κάνουν με τόσο αδιάφορο ή δύσπιστο τρόπο, που ωθεί τη γυναίκα να γίνεται αρνητική. Οι γυναίκες υποστηρίζουν ότι αν οι γιατροί δε φαινότουσαν τόσο βιαστικοί ίσως να τους έλεγαν την αλήθεια (www.eureka.lib.teithe.gr).

Εξετάσεις ρουτίνας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία θα πρέπει να ξεκινήσουν. Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να έχουν προσωπική και απόρρητη συνάντηση με τον ειδικό επαγγελματία τουλάχιστον μια φορά κατά την επίσκεψή τους στην κλινική. Η συνάντηση αυτή θα μπορούσε να αποβεί σημαντική για την αποκάλυψη πιθανής βίας (Kaselitz & Perttu, 2006).

Η έγκαιρη αναγνώριση της άσκησης βίας στις γυναίκες – θύματα σίγουρα δεν είναι μια εύκολη υπόθεση. Ωστόσο, με την ανασκόπηση διεθνών ερευνών επιτεύχθηκε μια καταγραφή σημείων που θα μπορούν να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας που θα έρχονται σε επαφή με τις γυναίκες να εντοπίσουν ευκολότερα τα σημάδια κακοποίησης. Έχουν σχηματιστεί από ερευνητές λίστες με δείκτες που καταδεικνύουν την πιθανή άσκηση βίαιης συμπεριφοράς, ωστόσο η ακριβής αναγνώριση της βίας απαιτεί συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με την φυσική και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας και τις συνθήκες ζωής της. Οι γυναίκες είναι διστακτικές στο να ξεκινήσουν μια συζήτηση για αυτό που τους συμβαίνει γι' αυτό οι γυναίκες που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει από την αρχική προσέγγιση και εκτίμηση να αντιμετωπίζονται ως πιθανά θύματα κακοποίησης. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες αντιδρούν θετικά όταν ερωτώνται από ειδικούς για τις εμπειρίες τους παρόλο που από μόνες τους δε θα ξεκινούσαν να συζητήσουν γι' αυτό (Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009).

Μερικές από τις βασικές αρχές κατά τη διαδικασία ανίχνευσης της κακοποίησης από τους επιστήμονες υγείας είναι να γίνονται οι ερωτήσεις για θέματα βίας στη γυναίκα μόνο όταν αυτή είναι μόνη και όχι όταν είναι κοντά ο σύντροφος, τα παιδιά, συγγενείς ή φίλοι. Η οπτική επαφή και η συγκέντρωση της προσοχής στη γυναίκα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η εξασφάλιση ενός κλίματος εμπιστοσύνης θα βοηθήσει τη συζήτηση, ώστε η γυναίκα να αισθανθεί άνετα για να εξωτερικεύσει το πρόβλημα της. Η κατανόηση και η αποδοχή των εμπειριών και των απόψεών της θα δείξει στη γυναίκα ότι ο επαγγελματίας υγείας τη σέβεται. Ένδειξη επαγγελματικής ευθύνης είναι η ανάληψη πρωτοβουλίας του επαγγελματία υγείας να ρωτήσει πρώτος με φιλικό και ζεστό τρόπο για τη βία ώστε να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης.

Παροχή διαβεβαίωσης στη γυναίκα ότι δε θα πρέπει να αισθάνεται άσχημα που συζητά για το θέμα αυτό και ότι δεν είναι η μόνη γυναίκα που της συμβαίνει κάτι τέτοιο. Η συντροφική βία είναι έγκλημα και δεν φταίει αυτή γι 'αυτό που της συμβαίνει (Αθανασοπούλου και Καμπά , 2009).

2.3.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας

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

Δυστυχώς ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν αυτές τις γυναίκες σαν να ευθύνονται οι ίδιες για την κακοποίηση, εξαιτίας της συμπεριφοράς τους, του χαρακτήρα τους ή των «θέλων» τους. Συγκεκριμένα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παρά το υψηλό επίπεδο βίας κατά των γυναικών, οι κοινωνικοί λειτουργοί καταγράφοντας το κοινωνικό ιστορικό κάθε περίπτωσης, αναγνώριζαν άλλους παράγοντες ως πηγή του προβλήματος. Η βία αγνοούνταν συστηματικά ως αιτιολογικός παράγοντας για τα οικογενειακά προβλήματα και ως αρχική αιτία της αγωνίας των γυναικών που αισθάνονταν ότι κινδυνεύουν σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις (Αποστόλου και Μπίσκου, 2008).

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

Η άποψη των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να εστιάζεται στο γεγονός ότι οι κακοποιημένες γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολίες που δημιουργούνται κάτω από τις συνθήκες μιας συγκεκριμένης κοινωνικής δομής. Με την ατομική κοινωνική εργασία ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει, αρχικά, να ανασυγκροτήσει το «εγώ» της γυναίκας και να αναπτύξει τη χαμένη αυτοπεποίθηση της, ώστε να μπορέσει η ίδια να δράσει, μειώνοντας την παθητικότητα και τη μοιρολατρία που την διακατέχουν.

Η παρέμβαση του επαγγελματία στην κρίση, θεωρείται απαραίτητα να γίνει με τη συνεχή υποστήριξη του, ώστε να μειωθεί η αίσθηση της μειονεξίας της εξυπηρετούμενης σε σχέση με τον άντρα της. Θα πρέπει να της ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό της καθώς και τις δυνατότητες της. Θα πρέπει γενικότερα η κακοποιημένη γυναίκα μέσα σε μια θεραπευτική σχέση να αντιμετωπίζεται με κατανόηση, αποδοχή των συναισθημάτων και των παλινδρομήσεων στην συμπεριφορά.

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

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

Στην περίπτωση, βέβαια, που το θύμα (γυναίκα) αποφασίσει να καταγγείλει την κακοποίηση, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να το ενημερώσει για την πορεία

της καταγγελίας. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να κινηθεί διερευνώντας και αξιοποιώντας τις κατάλληλες πηγές έτσι ώστε να παρέχει τη σωστή πληροφόρηση (π.χ. αστυνομία, δικαστήρια, κ.λ.π) (Πανούσης, 1989).

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

Μέσα από την κοινότητα ενισχύεται το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της πρόληψης. Με την εφαρμογή προγραμμάτων στα σχολεία με άλλους ειδικούς καθώς και με την εφαρμογή διαλέξεων και σεμιναρίων τα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας έρχονται στην επιφάνεια και αντιμετωπίζονται πιο έγκαιρα και κατάλληλα.

Το έργο ωστόσο των κοινωνικών λειτουργών και των άλλων ειδικών στο φαινόμενο της κακοποίησης δεν «φαίνεται». Η κατανόηση, η διαμεσολάβηση ανάμεσα στους θεσμούς και στους ανθρώπους, η συμπαράσταση, η αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων, η επίλυση ειδικών θεμάτων, η διερεύνηση των αναγκών με τα κατάλληλα μέσα (κοινωνικά ιστορικά, έρευνα-δράση, κ.α.), η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των ατόμων, απαιτούν χρόνο για να αποφέρουν το επιθυμητό και προσδοκώμενο αποτέλεσμα (Δρακάκη και Καστρινάκη, 2009).

Κοινωνική Υπηρεσία Βενιζελείου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο, μπορούμε να πούμε ότι είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής κοινωνικής εργασίας και κοινωνικού σχεδιασμού. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις. Σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, ο κοινωνικός λειτουργός, στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα υγείας, στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Το επαγγελματικό επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο, είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρώπινων σχέσεων (www.pepagnh.gr).

Η Κοινωνική Υπηρεσία, ανήκει στην Ιατρική υπηρεσία. Ιδρύθηκε το 1970, όπου τότε λειτουργούσε με έναν Κοινωνικό Λειτουργό. Τώρα στο νοσοκομείο είναι έξι Κοινωνικοί Λειτουργοί, όπου έχουν τις δικές τους κλινικές. Υπάρχει επίσης ακόμη ένας Κοινωνικός Λειτουργός όπου ασχολείται με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Το έργο της Κοινωνική Υπηρεσίας του νοσοκομείου είναι: συμβουλευτικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό. Ποιο συγκεκριμένα, η κοινωνική υπηρεσία έχει την ευθύνη και την φροντίδα για την συμπαράσταση στους ασθενείς στο νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της πολιτείας. Το έργο της, γίνεται με την εντόπιση, διερεύνηση και αξιολόγηση προβλημάτων. Γίνεται επίσης προετοιμασία του ασθενή, για την προσαρμογή του. Ακόμη, παράσχετε συναισθηματική υποστήριξη στους ασθενείς, όπως επίσης δημιουργούν ομάδες ασθενών, ώστε να υπάρχει βοήθεια μέσω της ομάδας. Μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας γίνεται η αποκατάσταση εγκαταλελειμμένων μητέρων, παιδιών και ηλικιωμένων σε ιδρύματα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του νοσοκομείου, έρχονται σε επαφή με ένα ευρύ φάσμα ασθενών όπως: άτομα που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, με ηλικιωμένους, με εξαρτημένα άτομα, με οικονομικούς μετανάστες, με τραυματίες από τροχαία ατυχήματα, με πρόσφυγες, με αθίγγανους, με μοναχικά άτομα κ.α.

Όλες οι κλινικές του νοσοκομείου μαζί με την Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι 24 στο σύνολο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν, αναλάβει η κάθε μια ξεχωριστά κάποιες κλινικές της επιλογής τους, ώστε να υπάρχει καλύτερη και ουσιαστικότερη εξυπηρέτηση και βοήθεια των ασθενών. Αναλυτικότερα οι κλινικές είναι οι εξής:

- Α' και Β' Παθολογική
- Α' και Β' Παιδιατρική
- Α' και Β' Ορθοπαιδική
- Α' και Β' Χειρουργική
- Γαστρεντερολογική
- Καρδιολογική
- Οφθαλμολογική
- Φυσιοθεραπείας

- Ω.Ρ.Λ.
- Ογκολογική
- Νευροχειρουργική - Γναθοχειρουργική
- Μαιευτική – Γυναικολογική
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
- Αιματολογική
- Μονάδα Πρόωρων
- Νευρολογική
- Ουρολογική
- Πνευμονολογική
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών του νοσοκομείου επιτελείται με συνέντευξη όπου παίρνει ο Κοινωνικός Λειτουργός από τον ασθενή, στο γραφείο ή στο θάλαμο του ασθενή ή στο σπίτι του. Η συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με τον άρρωστο μπορεί να συνεχιστεί ακόμα και μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομείο πρέπει πάντα να είναι σε ετοιμότητα, διότι ενώ εργάζονται μόνο πρωινές ώρες, συγκεκριμένα από τις 8:00 έως τις 14:00, υπάρχει η εφημερία ετοιμότητας από το σπίτι, που λειτουργεί όμως, μόνο όταν εφημερεύει το νοσοκομείο.

2.3.3. Εργαλεία και μέθοδοι παρέμβασης

2.3.3.1. Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες

Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι κλινικές οδηγίες αποτελούν σύνολα προτάσεων και προτροπών που βοηθούν τον ιατρό αλλά και τον ασθενή στη λήψη των βέλτιστων αποφάσεων σε θέματα που αφορούν στην παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη. Αποτελούν μια σχετικά πρόσφατη καινοτομία, θεωρούμενη από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας ως ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο στην καθημερινή κλινική πράξη σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, η εφαρμογή κλινικών

πρωτοκόλλων είναι ακόμα πολύ περιορισμένη σε πολλές χώρες, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος , 2010).

Τα κλινικά πρωτόκολλα αναγνωρίζουν, αξιολογούν και συνοψίζουν τις ορθότερες, επικρατέστερες και πειστικότερες αποδείξεις και στοιχεία, καθώς επίσης και τα πλέον πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στην πρόληψη, στη διάγνωση, στην πρόγνωση, στη θεραπεία, στην ασφάλεια, στη σχέση κινδύνου/οφέλους, καθώς και στην κλινική και την οικονομική αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην άσκηση της σύγχρονης Ιατρικής. Τέλος, άπτονται καίριων ζητημάτων που αφορούν στην καθημερινή κλινική πρακτική και στις πιθανότερες επιλογές της ιατρικής παρέμβασης και τις επιπτώσεις τους. Με τον τρόπο αυτόν, τα κλινικά πρωτόκολλα και οι κλινικές οδηγίες, συμπληρώνοντας την κλινική εμπειρία και επιστημονική κρίση των ιατρών, συνεπικουρούν στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων και τις συνέπειές τους (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος , 2010).

Σε πολλές περιπτώσεις κλινικών οδηγιών οι διάφορες θεραπευτικές επιλογές είναι κατηγοριοποιημένες, ώστε να βοηθηθούν οι ιατροί στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον ασθενή τους. Οι στόχοι των κλινικών οδηγιών και των πρωτοκόλλων είναι πολλαπλοί. Αφορούν στους ιατρούς, στους ασθενείς και στο ευρύτερο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η εισαγωγή και η συστηματική χρήση των κλινικών πρωτοκόλλων και οδηγιών στους οργανισμούς υγείας είναι σχετικά πρόσφατη, αφού πρωτοεμφανίστηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1990.

Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι οδηγίες μπορούν να αποδειχθούν αρκετά ωφέλιμα σε κάθε τομέα ενός συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, στοχεύουν στη διευκόλυνση του κλινικού έργου –και ιδίως των νέων ιατρών– μέσω της συστηματοποίησης του τεράστιου όγκου των σύγχρονων και συνεχώς εξελισσόμενων και αυξανόμενων ιατρικών δεδομένων συνεπικουρούμενα και από τη χρήση σύγχρονων τεχνολογικών μέσων, όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και το διαδίκτυο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης, η μείωση των πολλαπλών κινδύνων που ελλοχεύουν για τον ασθενή και τον ιατρό, καθώς και η επίτευξη της βέλτιστης ισορροπίας αφενός μεταξύ ιατρικών παραμέτρων, όπως η κλινική αποτελεσματικότητα, η ευαισθησία και η ειδικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων, και αφετέρου μεταξύ οικονομικών περιορισμών, που,

τελευταία, παρεισφρύνουν με αύξουσα συχνότητα στην άσκηση της κλινικής Ιατρικής (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος, 2010).

Τα σημαντικά οφέλη που αποκομίζει το ιατρικό σώμα από την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών και των πρωτοκόλλων οφείλονται στο γεγονός ότι προσφέρουν, συνολικά, μια εικόνα περισσότερο ολοκληρωμένη, συντείνοντας έτσι στην επιλογή της καταλληλότερης και αποτελεσματικότερης κλινικής απόφασης.

Οι επαγγελματίες υγείας με τη χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και οδηγιών μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά ενδεχόμενα νομικά προβλήματα –που θα προέκυπταν κάτω από άλλες συνθήκες– χρησιμοποιώντας αξιολογημένες, έγκυρες και ευρέως αποδεκτές θεραπευτικές επιλογές για την κάθε ιδιαίτερη περίπτωση (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος, 2010).

Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς είναι από τους κύριους αποδέκτες των ωφελειών από την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών και των πρωτοκόλλων. Αναλυτικότερα, τα κλινικά πρωτόκολλα που έχουν αξιολογηθεί θετικά με μεθοδολογικά άρτιο τρόπο βελτιώνουν την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης, μειώνοντας τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και το χρόνο νοσηλείας. Επιπλέον, με την καθιέρωση της εφαρμογής των κλινικών πρωτοκόλλων μπορεί να διασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής λαμβάνει την ίδια ορθή και διεθνώς αποδεκτή θεραπευτική αγωγή, δεδομένου ότι βασίζεται στις νεότερες εξελίξεις και σε επιστημονικά άρτιες και έγκυρες ενδείξεις (evidence-based), ανεξάρτητα από το γεγονός ότι κάθε ασθενής περιθάλπεται σε διαφορετικό γεωγραφικό σημείο και από διαφορετικό ιατρό (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος, 2010).

Ένα άλλο προφανές όφελος των κλινικών πρωτοκόλλων για τους ασθενείς είναι ο ενημερωτικός και εκπαιδευτικός χαρακτήρας τους. Τα περισσότερα εθνικά κλινικά πρωτόκολλα δημοσιεύονται στο διαδίκτυο και σε διάφορα ενημερωτικά φυλλάδια και συνεπώς είναι ευρέως διαθέσιμα στο κοινό. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς γνωρίζουν σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό τι να περιμένουν από τους ιατρούς τους, όσον αφορά στη θεραπεία τους, και έτσι μπορούν να συνεισφέρουν εποικοδομητικά στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων για το πρόβλημα της υγείας τους. (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος, 2010).

Η υιοθέτηση, η αποδοχή και η συστηματική εφαρμογή των κλινικών πρωτοκόλλων στην καθημέρα κλινική πράξη αποτελεί μια δύσκολη και μάλλον ακανθώδη διαδικασία. Πληθώρα μελετών δείχνουν ότι αν και σε αρκετές χώρες

υπάρχουν εδώ και δεκαετίες κλινικά πρωτόκολλα, πολλοί ιατροί δεν τα εφαρμόζουν. (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος , 2010).

Σύμφωνα με τους Ανδρουλάκη κ.α. (2008) ακόμα και αν η υπηρεσία υγείας διαθέτει πρωτόκολλα διαχείρισης θυμάτων βίας οι επαγγελματίες υγείας είτε δεν τα γνωρίζουν ή δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη ώστε να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. Αυτό εξηγεί γιατί την προηγούμενη δεκαετία αν και αυξήθηκε η χρήση πρωτοκόλλων εντούτοις μειώθηκε το ποσοστό αναγνώρισης της οικογενειακής βίας στο χώρο των ΤΕΠ.

Ένας από τους κύριους λόγους που πολλοί ιατροί αρνούνται να ακολουθήσουν κλινικά πρωτόκολλα είναι ότι διαφωνούν σε άλλοτε άλλο βαθμό με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων πολλών διεθνών κλινικών μελετών που έχουν χρησιμοποιηθεί για να τεκμηριώσουν επιστημονικά τα κλινικά πρωτόκολλα. Αυτό συμβαίνει γιατί, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι όλες οι ιατρικές μελέτες εξίσου καλά οργανωμένες και σχεδιασμένες (Σκαλκίδης, Νάστος και Ζαβιτσάνος , 2010).

Σύμφωνα με την Taylor, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ορίζονται ως οι «θέσεις που διατυπώνονται μετά από κριτική και συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας, για να βοηθήσουν τους κλινικούς στο χώρο της υγείας, αλλά και τους ασθενείς, στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή κατάλληλης φροντίδας, σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις, ανεξάρτητα από το ποιος παρέχει τη φροντίδα». Πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής αποτελούν ορισμένες αρχές των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες εφαρμόζονται σε επίπεδο τμημάτων ενός νοσοκομείου και μπορεί να διαφέρουν κατά την εφαρμογή τους σε κάθε νοσοκομείο. Το πρωτόκολλο κλινικής πρακτικής υποδεικνύει ενέργειες που πρέπει να εφαρμοστούν, ενώ οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες προσφέρουν ευελιξία στους επαγγελματίες υγείας να ασκούν το κλινικό τους έργο βάσει των αναγκών του κάθε ασθενούς (Καλαφάτη, Μπελλάλη, Χατζοπούλου, Φύτρου, Κορέλη και Ηλιοπούλου, 2007).

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες εστιάζονται σε ένα κλινικό πρόβλημα ή παρέμβαση και αναφέρονται σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Στόχοι τους είναι : (α) να αποτελέσουν ένα ευέλικτο εργαλείο παροχής επαρκούς και κατάλληλης φροντίδας υγείας, (β) να προάγουν την κλινική πρακτική, (γ) να διασφαλίσουν την κλινική αποτελεσματικότητα και (δ) να περιορίσουν την απόκλιση της καθημερινής κλινικής πρακτικής από τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα.

Στην Ελλάδα γίνονται προσπάθειες για την παροχή φροντίδας υγείας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, παρά τις δυσκολίες που απαντώνται στην εφαρμογή της. Οι προσπάθειες αφορούν στη διατύπωση πρωτοκόλλων και στη μετάφραση κατευθυντήριων οδηγιών, τόσο από νοσηλευτικούς επιστημονικούς φορείς (Νεφρολογικός Τομέας, Ομάδα Εργασίας Καρδιολογικής Νοσηλευτικής της Πανελληνίας Καρδιολογικής Εταιρείας), όσο και από νοσοκομεία τα οποία έχουν προβεί στην ανάπτυξη εσωτερικών πρωτοκόλλων και διαδικασιών νοσηλευτικής πρακτικής, με σκοπό την εφαρμογή συστημάτων ποιότητας για την πιστοποίηση τμημάτων ή μονάδων. (Καλαφάτη, Μπελλάλη, Χατζοπούλου, Φύτρου, Κορέλη και Ηλιοπούλου, 2007).

Πριν δύο έτη συστάθηκε ομάδα ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, υπό την αιγίδα του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του ΕΣΝΕ, προκειμένου να διατυπώσει κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τις νοσηλευτικές πράξεις που διενεργούνται στο χώρο των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) (Καλαφάτη, Μπελλάλη, Χατζοπούλου, Φύτρου, Κορέλη και Ηλιοπούλου, 2007).

Η ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών δεν αποτελεί εύκολη διαδικασία. Παρόλ' αυτά, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα εφαρμογής τους, καθώς αυτές αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, προάγοντας την κλινική πρακτική και περιορίζοντας την απόκλισή της από τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Η ευελιξία κατά την εφαρμογή τους, σε αντίθεση με τα κλινικά πρωτόκολλα, επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναπτύσσουν την κριτική τους ικανότητα και να λαμβάνουν πρωτοβουλίες, αφού πρώτα εκτιμήσουν τις ανάγκες των ασθενών. Η γνώση της εφαρμογής μιας κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας από συγκεκριμένους επαγγελματίες υγείας βοηθά τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα και να εκτιμήσουν την κλινική αποτελεσματικότητα.

Η μεθοδολογία ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο της βασικής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Οι οδηγίες, άλλωστε, ανταποκρίνονται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση που προκύπτει από νέες κλινικές μελέτες, ελέγχονται για την αποτελεσματικότητά τους και απαιτείται η αναθεώρησή τους σε προκαθορισμένο χρονικό διάστημα ή όποτε κρίνεται αναγκαίο.

Βέβαια, η εφαρμογή των οδηγιών προϋποθέτει αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να πειστούν για την αναγκαιότητά τους, αφού διαπιστώσουν τη διευκόλυνση του κλινικού τους έργου, αλλά και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μέσα από την παρακολούθηση συγκεκριμένων κλινικών δεικτών. (Καλαφάτη, Μπελλάλη, Χατζοπούλου, Φύτρου, Κορέλη και Ηλιοπούλου, 2007).

Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της αντιμετώπισης της συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας

Έξι μελέτες εξέτασαν την επίδραση παρεμβάσεων που συνδύαζαν επιπλέον στρατηγικές (π.χ. πρωτόκολλα ελέγχου, καταλόγους αναφοράς, άλλα βοηθήματα) πέρα από την εκπαίδευση των προμηθευτών υγείας με σκοπό την αύξηση της συχνότητας ελέγχου και την εντόπιση των θυμάτων Βίας από Στενό Σύντροφο. Όλες πλην μίας μελέτης περιλάμβαναν μία προκαθορισμένη λίστα ερωτήσεων για τη διενέργεια ελέγχου ΒΣΣ. Και στις έξι μελέτες, η επίδραση της παρέμβασης αξιολογήθηκε συγκρίνοντας την συχνότητα ανίχνευσης θυμάτων πριν και μετά την παρέμβαση μέσα σε ένα χρόνο από τη διενέργεια της παρέμβασης. Σε μία από αυτές τις μελέτες, η συχνότητα διενέργειας ελέγχου αξιολογήθηκε ξανά 8 χρόνια μετά την παρέμβαση.

Τρεις από τις τέσσερις μελέτες που έγινε σε τμήματα επειγόντων περιστατικών έδειξε σημαντική αύξηση στην ανίχνευση θυμάτων ΒΣΣ μετά την εισαγωγή συγκεκριμένου πρωτοκόλλου. Εντούτοις, σε μία μελέτη που αξιολόγησε τη μακροχρόνια επίδραση αυτού του τύπου παρέμβασης, βρέθηκε ότι η συχνότητα ανίχνευσης θυμάτων ΒΣΣ, η οποία είχε αυξηθεί σημαντικά ένα μήνα μετά την παρέμβαση, είχε πέσει πάλι στα αρχικά επίπεδα 8 χρόνια αργότερα. Στη μία μελέτη που δεν έδειξε αύξηση στη συχνότητα ανίχνευσης ΒΣΣ, οι ερευνητές παρατήρησαν μία τάση για βελτιωμένη καταγραφή και αναφορά των θυμάτων που εντοπίζονταν, μετά τις παρεμβάσεις.

Σε μία μελέτη σε κέντρα υγείας της κοινότητας, η συχνότητα καταγραφής της κατάστασης ΒΣΣ στον ιατρικό φάκελο δεν άλλαξε, παρόλο που αυξήθηκε, μετά την παρέμβαση, η συχνότητα ελέγχου για ΒΣΣ και η αναφορά ασθενών που εντοπίζονταν ως θύματα ΒΣΣ. Σε μία μελέτη που διενεργήθηκε σε κέντρο προγεννητικού ελέγχου, οι Covington και συνεργάτες βρήκαν ότι η καθοδήγηση των προμηθευτών υγείας να υποβάλλουν ερωτήσεις ελέγχου σε μία μοναδική επίσκεψη κατά τον προγεννητική

φροντίδα δεν αύξησε σημαντικά την εντόπιση ΒΣΣ σε έγκυες εφήβους. Εντούτοις, όταν καθοδηγήθηκαν οι προμηθευτές υγείας να ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις σε κάθε επίσκεψη τριμήνου κατά την προγεννητική περίοδο φροντίδας, υπήρξε σημαντική αύξηση της συχνότητας ανίχνευσης ΒΣΣ. (Waalén et al., 2000).

Δύο επιπλέον μελέτες αναφέρουν τα αποτελέσματα παρεμβάσεων που συνδυάζουν την εκπαίδευση των προμηθευτών υγείας με άλλες στρατηγικές με σκοπό να αυξήσουν την ανίχνευση των θυμάτων ΒΣΣ στην κλινική πράξη. Σε μία από αυτές τις μελέτες, αξιολογήθηκε η επίδραση της ύπαρξης ενός μέλους του προσωπικού (βοηθός ιατρού) αφιερωμένου στην ανίχνευση θυμάτων ΒΣΣ στο τμήμα επειγόντων. Παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό ανίχνευσης θυμάτων ΒΣΣ από το προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών (με την εξακρίβωση της ΒΣΣ από αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο στο θύμα) όταν υπήρχε άτομο αφιερωμένο στην ανίχνευση ΒΣΣ (47%) συγκρινόμενο με το προσωπικό του τμήματος επειγόντων σε τρία νοσοκομεία μάρτυρες (11%).

Μία δεύτερη μελέτη αξιολόγησε τις μεταβολές στις αντιλήψεις και πρακτικές των νοσηλευτών που εργάζονταν σε κλινικές προγεννητικού ελέγχου μετά από ένα αρχικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και την εισαγωγή λίστας ερωτήσεων ελέγχου ΒΣΣ. Αλλαγές στις αντιλήψεις αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια 5 έως 10λεπτων ανακεφαλαιωτικών μαθημάτων μετά το τέλος του ωραρίου της κλινικής για διάστημα 12 εβδομάδων. Τα ανακεφαλαιωτικά μαθήματα ήταν ευκαιρία για ανταπόκριση των νοσηλευτών σχετικά με την επίδοσή τους. Αποσπάσματα από την ανταπόκριση των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων έδειξε ότι οι νοσηλευτές περνούν από διακριτά στάδια μέχρι να φτάσουν στην αποδοχή του πρωτοκόλλου. Οι νοσηλευτές περνούσαν από το στάδιο «ξέχασα να ρωτήσω» τις πρώτες εβδομάδες στο στάδιο δικαιολογιών για το ότι δεν ρωτούσαν (εβδομάδες 2 και 3) στο στάδιο των ερωτήσεων (αλλά αποδίδοντας την ανάγκη υποβολής των ερωτήσεων από κάποιον) άλλον (εβδομάδες 4 και 5). Στο τέλος των ανακεφαλαιωτικών μαθημάτων (εβδομάδα 12), οι συγγραφείς παρατήρησαν ότι όλοι οι νοσηλευτές αναλάμβαναν πλέον προσωπική ευθύνη για να κάνουν ΒΣΣ ερωτήσεις. (Waalén et al., 2000).

2.3.3.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος ή έλεγχος διαλογής

Προσυμπτωματικός έλεγχος, είναι η αναγνώριση μιας ασυμπτωματικής νόσου ή ενός παράγοντα κινδύνου με το κλινικό ιστορικό, την φυσική εξέταση, τον εργαστηριακό έλεγχο ή άλλες εύκολες επεμβατικές ή μη ιατρικές πράξεις. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος θα πρέπει απαραίτητα να μπορεί να διαγνώσει τη νόσο ή τον παράγοντα κινδύνου για νόσο. Είναι μέρος πολλών πρωτογενών προλήψεων και απαραίτητο στην δευτερογενή πρόληψη (www.peraghn.gr).

Με τον όρο «προσυμπτωματικός έλεγχος» (Check-Up) εννοούμε την αναζήτηση κάποιας διαταραχής της υγείας μας, μέσω των εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί ή όπως αλλιώς λέμε, προτού αυτή μας «δώσει συμπτώματα» (www.chem-lab.com.cy).

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να αφορά σε ένα νόσημα ή περισσότερα νοσήματα, οπότε ονομάζεται αντίστοιχα μονοφασικός (απλός) ή πολυφασικός (πολλαπλός). Για να καθιερωθεί από το κράτος, προσυμπτωματικός έλεγχος για μια αρρώστια, θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις. Η αρρώστια να είναι σχετικά βαριά, γιατί σε αντίθετη περίπτωση δεν δικαιολογείται το κόστος, να υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης της αρρώστιας όταν διαγνωσθεί προσυμπτωματικά γιατί αλλιώς η επιτάχυνση της διάγνωσης δεν προσφέρει καμία βοήθεια. Να υπάρχει, τουλάχιστον, μια διαγνωστική δοκιμασία που να μην είναι δυσάρεστη η επώδυνη και να έχει μεγάλη εργαστηριακή αξιοπιστία (www.eleftheria.gr).

Μετά από μακροχρόνιες επιστημονικές έρευνες, η ιατρική σήμερα παραδέχεται ότι η σύγχρονη εξέλιξη στον τομέα των Εργαστηριακών Διαγνωστικών Εξετάσεων σε συνδυασμό με την εξέταση από τον Ειδικό Ιατρό προσφέρει ένα σίγουρο μέσο για τη σωστή και έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία πολλών ασθενειών . Κυρίως όμως συντείνει στην πρόληψη τους που είναι ο πιο σύγχρονος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των κυριότερων ασθενειών της εποχής μας . Γι' αυτόν τον λόγο, οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται μια φορά τον χρόνο (εκτός από ειδικές περιπτώσεις) ώστε οποιαδήποτε αλλαγή από χρόνο σε χρόνο να εντοπίζεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά (www.chem-lab.com.cy).

Οι εξετάσεις του προσυμπτωματικού ελέγχου μπορεί να χρησιμοποιηθούν και σαν διαγνωστικές εξετάσεις. Η κλινική διάγνωση, περιλαμβάνει όλο εκείνο το έλεγχο που θα επιβεβαιώσει την διάγνωση, θα διαπιστώσει την βαρύτητα της νόσου και θα

εφοδιάσει τον γιατρό με τις απαραίτητες πληροφορίες για να αποφασίσει την πιο κατάλληλη θεραπεία (www.peraghn.gr).

Τα τελευταία στοιχεία ερευνών αποδεικνύουν ότι ο Ετήσιος Προσυμπτωματικός Έλεγχος από τον ειδικό ιατρό, μαζί με τις απαιτούμενες Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις, μειώνουν σε μεγάλο βαθμό τους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία μας. Συνεπώς οι Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις είναι ένα χρήσιμο και απαραίτητο εργαλείο στα χέρια του ιατρού, ο οποίος θα μπορέσει να εντοπίσει έγκαιρα αυτούς τους προδιαθεσικούς παράγοντες και θα του επιτρέψει να κάνει διάγνωση σε πρώιμο στάδιο και να προχωρήσει στη θεραπεία ή να συστήσει «προληπτικές στρατηγικές» για την υγεία μας (www.chem-lab.com.cy).

Αναγνωρίζοντας τη σημαντική νοσηρότητα που συνοδεύει τη συντροφική βία και τη δυνατότητα που έχουν οι επαγγελματίες υγείας να εντοπίζουν και να αναφέρουν τα θύματα συντροφικής βίας, πολλοί οργανισμοί παροχής υγείας συστήνουν συστηματικό έλεγχο ασθενών. Ο ορισμός του «Συστηματικού Ελέγχου» ποικίλει σημαντικά περιλαμβάνοντας τη διενέργεια ελέγχου σε ασθενείς μόνο για τους οποίους υπάρχει υποψία ότι είναι θύματα συντροφικής βίας μέχρι τη διενέργεια ελέγχου σε κάθε ασθενή σε κάθε ιατρική επίσκεψη (Waalén et al., 2000).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η δημιουργία ενός προγράμματος στις υπηρεσίες υγείας πρώιμης διάγνωσης των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή που είναι σε κίνδυνο να υποστούν κάποια μορφή βίας, θα είχε τεράστια ευεργετική επίδραση στην σωστή διαχείριση του φαινομένου αυτού, στην μείωσή του αλλά και στην καλύτερη προσφορά υπηρεσιών υγείας βασισμένων στις πραγματικές ανάγκες των γυναικών αυτών (Poirier L., 1997; Department of Health, 2000; Middlesex-London Health Unit 2000; Asher J., et. al. 2001; Punukollu M., 2003; Family Violence Prevention Fund 2004; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario 2004).

Η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος, θα αύξανε τις πιθανότητες τόσο για τον εντοπισμό περιπτώσεων κακοποίησης όσο και για τον σχεδιασμό αποδοτικών παρεμβάσεων (Family Violence Prevention Fund 2004; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario 2004).

Αν και πολυάριθμοι οργανισμοί παροχής υγείας υποστηρίζουν την ανάγκη ελέγχου για συντροφική βία, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα πραγματικά ποσοστά ελέγχου παραμένουν χαμηλά στην κλινική πράξη (Waalén et al., 2000).

Μία μελέτη που εξέτασε τη συχνότητα ελέγχου για συντροφική βία βρήκε ότι μόνο το 13% θυμάτων οξέων φαινομένων που παρουσιάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ρωτήθηκε από τον ιατρό ή το νοσηλευτή για (οικιακή) βία. Άλλοι μελετητές έχουν βρει ότι μόνο το 1.5 έως το 12% των ασθενών στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ερωτώνται για πιθανή κακοποίηση. Αν και τα ιατρικά κέντρα που ασχολούνται με θέματα αναπαραγωγής είναι τα πιο δραστήρια στην υποστήριξη ελέγχου για συντροφική βία, μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι μόνο το 10% των μαιευτήρων και γυναικολόγων ανέφεραν με δική τους πρωτοβουλία να γίνεται έλεγχος (Waalens et al., 2000).

Σε μία έρευνα που διεξήχθη από τους Witting et al (2006) εκτιμά ότι η ανίχνευση συντροφικής βίας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) αντιμετωπίζει πολλές διαδικαστικές δυσκολίες και αβέβαιη αποτελεσματικότητα. Επειδή η συντροφική βία δεν είναι απαραίτητα εμφανής με την απλή επισκόπηση, ειδικοί συμπεριλαμβανομένου μελών της Εθνικής Οργάνωσης Πρόληψης Οικογενειακής Βίας των ΗΠΑ προτείνουν την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου συντροφικής βίας σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ. Η εφαρμογή καθολικού προσυμπτωματικού ελέγχου συντροφικής βίας έχει φανεί προβληματική. Οι παροχείς υπηρεσιών υγείας και οι επισκέπτες έχουν εντοπίσει εμπόδια στην εφαρμογή, όπως η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη γνώσεων και εμπειρίας σε στρατηγικές αντιμετώπισης ταυτοποιημένων περιπτώσεων συντροφικής βίας. Οι γυναίκες επίσης εκφράζουν προβληματισμούς σχετικά με την υποχρεωτική αναφορά βίας. Παρά τις προσπάθειες για βελτίωση των ποσοστών προσυμπτωματικού ελέγχου συντροφικής βίας, αυτά παραμένουν χαμηλά (13-29%) (Ellis, 1999; Larkin et al., 1999).

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Σκοπός μελέτης

Η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου για τις περιπτώσεις ασθενών που θα πρέπει να ελέγχονται για ύπαρξη συντροφικής βίας.

Ειδικότερα, οι αντικειμενικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

1. Να διερευνήσει το ρόλο των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τις απόψεις τους για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.
2. Να διερευνήσει αν σχετίζεται η εκπαίδευση και η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σε θέματα κακοποίησης με τις απόψεις τους για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.
3. Να κάνει συγκρίσεις ανάμεσα στις απόψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία .
4. Να κάνει συγκρίσεις ανάμεσα στις απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

- Διαφέρει η πρόσληψη του κινδύνου και οι απόψεις των ασθενών από αυτές των επαγγελματιών υγείας ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία;
- Διαφέρει η πρόσληψη του κινδύνου και οι απόψεις των ιατρών από αυτές των νοσηλευτών ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία;
- Διαφέρει η πρόσληψη του κινδύνου και οι απόψεις των συμμετεχόντων ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους όπως το φύλο, η ηλικία κ.α.;

- Σχετίζεται η εκπαίδευση και η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σε θέματα κακοποίησης με την πρόσληψη του κινδύνου και τις απόψεις τους ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία;

4 . ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Δειγματοληψία

Για την διεξαγωγή της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη, ανάμεσα σε ασθενείς (ομάδα αναφοράς) και επαγγελματίες υγείας, γιατρούς και νοσηλευτές (ομάδα ελέγχου) από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Βενιζελείου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Η μελέτη συμπεριέλαβε όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΤΕΠ (120 συνολικά) και δείγμα 150 ασθενών από τους περίπου 9.600 που επισκέπτονται το ΤΕΠ μηνιαίως (Γραφείο Κίνησης, 2009). Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη για τους ασθενείς ήταν: α) το φύλο (γυναίκες), και β) η ηλικία (18 έως 60 ετών).

4.2. Άδεια διεξαγωγής μελέτης

Για λόγους ερευνητικής ηθικής λήφθηκε έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου κατόπιν κατάθεσης των απαιτούμενων δικαιολογητικών (Απόφαση 35, Συνεδρίαση 4/7-5-2010).

4.3. Συλλογή πληροφοριών

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις συγγραφείς της παρούσας εργασίας με χρήση ερωτηματολογίου. Η προσέγγιση του δείγματος των ασθενών έγινε κατά τις ημέρες εφημερίας του νοσοκομείου με δειγματοληψία ευκολίας. Το νοσοκομείο εφημερεύει 15 μέρες κάθε μήνα και η προσέγγιση των γυναικών έγινε κατά τη διάρκεια των εφημεριών ενός ολόκληρου μήνα (Ιούλιος 2010). Για λόγους αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος των ασθενών η προσέγγισή του έγινε σε διαφορετικές ημέρες τις εβδομάδας (7 ημέρες) και σε διαφορετικούς χρόνους κατά τη διάρκεια της ημέρας (πρωινές και απογευματινές ώρες). Η προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας έγινε στο χώρο εργασίας τους σε τυχαίες χρονικές στιγμές κατά την διάρκεια του ίδιου μήνα .

Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα και ο ρόλος των συνεντευκτριών περιελάμβανε την παροχή πληροφοριών και διευκρινήσεις σε πιθανά ερωτήματα των συμμετεχόντων, καθώς και εγγυήσεις για την προστασία της ανωνυμίας τους και την ύπαρξη εμπιστευτικότητας. Παράλληλα, υπήρχε έντυπο ενημέρωσης των συμμετεχόντων πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

4.4 Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια, ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας, τα οποία διαμορφώθηκαν στη βάση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο των ασθενών περιλάμβανε δύο μέρη και συνολικά 12 ερωτήσεις, ενώ το ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας περιλάμβανε τέσσερα μέρη και συνολικά 19 ερωτήσεις (βλέπε παράρτημα). Τα ερωτηματολόγια των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είχαν δύο κοινά μέρη.

4.4.1 Ερωτηματολόγιο ασθενών

A μέρος

Κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αντλούσε πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και τα έτη συμβίωσης. Επιπλέον, διερευνήθηκαν και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως η καταγωγή, η εκπαίδευση, η απασχόληση και η οικονομική κατάσταση.

B μέρος

Οι απόψεις των ασθενών για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία

Οι απόψεις των ασθενών για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία εκτιμήθηκαν μέσα από τρία υποθετικά σενάρια.

Χρησιμοποιήθηκαν τα σενάρια των Witting et al. (2006), τα οποία περιγράφουν τρεις διαφορετικές περιπτώσεις ασθενών που επισκέπτονται το ΤΕΠ νοσοκομείου με χαμηλή, μέτρια και υψηλή διακινδύνευση υποδοχής συντροφικής βίας.

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να τοποθετηθούν στο αν θα πρέπει καθένας από τους τρεις υποθετικούς ασθενείς των σεναρίων να ερωτηθεί για την υποδοχή συντροφικής βίας ή όχι.

Επιπλέον, κλήθηκαν να απαντήσουν για την προτίμησή τους στον επαγγελματία υγείας (γιατρό ή νοσηλεύτη) που θα επιθυμούσαν να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής σχετικά με την κακοποίηση και στο φύλο αυτού (άνδρας ή γυναίκα).

4.4.2 Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας

A μέρος

Κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αντλούσε πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και τα έτη συμβίωσης. Επιπλέον, διερευνήθηκαν και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως η καταγωγή, η εκπαίδευση, η απασχόληση και η οικονομική κατάσταση.

B μέρος

Η διερεύνηση της κατάρτισης και επιμόρφωσης σε θέματα κακοποίησης

Το δεύτερο μέρος, αντλούσε πληροφορίες για την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα κακοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, η κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας εκτιμήθηκε μέσα από δύο ερωτήσεις. Στην πρώτη ερώτηση, οι επαγγελματίες υγείας καλούνταν να απαντήσουν σε ποιο βαθμό θεωρούσαν ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους η σχολή τους παρείχε τις απαραίτητες γνώσεις σε θέματα αναγνώρισης και διαχείρισης της κακοποίησης. Η ερώτηση αυτή μετρήθηκε με τη χρήση μιας κλίμακας που κυμαίνονταν από Καθόλου έως Πάρα πολύ.

Η δεύτερη ερώτηση αφορούσε στο αν οι επαγγελματίες υγείας έχουν λάβει περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης, όπου κλήθηκαν να επιλέξουν από τις

εξής έξι απαντήσεις: Καμία, Δεύτερο πτυχίο, Μεταπτυχιακό, Επιμορφωτικό Πρόγραμμα, Σεμινάρια/συνέδρια, Άλλο.

Γ μέρος

Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία

Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία εκτιμήθηκαν μέσα από τρία υποθετικά σενάρια. Χρησιμοποιήθηκαν τα σενάρια των Witting et al. (2006), τα οποία περιγράφουν τρεις διαφορετικές περιπτώσεις ασθενών που επισκέπτονται το ΤΕΠ νοσοκομείου με χαμηλή, μέτρια και υψηλή διακινδύνευση υποδοχής συντροφικής βίας.

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να τοποθετηθούν στο αν θα πρέπει καθένας από τους τρεις υποθετικούς ασθενείς των σεναρίων να ερωτηθεί για την υποδοχή συντροφικής βίας ή όχι.

Επιπλέον, κλήθηκαν να απαντήσουν για την προτίμησή τους στον επαγγελματία υγείας (γιατρό ή νοσηλεύτη) που θα ήθελαν να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής σχετικά με την κακοποίηση και στο φύλο αυτού (άνδρας ή γυναίκα).

4.5 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 17.0. Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση, παρουσίαση και αξιολόγηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και γραφήματα. Υπολογίστηκαν η συχνότητα και η σχετική συχνότητα εμφάνισης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, καθώς και περιγραφικά στατιστικά στοιχεία συγκριτικά για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας. Η αναζήτηση διαφορών ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας ως προς τις απόψεις και τις πρακτικές ελέγχου των ασθενών για ύπαρξη συντροφικής βίας καθώς επίσης και ως προς το φύλο και την εθνικότητα ελέγχθηκε με αναλύσεις χ^2 , όπου χρησιμοποιήθηκε το 5% ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Η αναζήτηση διαφορών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής με βάση την κατάρτισή τους σε θέματα συντροφικής βίας ελέγχθηκε με αναλύσεις

ANOVA και οι διαφορές ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής με βάση την κλινική εμπειρία τους ελέγχθηκε με ανάλυση Student T-Test. Η αναζήτηση διαφορών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής με βάση την οικογενειακή κατάσταση ελέγχθηκε με αναλύσεις ANOVA και ως προς την διενέργεια ελέγχου διαλογής με βάση την ηλικία τους ελέγχθηκε με ανάλυση Student T-Test.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

5.1.1. Επαγγελματίες Υγείας

Από τους 120 συνολικά επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο ΤΕΠ, οι 70 συμμετείχαν στην έρευνα ενώ 20 αρνήθηκαν να συμμετέχουν, κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου. Από τις απλές κατανομές (**Πίνακας 1**) φαίνεται ότι 32 (45,7%) ήταν άνδρες και 38 (54,3%) γυναίκες. Η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών ήταν τα 39,2 έτη (Τ.Α. 8,2). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, περισσότεροι ήταν έγγαμοι (n= 49, 70,0 %) και ακολουθούσαν οι άγαμοι (n=20, 28,6 %). Ο μέσος χρόνος συμβίωσης με σύντροφο του αντίθετου φύλου ήταν τα 12,9 έτη (Τ.Α. 8,9). Η ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν, ήταν 35 ιατροί (50,0%) και 35 νοσηλευτές (50,0%). Στο στάδιο της ειδίκευσης, οι ειδικευμένοι ιατροί ήταν 13 (37,1%) και οι ειδικευόμενοι 22 (62,9%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ιατρών, άνηκε στους χειρουργούς (n=11, 31,4%) με επόμενη την κατηγορία των νευροχειρουργών (n = 6, 17,1%). Η μέση κλινική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας ήταν τα 13 έτη (Τ.Α. 9,0). Επίσης στο σύνολο των συμμετεχόντων, οι 51 (72,9%) δήλωσαν ότι δε δέχτηκαν ποτέ καμία εκπαίδευση σχετικά με την συντροφική βία, ενώ 14 (20,0%) από αυτούς δήλωσαν πώς συμμετείχαν σε συνέδρια.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ επαγγελματιών υγείας

<i>N=70</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Φύλο		
Άνδρες	32	45.7
Γυναίκες	38	54.3
Ηλικία	39.2*	8.2*
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	49	70.0
Άγαμος	20	28.6
Διαζευγμένος	1	1.4
Έτη συμβίωσης (n=49)	12.9*	8.9*
Ειδικότητα		
Ιατρός	35	50.0
Νοσηλεύτης	35	50.0
Στάδιο ειδίκευσης (n=35)		
Ειδικευμένος ιατρός	13	37.1
Ειδικευόμενος ιατρός	22	62.9
Αντικείμενο ειδίκευσης		
Χειρουργός	11	31.4
Νευροχειρουργός	6	17.1
Καρδιολόγος	4	11.4
Γενικός γιατρός	3	8.6
Γυναικολόγος	5	14.3
Ουρολόγος	1	2.9
Παθολόγος	2	5.7
Ωρλ	1	2.9
Ορθοπαιδικός	1	2.9
Πνευμονολόγος	1	2.9
Κλινική εμπειρία (έτη)	13*	9.0*
Εκπαίδευση στην συντροφική βία		
Καμία	51	72.9
Δεύτερο πτυχίο	1	1.4
Σεμινάριο	2	2.9
Συνέδρια	14	20.0
Άλλο	2	2.9

**Μέση τιμή, τυπική απόκλιση*

5.1.2. Ασθενείς

Από τις απλές κατανομές (**πίνακας 2**) φαίνεται ότι η μέση ηλικία ήταν τα 38,7 έτη (Τ.Α. 12,6). Η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ελληνικής εθνικότητας (94,7%), ενώ ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, οι περισσότερες ήταν έγγαμες (49,3%), με μέσο χρόνο συμβίωσης με το σύντροφο τους τα 18 έτη (Τ.Α. 10,1). Ως προς το επάγγελμα οι περισσότεροι ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (n = 45 , 30%) με επόμενη την κατηγορία των δημοσίων υπαλλήλων (n= 32, 21,3%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχαν παιδιά (n= 71 , 47,3%), και οι περισσότεροι είχαν ανώτατη εκπαίδευση (n= 59 , 39,3%) και μέτρια οικονομική κατάσταση (n=76, 50,7%).

Πίνακας 2. Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ γυναικών ασθενών

<i>N=150</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ηλικία*	38.7	12.6
Εθνικότητα		
Ελληνική	142	94.7
Άλλη	8	5.3
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	74	49.3
Άγαμος	54	36.0
Διαζευγμένος	10	6.7
Σε διάσταση	6	4.0
Χήρος	6	4.0
Έτη συμβίωσης (n=49)*	18	10.1
Αριθμός παιδιών		
0	71	47.3
1	21	14.0
2	36	24.0
3+	22	14.7
Εκπαίδευση		
Καθόλου	3	2.0
Δημοτικό	21	14.0
Γυμνάσιο	22	14.7
Λύκειο	45	30.0
Ανώτατη	59	39.3
Επάγγελμα		
Φοιτητής	18	12.0
Δημόσιος υπάλληλος	32	21.3
Ιδιωτικός υπάλληλος	45	30.0
Συνταξιούχος	26	17.3
Άνεργος	9	6.0
Άλλο	20	13.4
Οικονομική κατάσταση		
Πολύ καλή	10	6.7
Καλή	52	34.7
Μέτρια	76	50.7
Κακή	12	8.0

*Μέση τιμή, τυπική απόκλιση

5.2. Διαφορές των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον **πίνακα 3**, αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των διαφορών των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το φύλο σχετίζεται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο με την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου (σενάριο 1) ($p=0.009$). Στα σενάρια 2 και 3 παρατηρείται ότι το φύλο δεν σχετίζεται

με την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις μέτριου και υψηλού κινδύνου αντίστοιχα ($p>0.05$).

Η ηλικία δε βρέθηκε να σχετίζεται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο με την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής σε κανένα από τα τρία σενάρια ($p>0,05$).

Η οικογενειακή κατάσταση δε βρέθηκε να σχετίζεται με την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής στα σενάρια 1 και 2 χαμηλού και μέτριου κινδύνου αντίστοιχα ($p>0.05$). Ενώ στο σενάριο 3 (υψηλού κινδύνου), βρέθηκε να σχετίζεται ($p=0,004$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότεροι έγγαμοι (56,2%) σε σχέση με τους υπόλοιπους θεώρησαν αναγκαία τη διενέργεια ελέγχου διαλογής.

Η εθνικότητα δε βρέθηκε να σχετίζεται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο με την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής στα σενάρια 1 και 2 χαμηλού και μέτριου κινδύνου αντίστοιχα ($p>0.05$). Ωστόσο η εθνικότητα βρέθηκε να σχετίζεται με την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής στο σενάριο 3 που αποτελεί περίπτωση υψηλού κινδύνου ($p= 0,023$). Ειδικότερα περισσότεροι Έλληνες σε σχέση με τους αλλοδαπούς θεώρησαν αναγκαία τη διενέργεια ελέγχου διαλογής (92,5% και 62,5% αντίστοιχα).

Πίνακας 3. Διαφορές των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

	Σενάριο 1		Σενάριο 2		Σενάριο 3	
	n (%)	P - value	n (%)	P - value	n (%)	P - value
Φύλο*						
Άνδρες	5 (15,6)	P=0.009	16 (50.0)	p> 0.05	30 (93.8)	p> 0.05
Γυναίκες	17 (44,7)		24 (63.2)		35 (92.1)	
Ηλικία**	38,7 (12,1)	p>0.05	39.3 (11.8)	p>0.05	38.8 (11.4)	p>0.05
Οικογενειακή κατάσταση***						
Έγγαμοι	44 (57,1)	p>0.05	74 (56,5)	p>0.05	113 (56,2)	P=0.004
Άγαμοι	24 (31,2)		44 (33,6)		69 (34,3)	
Διαζευγμένοι	5 (6,5)		8 (6,1)		11 (5,5)	
Σε διάσταση	2 (2,6)		1 (0,8)		3 (1,5)	
Χήροι/Χήρες	2 (2,6)		4 (3,1)		5 (2,5)	
Εθνικότητα*						
Έλληνες	73 (34,4)	p>0.05	127 (59,9)	p>0.05	196 (92.5)	P=0.023
Αλλοδαποί	4 (50,0)		4 (50,0)		5 (62,5)	

*Έλεγχος χ^2

**Έλεγχος student t-test

***ANOVA

5.3. Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς

Στον **πίνακα 4**, αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των διαφορών ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δε βρέθηκε να διαφέρουν οι απόψεις των ασθενών από τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής σε κανένα από τα τρία σενάρια που αφορούσαν σε περιπτώσεις χαμηλού, μέτριου και υψηλού κινδύνου ($p > 0,05$).

Πίνακας 4. Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς (έλεγχος χ^2)

	Επαγγελματίες υγείας (n=70)		Ασθενείς (n=150)		p value
	N	%	N	%	
Σενάριο 1	22	31.4	55	36.7	>0.05
Σενάριο 2	40	57.1	91	60.7	>0.05
Σενάριο 3	65	92.9	136	90.7	>0.05

5.4. Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές

Στον **πίνακα 5**, αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των διαφορών ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στο σενάριο 1 παρατηρήθηκε ότι διαφέρουν σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο οι απόψεις των νοσηλευτών από τις απόψεις των ιατρών ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής ($p= 0,01$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότεροι νοσηλευτές σε σχέση με τους ιατρούς θεώρησαν αναγκαίο να διενεργείται ο έλεγχος διαλογής σε περιπτώσεις χαμηλού κινδύνου όπως αυτή που περιέγραφε το σενάριο 1 (n=16, n=6 αντίστοιχα).

Στο σενάριο 2 δεν βρέθηκε να διαφέρουν οι απόψεις των ιατρών από τις απόψεις των νοσηλευτών, ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις μέτριου κινδύνου όπως αυτή που περιέγραφε το σενάριο 2 ($p > 0,05$).

Στο σενάριο 3 δεν βρέθηκε να διαφέρουν οι απόψεις των ιατρών από τις απόψεις των νοσηλευτών, ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου όπως αυτή που περιέγραφε το σενάριο 3 ($p > 0,05$).

Πίνακας 5. Διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές (έλεγχος χ^2)

	Ιατροί (n=35)		Νοσηλευτές (n=35)		p value
	N	%	n	%	
Σενάριο 1	6	17.1	16	45.7	0.01
Σενάριο 2	18	51.4	22	62.9	>0.05
Σενάριο 3	33	94.3	32	91.4	>0.05

5.5. Διαφορές των επαγγελματιών υγείας ως προς την κατάρτιση σε θέματα συντροφικής βίας και την κλινική εμπειρία τους

Στον **πίνακα 6**, αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των διαφορών των επαγγελματιών υγείας ως προς την κατάρτιση σε θέματα συντροφικής βίας και την κλινική εμπειρία τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δε βρέθηκε να σχετίζεται η κλινική εμπειρία, καθώς και η κατάρτιση, σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο με την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής σε κανένα από τα 3 σενάρια χαμηλής, μέτριας και υψηλής διακινδύνευσης ($p > 0.05$).

Πίνακας 6. Διαφορές των επαγγελματιών υγείας ως προς την κατάρτιση σε θέματα συντροφικής βίας και την κλινική εμπειρία τους

	Σενάριο 1		Σενάριο 2		Σενάριο 3	
	n (%)	P - value	n (%)	P - value	n (%)	P - value
Κλινική εμπειρία	22 (13,3)	P >0.05	40 (13.7)	p>0.05	65 (12.5)	p>0.05
Κατάρτιση						
Καθόλου	1 (4,5)		6 (15,0)		13 (20,0)	
Λίγο	6 (27,3)		8 (20,0)		15 (23,1)	
Μέτρια	11 (50,0)	p>0,05	19 (47,5)	p>0,05	28 (43,1)	p>0,05
Πολύ	3 (13,6)		5 (12,5)		6 (9,2)	
Πάρα πολύ	1 (4,5)		2 (5,0)		3(4,6)	

5.6. Διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής

Στον Πίνακα 7 αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των διαφορών ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής για τη συντροφική βία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δε βρέθηκε διαφορά σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές ως προς το φύλο του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής ($p > 0,05$).

Αντίθετα βρέθηκε να διαφέρουν οριακά οι απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς την ειδικότητα του επαγγελματία που είναι καταλληλότερος να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής με περισσότερους ιατρούς σε σχέση με τους νοσηλευτές να θεωρούν τον «ιατρό» πιο κατάλληλο ($p = 0,05$). Ενώ στις υπόλοιπες ειδικότητες παρατηρείται ότι δεν διαφέρουν οι απόψεις ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής ($p > 0,05$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής (έλεγχος χ^2)

	<i>Ιατροί (n=35)</i>		<i>Νοσηλευτές (n=35)</i>		<i>p value</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Φύλο					
<i>Άνδρας</i>	3	8.6	5	14.3	>0.05
<i>Γυναίκα</i>	23	65.7	25	71.4	
<i>Και τα δύο φύλα</i>	9	25.7	5	14.3	
Ειδικότητα					
<i>Ιατρός</i>	29	82.9	22	62.9	0.05
<i>Νοσηλευτής</i>	5	14.3	9	25.7	>0.05
<i>Ψυχολόγος</i>	4	11.4	4	11.4	>0.05
<i>Κοινωνικός λειτουργός</i>	3	8.6	6	17.1	>0.05

5.7. Διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής

Στον πίνακα 8, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των διαφορών ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς ως προς το φύλο του επαγγελματία που θεωρούν καταλληλότερο για να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής ($p = 0,008$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότεροι ασθενείς σε σχέση με τους επαγγελματίες (24,0% και 11,4% αντίστοιχα) θεωρούν τον άνδρα πιο κατάλληλο να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής. Επιπλέον, περισσότεροι επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τους ασθενείς (20,0% και 8,0% αντίστοιχα) θεωρούν ότι και τα δύο φύλα είναι κατάλληλα να πραγματοποιούν τον έλεγχο διαλογής.

Επίσης παρατηρείται ότι δεν διαφέρουν οι απόψεις ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, ως προς την ειδικότητα του επαγγελματία που είναι καταλληλότερος να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής, παρόλο που η πλειοψηφία θεωρεί τους ιατρούς καταλληλότερους να διενεργούν τον έλεγχο διαλογής ($p > 0,05$).

Πίνακας 8. Διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες ως προς τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής (έλεγχος χ^2)

	Επαγγελματίες υγείας (n=70)		Ασθενείς (n=150)		p value
	n	%	N	%	
Φύλο					
Άνδρας	8	11.4	36	24.0	0.008
Γυναίκα	48	68.6	102	68.0	
Και τα δύο φύλα	14	20.0	12	8.0	
Ειδικότητα					
Ιατρός	51	72.9	115	76.7	>0.05
Νοσηλεύτης	14	20.0	19	12.7	>0.05
Ψυχολόγος	8	11.4	16	10.7	>0.05
Κοινωνικός λειτουργός	9	12.9	12	8.0	>0.05

6. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Δεδομένης της υψηλής συχνότητας συντροφικής βίας, ερευνητές και επαγγελματικές οργανώσεις έχουν προτείνει καθολικό έλεγχο διαλογής για τη συντροφική βία στο ΤΕΠ (Family Violence Prevention Fund, 2002, Larkin et al, 2000 Zachary et al 2001). Μέχρι σήμερα ωστόσο δεν υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που να συσχετίζουν βελτιωμένη έκβαση του ελέγχου διαλογής για την συντροφική βία στο ΤΕΠ (Cole 2000). Με την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών βάσει ενδείξεων, εμείς διερευνήσαμε τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία στο ΤΕΠ του Βενιζέλειου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

Βρήκαμε ότι περισσότεροι Έλληνες σε σχέση με τους αλλοδαπούς θεώρησαν αναγκαία τη διενέργεια ελέγχου διαλογής σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι περισσότεροι αλλοδαποί υποστηρίζουν ότι η καταγωγή τους είναι αλληλένδετη με την εμφάνιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια θεωρούν ότι η καταγωγή τους, λειτουργεί αρνητικά και τους δημιουργεί προβλήματα στην καλύτερη εξέλιξη τους. Οι μετανάστες επιπλέον έχουν βρεθεί στην πλειοψηφία τους να μην επιλέγουν αρχικά να εξυπηρετηθούν από το δημόσιο σύστημα υγείας γιατί αντιμετωπίζουν κυρίως δυσκολίες επικοινωνίας καθώς επίσης και τις προκαταλήψεις των εργαζομένων (Γαϊτανίδου, χ.χ.). Οι δυσκολίες στην επικοινωνία προέρχονται από το γεγονός ότι οι αλλοδαποί μετανάστες, δεν έχουν συνήθως ούτε στοιχειώδη γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, που είναι γλώσσα της κοινωνικής πλειοψηφίας, παρόλο που οι γνώσεις αυτές είναι απαραίτητες για την κάλυψη βασικών αναγκών (π.χ. διατροφή) και για την άμεση επικοινωνία τόσο σε κοινωνικό όσο και εργασιακό επίπεδο (Κοιλιάρη, 1997).

Λόγω θρησκευτικών και πολιτισμικών διαφορών, υπάρχουν περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών(αλλοδαπών), οι οποίες όχι μόνο δεν το αναφέρουν στον οικογενειακό φίλο περίγυρο ή πολύ περισσότερο να το καταγγείλουν, αλλά πολλές φορές και σε περιπτώσεις σοβαρής κακοποίησης με τραυματισμό, αποφεύγουν να επισκεφθούν ακόμη και το ιατρό(Ερευνα Ελληνικού Κέντρου Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, 2002).

Οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά το πρόβλημα στις υπηρεσίες υγείας . Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία. Αυτό πιθανόν να εξηγείται στη βάση της κοινωνικοποίησης των δύο φύλων στην Ελληνική κοινωνία όπου οι ρόλοι είναι κατανοημένοι με βάση τα παραδοσιακά πρότυπα του άνδρα - αρχηγού της οικογένειας και της γυναίκας υποταγμένης στην εξουσία του. Στις περιπτώσεις αυτές συχνά ο κοινωνικός περίγυρος ανέχεται ή και υποστηρίζει βίαιες συμπεριφορές από τον άνδρα - αφέντη, στη γυναίκα που θεωρείται ότι έχει ένα «υποταγμένο» ρόλο στο πλαίσιο της αυταρχικής οικογένειας (Παπακωνσταντής, 2008).

Επιπλέον βρήκαμε ότι δεν υπήρχε αναγνώριση όσον αφορά την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία σε περιστατικά χαμηλού κινδύνου, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας των ΤΕΠ. Επιπρόσθετα οι Witting et al. (2006) βρήκαν μικρή υποστήριξη για διερεύνηση συντροφικής βίας σε περιστατικά χαμηλού κινδύνου, ιδιαίτερα στην ομάδα των επισκεπτών των ΤΕΠ. Ωστόσο τόσο στην δική μας έρευνα όσο και στην έρευνα των Witting et al. (2006) βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς υποστήριζαν την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία σε περιστατικά υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά τις διαφορές ως προς την αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές βρέθηκε ότι δεν υπήρχε αναγνώριση σε περιστατικά χαμηλού κινδύνου, ιδιαίτερα στους ιατρούς των ΤΕΠ. Ωστόσο και οι ιατροί και οι νοσηλευτές υποστήριζαν την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία σε περιστατικά υψηλού κινδύνου. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει αναγνώριση των ρόλων των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα των Furniss, McCaffrey, Parnell, and Rovi (2007) οι επαγγελματίες υγείας παρόλο που είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα συντροφικής βίας δεν διενεργούν τον έλεγχο διαλογής λόγω κάποιων εμποδίων α) ανησυχία για την αξία και καταλληλότητα του ελέγχου διαλογής, β) έλλειψη πείρας, γ) έλλειψη χρόνου. Πιθανόν να εξηγείται αυτό στο ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας καθώς και καλύτερη οργάνωση του επαγγελματικού τους χρόνου .

Όπως ήταν αναμενόμενο, η υποστήριξη της αναγκαιότητας διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία αυξάνονταν και στους επαγγελματίες υγείας και

στους ασθενείς όταν αυξάνονταν ο σχετικός κίνδυνος βίας στα σενάρια. συντροφική βία δεν είναι ένα φαινόμενο "όλα ή τίποτα", η ύπαρξή της σχετίζεται με ένα φάσμα κινδύνου. Στην πράξη υπάρχουν τουλάχιστον δύο τύποι κινδύνου: ο κίνδυνος ένας συγκεκριμένος ασθενής να έχει υπάρξει θύμα συντροφικής βίας και ο κίνδυνος ένα διαπιστωμένο θύμα να συνεχίζει να υφίσταται βία στο μέλλον. Οι κίνδυνοι σχετίζονται μεταξύ τους: Ασθενείς με τραυματισμούς είναι πιθανό να έχουν υποστεί συντροφική βία και τραυματισμένοι ασθενείς ένα σε αυξημένο κίνδυνο για δολοφονική απόπειρα στο μέλλον (Campbell, 1994; Zachary et al., 2001). Ασθενείς με τραυματισμό μπορούν να ωφεληθούν περισσότερο από παρέμβαση στο ΤΕΠ συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς κλινικά ευρήματα συντροφικής βίας. Έχουν καταγραφεί πολλά περιστατικά δολοφονημένων που είχαν επισκεφτεί τα ΤΕΠ πριν τη δολοφονία τους με σοβαρές εκδηλώσεις βίας, όπως βιασμοί ή τραυματισμοί (Wadman & Muelleman, 1999).

Ακόμα βρήκαμε ότι τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς θεωρούν τον ιατρό καταλληλότερο να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής. Επιπρόσθετα οι ασθενείς στη μελέτη των Witting et al. (2006) βρέθηκαν να υποστηρίζουν ότι ο ιατρός είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο διαλογής. Αντίθετα στους επαγγελματίες υγείας δεν υπήρχε σαφής προτίμηση για το αν το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη διερεύνηση συντροφικής βίας. Μια προτεινόμενη λύση για την ελλιπή διερεύνηση συντροφικής βίας είναι η διερεύνηση της βίας εκ μέρους των νοσηλευτών σε όλους τους επισκέπτες των ΤΕΠ (Ellis, 1999; Johnson, 2001). Τέλος όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ως προς την ειδικότητα του επαγγελματία που θεωρείται καταλληλότερος να κάνει τον έλεγχο διαλογής βρήκαμε ότι οι ιατροί θεωρούν τους ιατρούς πιο κατάλληλους. Σύμφωνα με τα παραπάνω παρατηρείται ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς υποστηρίζουν ένα ιατροκεντρικό μοντέλο, δηλαδή θεωρούν τον ιατρό καταλληλότερο να διενεργεί τον έλεγχο διαλογής. Αυτό πιθανόν να εξηγείται διότι οι ιατροί έχουν πολυετή εκπαίδευση σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τους θεωρούν ως «θεούς» τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα στην έρευνα των Furniss, McCaffrey, Parnell, and Rovi (2007) οι νοσηλευτές εκφράζουν μια απροθυμία να διενεργούν τον έλεγχο διαλογής εκτός αν είχαν επαρκής εκπαίδευση σε θέματα συντροφικής βίας και γι' αυτό θεωρούν τους ιατρούς καταλληλότερους να διενεργούν τον έλεγχο διαλογής.

Αντίθετα σε έρευνα των Svavarsdottir & Orlygsdottir (2008) θεωρούνται οι νοσηλευτές καταλληλότεροι να διενεργούν τον έλεγχο διαλογής για την συντροφική βία, γιατί είναι συχνότερα οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών .

Συνεπώς χρειάζεται ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς τον ρόλο τους στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας και ενημέρωση των ασθενών για θέματα συντροφικής βίας .

7. Αδυναμίες της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές αδυναμίες. Μία από αυτές είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος των γυναικών – ασθενών. Θα ήταν καλό η έρευνα να επαναληφθεί μελλοντικά σε μεγαλύτερο δείγμα.

Ένας επίσης περιοριστικός παράγοντας ήταν ο μικρός αριθμός Αλλοδαπών που δεν ευνοούσε τη σύγκριση ανάμεσα στους Έλληνες και τους Αλλοδαπούς ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία.

Επιπλέον, το δείγμα προήλθε από συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδος και δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, σημαντικός περιορισμός της μελέτης ήταν η έλλειψη σχετικής ελληνικής βιβλιογραφίας.

8. Προτάσεις

Υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας. Με τον τρόπο αυτό θα επιτευχθεί η εξοικείωσή τους με το φαινόμενο και θα καταγραφεί ως ένα πρόβλημα δημόσιο, κοινωνικό και πολιτικό και όχι ως ένα ιδιωτικό, προσωπικό και ατομικο-ψυχοπαθολογικό.

Υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό καθώς και σε επιμορφωτικά προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας.

Υπάρχει επίσης ανάγκη ανάπτυξης πρωτοκόλλου διαχείρισης των περιπτώσεων κακοποιημένων ατόμων και κατευθυντήριων οδηγιών για τον τρόπο αντιμετώπισης των περιπτώσεων συντροφικής βίας από τους επαγγελματίες υγείας. Το πρωτόκολλο πρέπει να περιλαμβάνει μεθόδους και εργαλεία ανίχνευσης και αναγνώρισης της κακοποίησης έτσι ώστε να μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να διεξάγει συντονισμένη και έγκαιρη παρέμβαση.

Τέλος, αναγκαία κρίνεται η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες κακοποίησης όπως ο Σύλλογος Κακοποιημένων Ατόμων με τον Ξενώνα και το Κ.Ε.ΘΙ. καθώς και η ύπαρξη ενημερωτικού υλικού με τις υπηρεσίες και δομές που μπορεί να απευθυνθεί ένα κακοποιημένο άτομο.

Απαραίτητη είναι τέλος η διεξαγωγή ερευνητικών μελετών για την επαλήθευση των ευρημάτων τα παρούσας μελέτης. Σημαντικά ερευνητικά ερωτήματα χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μεταξύ των οποίων και το εξής: Γιατί οι γυναίκες ασθενείς στα ΤΕΠ δίνουν μικρότερη βαρύτητα στη αναγκαιότητα ελέγχου διαλογής για τη συντροφική βία από ότι οι επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου; Θα πρέπει επίσης να γίνουν μελέτες που να εξετάζουν παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υγείας και την έκβαση αυτών στην υγεία και την ασφάλεια των θυμάτων από.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αδάμη, Ι και Σοφιανού, Μ. (2006) *Η εγκυμοσύνη μετά από βιασμό και οι επιπτώσεις που επιφέρει η διακοπή της κύησης στη γυναίκα* .

Αθανασοπούλου, Μ. και Καμπά, Ε. (2009) *Ανίχνευση της Συντροφικής βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα* Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8^{ος} (τεύχος 3^ο), www.vima-asklipiou.gr [12 Μαρτίου 2010]

Ανδρουλάκη, Ζ., Τσιράκος, Δ., Μερκούρης, Α., Ζηδιανάκης, Ζ., Ροβίθης, Μ., Κακαβελάκης, Κ., Χατζηφωτίου, Σ., Ψαρρού, Μ., Αποστολάκης, Ε., Σκανδαλάκη, Ν., Βογιατζιδάκη, Ε. και Μοσχονησιώτη, Χ. (2008). *Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στις υγειονομικές μονάδες της Κρήτης απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών*. Ηράκλειο: Ερευνητικό Πρόγραμμα ΕΠΕΑΕΚ.

Αποστόλου, Ε και Μπίσκου, Ν (2008) *Ψυχοκοινωνικές συνέπειες κακοποίησης μέσα στις συζυγικές σχέσεις* .

Βαρδάκης, Β. (2010) *Αύξηση της συντροφικής βίας*. www.topmi.gr [12 Μαρτίου 2010]

Βιασμός : Γιατί οι γυναίκες δεν μιλούν (2009) , www.sextherapy.gr [11 Μαρτίου 2010]

Γενική Γραμματεία Ισότητας (2004-2008) *Καταπολέμηση της βίας*. www.isotita.gr[13 Μαρτίου 2010]

Γενική Γραμματεία Ισότητας (2006) *Ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στις γυναίκες – θύματα βίας μέσα στην οικογένεια, οι οποίες απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα (Αθήνα – Πειραιά) της Γενικής Γραμματείας Ισότητας*. www.isotita.gr [13 Μαρτίου 2010]

Γρηγόρης, Μ. (2003) *Ενδοοικογενειακή βία – κακοποίηση γυναικών*.

Δημοσιογραφικός Οργανισμός Ελευθερία, (2009) «Πρόληψης ο καλύτερος ιατρός», www.eleftheria.gr [3 Μαρτίου 2010]

- Διεθνής Αμνηστία (2009) *Στοπ στη βία κατά των γυναικών*. www.amnesty.org.gr
- Δρακάκη, Ρ και Καστρινάκη, Ε. (2009) *Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων συντροφικής βίας στην Κοινωνική Υπηρεσία δημόσιων Νοσοκομείων*
- Ζυγά, Σ. και Αθανασοπούλου, Μ. *Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση της οικογενειακής βίας*. www.Cyna.org. [4 Μαρτίου 2010]
- Ημέλλου, Α. (2007) *Ενδοοικογενειακή βία: Προοπτικές μετά το ν. 3500/2006*. (Τεύχος 5) www.theartofcrime.gr. [23 Μαρτίου 2010]
- Κακοποίηση γυναικών και βία στην οικογένεια (2003), www.medlook.gr [26 Μαρτίου 2010].
- Καλλινικάκη, Θ. (1998) *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Στ' Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ΚΕΘΙ (2000) *Σπάστε τη σιωπή*. Αθήνα : Εκδόσεις ΚΕΘΙ
- Κέντρο Πληροφόρησης και Τεκμηρίωσης για το ρατσισμό, την οικολογία, την ειρήνη, τη μη βία. (Αντιγόνη). *Ελληνική Έκθεση για τη βία εναντίον των γυναικών*. www.Antigone.gr [20 Μαρτίου 2010]
- Κλινικό Εργαστήριο (Chem- Lab) *Η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου (check-up)*, www.chem-lab.com [6 Μαρτίου 2010]
- Κοτρέτσος, Π., Σαπουνά, Ρ., Κούτσης, Χ., Παπαδόδημα, Σ. και Σπηλιοπούλου, Χ. (2005) *Συντροφική βία στον Ελλαδικό χώρο: Η ιατροδικαστική πλευρά του θέματος*. www.obrela.gr [6 Μαρτίου 2010]
- Κουκούλη, Σ. και Διαλυνάκη, Ε. (2006 – 2007) *Πολιτική κοινωνικής πρόνοιας II – Προγράμματα και υπηρεσίες*. Σημειώσεις
- Κυριακίδου, Ζ και Παπαδοπούλου, Κ (2009) *Βαθμός ικανοποίησης των παράνομων μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το παράδειγμα της PRAKSIS*.

Μαλλιαρού, Μ. (2008) *Οργάνωση και στελέχωση ΤΕΠ*. www.medicine.gr [3 Μαρτίου 2010]

Μαλλιαρού, Μ, Σαράφης, Π και Ζυγά, Σ (2009) *Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων*. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 8^{ος} (τεύχος 1^ο).

Ο Νέος νόμος για την ενδοοικογενειακή βία. www.supra.gr. [28 Μαρτίου 2010]

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου « Πρόληψη », www.pepagnh.gr [12 Μαρτίου 2010]

Πανούσης, Γ. (1989) *Σύγχρονα θέματα εγκληματολογίας*, Αθήνα : Δανά

Παντελή, Σ. Όταν η αγάπη πονάει, www.mirazomai.com [13 Μαρτίου 2010]

Παπαδακάκη, Μ. (2006) *Η αυτοεκτίμηση στην προσέγγιση της συντροφικής βίας*. Μεταπτυχιακή εργασία. Ηράκλειο Κρήτης.

Παπαδομαρκάκη, Ε. *Κακοποίηση γυναικών από το σύζυγο: Το πρόβλημα του συζυγικού βιασμού*, www.obrela.gr [10 Μαρτίου 2010]

Παπαδοπούλου, Π. και Τουπλικιώτη, Θ. (2007) *Νομικοκοινωνική προσέγγιση της κακοποίησης γυναικών και οι σχετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις*. eureka.lib.teithe.gr [3 Μαρτίου 2010]

Παπακωνσταντής, Γ. (2008) Σημειώσεις μαθήματος: παραπτωματοκότητα - πρόληψη και αντιμετώπιση

Παπανής, Ε. και Ρουμελιώτου, Μ. (2007) *Η κακοποίηση των γυναικών*. Ελληνική Κοινωνική Έρευνα. Erapanis.blogspot.com [15 Μαρτίου 2010]

ΠΕΠΑΓΝΗ. *Ο ρόλος του Κ.Α. στο νοσοκομείο*. www.Pepagnh.gr [15 Μαρτίου 2010]

Πρακτικά Πανελληνίου Σεμιναρίου Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας (2001) *Το τμήμα των επειγόντων περιστατικών στο ελληνικό νοσοκομείο*. Θεσσαλονίκη 2001

Πρώτο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Πρακτική με θέμα: Νοσηλευτικές Δράσεις: Σύγχρονες Αντιλήψεις και Προοπτικές «Ανάπτυξη προτύπου ΤΕΠ – Σύγχρονες αντιλήψεις», σελ.90-93. Σύρος 2006

Σαμαρτζή, Μ. (1996) *Γυναίκες στο χορό της οργής* , Αθήνα : Εκδόσεις Άδωνις .

Σκαλίδης, Ι., Νάστος, Κ. και Ζαβιτσάνος, Ξ. (2010) *Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη*. www.mednet.gr [4 Μαρτίου 2010]

Σπυροπούλου, Α και Ζέρβας, Γ., (2008) *Η γυναίκα ασθενής . Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών* , www.mentalhealthpromotion.co.uk [15 Μαρτίου 2010]

Σπύρου, Σ., Αντωνίου, Λ., Αγαθοκλέους, Γ και Ψύλλου, Μ. (2007) *Οικογενειακή βία: προσδιορισμός των βασικών προβλημάτων και εισηγήσεις για πρόληψη του φαινομένου μέσω πλαισίων και μέτρων πολιτικής*. Διακρατικό ερευνητικό πρόγραμμα μεταξύ της Κυπριακής Δημοκρατίας και της δημοκρατίας της Σλοβενίας.

Σταθόπουλος, Π. (2003) *Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση*. Β Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Στάμου, Ν. (2006) *Κακοποίηση γυναικών*. www.actionemesis.com [6 Μαρτίου 2010]

Τζαμαλούκα, Σ. (2006) *Σημειώσεις για το μάθημα Γυναικεία Θέματα*

Φιδάνη , Κ και Πενταράκη , Μ . (2008) *Ο ρόλος των νοσηλευτών / τριών στην προσέγγιση – εκτίμηση και αντιμετώπιση των γυναικών που έχουν υποστεί συντροφική βία .*

Χαριτάκη, Μ. , Σπινθούρη, Μ. και Αποστολάκης, Ε., (2010) *Το νέο ΤΕΠ του Νοσοκομείου μας. Εμπειρία μετά από ένα χρόνο λειτουργίας. Προκαταρκτικά, αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης*.

Χατζηφωτίου, Σ. (2005) *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών. Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την κοινωνική εργασία* . Θεσσαλονίκη: Τζιόλα

Χατζηφωτίου, Σ. (2009) *Ο κύκλος της βίας – βία κατά των γυναικών στην οικογένεια*. www.stop-racism.gr [15 Μαρτίου 2010]

Χατζοπούλου, Μ., Φύτρου, Ε., Ηλιοπούλου, Κ. και Κορέλη, Α. (2007) *Μεθοδολογία ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών*. Ομάδα Ανάπτυξης Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών του TEEN- του ΕΣΝΕ

Berenson et al, (1994) *Σωματική βία κατά την εγκυμοσύνη και βάρος νεογνών* , ΗΠΑ .

Cokkinides et al, (1999) *Βία πριν το τοκετό και επιπτώσεις της στην μητέρα και το βρέφος* , ΗΠΑ .

Dye et al, (1995) *Βία , εγκυμοσύνη και συνέπειες κατά τον τοκετό* , ΗΠΑ .

Hirigoyen, M (2000) *Ηθική παρενόχληση, η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή*, Γεωργιάδου, Μ. Αθήνα: Πατάκη

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

Mc Farlane et al, (1992) *Αξιολόγηση των εμπειριών βίας κατά την εγκυμοσύνη* , ΗΠΑ.

Stenson et al, (2001) *Σωματική βία και εγκυμοσύνη* , Σουηδία .

UNICEF (2000) *Ενδο-οικογενειακή βία εναντίον γυναικών και κοριτσιών*.
www.unicef.gr [16 Μαρτίου 2010]

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

Walker, L.E. (1997) *Όταν η αγάπη σκοτώνει*, Αθήνα : Εκδόσεις Φυτράκη .

Ξενόγλωσση

Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., & Lowenstein, S. R. (1995). *Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population*. *Journal of the American Medical Association*, 273, 763-777.

Alaggia, R. , Regehr, C. & Rishchynski, G. (2009) *Intimate partner violence and immigration laws in Canada: How far have we come?* *International Journal of Law and Psychiatry* 32:335-341 Elsevier Ltd

- American Medical Association (1992) *Domestic violence during pregnancy* .
- Annan, J. & Brier, M. (2009) *The risk of return: Intimate partner violence in Northern Uganda's armed conflict*. Social science and Medicine 70:152-159 Elsevier Ltd
- Bergen , R.K. (1996) *Wife Rape . Understanding the response of survivors and service providers USA : Sage Publications* .
- Btoush, R. , Campbell, J. & Gebbie, K. (2008) *Visits coded as intimate partner violence in Emergency Departments: Characteristics of the individuals and the system as reported in a national survey of Emergency Departments*. Emergency Nurses Association 34:419-27 New York
- Caralis, P. & Musialowski, R. (1997) *Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims*. Southern Medical Journal, 90(11): 1075-80
- Chase, A, Treboux, D. & O' Leary, K. (2002) *Characteristics of high-risk adolescents' dating violence*. Journal of Interpersonal violence 17:33-49
- Cibelman, M (1995) *What social workers do* , United states of America : NASW .
- Clark, C. , Silverman, J. , Shahroun, M. , Everson – Rose, S. & Groce, N. (2009) *The role of the extended family in women's risk of intimate partner violence in Jordan*. Social Science and Medicine 70:144-151 Elsevier Ltd
- Coker, A.L. , Smith, P.H., McKeown & King, M.J. (2000) *Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering*. Journal Public Health 90:553-559
- Crow, S. (1980) *Infection control in the emergency room*. Nursing Clinics of North America 15(4): 869-82
- Daigneault, I. , Hebert, M. & McDuff, P. (2009) *Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors*. Child Abuse and Neglect 33:638-647 Elsevier Ltd

Ellis, J. M. (1999). *Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department*. Critical Care Nursing Quarterly, 22: 27-41.

Family Violence Prevention Fund (FVPF), (2002) *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care*.

Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V. & Rovi, S. (2007) *Nurses and barriers to screening for intimate partner violence*. MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing 32(4): 238-43 Lippincott Williams and Wilkins, Inc

Gillioz, L., Pepuy, J. & Ducret, V. (1997) *Domination et violences envers la femme dans le couple. [Domination and violence against women in the couple]*. Lausanne, Payot – Editions

Harned (2001) *Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence*. Violence Vict. 2001:16(3): 269-85

Heiskanen, M. & Piispa, M. (1998) *Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki, Statistics Finland

Hotch, D., Grunfeld, A., MacKay, K. & Cowan, L. (1996) *An emergency department – based domestic violence intervention program: Findings after one year*. The Journal of Emergency Medicine. USA: Elsevier Science Inc. p.p. 111-117

Kim, L., Evanoff, B., Parks, R., Jeffe, D., Mutha, B., Haase, L. & Fraser, V. (1999) *Compliance with Universal Precautions among Emergency Department Personnel: Implications for prevention programs*. AJIC Am J Infect Control 1999: 27: 453-5 USA: Elsevier Ltd.

Larkin, G. L., Hyman, K. B., Mathias, S. R., D'Amico, F., & MacLeod, B. A. (1999). *Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: Importance of patient and provider factors*. Annals of Emergency Medicine, 33: 669-675.

Lundgren, E. & Westerstrand, J. (2002) *The omnipresence of violence in equal Sweden: The first prevalence study on men's violence against women in Sweden*.

Paper invited for the 7th Interdisciplinary conference of the European Research Network on Conflict, Gender and Violence. Valencia, Spain

Magdol, L. , Moffitt, T.E. , Caspi, A. , Fagan, J. & Newman, D. (1997) *Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 – years – old: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches*. Journal of Consulting Psychology 65:68-78

Malik, S. , Sorenson, S.B. & Aneshensel, C.S. (1997) *Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization*. Journal of Adolescent Health 21:291-302

McHugh, M. & Hanson – Frieze, I. (2006) *Intimate Partner Violence*. Annals New York Academy of Sciences 1087:121-141

Mirrlees – Black, C. (1996) *Domestic Violence: Findings from a New British Crime Survey self completion questionnaire*. London: Home Office

Molidor, C. & Tolman, R.M. (1998) *Gender and contextual factors in adolescent dating violence*. Violence against Women 4, 2, 180-94

O' Keefe, M. (1997) *Predictors of dating violence among high schools*. Journal of Interpersonal Violence 12:546-68

Pan American Health Organization , *Effects of domestic violence during pregnancy*, www.paho.org [4 Μαρτίου 2010]

Perttu, S. & Kaselitz, U. *Προσεγγίζοντας την Συντροφική Βία. Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις μαιευτικές κλινικές*. [www. Cyna.org](http://www.Cyna.org)

Roberts, GL. , Raphael, B. Lawrence, JM. , O' Toole, B. & O' Brien, D. (1997) *Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in a Australian emergency department*. Journal of Emergency Nursing 23:220-7 Elsevier Ltd

Romkens, R. (1997) *Prevalence of Wife Abuse in the Netherlands Combining Quantitative and Qualitative Methods in Survey Research*. Journal Interpers Violence 12:508-516

Schumacher, J. , Smith Slep, A. & Heyman, R. (2001) *Risk factors for male to female partner psychological abuse*. Aggression and Violence Behavior 6:255-268

Short, L. , Apert, E. , Harris, J. & Surprenant, Z. (2006) *A Tool for Measuring Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence*. American Journal of Preventive Medicine 2006:30(2):173-180 Elsevier Inc.

Svavarsdottir, E. & Orlygsdottir, B. (2008) *Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives*. Journal of Advanced Nursing 65(4), 779-788 Blackwell Publishing Ltd

Tavara, L. (2006) Sexual violence . Best practice and research clinical obstetrics and Gynecology .

Waalén, J. , Goodwin, M. , Spitz, A. , Petersen, R. & Saltzman, L. (2000) *Screening for intimate partner violence by health care providers barriers and interventions*. Journal of Preventive Medicine 19(4): 230-237 Elsevier Ltd

Wadman, M. C., & Muelleman, R. L. (1999). *Domestic violence homicides: ED use before victimization*. American Journal of Emergency Medicine, 17: 689-691.

WHO (2005) *Multi country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva

Witting, M. , Furuno, J. , Hirshon, J. , Krugman, S. , Perisse, A. & Limcangso, R. (2006) *Support for Emergency Department Screening for Intimate Partner Violence Depends on Perceived Risk*. Journal of Interpersonal Violence 21: 585-596 University of Maryland, Baltimore: Sage Publications

World Health Organization (2002), *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization .

Zorrilla, B. , Pires, M. , Lasheras, L. , Morant, C. , Seoane, L. , Sanchez, L. , Galan, I., Aguirre, R. , Ramirez, R. & Durban, M. (2009) *Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio – economic factors among women in Madrid, Spain*. European Journal of Public Health, 1-7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 Έγκριση Νοσοκομείου και ΤΕΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
Πληροφ.: Βροντάκη Λιλίκα
Τηλέφ.: 2810379512-379534-379536
Τ.Θ.:1939
Τ.Κ.:71004
Ηράκλειο Κρήτης

Ηράκλειο, 16/2/2010

Αρ. Πρωτ.:4475/ΑΦΣ

ΠΡΟΣ:
Γιαλαμά Πελαγία
Γιαννουλάκη Δημοκρατία
Λαγουδιανάκη Καλλιόπη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Παπαδακάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται με την υπ' αριθμό **241** της **11/2/2010** πράξη Συμβουλίου του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

Γιαλαμά Πελαγία
Γιαννουλάκη Δημοκρατία
Λαγουδιανάκη Καλλιόπη

με θέμα: «**Διαφορές ανάμεσα στις απόψεις ασθενών & επαγγελματιών υγείας για τον κίνδυνο υποδοχής συντροφικής βίας & την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου.**», κατόπιν πρότασης του Α' Τομέα.

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

Βασιλική Παπατακού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΓΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



Ερωτηματολόγιο Επαγγελματιών υγείας

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ασθενής Επαγγελματίας Υγείας

Α/Α Ερωτηματολογίου | _ | _ | _ | _ |

Κωδ. Συνεντευκτή | _ | _ |

Ηράκλειο, Μάρτιος 2010

Ενημερωτικό σημείωμα

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται από σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις για τον κίνδυνο εκδήλωσης συντροφικής βίας και για τις δυνατότητες έγκαιρης αντιμετώπισής του. Πριν από τη συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.

B) Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.

Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Σας προσκαλούμε λοιπόν να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη.

Είμαστε στη διάθεσή σας να απαντήσουμε σε ερωτήσεις ή απορίες σας.

Με εκτίμηση,

Οι εκπαιδευόμενες κοινωνικοί λειτουργοί

Γιαλαμά Πελαγία

Γιαννουλάκη Δημοκρατία

Λαγουδιανάκη Καλλιόπη

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία: _____

Εθνικότητα: Ελληνική Άλλη _____

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος Έτη συμβίωσης _____

Άγαμος

Διαζευγμένος

Σε διάσταση

Χήρος

Επάγγελμα:

Γιατρός

Ειδικευμένος Ειδικευόμενος

Ειδικότητα _____

Νοσηλεύτης

Κλινική εμπειρία / Προϋπηρεσία: Έτη ____

Κατά τη διάρκεια των σπουδών σας, θεωρείται ότι η σχολή σας παρείχε τις απαραίτητες γνώσεις σε θέματα αναγνώρισης και διαχείρισης της κακοποίησης;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

Έχετε λάβει περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα κακοποίησης;

Καμία

Δεύτερο πτυχίο

Μεταπτυχιακό

Επιμορφωτικό Πρόγραμμα Συνολικές ώρες _____

Σεμινάρια / Συνέδρια

Άλλο

ΥΠΟΘΕΤΙΚΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Παρακαλώ διαβάστε τα 3 υποθετικά σενάρια και μετά απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν κάτω από κάθε σενάριο.

Α) Η Μαρία, μια 27χρονη γυναίκα, εμφάνισε βήχα, ρινόρροια και πυρετό από τριημέρον. Λόγω δυσχερειών στο χώρο εργασίας δεν μπορούσε να πάρει αναρρωτική άδεια. Δεν αισθάνεται καλύτερα, γι' αυτό αποφασίζει να απευθυνθεί στα ΤΕΠ μετά τη δουλειά για να εξεταστεί.

Στο παραπάνω υποθετικό σενάριο πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν την ασθενή αν έχει δεχτεί συντροφική βία

Ναι Όχι

Β) Η Ελένη, μια 30χρονη γυναίκα, αναφέρει κοιλιακό άλγος διάρκειας ολίγων ημερών. Ο πόνος ξεκίνησε σταδιακά, είναι διάχυτος αλλά όχι οξής. Αποφασίζει να απευθυνθεί στα ΤΕΠ κοντά στο σπίτι της. Μετά από το σχετικό έλεγχο ο ιατρός την ενημερώνει ότι δεν βρίσκει τίποτα παθολογικό και τη διαβεβαιώνει ότι δεν φαίνεται να έχει κάτι σοβαρό

Στο παραπάνω υποθετικό σενάριο πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν την ασθενή αν έχει δεχτεί συντροφική βία

Ναι Όχι

Γ) Μια 21χρονη γυναίκα απευθύνεται στα ΤΕΠ στις 8 το βράδυ μετά από τραυματισμό του αριστερού της χεριού. Έχει έρθει με τα δύο της παιδιά ηλικίας 3 και 6 ετών. Έχει μια εκτεταμένη εκχύμωση στον πήχη της. Νομίζει ότι φέρει κάταγμα στο βραχίονα. Λέει στην νοσηλεύτρια του ΤΕΠ ότι τραυματίστηκε μετά από πτώση το προηγούμενο βράδυ, αλλά ακόμα πονά.

Στο παραπάνω υποθετικό σενάριο πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν την ασθενή αν έχει δεχτεί συντροφική βία

Ναι Όχι

Ποιον επαγγελματία υγείας θεωρείται κατάλληλο να ρωτάει τους ασθενείς σχετικά με την κακοποίηση;

Γιατρός Νοσηλεύτης Άλλο Διευκρινίστε _____

Είναι προτιμότερο ο επαγγελματίας υγείας που ρωτάει τον ασθενή για θέματα κακοποίησης να είναι:

Άνδρας Γυναίκα

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ασθενής Επαγγελματίας Υγείας

Α/Α Ερωτηματολογίου | _ _ | _ _ |

Κωδ. Συνεντευκτή | _ _ |

Ηράκλειο, Μάρτιος 2010

Ενημερωτικό σημείωμα

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται από σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις για τον κίνδυνο εκδήλωσης συντροφικής βίας και για τις δυνατότητες έγκαιρης αντιμετώπισής του. Πριν από τη συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.

B) Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.

Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Σας προσκαλούμε λοιπόν να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη.

Είμαστε στη διάθεσή σας να απαντήσουμε σε ερωτήσεις ή απορίες σας.

Με εκτίμηση,

Οι εκπαιδευόμενες κοινωνικοί λειτουργοί

Γιαλαμά Πελαγία

Γιαννουλάκη Δημοκρατία

Λαγουδιανάκη Καλλιόπη

Ηλικία:

Εθνικότητα: Ελληνική Άλλη _____

Οικογενειακή κατάσταση:

Μορφωτικό επίπεδο:

Β) Η Ελένη, μια 30χρονη γυναίκα, αναφέρει κοιλιακό άλγος διάρκειας ολίγων ημερών. Ο πόνος ξεκίνησε σταδιακά, είναι διάχυτος αλλά όχι οξύς. Αποφασίζει να απευθυνθεί στα ΤΕΠ κοντά στο σπίτι της. Μετά από το σχετικό έλεγχο ο ιατρός την ενημερώνει ότι δεν βρίσκει τίποτα παθολογικό και τη διαβεβαιώνει ότι δεν φαίνεται να έχει κάτι σοβαρό

Στο παραπάνω υποθετικό σενάριο πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν την ασθενή αν έχει δεχτεί συντροφική βία

Ναι Όχι

Γ) Μια 21χρονη γυναίκα απευθύνεται στα ΤΕΠ στις 8 το βράδυ μετά από τραυματισμό του αριστερού της χεριού. Έχει έρθει με τα δύο της παιδιά ηλικίας 3 και 6 ετών. Έχει μια εκτεταμένη εκχύμωση στον πήχη της. Νομίζει ότι φέρει κάταγμα στο βραχίονα. Λέει στην νοσηλεύτρια του ΤΕΠ ότι τραυματίστηκε μετά από πτώση το προηγούμενο βράδυ, αλλά ακόμα πονά.

Στο παραπάνω υποθετικό σενάριο πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν την ασθενή αν έχει δεχτεί συντροφική βία

Ναι Όχι

1. Ποιον επαγγελματία υγείας θεωρείται κατάλληλο να ρωτάει τους ασθενείς σχετικά με την κακοποίηση;

Γιατρός Νοσηλεύτης Άλλο Διευκρινίστε _____

2. Είναι προτιμότερο ο επαγγελματίας υγείας που ρωτάει τον ασθενή για θέματα κακοποίησης να είναι:

Άνδρας Γυναίκα

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

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

Άρθρο 10

Παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης

Όποιος σε υπέθεσε ενδοοικονομικής βίας απειλεί μέλη του ή μέλος της οικογένειάς του ή σκεπάζει ή εναντιώνεται ή τον δωροδοκεί, με σκοπό την παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι τριών ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'
ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΑΜΟΣΧΛΑΒΗΆρθρο 11
Προβλεπόμενες

1. Στα πλημμελήματα ενδοοικονομικής βίας ο αρμόδιος για την άσκηση ποινικής δίωξης εισαγγελέας διενεργεί τη δυνατότητα διαισεολόγησης κατά τη διαδικασία των επίμαχων άρθρων.

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

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

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

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

3. Αν το θύμα της ενδοοικονομικής βίας είναι ανήλικος, η ποινική διαισεολόγηση ενεργείται υπέρ αυτού και από κοινού από τον κατά τόπον αρμόδιο εισαγγελέα ανήλικων και τον αποκύριτα την επιμέλεια, εφόσον αυτός δεν είναι το ίδιο πρόσωπο με τον φερόμενο ως δράστη του εγκλήματος. Αν δεν υπάρχει οικογένεια, η διαισεολόγηση δεν είναι δυνατή. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας του μπορεί, εφόσον το επιθυμεί, να παραιτηθεί από αυτήν και να ακολουθεί. Τα πρόσωπα του πρώτου εδαφίου αντιπροσωπεύουν τον ανήλικο στη διαδικασία της ποινικής διαισεολόγησης και για τις αστικές αξιώσεις.

4. Ο σχετικός με την ποινική διαισεολόγηση διατάξεις



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. φύλλου 232
24 Οκτωβρίου 2006

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3600

Για την αντιμετώπιση της ενδοοικονομικής βίας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Εκδόθηκε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο 1

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

Ορισμοί

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

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

4. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου συνιστά μεθευμένη πράξη που επεκτείνεται στον οικιακό χώρο ή σε δημόσιους χώρους, επιβιώνει για την υγεία, ή ψυχικό πόνο, ή αντιστοίχως σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη, αν το θύμα είναι ανήλικος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών.

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

Άρθρο 7

Ενδοοικονομική παράνομη βία και απειλή

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

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

Άρθρο 8

Βιασμός και κατάχρηση σε σεξλογία

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

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

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

«1. Όποιος με κατάχρηση της παροφροσύνης άλλου ή της από αποκατάστασις αιτία παρεχόμενης οικονομικής του να αποστρέψει, ενεργεί επί αυτού συνουσία ή άλλη σεξουαλική πράξη τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών».

Άρθρο 9

Ενδοοικονομική προβολή της γεννητικής αξιοπρέπειας

1. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προβάλλει την αξιοπρέπειά του ή άλλου μέλους της, με ιδιαίτερα ταπεινωτικό λόγο ή έργο που αναγείρει στη γεννητική ζωή του, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, δύο ετών.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 3

Η ενδοοικονομική βία ως τεκμήριο κλονησμού του γάμου

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

«Εφόσον ο εναντιόμενος δεν αποδεικνύει το αντίθετο, ο κλονισμός τεκμαίρεται σε περίπτωση διγαμίας ή μοιχείας αυτού, εγκατάλειψης του εναντιόμενου ή επιβουλής της ζωής του από τον εναντιόμενο, καθώς και σε περίπτωση άσκησης από τον εναντιόμενο ενδοοικονομικής βίας εναντίον του εναντιόμενου».

Άρθρο 4

Σωματική βία σε βάρος ανήλικων

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

Άρθρο 5

Χρηματική ικανοποίηση

Η κατά το άρθρο 982 του Αστικού Κώδικα χρηματική ικανοποίηση, λόγω ηθικής βλάβης του παθόντος για μία από τις πράξεις του παρόντος νόμου, δεν μπορεί να είναι κατώτερη των χιλίων (1.000) ευρώ, εκτός αν ο ίδιος ο παθών ζητήσει μικρότερο ποσό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 6

Ενδοοικονομική σωματική βλάβη

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

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

2. Η εντός τριετίας από την αρχιλοκή της υπόθεσης μη συμμόρφωση που φερόμενο ως δράστη προς τους όρους της ποινικής διαμεσολάθησης παρέχει στο θύμα του εγκλήματος ενδοοικονομειακή βία, το δικαίωμα να ζητήσει, με αγνωστή του, την ανατροπή της συμφωνίας, όσον αφορά στις χρηματικές αξιώσεις. Με την άσκηση της αγνώστη ανατροπής αναμένουν οι χρηματικές αξιώσεις του παθόντος, τα δε καταβληθέντα λόγω της συμφωνίας αναζητούνται κατά τις διατάξεις περί αδικαιολόγητου πλουτισμού.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄ ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 15

Προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης

Στο τέλος του άρθρου 735 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας προστίθεται εδάφιο, το οποίο έχει ως εξής: «Σε υποθέσεις ενδοοικονομειακής βίας, μπορεί να διατάσσεται ιδίως η απομάκρυνση του καθ' ύλην από την οικονομειακή κατοικία, η μετοχή του, η απανόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του αιτούντος, κατοικίας, στεγών συγγενών του, τα εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας».

Άρθρο 16

Παραγραφή

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

Άρθρο 17

Ποινική δίωξη

1. Η ποινική δίωξη για τα εγκλήματα των άρθρων 6, 7, 9 και 10 ασκείται αυτεπαγγέλτως.
2. Σε βίβρα, του υπαιτίου εφαρμόζεται η διαδικασία των άρθρων 417 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Άρθρο 18

Περιοριστικοί όροι

1. Σε περίπτωση διαπράξεως εγκλήματος ενδοοικονομειακής βίας είναι δυνατόν, αν υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες κρίνεται απαραίτητο για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας του θύματος, να επιβληθεί στον κατηγορούμενο από το αρμόδιο ποινικό δικαστήριο στο οποίο περατώνεται να δικασθεί ή από τον αρμόδιο ανακριτή ή από το δικαστικό συμβούλιο και για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται, ο περιοριστικός όρος της απομάκρυνσής του από την οικονομειακή κατοικία, η μετοχή της ή η απανόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του θύματος, κατοικίας στεγών συγγενών του, τα εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας. Η γαλήνη του παρόντος περιοριστικού όρου παύει αυτοδικαίως μετά την έκδοση οριστικής απόφασης ή της διατάξεως του εισαγγελέα με την οποία αρχιλοκείται η υπόθεση λόγω ποινικής διαμεσολάθησης.

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

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

Άρθρο 13

Ποινικές συνέπειες

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

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

3. Η διαπιστωμένη από τον εισαγγελέα υπέρτατη μη ολοκλήρωση της ποινικής διαμεσολάθησης διακόπτει τη διαδικασία και προκαλεί την αναδρομική άρση των επιπέδων αποτελεσμάτων. Στην περίπτωση αυτή ο εισαγγελέας αναφέρει τη δικαίωση από το αρχείο, η δε ποινική διαδικασία συνεχίζεται κατά τις οικείες διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, χωρίς να επηρεάζεται πλέον η υποβολή νέου αιτήματος για ποινική διαμεσολάθηση.

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

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

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

«γ) Η διάταξη του εισαγγελέα που εκδίδεται κατόπιν ποινικής διαμεσολάθησης σε εγκλήματα ενδοοικονομειακής βίας».

Άρθρο 14

Αστικές συνέπειες

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

του παρόντος νόμου δεν εφαρμόζονται, αν ο φερόμενος ως δράστη της πράξεως ενδοοικονομειακής βίας είναι επίτροπος, δικαστικός συμπαραστάτης ή ανάδοχος γονέας του ανήλικου.

5. Αν την πράξη ενδοοικονομειακής βίας σε βαθμό πλημμελήματος φέρει να έχει τελεία, ανήλικος, εφαρμόζεται το άρθρο 45Α του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Άρθρο 12 Διαδικασία

1. Αν σε βίβρα του υπαιτίου κινήσει η διαδικασία των άρθρων 417 επ. του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας, ποινική διαμεσολάθηση επιτρέπεται μόνον εφόσον το δικαστήριο αναβάλει την εκδίκαση της υπόθεσης κατά τις διατάξεις του άρθρου 423 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Στην περίπτωση αυτή η σχετική διαδικασία χωρεί κατά την παραγράφου 3 έως 6 του παρόντος άρθρου. Το δικαστήριο που αναβάλει την εκδίκαση της υπόθεσης, κατά το πρώτο εδάφιο, εξετάζει αυτεπαγγέλτως αν συντρέχει περίπτωση να επιβληθούν στον υπαίτιο περιστασιακοί όροι κατά το άρθρο 18 του παρόντος νόμου. 2. Αν σε βίβρα του φερόμενου ως δράστη ενεργείται προκαταρκτική εξέταση, ο εισαγγελέας, πριν από κάθε άλλη ενέργεια:

α) μπορεί να διατάσσει τη διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης στο φερόμενο ως θύμα, προκειμένου να ερευνηθεί η βασιμότητα της καταγγελίας για την σε βίβρα του τέλους της πράξεως,
β) εξετάζει ο ίδιος κάθε μήτρωμα που προτείνεται, καθώς και τα πρόσφατα στοιχεία της παραγγελίας στην εξέταση αυτών από τους αρμόδιους ανακριτικούς υπαλλήλους, και

γ) καλεί το πρόσωπο στο οποίο αποδίδεται η τέλεση της πράξεως να παρσάγει στον ίδιο ή στον αρμόδιο ανακριτικό υπάλληλο εξηγήσεις υπό τους όρους του άρθρου 31 παρ. 2 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.
3. Αν ο παρέχον εξηγήσεις δεν υποβάλει ο ίδιος, ή μέσω του συγγενού του, την κατά την παρ. 2 του άρθρου η δήλωση περί ποινικής διαμεσολάθησης, καλείται, προς τούτο, από τον αρμόδιο εισαγγελέα. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να λάβει προθεσμία τριών ημερών για να απαντήσει.

4. Αν η απάντηση του παρέχοντος εξηγήσεις είναι αρνητική ή αυτές δεν απαντήσι, κινείται η ποινική διαδικασία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Αν η απάντηση του παρέχοντος εξηγήσεις είναι θετική, ο εισαγγελέας ενημερώνει τον παθόντα ή τον συγγενό του για την κατά τα ανωτέρω δήλωση του ενδιφερομένου και, αν υποβληθεί σχετικό αίτημα, παρέχεται στον παθόντα προθεσμία, το πολύ τριών ημερών, για να δηλώσει αν δέχεται τη διαμεσολάθηση.

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

6. Αν τα πρόσφατα στοιχεία αποδίδεται η τέλεση της πράξης είναι περισσότερα, για την έναρξη της διαδικασίας ποινικής διαμεσολάθησης απαιτείται, μεταξύ

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

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

Άρθρο 19

Εξέταση μάρτυρων

1. Σε υποθέσεις ενδοοικονομειακής βίας, μέλη της οικονομίας εξετάζονται ως μάρτυρες χωρής όφου.

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

Άρθρο 20

Υποχρέωση τρίτης εξμεύσεως

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄ ΑΡΧΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ

Άρθρο 21

Κοινωνική συμπαράσταση

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

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

Άρθρο 22

Ευεργέτημα πένιας

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

Άρθρο 27

Άρθρο 28
Έναρξη ισχύος

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

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

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 24 Οκτωβρίου 2006
Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΣΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ

μωρείται με φυλάκισή τουλάχιστον έξι μηνών και αν η πράξη τελείει κατά συνθήκη με φυλάκισή τουλάχιστον δύο ετών. Η παράγραφος 2 εφαρμόζεται αναλόγως και στις περιπτώσεις αυτές:

4. Ο ενήλικος, ο οποίος μέσα διαδίκτυο ή άλλο μέσο επικοινωνίας, αποκτά επαφή με πρόσωπο που δεν συμπληρώσε τα δεκάξι έτη και με προτάσεις ή με εξίστησή, απεικόνιση ή παρουσίαση πρόξευ που αφορά τον γενετήσια ζωή προσβάλλει την αιδώ του, τιμωρείται με φυλάκισή τουλάχιστον ενός έτους και αν η πράξη τελείει κατά συνθήκη με φυλάκισή τουλάχιστον τριών ετών.

5. Η παραγραφή των προέσεων των προηγούμενων παραγράφων αναστέλλεται μέχρι την ενεργείωση του ανηλικού.»

Άρθρο 25

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

Άρθρο 26

Η παράγραφος 4 του άρθρου 49 του ν. 2721/1999, όπως αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του ν. 3388/2005 και συμπληρώθηκε με το άρθρο 16 του ν. 3472/2006, αντικαθίσταται ως εξής:

«4. Για την πλήρωση των θέσεων που προβλέπονται στην παράγραφο 2 διορίζονται Έλληνες πολίτες, απόφοιτοι Λυκείου ή άλλης ισότιμης σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής. Οι υποψήφιοι δεν πρέπει να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών, πρέπει να είναι αρτιμελείς, να έχουν ανώτατη (χωρίς υποδιόματα) τουλάχιστον ενός μέτρου και εβδομήντα εκατοστών (170) και οι άνδρες να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις. Για την επιλογή τους εφαρμόζονται τα ακόλουθα αντικειμενικά κριτήρια:

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

(β) Ο βαθμός του απολυτηρίου τίτλου σπουδών.

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

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

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

της κατάστασης, εξαιτίας του συγκεκριμένου περιστατικού, παρέχεται το ευεργέτημα της πένιας με μόνιμη απόδραση του περιστατικού βίος, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 194 επ. του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, αν αδυνατούν να καταβάλουν, έστω και προσωρινά, τις απαιτούμενες δικαστικές δαπάνες.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις των εκπαιδευτικών

1. Εκπαιδευτικός της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ο οποίος, πριν την έκτασή του εκπαιδευτικού του έργου, με οποιαδήποτε τρόπο πληροφορηθεί ή διαπιστώσει, ότι έχει διαπραχθεί σε βάρος μαθητή έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας, ενημερώνει, χωρίς καθυστέρηση, τον διευθυντή της σχολικής μονάδας.

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

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

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

Άρθρο 24

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

Άρθρο 342

Κατάχρηση ανηλικών σε ασέλγεια

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

α) αν ο παθών δεν συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα έτη, με κθειρή τουλάχιστον δέκα ετών,

β) αν ο παθών συμπλήρωσε τα δεκατέσσερα, όχι όμως και τα δεκαοκτώ έτη, με κθειρή,

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

α) από οικείο,

β) από πρόσωπο που συναικεί με τον ανήλικο ή διαπρέπει φιλικές σχέσεις με τους οικείους του,

γ) από εκπαιδευτικό, παιδαγωγό, γυμναστή ή άλλο πρόσωπο που παραδίδει μαθήματα στον ανήλικο,

δ) από πρόσωπο που δέχεται τις υπηρεσίες του ανήλικου,

ε) από κληρικό με τον οποίο ο ανήλικος διαπρέπει πνευματική σχέση,

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

3. Ο ενήλικος ο οποίος με χειρονομίες, με προτάσεις ή με εξίστησή, απεικόνιση ή παρουσίαση πρόξευ που αφορά την γενετήσια ζωή προσβάλλει την αιδώ ανηλικού, τον οποίον του έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσσει, έστω και προσωρινά, τι-

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 Μαρτυρίες

ΠΡΩΤΑΘΛΗΤΡΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ Η ΕΛΛΑΔΑ



Παγκόσμια ημέρα ενάντια στη βία κατά των γυναικών έχει ορισθεί διεθνώς η Τετάρτη, 25 Νοεμβρίου, και στη σύγχρονη Ελλάδα του 2009, τουλάχιστον δύο γυναίκες το μήνα δολοφονούνται ή ακρωτηριάζονται κατά κανόνα από τους συζύγους ή τους άνδρες με τους οποίους έχουν συνάψει σχέσεις. Σε αυτές τις δολοφονίες ή σοβαρούς τραυματισμούς και ακρωτηριασμούς συχνά, πολύ συχνά, θύματα είναι και τα παιδιά των γυναικών αυτών...

Η κοινωνία εν γένει και τα ΜΜΕ κατά παράδοση, αποσιωπούν αυτήν την άθλια πραγματικότητα ή στην καλύτερη περίπτωση τη δικαιολογούν λόγω ανέχειας, οικονομικής κρίσης, χαμηλού επιπέδου μορφώσεως. Η πραγματικότητα, ωστόσο, είναι αμείλικτη. Ο μακρύς κατάλογος των εγκλημάτων κατά γυναικών στην Ελλάδα κατά τους τελευταίους 16 μήνες μιλά από μόνος του και δε χρειάζεται σχολιασμό.

Η λίστα της ντροπής

1. Ιούνιος 2008, Σαρωνίδα, 58χρονος σκοτώνει την 52χρονη σύζυγό του.

Η 25χρονη δασκάλα, Αδαμαντία Κάρκαλη, θύμα φρικιαστικής δολοφονίας στη Σαντορίνη

2. Αύγουστος 2008, Νέα Δημητριάδα Μαγνησίας, 68χρονος μαχαίρωσε και σκότωσε 50χρονη, γιατί αρνήθηκε να κάνει σχέση μαζί του.
3. Αύγουστος 2008, Άρνισσα Πέλλας, 40χρονος μαχαιρώνει την 23χρονη σύζυγό του και τραυματίζει τον πατέρα του, ο οποίος προσπάθησε να τη σώσει.
4. Αύγουστος 2008, Σαντορίνη, 31χρονος αποκεφαλίζει την 25χρονη σύζυγό του.
5. Σεπτέμβριος 2008, Φιλοθέη, καθηγητής μουσικής σκοτώνει την επίσης μουσικό σύζυγό του και τη θάβει σε γειτονικό πάρκο. Η 36χρονη καθηγήτρια μουσικής, Παναγιώτα Μαζαράκη, θύμα της

6. Σεπτέμβριος 2008, Μενίδι, 35χρονος σφάζει μέσα σε πιτσαρία την πρώην φίλη του, γιατί δεν μπορεί να δεχθεί το χωρισμό τους.
7. Οκτώβριος 2008, Όλυνθος Χαλκιδικής, νεαρός άνδρας δολοφονεί την πρώην φίλη του.
8. Οκτώβριος 2008, Τρίκαλα, 33χρονος μαχαιρώνει και σκοτώνει μέσα στο δρόμο την 37χρονη πρώην φίλη του, γιατί δεν μπορούσε να δεχθεί το χωρισμό τους, μπροστά στα μάτια της κόρης της και της μητέρας της και στη συνέχεια αυτοκτονεί.
9. Ιανουάριος 2009, Αιγάλεω, 63χρονος σκοτώνει με καραμπίνα την 58χρονη, εν διαστάσει, σύζυγό του.
10. Μάρτιος 2009, Μέγαρα, 43χρονος σκοτώνει τη σύζυγό του και μετά βάζει φωτιά στο διαμέρισμα για να καλύψει τα ίχνη του.
11. Απρίλιος 2009, Ηράκλειο Κρήτης, 36χρονος για λόγους αντεκδίκησης μετά από το χωρισμό τους σκοτώνει την 26χρονη πρώην φίλη του και το φίλο της.
12. Απρίλιος 2009, Χορτιάτης, 38χρονος στραγγαλίζει την 35χρονη σύζυγό του και αυτοκτονεί.
13. Απρίλιος 2009, Καλαμάτα, 29χρονη γυναίκα ακρωτηριάζεται με αλυσοπρίονο από τον πρώην σύζυγό της. Της αποκόπτει και τα τέσσερα άκρα.
14. Απρίλιος 2009, Ομόνοια, σύζυγος σκοτώνει στο ξύλο τη σύζυγό του.
15. Μάιος 2009, Νέος Κόσμος, 78χρονος καρκινοπαθής σκοτώνει με καραμπίνα την εν διαστάσει σύζυγό του και αυτοκτονεί.
16. Μάιος 2009, Κάλαμος, 55χρονος σκοτώνει με αιχμηρό αντικείμενο τη 47χρονη σύζυγό του και μετά αυτοκτονεί.
17. Μάιος 2009, Γλυφάδα, 70χρονος τραυματίζει βαριά την 56χρονη σύζυγό του και αυτοκτονεί, επειδή νομίζει ότι την έχει σκοτώσει.
18. Μάιος 2009, Παλαιό Φάληρο, 43χρονος μετά από καβγά με τη σύζυγό του της επιτίθεται με μαχαίρι, καταφέροντάς της πολλαπλά τραύματα και στη συνέχεια τραυματίζει και τον 5χρονο γιο του.
19. Μάιος 2009, Καλλιθέα, 40χρονος μαχαιρώνει την 26χρονη σύζυγό του και κάνει βουτιά στο κενό, έχοντας στην αγκαλιά του τα δύο του παιδιά.
20. Μάιος 2009, Λέρος, 30χρονος δολοφονεί με στραγγαλισμό την 29χρονη φίλη του.
21. Ιούνιος 2009, Κολχικό Θεσσαλονίκης, 39χρονος τραυματίζει βαριά με μαχαίρι την 35χρονη σύζυγό του.
22. Ιούνιος 2009, Άνω Πέραμα, 18χρονος τραυματίζει βαριά με μαχαίρι την 32χρονη φίλη του.
23. Ιούνιος 2009, Αγ. Δημήτριος, 53χρονος σκοτώνει με όπλο τη 43χρονη σύζυγό του και αυτοκτονεί.
24. Ιούνιος 2009, Καλλίπολη Πειραιά, 85χρονος σκοτώνει με πολλαπλά χτυπήματα με μαχαίρι την 70χρονη σύντροφό του.
25. Αύγουστος 2009, Πειραιάς, ένας 35χρονος συνελήφθη στον Πειραιά, καθώς θεωρείται υπεύθυνος για το θάνατο της 28χρονης συντρόφου του. Θύμα και δράστης, χρήστες και οι δύο ναρκωτικών ουσιών, συζούσαν το τελευταίο 20ήμερο.
26. Αύγουστος 2009, Άνω Λιόσια, 41χρονος περιέλουσε την 27χρονη σύζυγό του με εύφλεκτο υγρό και της έβαλε φωτιά. Η γυναίκα κινήθηκε φλεγόμενη στους θάμνους στην προσπάθειά της να σωθεί. Υπέκυψε λόγω των εκτεταμένων εγκαυμάτων μερικές μέρες αργότερα.

27. Αύγουστος 2009, Τρίκαλα, 58χρονος σκότωσε με πολλαπλά χτυπήματα με τσαπί τη 41χρονη σύζυγό του.
28. Αύγουστος 2009, Ρόδος, 30χρονη, μητέρα δύο ανήλικων παιδιών δολοφονείται με μαχαιριές στο θώρακα και την πλάτη από τον εν διαστάσει σύζυγό της.
29. Σεπτέμβριος 2009, Δράμα, 58χρονος κυνήγησε και παρέσυρε με το αυτοκίνητό του τη 42χρονη γυναίκα του και σε κατάσταση σοκ την χτυπούσε με τούβλο στο κεφάλι, τραυματίζοντάς τη σοβαρά. Τον σταμάτησε περιπολικό που περνούσε τυχαία.
30. Σεπτέμβριος 2009, Λιόσια, 39χρονος πυροβόλησε 4 φορές, τραυματίζοντας στα πόδια την εν διαστάσει, επίσης, 39χρονη σύζυγό του.
31. Οκτώβριος 2009, Αλεξανδρούπολη, 46χρονος πυροβόλησε με караμπίνα που είχε αγοράσει πρόσφατα την εν διαστάσει σύζυγό του, μητέρα τριών παιδιών (13 χρόνων και δύο δίδυμα 6 χρόνων) που ζούσαν μαζί της. Η γυναίκα χαροπάλευε.
32. Οκτώβριος 2009, Καλαμπάκα, 38χρονος πυροβολεί μέσα στο αυτοκίνητο για λόγους ζηλοτυπίας την 34χρονη φίλη του και τη σκοτώνει ακαριαία.
33. Νοέμβριος 2009, Βόλος, 30χρονη γυναίκα δολοφονείται μέσα στο σπίτι της. Η Αστυνομία αναζητά τον πρώην σύντροφό της από τον οποίο δεχόταν απειλές για τη ζωή της σύμφωνα με τη μαρτυρία φιλικού προσώπου του θύματος.
34. Νοέμβριος 2009, Άρτα, 78χρονη γυναίκα δολοφονείται στις Κεραμάτες Άρτης, αφού πρώτα βιάστηκε. Η γυναίκα δέχτηκε θανατηφόρα χτυπήματα από σφυρί στο κεφάλι. **www.kethi.gr**

Συνθήκες πόνου, τιμωρίας, απομόνωσης

Είναι δυνατόν ένας άνθρωπος να νιώθει ελεύθερος στη φυλακή; Τι σημαίνει κάτι τέτοιο; Ηλέκτρα: «Πολλή, πολλή, πολλή κακοποίηση. Ήταν η ζωή μου ένας εφιάλτης, μια κόλαση ήταν η ζωή μου. Το μόνο λάθος μου ήταν ότι δεν είχα φύγει.... Επινε και ερχόταν και με χτυπούσε...Εκείνη τη στιγμή δεν ήξερα τι έκανα. Και να πω ότι είχα κάπου φταίξει.... Δεν είμαι ούτε καμιά άτιμη, ούτε καμιά -με συγχωρείς- βρωμιάρα. Ολη τη μέρα ήμουν με το σπίτι, με τη δουλειά και με τα παιδιά. Δεν έκανα τίποτα άλλο. Θα μπορούσε να είχε συμβεί και κάτι χειρότερο, γιατί χτυπούσε και τα παιδιά. Και τα παιδιά μεγάλωναν, καταλάβαιναν, δεν θα μπορούσαν να το ανεχτούν. Γιατί τα χτυπούσε και σε άσχημα σημεία: στο κεφάλι, στο πρόσωπο... Φοβόμουν και για το χειρότερο...».

Αποκαλυπτική η μαρτυρία από τη διατριβή «Μάνες υπό περιορισμό: μητρικές αναπαραστάσεις σε μια ελληνική γυναικεία φυλακή», που ολοκλήρωσε πέρσι η διδάκτωρ Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, νομικός Παναγιώτα Τουλίνα Δέμελη, για το Πανεπιστήμιο Αιγαίου, φωτίζει τα ανομολόγητα δράματα που θάβονται στα ερείπια των κοινωνικών συμβάσεων οδηγώντας σε αμετάκλητα κρίματα.

Ένα στοιχείο που συνδέει τις ιστορίες ορισμένων γυναικών που έχουν καταδικαστεί για ανθρωποκτονία είναι η προηγούμενη σχεδόν καθημερινή κακοποίησή τους στον οικιακό χώρο από τα θύματα, από τους τότε συζύγους ή ερωτικούς τους συντρόφους. Ξυλοδαρμοί που ενίοτε κατέληγαν στην πολυήμερη νοσηλεία τους ή και στην αυτεπάγγελτη απαγγελία κατηγοριών κατά των δραστών - συζύγων αλλά και σε μόνιμες βλάβες στην υγεία τους. «Τα επώδυνα βιώματα γυναικών που επί σειρά ετών υποβάλλονταν σε τακτικούς ξυλοδαμούς κι εξευτελισμούς είναι τέτοιου βαθμού ώστε αρκετές καταλήγουν στο θλιβερό συμπέρασμα ότι, αν και φυλακισμένες, γεύονται στιγμές ελευθερίας, απαλλαγμένες πλέον από τη συζυγική απειλή, βία και καταπίεση», μας λέει η ερευνήτρια θέτοντας ένα εύλογο ερώτημα: «Πόσο ελεύθερη ήταν η καθημερινότητά τους πριν από τον εγκλεισμό;».

Απίστευτη τραγικότητα φωλιάζει στα λόγια της Ηλέκτρας, που της «έχει μείνει πρόβλημα στο κεφάλι από τα χτυπήματα»: «Τώρα άρχισα να αισθάνομαι ελεύθερα. Το καταλαβαίνετε;»...

* Ακόμη κι όταν φοβούνται για τη ζωή τους, την ιδέα της οριστικής φυγής αποτρέπει ο φόβος και η απειλή του συζύγου «όπου και να πας θα σε σκοτώσω». Τα παιδιά αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα συμβάλλοντας στην ανασφάλεια μιας μητέρας μόνης με την ευθύνη προστασίας ανηλίκων.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 13/09/2008

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ ΒΙΑΣ**

ΑΘΗΝΑ

Γενική Γραμματεία Ισότητας

Συμβουλευτικά Κέντρα για τη βία κατά των Γυναικών

Νίκης 11, Σύνταγμα Τηλ: 210 3317305-6

Φαξ: 210 3315787

Αλκιβιάδου 76, Πειραιάς Τηλ: 210 4112091, 4129101

Φαξ: 210 4129101

Δήμος Αθηναίων/ Γραφείο Ισότητας

Σοφοκλέους 70,

Τηλ: 210 5244657

Ε.Κ.Κ.Α. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

(πρώην Ε.Κ.Α.Κ.Β.)

Βασιλίσσης Σοφίας 135 & Ζαχάρωφ

Τ.Κ. 115 21 Αμπελόκηποι

Τηλ: 210 6497705

Φαξ: 210 6497744

Τηλεφωνική Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας 197

*Υπάρχουν ξενώνες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής
Αλληλεγγύης για τους οποίους πληροφορίες δίδονται από τη γραμμή
197*

Δίκτυο Γυναικών Ευρώπης

Εστίας 25,

115 26- Αμπελόκηποι

Τηλ: 210 7786800, 7703043

Φαξ: 210 7703043

Γραμμή SOS

8001188881 (ενδοοικογενειακή βία)

8001114400 και 210 77 04 574 (trafficking)

Αμαλιάδος 15,

115 23 Αθήνα

Τηλ: 210 6411449/ Κιν: 6977677429

Ιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης Θυμάτων Βασανιστηρίων

Λυκαβηττού 9, 106 72 Αθήνα

Τηλ: 210-3646807, 3643792

Φαξ: 210-3612 273

Γυναικεία Ομάδα Αυτοάμυνας

Τηλ: 6973352397

ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Θεσσαλονίκη

Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών

Καμβουνίων 8, Θεσσαλονίκη

Τηλ. και Φαξ : 2310 276782

Τηλεφωνική Γραμμή Υποστήριξης

τηλ. 2310 272725 (Δευτέρα – Παρασκευή 10π.μ -2μμ)

Ν. Κομοτηνής

Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Κομοτηνής

Δ/ση: Δημάρχου Δημητρίου Μπλέτσα 19, Κομοτηνή

Τηλ: 2531 0 82063

Φαξ: 2531 0 71447

Γραμμή SOS για θύματα ενδοοικογενειακής βίας: 2531 0 83888

Ν. Σερρών

Σπίτι της Γυναίκας – Κοινωνική Μέριμνα

Ορφέως 13 , 621 22 Σέρρες

Τηλ: 23210 99500-1

Φαξ: 23210 99801

ΗΠΕΙΡΟΣ

Ν. Ιωαννίνων

Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού

Δ/ση : Γ. Παπανδρέου 2, Ιωάννινα

Τηλ: 26510 78810, 72378

Φαξ: 26510 72378

e-mail: cvme@ioa.forthnet.gr

Ν. Πρέβεζας

Κέντρο Έρευνας και Στήριξης Θυμάτων Κακοποίησης Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων και προστασίας Μονογονεϊκών Οικογενειών

Δ/ση: Ελ. Βενιζέλου 15, Πρέβεζα

Τηλ: 2682 0 61481/ 22321

Φαξ:2682 0 28570

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

Δήμος Καρδίτσας

Κέντρο Στήριξης Γυναικών

Δ/ση: Σταμούλη 9, 43100 Καρδίτσα

Τηλ: 24410 71594, 77122

Φαξ: 2441 0 75141

e-mail: wck@hol.gr

ΑΙΤΟΛΩΑΚΑΡΝΑΝΙΑ

ΚΕΣΥΥ - ΚΕΜΟΠ “Ο ΠΛΑΤΩΝ”

Δ/ση: 7^ο χλμ Εθνικής Οδού Αντιρρίου- Ναυπάκτου

30 300 Ναύπακτος

Τηλ: 26340 21080

Φαξ: 2634 0 21080

ΚΡΗΤΗ

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

«ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΤΟ
ΠΑΙΔΙ»

ΤΘ 1415 - ΤΚ 71202

Τηλ: 2810-324900

Φαξ: 2810-324949

e-mail: ksenona@in.gr

ΝΗΣΙΑ Β. ΑΙΓΑΙΟΥ

Δήμος Χίου

Γραφείο Γυναικείων θεμάτων

Δ/ση: Οινοπίωνος 1, 82100 Χίος

Τηλ: 2271042502

Φαξ: 2271043715

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ

www.isotita.gr