



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας

Σπουδάστρια:

Παπαγιαννοπούλου Ευρυδίκη, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 51)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΜΕΡΟΣ Ι: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ	6
1. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	7
2. ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	10
3. ΤΑ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	18
4. Η ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	25
5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	30
6. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	36
7. ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	39
8. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	45
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	49
10. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	52
11. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ	55
12. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΑΝΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	57
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: Η ΕΡΕΥΝΑ	60
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	61
1.1. Διαδικασία	61
1.2. Δείγμα	62
1.3. Ερευνητικά Εργαλεία	62
1.4. Διαδικασία	63
1.5. Στοιχεία Δεοντολογίας	64
1.6. Στατιστική Επεξεργασία	64
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	66
2.1. Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	66
2.2. Επαγγελματικό και μορφωτικό προφίλ του δείγματος	66

2.3. Στάση ως προς τα καθήκοντα του επαγγελματία Υγείας	68
2.4. Κατανόηση του/της επαγγελματία Υγείας	71
2.5. Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα	73
2.6. Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας	76
2.7. Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων	78
2.8. Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία	81
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

«Η βία κατά των γυναικών είναι μια εκδήλωση των ιστορικά άνισων σχέσεων δύναμης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, οι οποίες έχουν οδηγήσει στην κυριαρχία των ανδρών, στις διακρίσεις ενάντια στις γυναίκες από τους άνδρες και στην αποτροπή της πλήρους προόδου των γυναικών...»¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα εξαιρετικά επίκαιρο και ταυτόχρονα πολυσύνθετο ζήτημα, η εκδήλωση του οποίου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που απαιτούν διερεύνηση, ερμηνεία και αντιμετώπιση. Οι διαστάσεις του φαινομένου έχουν πάρει τη μορφή κοινωνικού προβλήματος, το οποίο περικλείει ένα εύρος συμπεριφορών από τη δολοφονία και το βασανισμό έως τον τραυματισμό ή/και την απειλή αυτού. Η βία κατά των γυναικών ασκείται μέσω της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, της λεκτικής επιθετικότητας, της συναισθηματικής και ψυχολογικής κακομεταχείρισης, της οικονομικής αποστέρησης και της κοινωνικής κακομεταχείρισης. Επιφέρει δε επιπτώσεις σε ατομικό, πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και αποτελεί μία από τις κυρίαρχες μορφές παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, καθώς στερεί το δικαίωμα ισότητας ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες. Επιπρόσθετα, προσβάλλει την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμηση των γυναικών, καθώς και το δικαίωμα στις θεμελιώδεις ελευθερίες.

Η βία κατά των γυναικών εμφανίζεται σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό πλαίσιο, την κοινωνική τάξη, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, την εθνικότητα και την ηλικία. Ακόμη και αν οι περισσότερες κοινωνίες κηρύσσουν έκνομη τη βία κατά των γυναικών, στην πραγματικότητα οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους «νομιμοποιούνται» με τη δικαιολογία πολιτισμικών πρακτικών και κανόνων, ή μέσω παρερμηνειών των αρχών διαφόρων θρησκευτικών δογμάτων.² Όταν, μάλιστα, η βία ασκείται μέσα στο σπίτι, η καταχρηστική αυτή συμπεριφορά «συγχωρείται» με τη σιωπή από την πλευρά των γυναικών που υφίστανται τη βία και με τη στάση ανοχής που επιδεικνύει πολλές φορές η Πολιτεία και οι μηχανισμοί τυπικής και άτυπης κοινωνικής αντίδρασης.³

Δυστυχώς, για την πλειονότητα των γυναικών, σε διάφορα πολιτισμικά και κοινωνικά πλαίσια, η βία που υφίστανται είναι συχνά ένας κύκλος κακοποίησης που

¹ United Nations, *The United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women*, General Assembly Resolution, December 1993.

² Unicef, *Domestic Violence against Women and Girls*, Innocenti Digest, No. 6, June 2000, 2-28, p. 2.

³ Unicef, 2000, *ό.π.*

εμφανίζεται με πολλές μορφές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (βλ. πίνακας 1).⁴

Πίνακας 1. Παραδείγματα Βίας κατά των Γυναικών σε όλο τον κύκλο ζωής	
Φάση	Τύπος Βίας
Πριν τη γέννηση	Επιλεκτική άμβλωση βάσει φύλου, επιπτώσεις της κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη γέννα.
Νηπιακή ηλικία	Θηλυκή βρεφοκτονία, σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση.
Παιδική ηλικία	Γάμος παιδιών, ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων (ΑΓΓΟ), σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση, αιμομιξία, παιδική πορνεία και πορνογραφία.
Εφηβεία και ενήλικη ζωή	Βία στη συντροφική σχέση (π.χ. βιασμός), εξαναγκαστικά αμειβόμενο σεξ (κορίτσια σχολικής ηλικίας που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με ηλικιωμένους, με αντάλλαγμα τα σχολικά δίδακτρα), αιμομιξία, σεξουαλικές παρενοχλήσεις, εξαναγκαστική πορνεία και πορνογραφία, παράνομη διακίνηση και εμπορία γυναικών, συζυγικός βιασμός, προίκα και δολοφονία, ανθρωποκτονία από το σύζυγο/σύντροφο, κακοποίηση γυναικών με ειδικές ανάγκες, εξαναγκαστική εγκυμοσύνη.
60 ετών και άνω	Εξαναγκαστική «αυτοκτονία», ανθρωποκτονία των χηρών για οικονομικούς λόγους, σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση.
<i>(Πηγή: "Violence Against Women", WHO, FRH/WHD/97.8)</i>	

Αναμφισβήτητα, η πολύμορφη κακοποίηση που ασκείται στις γυναίκες αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφοροι επιστήμονες και ερευνητές/-τριες, οι πολιτικές ηγεσίες των χωρών, καθώς και οι διεθνείς οργανισμοί. Τα τελευταία χρόνια, το ερευνητικό ενδιαφέρον, επικεντρώνεται στις μορφές βίας που εμφανίζονται εντός των «οικογενειακών τειχών» με το επιχείρημα ότι θεσμοί, όπως ο γάμος και η οικογένεια, είναι δυνατόν να διατηρήσουν ή και να υποθάψουν την εκδήλωση του συγκεκριμένου φαινομένου.⁵

⁴ Unicef, 2000, *ό.π.*

⁵ Βλάχου, Β., Η βία κατά των γυναικών – Ερευνητικά δεδομένα, σύγχρονοι προβληματισμοί, *ΠοινΔικ*, 4/2006 (Έτος 9^ο), 471-475, σ. 471.

Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Γενικές Επισημάνσεις

Μέρος I

1. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ο ορισμός της βίας κατά των γυναικών, όπως αυτός υιοθετήθηκε το 1995 στην 4^η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών και διατυπώθηκε στην παράγραφο 113 της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου⁶, είναι ο εξής: «Ο όρος “βία κατά των γυναικών” περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα, ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα, τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή...».⁷

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, θέματα όπως η ενδοοικογενειακή βία, ο βιασμός, η σεξουαλική κακοποίηση, η σεξουαλική παρενόχληση, η πορνεία, η πορνογραφία, η εμπορία γυναικών με σκοπό την οικονομική/σεξουαλική εκμετάλλευση, ο ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων και ζητήματα που αφορούν σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (μετανάστριες, μειονότητες κ.λπ.) είναι από τα κυριότερα ζητήματα που απασχολούν τους/τις ειδικούς για το θέμα της βίας κατά των γυναικών.⁸

Μια από τις πιο κοινές μορφές βίας που βιώνουν οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο, ανεξάρτητα από το κοινωνικό, οικονομικό, θρησκευτικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν, είναι η βία από το σύζυγο ή το σύντροφό τους⁹ μέσα στο περιβάλλον της οικογένειας¹⁰ και αναφέρεται ως «ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών». Αν και οι γυναίκες μπορούν να είναι βίαιες στις συζυγικές/συντροφικές τους σχέσεις και βία παρατηρείται σε αρκετές ομοφυλοφιλικές σχέσεις, το βαρύ φορτίο βίας επωμίζονται οι γυναίκες στις σχέσεις τους με τους άνδρες.¹¹

⁶ Ηνωμένα Έθνη (Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης), *4^η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, Πεκίνο, Κίνα 4-15 Σεπτεμβρίου 1995: Πλατφόρμα Δράσης και η Διακήρυξη του Πεκίνου*, 1996.

⁷ Γενική Γραμματεία Ισότητας, *Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό Πλαίσιο για τον έλεγχο της προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, Φεβρουάριος 2003, σ. 10επ.

⁸ Βλάχου, Β., 2006, *ό.π.*

⁹ Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. and Lozano, R. (eds.), *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

¹⁰ Ο όρος οικογένεια αναφέρεται όχι μόνο στην πυρηνική οικογένεια, αλλά σε μια διευρυμένη μορφή οικογένειας, καθώς και στις εν δυνάμει οικογένειες, βλ. Spinellis, C.D., *Crime in Greece in Perspective*, Athens, Sakkoulas pub., 1997.

¹¹ Krug, E.G. et al., 2002, *ό.π.*

Η ενδοοικογενειακή βία αναφέρεται σε οποιαδήποτε συμπεριφορά μέσα σε μια σχέση που μπορεί να προκαλέσει σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική ζημιά. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν:

Τη **σωματική βία**, η οποία ορίζεται ως η σκόπιμη χρήση της σωματικής δύναμης με δυνατότητα να προκληθεί θάνατος, ανικανότητα ή ζημιά. Η σωματική βία περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε: γρατσούνισμα, ώθηση που οδηγεί σε πτώση, βίαιο άρπαγμα, δάγκωμα, πνίξιμο, σπρώξιμο, τράβηγμα μαλλιών, χτύπημα, κάψιμο, χρήση όπλου (π.χ. πυροβόλο όπλο, μαχαίρι ή άλλο αντικείμενο). Η σωματική βία περιλαμβάνει, επίσης, τον εξαναγκασμό ανθρώπων να διαπράξουν οποιαδήποτε από τις παραπάνω πράξεις.¹²

Τη **σεξουαλική βία**, η οποία διαιρείται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- Χρήση της σωματικής δύναμης για να εξαναγκαστεί ένα άτομο να συμμετέχει σε μια σεξουαλική πράξη ενάντια στη θέλησή του, ανεξάρτητα από το εάν ή όχι η πράξη ολοκληρώνεται.
- Μια αποπειραθείσα ή ολοκληρωμένη σεξουαλική πράξη που περιλαμβάνει ένα άτομο, το οποίο είναι ανίκανο να καταλάβει τη φύση ή τους όρους της πράξης, ώστε να αρνηθεί τη συμμετοχή του ή να εκφράσει την απροθυμία του να συμμετέχει σε αυτή (π.χ. λόγω ασθένειας, νοητικής υστέρησης, επιρροής οινόπνεύματος ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, εκφοβισμού ή πίεσης, κ.ά.).
- Καταχρηστική σεξουαλική επαφή, συμπεριλαμβανομένης της σκόπιμης επαφής, άμεσα ή μέσω του ιματισμού, των γεννητικών οργάνων, του πρωκτού, των βουβώνων, του στήθους, των εσωτερικών μηρών ή γλουτών, ενάντια στη θέληση οποιουδήποτε ατόμου που είναι ανίκανο να καταλάβει τη φύση ή τους όρους της πράξης, ώστε να αρνηθεί τη συμμετοχή ή να εκφράσει την απροθυμία να συμμετέχει σε αυτή (π.χ. λόγω ασθένειας, νοητικής υστέρησης, επιρροής οινόπνεύματος ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, εκφοβισμού ή πίεσης, κ.ά.).¹³

Την **απειλή σωματικής ή σεξουαλικής βίας**: Η χρήση λέξεων, χειρονομιών ή όπλων¹⁴ για να επιφέρει πρόκληση τραυματισμού, σωματικής κάκωσης ακόμη και θανάτου. Επίσης, η χρήση των παραπάνω για να αναγκαστεί ένα άτομο να

¹² Economic and Social Council, *Report of the Working Group on Violence against Women*, E/CN.6WG.2/1992/11.3, Vienna, United Nations, 1992 όπως αναφέρεται στο: WHO Library Cataloguing in Publication Data, *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals: Module on Gender-based Violence*, World Health Organization, 2005.

¹³ Economic and Social Council, 1992, *ό.π.*

¹⁴ Ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων χρησιμοποιείται τόσο για την κακοποίηση των γυναικών όσο και από τις κακοποιημένες γυναίκες. Τα πυροβόλα όπλα είναι πιο κοινά στις οικογένειες που η γυναίκα κακοποιείται από ό,τι στο γενικό πληθυσμό και είναι λόγος σοβαρής ανησυχίας λαμβάνοντας υπόψη τη νομιμοποίηση κατοχής όπλου σε αρκετές χώρες των ΗΠΑ. Βλ. σχετικά: Sorenson, S.B., and Wiebe, D.J., *Weapons in the Lives of Battered Women*, *American Journal of Public Health*, 94 (8), 1994, pp. 1412-1417.

συμμετέχει σε σεξουαλικές πράξεις, ενώ είναι απρόθυμο ή ανίκανο να συγκατατεθεί.¹⁵

Την **ψυχολογική/συναισθηματική βία**: η πρόκληση τραύματος στο θύμα, η οποία προκαλείται από πράξεις, απειλή πράξεων και εξαναγκαστικές πρακτικές, όταν έχει υπάρξει προγενέστερη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ή προγενέστερη απειλή σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης.

Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται στα εξής: ταπείνωση, έλεγχος στο τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει η γυναίκα, παρακράτηση πληροφοριών, ενόχληση όταν η γυναίκα διαφωνεί, σκόπιμη μειωτική συμπεριφορά (π.χ. λιγότερο έξυπνη, λιγότερο ελκυστική), σκόπιμη συμπεριφορά για να στενοχωρήσει τη γυναίκα, απομόνωση του θύματος από τους/τις φίλους/-ες και την οικογένεια, απαγόρευση της πρόσβασης σε μεταφορικά μέσα ή σε τηλέφωνο, άρνηση πρόσβασης σε χρήματα και άλλους οικονομικούς πόρους, απειλή για την απώλεια της επιμέλειας των παιδιών, καθώς και σπάσιμο αντικειμένων ή καταστροφή περιουσιακών στοιχείων.¹⁶

Τη **λεκτική βία**, η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχολογική και εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών που κινούνται από φωνές και εξυβρίσεις έως λεκτικό εξευτελισμό, συνεχείς επικρίσεις, απειλές και λεκτική τρομοκράτηση του θύματος.¹⁷

¹⁵ Economic and Social Council, 1992, *ό.π.*

¹⁶ Στο ίδιο.

¹⁷ Βλ. σχετικά: Evans, P. *Verbal Abuse Survivors Speak Out*, Holbrook, Mass: Adams Media Corporation, 1993. Evans, P., *The Verbally Abusive Relationship: How to Recognize It and How to Respond*, Holbrook, Mass: Adams Media Corporation, 1992. Alexander, R., Wife-Battering: An Australian Perspective, *Journal of Family Violence*, 8(3), 1993, pp. 229-251.

«Το ξύλο γινόταν όλο και πιο σοβαρό...
Στην αρχή περιοριζόταν στο να με χτυπάει στο σπίτι.
Σταδιακά, έπαψε να τον νοιάζει.
Με χτυπούσε μπροστά στους άλλους και συνεχώς με τρομοκρατούσε...
Κάθε φορά ήταν σαν να προσπαθούσε να δει την αντοχή μου, πόσα
μπορούσα ακόμη να ανεχτώ.»

Γυναίκα 27 χρονών, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, Ταϊλάνδη

2. ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η οικογένεια πολύ συχνά ταυτίζεται ως όρος με τις έννοιες του καταφυγίου, του ασύλου, του ιερού και του αδύτου, νοηματοδοτεί, δηλαδή έναν χώρο, όπου τα άτομα βρίσκουν αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση και σεβασμό. Τα εμπειρικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι είναι επίσης και ένας χώρος που θέτει σε κίνδυνο τις ζωές των μελών της και αναπαράγει μερικές από τις πιο σοβαρές μορφές βίας που διαπράττονται ενάντια στις γυναίκες και τα παιδιά.

Η ενδοοικογενειακή βία, συνήθως, διαπράττεται από τους άνδρες, οι οποίοι έχουν ή είχαν θέση εμπιστοσύνης και δύναμης/επιβολής, π.χ. σύζυγος, πρώην σύζυγος, σύντροφος, πατέρας, πεθερός, αδερφός, θείος, γιος, ή άλλοι συγγενείς. Επομένως, η εν λόγω βία διαπράττεται κυρίως από τους άνδρες ενάντια στις γυναίκες, ενώ σε ένα μικρότερο ποσοστό ασκείται βίαιη συμπεριφορά από τις γυναίκες ενάντια στους άνδρες, καθώς συνήθως πρόκειται για δευτερογενή αντίδραση σε προηγούμενη κακοποίηση που έχουν υποστεί ή/και ως πράξη σε κατάσταση άμυνας.¹⁸

Η μέτρηση της έκτασης του προβλήματος παραμένει δύσκολο εγχείρημα, καθώς παρά την παγκοσμιότητα του φαινομένου, η «συνομωσία της σιωπής» εξακολουθεί να συγκαλύπτει το μέγεθος της βίας. Ενώ η διεξαγωγή θυματολογικών ερευνών έχει συμβάλει σημαντικά στην ακριβέστερη καταμέτρηση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, συμπεριλαμβανομένων των αδικημάτων που δεν έχουν καταγγεληθεί στις δικτυικές αρχές, εντούτοις, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί παραμένουν, καθώς σε πολλές κοινωνίες το θέμα αντιμετωπίζεται ακόμη ως αποδεκτό και κανονικό μέρος της «ιδιωτικής σφαίρας» της οικογένειας.¹⁹

¹⁸ Βλ. αναλυτικότερα: Dobash, R.E., & Dobash, R. *Violence against Women and Social Change*. London, New York: Routledge, 1992. Browne, A., *When Battered Women Kill*. Boston: Northeastern University, 1987. Walker, L., *The Battered Woman*. New York: Harper & Row, 1979.

¹⁹ Neame, A. & Heenan, M., *What Lies behind the Hidden Figure of Sexual Assault? Issues of Prevalence and Disclosure*, Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Briefing no.1,

Ο πραγματικός αριθμός διάπραξης εγκλημάτων κακοποίησης γυναικών από το σύζυγο/σύντροφό τους, χαρακτηρίζεται από υψηλό σκοτεινό αριθμό εγκληματικότητας²⁰ και είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο, πόσο μάλιστα που οι συνθήκες τέλεσης του εγκλήματος συμβαίνουν στο πλαίσιο των στενών διαπροσωπικών σχέσεων.²¹

Παρόλα αυτά, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο καταδεικνύουν την αύξηση και εξάπλωση περιστατικών βίας κατά των γυναικών και ιδιαίτερα της σωματικής κακοποίησης που διαπράττεται από το σύζυγο/σύντροφο.²²

Σε 48 πληθυσμιακές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε όλο τον κόσμο, παρατηρήθηκε ότι μεταξύ 10% έως και 69% των γυναικών ανέφεραν σωματική κακοποίηση από το σύζυγο/σύντροφό τους, κάποια στιγμή στη ζωή τους. Το ποσοστό των γυναικών που κακοποιήθηκαν από το σύζυγο/σύντροφό τους προηγούμενους 12 μήνες κυμαίνεται από 3% ή και λιγότερο ανάμεσα στις γυναίκες από την Αυστραλία, τον Καναδά και τις ΗΠΑ, σε 27% στις γυναίκες που έχουν σταθερή ερωτική σχέση από τη Λεον (Νικαράγουα), 38% στις έγγαμες γυναίκες από την Κορέα και 52% στις έγγαμες Παλαιστίνιες γυναίκες από τη Δυτική Όχθη και της Λωρίδα της Γάζας. Για τις περισσότερες από αυτές τις γυναίκες, η σωματική κακοποίηση δεν είναι ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μέρος μιας συνεχούς καταχρηστικής συμπεριφοράς από την πλευρά των ανδρών.²³

Από την Εθνική Έρευνα για τη Βία κατά των Γυναικών (NVAW Survey)²⁴ του Εθνικού Ινστιτούτου Δικαιοσύνης (Υπουργείο Δικαιοσύνης) των Η.Π.Α. που δημοσιεύτηκε το 2000, καταδεικνύεται ότι 7,7% από τις ερωτώμενες γυναίκες και

September 2003. Ferrante, A., Morgan, F., Indermaur, D. & Harding, R.W., *Measuring the Extent of Domestic Violence*, Hawkins Press, Sydney, 1996. Mouzos, J. & Makkai, T., *Women's Experiences of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey IVAWS*, Research and Public Policy Series No. 56, Australian Institute of Criminology, Canberra, 2004.

²⁰ Ως σκοτεινός αριθμός της εγκληματικότητας ορίζεται το σύνολο των εγκλημάτων που η τέλεσή τους δε γίνεται ποτέ γνωστή στις αρμόδιες αρχές για την πρόληψη και την καταστολή του εγκλήματος, βλ. Δασκαλάκης, Η., *Η εγκληματολογική σημασία του σκοτεινού αριθμού της εγκληματικότητας*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, εκδ. Ε.Κ.Κ.Ε, σελ. 370, 1985. Έτσι, η μελέτη των επίσημων αστυνομικών, δικαστικών και σωφρονιστικών στατιστικών, μας οδηγεί σε λανθασμένα και παραπλανητικά συμπεράσματα όσον αφορά στην πραγματική έκταση του εγκλήματος και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των θυμάτων και των δραστών. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση στερεοτυπικών αντιλήψεων -σε σχέση με το έγκλημα- οι οποίες έχουν διαποτίσει, τόσο τις στάσεις του κοινού, όσο και των οργάνων δίωξης του εγκλήματος και των οργάνων απονομής της ποινικής δικαιοσύνης.

²¹ Δασκαλάκης, 1985, *ό.π.*, σ. 86.

²² Βλ. ενδεικτικά: Davidson, T., *Wifebeating: A Recurring Phenomenon throughout History*, στο: M. Roy, Van Nostrand Reinhold (eds.), *Battered Women: A Psychosocial Study of Domestic Violence*, New York, 1977, pp. 2-23. Erez, E., *Domestic Violence and the Criminal Justice System: An Overview*, *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 7, 2002. Okun, L., *History: The Empirical Literature. Results of Empirical Works*, στο: *Woman Abuse: Facts Replacing Myths*, State University of New York Press, Albany, N.Y., pp. 1-77, 254-271, 1986.

²³ Heise, L.L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M., *Ending Violence against Women* Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Centre for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L., No. 11).

²⁴ Tjaden, P. & Thoennes, N., *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women*, November 2000, NCJ 183781, Findings from the National Violence against Women Survey, pp. 25-26.

0,3% από τους ερωτώμενους άνδρες βιάστηκαν από τον τωρινό ή τον πρώην σύζυγο/σύντροφο κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ 0,2% από τις γυναίκες του δείγματος βιάστηκαν από τον τωρινό ή τον πρώην σύζυγο/σύντροφο τους τελευταίους 12 μήνες. Επιπλέον, 201. 394 γυναίκες από την ηλικία των 18 ετών και άνω βιάζονται από το σύζυγο/σύντροφό τους κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι η πιο συχνά αναφερόμενη ενδοοικογενειακή βία είναι αυτή της σωματικής κακοποίησης, καθώς 22,1% από τις ερωτώμενες γυναίκες και 7,4% από τους άνδρες ανέφεραν σωματική κακοποίηση από το σύζυγο/ σύντροφο κάποια στιγμή στη ζωή τους. Συνεπώς, 1 στις 5 γυναίκες που ζουν στις Η.Π.Α. κακοποιούνται σωματικά από το σύζυγο/ σύντροφο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 1 στους 14.

Σε έρευνα του Π.Ο.Υ.²⁵ στους γενικούς πληθυσμούς 10 χωρών παγκοσμίως (π.χ. Αιθιοπία, Βραζιλία, Ιαπωνία, Σερβία, Τανζανία κ.λπ.) παρατηρήθηκε ότι η επιδημιολογία της σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας κατά των γυναικών από το σύζυγο/σύντροφό τους κάποια στιγμή της ζωής τους κυμαίνεται μεταξύ 15% και 71%. Στις περισσότερες πόλεις, τα ποσοστά συχνότητας των περιστατικών κυμαίνονται μεταξύ του 29% και 62%. Μεταξύ 4% (Σερβία, Μοντενέγκρο) και 54% (Αιθιοπία) των γυναικών αναφέρουν σωματική ή/και σεξουαλική βία από το σύζυγο/σύντροφο μέσα στους τελευταίους 12 μήνες από τη διεξαγωγή της έρευνας, ενώ σε άλλες πόλεις τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ του 20% και 33%.

Αυτά τα αποτελέσματα προσθέτουν στο υπάρχον σώμα της έρευνας, αρχικά από τις βιομηχανικές χώρες, την έκταση της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών και επιβεβαιώνουν ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι μια κοινή εμπειρία για ένα μεγάλο αριθμό γυναικών στον κόσμο.

Η παραπάνω μελέτη επιβεβαιώνει την υψηλή επικράτηση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών σε ένα ευρύ φάσμα πολιτισμικών και γεωγραφικών πλαισίων. Τα εμπειρικά αυτά δεδομένα μπορούν να χρησιμεύσουν στο να προάγουν τη δράση σε εθνικό επίπεδο και στο να συμβάλουν στην κατανόηση εκείνου του ρόλου που μπορεί να έχει η Δημόσια Υγεία στην πρόληψη, καθώς και στην αντιμετώπιση αυτού του σημαντικού προβλήματος.²⁶

²⁵ Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise L. & Watts C.H., *Prevalence of Intimate Partner Violence: Findings from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team Lancet 2006, 368, pp. 1260-1269.

²⁶ Garcia-Moreno, C. et al, 2006, *ό.π.*

Ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται από τον Π.Ο.Υ. σε έρευνες, για να τεκμηριώσουν σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση της γυναίκας από το σύζυγο/σύντροφό της.²⁷

Σωματική Βία

- Αν την έχει χαστουκίσει ή της έχει πετάξει αντικείμενο με σκοπό να την τραυματίσει.
- Αν την έχει σπρώξει με σκοπό να χάσει την ισορροπία της.
- Αν την έχει γρονθοκοπήσει.
- Αν την έχει κλωστήσει, σύρει καταγής ή την έχει «σπάσει στο ξύλο».
- Αν έχει προσπαθήσει να τη στραγγαλίσει ή να την κάψει σκόπιμα.
- Αν απείλησε να χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποίησε πυροβόλο όπλο, μαχαίρι ή οποιοδήποτε άλλο όπλο εναντίον της.

Σεξουαλική Βία

- Αν άσκησε σωματική βία για σεξουαλική επαφή, ενώ εκείνη δεν ήθελε.
- Αν είχε σεξουαλική επαφή, ενώ δεν ήθελε γιατί φοβόταν ό,τι πιθανά μπορούσε να της κάνει ο σύζυγος/σύντροφός της.
- Αν εξαναγκάστηκε να αποδεχτεί σεξουαλικές πράξεις που εκείνη θεωρούσε ταπεινωτικές και εξευτελιστικές.

Ψυχολογική/Συναισθηματική Βία

- Αν προσπάθησε να την κρατήσει μακριά από φίλους/-ες.
- Αν της απαγόρευσε να έχει επαφή με την οικογένειά της.
- Αν επέμενε να γνωρίζει συνεχώς όλες τις κινήσεις της.
- Αν την αγνοούσε και αν την αντιμετώπιζε με αδιαφορία.
- Αν εξαγριωνόταν, όταν μιλούσε με άλλον άνδρα.
- Αν ήταν συχνά καχύποπτος ότι δεν ήταν «πιστή».
- Αν απαιτούσε να ζητά η γυναίκα την άδειά του πριν αναζητήσει υγειονομική περίθαλψη.

Επιπρόσθετα, η μελέτη που διενήργησε η Carol Hagemann-White για το Συμβούλιο της Ευρώπης (Μάιος 2006)²⁸, προκειμένου να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν οι ενέργειες και τα μέτρα που λαμβάνονται από τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου, κατέδειξε ότι:

²⁷ Στο ίδιο.

²⁸ Hagemann-White, C., *Combating Violence against Women, Stocktaking Study on the Measures and Actions Taken in Council of Europe Member States*, Directorate General of Human Rights, Strasbourg, 2006.

- Περίπου το 1/5 των γυναικών έχει υποστεί σωματική βία τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους και περισσότερο από το 1/10 έχει υποστεί σεξουαλική βία.
- Οι περισσότερες βίαιες πράξεις που υφίστανται οι γυναίκες προέρχονται από το άμεσο κοινωνικό τους περιβάλλον και ιδιαίτερα από το σύντροφό τους ή τον πρώην σύντροφό τους.
- Υπολογίζεται ότι περίπου το 12% έως 15% των γυναικών βρισκόταν σε βίαιη σχέση μετά την ηλικία των 16 ετών.
- Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να δεχτούν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση από τον πρώην σύντροφό τους και αυτό καταδεικνύει ότι η παρεχόμενη προστασία δεν είναι επαρκής και ασφαλής, ώστε να αποτρέψει παρόμοια περιστατικά.
- Το οικονομικό κόστος για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας είναι πολύ υψηλό, καθώς μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί σε συγκεκριμένες χώρες, αποδεικνύουν ότι το ποσό κυμαίνεται από 2.4 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο (Ισπανία), σε 34 δισεκατομμύρια ευρώ (Ηνωμένο Βασίλειο).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το πόρισμα της ομάδας του Υπουργείου Εσωτερικών²⁹, η ενδοοικογενειακή βία ως κοινωνικό φαινόμενο παρουσιάζει ανησυχητικά ποσοστά, με θύματα κυρίως τις γυναίκες, αλλά και τα παιδιά.

Τα συμπεράσματα που αναφέρονται παρακάτω προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση και επεξεργασία στοιχείων των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση και απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα Αθήνας και Πειραιά της Γενικής Γραμματείας Ισότητας (Υπουργείο Εσωτερικών) κατά το χρονικό διάστημα 1/1/2002-31/10/2006 και παρατίθενται όπως ακριβώς ανακοινώθηκαν από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας. Το δείγμα επεξεργασίας ανέρχεται στα 1870 περιστατικά κακοποίησης.³⁰

- Το 16% των γυναικών που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα, κατά την περίοδο 1/1/2002 έως 31/10/2006, είναι αλλοδαπές. Σημειώνεται ότι από το σύνολο των αλλοδαπών γυναικών-θύματων ενδοοικογενειακής βίας, κατά προσέγγιση, 4 από τις 10 αλλοδαπές προέρχονται από τα Βαλκάνια.
- Το 67% των γυναικών που υπέστησαν κακοποίηση και απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα Αθήνας και Πειραιά είναι έγγαμες. Άξιο προσοχής

²⁹ Γενική Γραμματεία Ισότητας, Πόρισμα της Ομάδας Εργασίας του ΥΠΕΣΔΔΑ για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας και της Βίας κατά Συνοικούντων Προσώπων, Αθήνα, 8/7/2005, σ. 6.

³⁰ Γενική Γραμματεία Ισότητας, Ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στις γυναίκες-θύματα βίας μέσα στην οικογένεια, οι οποίες απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα (Αθήνας-Πειραιά) της Γενικής Γραμματείας Ισότητας, ΥΠΕΣΔΔΑ, Αθήνα 2006.

είναι το γεγονός ότι το 21%, δηλαδή 1 στις 5 γυναίκες, είναι διαζευγμένες ή σε διάσταση, δηλαδή έχουν ήδη απομακρυνθεί από το δράστη πριν προσέλθουν στα Συμβουλευτικά Κέντρα.

- Ο μύθος ότι η κακοποιημένη γυναίκα είναι συνήθως χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν επιβεβαιώνεται. Σύμφωνα με τη στατιστική αξιοποίηση στοιχείων που αφορούν στην κακοποίηση γυναικών, 7 στις 10 γυναίκες είναι Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι 3 στις 10 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας είναι Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης και επίσης 3 στις 10 είναι Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Συνεπώς, η γυναίκα ενδέχεται να καταστεί θύμα βίας ανεξαρτήτως του μορφωτικού επιπέδου της.
- Μια γυναίκα μπορεί να υπάρξει θύμα κακοποίησης ανεξαρτήτως της οικονομικής της κατάστασης. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από την επεξεργασία, 6 στις 10 γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση και προσήλθαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας ανέφεραν ότι βρίσκονται σε μέτρια ή καλή οικονομική κατάσταση.
- 1 στις 3 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας (35%) παντρεύτηκε το δράστη, ενώ είχε δείγματα βίαιης συμπεριφοράς του (ψυχολογική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση) και πριν το γάμο μαζί του. Ωστόσο, αυτά τα δείγματα βίαιης συμπεριφοράς δεν αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα για την απόφασή της αυτή. Ο μη κοινωνικός στιγματισμός της βίας οδηγεί στην αποδοχή της ως χαρακτηριστικό του ανδρικού ρόλου.
- Δράστης ενδοοικογενειακής βίας, σε ποσοστό 82%, είναι ο σύζυγος του θύματος, σε ποσοστό 12% ο σύντροφος, ενώ, σε μικρότερα ποσοστά, παρατηρούνται και περιπτώσεις κακοποίησης της γυναίκας από άτομο του οικογενειακού ή του κοινωνικού της περίγυρου (πατέρας, αδελφός, τέκνο, άλλο).
- Εξετάζοντας τη διάρκεια της σχέσης της γυναίκας με το δράστη, παρατηρείται ότι κατά προσέγγιση 2 στις 3 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας βρίσκονται σε αυτήν τη σχέση περισσότερο από 10 έτη. Ως εκ τούτου διαπιστώνεται ότι οι σχέσεις κακοποίησης είναι συνήθως μακροχρόνιες. Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με την κοινωνική ανοχή στη βία, που οδηγεί στο στιγματισμό και την ενοχοποίηση του θύματος και αναγκάζει τις γυναίκες στην αποδοχή της κατάστασής τους.

- 3 στις 5 γυναίκες που υπέστησαν κακοποίηση και προσήλθαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γ.Γ.Ι. ανέφεραν ότι βιώνουν ψυχολογική και σωματική βία.
- Η ίδια η κακοποιημένη γυναίκα αναζητά βοήθεια για την απεμπλοκή της από την κακοποιητική σχέση. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι 3 στις 4 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας έχουν αναζητήσει βοήθεια στο παρελθόν (Αστυνομία, Δικαστήρια, Νοσοκομεία, Πρόνοια κ.λπ.), πριν απευθυνθούν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας. Είναι έκδηλη η ανάγκη της ύπαρξης εξειδικευμένων δομών για την παροχή βοήθειας.
- Οι δράστες ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να είναι οποιουδήποτε μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου. Το φαινόμενο της βίας είναι διαταξικό. Συγκεκριμένα όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των δραστών, κατά προσέγγιση 6 στους 10 δράστες είναι Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Ειδικότερα, κατά προσέγγιση, 3 στους 10 δράστες είναι Ανωτέρας ή Ανωτάτης Εκπαίδευσης. Όσο δε αφορά στην εργασιακή κατάσταση των δραστών, μόλις 1 στους 10 δράστες είναι άνεργος.
- Η κατανάλωση αλκοόλ ή η χρήση τοξικών ουσιών σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί την κύρια αιτία εκδήλωσης βίας. Ωστόσο, μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να επιδρά έμμεσα στην εκδήλωσή της. Σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση στοιχείων που αφορούν στην κακοποίηση, 6 στους 10 δράστες ενδοοικογενειακής βίας δεν κάνουν χρήση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά, ψυχοφάρμακα).

Επιπρόσθετα, το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.) διεξήγαγε έρευνα σε πανελλαδικό επίπεδο, από τον Οκτώβριο 2002 έως και τον Απρίλιο 2003, με σκοπό να καταγράψει τη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών μέσα στην οικογένεια με δράστες τους συζύγους/συντρόφους τους. Η διεξαγωγή της έρευνας σε ολόκληρη τη χώρα προσέβλεπε στη διερεύνηση του θέματος στον ευρύτερο πληθυσμό και όχι μόνο σε γυναίκες που έχουν δεχθεί συμβουλευτικές υπηρεσίες από προγράμματα στήριξης (συμβουλευτικά κέντρα, ξενώνες, καταφύγια κ.λπ.).³¹

³¹ Το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 1.200 γυναίκες, ηλικίας 18 έως 60 ετών από όλη την Ελλάδα, οι οποίες συμβίωναν σε κοινή εστία/νοικοκυριό με σύντροφο ή σύζυγο το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας. Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος εξασφαλίστηκε με την ικανοποιητική διασπορά του στους νομούς της χώρας και την κατάλληλη κάλυψη της κοινωνικής σύνθεσης των επιλεγμένων περιοχών (αστικές, ημι-αστικές και αγροτικές περιοχές). Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της πολυσταδιακής τυχαίας δειγματοληψίας. Για τη συλλογή των στοιχείων χορηγήθηκε και συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο διάρκειας 30-40 λεπτών, δομημένο, ημι-κατευθυντικό, το οποίο περιελάμβανε 53 ερωτήσεις, Βλ. Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., Παπαμιχαήλ, Στ., Κατσίκη, Γ., Ξυδοπούλου, Ε., & Ζουλινάκη, Αφ., (συντονίστρια: Παπαγιαννοπούλου, Μ.), *Ενδο-οικογενειακή βία*

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας καταδεικνύουν τα ακόλουθα:

- Το 23,6% των γυναικών δηλώνει ότι γνωρίζει περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών από το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον που έχουν υποστεί ή υφίστανται βία από το σύζυγο/ σύντροφό τους.
- Αναφορικά με το ιστορικό βίας των γυναικών, από το σύνολο των ερωτώμενων, το 13,3% δηλώνει ότι έχει υπάρξει μάρτυρας σκηνών βίας στην οικογένεια που μεγάλωσε και το 11,2% των γυναικών δηλώνει ότι έχει υποστεί βία στην οικογένεια που μεγάλωσε.
- Οι γυναίκες σε ποσοστό 39,7% αναφέρουν ότι σε μία από τις προηγούμενες σχέσεις τους, ο πρώην σύζυγος/σύντροφός τους είχε βίαιη συμπεριφορά απέναντί τους.
- Όσον αφορά στις διάφορες μορφές βίας, καταγράφεται ότι το 56% των γυναικών βιώνουν καταχρηστικές συμπεριφορές του συζύγου/συντρόφου τους, οι οποίες συνδέονται με τη λεκτική ή/και την ψυχολογική βία.
- Επίσης, το 3,6% των γυναικών αναφέρει ότι ο σύζυγος/σύντροφός τους, τούς ασκεί σωματική βία και το 3,5% εξαναγκάζεται από αυτόν σε σεξουαλική επαφή.
- Η αντίδραση της κακοποιημένης γυναίκας στη βίαιη συμπεριφορά του συζύγου/συντρόφου της, ποικίλει και επηρεάζεται από τη μορφή, την ένταση και τη διάρκεια της βίας. Όπως προκύπτει, η κύρια αντίδραση των κακοποιημένων γυναικών στη βίαιη συμπεριφορά των συζύγων/συντρόφων τους, ανεξάρτητα από τη μορφή της βίας, αφορά στην προσπάθειά τους να ηρεμήσουν τους δράστες (34,3%). Αρκετές γυναίκες αντιδρούν με απειλές για χωρισμό (26,7%), προσπαθούν να ξεφύγουν από το δράστη (22,9%) ή αντιδρούν το ίδιο βίαια (22,9%).
- Από τα θύματα κακοποίησης που εκμυστηρεύτηκαν τη βία του συζύγου/συντρόφου τους, παρατηρούμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία απευθύνθηκε σε μέλη της οικογένειας (60,9%), σε φίλους (46,9%) και σε συγγενείς (35,9%).

Επομένως, το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών αναγνωρίζεται ευρέως πια, ως μια από τις σοβαρότερες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και όλο και περισσότερο ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με ουσιαστικές συνέπειες, σωματικές, διανοητικές και σεξουαλικές, για την υγεία τους.³²

κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα, Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας: Αθήνα 2003.

³² Ηνωμένα Έθνη (Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης), 1996, *ό.π.*

3. ΤΑ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Όλο και περισσότερο, το ερευνητικό έργο που αναπτύσσεται για την κακοποίηση των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους εστιάζει στη διασύνδεση διαφορετικών και ποικίλων παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εν λόγω βία, προσπαθώντας να συμβάλει στην εμβριθή κατανόηση του προβλήματος, όπως αυτό εμφανίζεται σε διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά πλαίσια.

Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, ερευνητές/-τριες προερχόμενοι/-ες από διαφορετικούς χώρους επιστημών, μελέτησαν την αιτιολογία της ενδοοικογενειακής βίας και ειδικότερα τη βία μεταξύ των συντρόφων.³³ Εν τούτοις, η πολυσύνθετη φύση του προβλήματος και η πολλαπλότητα των μορφών με τις οποίες εκδηλώνεται δεν επιτρέπει τη χρήση μονοπαραγοντικών προσεγγίσεων για την επαρκή και επιστημονικά αξιόπιστη ερμηνεία και ανάλυσή του. Η αλήθεια είναι ότι καμία μονοπαραγοντική προσέγγιση δεν κυριαρχεί στο ερευνητικό πεδίο και οι διαφορετικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί, συνήθως τείνουν να συνδέονται με διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης.³⁴

Από τη σχετική βιβλιογραφική επισκόπηση αναδεικνύονται *τρεις βασικές κατηγορίες προσέγγισης*, οι οποίες σε γενικές γραμμές αναλύονται ως ακολούθως:

α) Οι **ατομικές προσεγγίσεις**, στις οποίες η βία ερμηνεύεται βάσει συγκεκριμένων κοινωνιο-δημογραφικών παραγόντων (π.χ. φύλο, καταγωγή, εθνικότητα, θρησκεία, εκπαίδευση, απασχόληση, εισόδημα, κοινωνικοοικονομική θέση, ηλικία κ.λπ.),³⁵ χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. αυτοεκτίμηση, αυτοέλεγχος, καχυποψία, κτητικότητα κ.ά.),³⁶ και θεμάτων που άπτονται της προσωπικής ιστορίας τόσο του δράστη όσο και του θύματος (π.χ. έκθεση στη βία σε μικρή ηλικία, παραβατικότητα, διανοητική ασθένεια, κ.ά.).³⁷

Στις προσεγγίσεις αυτές κυρίαρχο είναι το *ψυχιατρικό μοντέλο*, το οποίο επικράτησε για πολλά χρόνια στην επιστημονική κοινότητα, τροφοδότησε την ανάπτυξη της μυθολογίας για το φαινόμενο της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης των γυναικών και εστιάστηκε σε μεταβλητές όπως η ψυχοπαθολογική προσωπικότητα, η ψυχική ασθένεια, η χρήση αλκοόλ και

³³ Βλ. αναλυτικότερα: Loue, S., *Intimate Partner Violence: Societal, Medical, Legal and Individual Responses*. New York: Kluwer, 2001.

³⁴ Michalski, J.H., Making Sociological Sense out of Trends in Intimate Partner Violence: The Social Structure of Violence against Women, *Violence against Women*, 10, 2004, pp. 652-675. Gelles, R.J., & Donileen, R.L. (eds.), *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park, CA: Sage, 1993.

³⁵ Krug, E.G. et al., 2002, *ό.π.*

³⁶ Dobash, R.E., & Dobash, R., 1992, *ό.π.*

³⁷ Winstok, Z., Toward an Interactional Perspective on Intimate Partner Violence, *Aggression and Violent Behavior*, 12, 2007, pp. 348-363.

άλλων τοξικών ουσιών, η πνευματική διαταραχή, οι διαφόρων ειδών μειονεξίες κ.λπ. Ο κύριος παράγοντας εντοπίζεται στα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του δράστη ή/και του θύματος, ενώ παράλληλα υποστηρίζεται ότι τα άτομα που ασκούν βία έχουν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας.³⁸ Εν τούτοις, τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών διαπιστώνεται ότι είναι αντιφατικά και πολλές φορές αντικρουόμενα,³⁹ ενώ αγνοείται η διερεύνηση και η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στη συμπεριφορά των κοινωνικών υποκειμένων.

β) Οι **κοινωνικο-ψυχολογικές προσεγγίσεις**, οι οποίες στην πλειονότητά τους ερμηνεύουν την εμφάνιση της βίας ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το οικογενειακό και ευρύτερα, με το κοινωνικό του περιβάλλον: για παράδειγμα, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και οι αναλύσεις για την διαγενεακή κληρονομικότητα της βίας εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία.⁴⁰ Σύμφωνα με τη *θεωρία της κοινωνικής μάθησης και της διαγενεακής μεταφοράς της βίας* βασικό ρόλο στην ερμηνεία της βίαιης συμπεριφοράς διαδραματίζουν η οικογένεια και τα γονεϊκά πρότυπα. Ο δράστης μαθαίνει να συμπεριφέρεται βίαια, είτε ως θύμα είτε ως μάρτυρας σκηνών βίας κυρίως στην οικογένεια προέλευσής του. Έτσι, η επιθετικότητα λειτουργεί ως μέσο επίλυσης των συγκρούσεων και ελέγχου της συμπεριφοράς των άλλων, όπως επίσης και ως ηθικός και κοινωνικός δικαιολογητικός μηχανισμός για την καταχρηστική συμπεριφορά του.⁴¹ Η προσέγγιση αυτή εξηγεί το γεγονός ότι σε ορισμένες οικογένειες είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλαπλοί δράστες, αλλά δεν μπορεί να εξηγήσει πώς τα άτομα με ιστορικό βίας στην οικογένεια από την οποία προέρχονται έχουν δημιουργήσει σχέσεις απαλλαγμένες από τη βία στην ενήλικη ζωή τους.⁴²

γ) Οι **κοινωνικο-πολιτισμικές προσεγγίσεις**, οι οποίες τείνουν να ερμηνεύουν τη βία που ασκείται κατά των γυναικών με κοινωνικούς και δομικούς παράγοντες, όπως είναι οι έμφυλες ανισότητες και ασυμμετρίες, οι πατριαρχικές δομές της κοινωνίας και η άνιση επιβολή δύναμης και εξουσίας. Η Walker αναφέρει ότι οι πολιτισμοί που αποδέχονται την ενδο-οικογενειακή βία, το σεξισμό και τη χρήση της σωματικής βίας ως μέσο πειθαρχίας είναι πιο

³⁸ Hart, S.D., Dutton, D.G. & Newlove, T., The Prevalence of Personality Disorder Among Wife Assaulters, *Journal of Personality Disorders*, 7, 1993, σσ. 328-340.

³⁹ Gelles, R.J. & Cornell C.P., *Intimate Violence in Families*, 3rd ed., Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997, pp. 38-39.

⁴⁰ Βλ. αναλυτικότερα: Gils-Sims, J., A Longitudinal Study of Battered Children and Battered Wives, *Journal of Applied Family and Child Studies*, 1985, 34(2), Gayford, J., Wife Battering: A Preliminary Survey of 100 Cases, *British Medical Journal*, 1, 1975, pp. 195-197.

⁴¹ Gelles, R.J. & Cornell C.P., 1997, *ό.π.* Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σσ. 70-73.

⁴² Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σ. 71.

πιθανόν να πάσχουν από το εν λόγω φαινόμενο.⁴³ Επιπλέον, ο ρόλος της πατριαρχίας θεωρείται ως κρίσιμος παράγοντας, καθώς διαπιστώνεται ότι οι γάμοι που έχουν ως αρχηγό της οικογένειας τον σύζυγο είναι πιο βίαιοι, ενώ στους γάμους που παρατηρούνται πιο ισότιμες σχέσεις παρουσιάζονται χαμηλότερα ποσοστά βίας.⁴⁴

Επομένως, στις *φεμινιστικές προσεγγίσεις* δίνεται έμφαση στις πατριαρχικές δομές της κοινωνίας, οι οποίες ενθαρρύνουν τη βία από τους άνδρες προς τις γυναίκες. Μάλιστα, η ανδρική κυριαρχία είναι η παραδειγματική μορφή της συμβολικής βίας.⁴⁵ Στις προσεγγίσεις αυτές, η ιστορική υποτέλεια των γυναικών στους άνδρες αποτελεί βασικό σημείο κατανόησης και η κοινωνική δομή ερμηνεύεται ως ένα πλαίσιο που ενθαρρύνει και διαιωνίζει την επικυριαρχία των ανδρών στις γυναίκες.⁴⁶ Οι γυναίκες κατέχουν λιγότερη κοινωνική δύναμη συγκριτικά με τους άνδρες και συνεκδοχικά κατέχουν λιγότερα μέσα για την αντιμετώπιση της ανδρικής συζυγικής/συντροφικής βίας.⁴⁷ Τέλος, η Smith αναφέρει ότι όσο πιο μεγάλος είναι ο βαθμός της ισότητας των φύλων σε μια κοινωνία, τόσο πιο χαμηλός είναι ο βαθμός της βίας κατά των γυναικών στην οικογένεια.⁴⁸

Σε γενικές γραμμές, η έρευνα για την ενδο-οικογενειακή βία επικεντρώθηκε κυρίως στον προσδιορισμό των παραγόντων που συνδέονται με την αυξανόμενη πιθανότητα του να βιώσει κάποιος συντροφική βία⁴⁹ και έχει καταδείξει ότι οι ομάδες που είναι πιο ευάλωτες στο να υφίστανται βία είναι οι γυναίκες, οι μειονοτικές ομάδες (αφρο-αμερικανοί στις Η.Π.Α., κ.ά.), τα νεαρότερα σε ηλικία άτομα, όσα έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και τα άτομα που ζουν στη φτώχεια και έχουν χαμηλά εισοδήματα.⁵⁰

Εν τούτοις, ένας σημαντικός αριθμός αναλυτών/-τριών, οι οποίοι/-ες υποστηρίζουν τη φεμινιστική προσέγγιση, έχουν συμπεράνει ότι η συντροφική βία

⁴³ Walker, L., 1979, *ό.π.*

⁴⁴ Rosenbaum, A., Cohen, P. & Forstrom-Cohen, B., *The Ecology of Domestic Aggression toward Adult Victims*, στο: Ammerman, R. & Hersen, M. (Eds), *Case Studies in Family Violence*, New York: Plenum, 1991.

⁴⁵ Μπουρντιέ, Π., *Η ανδρική κυριαρχία*, εκδ. Στάχυ, Αθήνα: 1999, σ. 107.

⁴⁶ Smith, M., *Patriarchal Ideology and Wife Beating: A Test of a Feminist Hypothesis*, *Violence and Victims*, 5, 1991, pp. 257-273. Yllo K., *Through the Feminist Lens: Gender, Power and Violence*, στο: R.J. Gelles & D.R. Loseke, *Current Controversies on Family Violence*, Newbury Park, Sage pub., 1993, σσ. 47-52.

⁴⁷ Ieda, R., *The Battered Woman*, *Women and Therapy*, 5 (2), 1986, pp. 167-175.

⁴⁸ Smith, L., *Domestic Violence*, Home Office Research Study No. 107, London, UK: Her Majesty's Stationery Office, 1989.

⁴⁹ Rankin, L.B. et al, *Mediators of Attachment Style, Social Support and Sense of Belonging in Predicting Woman Abuse by African-American Men*, *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 2000, pp. 1060-1080.

⁵⁰ Βλ. σχετικά: Johnson, H. & Hotton, T., *Spousal Violence*, στο: Statistics Canada (eds.), *Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2001*, Statistics Canada, Ottawa: 2001, pp. 26-41. Sorenson, S.B. et al, *Violence and Injury in Marital Arguments: Risk Patterns and Gender Differences*, *American Journal of Public Health*, 865, 1996, pp. 35-40. Trainor, C. et al, *Spousal Violence*, στο: *Statistics Canada (eds.), Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2002*, Statistics Canada, Ottawa: 2002, pp. 6-25.

αντανακλά μια συστηματική άσκηση επικυριαρχίας και κοινωνικού ελέγχου των ανδρών στις γυναίκες.⁵¹ Οι άνδρες έχουν προσδιοριστεί ως οι κύριοι δράστες της ενδοοικογενειακής και ιδιαίτερα της σωματικής βίας, καθώς η πλειονότητα των διεξαγόμενων ερευνών εξετάζει το συσχετισμό της κατάχρησης της ανδρικής βίας στις γυναίκες.⁵² Ορισμένοι/-ες ερευνητές/-τριες υποστηρίζουν ότι οι άνδρες που φέρουν πατριαρχικές απόψεις είναι περισσότερο πιθανό να κακοποιούν τις συντρόφους τους, ιδιαίτερα με τη χρήση «εξαναγκαστικών» πρακτικών ελέγχου, που στοχεύουν στην απομόνωση των γυναικών από διάφορα κοινωνικά υποστηρικτικά πλαίσια.⁵³

Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η έρευνα δεν έχει επαρκώς καταδείξει τα κοινωνιο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.⁵⁴ Η Jewkes χαρακτηριστικά αναφέρει ότι: «*με εξαίρεση τη φτώχεια, τα περισσότερα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ανδρών και των γυναικών, δεν συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας*».

Διάφοροι άλλοι/-ες ερευνητές/-τριες έχουν προτείνει έναν αριθμό πρόσθετων παραγόντων που μπορούν να συσχετισθούν με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Ο Levinson⁵⁵, για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας τη στατιστική ανάλυση εθνογραφικών δεδομένων από ενενήντα κοινωνίες, προσπαθώντας να εξετάσει τα πολιτισμικά πλαίσια της συντροφικής βίας, υποστήριξε ότι η άσκηση της βίας παρατηρείται στις κοινωνίες εκείνες, όπου οι άνδρες κατέχουν την οικονομική ισχύ και είναι αυτοί που λαμβάνουν αποφάσεις στο νοικοκυριό, οι δε γυναίκες δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στις διαδικασίες διαζυγίου, με αποτέλεσμα οι σύντροφοι να καταφεύγουν σε έντονες συγκρούσεις προκειμένου να επιλύσουν τις προσωπικές τους διαφωνίες. Ένας δεύτερος σημαντικός παράγοντας, που εντόπισε ο Levinson, είναι η απουσία γυναικείων ομάδων εργασίας, οι οποίες θα μπορούσαν να πλαισιώνουν τις γυναίκες με κοινωνική υποστήριξη και να ενισχύουν την οικονομική τους αυτοδυναμία.

⁵¹ Βλ. σχετικά: Dobash, R.E, Dobash R, Violence against wives, *The Free Press*, 1983. Se'ver A., *Fleeing the House of Horrors: Women Who Have Left Abusive Partners*. Toronto: University of Toronto Press, 2002.

⁵² Brownridge, D.A., Understanding Women's Heightened Risk of Violence in Common-law Unions, *Violence Against Women*, 10, 2004, pp. 626-651. Dobash, R.P. et al, Not an Ordinary Killer-Just an ordinary Guy: When Men Murder an Intimate Woman Partner, *Violence against Women*, 10, 2004, pp. 577-605. Stith, S.M., The Intergenerational Transmission of Spouse Abuse: A Meta-analysis, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 2000, pp. 640-654.

⁵³ Βλ. σχετικά: Brownridge, D.A., Cultural Variation in Male Partner Violence against Women, *Violence Against Women*, 8, 2002, pp. 87-115. MacMillan, R. & Gartner, R., When she Brings Home the Bacon: Labor-force Participation and the Risk of Spousal Violence against Women, *Journal of Marriage and the Family*, 61, 1999, pp. 947-958.

⁵⁴ Jewkes, R., Intimate Partner Violence: Causes and Prevention, *Lancet*, 359, 2002, pp. 1423-1429.

⁵⁵ Levinson, D., *Family Violence in Cross-cultural Perspective*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.

Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι η συντροφική βία είναι περισσότερο εμφανής σε περιοχές όπου διεξάγονται πόλεμοι ή άλλες συγκρούσεις ή κοινωνικές αναταραχές ενώ διάφοροι/-ες ερευνητές/-τριες δίνουν έμφαση στις δομικές ανισότητες μεταξύ γυναικών και ανδρών, στις συγκρούσεις των έμφυλων ρόλων και στην έννοια του ανδρισμού που συνδέεται με την επικυριαρχία και την ανδρική τιμή.⁵⁶

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι δεν υπάρχει κανένας μεμονωμένος παράγοντας που να μπορεί να εξηγήσει τη βίαιη συμπεριφορά κάποιων ατόμων. Για το λόγο αυτό, διάφοροι ερευνητές/-τριες έχουν υιοθετήσει το «**οικολογικό μοντέλο**» ανάλυσης, προκειμένου να ερμηνεύσουν τη συντροφική βία και την προέλευσή της.⁵⁷ Η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 αρχικά για την κατανόηση της παιδικής κακοποίησης⁵⁸, σταδιακά για τη νεανική βία⁵⁹ και πρόσφατα για τη συζυγική/συντροφική βία κατά των γυναικών.⁶⁰ Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην κατανόηση της συνθετότητας του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής βίας, καθώς το θεωρεί αποτέλεσμα των πολλαπλών επιδράσεων που δέχεται η συμπεριφορά σε διαφορετικά επίπεδα του κοινωνικού περιβάλλοντος.⁶¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας⁶² (βλ. διάγραμμα 1) στο πρώτο επίπεδο –το ατομικό– λαμβάνονται υπόψη οι βιολογικοί και προσωπικοί παράγοντες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εκπαίδευση και εισόδημα), οι διαταραχές της προσωπικότητας και η κατάχρηση ουσιών, όπως επίσης το ιστορικό κακοποίησης. Το εν λόγω επίπεδο αφορά ουσιαστικά σε ό,τι το άτομο φέρει στις συντροφικές του σχέσεις, δηλαδή τις αξίες, τις στάσεις, τις ικανότητες, τις δεξιότητες και τις υποκειμενικές του αντιλήψεις⁶³ και δίνει έμφαση στα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα υποδοχής ή άσκησης βίας εκ μέρους του.⁶⁴

⁵⁶ Heise, L., *Violence against Women: An Integrated Ecological Framework*, *Violence against Women*, 4, 1998, pp. 262-290.

⁵⁷ Belsky, J., *Child Maltreatment: An Ecological Integration*, *American Psychologist*, 35, 1980, pp. 320-335, Bronfenbrenner, U., *Towards an Experimental Ecology of Human Development*, *American Psychologist*, 32, 1977, pp. 513-531, Carlson, B.E., *Causes and Maintenance of Domestic Violence: An Ecological Analysis*, *Social Service Review*, 58, 1984, pp. 569-587, Heise, L.L., 1998, *ό.π.*

⁵⁸ Garbarino, J. & Crouter, A., *Defining the Community Context for Parent-child Relations: The Correlates of Child Maltreatment*, *Child Development*, 49, 1978, pp. 604-616.

⁵⁹ Tolan, P.H. & Guerra, N.G., *What Works in Reducing Adolescent Violence: An Empirical Review of the Field*, Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.

⁶⁰ Chaulk, R. & King, P.A., *Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs*. Washington. DC., National Academy Press, 1998. Heise, L.L., 1998, *ό.π.*

⁶¹ Sliwka, G. & Macdonald, J., *Pathways to Couple Violence – An Ecological Approach*, Men's Health Information & Resource Centre, University of Western Sydney, (paper presented by Gillian Sliwka at the 6th National Men's Health Conference, October 2005).

⁶² World Health Organisation, *World Report on Violence and Health*, Geneva: WHO, 2002.

⁶³ Carlson, B.E., 1984, *ό.π.*

⁶⁴ Παπαδακάκη, Μ., *Η αυτοεκτίμηση στην προσέγγιση της συντροφικής βίας*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2006, σ. 14.

Το δεύτερο επίπεδο αφορά στις *διαπροσωπικές σχέσεις*, περιλαμβάνοντας τη δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της οικογένειας και των προτύπων σχέσεων, καθώς και την ποιότητα της συζυγικής σχέσης και τους συγγενικούς δεσμούς. Το επίπεδο αυτό βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το ατομικό επίπεδο⁶⁵ και αναφέρεται στο άμεσο πλαίσιο που εκδηλώνονται οι βίαιες συμπεριφορές και στο οποίο ανάλογα με τις επικρατούσες σχέσεις παρουσιάζεται ο κίνδυνος για υποδοχή ή άσκηση βίας.

Το τρίτο επίπεδο αφορά στο *περιβάλλον της κοινότητας*, στο οποίο αναπτύσσονται κοινωνικές σχέσεις (π.χ. σχολεία, χώροι εργασίας και γειτονιές), στην απουσία κοινωνικών δικτύων και στη φτώχεια. Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών αυτών των περιβαλλόντων δύναται να συμβάλει στην κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με την υποδοχή ή την άσκηση βίας. Το υψηλό επίπεδο γεωγραφικής κινητικότητας (συχνές μετακομίσεις), η κοινωνική απομόνωση του ατόμου (π.χ. η απουσία κοινωνικών συναναστροφών των γυναικών, η μειωμένη συμμετοχή της στα τοπικές δομές λήψης αποφάσεων, κ.ά.) η ανάμειξη σε παράνομες οργανώσεις ενός εκ των δύο συντρόφων και η ελάχιστη θεσμική στήριξη του θύματος είναι παραδείγματα από αυτά τα χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με τη συντροφική/συζυγική βία.⁶⁶

Το τέταρτο επίπεδο του οικολογικού μοντέλου εστιάζει στους *κοινωνικούς παράγοντες* που επιδρούν στη συχνότητα της ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Στο εν λόγω επίπεδο εξετάζονται παράγοντες όπως είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης, οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες αναφορικά με τους έμφυλους ρόλους, ο σεξισμός, τα έμφυλα στερεότυπα, οι σχέσεις γονέων-παιδιών, το σύστημα πρόνοιας, οι οικονομικές ανισότητες, η κοινωνική αποδοχή της ενδο-οικογενειακής βίας, η παρουσίαση της βίας στα ΜΜΕ και η πολιτική αστάθεια.⁶⁷

Συνεπώς, ο συνδυασμός και η σύγκριση των ανωτέρω επιπέδων ανάλυσης διαφαίνεται να συμβάλει αποτελεσματικά στην κατανόηση του υπό εξέταση φαινομένου, ερμηνεύοντας το πλαίσιο στο οποίο ορισμένες κοινωνίες και άτομα είναι πιο βίαιες/-α, καθώς και γιατί οι γυναίκες είναι συστηματικά και πλειοψηφικά τα θύματα της συζυγικής/συντροφικής βίας.⁶⁸

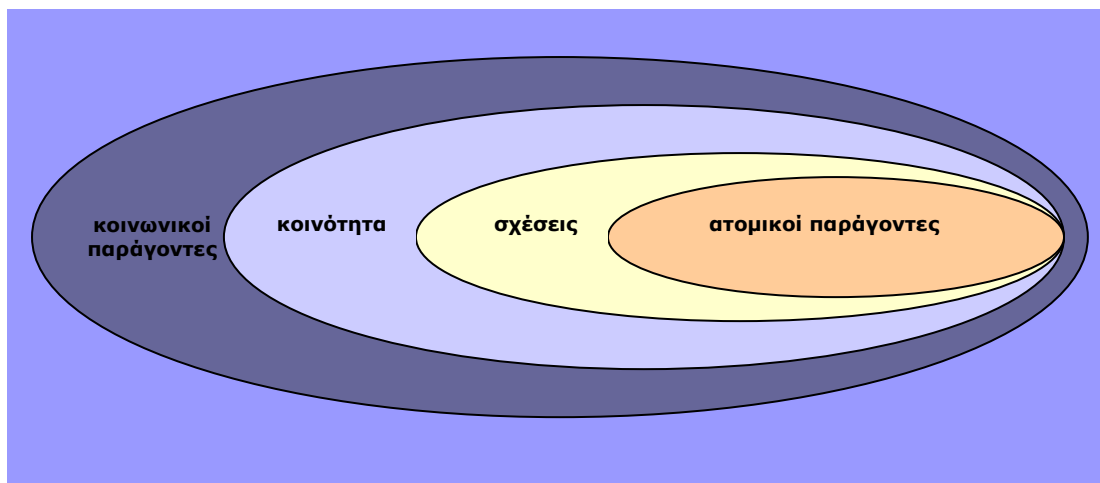
⁶⁵ Carlson, B.E., 1984, *ό.π.*

⁶⁶ Παπαδακάκη, Μ., 2006, *ό.π.*, σ. 15.

⁶⁷ Sliwka, G. & Macdonald, J., 2005, *ό.π.*, pp. 4-5.

⁶⁸ Heise, L., 1998, *ό.π.*

Διάγραμμα 1. Το οικολογικό μοντέλο



Πηγή: World Health Organisation, *World Report on Violence and Health*, Geneva: WHO, 2002.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι καμία μονοπαραγοντική προσέγγιση δεν μπορεί να ερμηνεύσει το σύνολο και το εύρος της βίας κατά των γυναικών που παρατηρείται σε ενδοοικογενειακό πλαίσιο. Η εμφάνιση της βίας, όπως προαναφέρθηκε, διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα η απόδοση μιας μονοαιτιολογικής ερμηνείας να αντικατοπτρίζει απλουστευτικά το πολυμεταβλητό και πολυσύνθετο αυτό φαινόμενο.

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καταχρηστικής συμπεριφοράς εναντίον των γυναικών μπορούν να ανευρεθούν τόσο στις ατομικές και στις κοινωνικο-ψυχολογικές προσεγγίσεις όσο και στις κοινωνικο-πολιτισμικές. Εξετάζοντας, λοιπόν, αυτές τις τρεις, γενικές, ταξινομητικές κατηγορίες αντιλαμβανόμαστε τα τρία επίπεδα αναφοράς που προκύπτουν από την ανάλυσή τους: το μικρο-επίπεδο (άτομο), το μεσο-επίπεδο (οικογένεια, σχέσεις) και το μακρο-επίπεδο (κοινωνία).⁶⁹

⁶⁹ Βλάχου, Β., 2006, *ό.π.*

4. Η ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Πολλοί μύθοι και στερεότυπα έχουν αναπτυχθεί για την ερμηνεία και την εξήγηση της βίας σε βάρος των γυναικών εστιάζοντας στην ιστορία των ατόμων ή/και στα προσωπικά χαρακτηριστικά των θυμάτων (π.χ. ευθύνη του θύματος, χαμηλή μόρφωση, επίκτητη αδυναμία, προδιάθεση για θυματοποίηση, μαζοχισμός, πρόκληση κ.λπ.) και των δραστών (π.χ. υπεροχή και ανωτερότητα των ανδρών, νοητικά διαταραγμένα άτομα, απώλεια ελέγχου, χρήση τοξικών ουσιών κ.λπ.) μεταθέτοντας την κοινωνική ευθύνη στην ατομική.⁷⁰ Αφενός η συνθετότητα της φύσης του φαινομένου και η πολλαπλότητα των επιδραστικών παραγόντων για την εμφάνιση και ανάπτυξη του και αφετέρου η χρονικά καθυστερημένη αναγνώριση του ως κοινωνικό πρόβλημα -και όχι ως ιδιωτικό ζήτημα- συνέβαλαν στη δημιουργία και επικράτηση στερεότυπων αντιλήψεων και πεποιθήσεων για την ερμηνεία του.

Οι στερεότυπες αυτές αντιλήψεις και στάσεις παγιώνονται σε μύθους που λειτουργούν ανασταλτικά στην πρόσληψη της σημασίας και των διαστάσεων του φαινομένου από το ευρύτερο κοινό και αφορούν τόσο στους παράγοντες εκδήλωσης και την έκταση της ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών όσο και στους πρωταγωνιστές της σχέσης κακοποίησης.⁷¹ Σε γενικές γραμμές, έχει αποδειχθεί ότι: α) η εχθρότητα εναντίον των γυναικών αυξάνεται όταν είναι αυξανόμενη και η αποδοχή των μύθων για τη βία κατά των γυναικών, και β) ότι οι μύθοι αυτοί, με τη σειρά τους, συντείνουν στη διαμόρφωση μιας κοινωνικοποίησης που ανέχεται και συντηρεί την εν λόγω βία.⁷²

Οι βασικότεροι και πιο διαδεδομένοι μύθοι που αφορούν στο φαινόμενο της κακοποίησης των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους, καθώς και η ανασκευή τους μέσω εμπειρικών δεδομένων παρατίθενται παρακάτω:

⁷⁰ Παπαγιαννοπούλου, Μ., Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα του ΚΕΘΙ, στο: Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ., Κατσίκη, Γ. & Μαρτικιάν-Γαζεριάν, Μπ. (επιμ.), *Ενδοοικογενειακή βία. Διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση*, Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: ΑΩεκδόσεις, 2008, σσ. 119-135.

⁷¹ Παπαμιχαήλ, Στ., *Κοινωνικές αναπαραστάσεις της κακοποίησης των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους*, Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2005, σ. 41.

⁷² Briere, J., Predicting self-reported likelihood of battering: Attitudes and childhood experiences, *The Journal of Research in Personality*, 21, 1987, pp. 61-69. Lonsway, K.A., & Fitzgerald, L.F., Attitudinal antecedents of rape myth acceptance: A theoretical and empirical examination, *Journal of Personality & Social Psychology*, 68(4), 1995, pp. 704-711.

1. Η ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών επιδρά μόνο σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, δεν αποτελεί φαινόμενο με ανησυχητικές διαστάσεις και συναντάται σπάνια.

Η βία στην οικογένεια επηρεάζει μεγάλο αριθμό οικογενειών σε παγκόσμιο επίπεδο, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους θέση, τη μόρφωσή τους και την καταγωγή τους.⁷³ Αναμφισβήτητα, η διακρίβωση της πραγματικής έκτασης του φαινομένου συνιστά ένα δύσκολο εγχείρημα, καθώς χαρακτηρίζεται από την αθέατη φύση του ως ιδιωτικό γεγονός που επισυμβαίνει στο οικογενειακό περιβάλλον, από τον υψηλό σκοτεινό αριθμό εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού καταγγελιών από την πλευρά του θύματος και από τη μη αναγνώριση της συζυγικής βίας ως εγκληματική πράξη. Συνεπώς, η δυσκολία συγκέντρωσης αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων και συγκρισιμότητας αυτών δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη την περιορισμένη έκταση του εν λόγω φαινομένου. Μάλιστα, εκτιμητικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η κακοποίηση των γυναικών μέσα σε μια σχέση ή στην οικογένεια είναι συχνό φαινόμενο⁷⁴ με ευρείες συνέπειες σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Τις περισσότερες φορές δεν είναι κάποιος ξένος -όπως συνηθίζεται να θεωρείται- αλλά ο σύζυγος ή ο σύντροφος που είναι περισσότερο πιθανό να βιάσει ή να σκοτώσει μια γυναίκα και ενώ καταγράφονται πλέον στις επίσημες στατιστικές υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας, τα περισσότερα άτομα δεν θέλουν να πιστέψουν ότι συμβαίνει⁷⁵.

2. Δεν κακοποιούν μόνο οι άνδρες αλλά και οι γυναίκες, οι οποίες ασκούν βία στον ίδιο βαθμό.

Αν και σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παρατηρείται ότι ένα ποσοστό γυναικών ασκεί βία κατά του συζύγου/συντρόφου του, εν τούτοις, παραγνωρίζεται ότι τις περισσότερες φορές πρόκειται για δευτερογενή αντίδραση σε πλαίσιο άμυνας και αυτο-προστασίας από την πλευρά των γυναικών.⁷⁶ Συνήθως δε οι εν λόγω έρευνες στηρίζονται σε κλίμακες που καταμετρούν συγκεκριμένα είδη σωματικής βίας σε δεδομένο χρόνο, ενώ δεν εξετάζονται ζητήματα που άπτονται των κινήτρων των δραστών, των λόγων που οδηγούν στην άσκηση της βίας, της αντίδρασης του θύματος κ.ο.κ.⁷⁷ Επιπλέον, σε καμία περίπτωση η χρήση της βίας από τις γυναίκες δεν έχει το ίδιο μέγεθος, τη δυναμική και τις συνέπειες συγκριτικά με τη βίαιη συμπεριφορά ενός άνδρα, καθώς οι παράγοντες της πλεονεκτικότερης σωματικής διάπλασης του άνδρα και της κοινωνικής ταυτότητας του ανδρισμού, αναπτύσσουν

⁷³ Walker, L., 1979, *ό.π.*

⁷⁴ Βλ. αναλυτικότερα στην παρούσα έρευνα, Κεφ. 2: Το μέγεθος του προβλήματος, σσ. 10-17.

⁷⁵ Dobash, R.E, Dobash R, *Violence against wives, The Free Press, 1983*, σσ. 7-8.

⁷⁶ Walker, E.L., *Όταν η αγάπη σκοτώνει*, μτφρ. Π. Μοσχοπούλου, Αθήνα: εκδ. Φυτράκη, 1997.

⁷⁷ Johnson, H., *Rethinking survey research on violence against women*, στο: Dobash, R.E. & Dobash, R., *Rethinking violence against women*, London: Sage Publications, 1998, σσ. 26-28.

ένα κοινωνικοποιητικό πλαίσιο στο οποίο η επιθετικότητα αποτελεί διαπίστωση του ανδρισμού του.⁷⁸

3. Η κακοποίηση αφορά σε άτομα ή οικογένειες χαμηλού εισοδήματος ή σε μειονότητες.

Η ενδοοικογενειακή βία είναι διαδεδομένη σε όλες τις κοινωνικές και εθνοτικές ομάδες, και μάλιστα, συναντάται σε υψηλά ποσοστά και στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Η διαφορά, όμως, έγκειται ότι η κακοποίηση που ασκείται στο πλαίσιο οικονομικά δυσμενέστερων οικογενειών είναι περισσότερο θεατή στο σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης (π.χ. διωκτικές αρχές), στα καταφύγια, καθώς και στις προνοιακές δομές και τους κοινωνικούς φορείς.⁷⁹ Εξάλλου, στο σύνολο της εγκληματικότητας, τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα υπερεκπροσωπούνται, καθώς τα εγκλήματα που προέρχονται από άτομα που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικά στρώματα συνήθως πλαισιώνουν το σκοτεινό αριθμό εγκληματικότητας.⁸⁰

Οι ερευνητές/-τριες του εν λόγω φαινομένου διαπιστώνουν ότι η βία κατά των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους αποτελεί διαταξικό πρόβλημα και εμφανίζεται ανεξάρτητα από το εισόδημα, την κοινωνική θέση, τη μόρφωση, την ηλικία και την εθνικότητα. Η έρευνα έχει καταδείξει ότι παράγοντες όπως είναι η ανεργία, η οικονομική ανεπάρκεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.ά. συνδέονται με την κακοποίηση όχι αιτιακά, αλλά ως μεταβλητές που πιθανά συντείνουν στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ συζύγων/συντρόφων.⁸¹ Μάλιστα, διαφαίνεται ότι άνδρες-δράστες που δέχτηκαν συμβουλευτικές υπηρεσίες ήταν επαγγελματίες και επιφανείς στο χώρο εργασίας τους (π.χ. δικηγόροι, γιατροί, ψυχολόγοι, επιχειρηματίες, ακόμη και ιερωμένοι).⁸²

4. Η χρήση αλκοόλ ή/και τοξικών ουσιών ευθύνεται για την εμφάνιση της βίαιης καταχρηστικής συμπεριφοράς κατά των γυναικών.

Η χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών από το δράστη ως αιτία της κακοποίησης της συζύγου/συντρόφου του έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό κακοποίησης σχετίζεται με τη συγκεκριμένη χρήση.⁸³ Από τα ευρήματα των ερευνών αυτών διαφαίνεται ότι η χρήση αλκοόλ αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους δείκτες

⁷⁸ Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σσ. 42-43. Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

⁷⁹ Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

⁸⁰ Δασκαλάκης, Η., 1985, *ό.π.*

⁸¹ Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σσ. 43-45.

⁸² Κέντρο Ερευνών και Ανάπτυξης, *Αποτελέσματα της έρευνας με θέμα: βία στην κυπριακή οικογένεια*, Λευκωσία, 2000, σ. 12.

⁸³ Ενδεικτικά σημειώνουμε: Bard, M. & Zacker, J., Assaultiveness and alcohol use in family dispute, *Criminology*, 12 (3), 1974, pp. 281-293. Kaufman-Kantor, G. & Straus, M.A., The Drunken Bum Theory of wife Beating, *Social Problems*, 34 (3), 1987, pp. 213-230.

ενδοσυζυγικής/συντροφικής βίας.⁸⁴ Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να αυξήσει τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα των βίαιων επεισοδίων σε ορισμένες περιπτώσεις.⁸⁵

Παρά τα στοιχεία που συνδέουν τη χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών με την ενδοοικογενειακή βία, δεν έχει δοθεί συστηματική προσοχή στον ακριβή ρόλο αυτών των παραγόντων, καθώς πολλές από τις σχετικές έρευνες με σχετικά αδύναμο αποδεικτικό υλικό, προβάλλουν την αιτιοκρατική σχέση χρήσης αλκοόλ και καταχρηστικής συμπεριφοράς, παραβλέποντας ότι η κατανάλωση αλκοόλ χρησιμοποιείται από τους ίδιους τους δράστες ως ένας μεταγενέστερος δικαιολογητικός λόγος της βίαιης συμπεριφοράς τους.⁸⁶

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της πρώτης Πανελλαδικής Επιδημιολογικής Έρευνας για την ενδοοικογενειακή βία που διεξήχθη από το Κ.Ε.Θ.Ι. σε δείγμα 1.200 γυναικών ηλικίας, εξετάζοντας εάν ο σύζυγος/σύντροφος είναι συνήθως υπό την επήρεια ουσιών όταν έχει βίαιη συμπεριφορά, η κυρίαρχη απάντηση των γυναικών/θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, ήταν αρνητική. Οι περισσότερες ερωτώμενες ανέφεραν ότι τα περιστατικά βίας που συμβαίνουν στην οικογένεια δεν ακολουθούν ποτέ τη χρήση/κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών (61,9%).⁸⁷

5. Οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση είναι υπεύθυνες έως ένα βαθμό για την κακοποίησή τους, είναι ψυχικά ασθενείς, ή/και μαζοχίστριες που ενδεχομένως απολαμβάνουν ή επιδιώκουν μια σχέση κακοποίησης.

Οι στερεότυποι ισχυρισμοί, ότι το θύμα έχει προκαλέσει το δράστη και για το λόγο αυτό φέρει ευθύνη, όπως επίσης ότι αποδέχεται ή απολαμβάνει τη βίαιη σχέση, καθώς δεν την εγκαταλείπει, είναι χαρακτηριστικοί της παγίωσης της μυθολογίας που επικρατεί για το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών. Σε γενικές γραμμές, αξίζει να επισημανθεί το μεγαλύτερο ποσοστό των κακοποιημένων γυναικών εγκαταλείπει τους συζύγους/συντρόφους του στα δύο πρώτα χρόνια της εμφάνισης της βίαιης συμπεριφοράς⁸⁸, όπως επίσης ότι αντιδρούν με ποικίλους τρόπους.⁸⁹

Εν τούτοις, ανασταλτικοί παράγοντες που επιδρούν στη απόφαση των γυναικών να μην διακόψουν τη σχέση κακοποίησης είναι πολύ συχνά ο φόβος για την αντίδραση του δράστη και τα αισθήματα ανασφάλειας.⁹⁰ Επιπλέον, η οικονομική εξάρτηση από το σύζυγο, η ύπαρξη παιδιών, η πολιτισμική αποδοχή της

⁸⁴ Jacobson, N.S. & Gottman, J.M., *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*, Simon & Schuster, N.Y., 1998, pp. 34-57.

⁸⁵ Jillson, I.A. & Scott, B., *Violence, Women and Alcohol: Reducing the Risks, Redressing the Consequences*, Department of Health & Human Services, Draft Report, Jan. 1996.

⁸⁶ Vincent B Van Husselt V.B. (ed.), *Handbook of family violence*, Premium Press, New York & London, 1988, σ. 400.

⁸⁷ Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

⁸⁸ Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

⁸⁹ Dutton, M.A., *The Dynamics of Domestic Violence: Understanding the Response from Battered Women*, *Florida Bar Journal*, 68 (9), 1994, 24-26.

⁹⁰ Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σ. 49.

βίας, η ντροπή, η έλλειψη πληροφόρησης για σχετικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν κύρια εμπόδια για τη διακοπή μιας τέτοιας σχέσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση πολύ συχνά αυτοενοχοποιούνται και αισθάνονται υπεύθυνες για τη βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου τους. Όπως προκύπτει από την έρευνα του Κ.Ε.Θ.Ι., οι γυναίκες σε ποσοστό 33% πιστεύουν ότι προκάλεσαν τη βίαιη συμπεριφορά του συζύγου τους.⁹¹ Παρόλα αυτά, έχει καταδειχθεί ότι η βίαιη συμπεριφορά εκδηλώνεται ανεξάρτητα από τα λόγια ή τις πράξεις της γυναίκας. Τέλος, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές, όπως είναι το μετα-τραυματικό στρες ή η κατάθλιψη, οι οποίες όμως είναι το αποτέλεσμα της άσκησης βίας σε αυτές.⁹²



⁹¹ Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

⁹² Dutton, M.A., Post-Traumatic Stress Disorder among Battered Women: Analysis of Legal Implications, *Behav. Sci. & the Law*, 12, 1994, 215, 219.

*«...Δεν νιώθω καλά και συνεχώς κλαίω.
Υπάρχουν στιγμές που θέλω να πεθάνω και σκέφτομαι να αυτοκτονήσω
ή να δηλητηριάσω εμένα και τα παιδιά μου,
γιατί αφού έχω υποφέρει τόσο πολύ,
πόσο θα υποφέρουν τα παιδιά μου αν εγώ δεν υπάρχω πια...»*

Γυναίκα από το Περού

5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι συνέπειες της κακοποίησης εκτείνονται πέρα από την υγεία και την ευτυχία του ατόμου επηρεάζοντας την ευημερία ολόκληρης της κοινότητας. Η γυναίκα, η οποία βιώνει μια καταχρηστική σχέση χάνει την αυτοεκτίμησή της και την ικανότητά της να συμμετέχει στην κοινότητα. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι κακοποιημένες γυναίκες απομονώνονται από την πληροφορία και τις διάφορες υπηρεσίες, δεν συμμετέχουν στη δημόσια ζωή και δεν λαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι συχνά οι γυναίκες αυτές δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους, τα παιδιά τους και ακόμη περισσότερο να διεκδικήσουν μια θέση στην αγορά εργασίας ή να στοχεύσουν σε μια επιτυχημένη σταδιοδρομία.⁹³

Ένα μεγάλο μέρος ερευνών καταδεικνύει ότι η γυναίκα που μοιράζεται τη ζωή της με έναν βίαιο σύντροφο, θα εμφανίσει σημαντικά προβλήματα υγείας. Η βία έχει συνδεθεί με πλήθος διαφορετικών επιπτώσεων για την υγεία, τόσο άμεσες - όπως οι τραυματισμοί- όσο και μακροπρόθεσμες - όπως οι συνέπειες από την κατάχρηση καπνού και οίονοινοπνεύματος που πολλές φορές κάνουν οι γυναίκες αυτές.

Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι γυναίκες με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες Υγείας και ειδικότερα τις υπηρεσίες των Επειγόντων Περιστατικών.⁹⁴ Η ενδοοικογενειακή βία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των κακοποιημένων γυναικών, ακόμη και μετά το τέλος της καταχρηστικής συμπεριφοράς και την «έξοδο» της επιζώσας από μια τέτοια σχέση.⁹⁵

«Υπέφερα για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν μίλησα σε κανέναν για τον πόνο που ένιωθα. Να γιατί τώρα πηγαίνω σε γιατρούς και παίρνω φάρμακα. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να το κάνει αυτό σε άνθρωπο», αναφέρει μια γυναίκα 34 χρονών, δασκάλα, από τη Σερβία.

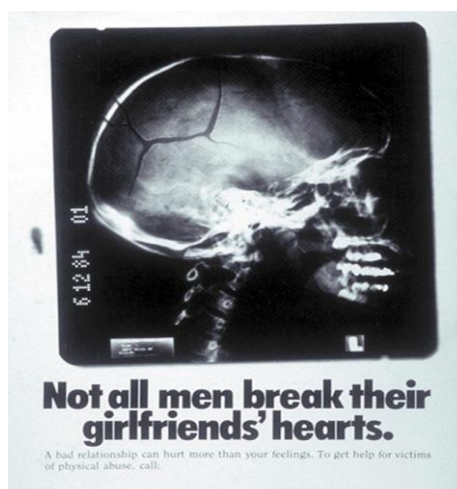
⁹³ Krug, E.G. et al., 2002, *ό.π.*

⁹⁴ Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., et al., Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Arch Intern Med*, 2002, 162, pp. 1157-1163.

⁹⁵ Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., et al., Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence, *Arch Fam Med.*, 2000, 9, pp. 451-457.

- **Σωματικά Προβλήματα Υγείας**

Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ιδιαίτερων σωματικών συμπτωμάτων, χαμηλότερους δείκτες υγείας από τις μη κακοποιημένες και κακή ποιότητα ζωής. Η ενδοοικογενειακή βία ορίζεται ως μια από τις πιο κοινές αιτίες πρόκλησης κακώσεων/τραυματισμών στις γυναίκες, με τις πιο συχνές κακώσεις να παρατηρούνται στο κρανίο, το πρόσωπο, το λαιμό, το θώρακα, το στήθος και την κοιλιακή χώρα.⁹⁶



Πηγή: *San Francisco District Attorney, Family Violence Project.*

Οι σωματικοί τραυματισμοί περιλαμβάνουν ένα ευρύ πεδίο από εκδορές, γρατζουνιές, μώλωπες έως και ανθρωποκτονία.⁹⁷ Οι συνεχείς κακώσεις, ο φόβος και το stress που συνδέονται με την κακοποίηση έχουν ως αποτέλεσμα χρόνιους πόνους (π.χ. πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη, κ.ά.). Η ιστορία της θυματοποίησης και της καταχρηστικής συμπεριφοράς έχει πολύ μεγάλη διάδοση στον πληθυσμό που βιώνει χρόνια πόνο. Ο πόνος χρησιμοποιείται για να μεταδώσει πληροφορίες, όπως θυμό, απογοήτευση, απώλεια και πολλά άλλα συναισθήματα. Επώδυνες καταστάσεις στις γυναίκες, πολύ συχνά, είναι αποτέλεσμα σωματικής

⁹⁶ Rand, M.R., *Violence-related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments. Bureau of Justice Statistics special report*, Washington, DC: US Department of Justice, 1997.

⁹⁷ Στη Βόρεια Αμερική το 40%-60% των φόνων γυναικών έχουν γίνει από το σύντροφο/σύζυγο. Στις λιγότερο βιομηχανοποιημένες χώρες, τα ποσοστά αυτά θα μπορούσαν να είναι ακόμη μεγαλύτερα, αν και τα παγκόσμια ερευνητικά δεδομένα για τις δολοφονίες γυναικών είναι ανεπαρκή. Για να εξακριβωθεί το παγκόσμιο ποσοστό θανάτων γυναικών θα πρέπει να υπάρξουν περισσότερες έρευνες και παρακολούθηση των περιστατικών, συμπεριλαμβάνοντας τους θανάτους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, καθώς και τη θνησιμότητα των γυναικών που οφείλεται σε αυτοκτονίες. Βλ. σχετικά: Crawford, M., Gartner, R., Dawson, M., *Intimate Femicide in Ontario, 1991-1994*, Toronto: Women We Honour Action Committee, 1997. Brock, K., Stenzel, A., *When Men Murder Women: An Analysis of 1997 Homicide Data - Females Murdered by Males in Single Victim/Single Offender Incidents*, Washington, DC: Violence Policy Center, 1999. Counts, D.A., *Female Suicide and Wife Abuse in Cross Cultural Perspective, Suicide Life Threat Behav*, 1987, 17, pp. 194-204. Bergman, B., Brismar, B., *Suicide Attempts by Battered Wives, Acta Psychiatr Scand*, 1991, 83, pp. 380-84.

κακοποίησης⁹⁸ όμως τα σωματικά τραύματα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως η κύρια αιτία εμφάνισης πόνου στις γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση.⁹⁹

Ο πιο κοινός μηχανισμός πρόκλησης τραυματισμών, στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας, είναι τα χτυπήματα με το χέρι. Πολύ λίγες μελέτες συνδέουν τα σωματικά τραύματα που εμφανίζει η γυναίκα που υφίσταται βία, με τον τύπο και την περιοχή των τραυματισμών. Οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν πολλαπλούς τραυματισμούς και σε διαφορετικά σημεία του σώματος. Η κεφαλή, ο τράχηλος (π.χ. προσπάθεια στραγγαλισμού) και το πρόσωπο είναι οι πιο κοινές τοποθεσίες τραυματισμών που σχετίζονται με τη συζυγική/συντροφική βία.¹⁰⁰



⁹⁸ Campbell, J. et al., Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Arch Intern Med.*, 162, pp. 1157-1163.

⁹⁹ Ranjan, R., *Chronic Pain and Family - A Clinical Perspective*, Springer, 2006, 100-113.

¹⁰⁰ Sheridan, J.D., Nash, R.K., Acute Injury Patterns of Intimate Partner Violence Victims, *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), July 2007, pp. 281-289.



Οι δεύτεροι πιο κοινοί τραυματισμοί, μετά τις κακώσεις των μαλακών μορίων, είναι οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί. Το φάσμα των τραυματισμών περιλαμβάνει διαστρέμματα, κατάγματα και εξαρθρώσεις. Τα κατάγματα εμφανίζονται στα δάχτυλα, στους βραχίονες, στην κλείδα και στα οστά της λεκάνης. Οι εξαρθρώσεις είναι πιο συχνές στην ωμοπλάτη, ενώ τα διαστρέμματα στους αστραγάλους, στα γόνατα και τα πόδια.¹⁰¹

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι μια από τις πιο σοβαρές, αλλά συχνά αδιάγνωστες σωματικές συνέπειες της συζυγικής/συντροφικής βίας και προκαλούνται από χτυπήματα στο κεφάλι με γροθιά, αντικείμενα, χτυπήματα του κρανίου στο δάπεδο ή στον τοίχο ή απόπειρα στραγγαλισμού. Υπάρχουν αντιμετώπισιμες συνέπειες, που απορρέουν από τους ήπιους τραυματισμούς του κρανίου, οι οποίες παρουσιάζονται όταν υπάρχει ζημιά στον εγκέφαλο, ακόμα και «εν απουσία» των ορατών (μώλωπες ή ανοικτά τραύματα στο κεφάλι), αρκεί να διαγνωστούν έγκαιρα, πριν αποτελέσουν πηγή οποιασδήποτε μορφής αναπηρίας. Μπορεί, επίσης, να υπάρξουν σοβαρές κακώσεις του εγκεφάλου και εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα (π.χ. λιποθυμίες, τρομώδες παραλήρημα, κ.ά.).¹⁰²

Οι κακοποιημένες γυναίκες αναφέρουν –σε υψηλή συχνότητα- διαταραχές στο πεπτικό σύστημα (διαταραχές όρεξης -βουλιμία, ανορεξία- σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου), τα οποία συνδέονται με το χρόνιο stress που βιώνουν. Οι συγκεκριμένες διαταραχές αρχίζουν να εμφανίζονται στην οξεία φάση της βίας, μπορεί να

¹⁰¹ Bhandari, M., et al., Musculoskeletal Manifestations of Physical Abuse After Intimate Partner Violence, *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 6 (6), pp. 1473-1479.

¹⁰² Banks, E.M., Overlooked but Critical-Traumatic Brain Injury as a Consequence of Interpersonal Violence, *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), July 2007, pp. 290-298.

συνδέονται με πρότερη παιδική σεξουαλική κακοποίηση ή δύναται να συνυπάρχουν και τα δύο μαζί.¹⁰³

Επίσης, η γενετική προδιάθεση για υπέρταση, ο τρόπος ζωής (κάπνισμα), το stress που υφίσταται η γυναίκα που βρίσκεται σε μια καταχρηστική σχέση είναι παράγοντες επιβαρυντικοί για καρδιαγγειακά νοσήματα. Εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος ως αποτέλεσμα του stress, των ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη) ή και των δύο, οδηγεί σε αυξημένο αριθμό λοιμώξεων (ιώσεις).¹⁰⁴

- **Γυναικολογικά Προβλήματα Υγείας**

Ο συνδυασμός σωματικής και σεξουαλικής βίας, που παρουσιάζεται σε ποσοστό 40%-45% των κακοποιημένων γυναικών, επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τους σε αντιδιαστολή με τις γυναίκες που υφίστανται μόνο σωματική κακοποίηση. Τα γυναικολογικά προβλήματα είναι πιο επίμονα, διαρκούν περισσότερο και διαφοροποιούνται σε σοβαρότητα από τα προβλήματα των μη κακοποιημένων γυναικών.

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κολπικοί τραυματισμοί και φλεγμονές, ινομώματα, χρόνιοι πυελικοί πόνοι, ουρολοιμώξεις, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας, πόνος κατά τη συνουσία, είναι μερικές από τις πιο συχνές παθήσεις που εμφανίζουν οι γυναίκες αυτές. Ο δράστης της σεξουαλικής κακοποίησης στο πλαίσιο της επιβολής του ελέγχου του πάνω στη γυναίκα και της σεξουαλικής ταπείνωσης, αρνείται να κάνει χρήση προφυλακτικού ή άλλων μεθόδων αντισύλληψης με αποτέλεσμα τη μετάδοση σεξουαλικών νοσημάτων (HIV, AIDS), καθώς και την πρόκληση ανεπιθύμητων κυήσεων.¹⁰⁵

- **Προβλήματα Ψυχικής Υγείας**

Οι πιο γνωστές συνέπειες από την ενδοοικογενειακή βία, για την ψυχική υγεία της κακοποιημένης γυναίκας, είναι η κατάθλιψη, η οποία συνδέεται και με άλλους στρεσογόνους παράγοντες που εμπεριέχονται σε μια καταχρηστική σχέση, όπως η παιδική κακοποίηση, ο αυξημένος αριθμός παιδιών, η αλλαγή κατοικίας, το βίαιο σεξ, ο χωρισμός/διαζύγιο, η κακή ποιότητα ζωής και τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών -που βιώνουν αυτή τη σχέση-, η δυσθυμία, οι αγχωτικές

¹⁰³ Leserman, J., et al., Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status, *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58, pp. 4-15.

¹⁰⁴ Cambell, C.J., Health Consequences of Intimate Partner Violence, *Lancet*, 2002, 359, pp. 1331-1336.

¹⁰⁵ Campbell, J.C. & Soeken, K., Forced Sex and Intimate Partner Violence: Effects on Women's Health, *Violence against Women*, 1999, 5, pp. 1017-1035.

διαταραχές, οι φοβίες, το μετατραυματικό stress, οι τάσεις αυτοκαταστροφής και η χρήση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά).¹⁰⁶

Η διεθνής βιβλιογραφία αποδεικνύει ότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες στις ψυχικές παθήσεις και την ενδοοικογενειακή βία, οι οποίοι είναι οι εξής:¹⁰⁷

- τρόμος
- άγχος
- φοβίες
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- κατάθλιψη
- κατανάλωση αλκοόλ
- εξάρτηση από ουσίες
- τάσεις αυτοκτονίας
- μετατραυματικό stress (PTSD)
- πολλαπλά τραύματα (σωματική και σεξουαλική κακοποίηση)
- ψυχολογική κακοποίηση σε νεαρή ηλικία.

Οι αλληλένδετες σχέσεις κακοποίησης και σωματικής-ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τους/τις επαγγελματίες υγείας και τους/τις ερευνητές/-τριες.¹⁰⁷

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι ένας σοβαρός παράγοντας επικινδυνότητας για την υγεία. Αν, όμως, οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην αντιμετώπιση μόνο προβλημάτων όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η κατάχρηση ουσιών και το άγχος, χωρίς να συμβάλλουν άμεσα και έγκαιρα, στο να σταματήσει η βία, δεν θα υπάρξουν σοβαρά αποτελέσματα. Κάθε αξιολόγηση και παρέμβαση σε κακοποιημένες γυναίκες θα πρέπει να σέβεται την αυτονομία τους και να προσφέρεται σε πνεύμα υποστήριξης και συνεργασίας, καθώς και ανησυχίας για την υγεία τους και την ασφάλειά τους. Η παγκόσμια έρευνα, η πρόληψη και οι παρεμβάσεις σε τραυματισμούς, σε θέματα ψυχικής υγείας, στο AIDS θα πρέπει να αναγνωρίσουν το ρόλο της βίας κατά των γυναικών.¹⁰⁸

«Οι γυναίκες δεν μπορούν να προσφέρουν το έργο τους και τις δημιουργικές τους ιδέες, όταν επιβαρύνονται με τις σωματικές και ψυχολογικές πληγές τις κακοποίησης»¹⁰⁹

¹⁰⁶ Cambell C.J., 2002, *ό.π.*

¹⁰⁷ Robertiello, G., Common Mental Health Correlates of Domestic Violence, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2006, 6, pp. 111-121.

¹⁰⁸ Cambell, C.J., 2002, *ό.π.*

¹⁰⁹ Carrillo, R., *Battered Dreams: Violence against Women as an Obstacle to Development*, New York, United Nations Development Fund for Women, 1992, p. 38.

6. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η βία κατά των γυναικών, όπως προαναφέρθηκε, συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους. Οι φορείς της Δημόσιας Υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, ως μέρος μιας συνολικότερης προσπάθειας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ωστόσο, τον κύριο ρόλο διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, όπου καλούνται να αντιμετωπίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας. Είναι σαφές πως μια έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος μπορεί να μειώσει τις σοβαρές συνέπειες και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα (επανα)θυματοποίησης αυτών των γυναικών. Ποιος, λοιπόν, θα μπορούσε να ρωτήσει για την ύπαρξη βίας μέσα στην οικογένεια, αν όχι ο/η επαγγελματίας υγείας, ο/η οποίος/-α καλείται να φροντίσει τα σωματικά τραύματα; Ακόμη και τότε, όμως, οι γυναίκες μπορεί να λάβουν φροντίδα από τον/την ειδικό χωρίς ποτέ να ερωτηθούν για τις αιτίες που προκάλεσαν τα τραύματά τους.

Παρά το γεγονός ότι η ενδοοικογενειακή βία φέρνει άμεσα ή έμμεσα εκατομμύρια γυναίκες, κάθε χρόνο, να ζητήσουν βοήθεια σε διαφορετικά συστήματα υγείας, σε διαφορετικά σημεία του πλανήτη, οι παροχείς υπηρεσιών υγείας φροντίζουν αυτές τις γυναίκες, χωρίς συχνά να ρωτήσουν για ενδεχόμενη κακοποίηση, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζουν και να μην αντιμετωπίζουν τις υποκείμενες αιτίες των προβλημάτων υγείας τους.¹¹⁰

Ιστορικά, το σύστημα υγείας έχει παίξει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό και την πρόληψη διαδεδομένων προβλημάτων δημόσιας υγείας. Πολλοί οργανισμοί, που ασχολούνται με τη βία κατά των γυναικών, πιστεύουν ότι τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν για να εμποδίσουν άλλα χρόνια προβλήματα υγείας, μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά στην ενδοοικογενειακή βία.¹¹¹ Ο έλεγχος ρουτίνας (screening),¹¹² για πολλούς/-ές ερευνητές/-τριες, αποτελεί πρωταρχικό σημείο εκκίνησης για την προσέγγιση, όσον αφορά στους/τις επαγγελματίες υγείας, της

¹¹⁰ Dearwater, S.R., Coben, J.H., Campbell, J.C., Nah, G., Glass, N., McLoughlin, E., Bekemeier, B., Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments, *J A M A.*, 1998, 280, pp. 433-438.

¹¹¹ The Family Violence Prevention Fund, *Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening*, San Francisco, 1999, p. 2.

¹¹² Το «Screening» αναφέρεται στη χρήση μιας δοκιμασίας (test) σε ασυμπτωματικό πληθυσμό, για να εντοπιστούν τα άτομα με πρώιμη ασθένεια ή παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση νόσου, με σκοπό την πρόληψη της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Παραδείγματα τέτοιας εξέτασης είναι τα προγράμματα screening μαστού που προσφέρουν μαστογραφία στις γυναίκες της υπαίθρου, ηλικίας 50-70 ετών. Βλ. SOCG Clinical Practice Guidelines, *Intimate Partner Violence Consensus Statement*, 2005, 157, pp. 365-388.

ενδοοικογενειακής βίας. Οι ίδιοι χρησιμοποιούν συστηματικά το screening για μια σειρά από κοινές παθήσεις, όπου η επίπτωση είναι μικρότερη ή παρόμοια με εκείνη της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.¹¹³ Πολλαπλές ανιχνεύσεις και έλεγχοι ρουτίνας (screening) από εξειδικευμένους/-ες επαγγελματίες υγείας, όταν διεξάγονται πρόσωπο με πρόσωπο (face-to-face), αυξάνουν σημαντικά τον εντοπισμό της καταχρηστικής σχέσης, δίνουν την ευκαιρία για ταυτοποίηση και μπορούν να ασκήσουν παρέμβαση σε γυναίκες που παρουσιάζουν συμπτώματα, που γενικά δεν συνδέονται άμεσα με την ενδοοικογενειακή βία.¹¹⁴

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση, για τον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται κακοποίηση, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όταν νοσηλεύονται σε μαιευτικές ή γυναικολογικές κλινικές, όταν απευθύνονται σε φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και σε υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.¹¹⁵ Ως αποτέλεσμα, πολλές επαγγελματικές ενώσεις έχουν εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές για κλινικούς ιατρούς και νοσηλεύτές/-τριες για το πώς να εντοπίσουν τις γυναίκες που κακοποιούνται. Επιπλέον, ορισμένες ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές έχουν εντάξει το θέμα της βίας κατά των γυναικών, στα προγράμματα σπουδών τους.

Feeling alone? Don't know who to talk to?



**Is someone hurting you?
Talk to your health care provider. We can help.**

To find help near you, call the National Domestic Violence Hotline at:
1-800-799-7233 or 1-800-787-3224 (TTS)
TOGETHER, WE CAN STOP FAMILY VIOLENCE.

¹¹³ Η επίπτωση της υπέρτασης είναι 23% και η επίπτωση του διαβήτη είναι 3% (Πηγή: Centers for Disease Control and Prevention *FASTATS*). Η επίπτωση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών είναι 20%-30%. Βλ. σχετικά: Dearwater, S.R., 1998, *ό.π.*

¹¹⁴ McFarlane, J., Greenberg, L., Weltge, A., Watson, M., Identification of Abuse in Emergency Departments: Effectiveness of a Two-question Screening Tool, *J Emerg Nurs*, 1995, 21, pp. 391-394.

¹¹⁵ Plichta, S., The Effects of Woman Abuse on Health Care Utilization and Health Status: A Literature Review, *Women's Health*, 1992, 2, pp. 154-161.

Παρόλο που θα μπορούσε να υπάρχει γενική συμφωνία ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών και η συστηματική ανίχνευση (screening) είναι απαραίτητο εργαλείο προς την επίτευξη αυτού του σκοπού, τίθενται τα εξής θέματα που χρειάζονται αποσαφήνιση, σε κάθε επαγγελματικό χώρο που χρησιμοποιούνται πρωτόκολλα για την ανίχνευση τέτοιων περιστατικών, όπως για παράδειγμα, ποιος θέτει τις ερωτήσεις, σε τι πλαίσιο και έπειτα από ποια ειδική εκπαίδευση.¹¹⁶ Η εξασφάλιση της ασφάλειας αυτών των γυναικών είναι θέμα πρωταρχικής σημασίας, καθώς ο τρόπος προσέγγισης δεν θα πρέπει να είναι επικριτικός, αλλά να πραγματοποιείται μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης και ενσυναίσθησης για τη γυναίκα και τα προβλήματα που βιώνει.



¹¹⁶ Garcia-Moreno, C., Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-service Response to Violence against Women, *Lancet*, 2002, 359, pp. 1509–1514.

7. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά πιστεύουν ότι οι ασθενείς αποτελούν το κύριο εμπόδιο για την καλύτερη περίθαλψη και δεν αντιλαμβάνονται ότι αποτελούν και οι ίδιοι/-ες μέρος του προβλήματος. Μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση των επαγγελματικών, πολιτισμικών, προσωπικών και θεσμικών θεμάτων αφορούν στην ικανότητα και την προθυμία των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών (πίνακας 1).¹¹⁷

Η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας στο να μη ζητούν από τις γυναίκες να «καταθέσουν» την εμπειρία τους, επειδή αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων. Ορισμένοι/-ες θεωρούν ότι η βία μέσα στη οικογένεια είναι ένα θέμα που υπάγεται στα ζητήματα της «ιδιωτικής σφαίρας» και ότι οι ασθενείς μπορεί να αναστατωθούν ή να ενοχληθούν όταν ρωτηθούν για πιθανή κακοποίηση. Άλλοι/-ες θεωρούν ότι δεν έχουν το χρόνο ή τις κατάλληλες δομές για να βοηθήσουν.¹¹⁸

Οι επαγγελματίες υγείας, σε μεγάλο βαθμό, αναπαράγουν τις ίδιες κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες που είναι κυρίαρχες στην κοινωνία και διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, σύμφωνα με αυτές. Έτσι, μπορεί να πιστεύουν ότι ορισμένες γυναίκες αξίζουν την καταχρηστική συμπεριφορά από την πλευρά του συζύγου/συντρόφου, ή ότι μια γυναίκα είναι υποχρεωμένη να ενδίδει στις σεξουαλικές διαθέσεις του συζύγου/συντρόφου ανά πάσα στιγμή. Επίσης, συχνά υποθέτουν ότι η σωματική και σεξουαλική βία αφορά στις ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά ομάδες και σε συγκεκριμένες εθνικότητες με συγκεκριμένο θρησκευτικό υπόβαθρο. Ακόμη και σε πολιτισμούς που η βία κατά των γυναικών θεωρείται απαράδεκτη, οι πιο πάνω αντιλήψεις είναι βαθιά ριζωμένες και συχνά δύσκολο να ξεπεραστούν. Αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τους/τις επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να περιθάψουν γυναίκες που έχουν υποστεί βία, αμφιβάλλοντας για την αξιοπιστία των λεγομένων τους και για την ευθύνη της κατάστασής τους.¹¹⁹

¹¹⁷ Center for Health and Gender Equity for Population Reports, *Ending Violence Against Women, Issues in World Health, Series L*, 1999, n. 11, p. 26.

¹¹⁸ Plichta, S., *Implications Interactions between Victims of Intimate Partner Violence against Women and the Health Care System: Policy and Practice, Trauma, Violence & Abuse*, 8 (2), 2007, pp. 226-239.

¹¹⁹ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 26.

Μερικοί άνδρες επαγγελματίες υγείας διστάζουν να δεχθούν ότι οι γυναίκα βρίσκεται σε μια καταχρηστική σχέση, γιατί ταυτίζονται με το δράστη.¹²⁰ Επιπλέον, γυναίκες επαγγελματίες υγείας, που οι ίδιες έχουν βιώσει βία σε μια σχέση, επιβαρύνονται ψυχολογικά και αποφεύγουν να συζητήσουν το θέμα με τις ασθενείς τους. Μελέτες έχουν καταγράψει ότι μία στις τρεις γυναίκες επαγγελματίες υγείας έχουν οι ίδιες υποστεί βία.¹²¹

Πολλές φορές, οι ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών παραμελούνται εξαιτίας των γραφειοκρατικών κενών ή ανεπαρκούς συντονισμού των τομέων υγείας και του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης. Σε ορισμένες χώρες οι ιατροί απαγορεύεται να συλλέξουν στοιχεία από γυναίκες που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, χωρίς άδεια από την αστυνομία ή από το δικαστικό σύστημα της χώρας. Στη Ζιμπάμπουε, για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει βιαστεί μπορεί να χρειαστεί να περιμένει τρεις μέρες ή και περισσότερο, για ραντεβού με έναν κυβερνητικό εκπρόσωπο-ιατρό, ο οποίος είναι ο μόνος αρμόδιος να εξετάσει περιπτώσεις βιασμού. Μέσα σε αυτό το μεγάλο χρονικό διάστημα, οι σωματικές αποδείξεις είναι επόμενο ότι θα χαθούν. Παρόμοιες απαιτήσεις υπάρχουν και σε άλλες χώρες όπως: σε χώρες της Κεντρικής Αμερικής, στην Ινδία και το Περού.¹²²

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που εμποδίζει την αποτελεσματική αντιμετώπιση –από πλευράς συστήματος υγείας- της ενδοοικογενειακής βίας είναι η απροθυμία και πολλές φορές η άρνηση γυναικών που ανήκουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες να αποκαλύψουν τη βία. Αναλυτικότερα:

Γυναίκες μετανάστριες και πρόσφυγες: Ορισμένες συμπεριφορές που υποδηλώνουν, για τους επαγγελματίες υγείας, κακοποίηση (για παράδειγμα, αποφυγή επαφής με τα μάτια, ο σύντροφος/σύζυγος δεν επιτρέπει στη γυναίκα να επισκεφθεί μόνη της τις υπηρεσίες υγείας, άρνηση να γδυθεί για να γίνει η κλινική εξέταση) σε κάποιες πολιτισμικές κοινότητες αποτελούν δεοντολογικές συμπεριφορές. Επίσης, γυναίκες που έχουν μεταναστεύσει, με βάση το πολιτισμικό τους υπόβαθρο, κατανοούν εντελώς διαφορετικά το τι συνιστά καταχρηστική σχέση και σε ποιόν επιτρέπεται να αποκαλύψουν οικογενειακά θέματα. Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αντιμετωπίσουν και συμπληρωματικά εμπόδια για τη γνωστοποίηση της βίας και την αναζήτηση βοήθειας. Ανάλογα με την ηλικία τους και το συνολικό χρόνο μετανάστευσης μπορεί να έχουν έλλειψη πρόσβασης στην απόκτηση της γνώσης της νέας γλώσσας, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα

¹²⁰ Rittmayer, J. & Roux, G., Relinquishing the Need to Fix it. Medical Intervention with Domestic Abuse, *Qualitative Health Research*, 1999, 9(2), pp. 166-181.

¹²¹ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 26.

¹²² Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 27.

επικοινωνίας όταν υπάρχει αλληλεπίδραση με φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε περιπτώσεις όπου μέλη της οικογένειας έχουν το ρόλο του διερμηνέα, αυτές οι γυναίκες στερούνται του δικαιώματος της απομόνωσης από τα συγγενικά τους άτομα, η οποία συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για ασφαλή αποκάλυψη. Πολλές γυναίκες σε ενδεχόμενη αποκάλυψη της βίας που υφίστανται, φοβούνται πιθανή απέλαση, απώλεια του σεβασμού από τα μέλη της κοινότητάς τους και την απώλεια της επιμέλειας των παιδιών τους. Επιπλέον, η αναμόχλευση της οικογενειακής τους κατάστασης, εγείρει σε ψυχολογικό επίπεδο, παλαιότερα τραύματα από εμπειρίες του παρελθόντος, πολέμους και καταπιεστικά καθεστώτα. Στην πραγματικότητα, σε καταστάσεις ένοπλων συγκρούσεων και σε εκτοπισμούς, οι γυναίκες αυτές και τα παιδιά τους, βιώνουν συνεχώς τη βία και το φόβο, τόσο πριν από τη φυγή τους, κατά τη διάρκεια αυτής όσο και στις χώρες που ζητούν άσυλο. Αυτό περιπλέκει την αναγνώριση της εμπειρίας της καταχρηστικής σχέσης και προσθέτει το φόβο σε ενδεχόμενη αποκάλυψη και την αναφορά στις αρχές.¹²³

Γυναίκες ομοφυλόφιλες: Υπάρχουν ορισμένες μορφές κακοποίησης, μοναδικές, σε άνδρες και γυναίκες που βρίσκονται σε ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Για παράδειγμα, η σύντροφος με την καταχρηστική συμπεριφορά χρησιμοποιεί την ομοφοβία για να ασκήσει έλεγχο στην άλλη σύντροφο που μπορεί να εκφράζεται με το «θα σε ξεφωνίσω» στους φίλους, στην οικογένεια, στους εργοδότες, στην αστυνομία, στην εκκλησία ή στην ευρύτερη κοινότητα. Ομοίως, οι βίαιοι σύντροφοι προσπαθούν να πείσουν τη σύντρόφό τους ότι η βία είναι φυσιολογική σε ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Οι κακοποιημένες, στις σχέσεις αυτές, κρύβουν τη βία που βιώνουν, αυξάνοντας την εξουσία και την άσκηση του ελέγχου από τη σύντρόφό τους, γιατί γνωρίζουν ότι πολλοί άνθρωποι δεν θεωρούν ότι «οι γυναίκες μπορούν να βλάψουν τις γυναίκες».¹²⁴

Γυναίκες έγχρωμες: Οι γυναίκες αυτές είναι δύσκολο να αντιδράσουν στη βίαιη και καταχρηστική συμπεριφορά, εξαιτίας του ότι επηρεάζονται από τις χρόνιες εμπειρίες ρατσισμού και του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζουν. Οι αρνητικές εμπειρίες, από ένα ρατσιστικό/ξενοφοβικό περιβάλλον, δημιουργούν αποφευκτικές συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες, για παράδειγμα, την αστυνομία, από φόβο ενδεχόμενης θυματοποίησης των συντρόφων/συζύγων τους από ένα σύστημα απόλυτα ρατσιστικό. Το θύμα μπορεί να έχει γίνει μάρτυρας

¹²³ UNHCR, *Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations*, Geneva: UNHCR, 2001.

¹²⁴ SOGC Clinical Practice Guidelines, *Intimate Partner Violence Consensus Statement*, 2005, JOGC, no 157, pp. 365-388.

διακρίσεων ή/και βαρβαρότητας σε βάρος των ανδρών της κοινότητάς τους και συνεπώς διατάζει να εκθέσει το προσωπικό της πρόβλημα.¹²⁵

Γυναίκες με αναπηρία: Σε μια έρευνα 245 γυναικών με αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι το 40% είχε υποστεί κακοποίηση και το 12% είχε βιαστεί. 89 δράστες της κακοποίησης ήταν σύζυγοι και πρώην σύζυγοι (37%), 28% άγνωστοι, ακολουθούσαν οι γονείς σε ποσοστό 15%, καθώς και όσοι προσφέρουν υπηρεσίες σε ποσοστό 10%. Λιγότερο από το ήμισυ αυτών των εμπειριών δεν έχουν αναφερθεί, κυρίως από το φόβο ότι θα τους στερήσουν την ανεξαρτησία τους, εγκλείοντας τες σε κάποιο ίδρυμα. Ένα ποσοστό της τάξης του 10% χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες της κοινότητας ή καταφύγια, ενώ το 15% αναφέρει ότι δεν υπήρχαν κατάλληλες δομές για την αναζήτηση βοήθειας ή ότι ήταν ανεπιτυχείς οι προσπάθειές τους για να προσεγγίσουν τους αρμόδιους φορείς. Τέλος, το 55% δεν προσπάθησε να ζητήσει βοήθεια.¹²⁶

Σε μεγάλο μέρος του κόσμου, οι γυναίκες είναι αδύνατο να λάβουν υγειονομική περίθαλψη, χωρίς την άδεια του συζύγου ή άλλων αρσενικών μελών της οικογένειας. Οι άνδρες δεν επιτρέπουν στις συζύγους τους να επισκεφθούν το κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο ασυνόδευτες, ειδικά όταν γνωρίζουν ότι πρόκειται να αναζητήσουν θεραπευτική αγωγή για τραυματισμούς εξαιτίας της βίας. Οι γυναίκες είναι απίθανο να αποκαλύψουν στον/την επαγγελματία υγείας την κακοποιητική σχέση που βιώνουν μπροστά στο σύζυγο/βασανιστή.¹²⁷

¹²⁵ Campbell, D., Sharps, P.W., Gary, F., Campbell, J.C., Lopez, L.M., Intimate Partner Violence in African American Women, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2002, 7(1).

¹²⁶ Nosek, M.A., Howland, C.A., Young, M.E., Abuse of Women with Disabilities, *Journal of Disability Policy Studies*, 1997, 8, pp. 157–175.

¹²⁷ «Μπορώ να σκεφτώ δεκάδες παραδείγματα περιστατικών, στα οποία οι σύντροφοι/σύζυγοι παρενέβησαν στη φροντίδα των γυναικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρχαν σαφείς επιπτώσεις που σχετίζονται με αυτή την παρέμβαση. Μερικές φορές δεν υπήρχαν. Υποθέτω ότι η δική μου παρεμβολή βοήθησε ορισμένες από αυτές τις γυναίκες σε κάποιο επίπεδο. Για τις περισσότερες, δεν θα μάθω ποτέ. Ωστόσο, πρέπει να είμαι περήφανη που εντόπισα 15 με 30 παρεμβολές στα 14 χρόνια κλινικής πρακτικής; Οι McCloskey, et al. διαπίστωσαν ότι 1 στις 20 γυναίκες δέχονται πιεστικές παρεμβάσεις από τους συντρόφους/συζύγους τους κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καταλάβουμε τι σημαίνουν αυτές οι παρεμβάσεις για τις ίδιες τις γυναίκες. Εν τω μεταξύ, θα σέβομαι και θα προσπαθώ να κατανοώ την περίπλοκη φύση της ζωής των ασθενών μου, βλέποντας ένα άτομο μόνο του σε κάθε κλινική εξέταση.» Nicolaidis, C., Partner Interference with Health Care: Do We Want One More Piece of a Complex Puzzle?, *Society of General Internal Medicine*, 2007, 22, pp. 1216–1217.

Πίνακας 1.
Εμπόδια των Επαγγελματιών Υγείας στη Διερεύνηση της Ενδοοικογενειακής
Βίας κατά των Γυναικών¹²⁸

Άμυνες	Μύθοι/Εμπόδια	Απαντήσεις
Άρνηση	Αυτό συμβαίνει μόνο σε άλλα μέρη του κόσμου, σε άλλους ανθρώπους.	Συμβαίνει σε κάθε χώρα, σε όλους τους ανθρώπους.
	Δεν συμβαίνει στους δικούς μας ασθενείς.	Συμβαίνει σε γυναίκες όλων των φυλών, εθνοτήτων και τάξεων.
	Δεν θέλω να προσεγγίσω αυτά τα περιστατικά.	Είναι ένα δύσκολο θέμα ως προς τη σωστή προσέγγισή του, αλλά με την κατάλληλη κατάρτιση/εκπαίδευση θα έχεις τα προσόντα να το κάνεις καλά.
	Αυτό συμβαίνει και σε μένα και δεν θέλω να το παραδεχτώ.	Είναι οδυνηρό να το παραδεχτείς, αλλά μπορείς να βοηθήσεις τους άλλους και ίσως χρειαστεί να πάρεις βοήθεια για τον εαυτό σου.
Εκλογίκευση	Είναι μια ιδιωτική υπόθεση.	Είναι θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
	Δεν είναι δική μου δουλειά.	Είναι πρόβλημα δημόσιας υγείας.
	Δεν έχω χρόνο να το κάνω αυτό.	Η αξιολόγηση παίρνει λίγο περισσότερο χρόνο, αλλά κερδίζεις χρόνο από την αντιμετώπιση προβλημάτων που θα προκύψουν στις γυναίκες αυτές, στο μέλλον.
	Τα θύματα δεν θέλουν να μιλήσουν.	Οι γυναίκες έχουν ανάγκη να μιλήσουν για τη βία που βιώνουν.
	Θα πρέπει να έχουν κάνει κάτι για να προκαλέσουν το σύντροφο/σύζυγο να ασκήσει βία.	Κανείς δεν αξίζει να κακοποιείται σωματικά ή/και σεξουαλικά.
	Δεν υπάρχει τίποτα που μπορώ να κάνω.	Υπάρχουν πολλά που μπορείς να κάνεις, το πρώτο βήμα είναι να ρωτήσεις αν υπάρχει ενδοοικογενειακή βία.

¹²⁸ United Nations Population Fund, *A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide For Health Care Providers and Managers*, 2001, New York.

Άμυνες	Μύθοι/Εμπόδια	Απαντήσεις
Υποτίμηση	Συνέβη στο παρελθόν και δεν την επηρεάζει σήμερα.	Το παρελθόν, ειδικά όταν σε αυτό μια γυναίκα κακοποιούνταν, επηρεάζει την ποιότητα ζωής της και στο παρόν.
	Δεν έχει σοβαρούς τραυματισμούς, μπορεί να μην είναι τόσο κακή η κατάσταση.	Μπορεί να έχει προβλήματα υγείας τα οποία δεν είναι ορατά, ακόμη και αν η βία που υφίσταται είναι πολύ σοβαρή.
Ταύτιση	Αυτό δεν θα μπορούσε να συμβεί σε μένα, επομένως δεν θα μπορούσε να συμβαίνει σε μια γυναίκα σαν εμένα.	Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε γυναίκα, αν και είναι δύσκολο να σκεφτείς ποια είναι ευάλωτη.
	Μπορώ να καταλάβω γιατί την κακοποιεί ο σύντροφος/σύζυγός της.	Προσοχή! Να γνωρίζεις ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες μπορεί να ταυτιστούν με το δράστη.
Στοχασμοί	Η γυναίκα που κακοποιείται πρέπει να φεύγει από τη σχέση.	Πρόκειται για μια περίπλοκη κατάσταση και μπορεί να είναι πραγματικά επικίνδυνο για εκείνη να φύγει. Δεν πρέπει να παίρνεις τέτοιες αποφάσεις για εκείνη.
	Οι άνθρωποι ξεπερνούν αυτά τα πράγματα σε σύντομο χρονικό διάστημα.	Ακόμη και όταν οι σωματικές κακώσεις ξεπεραστούν, η επιζώσα δεν μπορεί να ξεπεράσει όλες τις άλλες συνέπειες.
	Οι επαγγελματίες υγείας ασχολούμαστε μόνο με ιατρικά προβλήματα.	Είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζονται συχνά με σωματικά προβλήματα, όπως: πονοκέφαλοι, πόνοι στην πύελο, γαστρεντερικά προβλήματα, κ.ά.

8. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Όταν μια γυναίκα αποφασίζει να αναζητήσει βοήθεια από έναν φορέα υγειονομικής περίθαλψης, η άμεση ανταπόκριση και το ενδιαφέρον που εισπράττει από τα άτομα του φορέα, είναι αποφασιστικής σημασίας. Πολλοί/-ές επαγγελματίες υγείας φοβούνται ότι διερευνώντας τα περιστατικά και θέτοντας ερωτήσεις που αφορούν σχετικά με τη βία που αντιμετωπίζουν στο οικογενειακό περιβάλλον οι γυναίκες, θα ανοίξουν «το κουτί της Πανδώρας», χωρίς εκείνοι/-ες να διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα για να τα αντιμετωπίσουν και να τα υποστηρίξουν ψυχολογικά.¹²⁹ Ωστόσο, μια αδιάφορη και εχθρική στάση από τους/τις επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με γυναίκες, με εμφανή τα σημάδια της κακοποίησης, ενισχύει τα αισθήματα απομόνωσης και αυτο-υποτίμησης και καθιστά δυσκολότερο το να επαναφέρουν το θέμα. Επομένως, οι κακοποιημένες γυναίκες βιώνουν μια εκ νέου θυματοποίηση από το ίδιο το σύστημα, που υποτίθεται ότι στόχος του είναι η άμεση συνδρομή αυτών των περιστατικών.

Η φροντίδα, η μη επικριτική συμπεριφορά και η με σεβασμό προσέγγιση, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να διευκολύνουν τη γυναίκα να αποκαλύψει τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία υφίστανται. Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες επικροτούν τη συστηματική ανίχνευση (screening) για θέματα βίας,¹³⁰ αλλά οι ερωτήσεις πρέπει να τίθενται με μεγάλη ευαισθησία. Πολλοί/-ές επαγγελματίες υγείας, για να διευκολύνουν τη γυναίκα να μιλήσει σχετικά με το πρόβλημά της, εξατομικεύουν τη γλώσσα που χρησιμοποιούν και εισάγουν τα ερωτήματα άμεσα ή έμμεσα ανάλογα με τις περιστάσεις. Ο τρόπος με τον οποίο θα ερωτηθεί μια γυναίκα, σχετικά με τη βία, καθορίζει και το εάν η ίδια θα αποκαλύψει την κατάστασή της. Γυναίκες που θεωρούν ότι ο/η κλινικός γιατρός φροντίζει για εκείνες, είναι προσιτός/-ή στην επικοινωνία μαζί τους και επιθυμεί να παρακολουθήσει την εξέλιξη της κατάστασης (follow-up) είναι περισσότερο διατεθειμένες να συζητήσουν την κατάστασή τους.¹³¹

Η διάθεση φυλλαδίων ή/και αφισών για την ενδοοικογενειακή βία σε μια κλινική ή σε ένα γραφείο μπορεί να αυξήσουν την άνεση των γυναικών να μιλήσουν για

¹²⁹ Sugg, N.K. & Inui, T., Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. Opening Pandora's Box, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267 (23), pp. 3157-3160.

¹³⁰ Από το σύνολο των γυναικών που συμμετείχε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κλινική στο Κέιπ Τάουν της Ν. Αφρικής, το 88% απάντησε, ότι εγκρίνει την εφαρμογή της συστηματικής ανίχνευσης (screening). Βλ. σχετικά: World Health Organization, *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes. A Sourcebook for Health Professionals* (Module on Gender-Based Violence), WHO, 2005.

¹³¹ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 28.

κακοποίηση. Ομάδες επαγγελματιών υγείας θεώρησαν χρήσιμο να φορούν το σήμα με το ακόλουθο μήνυμα:



Ερωτήσεις που μπορούν να τεθούν σε περιπτώσεις που υποψιάζεστε ύπαρξη βίας, παρόλο που δεν υπάρχουν εμφανή σημάδια σωματικής βίας:

132

- «Η εμπειρία μου μου λέει ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα πρόβλημα που επηρεάζει πολλές γυναίκες. Αισθάνεστε ότι το πρόβλημα αυτό αγγίζει καθόλου τη δική σας ζωή;»
- «Γνωρίζουμε ότι η βία έχει άμεση επίδραση στην υγεία των γυναικών. Για το λόγω αυτό, σας ρωτάω εάν έχετε και εσείς βιώσει κακοποίηση στο σπίτι σας;»
- «Αισθάνεστε ανασφαλής ή φόβο όταν είστε στο σπίτι σας;»

Αυτός ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων, δεν επιτρέπει στη γυναίκα να σκεφτεί ότι έχει στιγματιστεί, αλλά ότι οι ερωτήσεις είναι μέρος της κλινικής εξέτασης, του ιστορικού που θα πρέπει να καταγράψει ο/η επαγγελματίας υγείας. Σύντομα εργαλεία αξιολόγησης έχουν αναπτυχθεί αρκετά, με σκοπό να βοηθήσουν στον εντοπισμό θυμάτων κακοποίησης.¹³³

Ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν σε περιπτώσεις που υπάρχουν εμφανή σημάδια σωματικής βίας: ¹³⁴

- «Τι σας συμβαίνει; Πού; Πότε;»
- «Ποιος σας προκάλεσε αυτούς τους τραυματισμούς;»
- «Αυτές οι πληγές φαίνεται να προκλήθηκαν από κάποια διαμάχη. Είναι έτσι;»

¹³² Perttu, S., Kaselitz, V., Προσεγγίζοντας τη Συντροφική Βία. Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις Μαιευτικές Κλινικές, Ελλάδα, 2006.

¹³³ MacMillan, L.H., et al., Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings, 2006, JAMA, 296 (5), pp. 530-536.

¹³⁴ Perttu, S., Kaselitz, V., 2006, ό.π.

- «Η εμπειρία μου μου λέει ότι τέτοιου είδους κακώσεις συχνά συμβαίνουν ως συνέπεια της βίας και κακοποίησης. Ποιος σας τις προκάλεσε;»

Μερικές γυναίκες μπορεί να μην θελήσουν να απαντήσουν στις άμεσες ερωτήσεις, ακόμη και όταν υπάρχουν ισχυροί δείκτες κακοποίησης. Μπορεί να υπάρχουν πολλαπλοί λόγοι για την απόφασή της να μην μιλήσει τη συγκεκριμένη στιγμή. Αν ο/η επαγγελματίας υγείας πιστεύει ότι η γυναίκα μπορεί να βρίσκεται σε κίνδυνο, αλλά επιλέγει να μην αποκαλύψει τη βία που υφίσταται τότε:

- Μην επιμένετε και μην την πιέζετε.
- Εξηγήστε της γιατί νομίζετε ότι είναι θύμα κακοποίησης.
- Εξηγήστε της ότι μπορεί να σας ξαναδεί για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστεί, σε περίπτωση που ξαναβρεθεί σε ανάλογη περίπτωση.
- Μην θεωρήσετε ότι με μια συνάντηση το θέμα είναι λήξαν. Έχετε κάνει το καθήκον σας προς το παρόν, αλλά κανονίστε και άλλη συνάντηση με τη γυναίκα.
- Μοιραστείτε τις αμφιβολίες και τις σκέψεις σας με την ομάδα σας.
- Παρουσιάστε τις αμφιβολίες σας και τα στοιχεία που σας κάνουν να πιστεύετε ότι πρόκειται για κακοποίηση.

Ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν σε περιπτώσεις που η γυναίκα σας θέτει το πρόβλημα της βίας: ¹³⁵

- «Πότε βιώσατε κακοποίηση στο παρελθόν;»
- «Πόσο συχνά συμβαίνει η βία;»
- «Τι νομίζετε ότι προκάλεσε τη βία;» (εάν νομίζει ότι η δική της συμπεριφορά προκάλεσε τη βία, διαβεβαιώστε την γυναίκα ότι δεν πρέπει να αισθάνεται ένοχη και υπεύθυνη για αυτή).
- «Αν έχει αλλάξει η εκδήλωση βίας στο πέρασμα του χρόνου: Έχει γίνει πιο σοβαρή ή/και συμβαίνει πιο συχνά;»
- «Σας έχει φοβίσει ο σύντροφός σας και με ποιο τρόπο; Σας έχει απειλήσει να σας σκοτώσει ή να χρησιμοποιήσει όπλο εναντίον σας; Έχει ποτέ χρησιμοποιήσει όπλο εναντίον σας;»
- «Φοβάστε το σύντροφό σας; Φοβάστε για την ασφάλεια τόσο τη δική σας όσο και των παιδιών σας;»

Η προσέγγιση του/της επαγγελματία υγείας και η ένταση της παρέμβασης ποικίλλει, ανάλογα με το πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η επικοινωνία, με τη γυναίκα που αποκαλύπτει την καταχρηστική της σχέση (τμήμα Επειγόντων

¹³⁵ Perttu, S., Kaselitz, V., 2006, *ό.π.*

Περιστατικών, εφάπαξ συνάντηση, κ.ά.). Όταν η γυναίκα επιβεβαιώνει την κατάχρηση, ο/η επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να θυμάται ότι ίσως είναι το πρώτο πρόσωπο που έχει επιλέξει για να μιλήσει. Το πιο σημαντικό καθήκον του/της επαγγελματία υγείας είναι να ακούσει τις εμπειρίες της γυναίκας και να τη διαβεβαιώσει ότι αυτά που αισθάνεται είναι απόλυτα δικαιολογημένα και ότι η βία είναι έγκλημα. Πρέπει να εμπιστευτεί όσα αποκαλύπτει η γυναίκα και να της το δείξει μέσα από ένα συνδυασμό ενεργητικής ακρόασης και μη επικριτικής στάσης απέναντί της. Επιπλέον, ενημερώνει τη γυναίκα σχετικά με την επίδραση της βίας στα θύματα (π.χ. επίδραση στην ψυχολογική και σωματική της υγεία), καθώς και για τις δυνητικές επιπτώσεις στα παιδιά της.¹³⁶



Every week, another two women escape domestic violence.

According to the Home Office, two women in England and Wales are killed by their partner or ex-partner every week. At Refuge, we've learned in our 37 years that what starts as a slap or shove can escalate into a pattern of frequent brutal beatings, and can even lead to death. We've learned that far from being about *losing control*, domestic violence is actually about *men taking control*. And we've learned that emotional abuse can do a huge amount of harm. Forewarned is forearmed, so Refuge would like to alert you to some of the early warning signs of domestic violence.

- Is the man in your life charming one minute and terrifyingly aggressive the next?
- Is he excessively jealous and possessive?
- Is he stopping you from seeing your family and friends?
- Is he constantly criticizing you and putting you down in public?
- Does he control your money?
- Does he tell you what to wear, who to see, where to go, what to think?
- Does he pressure you to have sex when you don't want to?
- Are you starting to walk on eggshells to avoid making him angry?

Refuge
For women and children,
Against domestic violence.

Don't ignore the early warning signs. www.refuge.org.uk

Registered charity no: 277424

¹³⁶ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, ό.π., p. 378.

Επεισόδια σωματικής βίας χαρακτηρίζουν τις καταχρηστικές σχέσεις και οι γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν το ενδεχόμενο της κακοποίησης της γυναίκας, ιδιαίτερα, όταν οι εξηγήσεις που δίνονται για τις αιτίες που προκάλεσαν τους τραυματισμούς δεν είναι αξιόπιστες ή/και όταν υπάρχει καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.

Συνήθεις τραυματισμοί:

- Μώλωπες, εκδορές, αμυχές, κατάγματα, διαστρέμματα
- Κακώσεις στο κρανίο, στο πρόσωπο, στο λαιμό, στο στήθος, στην κοιλιά.
- Τραυματισμοί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Πολλαπλές τοποθεσίες κακώσεων.
- Επανελημμένες ή χρόνιες βλάβες.

Άλλα ευρήματα:

- Χρόνιος πόνος, ψυχογενής πόνος.
- Σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το stress.
- Μετα-τραυματικό stress.
- Αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη. Παραδείγματα:
 - Ύπνος και διαταραχές της όρεξης.
 - Κόπωση, μειωμένη συγκέντρωση, σεξουαλική δυσλειτουργία.
 - Χρόνιες κεφαλαλγίες.
 - Κοιλιακές και γαστρεντερικές ενοχλήσεις
 - Αίσθημα παλμών, ζάλη, παραισθησία, δύσπνοια.
 - Άτυπος πόνος στο στήθος.
- Γυναικολογικά προβλήματα, συχνές κολπικές μολύνσεις, δυσπαρεύνια, πυελικός πόνος.
- Συχνή χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων, φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου.
- Συχνές επισκέψεις με αόριστες ενοχλήσεις ή συμπτώματα χωρίς σωματικά προβλήματα.

¹³⁷ American Medical Association, Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence, *Arch Fam Med*, 1992, 1, pp. 39-47.

Πολλοί ιατροί επισημαίνουν ότι χρόνιες παθήσεις, όπως το άσθμα, ο διαβήτης, η αρθρίτιδα, η υπέρταση, η καρδιακή νόσος μπορεί να επιδεινωθούν ή να μην ελέγχονται επαρκώς σε γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση.

Σεξουαλική κακοποίηση: Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνεται μέσω του σεξουαλικού και κοινωνικού ιστορικού που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια επισκέψεων ρουτίνας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε συζητήσεις για έλεγχο γεννήσεων και σε αξιολογήσεις κατά τη διάρκεια γυναικολογικών και μαιευτικών επισκέψεων.

Εγκυμοσύνη:

- Τραυματισμοί/κακώσεις στους μαστούς, στην κοιλιά, στα γεννητικά όργανα, ανεξήγητοι πόνοι.
- Κατάχρηση ουσιών, κακή διατροφή, κατάθλιψη και σποραδική πρόσβαση σε προγεννητική φροντίδα/έλεγχο.
- Αμβλώσεις, αποβολές, πρόωρος τοκετός.

Ψυχική υγεία:

- Αίσθηση απομόνωσης και αδυναμίας να αντιμετωπιστεί η κατάσταση.
- Απόπειρες αυτοκτονίας.
- Κατάθλιψη.
- Κρίσεις πανικού και άλλα συμπτώματα άγχους.
- Κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.

Έλεγχος σε μια σχέση:

- Περιορισμένη πρόσβαση στη συνηθισμένη ή/και στην επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Μη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα.
- Δεν επιτρέπουν οι σύντροφοι/σύζυγοι να λαμβάνουν οι γυναίκες φαρμακευτική αγωγή.
- Έλλειψη μέσων μεταφοράς, απαγόρευση σε πρόσβαση τραπεζικού λογαριασμού, απαγόρευση στην επικοινωνία μέσω τηλεφώνου, άρνηση χρήσης προφυλακτικών ή άλλων μεθόδων αντισύλληψης.
- Ο σύντροφος/σύζυγος δεν ενημερώνει ότι έχει μολυνθεί με HIV ή άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Διαταραχές στη συμπεριφορά: Τρόμος, ντροπή, υπεκφυγές, αμηχανία, χαμηλή αυτοεκτίμηση.

- Ο σύντροφος/σύζυγος συνοδεύει την ασθενή, επιμένει να μείνει κοντά της και απαντά σε όλες τις ερωτήσεις που απευθύνονται σε εκείνη.
- Απροθυμία των ασθενών να μιλήσουν ή να διαφωνήσουν μπροστά στο σύντροφο/σύζυγο.
- Έντονη παράλογη ζήλια ή/και κτητικότητα εκφράζονται από την πλευρά του συζύγου/συντρόφου.
- Άρνηση ή ελαχιστοποίηση της βίας από το σύζυγο/σύντροφο ή από την ασθενή.
- Υπερβολική αίσθηση της προσωπικής ευθύνης για τη σχέση και αυτοκατηγορίες για τη συντροφική βία.

Are you tired of making excuses for him?



Last week you fell. The week before it was an accident. Today you ran into a door.

Why should there be a next time?

Is someone hurting you?

Talk to your health care provider. We can help.

To find help near you, call the National Domestic Violence Hotline at 1-800-799-7233 or 1-800-787-3224 (TYY).



TOGETHER, WE CAN STOP FAMILY VIOLENCE.

© 2008 National Domestic Violence Hotline. All rights reserved.

10. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Η προσεκτική τεκμηρίωση των τραυμάτων και των συμπτωμάτων με τα οποία παρουσιάζεται μια γυναίκα, καθώς και το ιστορικό της καταχρηστικής σχέσης, είναι ένας άλλος τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν. Η τεκμηρίωση δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο τη φύση των τραυμάτων και των συμπτωμάτων, αλλά και την «ταυτότητα» του συντρόφου/συζύγου που ασκεί βία, καθώς και τη φύση της σχέσης με την ασθενή - μετά από μαρτυρία της ίδιας. Αυτό θα βοηθήσει και σε μελλοντική ιατρική παρακολούθηση (follow-up). Σε περίπτωση που η γυναίκα αναλαμβάνει νομική δράση, τα έγγραφα αυτά μπορεί να αποδειχτούν ισχυρό αποδεικτικό στοιχείο.¹³⁸

Οι επαγγελματίες υγείας, όταν υπάρχουν σωματικές κακώσεις που συνδέονται με ενδοοικογενειακή βία, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις παρακάτω οδηγίες:

- Να καταγράφονται τα αντικειμενικά σημεία σχετικά με τους τραυματισμούς και την ψυχική κατάσταση της ασθενούς. Επιπλέον, να αποφεύγονται εικασίες για την αιτία του τραυματισμού, τη συμπεριφορά της γυναίκας ή τη συναισθηματική της κατάσταση.¹³⁹
- Να χρησιμοποιούνται τα ίδια τα λόγια της γυναίκας για την περιγραφή των γεγονότων και όχι η προσωπική εκτίμηση του ιατρού. «Ο σύζυγός μου με χτύπησε με γροθιά» είναι προτιμότερο από: «η ασθενής έχει κακοποιηθεί». Είναι απαραίτητο να αποφεύγονται φράσεις, όπως: «η ασθενής προβάλλει» ή «η ασθενής διεκδικεί». Η ουδέτερη γλώσσα προτιμάται, όπως για παράδειγμα, «η ασθενής λέει».¹⁴⁰
- Να πραγματοποιείται λεπτομερής περιγραφή των τραυματισμών: είδος, αριθμός, μέγεθος, τοποθεσία, πιθανές αιτίες, καθώς και οι εξηγήσεις που δόθηκαν. Ανάλογα με την περίπτωση, τη θέση και τη φύση των κακώσεων θα πρέπει οι πληροφορίες αυτές να σημειώνονται σε χάρτη σώματος (βλ. σελ. 55).¹⁴¹
- Όταν η εξήγηση για την αιτία των τραυματισμών δεν συμφωνεί με την εκτίμηση του/της ιατρού, θα πρέπει να καταγράφεται ως εξής: «η ασθενής δήλωσε ότι το χτύπημα στο στομάχι έγινε από το άνοιγμα της πόρτας του αυτοκινήτου, όμως η εξήγηση δεν συμβαδίζει με το μέγεθος της κάκωσης που εμφανίζεται στα αμφότερα κοιλιακά

¹³⁸ World Health Organization, 2005, *ό.π.*, p. 28.

¹³⁹ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*, p. 378.

¹⁴⁰ American Medical Association, 1992, *ό.π.*, p. 14.

¹⁴¹ Perttu, S., Kaselitz, V., 2006, *ό.π.*

τοιχώματα και επιπλέον υπάρχουν και έντονες εκχυμώσεις στην έξω γωνία του αριστερού οφθαλμού».¹⁴²

- Να σημειώνονται τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και όλων των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Εάν κληθεί η αστυνομία, θα πρέπει να ζητηθεί το όνομα του/της αστυνομικού και οι τυχόν ενέργειες που έγιναν.
- Εκτός από τα λεπτομερή αρχεία, οι λήψεις φωτογραφιών είναι ιδιαίτερα σημαντικές ως αποδείξεις. Ο/Η επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ζητήσει από την ασθενή την άδεια να του/της επιτρέψει να τραβήξει φωτογραφίες. Αν είναι δυνατόν οι φωτογραφίες να ληφθούν πριν την παροχή οποιασδήποτε φροντίδας. Παίρνονται φωτογραφίες από διάφορες οπτικές γωνίες. Ένας χάρακας, ένα κέρμα ή άλλο αντικείμενο τοποθετείται κοντά στο τραύμα για να καταδείξει το μέγεθος του τραυματισμού. Το πρόσωπο της ασθενούς θα πρέπει να φαίνεται σε τουλάχιστον μια φωτογραφία. Αναγράφεται το συντομότερο δυνατόν το όνομα της ασθενούς, το σημείο τραυματισμού και τα ονόματα των φωτογράφων, πάνω στις φωτογραφίες.¹⁴³
- Αν τα αρχεία γίνουν δεκτά στο δικαστήριο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πρόθυμοι/-ες και έτοιμοι/-ες να καταθέσουν.¹⁴⁴

¹⁴² SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*, p. 378.

¹⁴³ Stevens, S., *Cracking the Case: Your Role in Forensic Nursing*, *Nursing*, 2004, 34 (11).

¹⁴⁴ American Medical Association, 1992, *ό.π.*, p. 15.

Νοσοκομείο -----
Διεύθυνση -----
Τηλ/Φαξ -----

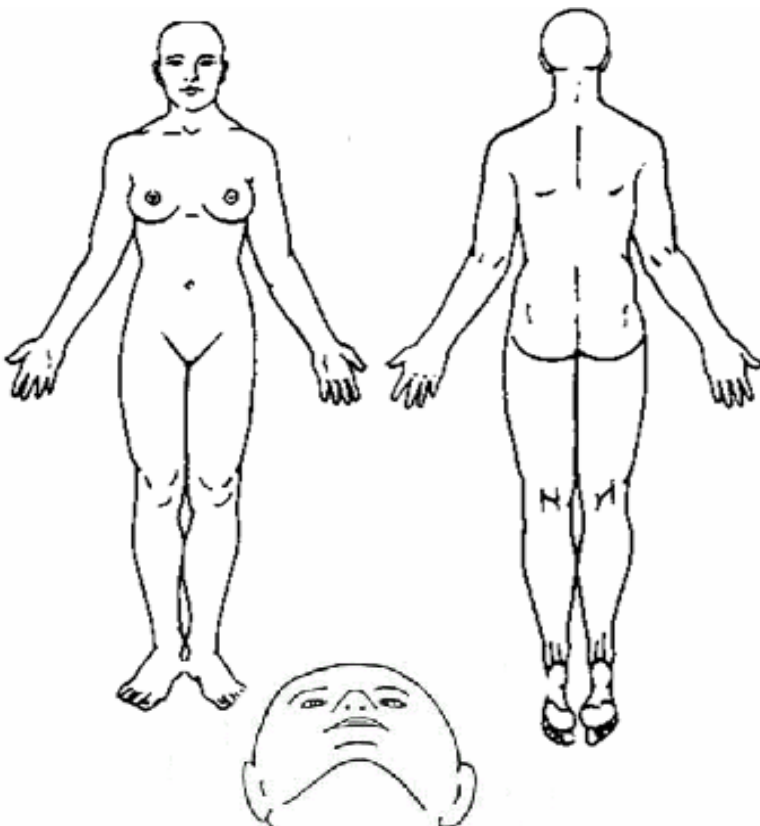
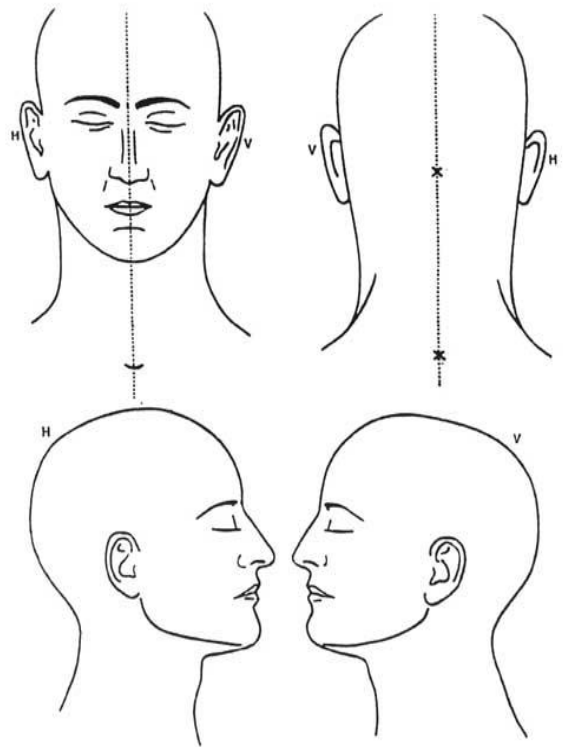
Όνομα: -----
Επίθετο: -----

ΕΞΕΤΑΣΗ:
Ημέρα/Ωρα: -----
Γιατρός: -----
Νοσηλεύτης: -----

Φωτογραφίες: Ναι ----- Πόσες; -----

ΣΗΜΑΔΕΨΤΕ ΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ
(ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥΣ) ΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ:

- x** ΜΕΛΑΝΙΑ --- ΓΡΑΤΣΟΥΝΙΑ
 ΜΑΥΡΑ ΣΗΜΑΔΙΑ Η ΚΟΨΙΜΟ
 πόνος/ρούφηγμα/ δάγκωμα
 σπάσιμο/κάταγμα



11. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Οι γυναίκες που βιώνουν μια καταχρηστική σχέση, θα πρέπει να αξιολογούνται για κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού ή ανθρωποκτονίας πριν απομακρυνθούν από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης. Ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα, η διαδικασία εξέτασης της σοβαρότητας της κατάστασης μπορεί να κάνει σαφέστερο στη γυναίκα ότι κινδυνεύει τόσο η ίδια όσο και τα παιδιά της.¹⁴⁵

Αν και δεν αποτελούν παράγοντες πρόγνωσης, θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου για σοβαρές σωματικές βλάβες ή/και ανθρωποκτονία, οι εξής:

- η βία έξω από το σπίτι,
- η βία εναντίον των παιδιών,
- οι απειλές ότι θα σκοτώσει τη γυναίκα και τα παιδιά και/ή απειλές αυτοκτονίας («αν δεν μπορώ να σε έχω εγώ κανένας άλλος δεν θα...», «αν φύγετε θα σκοτωθώ»),
- η κλιμάκωση των απειλών,
- η κατάχρηση ουσιών από το δράστη, ιδιαίτερα εκείνων που αυξάνουν την επιθετικότητα (αμφεταμίνες, PCP, κρακ),
- η σωματική κακοποίηση της γυναίκας, ενώ είναι έγκυος,
- η προσπάθεια ή ο σχεδιασμός φυγής της γυναίκας από το σπίτι, ή δήλωση για διαζύγιο, ή η ύπαρξη εξωτερικής παρέμβασης για τον τερματισμό της κακοποίησης.
- η σεξουαλική κακοποίηση,
- η εμμονή του δράστη με τη σύντροφο/σύζυγο («δεν μπορώ να ζήσω χωρίς εσένα»), οι συνεχείς σεξουαλικές παρενοχλήσεις,
- ο σοβαρός τραυματισμός της γυναίκας στο παρελθόν από το δράστη,
- η ύπαρξη πυροβόλων όπλων στο σπίτι,
- η απειλή φίλων ή μελών της οικογένειας από το δράστη,
- οι δηλώσεις της γυναίκας ότι φοβάται για τη ζωή της.¹⁴⁶

Εάν η γυναίκα βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, θα πρέπει να βοηθηθεί με την παραπομπή της σε ένα καταφύγιο ή σε άλλες υποστηρικτικές δομές της κοινότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας, πριν την υιοθέτηση ενός εργαλείου αξιολόγησης, μπορεί να χρειαστεί: α) να εντοπίσουν ανεξάρτητους φορείς βοήθειας, β) να διερευνήσουν την ύπαρξη ασφαλών χώρων στην κοινότητα, γ) να συνεργαστούν με την τοπική αυτοδιοίκηση, και δ) να προωθήσουν την

¹⁴⁵ The Family Violence Prevention Fund, *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*, 1996.

¹⁴⁶ The Family Violence Prevention Fund, 1996, *ό.π.*, p. 70.

ανάπτυξη υποστηρικτικών υπηρεσιών για τις γυναίκες. Οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να συνεργάζονται άμεσα με καταφύγια γυναικών και άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη βία κατά των γυναικών και να επωφελοούνται από την εμπειρία αυτών των ομάδων.¹⁴⁷

Ορισμένες γυναίκες δεν αισθάνονται άνετα χρησιμοποιώντας καταφύγια, ορισμένες ζουν μακριά από τα αστικά κέντρα και δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτά, ορισμένα δε από αυτά δεν πληρούν τα απαραίτητα κριτήρια για να υποδεχτούν τέτοια περιστατικά και πολλές φορές δεν επαρκούν τα διαθέσιμα κρεβάτια. Εάν δεν υπάρχουν άλλες επιλογές, ένας τρόπος για να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας άμεση ασφάλεια είναι η προσωρινή νοσηλεία για λόγους έκτακτης ανάγκης.¹⁴⁸

Εναλλακτικά, ο/η επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να προσφερθεί για να τηλεφωνήσει σε φίλο/-η ή συγγενή του θύματος, στον/στην οποίο/-α θα μπορούσε η γυναίκα να διαμείνει μέχρι να εκτονωθεί η κατάσταση. Η προσωρινή διαμονή μακριά από το βίαιο σύντροφο/σύζυγο, δεν συμβάλλει στο να σταματήσει η βία, αλλά μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου για τη γυναίκα και/ή για τα παιδιά της.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Garcia-Moreno, C., Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-service Response to Violence against Women, *Lancet*, 2002, 359, pp. 1509-1514.

¹⁴⁸ The Family Violence Prevention Fund, 1996, *ό.π.*, p. 70.

¹⁴⁹ World Health Organization, 2005, *ό.π.*, p. 28.

12. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΑΝΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Μια γυναίκα θα πρέπει να συνεπικουρείται στον εντοπισμό των μέτρων ασφαλείας που μπορεί να προβεί, ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη σε περίπτωση ενός σοβαρού βίαιου επεισοδίου. Ένα πλάνο ασφάλειας περιλαμβάνει συγκεκριμένες δράσεις είτε όταν η γυναίκα εξακολουθεί να ζει με το βίαιο σύντροφο/σύζυγο, είτε όταν εκείνη έχει φύγει και υπάρχει συχνά ο κίνδυνος να κλιμακωθεί η βία και να μεταφερθεί και σε άλλα περιβάλλοντα, όπως για παράδειγμα το εργασιακό. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γυναίκες είναι καλύτερα να ζητήσουν τη συνδρομή ενός έμπειρου συμβούλου για την κατάρτιση ενός πλάνου ασφάλειας, οι επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια της ασφάλειας της γυναίκας που υφίσταται κακοποίηση, θα πρέπει να είναι αρκετά εξοικειωμένοι/-ες με τη σύνταξη ενός τέτοιου σχεδίου.¹⁵⁰

Ένα τέτοιο σχέδιο/πλάνο ασφάλειας θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύ πιο δύσκολο να διαμορφωθεί στην περίπτωση γυναικών χαμηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα εκείνων που προέρχονται από αγροτικές κοινότητες ή εθνοτικές μειονότητες, οι οποίες μπορεί να μην έχουν τους πόρους για να εγκαταλείψουν τη σχέση και δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ξενοδοχεία ή σε ξενώνες. Οι επαγγελματίες υγείας ίσως χρειαστεί να απευθυνθούν σε γυναικείες οργανώσεις της κοινότητας που έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν οικονομική και ψυχολογική υποστήριξη σε μια γυναίκα που επιθυμεί να εγκαταλείψει μια βίαιη σχέση. Η εμπειρία, ωστόσο, καταδεικνύει ότι σε όλες τις συνθήκες, ο/η επαγγελματίας υγείας καλείται να προσεγγίσει τη γυναίκα, να αναγνωρίσει την καταχρηστική σχέση και να τη βοηθήσει με όποιους τρόπους διαθέτει, γνωρίζοντας ότι σε πολλές γυναίκες παγιδευμένες σε ρόλο θύματος, η παράθεση πληροφοριών μπορεί να μην είναι αρκετή.¹⁵¹

*«Μια κακοποιημένη γυναίκα βρίσκεται σε μια εξελισσόμενη κατάσταση. Θα απεγκλωβιστεί από αυτή την κατάσταση και θα κάνει το επόμενο βήμα, όταν θα έχει αρκετές αντοχές και νιώσει απόλυτα ασφαλής. Είναι σημαντικό να αποδεχθούμε την απόφασή της να παραμένει σε αυτή τη διαδικασία, αν και ενδέχεται να μην συμφωνούμε και μπορεί να φοβόμαστε για την ασφάλειά της».*¹⁵²

Αυτή είναι η πιο δύσκολη έννοια, για τους/τις επαγγελματίες υγείας και για τους

¹⁵⁰ Βλ. σχετικά: The Family Violence Prevention Fund, 1996, *ό.π.*, World Health Organization, 2005, *ό.π.*, American Medical Association, 1992, *ό.π.*, SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*

¹⁵¹ World Health Organization, 2005, *ό.π.*, p. 28.

¹⁵² Hadley, S., Working with Battered Women in the Emergency Department: A Model Program, *Journal of Emergency Nursing*, 1992, 18 (1), p. 22.

υπερασπιστές των δικαιωμάτων των γυναικών, που πρέπει να ενσωματώσουν στις αντιλήψεις τους.

ΠΛΑΝΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
<p style="text-align: center;">ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ</p> <p>Αν είστε στο σπίτι και απειλείστε ή δέχεστε επίθεση:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Μείνετε μακριά από την κουζίνα (ο δράστης μπορεί να βρει όπλα εκεί, όπως μαχαίρια).➤ Μείνετε μακριά από το μπάνιο, σε μικρούς χώρους μπορεί να σας παγιδεύσει.➤ Πηγαίνετε σε δωμάτιο με πόρτα ή παράθυρο για να δραπετεύσετε.➤ Πηγαίνετε σε δωμάτιο με τηλέφωνο για να καλέσετε σε βοήθεια, κλειδώστε το δράστη απ' έξω αν μπορείτε.➤ Καλέστε την άμεση επέμβαση για βοήθεια.➤ Σκεφτείτε κάποιον γείτονα ή φίλο/-η που μπορεί να τρέξει για βοήθεια.➤ Όταν έρθει ο/η αστυνομικός, πείτε τι ακριβώς συνέβη και σημειώστε το όνομά του/της.➤ Αναζητήστε ιατρική βοήθεια, αν είστε τραυματισμένη.➤ Τραβήξτε φωτογραφίες των τραυμάτων.➤ Καλέστε την υπηρεσία της κοινότητας που υποστηρίζει θύματα ενδοοικογενειακής βίας και ζητήστε τους να σας βοηθήσουν να κάνετε ένα πλάνο ασφαλείας.
<p style="text-align: center;">ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΕΙΤΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ενημερωθείτε που μπορείτε να ζητήσετε βοήθεια και απομνημονεύστε τους τηλεφωνικούς αριθμούς.➤ Τοποθετήστε τηλέφωνο σε δωμάτιο που κλειδώνει από μέσα, αν μπορείτε έχετε πάντα μαζί σας ασύρματο ή κινητό τηλέφωνο.➤ Αν ο δράστης απομακρυνθεί από το σπίτι, αλλάξτε κλειδαριές και ασφαλίστε τα παράθυρα.➤ Σχεδιάστε ένα πλάνο διαφυγής μακριά από το σπίτι και εκπαιδεύστε τα παιδιά.➤ Σκεφτείτε που μπορείτε να πάτε αν φύγετε από το σπίτι.➤ Ζητήστε από τους γείτονες να καλέσουν την αστυνομία αν δουν το δράστη στο σπίτι, συμφωνήστε ένα σινιάλο για να καλέσουν την αστυνομία, π.χ. δύο τηλεφωνικοί χτύποι, αναμμένο φως, κ.ά.➤ Ετοιμάστε ένα σάκο με απαραίτητα πράγματα που θα χρειαστείτε αν φύγετε βιαστικά και τοποθετείστε τον σε ασφαλές μέρος ή δώστε τον να σας τον φυλάξει ένας/μία φίλος/-η ή ένας/μία συγγενής που εμπιστεύεστε.➤ Ο σάκος να περιλαμβάνει μετρητά, κλειδιά αυτοκινήτου και απαραίτητα έγγραφα, όπως: χαρτιά δικαστηρίου, ταυτότητες, διαβατήρια, πιστοποιητικά γέννησης, πιστοποιητικά υγείας, άδειες παραμονής.

ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΕΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ

- Διδάξτε τα να μην επεμβαίνουν σε καυγά, ακόμη και αν θέλουν να βοηθήσουν.
- Διδάξτε τα πώς να παραμένουν ασφαλή, πώς να καλούν την άμεση επέμβαση και να δίνουν τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου στην αστυνομία.
- Διδάξτε τα ποιον να καλέσουν για βοήθεια.
- Πείτε τους να μένουν μακριά από την κουζίνα.
- Ενημερώστε το σχολείο για την απόφαση του δικαστηρίου και πείτε τους ότι δεν θα παραδίδουν το παιδί σε κανέναν άλλον, αν πρώτα δεν σας ρωτήσουν, χρησιμοποιήστε έναν κωδικό στο τηλέφωνο για να είναι σίγουροι ότι μιλούν μαζί σας, δώστε τους μια φωτογραφία του δράστη.
- Επιβεβαιώστε με το παιδί σε ποιον θα αναφέρει στο σχολείο αν δει το δράστη.
- Επιβεβαιώστε ότι όλοι στο σχολείο γνωρίζουν ότι δεν πρέπει να δίνουν τη διεύθυνσή σας και τον αριθμό τηλεφώνου σας σε ΚΑΝΕΝΑΝ.
- Αλλάξτε τις συνηθισμένες διαδρομές που ακολουθείτε.

ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΕΙΤΕ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ

- Δώστε τη φωτογραφία του δράστη στους φύλακες ή σε φίλους/-ες στον εργασιακό χώρο.
- Πείτε στον/στην προϊστάμενο/-η αν μπορεί να δυσκολέψει το δράστη να σας βρει.
- Μην πηγαίνετε για φαγητό μόνη.
- Ζητήστε από τον φύλακα να σας συνοδεύσει στο αυτοκίνητο ή στη στάση του λεωφορείου.
- Αν ο δράστης τηλεφωνεί στη δουλειά, καταγράψτε τη συνομιλία.

Πηγή: American Bar Association Commission from the Domestic Violence Safety Plan: Safety Tips for You and Your Family.

Η Έρευνα

Μέρος II

Η απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν στις απόψεις και τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία, καθώς και η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων διεθνώς αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στην επαγγελματική ομάδα των Επαγγελματιών Υγείας έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της υπήρξε η διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως προς την ενδοοικογενειακή βία.

Ειδικότερα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν είναι:

1. Αν οι Άνδρες επαγγελματίες υγείας θα διαφέρουν από τις Γυναίκες επαγγελματίες υγείας ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
2. Αν η ηλικία, το φύλο και η ειδικότητα θα συσχετίζεται με τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

1.1. Διαδικασία

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στο πλαίσιο της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

Οι επαγγελματίες υγείας, σε μεγάλο βαθμό, αναπαράγουν τις ίδιες κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες που είναι κυρίαρχες στην κοινωνία και διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, σύμφωνα με αυτές. Έτσι, μπορεί να πιστεύουν ότι ορισμένες γυναίκες αξίζουν την καταχρηστική συμπεριφορά από την πλευρά του συζύγου/συντρόφου, ή ότι μια γυναίκα είναι υποχρεωμένη να ενδίδει στις σεξουαλικές διαθέσεις του συζύγου/συντρόφου ανά πάσα στιγμή. Επίσης, συχνά υποθέτουν ότι η σωματική και σεξουαλική βία αφορά στις ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά ομάδες και σε συγκεκριμένες εθνικότητες με συγκεκριμένο θρησκευτικό υπόβαθρο. Ακόμη και σε πολιτισμούς που η βία κατά των γυναικών θεωρείται απαράδεκτη, οι πιο πάνω αντιλήψεις είναι βαθιά ριζωμένες και συχνά δύσκολο να ξεπεραστούν. Αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τους/τις επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να περιθάλψουν γυναίκες που έχουν υποστεί βία, αμφιβάλλοντας για την αξιοπιστία των λεγομένων τους και για την ευθύνη της κατάστασής τους.¹⁵³

¹⁵³ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 26.

Μερικοί άνδρες επαγγελματίες υγείας διστάζουν να δεχθούν ότι οι γυναίκα βρίσκεται σε μια καταχρηστική σχέση, γιατί ταυτίζονται με το δράστη.¹⁵⁴ Επιπλέον, γυναίκες επαγγελματίες υγείας, που οι ίδιες έχουν βιώσει βία σε μια σχέση, επιβαρύνονται ψυχολογικά και αποφεύγουν να συζητήσουν το θέμα με τις ασθενείς τους. Μελέτες έχουν καταγράψει ότι μία στις τρεις γυναίκες επαγγελματίες υγείας έχουν οι ίδιες υποστεί βία.¹⁵⁵ Ως προς όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι άνδρες θα έδιναν διαφορετικές απαντήσεις από τις γυναίκες και οι δύο ομάδες θα διέφεραν μεταξύ τους.

1.2. Δείγμα

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ορίστηκε η διερεύνηση όλων των επαγγελματιών υγείας που θα δέχονταν να συμμετάσχουν στην έρευνα και θα εργάζονταν σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Ελλάδας κατά τον Ιανουάριο του 2008.

Τελικά, ο αριθμός των Επαγγελματιών Υγείας που δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα και συμπλήρωσε με επιτυχία τα ερωτηματολόγια ήταν 228, συγκεκριμένα 64 άνδρες (ποσοστό 28,1%) και 164 γυναίκες (ποσοστό 71,9%).

1.3. Ερευνητικά εργαλεία

Για την καταγραφή των *κοινωνικο-δημογραφικών* χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, καθώς και την ειδικότητα.

Για τη μελέτη των παραγόντων που ενδιαφέρουν την παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από την Ch. Nicolaidis et al.,¹⁵⁶ το 2005. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει 6 επιμέρους τομείς:

- α) Στάση ως προς τα καθήκοντα του/της επαγγελματία Υγείας, όπου τους ζητούνταν να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα),
- β) Κατανόηση του/της επαγγελματία Υγείας, όπου τους ζητούνταν να δηλώσουν το βαθμό δυσκολίας και ευκολίας, στον οποίο τους εξέφραζε

¹⁵⁴ Rittmayer, J. & Roux, G., Relinquishing the Need to Fix it. Medical Intervention with Domestic Abuse, *Qualitative Health Research*, 1999, 9(2), pp. 166-181.

¹⁵⁵ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 26.

¹⁵⁶ Nicolaidis, Ch., Curry, MA., Gerrity M., Measuring the Impact of the Voices of Survivors Program on Health Care Workers' Attitudes Toward Survivors of Intimate Partner Violence, 2005, *J Gen Intern Med*, 20, pp. 731-737.

- κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. πολύ δύσκολο, δύσκολο, δεν ξέρω/δεν απαντώ, εύκολο, πολύ εύκολο),
- γ) Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα, όπου τους ζητούνταν να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα),
- δ) Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, όπου τους ζητούνταν να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια τρίβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά, νοιώθω λίγη σιγουριά, νοιώθω πολύ σιγουριά),
- ε) Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων, όπου τους ζητούνταν να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, σχεδόν πάντα, πάντα, δεν απαντώ), και
- στ) Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία, όπου υπάρχουν 5 ανοιχτές ερωτήσεις.

1.4. Διαδικασία

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ της Επιστημονικά Υπεύθυνης και της ερευνήτριας-μεταπτυχιακής φοιτήτριας, προκειμένου να συζητήσουν για τα κριτήρια εισόδου των εξεταζόμενων στην παρούσα έρευνα.

Κατόπιν η ερευνήτρια με τηλεφωνική επικοινωνία ενημέρωνε τα γραφεία νοσηλευτικής εκπαίδευσης των Πανεπιστημιακών νοσοκομείων και προέβαινε στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των Επαγγελματιών Υγείας να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ένας άλλος στόχος αυτής της επικοινωνίας, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 15 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης, ούτως ώστε οι εργαζόμενοι/-ες στα γραφεία εκπαίδευσης να το κοινωνήσουν στους/στις επαγγελματίες υγείας.

Στην περίπτωση που κάποιοι/-ες επαγγελματίες υγείας δέχονταν να λάβουν μέρος στην έρευνα, αναλάμβανε ο/η ίδιος/-α να ορίσει τη συνάντηση με την ερευνήτρια για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κατά τη διάρκεια

συνάντησης, η ερευνήτρια, δίνοντάς τα ερωτηματολόγια, παρείχε σαφείς εξηγήσεις για το σύνολο της διαδικασίας.

1.5. Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους/τις εξεταζόμενους/-ες και θα διαφυλαχθεί η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
4. Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίστηκε στο ελάχιστο.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

1.6. Στατιστική Επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S..¹⁵⁷

Κατά τη φάση της ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) και ιστογράμματα του ποσοστού των Επαγγελματιών Υγείας ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, μια και οι σταθερές αποκλίσεις των δύο τούτων κατανομών δεν ήταν εξαιρετικώς άνισες (καμία σταθερή απόκλιση της μιας κατανομής δεν ήταν διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) και επίσης καμία από τις δύο συγκρινόμενες κατανομές δεν ήταν σαφώς ασύμμετρη. Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 και το Fisher's Exact Test.

Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα:

¹⁵⁷ S.P.S.S. Base 16.0 (2008). Application Guide. U.S.A. : S.P.S.S. Inc. Illinois.

- το χ^2 του Pearson¹⁵⁸ για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν ήταν <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν >24.
- το χ^2 του Pearson² για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν >10.
- το χ^2 του Yates² για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν <1 ή δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού^{159,1}.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών¹⁶⁰ μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r του Pearson, μια και η συλλογή των παρατηρήσεων έγινε τυχαία ως προς τις δύο μεταβλητές και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική (ακριβώς και σε μερικές μεταβλητές κατά προσέγγιση). Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson προσδιορίστηκαν:

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

¹⁵⁸ Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα: Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ": 275.

¹⁵⁹ Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

¹⁶⁰ Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Οι Άνδρες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 64 (ποσοστό 28,1%), ενώ οι Γυναίκες ήταν 164 (ποσοστό 71,9%), δηλαδή στο σύνολο 228 Άνδρες και Γυναίκες. Οι μισοί περίπου επαγγελματίες υγείας ανήκε στην ηλικιακή ομάδα από 25-39 ετών, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 24,6% ήταν πάνω από 40 ετών. Μεταξύ των δύο ομάδων υπήρχε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στη σύγκρισή τους με το Fisher's Exact Test ($P=0,000$). Οι ηλικιακές ομάδες και των δύο ομάδων παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1.

=====

Πίνακας 1 Κατανομή, 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	
Ηλικία				
18-25 ετών	6 (9,4)	56 (34,1)	62 (27,2)	
25-39 ετών	42 (65,6)	68 (41,5)	110 (48,2)	Fisher's Exact Test = 18,525
40-49 ετών	14 (21,9)	38 (23,2)	52 (22,8)	P = 0,000
50-59 ετών	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)	

=====

2.2. Επαγγελματικό και μορφωτικό προφίλ του δείγματος

Το επαγγελματικό προφίλ των Επαγγελματιών Υγείας και των δύο ομάδων, όπως αυτό διακρίνεται από το επάγγελμά τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, την ειδικότητά τους αλλά και την κατάρτισή τους σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 2.

Ως προς το επάγγελμα οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 31,6% ήταν νοσηλεύτες, σε ποσοστό 20,2% γιατροί, 4,4% φυσιοθεραπευτές, 1,8% ψυχολόγοι, 3,5% κοινωνικοί λειτουργοί, 1,8% επισκέπτες υγείας, 8,8% βοηθοί νοσηλευτών και 28,1% φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής που πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση. Μόνο 20 άτομα (ποσοστό 9,1%) είναι απόφοιτοι Λυκείου και οι υπόλοιποι είναι απόφοιτοι σχολών υγείας των ΤΕΙ και ΑΕΙ

Από τους επαγγελματίες υγείας που απάντησαν στην ερώτηση για την ειδικότητά τους, οι ειδικοί των γιατρών ήταν γυναικολόγοι (2,6%), παθολόγοι (1,8%), χειρουργοί (1,8%), ορθοπαιδικοί (3,5%), καρδιολόγοι (0,9%),

ενδοκρινολόγοι (0,9%), εντατικολόγοι (1,8%), παιδίατροι (0,9%), και 2 γιατροί σε αναμονή ειδικότητας.

Πίνακας 2 Επαγγελματική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, ειδικότητα και κατάρτιση στην ενδοοικογενειακή βία των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	
Επάγγελμα				
Γιατρός	34 (53,1)	12 (7,3)	46 (20,2)	
Νοσηλεύτης	10 (15,6)	62 (37,8)	72 (31,6)	
Φυσιοθεραπευτής	4 (6,2)	6 (3,7)	10 (4,4)	
Ψυχολόγος	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)	
Κοινωνικός Λειτουργός	2 (3,1)	6 (3,7)	8 (3,5)	
Επισκέπτης Υγείας	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)	
Βοηθός Νοσηλεύτη	8 (12,5)	12 (7,3)	20 (8,8)	
Φοιτητής	6 (9,4)	58 (35,4)	64 (28,1)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Απόφοιτος Λυκείου	8 (12,9)	12 (7,6)	20 (9,1)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	26 (41,9)	14 (8,9)	40 (18,2)	
Απόφοιτος ΤΕΙ	16 (25,8)	58 (36,7)	74 (33,6)	
Απόφοιτος μεταπτυχιακού	6 (9,7)	14 (8,9)	20 (9,1)	
Απόφοιτος Διδακτορικού	2 (3,2)	4 (2,5)	6 (2,7)	
Φοιτητής	4 (6,5)	56 (35,4)	60 (27,3)	
Ειδικότητα Γιατρών				
Παθολόγος	3 (4,7)	1 (0,6)	4 (1,8)	
Χειρουργός	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Ορθοπαιδικός	8 (12,5)	0 (0,0)	8 (3,5)	
Γυναικολόγος	6 (9,4)	0 (0,0)	6 (2,6)	
Ενδοκρινολόγος	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Καρδιολόγος	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Εντατικολόγος	1 (1,6)	3 (1,8)	4 (1,8)	
Παιδίατρος	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Σε αναμονή ειδικότητας	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Νοσηλεύτης	3 (4,7)	44 (26,8)	47 (20,6)	
Κοινωνικός Λειτουργός	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Νοσηλεύτης Ψυχ. Υγείας	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	
Φοιτητής Ιατρικής	1 (3,1)	10 (16,5)	11 (12,7)	
Φοιτητής Νοσηλευτικής	3 (4,7)	44 (26,8)	47 (20,6)	
Δεν απάντησαν	22 (34,4)	30 (18,3)	52 (22,8)	
Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση				
ΝΑΙ	34 (53,1)	76 (46,3)	110 (48,2)	
ΟΧΙ	26 (40,6)	78 (47,6)	104 (45,6)	
Δεν απάντησαν	4 (6,3)	10 (6,1)	14 (6,2)	
Εκπαιδεύτηκετε κατά τη διάρκεια των σπουδών για την ενδοοικογενειακή βία;				
ΝΑΙ	14 (25,9)	48 (34,8)	62 (32,3)	
ΟΧΙ	40 (74,1)	90 (65,2)	130 (67,7)	
Εκπαιδεύτηκετε κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών ή κατάρτισης για την ειδικότητα ως προς την ενδοοικογενειακή βία;				
ΝΑΙ	10 (22,7)	12 (10,0)	22 (13,4)	
ΟΧΙ	34 (77,3)	108 (90,0)	142 (86,6)	

Εκπαιδεύτηκε σε συνέδρια ή σε μαθήματα συνεχιζόμενης κατάρτισης για την ενδοοικογενειακή βία;

ΝΑΙ	10 (22,7)	34 (27,0)	44 (25,0)
ΟΧΙ	40 (74,1)	92 (73,0)	132 (75,0)

Έχετε εσείς προσωπικά, ή ένας στενός/-ή φίλος/-η, ή ένα οικογενειακό μέλος υποστεί ενδοοικογενειακή βία;

ΝΑΙ	16 (26,7)	44 (27,2)	60 (27,0)
ΟΧΙ	44 (73,3)	118 (72,8)	162 (73,0)

Αισθάνεστε ότι χρειάζεστε κατάρτιση για την ενδοοικογενειακή βία;

ΝΑΙ	56 (93,3)	150 (96,2)	206 (95,4)
ΟΧΙ	4 (6,7)	6 (3,8)	10 (4,6)

Από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος μόνο ο 1 στους 3 περίπου εκπαιδεύτηκε σε θέματα σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά τη διάρκεια των βασικών του σπουδών, ενώ στις μεταπτυχιακές σπουδές εκπαιδεύτηκε ο 1 στους 10 περίπου και σε συνέδρια ή μαθήματα κατάρτισης ο 1 στους 4. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 95,4%) αισθάνονται ότι χρειάζονται κατάρτιση για την ενδοοικογενειακή βία.

2.3. Στάση ως προς τα καθήκοντα του επαγγελματία Υγείας

Τα αποτελέσματα, ως προς την στάση τους για τα καθήκοντα που πρέπει να έχει ο/η επαγγελματίας υγείας απέναντι στην αξιολόγηση της ενδοοικογενειακής βίας, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ελέγχουν τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο ρουτίνας της υγείας τους έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,018$). Ποσοστό 21,9% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς το συγκεκριμένο έλεγχο.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ελέγχουν όλους τους ασθενείς με χρόνιο πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,014$). Ποσοστό 15,0% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς τον συγκεκριμένο έλεγχο.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ρωτούν για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει η/ο ασθενής έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 73,7% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη αξιολόγηση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ρωτούν για ενδοοικογενειακή βία, σε κάθε επίσκεψη έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,017$). Ποσοστό 28,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη αξιολόγηση σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 37,7% που διαφωνεί.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να μεριμνήσουν αμέσως για καταφύγιο-ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων, εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 79,8% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη μέριμνα.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να δηλώσουν στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,302$). Ποσοστό 92,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να ενημερώνουν τον ασθενή ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/της, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,093$). Ποσοστό 95,7% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη ενημέρωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να παρακολουθούν την εξέλιξη του/της ασθενή, μετά την παραπομπή του/της σε σχετικό φορέα, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,013$). Ποσοστό 78,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη παρακολούθηση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να ενημερώνουν τον/την ασθενή για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 82,3% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη ενημέρωση.

Πίνακας 3 Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων για τις απόψεις τους ως προς τα καθήκοντά τους απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

A. Θεωρείται ότι τα καθήκοντα του επαγγελματία υγείας πρέπει να συμπεριλαμβάνουν:

A1. Να ελέγχει τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο ρουτίνας της υγείας τους:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,2)	4 (2,4)	8 (3,5)	
Διαφωνώ	14 (21,9)	28 (17,1)	42 (18,4)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	22 (34,4)	40 (24,4)	62 (27,2)	
Συμφωνώ	22 (34,4)	66 (40,2)	88 (38,6)	Fisher's Exact Test=11,523
Συμφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	26 (15,9)	28 (12,3)	P=0,018

A2. Να ελέγχει όλους τους ασθενείς με χρόνια πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,2)	0 (0,0)	4 (1,8)	
Διαφωνώ	12 (18,8)	18 (11,0)	30 (13,2)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	14 (21,9)	40 (24,4)	54 (23,7)	
Συμφωνώ	26 (40,6)	76 (46,3)	102 (44,7)	Fisher's Exact Test=11,885
Συμφωνώ απόλυτα	8 (12,5)	30 (18,3)	38 (16,7)	P=0,014

A3. Να ρωτά για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει η/ο ασθενής:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,2)	0 (0,0)	4 (1,8)	
Διαφωνώ	2 (3,1)	16 (9,8)	18 (7,9)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	20 (31,2)	18 (11,0)	38 (16,7)	
Συμφωνώ	26 (40,6)	82 (50,0)	108 (47,4)	Fisher's Exact Test=23,946
Συμφωνώ απόλυτα	12 (18,8)	48 (29,3)	60 (26,3)	P=0,000

A4. Να ρωτά για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,2)	6 (3,7)	10 (4,4)	
Διαφωνώ	20 (31,2)	56 (34,1)	76 (33,3)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	30 (46,9)	48 (29,3)	78 (34,2)	
Συμφωνώ	10 (15,6)	44 (26,8)	54 (23,7)	Fisher's Exact Test=11,479
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	10 (6,1)	10 (4,4)	P=0,017

A5. Εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, να μεριμνήσει αμέσως για καταφύγιο-ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Διαφωνώ	4 (6,2)	8 (4,9)	12 (5,3)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	22 (34,4)	12 (7,3)	34 (14,9)	
Συμφωνώ	32 (50,0)	64 (39,0)	96 (42,1)	Fisher's Exact Test=44,806
Συμφωνώ απόλυτα	6 (9,4)	80 (48,8)	86 (37,7)	P=0,000

A6. Να δηλώσει στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Διαφωνώ	2 (3,1)	4 (2,4)	6 (2,6)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	2 (3,1)	8 (4,9)	10 (4,4)	
Συμφωνώ	26 (40,6)	70 (42,7)	96 (42,1)	Fisher's Exact Test=4,657
Συμφωνώ απόλυτα	32 (50,0)	82 (50,0)	114 (50,0)	P=0,302

A7. Να ενημερώνει τον ασθενή ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/της:

Διαφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Διαφωνώ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (9,4)	4 (2,4)	10 (4,4)	
Συμφωνώ	24 (37,5)	68 (41,5)	92 (40,4)	Fisher's Exact Test=4,842
Συμφωνώ απόλυτα	34 (53,1)	92 (56,1)	126 (55,3)	P=0,093

A8. Να παρακολουθεί την εξέλιξη του ασθενή, μετά την παραπομπή της/του σε σχετικό φορέα:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Διαφωνώ	6 (9,4)	8 (4,9)	14 (6,1)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	14 (21,9)	20 (12,2)	34 (14,9)	
Συμφωνώ	28 (43,8)	76 (46,3)	104 (45,6)	Fisher's Exact Test=11,764
Συμφωνώ απόλυτα	14 (21,9)	60 (36,6)	74 (32,5)	P=0,013

A9. Να ενημερώνει τον/την ασθενή για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία:

Διαφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)	
Διαφωνώ	4 (6,2)	4 (2,5)	8 (3,5)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	18 (28,1)	12 (7,4)	30 (13,3)	
Συμφωνώ	24 (37,5)	58 (35,8)	82 (36,3)	Fisher's Exact Test=28,560
Συμφωνώ απόλυτα	16 (25,0)	88 (54,3)	104 (46,0)	P=0,000

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

2.4. Κατανόηση του/της επαγγελματία Υγείας

Τα αποτελέσματα, ως προς την κατανόηση των επαγγελματιών υγείας στις συγκεκριμένες επιλογές ορισμένων ανθρώπων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από το σύντροφό της και παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 72,8% του συνολικού δείγματος εύκολα κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμείνει στην καταχρηστική σχέση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα μορφωμένη, μεσαίας τάξης, μητέρα δύο παιδιών, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,081$). Ποσοστό 60,5% του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμείνει σε μια βίαιη σχέση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια άγαμη επαγγελματία γυναίκα με σπουδαία καριέρα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,504$). Ποσοστό 79,9% του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμείνει σε μια σχέση κακοποίησης.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια μορφωμένη ομοφυλόφιλη γυναίκα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν πάρα πολύ σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 59,9% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμείνει σε μια σχέση κακοποίησης.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν πάρα πολύ

σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 71% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε έναν ετεροφυλόφιλο έγγαμο άνδρα με σταθερό εισόδημα ο οποίος παραμένει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,058$). Ποσοστό 72,8% του συνολικού δείγματος δεν κατανοεί την απόφαση αυτού του άνδρα να παραμένει σε μια καταχρηστική σχέση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,372$). Ποσοστό 65,8% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε έναν άνδρα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ο οποίος παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,084$). Ποσοστό 62,3% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτού του άνδρα να παραμένει σε μια καταχρηστική σχέση.

=====

Πίνακας 4 Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων για την κατανόησή τους ως προς τις συντροφικές επιλογές μερικών ανθρώπων.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

B. Οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν ευκολότερα κατανόηση για τις επιλογές μερικών ανθρώπων συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες. Φανταστείτε ότι η/ο ασθενής σας επιλέγει να παραμείνει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία. Για καθένα από τους παρακάτω τύπους ασθενών, παρακαλώ σημειώστε πόσο εύκολο ή δύσκολο σας είναι να δείξετε κατανόηση για αυτήν την απόφαση της/του.

B1. Μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφό της:

Πολύ δύσκολο	2 (3,1)	16 (9,8)	18 (7,9)	Fisher's Exact Test=12,458 P=0,000
Δύσκολο	6 (9,4)	34 (20,7)	40 (17,5)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)	
Εύκολο	36 (56,2)	90 (54,9)	126 (55,3)	
Πολύ εύκολο	18 (28,1)	22 (13,4)	40 (17,5)	

B2. Μια μορφωμένη, μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών:

Πολύ δύσκολο	6 (9,4)	26 (15,9)	32 (14,0)	Fisher's Exact Test=8,136 P=0,081
Δύσκολο	24 (37,5)	82 (50,0)	106 (46,5)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	6 (9,4)	12 (7,3)	18 (7,9)	
Εύκολο	22 (34,4)	38 (23,2)	60 (26,3)	
Πολύ εύκολο	6 (9,4)	6 (3,7)	12 (5,3)	

B3. Ένας/Μία άγαμος επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα:

Πολύ δύσκολο	28 (43,8)	90 (54,9)	118 (51,8)	Fisher's Exact Test=3,353 P=0,504
Δύσκολο	20 (31,2)	44 (26,8)	64 (28,1)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	6 (9,4)	12 (7,3)	18 (7,9)	
Εύκολο	8 (12,5)	12 (7,3)	20 (8,8)	
Πολύ εύκολο	2 (3,1)	6 (3,7)	8 (3,5)	

B4. Ένας μορφωμένος ομοφυλόφιλος άνδρας:

Πολύ δύσκολο	6 (9,4)	54 (32,9)	60 (26,3)	Fisher's Exact Test=24,182 P=0,000
Δύσκολο	24 (37,5)	52 (31,7)	76 (33,3)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	16 (25,0)	30 (18,3)	46 (20,2)	
Εύκολο	10 (15,6)	26 (15,9)	36 (15,8)	
Πολύ εύκολο	8 (12,5)	2 (1,2)	10 (4,4)	

B5. Μία γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη:

Πολύ δύσκολο	4 (6,2)	22 (13,4)	26 (11,4)	Fisher's Exact Test=24,189 P=0,000
Δύσκολο	2 (3,1)	20 (12,2)	22 (9,6)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	12 (18,8)	6 (3,7)	18 (7,9)	
Εύκολο	20 (31,2)	76 (46,3)	96 (42,1)	
Πολύ εύκολο	26 (40,6)	40 (24,4)	66 (28,9)	

B6. Ένας ετεροφυλόφιλος έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα:

Πολύ δύσκολο	14 (21,9)	54 (32,9)	68 (29,8)	Fisher's Exact Test=8,815 P=0,058
Δύσκολο	28 (43,8)	70 (42,7)	98 (43,0)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	6 (9,4)	22 (13,4)	28 (12,3)	
Εύκολο	14 (21,9)	14 (8,5)	28 (12,3)	
Πολύ εύκολο	2 (3,1)	4 (2,4)	6 (2,6)	

B7. Μία γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες:

Πολύ δύσκολο	4 (6,2)	18 (11,0)	22 (9,6)	Fisher's Exact Test=4,261 P=0,372
Δύσκολο	8 (12,5)	30 (18,3)	38 (16,7)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4 (6,2)	14 (8,5)	18 (7,9)	
Εύκολο	22 (34,4)	56 (34,1)	78 (34,2)	
Πολύ εύκολο	26 (40,6)	46 (28,0)	72 (31,6)	

B8. Ένας άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες:

Πολύ δύσκολο	4 (6,2)	20 (12,2)	24 (10,5)	Fisher's Exact Test=8,138 P=0,084
Δύσκολο	8 (12,5)	28 (17,1)	36 (15,8)	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4 (6,2)	22 (13,4)	26 (11,4)	
Εύκολο	26 (40,6)	62 (37,8)	88 (38,6)	
Πολύ εύκολο	22 (34,4)	32 (19,5)	54 (23,7)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

2.5. Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα

Τα αποτελέσματα, ως προς τα εμπόδια που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας κακοποιημένων ατόμων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την έλλειψη χρόνου να διερευνήσουν τις ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,034$). Ποσοστό 34,0% του συνολικού δείγματος συμφωνούν ως προς την έλλειψη χρόνου σε αντίθεση με το 46,4% του συνολικού δείγματος που διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το φόβο ότι θα προσβάλουν την ασθενή αν την ρωτήσουν για ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,005$). Ποσοστό 59,3% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς τη δυσκολία τους να απομονώσουν την ασθενή όταν συνοδεύεται από το σύντροφό της, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,013$). Ποσοστό 54,4% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την ανησυχία τους ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θα ξοδέψει πολύ από το χρόνο τους, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,002$). Ποσοστό 76,3% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν μία ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 61,4% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,515$). Ποσοστό 30,7% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση σε αντίθεση με ποσοστό 30,7% του συνολικού δείγματος, το οποίο συμφωνεί.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι θα νοιώσουν ότι έχουν σπαταλήσει το χρόνο τους, αν προσπαθήσουν να βοηθήσουν έναν ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/ή παραμένει στη σχέση του, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,001$). Ποσοστό 65,8% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν έχουν τη γνώση και τα μέσα να αντιμετωπίσουν μια ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,014$). Ποσοστό 28,9% του συνολικού δείγματος

διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη σε αντίθεση με ποσοστό 27,2% του συνολικού δείγματος που συμφωνεί.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν υπάρχει υπηρεσία-οργανισμός στον οποίο μπορούν να κατευθύνουν μια ασθενή που έχει πέσει θύμα βίας, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,002$). Ποσοστό 64,9% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αντίληψή τους ότι τους ενδιαφέρει περισσότερο, ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των ασθενών τους παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 63,2% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη.

Πίνακας 5 Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις αντιλήψεις τους στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

Γ. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια όταν πρέπει να διερευνήσουν ή να παράσχουν φροντίδα σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί. Παρακαλούμε να σημειώσετε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις:

Γ1. Δεν έχω αρκετό χρόνο να διερευνήσω τους ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία:

Διαφωνώ απόλυτα	6 (9,7)	26 (16,0)	32 (14,3)	Fisher's Exact Test=10,266 P=0,034
Διαφωνώ	14 (22,6)	58 (35,8)	72 (32,1)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	14 (22,6)	30 (18,5)	44 (19,6)	
Συμφωνώ	20 (32,3)	42 (25,9)	62 (27,7)	
Συμφωνώ απόλυτα	8 (12,9)	6 (3,7)	14 (6,3)	

Γ2. Φοβάμαι πως θα προσβάλω την/τον ασθενή αν τον ρωτήσω για ενδοοικογενειακή βία:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,5)	40 (24,4)	44 (19,5)	Fisher's Exact Test=14,320 P=0,005
Διαφωνώ	28 (45,2)	62 (37,8)	90 (39,8)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	12 (19,4)	16 (9,8)	28 (12,4)	
Συμφωνώ	12 (19,4)	38 (23,2)	50 (22,1)	
Συμφωνώ απόλυτα	6 (9,7)	8 (4,9)	14 (6,2)	

Γ3. Μου είναι δύσκολο να απομονώσω την/τον ασθενή όταν συνοδεύεται από τον σύντροφό του:

Διαφωνώ απόλυτα	12 (18,8)	36 (22,0)	48 (21,1)	Fisher's Exact Test=12,299 P=0,013
Διαφωνώ	20 (31,3)	56 (34,1)	76 (33,3)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (9,4)	14 (8,5)	20 (8,8)	
Συμφωνώ	18 (28,1)	56 (34,1)	74 (32,5)	
Συμφωνώ απόλυτα	8 (12,5)	2 (1,2)	10 (4,4)	

Γ4. Ανησυχώ ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο μου:

Διαφωνώ απόλυτα	16 (25,0)	74 (45,1)	90 (39,5)	Fisher's Exact Test=16,163 P=0,002
Διαφωνώ	22 (34,4)	62 (37,8)	84 (36,8)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	12 (18,8)	16 (9,8)	28 (12,3)	
Συμφωνώ	12 (18,8)	10 (6,1)	22 (9,6)	
Συμφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)	

Γ5. Δεν αισθάνομαι ότι μπορώ να βοηθήσω μία/έναν ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,3)	42 (25,6)	46 (20,2)	
Διαφωνώ	38 (59,4)	56 (34,1)	94 (41,2)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	16 (25,0)	24 (14,6)	40 (17,5)	
Συμφωνώ	6 (9,4)	36 (22,0)	42 (18,4)	Fisher's Exact Test=25,346
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	6 (3,7)	6 (2,6)	P=0,000

Γ6. Πιστεύω πως οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν ν' αλλάξουν την κατάστασή τους:

Διαφωνώ απόλυτα	8 (12,5)	24 (14,6)	32 (14,0)	
Διαφωνώ	22 (34,4)	48 (29,3)	70 (30,7)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	12 (18,8)	38 (23,2)	50 (21,9)	
Συμφωνώ	22 (34,4)	48 (29,3)	70 (30,7)	Fisher's Exact Test=3,272
Συμφωνώ απόλυτα	0 (0,0)	6 (3,7)	6 (2,6)	P=0,515

Γ7. Θα νοιώσω ότι έχω σπαταλήσει το χρόνο μου, αν προσπαθήσω να βοηθήσω έναν ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/ή παραμένει στη σχέση του:

Διαφωνώ απόλυτα	10 (15,6)	64 (39,0)	74 (32,5)	
Διαφωνώ	34 (53,1)	48 (29,3)	82 (36,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	10 (15,6)	18 (11,0)	28 (12,3)	
Συμφωνώ	8 (12,5)	30 (18,3)	38 (16,7)	Fisher's Exact Test=17,377
Συμφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	4 (2,4)	6 (2,6)	P=0,001

Γ8. Δεν έχω τη γνώση και τα μέσα να αντιμετωπίσω έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,3)	28 (17,1)	32 (14,0)	
Διαφωνώ	20 (31,3)	46 (28,0)	66 (28,9)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	16 (25,0)	28 (17,1)	44 (19,3)	
Συμφωνώ	22 (34,4)	40 (24,4)	62 (27,2)	Fisher's Exact Test=12,382
Συμφωνώ απόλυτα	2 (3,1)	22 (13,4)	24 (10,5)	P=0,014

Γ9. Δεν υπάρχει υπηρεσία-οργανισμός στον οποίο μπορώ να κατευθύνω έναν ασθενή που έχει πέσει θύμα βίας:

Διαφωνώ απόλυτα	14 (21,9)	62 (37,8)	76 (33,3)	
Διαφωνώ	16 (25,0)	56 (34,1)	72 (31,6)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	12 (18,8)	26 (15,9)	38 (16,7)	
Συμφωνώ	14 (21,9)	10 (6,1)	24 (10,5)	Fisher's Exact Test=17,158
Συμφωνώ απόλυτα	8 (12,5)	10 (6,1)	18 (7,9)	P=0,002

Γ10. Με ενδιαφέρει περισσότερο, ν' αντιμετωπίσω τα προβλήματα υγείας των ασθενών μου παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις:

Διαφωνώ απόλυτα	4 (6,3)	58 (35,4)	62 (27,2)	
Διαφωνώ	20 (31,3)	62 (37,8)	82 (36,0)	
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	22 (34,4)	20 (12,2)	42 (18,4)	
Συμφωνώ	12 (18,8)	14 (8,5)	26 (11,4)	Fisher's Exact Test=34,112
Συμφωνώ απόλυτα	6 (9,4)	10 (6,1)	16 (7,0)	P=0,000

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

2.6. Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας

Τα αποτελέσματα, ως προς την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακή βίας, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 6.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν την ενδοοικογενειακή βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,282$). Ποσοστό 26,3% του συνολικού

δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να αναγνωρίζει την ενδοοικογενειακή βία.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να εντοπίζουν την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,063$). Ποσοστό 18,7% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να εντοπίζει την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,008$). Ποσοστό 22,7% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να παραπέμπουν κατάλληλα τα κακοποιημένα άτομα στις υπηρεσίες του νοσοκομείου τους και σε άλλους αρμόδιους φορείς, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$). Ποσοστό 16,0% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να παρέχουν τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,068$). Ποσοστό 24,0% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία.

=====

Πίνακας 6 Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίσουν, να διαγνώσουν, να ανταποκριθούν, να παραπέμπουν και να τεκμηριώσουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

Δ. Εάν παίρνετε συνέντευξη από τις/τους ασθενείς, παρακαλώ σημειώστε πόσο σίγουρος/-η είστε ότι έχετε την ικανότητα να αναγνωρίσετε, να διαγνώσετε, να ανταποκριθείτε, να παραπέμψετε και να τεκμηριώσετε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

Δ1. Αναγνωρίζω την ενδοοικογενειακή βία:

Δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά	12 (25,0)	28 (26,9)	40 (26,3)	$\chi^2_p = 2,532$ $P=0,282$
Νοιώθω λίγη σιγουριά	32 (66,7)	58 (55,8)	90 (59,2)	
Νοιώθω πολύ σιγουριά	4 (8,3)	18 (17,3)	22 (14,7)	

Δ2. Εντοπίζω την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων:

Δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά	4 (8,3)	24 (23,5)	28 (18,7)	$\chi^2_p = 5,530$ $P=0,063$
Νοιώθω λίγη σιγουριά	30 (62,5)	58 (56,9)	88 (58,7)	
Νοιώθω πολύ σιγουριά	14 (29,2)	20 (19,6)	34 (22,6)	

Δ3. Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά σε μια/έναν ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία:

Δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά	12 (25,0)	22 (21,6)	34 (22,7)	$\chi^2_p = 9,741$ $P=0,008$
Νοιώθω λίγη σιγουριά	32 (66,7)	48 (47,1)	80 (53,3)	
Νοιώθω πολύ σιγουριά	4 (8,3)	32 (31,4)	36 (24,6)	

Δ4. Παραπέμπω κατάλληλα τα κακοποιημένα άτομα στις υπηρεσίες του νοσοκομείου μου και σε άλλους αρμόδιους φορείς:

Δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά	14 (29,2)	10 (9,8)	24 (16,0)	$\chi^2_p = 17,324$ $P=0,000$
Νοιώθω λίγη σιγουριά	22 (45,8)	32 (31,4)	54 (36,0)	
Νοιώθω πολύ σιγουριά	12 (25,0)	60 (58,8)	72 (48,0)	

Δ5. Παρέχω τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας/ενός ασθενή:

Δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά	16 (33,3)	20 (19,6)	36(24,0)	$\chi^2_p = 5,366$ $P=0,068$
Νοιώθω λίγη σιγουριά	22 (45,9)	44 (43,1)	66 (44,0)	
Νοιώθω πολύ σιγουριά	10 (20,8)	38 (37,3)	48 (32,0)	

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

2.7. Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων

Τα αποτελέσματα, ως προς τη διερεύνηση των επαγγελματιών υγείας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων τον τελευταίο μήνα, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 7.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με τραυματισμό (μώλωπες, αμυχές κ.ά.) ένα ποσοστό της τάξης του 8,8% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά στους τραυματισμούς για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% που δεν διερευνά ποτέ τους τραυματισμούς για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με χρόνια πυελικό άλγος, ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε χρόνια πυελικό άλγος για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 8,8% που δεν διερευνά ποτέ το χρόνια πυελικό άλγος για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 1,8% που δεν διερευνά ποτέ το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, για ενδοοικογενειακή βία.

=====

Πίνακας 7 Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη σύνδεση «παθολογικών καταστάσεων» με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

E. Παρακαλώ να σημειώσετε πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, ρωτήσατε έναν ασθενή για ενδοοικογενειακή βία όταν παρατηρήσατε κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις. Αν δεν έχετε αντιμετωπίσει κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις τον τελευταίο μήνα παρακαλώ να σημειώσετε ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ.

E1. Τραυματισμοί (μώλωπες, αμυχές, κ.ά.):

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	6 (9,4)	4 (2,4)	10 (4,4)
Σπάνια	6 (9,4)	10 (6,1)	16 (7,0)
Μερικές φορές	10 (15,6)	6 (3,7)	16 (7,0)
Σχεδόν πάντα	2 (3,1)	10 (6,1)	12 (5,3)
Πάντα	4 (6,3)	16 (9,8)	20 (8,8)
Δεν απαντώ	18 (28,1)	60 (36,6)	78 (34,2)

E2. Χρόνιο πνευλικό άλγος:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	6 (9,4)	14 (8,5)	20 (8,8)
Σπάνια	10 (15,6)	10 (6,1)	20 (8,8)
Μερικές φορές	6 (9,4)	4 (2,4)	10 (4,4)
Σχεδόν πάντα	0 (0,0)	6 (3,7)	6 (2,6)
Πάντα	6 (9,4)	4 (2,4)	10 (4,4)
Δεν απαντώ	18 (28,1)	68 (41,5)	86 (37,7)

E3. Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	12 (18,8)	18 (11,0)	30 (13,2)
Σπάνια	2 (3,1)	10 (6,1)	12 (5,3)
Μερικές φορές	8 (12,5)	2 (1,2)	10 (4,4)
Σχεδόν πάντα	4 (6,3)	6 (3,7)	10 (4,4)
Πάντα	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)
Δεν απαντώ	20 (31,3)	66 (40,2)	86 (37,7)

E4. Πονοκέφαλοι:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	10 (15,6)	8 (4,9)	18 (7,9)
Σπάνια	10 (15,6)	12 (7,3)	22 (9,6)
Μερικές φορές	4 (6,3)	4 (2,4)	8 (3,5)
Σχεδόν πάντα	4 (6,3)	16 (9,8)	20 (8,8)
Πάντα	2 (3,1)	10 (6,1)	12 (5,3)
Δεν απαντώ	16 (25,0)	56 (34,1)	72 (31,6)

E5. Κατάθλιψη/ανησυχία:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	4 (6,3)	6 (3,7)	10 (4,4)
Σπάνια	2 (3,1)	6 (3,7)	8 (3,5)
Μερικές φορές	2 (3,1)	12 (7,3)	14 (6,1)
Σχεδόν πάντα	8 (12,5)	14 (8,5)	22 (9,6)
Πάντα	10 (15,6)	16 (9,8)	26 (11,4)
Δεν απαντώ	20 (31,3)	52 (31,7)	72 (31,6)

E6. Ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	12 (18,8)	22 (13,4)	34 (14,9)
Σπάνια	6 (9,4)	6 (3,7)	12 (5,3)
Μερικές φορές	4 (6,3)	8 (4,9)	12 (5,3)
Σχεδόν πάντα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Πάντα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Δεν απαντώ	24 (37,5)	70 (42,7)	94 (41,2)

E7. Εξετάσεις ρουτίνας (check-up):

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	22 (34,4)	18 (11,0)	40 (17,5)
Σπάνια	0 (0,0)	6 (3,7)	6 (2,6)
Μερικές φορές	4 (6,3)	10 (6,1)	14 (6,1)
Σχεδόν πάντα	0 (0,0)	4 (2,4)	4 (1,8)
Πάντα	2 (3,1)	4 (2,4)	6 (2,6)
Δεν απαντώ	18 (28,1)	64 (39,0)	82 (36,0)

E8. Προγεννητικός έλεγχος:

Δεν χρειάζεται να απαντήσω	18 (28,1)	58 (35,4)	76 (33,3)
Ποτέ	20 (31,3)	22 (13,4)	42 (18,4)
Σπάνια	4 (6,3)	14 (8,5)	18 (7,9)
Μερικές φορές	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)
Σχεδόν πάντα	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (0,9)
Πάντα	0 (0,0)	2 (0,0)	2 (0,9)
Δεν απαντώ	20 (31,3)	66 (40,2)	86 (37,7)

Fisher's Exact Test=πρόκειται για την τιμή του test, όπως δίδεται από το S.P.S.S.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με πονοκεφάλους, ένα ποσοστό της τάξης του 5,3% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε πονοκεφάλους για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 7,9% που δεν διερευνά ποτέ τους πονοκεφάλους, για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με κατάθλιψη/ανησυχία, ένα ποσοστό της τάξης του 11,4% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε κατάθλιψη/ανησυχία για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% που δεν διερευνά ποτέ την κατάθλιψη/ανησυχία για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών, κανένας επαγγελματίας υγείας δεν διερευνά σε ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στις εξετάσεις ρουτίνας (check-up) ασθενών, ένα ποσοστό της τάξης του 2,6% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε εξετάσεις ρουτίνας (check-up) για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 17,5% που δεν διερευνά ποτέ στις εξετάσεις ρουτίνας (check-up), για ενδοοικογενειακή βία.

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε προγεννητικό έλεγχο, ένα ποσοστό της τάξης του 0,9% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε προγεννητικό έλεγχο, για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 18,4% που δεν διερευνά ποτέ σε προγεννητικό έλεγχο για ενδοοικογενειακή βία.

2.8. Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία

Τα αποτελέσματα ως προς τη διερεύνηση των προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 8.

Στην ανοικτή ερώτηση «ποιες ερωτήσεις θα υποβάλλατε σε μια γυναίκα για να αναγνωρίσετε αν είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 55,3% επί του συνολικού δείγματος «ποια είναι τα αισθήματά σας για τον σύντροφό σας», σε ποσοστό 36,8% επί του συνολικού δείγματος «έχετε δεχτεί βία από μέλος της οικογένειας», σε ποσοστό 28,9% επί του συνολικού δείγματος «που οφείλονται οι τραυματισμοί σας» και σε ποσοστό 3,5% επί του συνολικού δείγματος «ιστορικό κατάχρησης ουσιών συντρόφου».

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 λόγους που σας δημιουργούν αυξημένη υποψία για την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 81,6% επί του συνολικού δείγματος «Μώλωπες-Τραυματισμοί», σε ποσοστό 62,3% επί του συνολικού δείγματος «Φόβος και Ενοχή», σε ποσοστό 55,3% επί του συνολικού δείγματος «Κατάθλιψη», σε ποσοστό 52,6% επί του συνολικού δείγματος «Ευερεθιστότητα» και σε ποσοστό 24,6% επί του συνολικού δείγματος «Επιθετικότητα στο άλλο φύλο».

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 τρόπους που ένας/μία δράστης βίας μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη/στο σύντροφό του/της» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 71,9% επί του συνολικού δείγματος «Ψυχολογική βία», σε ποσοστό 56,1% επί του συνολικού δείγματος «Εκβιασμός», σε ποσοστό 54,4% επί του συνολικού δείγματος «Οικονομικός εκβιασμός», σε ποσοστό 50,9% επί του συνολικού δείγματος «Άσκηση σωματικής βίας», σε ποσοστό 31,6% επί του συνολικού δείγματος «Την κλειδώνει στο σπίτι» και σε ποσοστό 27,2% επί του συνολικού δείγματος «Απομόνωση από το πατρικό/οικογενειακό περιβάλλον»

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 τρόπους με τους οποίους εσείς μπορείτε να βοηθήσετε μία ασθενή που μόλις σας αποκάλυψε ότι κακοποιείται» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 65,8% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε Κέντρα κακοποίησης γυναικών», σε ποσοστό 57,9% επί του

συνολικού δείγματος «Υποστήριξη από Επιτροπή Υγείας», σε ποσοστό 50% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου», σε ποσοστό 39,5% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε ψυχολόγο», σε ποσοστό 22,8% επί του συνολικού δείγματος «Βοήθεια από την αστυνομία», σε ποσοστό 22,8% επί του συνολικού δείγματος «Προτροπή να φύγει από το σπίτι» και σε ποσοστό 9,6% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε ψυχίατρο».

Στην ανοικτή ερώτηση «Σημειώστε 4 πληροφορίες που πρέπει να καταγραφούν στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με μία/έναν ασθενή που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 51,8% επί του συνολικού δείγματος «Μώλωπες», σε ποσοστό 37,7% επί του συνολικού δείγματος «Κατάθλιψη», σε ποσοστό 20,2% επί του συνολικού δείγματος «Οικονομική κατάσταση», σε ποσοστό 13,2% επί του συνολικού δείγματος «Κεφαλαλγίες», σε ποσοστό 8,8% επί του συνολικού δείγματος «Δυσκολία συγκέντρωσης», σε ποσοστό 7% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό κατάχρησης ουσιών», σε ποσοστό 6,1% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια», σε ποσοστό 1,8% επί του συνολικού δείγματος «Κάψιμο από τσιγάρα» και σε ποσοστό 1,8% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό κατάχρησης ουσιών μελών οικογένειας».

=====

Πίνακας 8

Απαντήσεις των 228 Επαγγελματιών Υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι και τον Ιούνιο του 2008 και σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τις προσωπικές τους στάσεις και τις θεραπευτικές τους απόψεις σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	64 (28,1)	164 (71,9)	228 (100,0)	

ΣΤ1. Ποιες ερωτήσεις θα υποβάλλατε σε μια γυναίκα για να αναγνωρίσετε αν είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας;

Ποια είναι τα αισθήματά σας για τον σύντροφό σας	32 (50,0)	94 (57,3)	126 (55,3)
Που οφείλονται οι τραυματισμοί σας	18 (28,1)	48 (29,3)	66 (28,9)
Έχετε δεχθεί βία από μέλος οικογένειας	20 (31,3)	64 (39,0)	84 (36,8)
Ιστορικό κατάχρησης ουσιών συντρόφου	4 (6,3)	4 (2,4)	8 (3,5)

ΣΤ2. Απαριθμήστε 4 λόγους που σας δημιουργούν αυξημένη υποψία για την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας.

Μώλωπες - τραυματισμοί	46 (71,9)	140 (85,4)	186 (81,6)
Κατάθλιψη	32 (50,0)	94 (57,3)	126 (55,3)
Ευερεθιστότητα	26 (40,6)	94 (57,3)	120 (52,6)
Φόβος και ενοχή	26 (40,6)	116 (70,7)	142 (62,3)
Επιθετικότητα στο άλλο φύλο	18 (28,1)	38 (23,2)	56 (24,6)
Άρνηση περιγρ. ατυχήματος	16 (25,0)	38 (23,2)	54 (23,7)
Συχνές επισκέψεις στα ΤΕΠ	8 (12,5)	14 (8,5)	22 (9,6)

ΣΤ3. Απαριθμήστε 4 τρόπους που ένας/μια δράστης βίας μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη/στο σύντροφό του/της

Εκβιασμός	32 (50,0)	96 (58,5)	128 (56,1)
Άσκηση σωματικής βίας	34 (53,1)	82 (50,0)	116 (50,9)
Οικονομικός εκβιασμός	30 (46,9)	94 (57,3)	124 (54,4)
Ψυχολογική βία	38 (59,4)	126 (76,8)	164 (71,9)
Απομόνωση από πατρ. περιβά	14 (21,9)	48 (29,3)	62 (27,2)
Την κλειδώνει στο σπίτι	8 (12,5)	64 (39,0)	72 (31,6)

ΣΤ4. Απαριθμήστε 4 τρόπους με τους οποίους εσείς μπορείτε να βοηθήσετε μία ασθενή που μόλις σας αποκάλυψε ότι κακοποιείται.

Παραπομπή σε Κέντρα κακοποίησης γυναικών	32 (50,0)	118 (72,0)	150 (65,8)
Παραπομπή στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου	28 (43,8)	86 (52,4)	114 (50,0)
Υποστήριξη από Επιτροπή Υγείας	22 (34,4)	110 (67,1)	132 (57,9)
Παραπομπή σε Ψυχολόγο	24 (37,5)	66 (40,2)	90 (39,5)
Βοήθεια από την αστυνομία	24 (37,5)	28 (17,1)	52 (22,8)
Προτροπή να φύγει από σπίτι	8 (12,5)	44 (26,8)	52 (22,8)
Παραπομπή σε Ψυχίατρο	12 (18,8)	10 (6,1)	22 (9,6)

ΣΤ5. Σημειώστε 4 πληροφορίες που πρέπει να καταγραφούν στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με μία/έναν ασθενή που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία:

Μώλωπες	36 (56,3)	82 (50,0)	118 (51,8)
Κατάθλιψη	20 (31,3)	66 (40,2)	86 (37,7)
Χρόνιες κεφαλαλγίες	10 (15,6)	20 (12,2)	30 (13,2)
Οικονομική κατάσταση	6 (9,4)	40 (24,4)	46 (20,2)
Δυσκολία συγκέντρωσης	6 (9,4)	14 (8,5)	20 (8,8)
Ιστορικό οικ. Ψυχοπαθολογ.	6 (9,4)	8 (4,9)	14 (6,1)
Ιστορικό κατάχρησης ουσιών	4 (6,3)	12 (7,3)	16 (7,0)
Κάψιμο από τσιγάρα	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)
Ιστορικό κατάχρησης ουσιών μελών οικογένειας	2 (3,1)	2 (1,2)	4 (1,8)

=====

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των Ελλήνων/-ίδων εργαζομένων στο χώρο των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας.

Οι 3 στους 4 από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος ήταν γυναίκες, περίπου οι μισοί ήταν νεότεροι από την ηλικία των 39 ετών. Ως προς το επάγγελμα οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 31,6% ήταν νοσηλεύτριες/-τριες, σε ποσοστό 20,2% γιατροί, 4,4% φυσιοθεραπευτές/-τριες, 1,8% ψυχολόγοι, 3,5% κοινωνικοί λειτουργοί, 1,8% επισκέπτες/-τριες υγείας, 8,8% βοηθοί νοσηλευτών/-τριών και 28,1% φοιτητές/-τριες ιατρικής και νοσηλευτικής που πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση. Μόνο 20 άτομα (ποσοστό 9,1%) είναι απόφοιτοι/-ες Λυκείου και οι υπόλοιποι/-ες είναι απόφοιτοι/-ες σχολών υγείας των ΤΕΙ και ΑΕΙ. Οι ειδικότητες των γιατρών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ήταν γυναικολόγοι (2,6%), παθολόγοι (1,8%), χειρουργοί (1,8%), ορθοπεδικοί (3,5%), καρδιολόγοι (0,9%), ενδοκρινολόγοι (0,9%), εντατικολόγοι (1,8%), παιδίατροι (0,9%), και 2 γιατροί σε αναμονή ειδικότητας.

Από τους/τις επαγγελματίες υγείας του δείγματος μόνο ο 1 στους 3 περίπου εκπαιδεύτηκε σε θέματα σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά τη διάρκεια των βασικών του σπουδών, ενώ στις μεταπτυχιακές σπουδές εκπαιδεύτηκε ο 1 στους 10 περίπου και σε συνέδρια ή μαθήματα κατάρτισης ο 1 στους 4. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 95,4%) αισθάνονται ότι χρειάζονται κατάρτιση για την ενδοοικογενειακή βία.

Στάση ως προς τα καθήκοντα του/της επαγγελματία Υγείας

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ελέγχουν τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο ρουτίνας της υγείας τους έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,018$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 50,9% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς το συγκεκριμένο έλεγχο, αποτέλεσμα που είναι σημαντικό μια και ο έλεγχος ρουτίνας (screening), για πολλούς ερευνητές/-τριες, αποτελεί πρωταρχικό σημείο εκκίνησης για την προσέγγιση, όσον αφορά τους/τις επαγγελματίες υγείας, της ενδοοικογενειακής βίας¹⁶¹. Πολλαπλές ανιχνεύσεις και έλεγχοι ρουτίνας (screening)

¹⁶¹ Dearwater SR. et al., 1998. ό.π.

από εξειδικευμένους/-ες επαγγελματίες υγείας, όταν διεξάγονται πρόσωπο με πρόσωπο (face-to-face), αυξάνουν σημαντικά τον εντοπισμό της καταχρηστικής σχέσης, δίνεται η ευκαιρία για ταυτοποίηση και μπορούν να ασκήσουν παρέμβαση σε γυναίκες που παρουσιάζουν συμπτώματα, που γενικά δεν συνδέονται άμεσα με την ενδοοικογενειακή βία.¹⁶²

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ελέγχουν όλους τις ασθενείς με χρόνια πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,014$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 61,4% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς το συγκεκριμένο έλεγχο αποτέλεσμα που θεωρείται πολύ σημαντικό, μια και η ιστορία της θυματοποίησης και της καταχρηστικής συμπεριφοράς έχει πολύ μεγάλη διάδοση στον πληθυσμό που βιώνει χρόνια πόνο. Ο πόνος χρησιμοποιείται για να μεταδώσει πληροφορίες, όπως θυμό, απογοήτευση, απώλεια και πολλά άλλα συναισθήματα. Επώδυνες καταστάσεις στις γυναίκες, πολύ συχνά, είναι αποτέλεσμα σωματικής κακοποίησης.¹⁶³

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ρωτούν για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει η/ο ασθενής έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 73,7% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη αξιολόγηση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συμφωνεί και με τις διαπιστώσεις της μελέτης των Sheridan, J.D. & Nash, R.K (2007), όπου αναφέρεται ότι ο πιο κοινός μηχανισμός πρόκλησης τραυματισμών, στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας, είναι τα χτυπήματα με το χέρι. Πολύ λίγες μελέτες συνδέουν τα σωματικά τραύματα που εμφανίζει η γυναίκα που υφίσταται βία, με τον τύπο και την περιοχή των τραυματισμών. Οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν πολλαπλούς τραυματισμούς και σε διαφορετικά σημεία του σώματος. Η κεφαλή, ο τράχηλος (π.χ. προσπάθεια στραγγαλισμού) και το πρόσωπο είναι οι πιο κοινές τοποθεσίες τραυματισμών που σχετίζονται με τη συζυγική/συντροφική βία.¹⁶⁴

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον να ρωτούν για ενδοοικογενειακή βία, σε κάθε επίσκεψη έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,017$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 28,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη αξιολόγηση σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 37,7% που

¹⁶² McFarlane J, et al., 1995, ό.π.

¹⁶³ Campbell, J. et al., ό.π.

¹⁶⁴ Sheridan, J.D., Nash, R.K., 2007, ό.π.

διαφωνεί. Πολλοί οργανισμοί, που ασχολούνται με τη βία κατά των γυναικών, πιστεύουν ότι τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν για να εμποδίσουν άλλα χρόνια προβλήματα υγείας, όπως οι έλεγχοι ρουτίνας, μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά στην ενδοοικογενειακή βία.¹⁶⁵

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να μεριμνήσουν αμέσως για καταφύγιο-ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων, εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 79,8% του συνολικού δείγματος συμφωνούν ως προς τη συγκεκριμένη μέριμνα, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τη μελέτη της Garcia-Moreno, (2002), ότι η γυναίκα η οποία βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, θα πρέπει να βοηθηθεί με την παραπομπή της σε ένα καταφύγιο ή σε άλλες υποστηρικτικές δομές της κοινότητας.¹⁶⁶

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να δηλώσουν στην/στον ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου δεν είναι αποδεκτή, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,302$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 92,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη δήλωση. Διαπίστωση που συμφωνεί με τις οδηγίες που δίνει η SOGC, που αναφέρει ότι το πιο σημαντικό καθήκον του/της επαγγελματία υγείας είναι να ακούσει τις εμπειρίες της γυναίκας και να τη διαβεβαιώσει ότι αυτά που αισθάνεται είναι απόλυτα δικαιολογημένα και ότι η βία είναι έγκλημα.¹⁶⁷

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να ενημερώνουν τον ασθενή ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/της, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,093$), αποτέλεσμα που επαληθεύει οριακά την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 95,7% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη ενημέρωση. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις οδηγίες που δίνει η SOGC.¹⁶⁸

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να παρακολουθούν την εξέλιξη της/του ασθενή, μετά την παραπομπή της/του σε σχετικό φορέα, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,013$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 78,1% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη παρακολούθηση. Διαπίστωση που συμφωνεί με τις οδηγίες του Center of Health

¹⁶⁵ The Family Violence Prevention Fund, 1999, *ό.π.*

¹⁶⁶ Garcia-Moreno, C., 2002, *ό.π.*

¹⁶⁷ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*

¹⁶⁸ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*

and Gender Equity, που αναφέρουν ότι οι γυναίκες που θεωρούν ότι ο/η κλινικός γιατρός φροντίζει για εκείνες, είναι προσιτός/-ή στην επικοινωνία μαζί τους και επιθυμεί να παρακολουθήσει την εξέλιξη της κατάστασης (follow-up) είναι περισσότερο διατεθειμένες να συζητήσουν την κατάστασή τους.¹⁶⁹

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το καθήκον τους, να ενημερώνουν τον/την ασθενή για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 82,3% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς τη συγκεκριμένη ενημέρωση, διαπίστωση που συμφωνεί με τις οδηγίες που δίνει η SOGC.¹⁷⁰

Κατανόηση του/της επαγγελματία Υγείας

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από το σύντροφό της και παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 72,8% του συνολικού δείγματος εύκολα κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμείνει στην καταχρηστική σχέση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.

Η διεθνής βιβλιογραφία δεικνύει ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι διαδεδομένη σε όλες τις κοινωνικές και εθνοτικές ομάδες, και μάλιστα, συναντάται σε υψηλά ποσοστά και στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Η διαφορά, όμως, έγκειται ότι η κακοποίηση που ασκείται στο πλαίσιο οικονομικά δυσμενέστερων οικογενειών είναι περισσότερο θεατή στο σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης στα καταφύγια, καθώς και στις προνοιακές δομές και τους κοινωνικούς φορείς.¹⁷¹ Εξάλλου, στο σύνολο της εγκληματικότητας, τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα υπερεκπροσωπούνται, καθώς τα εγκλήματα που προέρχονται από άτομα που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικά στρώματα συνήθως πλαισιώνουν το σκοτεινό αριθμό εγκληματικότητας.¹⁷² Οι ερευνητές/-τριες του εν λόγω φαινομένου διαπιστώνουν ότι η βία κατά των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους αποτελεί διαταξικό πρόβλημα και εμφανίζεται ανεξάρτητα από το εισόδημα, την κοινωνική θέση, τη μόρφωση, την ηλικία και την εθνικότητα. Η έρευνα έχει

¹⁶⁹ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 28.

¹⁷⁰ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*

¹⁷¹ Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

¹⁷² Δασκαλάκης, Η., 1985, *ό.π.*

καταδείξει ότι παράγοντες όπως είναι η ανεργία, η οικονομική ανεπάρκεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.ά. συνδέονται με την κακοποίηση όχι αιτιακά, αλλά ως μεταβλητές που πιθανά συντείνουν στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ συζύγων/συντρόφων.¹⁷³ Μάλιστα, διαφαίνεται ότι άνδρες-δράστες που δέχτηκαν συμβουλευτικές υπηρεσίες ήταν επαγγελματίες και επιφανείς στο χώρο εργασίας τους (π.χ. δικηγόροι, γιατροί, ψυχολόγοι, επιχειρηματίες, ακόμη και ιερωμένοι).¹⁷⁴

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα μορφωμένη, μεσαίας τάξης, μητέρα δύο παιδιών, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,081$), αποτέλεσμα που επαληθεύει οριακά την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 31,6% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Η Jewkes χαρακτηριστικά αναφέρει ότι: *«με εξαίρεση τη φτώχεια, τα περισσότερα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ανδρών και των γυναικών, δεν συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας»*.¹⁷⁵

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια άγαμη επαγγελματία γυναίκα με σπουδαία καριέρα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,504$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 12,3% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.¹⁷⁶

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια μορφωμένη ομοφυλόφιλη γυναίκα, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν πάρα πολύ σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 59,9% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Υπάρχουν ορισμένες μορφές

¹⁷³ Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σσ. 43-45.

¹⁷⁴ Κέντρο Ερευνών και Ανάπτυξης, *Αποτελέσματα της έρευνας με θέμα: βία στην κυπριακή οικογένεια*, Λευκωσία, 2000, *ό.π.*

¹⁷⁵ Jewkes, R., Intimate Partner Violence: Causes and Prevention, *Lancet*, 359, 2002, pp. 1423-1429.

¹⁷⁶ Jewkes, R., Intimate Partner Violence: Causes and Prevention, *Lancet*, 359, 2002, pp. 1423-1429.

κακοποίησης, μοναδικές, σε άνδρες και γυναίκες που βρίσκονται σε ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Για παράδειγμα, η σύντροφος με την καταχρηστική συμπεριφορά χρησιμοποιεί την ομοφοβία για να ασκήσει έλεγχο στην άλλη σύντροφο που μπορεί να εκφράζεται με το «θα σε ξεφωνίσω» στους φίλους, στην οικογένεια, στους εργοδότες, στην αστυνομία, στην εκκλησία ή στην ευρύτερη κοινότητα. Ομοίως, οι βίαιοι σύντροφοι προσπαθούν να πείσουν τη σύντρόφό τους ότι η βία είναι φυσιολογική σε ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Οι κακοποιημένες, στις σχέσεις αυτές, κρύβουν τη βία που βιώνουν, αυξάνοντας την εξουσία και την άσκηση του ελέγχου από τη σύντρόφό τους, γιατί γνωρίζουν ότι πολλοί άνθρωποι δεν θεωρούν ότι «οι γυναίκες μπορούν να βλάψουν τις γυναίκες».¹⁷⁷

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν πάρα πολύ σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 71% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Η διεθνής βιβλιογραφία αποδεικνύει ότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες στις ψυχικές παθήσεις και την ενδοοικογενειακή βία.¹⁷⁸

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε έναν ετεροφυλόφιλο έγγαμο άνδρα με σταθερό εισόδημα, ο οποίος παραμένει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,058$), αποτέλεσμα που επαληθεύει οριακά την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 14,9% του συνολικού δείγματος κατανοεί την απόφαση αυτού του άνδρα να παραμένει σε μια καταχρηστική σχέση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Αν και σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παρατηρείται ότι ένα ποσοστό γυναικών ασκεί βία κατά του συζύγου/συντρόφου του, εν τούτοις, παραγνωρίζεται ότι τις περισσότερες φορές πρόκειται για δευτερογενή αντίδραση σε πλαίσιο άμυνας και αυτοπροστασίας από την πλευρά των γυναικών.¹⁷⁹ Συνήθως δε οι εν λόγω έρευνες στηρίζονται σε κλίμακες που καταμετρούν συγκεκριμένα είδη σωματικής βίας σε δεδομένο χρόνο, ενώ δεν εξετάζονται ζητήματα που άπτονται των κινήτρων των δραστών, των λόγων που οδηγούν στην άσκηση της βίας, της αντίδρασης του

¹⁷⁷ SOGC Clinical Practice Guidelines, *Intimate Partner Violence Consensus Statement*, 2005, JOGC, no 157, pp. 365-388.

¹⁷⁸ Robertiello, G, 2006, 6, *ό.π.*

¹⁷⁹ Walker, E.L, 1997, *ό.π.*

θύματος κ.ο.κ.¹⁸⁰ Επιπλέον, σε καμία περίπτωση η χρήση της βίας από τις γυναίκες δεν έχει το ίδιο μέγεθος, τη δυναμική και τις συνέπειες συγκριτικά με τη βίαιη συμπεριφορά ενός άνδρα, καθώς οι παράγοντες της πλεονεκτικότερης σωματικής διάπλασης του άνδρα και της κοινωνικής ταυτότητας του ανδρισμού, αναπτύσσουν ένα κοινωνικοποιητικό πλαίσιο στο οποίο η επιθετικότητα αποτελεί διαπίστωση του ανδρισμού του.¹⁸¹

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την κατανόησή τους απέναντι σε μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες, η οποία παραμένει σε αυτή τη σχέση που εμπεριέχει βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,372$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 65,8% του συνολικού δείγματος κατανόει την απόφαση αυτής της γυναίκας να παραμένει σε μια σχέση κακοποίησης. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών και συμφωνεί με μια έρευνα 245 γυναικών με αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι το 40% είχε υποστεί κακοποίηση και το 12% είχε βιαστεί. 89 δράστες της κακοποίησης ήταν σύζυγοι και πρώην σύζυγοι (37%), 28% άγνωστοι, ακολουθούσαν οι γονείς σε ποσοστό 15%, καθώς και όσοι προσφέρουν υπηρεσίες σε ποσοστό 10%. Λιγότερο από το ήμισυ αυτών των εμπειριών δεν έχουν αναφερθεί, κυρίως από το φόβο ότι θα τους στερήσουν την ανεξαρτησία τους, εγκλείοντας τες σε κάποιο ίδρυμα. Ένα ποσοστό της τάξης του 10% χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες της κοινότητας ή καταφύγιο, ενώ το 15% αναφέρει ότι δεν υπήρχαν κατάλληλες δομές για την αναζήτηση βοήθειας ή ότι ήταν ανεπιτυχείς οι προσπάθειές τους για να προσεγγίσουν τους αρμόδιους φορείς. Τέλος, το 55% δεν προσπάθησε να ζητήσει βοήθεια.¹⁸²

Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την έλλειψη χρόνου να διερευνήσουν τους/τις ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,034$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 46,4% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση. Η αξιολόγηση παίρνει λίγο περισσότερο χρόνο,

¹⁸⁰ Johnson, H., 1998, *ό.π.*

¹⁸¹ Παπαμιχαήλ, Στ., 2005, *ό.π.*, σσ. 42-43. Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., κ.ά., 2003, *ό.π.*

¹⁸² Nosek, M.A., Howland, C.A., Young, M.E., 1997, *ό.π.*

αλλά κερδίζεις χρόνο από την αντιμετώπιση προβλημάτων που θα προκύψουν στις γυναίκες αυτές, στο μέλλον.¹⁸³

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς το φόβο ότι θα προσβάλουν την ασθενή αν την ρωτήσουν για ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,005$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 28,3% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση. Η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας στο να μη ζητούν από τις γυναίκες να «καταθέσουν» την εμπειρία τους, επειδή αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων. Ορισμένοι/-ες θεωρούν ότι η βία μέσα στη οικογένεια είναι ένα θέμα που υπάγεται στα ζητήματα της «ιδιωτικής σφαίρας» και ότι οι ασθενείς μπορεί να αναστατωθούν ή να ενοχληθούν όταν ρωτηθούν για πιθανή κακοποίηση. Άλλοι/-ες θεωρούν ότι δεν έχουν το χρόνο ή τις κατάλληλες δομές για να βοηθήσουν.¹⁸⁴

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς τη δυσκολία τους να απομονώσουν την ασθενή όταν συνοδεύεται από το σύντροφό της, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,013$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 36,9% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση. Σε μεγάλο μέρος του κόσμου, οι γυναίκες είναι αδύνατο να λάβουν υγειονομική περίθαλψη, χωρίς την άδεια του συζύγου ή άλλων αρσενικών μελών της οικογένειας. Οι άνδρες δεν επιτρέπουν στις συζύγους τους να επισκεφθούν το κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο ασυνόδευτες, ειδικά όταν γνωρίζουν ότι πρόκειται να αναζητήσουν θεραπευτική αγωγή για τραυματισμούς εξαιτίας της βίας. Οι γυναίκες είναι απίθανο να αποκαλύψουν στον/την επαγγελματία υγείας την κακοποιητική σχέση που βιώνουν μπροστά στο σύζυγο/βασανιστή.¹⁸⁵

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την ανησυχία τους ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο τους, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,002$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 76,3% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση. Η αξιολόγηση παίρνει λίγο περισσότερο χρόνο, αλλά κερδίζεις χρόνο από την αντιμετώπιση προβλημάτων που θα προκύψουν στις γυναίκες αυτές, στο μέλλον.¹⁸⁶

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν μία ασθενή που βρίσκεται σε σχέση

¹⁸³ United Nations Population Fund, 2001, New York, *ό.π.*

¹⁸⁴ Plichta, S., 2007, *ό.π.*

¹⁸⁵ Nicolaidis, C., 2007, *ό.π.*

¹⁸⁶ United Nations Population Fund, 2001, New York, *ό.π.*

κακοποίησης, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 30,0% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση. Η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας στο να μη ζητούν από τις γυναίκες να «καταθέσουν» την εμπειρία τους, επειδή αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.¹⁸⁷

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,515$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 30,7% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή τη δήλωση σε αντίθεση με ποσοστό 30,7% του συνολικού δείγματος οι οποίοι συμφωνούν.

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι θα νοιώσουν ότι έχουν σπαταλήσει το χρόνο τους, αν προσπαθήσουν να βοηθήσουν έναν ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/ή παραμένει στη σχέση του, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,001$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 65,8% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη. Η αξιολόγηση παίρνει λίγο περισσότερο χρόνο, αλλά κερδίζει χρόνο από την αντιμετώπιση προβλημάτων που θα προκύψουν στις γυναίκες αυτές, στο μέλλον.¹⁸⁸

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν έχουν τη γνώση και τα μέσα να αντιμετωπίσουν έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,014$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 27,2% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη. Πολλές φορές, οι ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών παραμελούνται εξαιτίας των γραφειοκρατικών κενών ή ανεπαρκούς συντονισμού των τομέων υγείας και του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης.¹⁸⁹

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αίσθησή τους ότι δεν υπάρχει υπηρεσία-οργανισμός στον οποίο μπορούν να κατευθύνουν έναν/μία ασθενή που έχει πέσει θύμα βίας, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,002$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 64,9% του συνολικού δείγματος διαφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας, πριν την υιοθέτηση ενός εργαλείου αξιολόγησης, μπορεί να χρειαστεί: α) να εντοπίσουν

¹⁸⁷ Plichta, S., 2007, *ό.π.*

¹⁸⁸ United Nations Population Fund 2001, New York, *ό.π.*

¹⁸⁹ Center of Health and Gender Equity, 1999, *ό.π.*, p. 27.

ανεξάρτητους φορείς βοήθειας, β) να διερευνήσουν την ύπαρξη ασφαλών χώρων στην κοινότητα, γ) να συνεργαστούν με την τοπική αυτοδιοίκηση, και δ) να προωθήσουν την ανάπτυξη υποστηρικτικών υπηρεσιών για τις γυναίκες. Οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να συνεργάζονται άμεσα με καταφύγια γυναικών και άλλες μη-κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη βία κατά των γυναικών και να επωφελούνται από την εμπειρία αυτών των ομάδων.¹⁹⁰

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το Fisher's Exact Test, ως προς την αντίληψή τους ότι τους ενδιαφέρει περισσότερο, ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των ασθενών τους παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 18,4% του συνολικού δείγματος συμφωνεί ως προς αυτή την αντίληψη. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται να ενισχύσει έναν από τους κυρίαρχους μύθους της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, μια και μελέτες θεωρούν ότι τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζονται συχνά με σωματικά προβλήματα, όπως: πονοκέφαλοι, πόνοι στην πύελο, γαστρεντερικά προβλήματα.¹⁹¹

Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν την ενδοοικογενειακή βία, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,282$), αποτέλεσμα που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 26,3% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να αναγνωρίζει την ενδοοικογενειακή βία. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα που διαπιστώνουν ότι η αναγνώριση είναι ένα δύσκολο θέμα ως προς τη σωστή προσέγγισή του, αλλά με την κατάλληλη κατάρτιση/εκπαίδευση θα έχει τα προσόντα να το κάνει καλά.¹⁹²

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να εντοπίζουν την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,063$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 18,7% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να εντοπίζει την κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα που θεωρούν ότι τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας

¹⁹⁰ Garcia-Moreno, C., 2002, ό.π.

¹⁹¹ United Nations Population Fund, 2001, New York, ό.π.

¹⁹² United Nations Population Fund, 2001, New York, ό.π.

παρουσιάζονται συχνά με σωματικά προβλήματα, όπως: πονοκέφαλοι, πόνοι στην πύελο, γαστρεντερικά προβλήματα.¹⁹³

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία, έδειξαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,008$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 22,7% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα που θεωρούν ότι η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.¹⁹⁴

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να παραπέμπουν κατάλληλα τα κακοποιημένα άτομα στις υπηρεσίες του νοσοκομείου τους και σε άλλους αρμόδιους φορείς, έδειξαν στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($P=0,000$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 16,0% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα που θεωρούν ότι η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.¹⁹⁵

Οι δύο ομάδες στη σύγκρισή τους, με το χ^2 του Pearson, ως προς την ικανότητά τους να παρέχουν τεκμηρίωση για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση στο φάκελο μίας ασθενούς, έδειξαν στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ($P=0,068$), αποτέλεσμα που δεν επαληθεύει οριακά την αρχική μας υπόθεση. Ποσοστό 24,0% του συνολικού δείγματος δεν αισθάνεται καθόλου σιγουριά να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια ασθενή που δηλώνει ότι υφίσταται ενδοοικογενειακή βία. Αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα που θεωρούν ότι η έλλειψη κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, συχνά, οδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται ανέτοιμοι/-ες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.¹⁹⁶

¹⁹³ United Nations Population Fund, 2001, New York, *ό.π.*

¹⁹⁴ Plichta, S., 2007, *ό.π.*

¹⁹⁵ Plichta, S., 2007, *ό.π.*

¹⁹⁶ Plichta, S., 2007, *ό.π.*

Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με τραυματισμό (μώλωπες, αμυχές κ.ά.) ένα ποσοστό της τάξης του 8,8% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά στους τραυματισμούς για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% που δεν διερευνά ποτέ τους τραυματισμούς για ενδοοικογενειακή βία. Έχει αναδειχθεί από ερευνητικά δεδομένα ότι ένα μεγάλο μέρος ερευνών καταδεικνύει ότι η γυναίκα που μοιράζεται τη ζωή της με έναν βίαιο σύντροφο, θα εμφανίσει σημαντικά προβλήματα υγείας. Η βία έχει συνδεθεί με πλήθος διαφορετικών επιπτώσεων για την υγεία, τόσο άμεσες - όπως οι τραυματισμοί.¹⁹⁷

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με χρόνια πυελικό άλγος, ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε χρόνια πυελικό άλγος για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 8,8% που δεν διερευνά ποτέ το χρόνια πυελικό άλγος για ενδοοικογενειακή βία. Οι χρόνιοι πυελικοί πόνοι είναι μία από τις πιο συχνές παθήσεις που εμφανίζουν οι κακοποιημένες γυναίκες.¹⁹⁸

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 1,8% που δεν διερευνά ποτέ το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, για ενδοοικογενειακή βία. Οι κακοποιημένες γυναίκες πάσχουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το οποίο συνδέεται με το χρόνια stress που βιώνουν. Η συγκεκριμένη διαταραχή αρχίζει να εμφανίζεται στην οξεία φάση της βίας και μπορεί να συνδέεται με πρότερη παιδική σεξουαλική κακοποίηση ή δύναται να συνυπάρχουν και τα δύο μαζί.¹⁹⁹

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με πονοκεφάλους, ένα ποσοστό της τάξης του 5,3% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε πονοκεφάλους για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 7,9% που δεν διερευνά ποτέ τους πονοκεφάλους, για ενδοοικογενειακή βία. Τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζονται συχνά με σωματικά προβλήματα, όπως πονοκεφάλους.²⁰⁰

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με κατάθλιψη/ανησυχία, ένα ποσοστό της τάξης του 11,4% επί του συνολικού

¹⁹⁷ Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., et al., 2000, ό.π.

¹⁹⁸ Campbell, J.C. & Soeken, K., 1999, ό.π.

¹⁹⁹ Leserman, J., et al., 1996, ό.π.

²⁰⁰ United Nations Population Fund, 2001, ό.π.

δείγματος πάντα διερευνά σε κατάθλιψη/ανησυχία για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 4,4% που δεν διερευνά ποτέ την κατάθλιψη/ανησυχία για ενδοοικογενειακή βία. Οι πιο γνωστές συνέπειες από την ενδοοικογενειακή βία, για την ψυχική υγεία της κακοποιημένης γυναίκας, είναι η κατάθλιψη, η οποία συνδέεται και με άλλους στρεσογόνους παράγοντες που εμπεριέχονται σε μια καταχρηστική σχέση.²⁰¹

Ως προς τη διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στην παρατήρηση ασθενών με ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών, κανένας επαγγελματίας υγείας δεν διερευνά σε ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών για ενδοοικογενειακή βία. Επίσης, η γενετική προδιάθεση για υπέρταση, ο τρόπος ζωής (κάπνισμα), το stress που υφίσταται η γυναίκα που βρίσκεται σε μια καταχρηστική σχέση είναι παράγοντες επιβαρυντικοί για καρδιαγγειακά νοσήματα.²⁰²

Ως προς την διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας στις εξετάσεις ρουτίνας (check-up) ασθενών, ένα ποσοστό της τάξης του 2,6% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε εξετάσεις ρουτίνας (check-up) για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 17,5% που δεν διερευνά ποτέ στις εξετάσεις ρουτίνας (check-up), για ενδοοικογενειακή βία. Ο έλεγχος ρουτίνας (screening), για πολλούς/-ές ερευνητές/-τριες, αποτελεί πρωταρχικό σημείο εκκίνησης για την προσέγγιση, όσον αφορά τους/τις επαγγελματίες υγείας, της ενδοοικογενειακής βίας. Οι ίδιοι/-ες χρησιμοποιούν συστηματικά το screening για μια σειρά από κοινές παθήσεις όπου η επίπτωση είναι μικρότερη ή παρόμοια με εκείνη της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.²⁰³ Πολλαπλές ανιχνεύσεις και έλεγχοι ρουτίνας (screening) από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όταν διεξάγονται πρόσωπο με πρόσωπο (face-to-face), αυξάνουν σημαντικά τον εντοπισμό της καταχρηστικής σχέσης, δίνεται η ευκαιρία για ταυτοποίηση και μπορούν να ασκήσουν παρέμβαση σε γυναίκες που παρουσιάζουν συμπτώματα, που γενικά δεν συνδέονται άμεσα με την ενδοοικογενειακή βία.²⁰⁴

Ως προς την διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε προγεννητικό έλεγχο, ένα ποσοστό της τάξης του 0,9% επί του συνολικού δείγματος πάντα διερευνά σε προγεννητικό έλεγχο, για ενδοοικογενειακή βία σε αντίθεση με ένα ποσοστό της τάξης του 18,4% που δεν διερευνά ποτέ σε προγεννητικό έλεγχο για ενδοοικογενειακή βία. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση, για τον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται κακοποίηση, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όταν νοσηλεύονται σε μαιευτικές ή γυναικολογικές κλινικές, όταν

²⁰¹ Cambell C.J., 2002, *ό.π.*

²⁰² Cambell, C.J., 2002, *ό.π.*

²⁰³ Dearwater SR., *ό.π.*

²⁰⁴ McFarlane J, 1995, *ό.π.*

απευθύνονται σε φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και σε υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.²⁰⁵

Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία

Στην ανοικτή ερώτηση «ποιες ερωτήσεις θα υποβάλλατε σε μια γυναίκα για να αναγνωρίσετε αν είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 55,3% επί του συνολικού δείγματος «ποια είναι τα αισθήματά σας για τον σύντροφό σας», σε ποσοστό 36,8% επί του συνολικού δείγματος «έχετε δεχτεί βία από μέλος της οικογένειας», σε ποσοστό 28,9% επί του συνολικού δείγματος «που οφείλονται οι τραυματισμοί σας» και σε ποσοστό 3,5% επί του συνολικού δείγματος «ιστορικό κατάχρησης ουσιών συντρόφου». Το πιο σημαντικό καθήκον του/της επαγγελματία υγείας είναι να ακούσει τις εμπειρίες της γυναίκας και να τη διαβεβαιώσει ότι αυτά που αισθάνεται είναι απόλυτα δικαιολογημένα και ότι η βία είναι έγκλημα. Πρέπει να εμπιστευτεί όσα αποκαλύπτει η γυναίκα και να της το δείξει μέσα από ένα συνδυασμό ενεργητικής ακρόασης και μη επικριτικής στάσης απέναντί της. Επιπλέον, ενημερώνει τη γυναίκα σχετικά με την επίδραση της βίας στα θύματα (π.χ. επίδραση στην ψυχολογική και σωματική της υγεία), καθώς και για τις δυνητικές επιπτώσεις στα παιδιά της.²⁰⁶

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 λόγους που σας δημιουργούν αυξημένη υποψία για την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 81,6% επί του συνολικού δείγματος «Μώλωπες-Τραυματισμοί», σε ποσοστό 62,3% επί του συνολικού δείγματος «Φόβος και Ενοχή», σε ποσοστό 55,3% επί του συνολικού δείγματος «Κατάθλιψη», σε ποσοστό 52,6% επί του συνολικού δείγματος «Ευερεθιστότητα» και σε ποσοστό 24,6% επί του συνολικού δείγματος «Επιθετικότητα στο άλλο φύλο». Επεισόδια σωματικής βίας χαρακτηρίζουν τις καταχρηστικές σχέσεις και οι γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν το ενδεχόμενο της κακοποίησης της γυναίκας, ιδιαίτερα, όταν οι εξηγήσεις που δίνονται για τις αιτίες που προκάλεσαν τους τραυματισμούς δεν είναι αξιόπιστες ή/και όταν υπάρχει καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.²⁰⁷

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 τρόπους που ένας/μία δράστης βίας μπορεί να ασκήσει έλεγχο στη/στο σύντροφό του/της» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 71,9% επί του συνολικού δείγματος «Ψυχολογική βία», σε ποσοστό 56,1% επί του συνολικού δείγματος «Εκβιασμός», σε ποσοστό 54,4% επί

²⁰⁵ Plichta S. ,1992, *ό.π*

²⁰⁶ SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, *ό.π.*, p. 378.

²⁰⁷ American Medical Association, , 1992, *ό.π.* , pp. 39-47.

του συνολικού δείγματος «Οικονομικός εκβιασμός», σε ποσοστό 50,9% επί του συνολικού δείγματος «Άσκηση σωματικής βίας», σε ποσοστό 31,6% επί του συνολικού δείγματος «Την κλειδώνει στο σπίτι» και σε ποσοστό 27,2% επί του συνολικού δείγματος «Απομόνωση από το πατρικό/οικογενειακό περιβάλλον». Ο όρος «βία κατά των γυναικών», που υιοθετήθηκε το 1995 στην 4^η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, «περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα, ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα, τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή...».²⁰⁸

Στην ανοικτή ερώτηση «Απαριθμήστε 4 τρόπους με τους οποίους εσείς μπορείτε να βοηθήσετε μία ασθενή που μόλις σας αποκάλυψε ότι κακοποιείται» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 65,8% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε Κέντρα κακοποίησης γυναικών», σε ποσοστό 57,9% επί του συνολικού δείγματος «Υποστήριξη από Επιτροπή Υγείας», σε ποσοστό 50% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου», σε ποσοστό 39,5% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε ψυχολόγο», σε ποσοστό 22,8% επί του συνολικού δείγματος «Βοήθεια από την αστυνομία», σε ποσοστό 22,8% επί του συνολικού δείγματος «Προτροπή να φύγει από το σπίτι» και σε ποσοστό 9,6% επί του συνολικού δείγματος «Παραπομπή σε ψυχίατρο». Μια γυναίκα θα πρέπει να συνεπικουρείται στον εντοπισμό των μέτρων ασφαλείας που μπορεί να προβεί, ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη σε περίπτωση ενός σοβαρού βίαιου επεισοδίου. Ένα πλάνο ασφάλειας περιλαμβάνει συγκεκριμένες δράσεις είτε όταν η γυναίκα εξακολουθεί να ζει με το βίαιο σύντροφο/σύζυγο, είτε όταν εκείνη έχει φύγει και υπάρχει συχνά ο κίνδυνος να κλιμακωθεί η βία και να μεταφερθεί και σε άλλα περιβάλλοντα, όπως για παράδειγμα το εργασιακό. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γυναίκες είναι καλύτερα να ζητήσουν τη συνδρομή ενός έμπειρου συμβούλου για την κατάρτιση ενός πλάνου ασφάλειας, οι επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια της ασφάλειας της γυναίκας που υφίσταται κακοποίηση, θα πρέπει να είναι αρκετά εξοικειωμένοι/-ες με τη σύνταξη ενός τέτοιου σχεδίου.²⁰⁹

Στην ανοικτή ερώτηση «Σημειώστε 4 πληροφορίες που πρέπει να καταγραφούν στους ιατρικούς φακέλους σχετικά με μία/έναν ασθενή που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία» οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: σε ποσοστό 51,8% επί του συνολικού δείγματος «Μώλωπες», σε ποσοστό 37,7% επί του συνολικού

²⁰⁸ Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2003, ;ό.π., σ. 10επ.

²⁰⁹ Βλ. σχετικά: The Family Violence Prevention Fund, 1996, ό.π., World Health Organization, 2005, ό.π., American Medical Association, 1992, ό.π., SOGC Clinical Practice Guidelines, 2005, ό.π.

δείγματος «Κατάθλιψη», σε ποσοστό 20,2% επί του συνολικού δείγματος «Οικονομική κατάσταση», σε ποσοστό 13,2% επί του συνολικού δείγματος «Κεφαλαλγίες», σε ποσοστό 8,8% επί του συνολικού δείγματος «Δυσκολία συγκέντρωσης», σε ποσοστό 7% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό κατάχρησης ουσιών», σε ποσοστό 6,1% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια», σε ποσοστό 1,8% επί του συνολικού δείγματος «Κάψιμο από τσιγάρα» και σε ποσοστό 1,8% επί του συνολικού δείγματος «Ιστορικό κατάχρησης ουσιών μελών οικογένειας». Η προσεκτική τεκμηρίωση των τραυμάτων και των συμπτωμάτων με τα οποία παρουσιάζεται μια γυναίκα, καθώς και το ιστορικό της καταχρηστικής σχέσης, είναι ένας άλλος τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν. Η τεκμηρίωση δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο τη φύση των τραυμάτων και των συμπτωμάτων, αλλά και την «ταυτότητα» του συντρόφου/συζύγου που ασκεί βία, καθώς και τη φύση της σχέσης με την ασθενή - μετά από μαρτυρία της ίδιας. Αυτό θα βοηθήσει και σε μελλοντική ιατρική παρακολούθηση (follow-up). Σε περίπτωση που η γυναίκα αναλαμβάνει νομική δράση, τα έγγραφα αυτά μπορεί να αποδειχτούν ισχυρό αποδεικτικό στοιχείο.²¹⁰

²¹⁰ World Health Organization, 2005, *ό.π.*, p. 28.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, είναι τα εξής:

Ο τερματισμός της βίας κατά των γυναικών θα επιτευχθεί μέσα από την αλλαγή εκείνων των κοινωνικών προτύπων, των πολιτισμικών συμπεριφορών και των πεποιθήσεων που επιτρέπουν στον άνδρα να εμμένει στην καταχρηστική συμπεριφορά απέναντι στη Γυναίκα. Αλλαγή μόνο στα κοινωνικά πρότυπα χωρίς την κοινωνική συνείδηση ότι οι βίαιες συμπεριφορές είναι λάθος, δεν θα οδηγήσει στην εξάλειψη της βίας. Αντιλήψεις ισχυρές όπως: οι άνδρες υπερτερούν έναντι των γυναικών, οι άνδρες έχουν δικαίωμα να «διορθώσουν» τη γυναικεία συμπεριφορά, το ξύλο είναι ο κατάλληλος τρόπος για την πειθαρχία των γυναικών, η «τιμή» του άνδρα συνδέεται με τη σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας, οι οικογενειακές υποθέσεις είναι ιδιωτικές, θα διαιωνίζουν τη βία κατά των γυναικών.

Οι ανισότητες μεταξύ γυναικών και ανδρών, που εμφανίζονται στις περισσότερες κοινωνίες, αντανakλώνται και στο χώρο της Υγείας. Για να ανταποκριθεί ο/η επαγγελματίας υγείας στις ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών, θα πρέπει να αντιμετωπίσει τα ζητήματα εξουσίας και κατάχρησης στη δική του/της ζωή, στην εργασία και στην κοινωνία. Εκτός από την κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας για τη βελτίωση των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων, τα προγράμματα εκπαίδευσης θα πρέπει να εστιάζουν στην παροχή βοήθειας στους/στις επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τις δικές τους αξίες και στάσεις έναντι της βίας κατά των γυναικών. Καινοτόμα προγράμματα εκπαίδευσης θα πρέπει να υλοποιηθούν, τα οποία θα ενσωματώνουν τη διάσταση του φύλου για να υπάρξουν ορατά αποτελέσματα στην αλλαγή στάσεων και πρακτικών στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών.

Σύμφωνα με τα λόγια γυναίκας, ακτιβίστριας για τα ανθρώπινα δικαιώματα:

«Μόνο όταν οι γυναίκες κερδίσουν τη θέση τους στην κοινωνία ως ισχυρά και ισότιμα μέλη της, η βία κατά των γυναικών δεν θα είναι πλέον η αθέατη πλευρά της ιδιωτικής ζωής της οικογένειας, αλλά, αντίθετα, μια συγκλονιστική διαστροφή.»

- Βλάχου, Β., Η βία κατά των γυναικών – Ερευνητικά δεδομένα, σύγχρονοι προβληματισμοί, *ΠοινΔικ*, 4/2006 (Έτος 9^ο), 471-475.
- Walker, E.L., *Όταν η αγάπη σκοτώνει*, μτφρ. Π. Μοσχοπούλου, Αθήνα: εκδ. Φυτράκη, 1997.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας, *Ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στις γυναίκες-θύματα βίας μέσα στην οικογένεια, οι οποίες απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα (Αθήνας-Πειραιά) της Γενικής Γραμματείας Ισότητας*, ΥΠΕΣΔΔΑ, Αθήνα 2006.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας, *Πόρισμα της Ομάδας Εργασίας του ΥΠΕΣΔΔΑ για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας και της Βίας κατά Συνοικούντων Προσώπων*, Αθήνα, 8/7/2005.
- Γενική Γραμματεία Ισότητας, *Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό Πλαίσιο για τον έλεγχο της προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, Φεβρουάριος 2003.
- Δασκαλάκης, Η., *Η εγκληματολογική σημασία του σκοτεινού αριθμού της εγκληματικότητας*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, εκδ. Ε.Κ.Κ.Ε, 1985.
- Ηνωμένα Έθνη (Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης), *4^η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, Πεκίνο, Κίνα 4-15 Σεπτεμβρίου 1995: Πλατφόρμα Δράσης και η Διακήρυξη του Πεκίνου*, 1996.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2000.
- Κέντρο Ερευνών και Ανάπτυξης, *Αποτελέσματα της έρευνας με θέμα: βία στην κυπριακή οικογένεια*, Λευκωσία, 2000.
- Μπουρντιέ, Π., *Η ανδρική κυριαρχία*, εκδ. Στάχυ, Αθήνα: 1999.
- Παπαγιαννοπούλου, Μ., Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα του ΚΕΘΙ, στο: Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ., Κατσική, Γ. & Μαρτικιάν-Γαζεριάν, Μπ. (επιμ.), *Ενδοοικογενειακή βία. Διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση*, Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: ΑΩεκδόσεις, 2008, σσ. 119-135.
- Παπαδακάκη, Μ., *Η αυτοεκτίμηση στην προσέγγιση της συντροφικής βίας*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2006.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα: Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", 2000.
- Παπαμιχαήλ, Στ., *Κοινωνικές αναπαραστάσεις της κακοποίησης των γυναικών από τους συζύγους/συντρόφους τους*, Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2005.
- Perttu, S. & Kaselitz, V., *Προσεγγίζοντας τη Συντροφική Βία. Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις Μαιευτικές Κλινικές*, Ελλάδα, 2006.
- Φαρσεδάκης, Ιακ., Αρτινοπούλου, Β., Παπαμιχαήλ, Στ., Κατσική, Γ., Ξυδοπούλου, Ε., & Ζουλιανάκη, Αφ., (συντονίστρια: Παπαγιαννοπούλου, Μ.), *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα*, Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας: Αθήνα 2003.

- Alexander, R., Wife-Battering: An Australian Perspective, *Journal of Family Violence*, 8(3), 1993, pp. 229-251.
- American Medical Association, Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence, *Arch Fam Med*, 1992, 1, pp. 39-47.
- Banks, E.M., Overlooked but Critical-Traumatic Brain Injury as a Consequence of Interpersonal Violence, *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), July 2007, pp. 290-298.
- Bard, M. & Zacker, J., Assaultiveness and alcohol use in family dispute, *Criminology*, 12 (3), 1974, pp. 281-293.
- Belsky, J., Child Maltreatment: An Ecological Integration, *American Psychologist*, 35, 1980, pp. 320-335.
- Bergman, B., Brismar, B., Suicide Attempts by Battered Wives, *Acta Psychiatr Scand*, 1991, 83, pp. 380-84.
- Bhandari, M., et al., Musculoskeletal Manifestations of Physical Abuse After Intimate Partner Violence, *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 6 (6), pp. 1473-1479.
- Briere, J., Predicting self-reported likelihood of battering: Attitudes and childhood experiences, *The Journal of Research in Personality*, 21, 1987, pp. 61-69.
- Brock, K., Stenzel, A., *When Men Murder Women: An Analysis of 1997 Homicide Data - Females Murdered by Males in Single Victim/Single Offender Incidents*, Washington, DC: Violence Policy Center, 1999.
- Bronfenbrenner, U., Towards an Experimental Ecology of Human Development, *American Psychologist*, 32, 1977, pp. 513-531.
- Browne, A., *When Battered Women Kill*. Boston: Northeastern University, 1987.
- Brownridge, D.A., Understanding Women's Heightened Risk of Violence in Common-law Unions, *Violence Against Women*, 10, 2004, pp. 626-651.
- Brownridge, D.A., Cultural Variation in Male Partner Violence against Women, *Violence against Women*, 8, 2002, pp. 87-115.
- Cambell, C.J., Health Consequences of Intimate Partner Violence, *Lancet*, 2002, 359, pp. 1331-1336.
- Campbell, C.J. et al., Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Arch Intern Med.*, 2002, 162, pp. 1157-1163.
- Campbell, C.J., Jones, A.S., Dienemann, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., et al., Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Arch Intern Med*, 2002, 162, pp. 1157-1163.
- Campbell, D., Sharps, P.W., Gary, F., Campbell, J.C., Lopez, L.M., Intimate Partner Violence in African American Women, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2002, 7(1).
- Campbell, C.J. & Soeken, K., Forced Sex and Intimate Partner Violence: Effects on Women's Health, *Violence against Women*, 1999, 5, pp. 1017-1035.
- Carlson, B.E., Causes and Maintenance of Domestic Violence: An Ecological Analysis, *Social Service Review*, 58, 1984, pp. 569-587.

- Carrillo, R., *Battered Dreams: Violence against Women as an Obstacle to Development*, New York, United Nations Development Fund for Women, 1992.
- Center for Health and Gender Equity for Population Reports, *Ending Violence Against Women*, Issues in World Health, Series L, n. 11., 1999.
- Chaulk, R. & King, P.A., *Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs*. Washington. DC., National Academy Press, 1998.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., et al., Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence, *Arch Fam Med.*, 2000, 9, pp. 451-457.
- Counts, D.A., Female Suicide and Wife Abuse in Cross Cultural Perspective, *Suicide Life Threat Behav*, 1987, 17, pp. 194-204.
- Crawford, M., Gartner, R., Dawson, M., *Intimate Femicide in Ontario, 1991-1994*, Toronto: Women We Honour Action Committee, 1997.
- Davidson, T., Wifebeating: A Recurring Phenomenon throughout History, στο: M. Roy, Van Nostrand Reinhold (eds.), *Battered Women: A Psychosocial Study of Domestic Violence*, New York, 1977, pp. 2-23.
- Dearwater, S.R., Coben, J.H., Campbell, J.C., Nah, G., Glass, N., McLoughlin, E., Bekemeier, B., Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments, *J A M A.*, 1998, 280, pp. 433-438.
- Dobash, R.E, Dobash R, *Violence against wives*, *The Free Press*, 1983.
- Dobash, R.E., & Dobash, R. *Violence against Women and Social Change*. London, New York: Routledge, 1992.
- Dobash, R.P., et al, Not an Ordinary Killer-Just an ordinary Guy: When Men Murder an Intimate Woman Partner, *Violence against Women*, 10, 2004, pp. 577-605.
- Dutton, M.A., The Dynamics of Domestic Violence: Understanding the Response from Battered Women, *Florida Bar Journal*, 68 (9), 1994, 24-26.
- Dutton, M.A., Post-Traumatic Stress Disorder among Battered Women: Analysis of Legal Implications, *Behav. Sci. & the Law*, 12, 1994, 215-219.
- Erez, E., Domestic Violence and the Criminal Justice System: An Overview, *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 7, 2002.
- Evans, P. *Verbal Abuse Survivors Speak Out*, Holbrook, Mass: Adams Media Corporation, 1993.
- Evans, P., *The Verbally Abusive Relationship: How to Recognize It and How to Respond*, Holbrook, Mass: Adams Media Corporation, 1992.
- Ferrante, A., Morgan, F., Indermaur, D. & Harding, R.W., *Measuring the Extent of Domestic Violence*, Hawkins Press, Sydney, 1996.
- Garbarino, J. & Crouter, A., Defining the Community Context for Parent-child Relations: The Correlates of Child Maltreatment, *Child Development*, 49, 1978, pp. 604-616.
- Garcia-Moreno, C., Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health-service Response to Violence against Women, *Lancet*, 2002, 359, pp. 1509-1514.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C.H., *Prevalence of Intimate Partner Violence: Findings from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, on behalf of the WHO Multi-country

- Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team Lancet 2006, 368, pp. 1260-1269.
- Gayford, J., Wife Battering: A Preliminary Survey of 100 Cases, *British Medical Journal*, 1, 1975, pp. 195-197.
- Gelles, R.J. & Cornell, C.P., *Intimate Violence in Families*, 3rd ed., Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997, pp. 38-39.
- Gelles, R.J., & Donileen, R.L. (eds.), *Current Controversies on Family Violence*, Newbury Park, CA: Sage, 1993.
- Gils-Sims, J., A Longitudinal Study of Battered Children and Battered Wives, *Journal of Applied Family and Child Studies*, 1985, 34(2).
- Hadley, S., Working with Battered Women in the Emergency Department: A Model Program, *Journal of Emergency Nursing*, 1992, 18 (1).
- Hagemann-White, C., *Combating Violence against Women, Stocktaking Study on the Measures and Actions Taken in Council of Europe Member States*, Directorate General of Human Rights, Strasbourg, 2006.
- Hart, S.D., Dutton, D.G. & Newlove, T., The Prevalence of Personality Disorder Among Wife Assaulters, *Journal of Personality Disorders*, 7, 1993, pp. 328-340.
- Heise, L., Violence against Women: An Integrated Ecological Framework, *Violence against Women*, 4, 1998, pp. 262-290.
- Heise, L.L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M., *Ending Violence against Women* Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Centre for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L., No. 11).
- Ieda, R., The Battered Woman, *Women and Therapy*, 5 (2), 1986, pp. 167-175.
- Jacobson, N.S. & Gottman, J.M., *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*, Simon & Schuster, N.Y., 1998, pp. 34-57.
- Jewkes, R., Intimate Partner Violence: Causes and Prevention, *Lancet*, 359, 2002, pp. 1423-1429.
- Jillson, I.A. & Scott, B., *Violence, Women and Alcohol: Reducing the Risks, Redressing the Consequences*, Department of Health & Human Services, Draft Report, Jan. 1996.
- Johnson, H. & Hotton, T., Spousal Violence, στο: Statistics Canada (eds.), *Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2001*, Statistics Canada, Ottawa: 2001, pp. 26-41.
- Johnson, H., Rethinking survey research on violence against women, στο: Dobash, R.E. & Dobash, R., *Rethinking violence against women*, London: Sage Publications, 1998, σσ. 26-28.
- Kaufman-Kantor, G. & Straus, M.A., The Drunken Bum Theory of wife Beating, *Social Problems*, 34 (3), 1987, pp. 213-230.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. and Lozano, R. (eds.), *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Leserman, J., et al., Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status, *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58, pp. 4-15.
- Levinson, D., *Family Violence in Cross-cultural Perspective*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.

- Lonsway, K.A., & Fitzgerald, L.F., Attitudinal Antecedents of Rape Myth Acceptance: A Theoretical and Empirical Examination, *Journal of Personality & Social Psychology*, 68(4), 1995, pp. 704-711.
- Loue, S., *Intimate Partner Violence: Societal, Medical, Legal and Individual Responses*. New York: Kluwer, 2001.
- MacMillan, L.H., et al., Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings, 2006, *JAMA*, 296 (5), pp. 530-536.
- MacMillan, R. & Gartner, R., When she Brings Home the Bacon: Labor-force Participation and the Risk of Spousal Violence against Women, *Journal of Marriage and the Family*, 61, 1999, pp. 947-958.
- McFarlane, J., Greenberg, L., Weltge, A., Watson, M., Identification of Abuse in Emergency Departments: Effectiveness of a Two-question Screening Tool, *J Emerg Nurs*, 1995, 21, pp. 391-394.
- Michalski, J.H., Making Sociological Sense out of Trends in Intimate Partner Violence: The Social Structure of Violence against Women, *Violence against Women*, 10, 2004, pp. 652-675.
- Mouzos, J. & Makkai, T., *Women's Experiences of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey IVAWS*, Research and Public Policy Series No. 56, Australian Institute of Criminology, Canberra, 2004.
- Neame, A. & Heenan, M., *What Lies behind the Hidden Figure of Sexual Assault? Issues of Prevalence and Disclosure*, Australian Centre for the Study of Sexual Assault, Briefing no.1, September 2003.
- Nicolaidis, Ch., Partner Interference with Health Care: Do We Want One More Piece of a Complex Puzzle?, *Society of General Internal Medicine*, 2007, 22, pp. 1216-1217.
- Nicolaidis, Ch., Curry, MA., Gerrity M., Measuring the Impact of the Voices of Survivors Program on Health Care Workers' Attitudes Toward Survivors of Intimate Partner Violence, 2005, *J GEN INTERN MED*, 20:731-737.
- Nosek, M.A., Howland, C.A., Young, M.E., Abuse of Women with Disabilities, *Journal of Disability Policy Studies*, 1997, 8, pp. 157-175.
- Okun, L., *History: The Empirical Literature. Results of Empirical Works*, στο: *Woman Abuse: Facts Replacing Myths*, State University of New York Press, Albany, N.Y., pp. 1-77, 254-271, 1986.
- Plichta, S., Implications Interactions between Victims of Intimate Partner Violence against Women and the Health Care System: Policy and Practice, *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (2), 2007, pp. 226-239.
- Plichta, S., The Effects of Woman Abuse on Health Care Utilization and Health Status: A Literature Review, *Women's Health*, 1992, 2, pp. 154-161.
- Rand, M.R., *Violence-related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments. Bureau of Justice Statistics special report*, Washington, DC: US Department of Justice, 1997.
- Ranjan, R., *Chronic Pain and Family - A Clinical Perspective*, Springer, 2006, 100-113.
- Rankin, L.B. et al, Mediators of Attachment Style, Social Support and Sense of Belonging in Predicting Woman Abuse by African-American Men, *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 2000, pp. 1060-1080.

- Rittmayer, J. & Roux, G., Relinquishing the Need to Fix it. Medical Intervention with Domestic Abuse, *Qualitative Health Research*, 1999, 9 (2), pp. 166-181.
- Robertiello, G., Common Mental Health Correlates of Domestic Violence, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2006, 6, pp. 111-121.
- Rosenbaum, A., Cohen, P. & Forstrom-Cohen, B., The Ecology of Domestic Aggression toward Adult Victims, στο: Ammerman, R. & Hersen, M. (Eds), *Case Studies in Family Violence*, New York: Plenum, 1991.
- Se'ver A., *Fleeing the House of Horrors: Women Who Have Left Abusive Partners*. Toronto: University of Toronto Press, 2002.
- Sheridan, J.D., Nash, R.K., Acute Injury Patterns of Intimate Partner Violence Victims, *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), July 2007, pp. 281-289.
- Sliwka, G. & Macdonald, J., *Pathways to Couple Violence – An Ecological Approach*, Men's Health Information & Resource Centre, University of Western Sydney, (paper presented by Gillian Sliwka at the 6th National Men's Health Conference, October 2005).
- Smith, L., *Domestic Violence*, Home Office Research Study No. 107, London, UK: Her Majesty's Stationery Office, 1989.
- Smith, M., Patriarchal Ideology and Wife Beating: A Test of a Feminist Hypothesis, *Violence and Victims*, 5, 1991, pp. 257-273. Yllo K., Through the Feminist Lens: Gender, Power and Violence, στο: R.J. Gelles & D.R. Loseke, *Current Controversies on Family Violence*, Newbury Park, Sage pub., 1993, pp. 47-52.
- SOGC Clinical Practice Guidelines, *Intimate Partner Violence Consensus Statement*, 2005, JOGC, no 157, pp. 365-388.
- Sorenson, S.B. & Wiebe, D.J., Weapons in the Lives of Battered Women, *American Journal of Public Health*, 94 (8), 1994, pp. 1412-1417.
- Sorenson, S.B. et al, Violence and Injury in Marital Arguments: Risk Patterns and Gender Differences, *American Journal of Public Health*, 86, 1996, pp. 35-40.
- Spinellis, C.D., *Crime in Greece in Perspective*, Athens, Sakkoulas pub., 1997.
- S.P.S.S. Base 16.0 (2008). Application Guide. U.S.A.: S.P.S.S. Inc. Illinois.
- Stevens, S., Cracking the Case: Your Role in Forensic Nursing, *Nursing*, 2004, 34 (11).
- Stith, S.M., The Intergenerational Transmission of Spouse Abuse: A Meta-analysis, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 2000, pp. 640-654.
- Sugg, N.K. & Inui, T., Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. Opening Pandora's Box, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267 (23), pp. 3157-3160.
- The Family Violence Prevention Fund, *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*, San Francisco, 1996.
- The Family Violence Prevention Fund, *Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening*, San Francisco, 1999.
- Tjaden, P. & Thoennes, N., *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women*, November 2000, NCJ 183781, Findings from the National Violence against Women Survey.

- Tolan, P.H. & Guerra, N.G., *What Works in Reducing Adolescent Violence: An Empirical Review of the Field*, Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
- Trainor, C. et al, Spousal Violence, στο: *Statistics Canada (eds.), Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2002*, Statistics Canada, Ottawa: 2002, pp. 6-25.
- UNHCR, *Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations*, Geneva: UNHCR, 2001.
- Unicef, *Domestic Violence against Women and Girls*, Innocenti Digest, No. 6, June 2000, 2-28.
- United Nations Population Fund, *A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide For Health Care Providers and Managers*, 2001, New York.
- United Nations, *The United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women*, General Assembly Resolution, December 1993.
- Van Husselt V.B. (ed.), *Handbook of family violence*, Premium Press, New York and London, 1988.
- Walker, L., *The Battered Woman*, New York: Harper & Row, 1979.
- WHO Library Cataloguing in Publication Data, *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals: Module on Gender-based Violence*, World Health Organization, 2005.
- Winstok, Z., Toward an Interactional Perspective on Intimate Partner Violence, *Aggression and Violent Behavior*, 12, 2007, pp. 348-363.
- World Health Organization, *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes. A Sourcebook for Health Professionals (Module on Gender-Based Violence)*, WHO, 2005.
- World Health Organization, *World Report on Violence and Health*, Geneva: WHO, 2002.