



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΝΔΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ
ΣΥΖΥΓΟ/ΣΥΝΤΡΟΦΟ**

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Τσάγκα Ουρανία

Τσομπανούδη Βασιλική

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΔΑΣΚΟΥΣΑ:

Παπαγιαννοπούλου Ευρυδίκη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
•Ιστορική αναδρομή της βίας	7
•Το μέγεθος του προβλήματος	9
ΜΕΡΟΣ Ι.....	11
1.ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ.....	11
1.1.Ο κύκλος της βίας.....	11
1.2.Μορφές ενδοοικογενειακής βίας.....	13
2.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ	16
3.ΠΡΟΦΙΛ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ.....	19
3.1.Ο βίαιος άνδρας	19
3.2.Η κακοποιημένη γυναίκα	20
4.ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ.....	23
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	28
1.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	28
2.ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
3.ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΝΔΟ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	32
4.ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	34
4.1.Φραγμοί στο σύστημα υγείας.....	34
4.2.Προσωπικοί φραγμοί του θύματος.....	35
5.ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	37
6.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	39
6.1.Πρωτογενής πρόληψη	39
6.2.Δευτερογενής πρόληψη	41
6.3.Τριτογενής πρόληψη	42
7.ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	44
7.1.Αντιμετώπιση των εμποδίων.....	45
7.2.Διάγνωση και Κλινικά Ευρήματα	48
7.3.Λήψη Ιστορικού.....	50
7.4.Πλάνο Ασφαλείας.....	59
8.ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ	64
9.ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	67
10.ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ COVID-19.....	69

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ.....	71
1.ΣΚΟΠΟΣ.....	71
2.ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	71
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72
4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η άσκηση βίας κατά των γυναικών από το σύντροφο, γενικότερα, είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό και σύνθετο πρόβλημα το οποίο αφορά περισσότερο από ποτέ τις σύγχρονες κοινωνίες και για αυτόν τον λόγο η εκδήλωσή της αποτελεί πεδίο ερμηνείας και διερεύνηση καθώς σχετίζεται με πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αναζήτηση και η μελέτη βιβλιογραφίας σχετικά με το πώς οι επαγγελματίες υγείας προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών.

Υλικό-Μέθοδος: Για τη διεκπεραίωση της εργασίας μας χρησιμοποιήθηκαν 115 ερευνητικά άρθρα τα οποία αναζητήθηκαν σε μηχανές αναζήτησης όπως το PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν τις γνώσεις και την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας ως προς την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών, την αντιμετώπιση της από αυτούς, τις δράσεις στον τομέα της υγείας αλλά και τους φραγμούς, καθώς και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα περιστατικά βίας.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε προκύπτει ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο το οποίο χρήζει αντιμετώπισης από τον τομέα της υγείας, αλλά υπάρχει μεγάλο κενό ως προς την κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη, την διάγνωση και την αντιμετώπιση της.

Λέξεις-κλειδιά: συντροφική βία, ενδοοικογενειακή βία, γυναίκες, εντοπισμός, πλάνο ασφαλείας, νοσηλευτική, νοσηλευτική φροντίδα, αντιμετώπιση, πρόληψη

ABSTRACT

Background: Generally, violence against women from their partner, is a particularly important and complicated problem that is more of a concern in modern societies and for this reason its manifestation is a field who needs interpretation and study, as it is related to many different factors.

Aim: The purpose of this survey was to search and study literature on how health professionals can prevent and care domestic violence against women

Methods: To carry out our workpaper we used 115 research articles which were found during a search in engines such as PubMed and Google Scholar.

Results: The results of this study are related with the knowledge and the attitude that the healthcare providers have to the domestic violence against women, the treatment that they can provide, action which can be done to prevent domestic violence and difficulties that the healthcare providers have, in addition, education of healthcare providers for domestic violence is mentioned.

Conclusions: During this survey, we can conclude that domestic violence is an important social problem which needs treatment from the health system, but there is a huge gap in healthcare provides' appropriate skills education for prevention, diagnosis and treatment of domestic violence against women.

Keywords: intimate partner violence, domestic violence, women, identification, safety planning, nurse, nursing care, treatment, prevention

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα φαινόμενο που κάνει συνεχώς αισθητή την εμφάνιση του στην επικαιρότητα παγκοσμίως και αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας. Ανάλογα τον τόπο, την κουλτούρα και τη χρονική περίοδο φαίνεται ότι η οικογένεια αλλάζει δομή και έννοια με την πάροδο του χρόνου. Παραδοσιακά, οικογένεια θεωρούνταν τα άτομα τα οποία συνδέονταν με νομικούς ή βιολογικούς δεσμούς, δηλαδή τα άτομα αποτελούσαν μία οικογένεια μέσα στα πλαίσια του γάμου, της υιοθεσίας, της γέννας και της κηδεμονίας. Παρόλα αυτά μετά τη δεκαετία του '80 επικρατεί μια διαφορετική ιδεολογία, η οποία ξεφεύγει από τα πλαίσια της παράδοσης (Stanhope, 2016). “Η οικογένεια περιλαμβάνει δύο ή περισσότερα άτομα που εξαρτώνται το ένα από το άλλο για τη συναισθηματική, φυσική και οικονομική επιβίωση. Τα μέλη της οικογένειας αυτό-προσδιορίζονται.” (Kaakinen et al., 2010)

Η οικογενειακή υγεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι υπό ακατάλληλες συνθήκες οδηγούν τα μέλη ή και ολόκληρη την οικογένεια σε έλλειψη υγείας. Τέτοιοι παράγοντες έχουν σχέση με το άτομο, την οικογένεια, το περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται αυτή και μπορεί να είναι κοινωνικοί, οικονομικοί, βιολογικοί και ότι άλλο σχετίζεται και επηρεάζει τη ζωή των ατόμων (Stanhope, 2016).

Καθώς η ενδοοικογενειακή βία έχει επιπτώσεις στην υγεία τόσο της οικογένειας όσο και του ατόμου, θεωρήθηκε επίκαιρο θέμα το οποίο χρήζει προβληματισμού, μελέτης και αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας. Ο λόγος που επιλέχτηκε η διερεύνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας, με θέμα την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών, είναι ότι την πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι γυναίκες είναι το κύριο θύμα μέσα στην οικογένεια.

Φαίνεται ότι στον παγκόσμιο γυναικείο πληθυσμό ένα ποσοστό του 30% έχει υποστεί κάποια μορφή βίας από τον σύντροφο τους, ενώ όσον αφορά το θάνατο των γυναικών, το ποσοστό ανέρχεται στο 38% από δολοφονία εκ του συντρόφου (WHO, 2017).

Επιπλέον, η βία κατά των γυναικών δεν αφορά μόνο την οικογενειακή και ατομική υγεία, αλλά αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τη δημόσια υγεία (Gomes et al, 2015). Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις χώρες και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις ανεξαρτήτως οικονομικού, ηλικιακού ή πολιτισμικού επιπέδου και προσβάλλει κυρίως την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμηση των γυναικών. Η βία μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και πολιτικό, κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο και

ουσιαστικά είναι μια από τις πιο σημαντικές μορφές παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αφού στερεί το δικαίωμα της ισότητας μεταξύ αδρών και γυναικών (Unicef., 2000).

- **Ιστορική αναδρομή της βίας**

Η βία δεν αφορά μόνο την σύγχρονη εποχή αλλά οι ρίζες τις απλώνονται στα βάθη των αιώνων, από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Οι βίαιες συμπεριφορές εκδηλώνονταν προς κάθε ομάδα γυναικών, ανεξαρτήτου ηλικίας.

Στη Βίβλο αναφέρεται η κατηγορία της γυναίκας με το προπατορικό αμάρτημα. Από εκείνη τη στιγμή και μετά, ως τιμωρία αυτή θα ήταν υποχείριο του άνδρα (Γένεσης, 3:16).

Η γυναίκα στην αρχαιότητα και για πολλούς αιώνες μέχρι την σύγχρονη ιστορία φαίνεται ότι ήταν ιδιοκτησία του άνδρα. Σε όλη την διάρκεια της καταγεγραμμένης ιστορίας μέχρι τον 15ο αιώνα, η βρεφοκτονία δεν καταδικαζόταν, συνεπώς, από τη γέννηση, υπήρχε ήδη η φυλετική ανισότητα, εξαιτίας της οποίας πολλές φορές δεν δινόταν σε όλα τα θηλυκά βρέφη το δικαίωμα να ζήσουν, αφού θεωρούνταν οικονομικό βάρος για τον πατέρα. Ο τρόπος με τον οποίο ανατρεφόταν ένα κορίτσι, αποδεικνύει ότι η γυναίκα δεν είχε κανένα δικαίωμα στην κοινωνία παρά μόνο η συντήρηση του νοικοκυριού, η ανατροφή των παιδιών και η ικανοποίηση των αναγκών του άντρα. Ακόμα και ο γάμος μιας γυναίκας, ο οποίος γινόταν σε πολύ μικρή ηλικία στερώντας της το δικαίωμα στην παιδική αθωότητα, αποτελούσε ένα είδος συναλλαγής αφού η προίκα ήταν ο κύριος παράγοντας για την επιλογή νύφης. Η γυναίκα δεν είχε ποτέ το δικαίωμα να εκφέρει άποψη και τα συναισθήματα της δεν είχαν καμία σημασία σε ένα ανδροκρατικό καθεστώς (Καλογερόπουλος, 2003).

Κατά τον 15^ο αιώνα επικρατούσε εκκλησιαστικός νόμος που σχετιζόταν με τους γάμους, ο οποίος έδινε το δικαίωμα στους άνδρες να τιμωρούν οι ίδιοι τη γυναίκα τους με σωματική βία υποστηρίζοντας ότι αυτός ήταν ο τρόπος να σωθεί η ψυχή της από την αμαρτία. Δηλαδή δόθηκε στον άνδρα η δικαιολογία ότι η κακοποίηση έχει ιερό σκοπό και δεν αφορά το θυμό του (Schornstein, 1997).

Σχεδόν τρεις αιώνες αργότερα, στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, την περίοδο της Γαλλικής επανάστασης, γεννήθηκε η ιδέα του φεμινισμού δίνοντας στις γυναίκες την ευκαιρία να εκφράσουν τις επιθυμίες τους μέσα από ένα τετράδιο παραπόνων. Αργότερα τον ίδιο αιώνα, ακολούθησε μία διακήρυξη των δικαιωμάτων των γυναικών η οποία αφορούσε τόσο πολιτικά

και αστικά δικαιώματα όσο και ιδεολογικούς λόγους στους οποίους βασίζονται τα γυναικεία αιτήματα (Freedman, 2007: Harne and Radford, 2008: Messner, 2015: Dhawan, 2017).

Παρόλο που η ιδέα του φεμινισμού διαδόθηκε μέχρι την Αγγλία, στο πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα, σύμφωνα με το αγγλικό δίκαιο, θεσπίστηκε ένας νόμος που ονομάστηκε «the rule of thumb» «ο κανόνας του αντίχειρα» και είχε ακριβώς αυτό το νόημα. Ο άνδρας είχε το δικαίωμα να κακοποιεί με βέργα τη σύζυγό του, με την προϋπόθεση ότι η ράβδος που θα χρησιμοποιούσε δεν μπορούσε να είναι μεγαλύτερη από τη διάμετρο του αντίχειρά του σε πάχος (Nies & McEwen, 2013: Schornstein, 1997: Corbally, 2001).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον ναπολεόντειο αστικό κώδικα ο οποίος επικρατούσε σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, η ανδρική εξουσία στην οικογένεια έφτασε στο ζενίθ δίνοντας το ελεύθερο στον άνδρα να κακοποιεί τη γυναίκα του, θέτοντας αιτία διαζυγίου μόνο την περίπτωση όπου υπάρχει το αδίκημα της απόπειρας ανθρωποκτονίας. Το ίδιο συνέβαινε και στην άλλη μεριά του πλανήτη όπου σύμφωνα με το ανώτατο δικαστήριο του Μισισσιπή ο άνδρας μπορούσε να βιαιοπραγεί επάνω στη γυναίκα του αλλά δεν είχε το δικαίωμα να τη σκοτώσει (Dhawan, 2017).

Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, το φεμινιστικό κίνημα αναζωπυρώθηκε, αυτή τη φορά στην Αγγλία όπου ξεκίνησε ένας μεγάλος αγώνας απόκτησης δικαιώματος ψήφου για τη γυναίκα. Το δικαίωμα αυτό όμως, κατακτήθηκε μετά τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο όταν οι Αγγλίδες απέκτησαν δικαίωμα ψήφου το 1918. Παράλληλα, την ίδια χρονική περίοδο αγώνας για τα γυναικεία δικαιώματα γινόταν και στην άλλη μεριά του πλανήτη με της Αμερικανίδες να κατακτούν το στόχο τους δύο χρόνια αργότερα, το 1920 (Freedman, 2007: Dhawan, 2017).

Τον 20^ο αιώνα το κίνημα αυτό διαδόθηκε σε όλο τον πλανήτη και ήταν η αφετηρία για την αναγνώριση των γυναικείων δικαιωμάτων σε κάθε επίπεδο (πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό). Αν και θεσπίστηκαν νόμοι υπέρ της γυναικείας ανεξαρτησίας και οι απόψεις αλλάζουν όσον αφορά την συντροφική βία, σε πολλά κράτη πατριαρχικού χαρακτήρα συνεχίζεται η κακοποίηση των γυναικών (Freedman, 2007: Dhawan, 2017). Φαίνεται ότι η κοινωνία ακόμα και τώρα τον 21^ο αιώνα αλλάζει με πολύ αργούς ρυθμούς όταν έχει να κάνει με αυτό το θέμα. Μέχρι και σήμερα υπάρχει ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών η οποία αποτελεί πράξη συνήθειας όντας απομεινάρη μίας άλλης εποχής. Δυστυχώς, δεν έχει γίνει αποδεκτό ότι η βία καταπατά πρωτίτως τα ανθρώπινα δικαιώματα και δεν αποτελεί ένα ατομικό πρόβλημα αλλά ένα φαινόμενο που επηρεάζει τη δημόσια υγεία και δεν αφορά πλέον την ανδρική ισχύ έναντι των γυναικών (Messner, 2015).

- **Το μέγεθος του προβλήματος**

Πριν το 2000, ένα ποσοστό του 16-41% των γυναικών παγκοσμίως ανέφεραν σωματική βία από τον σύντροφό τους (UNHCR, 2001).

Το 2001, ενήλικες γυναίκες σε ποσοστό 14,8% έπεσαν θύματα βιασμού ενώ 2,8% αυτών έζησαν μία απόπειρα βιασμού. Το 22% των γυναικών βίωσαν σωματική κακοποίηση ενώ το 52,3% κατέληξαν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (UNHCR, 2001).

Το 2003, ο επιπολασμός της βίας κατά των γυναικών ήταν στο 38-66% για σωματική κακοποίηση, το 19-37% για ψυχολογική βία και το 17-33% υπέστη σεξουαλική κακοποίηση (Gracia & Merlo, 2016).

Το 2008, 1 στις 4 γυναίκες βιάζεται και δέχεται σωματική επίθεση από το σύντροφό της τουλάχιστον μία φορά στη ζωή της. Το 3-19% αναφέρουν ότι έχουν κακοποιηθεί την περίοδο της εγκυμοσύνης (Sharps et al., 2008). Το 16% των εγκύων γυναικών έφεραν στον κόσμο μωρά χαμηλού βάρους λόγω ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Παγκοσμίως, το 35% των γυναικών υπέστη σωματική ή σεξουαλική βία ενώ στις 100 δολοφονίες γυναικών οι 38 οφείλονταν σε συντροφική κακοποίηση (World Health Organization, 2013).

Το 2012, ένα ποσοστό του 13-61% των γυναικών, ανέφερε ότι έχει κακοποιηθεί σωματικά από σύντροφο, το 6-59% υπέστη σεξουαλική βία ενώ το 20-75% των γυναικών δέχτηκε ψυχολογική βία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια συντροφικής σχέσης. Όσον αφορά τη φυγή από το σπίτι, ένα ποσοστό του 19-51% απομακρύνθηκε για τουλάχιστον ένα βράδυ ενώ το 8-21% απομακρύνθηκε για 2 έως 5 βράδια από την οικία (World Health Organization, 2012).

Το 2013, σε παγκόσμιο επίπεδο το 30% των γυναικών έζησαν κακοποίηση ενώ ένα 38,6% των γυναικών δολοφονήθηκαν από το σύντροφό τους (Gracia & Merlo, 2016).

Το 2015, μόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρθηκαν 215.000 εγκλήματα βίας εκ των οποίων το ένα τρίτο αποτελούσε βιασμό κοριτσιών και γυναικών. Δηλαδή, 9 στις 10 γυναίκες έπεσαν θύματα βιασμού από κάποιο σύντροφο (Eurostat, 2015).

Το 2017, παγκοσμίως το ένα τρίτο των γυναικών υπέστησαν διάφορες μορφές βίας από κάποιον σύντροφο κατά τη διάρκεια της σχέσης τους. Σε χώρες με υψηλό οικονομικό επίπεδο καταγράφηκε ενδοοικογενειακή βία στο 23, 2% των γυναικών, σε περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού το ποσοστό ήταν 24,6% ενώ στην Ανατολική Μεσόγειο ήταν 37%. Τέλος, στις

περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας το ποσοστό των κακοποιημένων γυναικών ανήλθε στο 37,7%, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο το 38% των δολοφονιών που καταγράφηκαν αφορούσε συντροφική κακοποίηση (World Health Organization, 2017).

Το 2019, ο επιπολασμός την συντροφικής βίας κατά των γυναικών ήταν 37,3%. Το 47,1% ανέφερε συναισθηματική κακοποίηση ενώ σεξουαλική κακοποίηση το 16,4%, το 32,4% σωματική κακοποίηση εκ της οποίας το 23,2% ήταν σε σοβαρό επίπεδο, και το 9,7% εξέφρασε καταδίωξη. Σε κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού, οι γυναίκες είχαν βιώσει ενδοοικογενειακή κακοποίηση σε ποσοστό 53%, ενώ το 35% αυτών δήλωσε εξαναγκασμό για εγκυμοσύνη (Lutgendorf, 2019).

Το 2020, η 1 στις 4 γυναίκες δέχονται συντροφική σωματική βία, η 1 στις 3 γυναίκες βιώνουν σεξουαλική παρενόχληση ενώ η 1 στις 6 έχουν καταδιωχτεί από κάποιο σύντροφο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σχεδόν 1,5 εκατομμύριο γυναίκες βιάζονται ή δέχονται επίθεση από κάποιον σύντροφο κάθε χρόνο. Αναφέρεται ότι η κακοποίηση των εγκύων είναι συχνότερη με 325.000 έγκυες γυναίκες να βιώνουν ενδοοικογενειακή κακοποίηση κάθε χρόνο. Δηλαδή ένα ποσοστό του 30% των εγκύων βιώνει ψυχολογική κακοποίηση, ένα 15% δέχεται σωματική βία και ένα 8% κακοποιείται σεξουαλικά (Huecker & Smock, 2020)

ΜΕΡΟΣ Ι

1. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ

Γενικά, ως ενδοοικογενειακή βία ορίζεται “ η βίαη συμπεριφορά μεταξύ ατόμων που έχουν δεσμό συγγένειας ή ανήκουν στο ίδιο σπιτικό. Περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχολογική κακοποίηση και την παραμέληση των παιδιών, τη βία μεταξύ συντρόφων και την κακοποίηση των ηλικιωμένων” (Eby and Brown, 2010).

Ειδικότερα, η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών από ερωτικό σύντροφο, σύμφωνα με τους Νικολαΐδη και Σταυριανάκη, 2009 ορίζεται ως “το σύνολο επιθετικών και πειθαναγκαστικών συμπεριφορών που διαπράττονται από κάποιον που έχει, είχε ή επιθυμεί να έχει ερωτική σχέση με ένα ενήλικο ή έφηβο άτομο, με μοναδικό στόχο τον έλεγχο του ενός συντρόφου από τον άλλο”. Ενώ, σε αυτό συμφωνεί και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2017 καθώς αναφέρει ότι κάθε συμπεριφορά η οποία προκαλεί ή δύναται να δημιουργήσει κάθε είδους σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη, αποτελούν βία από τον σύντροφο προς τη γυναίκα.

1.1.Ο κύκλος της βίας

Σύμφωνα με την Marie, 2006, η ενδοοικογενειακή-ενδοσυζυγική βία παρουσιάζεται σε μια μορφή κύκλου. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται να εκδηλώνονται σε όλες τις βίαιες σχέσεις οι συγκεκριμένες φάσεις αυτού του κύκλου.

Η κυκλική βία, όπως προσδιορίζεται και από την ονομασία της, αποτελεί ένα μοτίβο κύκλων που αναγνωρίζει τέσσερις φάσεις εξέλιξης και χαρακτηρίζεται από συνεχή επανάληψη. Οι τέσσερις αυτές φάσεις αναγνωρίζουν μεγάλες αποκλίσεις στη συμπεριφορά του συζύγου προς τη γυναίκα του, καθώς αυτό το είδος βίας κατασταλάζει προοδευτικά μέσα στο ζευγάρι, και έτσι αφομοιώνεται ως τρόπος ζωής από την γυναίκα (Hirigoyen, 2006: Huecker & Smock, 2020).

Την πρώτη φάση αποτελεί η **ένταση**, δηλαδή μία κατάσταση οξυθυμίας από μεριάς του συντρόφου που αφορά προβλήματα της καθημερινότητας. Παρόλα αυτά, εμφανίζεται έμμεσα, από τις εκφράσεις του προσώπου του, όπως επιθετικά βλέμματα και την αλλαγή του τόνου της φωνής. Ακόμα και η σιωπή, όμως, μπορεί να είναι αποτέλεσμα εχθρότητας προς την σύντροφό του. Σε αυτή τη φάση, ο άνδρας εναποθέτει το βάρος των προβλημάτων του στη γυναίκα, με αποτέλεσμα η ίδια εκδηλώνοντας το ενδιαφέρον της με απανωτές ερωτήσεις, να καταλήγει

κατηγορούμενη και γεμάτη ενοχές για την “γκρίνια” της (Hirigoyen, 2006: Hendricks & Hendricks, 2014).

Δεύτερη φάση του κύκλου αποτελεί η **επιθετικότητα**. Εδώ ξεκινάει να εμφανίζεται η απουσία αυτοέλεγχου από τη μεριά του άνδρα, ο οποίος θέλοντας να εκτονωθεί, εκφοβίζει τη γυναίκα με φωνές, απειλητικά υπονοούμενα και σπάσιμο αντικειμένων. Σταδιακά, αυτό μετατρέπεται σε σωματική κακοποίηση της γυναίκας, που εκδηλώνεται με επιθετικές χειρονομίες όπως σπρωξίματα, γροθιές ή κατάγματα άνω άκρων. Πολύ πιθανή είναι και η εμφάνιση σεξουαλικής βίας, καθώς ο άνδρας νοιώθει ότι με αυτή την επιβολή του στη γυναίκα, ανακουφίζει τα αρνητικά συναισθήματά του και ικανοποιεί τον ανδρικό του εγωισμό. Η αντίδραση της γυναίκας σε αυτή τη συμπεριφορά δεν είναι τίποτα άλλο παρά υποταγή, που προέρχεται από αισθήματα θλίψης, αδυναμία άμυνας και φόβο επερχόμενης παρόμοιας συμπεριφοράς (Hirigoyen, 2006: Huecker & Smock, 2019).

Στην τρίτη φάση έρχεται το **αίσθημα της μεταμέλειας** του άνδρα, υπάρχει δηλαδή μια αλλαγή στη συμπεριφορά του με συχνό αίτημα τη συγχώρεση αλλά και όρκους μετάνοιας, που παραπέμπει σε τύψεις. Γι’ αυτό το λόγο, προσπαθεί να δικαιολογηθεί στον εαυτό του ρίχνοντας το φταίξιμο είτε στη συμπεριφορά της γυναίκας είτε σε εξωτερικούς παράγοντες όπως παραδείγματος χάρη οι άσχημες εργασιακές συνθήκες, η κούραση ακόμα και το ποτό. Σε αυτή την περίπτωση, η γυναίκα νοιώθει ξανά ότι είναι αυτή υπεύθυνη για την βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου, και δημιουργεί ένα κλίμα αποδεκτό από τον άνδρα, αλλάζοντας τη δική της συμπεριφορά, για την αποφυγή επανάληψης της κακοποίησής της (Hirigoyen, 2006: Hendricks & Hendricks, 2014).

Τελευταία έρχεται η **φάση της συμφιλίωσης**. Σε αυτό το στάδιο, το οποίο κάποιοι χαρακτηρίζουν ως “μήνα του μέλιτος”, ο άνδρας προσπαθεί να ξανακερδίσει τη γυναίκα του, και η συμπεριφορά του γίνεται τέτοια ώστε αυτή να νομίζει ότι έχει επανέλθει ο έρωτας του πρώτου καιρού της σχέσης τους. Φαίνεται, ότι ο άνδρας γίνεται πιο ρομαντικός και στοργικός, όχι όμως από τύψεις, αλλά από φόβο ότι θα τον εγκαταλείψει. Αποτέλεσμα αυτού, η γυναίκα να ελπίζει στην αληθινή μεταμέλεια του άνδρα και ότι η αγάπη της και η ανοχή της στην επιθετική συμπεριφορά θα γιατρέψει τη σχέση τους (Hirigoyen, 2006: Hendricks & Hendricks, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Τα τέσσερα αυτά στάδια, απαρτίζουν έναν ολοκληρωμένο κύκλο βίας, ο οποίος επαναλαμβάνεται ξανά και ξανά, όταν η βία έχει γίνει πλέον μόνιμος τρόπος ζωής και δεν αποτελεί απλά συμβάντα της καθημερινότητας. Με το πέρασμα του χρόνου, το μοτίβο αυτό

αλλάζει και οι φάσεις της μεταμέλειας και της συμφιλίωσης σταδιακά εξαφανίζονται, δίνοντας τη θέση τους στις φάσεις της έκρηξης. Από την άλλη μεριά, για τη γυναίκα η κακοποίηση γίνεται συνήθεια, και τα όρια ανοχής και αντοχής αυξάνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να θέτει τον εαυτό της σε κίνδυνο (Hirigoyen, 2006).

1.2.Μορφές ενδοοικογενειακής βίας

Ανάλογα με την πολιτισμική ιδεολογία του κάθε λαού, η γυναίκα, από τη γέννηση της ακόμα, διαφοροποιείται από τον άνδρα, και υιοθετεί συγκεκριμένες αρχές, που αφορούν συμπεριφορές σχετικά με την υπομονή, την υπακοή και την υποταγή προς το ανδρικό φύλλο και κατ' επέκταση τον σύντροφό της (Albuquerque Netto et al., 2015).

Βάση στατιστικών των Stanhope και Lancaster, 2013, η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι το πιο συχνό φαινόμενο σε σχέση με την κακοποίηση άλλων μελών της οικογένειας.

Φαίνεται ότι η ανισότητα μεταξύ των δύο φύλλων που προϋπήρχε της αναγνώρισης των δικαιωμάτων ισότητας της γυναίκας με τον άνδρα, έχει αφήσει κατάλοιπα σε ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτή η φυλετική ανισότητα, έχει δημιουργήσει μία ιδέα - κίνητρο βιαιοπραγίας από το αρσενικό στο θηλυκό από πολύ μικρή ηλικία, με αποτέλεσμα τα ποσοστά βίας μεταξύ των δύο, να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, με το προβάδισμα να ανήκει στις γυναίκες (Τατά Αρσέλ et al., 2008).

Υποστηρίζεται και είναι αποδεδειγμένο ότι η βία κατά των γυναικών αποτελεί στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και κατ' επέκταση καταπάτηση αυτών από το θύτη. Μπορεί στα αυτιά της κοινωνίας να ακούγεται μηδαμινό και να είναι αποδεκτό, παρόλα αυτά η κατάσταση αυτή θα πρέπει να προκαλεί μεγάλη ανησυχία, αφού ο θύτης είναι άτομο οικείο και αγαπητό, και όχι κάποιος ξένος. Εκτός αυτού, η βία θα αποτελεί πάντα ένα κρίσιμο σημείο στην καθημερινότητα μιας γυναίκας, επειδή *“είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει πολύ συχνά, αλλά κοινοποιείται πολύ σπάνια”* (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009).

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών από το σύντροφό τους, θα χαρακτηριζόταν με μεγάλη ευκολία ως πολυμορφική, αφού απαρτίζεται από πολλές μορφές - κατηγορίες, οι οποίες μπορεί να ασκούνται μεμονωμένα ή κάθε μια ή ταυτόχρονα. Πιο συχνές μορφές της συντροφικής βίας αφορούν σωματικούς, σεξουαλικούς, ψυχολογικούς και οικονομικούς τομείς στην καθημερινότητα ενός ζευγαριού (Τατά Αρσέλ et al., 2008).

Η *σωματική βία* αφορά όλες τις χειρονομίες που ασκούνται εις βάρος των γυναικών από το σύντροφο τους και έχουν σχέση με τη σωματική ακεραιότητα. Οι πράξεις που συνθέτουν αυτή τη μορφή κακοποίησης, μπορεί να διακυμαίνονται από ήπιες κινήσεις εχθρότητας όπως ένα σπρώξιμο, πιο δύσκολες καταστάσεις με έντονες χειρονομίες όπως χτυπήματα στον κορμό, στα άνω και κάτω άκρα αλλά και στο κεφάλι, ενώ δύναται να καταλήξει ακόμη και σε απόπειρα δολοφονίας με διάφορους τρόπους όπως ο στραγγαλισμός και οι επιθέσεις με όπλα ή αιχμηρά αντικείμενα. Παραδείγματα τέτοιων πράξεων είναι οι γροθιές, οι κλοτσιές, το τράβηγμα των μαλλιών, η περιστροφή των χεριών, το δάγκωμα και το κάψιμο (ΓΓΟΠΙΦ, 2014., 2008: Albuquerque Netto et al., 2015).

Η *σεξουαλική βία* περιγράφεται ως μία κατάσταση εξαναγκασμού του θύματος να ενδώσει σε σεξουαλικές πράξεις παρά τη θέληση του. Δυστυχώς είναι μια μορφή που ανιχνεύεται πολύ δύσκολα, αφού από πολλές γυναίκες δεν θεωρείται βία αλλά υποχρέωση τους προς το σύντροφο κι έτσι αποφεύγουν να αναφερθούν σε αυτήν. Ακόμη και στις μέρες μας, μετά από τόσες προσπάθειες εξάλειψης της σεξουαλικής βίας μέσα στο ζευγάρι, φαίνεται ότι ο δρόμος είναι μακρής, και από την παρενόχληση φτάνουμε στην εκμετάλλευση της γυναίκας με συνεχή βιασμό μέσα στο γάμο της. Ενέργειες που εντάσσονται στον σεξουαλικό τομέα αποτελούν η σεξουαλική παρενόχληση, ο εξαναγκασμός για ερωτική συνέυρεση, η επίμονη ενόχληση, η ζήλια αλλά και η παρακολούθηση. Μεγάλο μέρος της σεξουαλικής βίας αποτελεί επίσης η καταναγκαστική πορνεία (trafficking) αλλά και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με σκοπό τη χειραγωγή της γυναίκας μέσω του παιδιού (Hirigoyen, 2003: Eby and Brown, 2010: Stanhope and Lancaster, 2013: ΓΓΟΠΙΦ, 2014)

Η *ψυχολογική βία* αποτελεί ίσως την πιο πολύπλοκη μορφή κακοποίησης της γυναίκας (Τατά Αρσέλ, 2008). Όπως αναφέρει η Hirigoyen, 2003, είναι ένας ύπουλος συναισθηματικός πόλεμος με μεγάλη διάρκεια, από τον οποίο το θύμα ξεφεύγει με μεγάλη δυσκολία. Η ψυχική καταπίεση που δέχεται η γυναίκα από το σύντροφο της, είναι ουσιαστικά μία αόρατη παγίδα για την ίδια αλλά και για τον περίγυρό της, αφού σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μορφές, τα αποτελέσματά της γίνονται εμφανή όταν είναι ήδη αργά για το ψυχισμό του θύματος (Echeburúa & Muñoz, 2017). Ο συναισθηματικός κόσμος της γυναίκας κλονίζεται από διάφορα εχθρικά λεκτικά και μη λεκτικά ερεθίσματα και από τυχόν ηθική ταπείνωση στον περίγυρο. Κάποιες συμπεριφορές που αποσκοπούν στην κατάρρευση του θύματος είναι, στοιχεία επικοινωνίας όπως το άγριο βλέμμα, η εχθρική στάση σώματος, το ειρωνικό ύφος, ο απότομος τόνος φωνής, οι χειρονομίες θυμού, τα απειλητικά λόγια με σκοπό την υποταγή και η καταστροφή προσωπικών αντικειμένων, τα οποία μεταδίδουν μηνύματα ανασφάλειας και

φόβου στο θύμα. Επιπρόσθετα, ο δράστης συνήθως χρησιμοποιεί υβριστικούς χαρακτηρισμούς, γελοιοποιεί, εξευτελίζει, συκοφαντεί και δυσφημίζει το θύμα είτε ιδιαιτέρως είτε σε κοινή θέα. Δεν θα μπορούσε να παραληφθεί το γεγονός ότι ο θύτης απαγορεύει στο θύμα να έχει προσωπικό χώρο και χρόνο, και υποχρεώνει τη γυναίκα σε κοινωνική και οικογενειακή απομόνωση καθώς της στερεί εξόδους από το σπίτι, συναντήσεις με φίλους και συγγενείς ενώ παράλληλα εκμεταλλεύεται τα παιδιά εναντίον της. (Αρτινοπούλου, 2003: Τατά Αρσέλ, 2008: Echeburúa & Muñoz, 2017)

Η *οικονομική βία* θεωρείται η χρηματική εκμετάλλευση εις βάρος των εργαζόμενων γυναικών από το σύζυγο αλλά και η απομόνωση της από κάποια πηγή εσόδων. Η παρεμπόδιση πρόσβασης σε οικονομικούς πόρους, οδηγεί συνήθως σε οικονομική καταστροφή της γυναίκας και εξάρτηση από το σύντροφο της. Πιο συγκεκριμένα η βία από οικονομικής απόψεως , αφορά αποστέρηση πόρων που δικαιωματικά ανήκουν στο θύμα όπως εισόδημα και ιδιοκτησίες, οικονομική εκμετάλλευση της γυναίκας για ιδιοχρησία του θύτη ακόμη και απαγόρευση επαγγελματικής απασχόλησης. Τέλος οικονομική βία αποτελεί η απομόνωση του θύματος από αναγκαία αγαθά όπως η τροφή, η ένδυση, η στέγαση, η ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη.(Τατά Αρσέλ et al., 2008: ΓΓΟΠΠΦ, 2014).

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές οπτικές γωνίες από τις οποίες μπορεί να αναλυθεί το φαινόμενο της βίας μέσα στην οικογένεια. Κάποιες από αυτές έχουν στο κέντρο την ίδια την οικογένεια και τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων ενώ άλλες ασχολούνται καθαρά με το άτομο και τις πεποιθήσεις αυτού (Lawson, 2012). Δυστυχώς, είναι πολύ δύσκολο να αποσαφηνιστούν και να προσδιοριστούν τα αίτια που προκαλούν και διατηρούν την βία μέσα σε ένα ζευγάρι. Παράγοντες που έχουν βασικό ρόλο στην κακοποίηση, κυμαίνονται από την ατομική αντίληψη των καταστάσεων μέχρι την κοινωνική διαπαιδαγώγηση των ατόμων και αφορούν τόσο τις αντιλήψεις ανισότητας των δύο φύλλων και το μορφωτικό επίπεδο, όσο και τη συναισθηματική κατάσταση του ζευγαριού (Νικολαΐδης και Σταυριανάκη, 2009: Echeburúa & Muñoz, 2017).

Υφίστανται τρεις τομείς με βάση τους οποίους είναι πιο πιθανή η επιθετική συμπεριφορά μέσα στην οικογένεια. Αν τους κατατάξουμε σε μία κλίμακα, φαίνεται ότι από το γενικότερο πλαίσιο οδεύουμε στο ειδικότερο, έχοντας τρεις υπαίτιους: την κοινωνία, την συζυγική σχέση και την ατομική συμπεριφορά. Οι παράγοντες που αφορούν αυτές τις κατηγορίες, είτε μεμονωμένοι είτε όταν συνυπάρχουν αποτελούν μεγάλο κίνητρο πράξεων βίας (Krahe, 2018: Huecker & Smock 2020).

Όσον αφορά την κοινωνική οπτική γωνία, έχει παρατηρηθεί ότι σε κοινωνίες με συντηρητική πατριαρχική ιδεολογία τα ποσοστά βίας ενάντια των γυναικών ανέρχονται σε υψηλά επίπεδα αφού η ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων είναι αρκετά ισχυρή (Sen & Bolsoy, 2017: Krahe, 2018). Επιπλέον, η ελλιπής κοινωνική και νομική κάλυψη του φαινομένου φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αύξησή του, αφού η ατιμωρησία του δράστη για τις πράξεις του εντείνει την βιαιοπραγία ενώ η προστασία των γυναικών σε τέτοιες καταστάσεις είναι σχεδόν ανύπαρκτη (Τατά Αρσέλ et al., 2008). Τέλος, η ενημέρωση της κοινότητας πάνω στα ζητήματα βίας αλλά και η εκπαίδευση που προσφέρεται είναι μηδαμινή, με αποτέλεσμα τα άτομα να μεγαλώνουν με λανθασμένα πρότυπα που αντικατοπτρίζουν το παρελθόν και όχι το μέλλον (Fonseca-Machado et al., 2015: Huecker & Smock 2020).

Ανάμεσα στην κοινωνία και το άτομο, βρίσκεται η αλληλεπίδραση που έχουν τα άτομα μέσα σε μία σχέση. Σε αυτό το κομμάτι, ανήκουν στοιχεία του ζευγαριού που επηρεάζουν άμεσα τα δύο μέλη του (Krahe, 2018). Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ζεύγους, είναι πιθανό να εντείνουν εκτονώσεις βίας από τον άνδρα στη γυναίκα. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν πιο εύκολα όταν το ζευγάρι παντρεύεται από πολύ μικρή ηλικία, ή όταν τα χρόνια έγγαμου βίου είναι πολλά, ενώ φαίνεται ότι ακόμα και εκτός γάμου η συμβίωση πολλές φορές μπορεί

να είναι προβληματική. Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαφορές μεταξύ του ζευγαριού στον οικονομικό, στον εκπαιδευτικό και στον εργασιακό τομέα, δύναται να προκαλέσουν διαμάχες μέσα στην οικογένεια (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009). Ένα πολύ σημαντικό και διαδεδομένο χαρακτηριστικό που διεγείρει τα εχθρικά αισθήματα μέσα στο ζευγάρι είναι το τρίτο πρόσωπο που πιθανώς μπαίνει ανάμεσά στους δύο, κι αυτό αφορά δύο μεγάλες κατηγορίες. Είτε αναφέρεται σε εξωσυζυγικές σχέσεις, που είναι λογικό να αναστατώνουν την ενδοσυζυγική ικανοποίηση- εμπιστοσύνη, είτε αφορά τον ερχομό ενός νέου μέλους, το οποίο αντί να φέρει τη χαρά, δημιουργεί κλίμα αλλαγής με ανασφάλεια και ζήλια (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009: Huecker & Smock, 2020).

Τελευταίο κομμάτι σε αυτό το τρίπτυχο αποτελεί το άτομο, το οποίο είναι ξεκάθαρα το βασικότερο πiónι στην ενδοοικογενειακή βία είτε ως δράστης, είτε ως θύμα. Είναι αποδεδειγμένο ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά είναι αποτέλεσμα πολλών επιρροών που έχουν σχέση τόσο με την ανάθρεψη του ατόμου, την κοινωνία, τα δημογραφικά του στοιχεία αλλά και την ψυχολογική του υπόσταση (Krahe, 2018). Κάποια βασικά στοιχεία τα οποία συναντώνται επί το πλείστον σε άτομα εμπλεκόμενα σε συμβάντα βίας έχουν σχέση με την ηλικία, την εκπαίδευση και με το οικονομικό επίπεδο του καθενός. Επιπλέον, άτομα που έχουν στο παρελθόν βιώσει ή ήταν παρόντες σε σκληρές κακοποίησης, είναι πιθανότερο να εμπλακούν ξανά σε κάποιο συμβάν. Ενώ, σημαντικό ρόλο αποτελεί τυχών ψυχική διαταραχή των εμπλεκόμενων ατόμων, που επηρεάζει τη ψυχολογική υγεία του ζευγαριού, αλλά και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσών που μειώνει άμεσα την αισθητική και νοητική αντίληψη του ατόμου (Jewkes, 2002: Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009: Krahe, 2018).

Συγκεκριμένα, οι πιο συνήθεις καταστάσεις κινδύνου για εμφάνιση κακοποίησης κατά των γυναικών είναι οι εξής:

- Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του ενός ή και των δύο μελών.
- Η μαρτυρία ή η έκθεση σε προηγούμενο επεισόδιο βίας κατά την παιδική ηλικία.
- Οι ενδοοικογενειακές διαμάχες και η κακή επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού.
- Οι διαταραχές προσωπικότητας και η μειωμένη αντίληψη των καταστάσεων του ενός από τους δύο.
- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση του άνδρα που δημιουργεί θυμό και ζήλια ή της γυναίκας που δημιουργεί φόβο, ταπείνωση και ανεκτικότητα.

- Το τρίτο πρόσωπο μέσα στη σχέση των δύο π.χ. εξωσυζυγική σχέση ή εγκυμοσύνη.
- Η κατάχρηση ουσιών όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά τα οποία εντείνουν την επιθετικότητα και μειώνουν την αντίληψη.
- Το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας και η επαγγελματική κατάσταση των μελών αυτής (ανεργία, φτώχεια).
- Η συναισθηματική ή οικονομική εξάρτηση του ενός από τον άλλον σύντροφο.
- Οι συντηρητικές κοινωνικές πεποιθήσεις που θέλουν τη θέση της γυναίκας κατώτερη σε σύγκριση με το ανδρικό φύλλο.
- Η ανύπαρκτη νομική κάλυψη της γυναίκας και η ατιμωρησία των βιαιοπραγιών του άνδρα.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά δεν κάνουν την εμφάνισή τους σε όλα τα περιστατικά βίας, παρόλα αυτά έχουν ενοχοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό αφού υπάρχει τεράστια πιθανότητα να εμφανιστεί βιαιοπραγία κατά των γυναικών όταν εμφανίζονται. Η ικανότητα αντίληψης των παραπάνω καταστάσεων, μας βοηθάει να προλάβουμε ένα νέο επεισόδιο ενδοοικογενειακής βίας το οποίο μπορεί να έχει άμεσα αρνητικές συνέπειες στα εμπλεκόμενα μέλη (Mamo et al, 2015; WHO, 2017; Νικολαΐδης και Σταυριανάκη, 2009) .

3. ΠΡΟΦΙΛ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ

Βάση των ιστορικών γεγονότων, φαίνεται ότι από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα ο διαχωρισμός των δύο φύλλων ως προς το χαρακτηριστικό της βίας παραμένει αναλλοίωτος. Τα παιδιά από μικρή ηλικία διαχωρίζονται με βάση το φύλλο τους και “εκπαιδεύονται” για τη συμπεριφορά τους. Είναι γεγονός ότι οι άντρες από την παιδική ηλικία ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν τη βία με κάθε τρόπο είτε μεταξύ τους είτε πάνω στο αντίθετο φύλλο, ενώ οι γυναίκες μαθαίνουν να υποτάσσονται στον άνδρα και χάνουν το δικαίωμα χρήσης της βίας (Anderson, 2005).

3.1.Ο βίαιος άνδρας

Δυστυχώς, οι έρευνες που αφορούν τον άνδρα-δράστη στην ενδοοικογενειακή βία, δεν είναι πολλές. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι έχουν εντοπιστεί αρκετά χαρακτηριστικά στοιχεία τα οποία συναντώνται σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής κακοποίησης όταν ο άνδρας αποτελεί το θύτη (Τατά Αρσέλ, 2008).

Μπορεί στο γενικότερο πλαίσιο, ο άνδρας να εικονίζεται ως το κακοποιό στοιχείο το οποίο ταλαιπωρεί την γυναίκα του, αλλά αν διεisdύσουμε στον ψυχισμό του, βλέπουμε ότι το φορτίο είναι μεγαλύτερο και αφορά πολλά κομμάτια της ζωής του (Τατά Αρσέλ, 2008). Συνήθως, ο άνδρας **έχει τάσεις κυριαρχίας**, οι οποίες εκδηλώνονται με τρόπο τέτοιο ώστε αποζητά **το δικαίωμα ελέγχου και κυριαρχίας** πάνω στο κορμί αλλά και στη συμπεριφορά της γυναίκας του, σαν αυτή να είναι αντικείμενο και όχι ανθρώπινο ον. Η **ιδεολογία της ανισότητας** μεταξύ των δύο φύλλων είναι το πρωταρχικό κίνητρο του, ούτως ώστε να κακοποιήσει τη γυναίκα του (WHO, 2017). Το πιστεύω αυτό έχει τις ρίζες του συνήθως στην πατριαρχική ιεράρχηση των ρόλων των φύλλων και ενστερνίζεται τη παραδοσιακή εικόνα για την αντρική κυριαρχία μέσα στην οικογένεια (ΓΓΟΠΙΦ, 2014).

Ωστόσο, ψυχολογικοί παράγοντες τον επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό, δημιουργώντας έναν επιθετικό χαρακτήρα. Αν ξεκινήσουμε από τα ενδότερα του κόσμου του, είναι συχνό φαινόμενο, ο άνδρας που κακοποιεί τη γυναίκα του, να **έχει στερηθεί φροντίδας και προσοχής** κυρίως από τη μητέρα του όντας μικρό παιδί, πράγμα που αναζητά μανιωδώς από τη γυναίκα που έχει δίπλα του (Τατά Αρσέλ, 2008). Επιπρόσθετα, κοινό χαρακτηριστικό των ανδρών που κακοποιούν τη σύντροφό τους, αποτελεί το **χαμηλό επίπεδο μόρφωσης** αλλά και η **ανεπαρκής επαγγελματική κατάσταση** τους, γεγονός που τους κάνει αδύναμους μπροστά στη γυναίκα τους και τους δημιουργεί ζήλια και κατωτερότητα (Huecker & Smock, 2020).

Ακόμη, επιρροές που δέχονται από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το άγχος και οι πιέσεις της καθημερινότητας, πλάθουν **αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης** στον άνδρα, με αποτέλεσμα αυτός να ξεσπά στη γυναίκα του, με τη βία να αποτελεί έναν αντιροπιστικό μηχανισμό εξάλειψης αυτών των συναισθημάτων.(Αρτινοπούλου, 2003). Συν αυτού, η **ερωτική ζήλια** του άνδρα προς τη γυναίκα, μπορεί να ερμηνευθεί από αυτόν ως εκδήλωση της αγάπης που τρέφει για αυτήν και σε αρχικά στάδια μπορεί να τη γοητεύσει. Παρόλα αυτά, αυτή η κατάσταση αποτελεί παράγωγο της κατωτερότητας που νοιώθει ο άνδρας, φοβούμενος την εγκατάλειψη, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε παρανοϊκή ζήλια (Αρτινοπούλου, 2003: Τατά Αρσέλ, 2008).

Τέλος, ο άνδρας- δράστης ξεχωρίζει από την **κακή διαχείριση του θυμού** του αλλά και από την **έλλειψη αντίληψης των πράξεων του**. Είναι σύνηθες, να αντιλαμβάνεται τις βίαιες ενέργειες του ως ασήμαντο γεγονός ή απάντηση σε κάποια πρόκληση της γυναίκας θεωρώντας την υπεύθυνη για αυτή του τη συμπεριφορά (Τατά Αρσέλ, 2008: Huecker & Smock, 20220)

3.2.Η κακοποιημένη γυναίκα

Καθώς η γυναίκα πιστεύεται ότι είναι το αδύναμο φύλλο μέσα σε μια σχέση, είναι αποδεκτό από το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας, το ότι δεν απομακρύνεται από αυτήν όταν δέχεται βίαιη συμπεριφορά. Αλλά όταν ένα ανθρώπινο ον βασανίζεται μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, γεννάται η απορία. Γιατί η κακοποιημένη γυναίκα συνεχίζει να δέχεται τη βία; (Δρούγα κ.α., 2001)

Η γυναίκα που βιώνει καταστάσεις κακοποίησης, στιγματίζεται από τις αντιλήψεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο έχει μεγαλώσει. Ουσιαστικά, όσο πιο πατριαρχική είναι η κοινωνία, τόσο και η γυναίκα έχει την πεποίθηση ότι **ο ρόλος της στην οικογένεια είναι υποδεέστερος** του άνδρα. Εξαιτίας αυτού, φαίνεται ότι η γυναίκα δεν αντιλαμβάνεται τη βία ως βία αλλά **αντιδρά παθητικά** και αποδέχεται πράξεις κακοποίησης σαν κάτι το φυσιολογικό. Από μικρή ηλικία εκπαιδεύεται έτσι ώστε να γίνει η καλή σύζυγος και μητέρα, η οποία θα έκανε τα πάντα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του συντρόφου της, έτσι ώστε να εκπληρώσει αυτό το σκοπό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να βιώνει **αισθήματα κατωτερότητας και υποταγής** προς στο σύζυγό της αλλά και την οδηγεί σε **πτώση του ηθικού και της αυτοεκτίμησης** της όταν δεν τα καταφέρνει ως σύζυγος ή όταν ο σύντροφός της την κάνει να το νομίζει αυτό (Αρτινοπούλου, 2003:Hendricks & Hendricks, 2014).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των κακοποιημένων γυναικών είναι το **ιστορικό προηγούμενης κακοποίησης**. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι μόνο οι ίδιες έχουν δεχτεί βία αλλά μπορεί απλά να ήταν παρούσες σε περιστατικά κακοποίησης μέσα στην οικογένεια όντας παιδιά. Παραδείγματος χάρη, η ανοχή της μητέρας του θύματος στη βία, υποσυνείδητα δημιουργεί στην κόρη αισθήματα υποταγής και αδυναμίας ως προς το αντίθετο φύλλο τα οποία εμφανίζονται όταν η ίδια θα γίνει θύμα κακοποίησης (WHO, 2017).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, οι γυναίκες που γίνονται θύματα βίας έχουν συνήθως **χαμηλά επίπεδα μόρφωσης**, αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο (WHO, 2017). Είναι κοινώς αποδεκτό ότι γενικότερα οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο γίνονται θύματα καταχρηστικών συμπεριφορών και συνήθως έχουν πλήρη άγνοια των δικαιωμάτων τους. Η άγνοια αυτή τις οδηγεί στην αποτροπή έκφρασης των συναισθημάτων τους αλλά και τις κάνει να νομίζουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο όπου κανείς δεν μπορεί να τις βοηθήσει (Αρτινοπούλου, 2003: Hendricks & Hendricks, 2014).

Συνεχίζοντας, η γυναίκα-θύμα αδυνατεί να εγκαταλείψει τον βίαιο σύντροφο εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών. Αυτό είναι από τα συνηθέστερα φαινόμενα, καθώς η γυναίκα προσκολλάται πάνω στο σύντροφο της και δεν επιχειρεί να ξεφύγει από την κακοποίηση από τη στιγμή που νοιώθει **οικονομικά αδύναμη και εξαρτημένη** από αυτόν. Η κατάσταση αυτή, είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί όταν υπάρχει έλλειψη αμειβόμενης εργασίας για τη γυναίκα αλλά και αδυναμία εύρεσης ή συντήρησης μίας νέας κατοικίας σε περίπτωση που θέλει να εγκαταλείψει το σύντροφό της. Συν αυτών, όταν η γυναίκα είναι παράλληλα μητέρα τα πράγματα γίνονται ακόμη δυσκολότερα για εκείνη. Η σκέψη ότι δεν θα μπορέσει να αναθρέψει τα παιδιά της μόνη, της δημιουργεί αισθήματα εξάρτησης από το σύντροφο της σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, απομακρύνοντας από το μυαλό της τη σκέψη της εγκατάλειψης (Δρούγα κ.α., 2001).

Συμπληρωματικά, τα θύματα κακοποίησης διακρίνονται από ένα ακόμη στοιχείο, **την μοναχικότητα**. Φαίνεται, ότι η βιαιοπραγία κατά των γυναικών είναι ένα ζήτημα το οποίο το θύμα δύσκολα μπορεί να εκμυστηρευτεί σε ένα τρίτο άτομο. Η αποδοχή των γεγονότων από τον κοινωνικό περίγυρο και την οικογένεια αποτελεί μία άβολη κατάσταση για τη γυναίκα-θύμα και την οδηγεί, όχι άδικα, στην κοινωνική της απομόνωση, αφού εκφράζοντας τα προβλήματά της, περισσότερο κατακρίνεται η ίδια παρά βοηθιέται. Εν τέλη, η γυναίκα αποθαρρύνεται για μία προσπάθεια φυγής και απομάκρυνσης από την θύτη, και καταλήγει να

δέχεται την κακοποίησή της, μένοντας μόνη και αποκομμένη από κάθε δικό της άνθρωπο (Δρούγα κ.α., 2001: Αρτινοπούλου, 2003).

4. ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ

Με την πάροδο του χρόνου, πιστεύεται ότι οι κοινωνίες, αλλά και ανθρώπινες σχέσεις μέσα σε αυτές, μεταβάλλονται και βελτιώνονται. Υποτίθεται, ότι με αυτή τη διαδικασία, οι αντιλήψεις και τα στερεότυπα που υπάρχουν, προσαρμόζονται και αντιπροσωπεύουν τα δεδομένα της σύγχρονης εποχής. Όταν μιλάμε για βία, πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι ο άνθρωπος είναι αναγκαίο να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται σωστά έτσι ώστε να αποβάλλει οποιοδήποτε λανθασμένο πρότυπο. Δυστυχώς, όσον αφορά το φαινόμενο της κακοποίησης των γυναικών, τα στερεότυπα αυτά είτε μένουν προσκολλημένα στο παρελθόν είτε αναπτύσσονται με λανθασμένο τρόπο, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να εντείνεται, βασιζόμενο σε μυθοπλασίες που δεν έχουν καμία υπόσταση (Hendricks & Hendricks, 2014).

Σύμφωνα με έρευνες, φαίνεται ότι η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών είναι ένα έντονο παγκόσμιο φαινόμενο, όπου στην Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο, η θνησιμότητα αγγίζει τις πενήντα γυναίκες εβδομαδιαίως, καθόλου μικρός αριθμός (Γ.Γ.Ο.Π.Ι.Φ., 2017).

✱ Μύθος 1: Δεν ασκούν βία μόνο οι άντρες αλλά και οι γυναίκες.

- ✓ Είναι γεγονός ότι, πολλές φορές, οι γυναίκες έχουν βίαιη συμπεριφορά κατά των συζύγων τους, συνήθως όμως είναι κάτι που το κάνουν έτσι ώστε να αμυνθούν στην βία που δέχονται από αυτούς. Συγκριτικά, η βία που ασκούν σε καμία περίπτωση δεν έχει την ίδια έκταση, δύναμη και επιπτώσεις με αυτή που δέχονται οι ίδιες (Αρτινοπούλου, 2003). Αυτό οφείλεται, από τη μία πλευρά στη φυσική διάπλαση, που αφορά τη σωματική και μυϊκή δύναμη και από την άλλη πλευρά στα κοινωνικά πρότυπα, που θέλουν τον άνδρα στυλοβάτη και κυρίαρχο της οικογένειας, ο οποίος έχει το δικαίωμα να επιβληθεί στην γυναίκα και να ασκήσει κάθε μορφής βίας. Στατιστικά, η γυναίκα έχει περισσότερες από τις διπλάσιες πιθανότητες να δεχτεί βία από το σύντροφό της, πράγμα που αποδεικνύεται μέσα από μελέτες (Leung, 2019).

✱ Μύθος 2: Δεν υπάρχει βία μέσα στο γάμο, μόνο ένας ξένος μπορεί να προκαλέσει βία.

- ✓ Αυτός ο μύθος έχει δημιουργηθεί από το γεγονός ότι στο παρελθόν οι άνδρες είχαν κάθε δικαίωμα πάνω στο σώμα των συζύγων τους, με αποτέλεσμα η οποιαδήποτε κακοποίηση να μη θεωρείται κακούργημα. Αυτό ενσωματώθηκε στο γάμο μέσα στο χρόνο και έτσι οι γυναίκες δεν αντιλαμβάνονται τη βία ως βία όντας παντρεμένες. Στις

μέρες μας η βία αποτελεί παράπτωμα το οποίο καταπατά τα ανθρώπινα δικαιώματα από κάθε άποψη (Jenkins, 2016). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία όμως, τα ποσοστά κακοποίησης μέσα στο γάμο είναι αυξημένα σε σύγκριση με αυτά που εμφανίζονται εκτός σχέσης, αφού οι συζευγμένες γυναίκες που δέχονται βία ανέρχονται στο 50% ενώ οι άγαμες μόλις στο 11% (Γ.Γ.Ο.Π.Ι.Φ., 2017).

*** Μύθος 3: Δεν είναι βία αν δεν έχει σωματικά σημάδια.**

- ✓ Είναι πολλοί αυτοί που πιστεύουν ότι μία γυναίκα δεν έχει δεχτεί βία από τη στιγμή που δεν έχει πάνω της σωματικά τραύματα και σημάδια. Αυτό το γεγονός είναι πολύ λυπηρό, καθώς φαίνεται ότι ο κόσμος είναι ελλιπώς ενημερωμένος για την κακοποίηση των γυναικών. Ακόμα και οι ίδιες οι γυναίκες-θύματα, υπάρχει περίπτωση να μην αντιληφθούν τις μορφές βίας που δεν έχουν σχέση με το σώμα (Liu, 2013). Εξ ορισμού, πλέον, της ενδοοικογενειακής βίας πρέπει να είναι κοινώς αποδεκτό ότι κάθε είδος επιθετικής συμπεριφοράς και κατάχρησης αποτελεί κακοποίηση προς τη γυναίκα και αφορά άμεσα, εκτός από τον σωματικό τομέα, τον σεξουαλικό, τον ψυχολογικό και τον οικονομικό τομέα (WHO, 2017).

*** Μύθος 4: Η ενδοοικογενειακή βία εμφανίζεται μόνο σε οικογένειες με χαμηλό οικονομικό εισόδημα.**

- ✓ Στην πραγματικότητα η βία δεν αφορά μόνο οικογένειες με χαμηλό οικονομικό εισόδημα ή ανεργία, αλλά όλα τα οικονομικά-κοινωνικά στρώματα. Ο μύθος αυτός στηρίζεται στο γεγονός ότι, η κακοποίηση στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, γίνεται γρηγορότερα γνωστή μέσω των υπηρεσιών αστυνόμευσης και κοινωνικής πρόνοιας όπου το θύμα επιλέγει να ζητήσει βοήθεια. Αντίθετα σε οικογένειες που είναι οικονομικά ευκατάστατες, οι γυναίκες-θύματα επιλέγουν να μην μιλήσουν, εξαιτίας της καλής οικονομικής και κοινωνικής τους θέσης, φοβούμενες την ντροπή που θα νιώσουν από τον περίγυρο τους και τις βλαβερές συνέπειες που μπορεί να έχει στην σταδιοδρομία τους στον επαγγελματικό, κοινωνικό και οικονομικό τομέα (Αρτινοπούλου, 2003: Basar, 2018).

*** Μύθος 5: Οι χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών γίνονται δράστες βίας.**

- ✓ Μπορεί πολλοί να ισχυρίζονται ότι υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών, νοιώθουν την ανάγκη να ξεσπάσουν με βίαιες πράξεις στη σύντροφό τους, παρόλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι όσον αφορά την βία κατά των γυναικών, τα ποσοστά κακοποίησης

είναι πολύ μεγάλα σε ομάδες μη εξαρτώμενων ατόμων σε ουσίες σε σύγκριση με τους χρήστες. Επιπλέον, φαίνεται ότι είναι πιο πιθανό να δημιουργηθεί εξάρτηση σε ουσίες ως συνέπεια της ενδοοικογενειακής βίας, παρά το αντίστροφο (Hendricks & Hendricks 2014; Leung, 2019).

*** Μύθος 6: Η ενδοοικογενειακή βία είναι ιδιωτική έγνοια.**

- ✓ Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών όχι μόνο δεν αποτελεί ιδιωτική υπόθεση αλλά αντίθετα είναι έγκλημα κατά της γυναίκας και γενικότερα του ανθρώπου, αφού καταπατούνται τα κυριότερα ανθρώπινα δικαιώματα. Η κατάχρηση εξουσίας και η διατήρηση του φαινομένου από γενιά σε γενιά, τονίζει την κοινωνική αδιαφορία και εντείνει την αδικία στην ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων. Συνεπώς, αυτό όχι μόνο δεν αποτελεί οικογενειακό ζήτημα, αλλά αφορά την κοινωνία, και την εξέλιξη της με σκοπό την εξάλειψη του φαινομένου (Αρτινοπούλου, 2003; Leung, 2019).

*** Μύθος 7: Οι γυναίκες δεν δέχονται, από επαγγελματίες υγείας, ερωτήσεις που έχουν σχέση με την ανίχνευση της κακοποίησής τους.**

- ✓ Είναι οφθαλμοφανές ότι, σε αντίθεση με ότι πιστεύεται για το ρόλο τους, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στο προσκήνιο όταν μία γυναίκα χρίζει ανίχνευσης για ενδοοικογενειακή βία. Γενικότερα, πιστεύεται ότι η γυναίκα-θύμα είναι πάντοτε αρνητική στο να απαντήσει σε ερωτήσεις που έχουν σχέση με τα προβλήματα του γάμου της και την κακοποίηση που δέχεται, και όχι άδικα. Η δικαιολογία όμως δεν είναι η προσβολή, που υποτίθεται ότι νοιώθει, αλλά ο φόβος. Σε τέτοιες καταστάσεις, το θύμα συνήθως είναι τρομοκρατημένο από τυχόν επερχόμενο συμβάν βίας που μπορεί να υποστεί αν μιλήσει (Williams et al., 2017). Παρόλα αυτά, γενικότερα, φαίνεται να υπάρχει θετική στάση στις ερωτήσεις των επαγγελματιών υγείας, όταν αυτοί από μεριά τους βοηθήσουν την κακοποιημένη γυναίκα να καταλάβει ότι μπορεί να τους εμπιστευτεί και να νοιώσει ασφάλεια μαζί τους, αφού αποτελούν μία επιστημονική ομάδα που βλέπει το θέμα σφαιρικά και αντικειμενικά (Νικολαΐδης και Σταυριανάκη, 2009; Williams et al., 2017).

*** Μύθος 8: Οι γυναίκες δεν εγκαταλείπουν μία βίαιη σχέση λόγω μαζοχισμού.**

- ✓ Υπάρχει η πεποίθηση ότι οι γυναίκες οι οποίες κακοποιούνται από το σύντροφό τους, παραμένουν στην σχέση επειδή αρέσκονται στη βία. Αυτό από πολλούς

χαρακτηρίζεται ως μαζοχισμός της γυναίκας, δικαιολογώντας έτσι την βίαιη συμπεριφορά του άνδρα και την “επιλογή” της γυναίκας να παραμείνει κοντά του. Σίγουρα αυτός ο ισχυρισμός είναι αναληθής καθώς όχι μόνο οι γυναίκες, αλλά κανένας άνθρωπος γενικότερα, δεν θέλει να δέχεται βία. Είναι γεγονός ότι τα θύματα βίας συχνά έχουν παραπονεθεί για την κακοποίηση τους και προσπαθούν με το δικό τους τρόπο να αποτρέψουν μία επερχόμενη βιαιοπραγία (Hendricks & Hendricks 2014). Επιπρόσθετα, υπάρχουν σοβαροί λόγοι επιβίωσης οι οποίοι κρατούν μία γυναίκα “αιχμάλωτη” στη βίαιη σχέση, όπως παραδείγματος χάρη η οικονομική εξάρτησή της από το θύτη ή ο φόβος για κοινωνικές συνέπειες σε τυχόν φυγή της (Liu, 2013).

*** Μύθος 9: Η γυναίκα φταίει!**

- ✓ Ψευδώς ομολογούμενο είναι το γεγονός ότι η γυναίκα είναι αυτή που συνήθως προκαλεί τον θυμό και την έκρηξη του συντρόφου της (Αρτινοπούλου, 2003). Έχει αναφερθεί ακόμα και από τα ίδια τα θύματα ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές τους έχουν πυροδοτήσει γεγονότα βιαιοπραγίας (Liu, 2013). Στην πραγματικότητα σύμφωνα με μελέτες που έχουν διενεργηθεί, φαίνεται ότι η βίαιη συμπεριφορά του άνδρα είναι ένα μέσο το οποίο αυτός χρησιμοποιεί για να εξουσιάσει την σύντροφό του ή πολλές φορές να εκτονώσει τα συναισθήματά του πάνω της (Τατά Αρσέλ, 2008). Ο μύθος αυτός έχει δημιουργηθεί καθώς οι θύτες αρνούνται την πραγματική αιτία των πράξεων τους και η ευθύνη για τη συμπεριφορά τους αποδίδεται στα θύματα και τις αντιδράσεις αυτών στη βία που δέχονται. Παρόλα αυτά, από οποιαδήποτε οπτική γωνία του ζητήματος, η βίαιη συμπεριφορά δεν είναι αποδεκτή και δεν δικαιολογείται με κανένα τρόπο (Αρτινοπούλου, 2003).

*** Μύθος 10: Είναι εύκολο να φύγεις από μία βίαιη σχέση.**

- ✓ Είναι εύκολο να κρίνουμε και να μιλήσουμε για τις επιλογές μίας κακοποιημένης γυναίκας, παρόλα αυτά, όποιος δεν έχει βιώσει καταστάσεις κακοποίησης ποτέ δεν μπορεί να μπει στη θέση ενός θύματος. Το να απομακρυνθεί μια γυναίκα από τον σύντρόφό της είτε είναι βίαιος είτε όχι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Το σίγουρο είναι ότι το να αφήσει μια σχέση κακοποίησης είναι πολύ δύσκολη απόφαση καθώς πολλές φορές εγκυμονεί κινδύνους για την επιβίωση της. Η οικονομική εξάρτηση που μπορεί να έχει η γυναίκα από το σύντρόφό της είναι πρωταρχικός παράγοντας που την κρατά δεμένη κοντά του. Εκτός αυτού όμως, είναι σύνηθες φαινόμενο να δέχεται απειλές όχι μόνο για την ίδια της τη ζωή, αλλά και για τους λοιπούς συγγενείς, φίλους

και αγαπημένους ανθρώπους του θύματος. Τέλος, δεν θα μπορούσε να παραληφθεί το γεγονός ότι το θύμα συχνά έχει αισθήματα αγάπης για τον θύτη και αδυνατεί να αποδεσμευτεί από αυτόν με την ελπίδα ότι τα πράγματα θα καλυτερεύσουν κάποτε (Hendricks & Hendricks 2014).

ΜΕΡΟΣ II

1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται μεν ως πρόβλημα της κοινωνίας, πολλοί όμως δεν γνωρίζουν ότι αντανακλάται στην υγεία των κακοποιημένων ατόμων. Η κακοποιημένη γυναίκα είναι πιθανό να εμφανίσει διάφορα συμπτώματα, είτε στο παρόν είτε σε ένα μακροχρόνιο διάστημα, τα οποία είναι επακόλουθα των καταχρηστικών συμπεριφορών που δέχεται από το σύντροφό της. Τα αποτελέσματα των βίαιων συμπεριφορών δεν αφορούν μόνο το σώμα και τις βλάβες που προκύπτουν σε αυτό από την κακομεταχείριση, αλλά συνδέονται άμεσα και με την κακή ψυχική υγεία των θυμάτων (Satyanarayana et. al, 2015). Δεν μπορεί βέβαια να μην ειπωθεί ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί αιτία θανάτου των γυναικών σε ποσοστά που αγγίζουν περίπου το 40% σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2017 (WHO, 2017).

Είναι αυτονόητο ότι η έκθεση στη βία ανάλογα με την έντασή της οδηγεί το σώμα σε βλάβες είτε παροδικές, είτε μόνιμες. Αποτέλεσμα της κακοποίησης μπορεί να είναι από έναν απλό μώλωπα μέχρι και χρόνια προβλήματα υγείας. Μέσα σε αυτό το φάσμα ανήκουν οι οξείες τραυματισμοί στο πρόσωπο, τα άκρα και την κοιλιά. Ειδικότερα, ένας καυγός μπορεί να καταλήξει σε γρατζουνιές, εξαρθρώσεις, κατάγματα ακόμα και σε στραγγαλισμό του θύματος, άρα ανθρωποκτονία. Υπάρχει το ενδεχόμενο, η κακοποιημένη γυναίκα να φτάσει σε μη αναστρέψιμα προβλήματα υγείας που θα την ακολουθούν για το υπόλοιπο της ζωής της. Σε αυτά ανήκουν η κεφαλαλγία (κοινώς πονοκέφαλος), η αϋπνία, το πυελικό άλγος και ο πόνος στην πλάτη, οι διατροφικές και οι γαστρεντερικές διαταραχές (όπως συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου), η περιορισμένη κινητικότητα και αναπηρία. Όσον αφορά το αναπαραγωγικό σύστημα, δημιουργούνται προβλήματα όπως ο χρόνιος πόνος των γεννητικών οργάνων, η επίμονη αιμορραγία, τα σεξουαλικά νοσήματα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι αποβολές και η πρόωγη γέννα. Τέλος, οι τραυματισμοί στο κεφάλι δύναται να προκαλέσουν σοβαρότατες συνέπειες στην εγκεφαλική λειτουργία όπως η απώλεια ακοής και όρασης, η μεταβαλλόμενη ή μειωμένη συνείδηση και η εξασθενημένη γνωστική λειτουργία. (WHO, 2017: Lutgendorf, 2019: Adomako & Baffour, 2019).

Παρ' όλα αυτά, οι σοβαρότερες επιπτώσεις της βίας δεν αφορούν μόνο στις σωματικές βλάβες αλλά και τον τραυματισμό του ψυχικού κόσμου, τα οποία συνήθως έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στην προσωπική ζωή αλλά και στην κοινωνική αλληλεπίδραση του θύματος. Για τις γυναίκες θύματα της ενδοοικογενειακής βίας, η ψυχική κατάρρευση, ξεκινά με την αίσθηση δυσφορίας και κακής διάθεσης. Συνήθως, εμφανίζουν αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας για τον περίγυρο τους και διατηρούν τον φόβο, έχοντας την εντύπωση ότι θα προδοθούν ή θα κακοποιηθούν ξανά, και από άλλους ανθρώπους. Η επαναφορά των τραυματικών εμπειριών στη σκέψη του θύματος κλονίζει την εμπιστοσύνη του προς το κοινωνικό σύνολο, δημιουργώντας μία στάση απομόνωσης από νέες γνωριμίες αλλά ακόμα άρνηση στήριξης από συγγενείς και φίλους. Ακόμη, λόγω του στιγματισμού στο περιβάλλον, οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως κατώτερο των υπολοίπων. Η κακή ψυχολογική κατάσταση οδηγεί τα θύματα σε κακή “αυτοαξιολόγηση της υγείας” και σωματοποίηση των συμπτωμάτων οδηγώντας τα, σε αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών συνηθειών αλλά και εργασιακών υποχρεώσεων. Τέλος καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή, το μετατραυματικό στρες, η αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών ή ακόμα και οι τάσεις αυτοκτονίας αποτελούν συνήθη επακόλουθα της κακοποίησης. (Satyanarayana et. al, 2015: WHO 2018: Sezgin & Punamaki, 2019: Phares, et al., 2019).

2. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Porter, 2009, η ευθύνη για την υγεία ή την ασθένεια δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά ολόκληρη την κοινότητα της υγείας. Φαίνεται ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα σύγχρονο, σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα το οποίο σίγουρα εντάσσεται στον τομέα της υγείας και γι' αυτό το λόγο χρήζει πρόληψης και αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι οι νοσηλεύτες. (Huecker & Smock, 2020).

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών είχε επικεντρωθεί στις μορφές της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών καθώς έχει παρατηρηθεί ότι θεσμοί όπως ο γάμος και η οικογένεια δίνουν την δυνατότητα απόκρυψης της εκδήλωσης του συγκεκριμένου φαινομένου (Βλάχου, 2006).

Από πολύ νωρίς μέσα από έρευνες φαίνεται ότι η βία κατά των γυναικών μπορεί να συνδεθεί με πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Σε αυτό το πλαίσιο οι φορείς της δημόσιας υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς αποτελούν το κομμάτι μιας ευρύτερης προσπάθειας του πρωτοβάθμιου τομέα φροντίδας υγείας. Ουσιαστικά στο επίκεντρο της διαδικασίας βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη όπου καλούνται να αντιμετωπίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος παίζει σημαντικό ρόλο καθώς είναι σε θέση να μειώσει τις σοβαρές συνέπειες και τις πιθανότητες να ξαναγίνουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας οι ίδιες γυναίκες. Οι παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά τη συνεχή προσέλευση γυναικών προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια, τις φροντίζουν χωρίς ωστόσο να ρωτήσουν για πιθανή κακοποίηση με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζουν τις πραγματικές αιτίες των προβλημάτων υγείας που παρουσιάζουν οι γυναίκες αυτές (Dearwater et al., 1998).

Επιπλέον διενεργούνται πολλαπλές ανιχνεύσεις και έλεγχοι ρουτίνας οι οποίοι είναι σε θέση να εντοπίσουν σε μεγαλύτερο βαθμό μία καταχρηστική σχέση και αφού γίνει ταυτοποίηση έχουν την δυνατότητα να ασκήσουν παρέμβαση σε γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία δεν είναι απαραίτητο να συνδέονται άμεσα με την ενδοοικογενειακή βία (McFarlane et. al., 1995).

Μάλιστα, έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για τον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών οι οποίες υφίστανται ενδοοικογενειακή κακοποίηση ακόμα και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους όταν εκείνες βρεθούν σε μαιευτικές ή γυναικολογικές κλινικές ή όταν

απευθυνθούν σε φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή σε υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (Plichta, 1992).

Για πολλούς ερευνητές το σημείο εκκίνησης για την προσέγγιση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας είναι ο έλεγχος ρουτίνας. Ουσιαστικά χρησιμοποιείται συστηματικά για πολλές κοινές παθήσεις όπου οι επιπτώσεις είναι μικρότερες ή παρόμοιες με εκείνες της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών (SOCG Clinical Practice Guidelines, 2005).

3. ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η έννοια “ενδοοικογενειακή βία” φαίνεται να δυσκολεύει αρκετά τους επαγγελματίες υγείας στην κατανόηση της διάστασης του θέματος. Παρόλα αυτά ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας επί του θέματος αποτελεί θεμέλιο λίθο στην αντιμετώπιση του (Alshammari et al 2018).

Ωστόσο, οι γνώσεις των εργαζομένων ως προς την κακοποίηση των γυναικών συχνά είναι ελλιπείς, όχι όμως πάντα, ενώ οι αντιλήψεις δίστανται ανάλογα με την προσωπική γνώμη του καθενός. Όσον αφορά τις γνώσεις γύρω από την ενδοοικογενειακή βία, οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν να αντιλαμβάνονται τη χρησιμότητα των παρεμβάσεων σε πρωτογενές επίπεδο, και τις θεωρούν θεμέλιο για την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση την ενδοοικογενειακής βίας. Παρόλα αυτά φαίνεται να μην είναι σίγουροι για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν, αν και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν κάποιο συμβάν ενδοοικογενειακής βίας (Gomes et al., 2015).

Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν αρκετές γνώσεις από τους επαγγελματίες υγείας σε αρκετούς τομείς γύρω από το θέμα. Φαίνεται να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα συμπτώματα ενδεχόμενης βιαιοπραγίας και να αναγνωρίσουν τις επιπτώσεις της κακοποίησης στη γυναίκα αλλά και στην κοινωνία (Wild et al., 2019). Ακόμα, ως προς τις νομικές τους ευθύνες να αναφέρουν συμβάντα ενδοοικογενειακής βίας στις αρμόδιες αρχές, υπάρχει άγνοια, γι’ αυτό και το ποσοστό των αναφορών παρατηρείται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (Cho et al., 2015).

Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας συσχετίζονται συνήθως με την εκπαίδευση και την ενημέρωση που δέχονται. Από την άλλη πλευρά, οι αντιλήψεις που έχουν γύρω από το φαινόμενο, πηγάζουν τόσο από την προσωπική διάθεση του κάθε εργαζομένου να εμπλακεί ή όχι, όσο και από την εμπειρία του στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Αναφέρετε ότι ένα μεγάλο ποσοστό εργαζομένων συμφωνούν με την ιδέα της αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας από τον τομέα της υγείας, αλλά υπάρχουν εργαζόμενοι που δηλώνουν ότι, δεν θέλουν να εμπλέκονται σε ενδοοικογενειακά ζητήματα (Cho et al., 2015).

Συνήθως δείχνουν ενδιαφέρον για καταστάσεις ενδοοικογενειακής κακοποίησης αλλά περιορίζουν το ρόλο τους μόνο στην περιποίηση των τραυμάτων και στην παροχή συμβουλών ως προς την ατομική φροντίδα (Wild et al., 2019).

Με βάση στερεότυπα και κοινωνικά στίγματα που υπάρχουν, ο υγειονομικός τομέας μένει αμέτοχος και ρίχνει το βάρος της ευθύνης ύπαρξης βίας τόσο στο ίδιο το θύμα όσο και στην

οικογένεια. Παραδείγματος χάρη, υπάρχουν διάφοροι ισχυρισμοί όπως ότι η κακοποίηση είναι οικογενειακή υπόθεση, ότι οι ερωτήσεις που αφορούν τη βιαιοπραγία προσβάλουν τα θύματα ή ότι στις γυναίκες αρέσει να κακοποιούνται γι' αυτό και δεν απομακρύνονται από το βίαιο σύντροφο (Loring & Smith, 1997: Cho et al., 2015: Wild et al., 2019).

Βέβαια υπάρχει διαφορά ως προς την αντίληψη του ρόλου τού κάθε εργαζομένου για τις ενέργειες που πρέπει να πράξει, αλλά και διαφορά προσδοκιών ανάλογα με τον κλάδο στον οποίο εργάζεται. Πολλοί επαγγελματίες υγείας, νιώθουν ανασφάλεια για το πώς να αντιμετωπίσουν την ενδοοικογενειακή βία, και έλλειψη άνεσης για τη διερεύνηση των συμβάντων (Sundborn et al., 2012: Beynon et al., 2012: Silva et al., 2015).

Το σίγουρο είναι ότι υπάρχουν πάντα και οι εξαιρέσεις, καθώς υπάρχουν εργαζόμενοι οι οποίοι αισθάνονται την ευθύνη και το βάρος του ρόλου τους στην αντιμετώπιση του φαινομένου, και έτσι με προσωπικό χρόνο και ρίσκο ακόμη κι εκτός εργασιακού ωραρίου προσπαθούν να βοηθήσουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Wild et al., 2019). Οι εργαζόμενοι, νιώθουν πολλές φορές προσωπικό φόβο για τους θύτες, ενώ χαρακτηρίζουν την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών με τις λέξεις ταπείνωση, πόνος και θλίψη (Silva et al, 2015).

Τέλος, πολλοί είναι ο επαγγελματίες υγείας οι οποίοι λόγω προσωπικών βιωμάτων σχετικά με την κακοποίηση, επηρεαζόμενοι από τα δικά τους συναισθήματα, διαμορφώνουν θετική ή αρνητική στάση απέναντι στο θύμα, η οποία έχει αντίκτυπο στην αποτελεσματική ή μη υγειονομική φροντίδα (Sundborn et al., 2012: Alshammari et al., 2018).

4. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική φροντίδα είναι οι πρώτοι που καλούνται να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και τις συνέπειες αυτής στις γυναίκες. Επιπρόσθετα, ο ρόλος τους είναι κύριος όχι μόνο στην αντιμετώπιση αλλά και στην πρόληψη και εξάλειψη του φαινομένου (Cho et al., 2015). Παρόλα αυτά, οι δυσκολίες που υπάρχουν από τον υγειονομικό τομέα είναι πολλές με αποτέλεσμα να φράσουν την αποτελεσματική περίθαλψη των κακοποιημένων γυναικών (Phares et al., 2019). Συχνό φαινόμενο, παρόλα αυτά, αποτελούν και τα προσωπικά προβλήματα που αναγκάζουν τα θύματα να σιωπήσουν και να μην αναζητήσουν βοήθεια (Fonseca-Machado et al., 2015).

4.1.Φραγμοί στο σύστημα υγείας.

Ως επί το πλείστον, τα εμπόδια προέρχονται από το υγειονομικό σύστημα και ακόμη και αν ληφθούν υπόψη οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι, για την αντιμετώπιση των συνεπειών της βίας, η κατάσταση παραμένει ίδια στις υπηρεσίες υγείας (Fonseca-Machado et al., 2015; Phares et al., 2019).

Πρώτα εμπόδια στη λίστα, από μεριάς του υγειονομικού συστήματος, αποτελούν τόσο ο χρόνος όσο και ο χώρος κατά τη διάρκεια της εξέτασης ενός θύματος κακοποίησης. Το σύστημα είναι έτσι φτιαγμένο ώστε ο χρόνος εξέτασης είναι ανεπαρκής και οι ρυθμοί που δουλεύουν οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ γρήγοροι με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του θύματος και του επαγγελματία υγείας. Όσον αφορά τον χώρο, η έλλειψη ιδιαιτερότητας και μυστικότητας αποθαρρύνει στο έπακρο μία κακοποιημένη γυναίκα να μιλήσει για το βίωμα της αφού συνήθως συνοδεύεται από κάποιον εταίρο ή τον σύντροφο της (Renker et al., 2008; Beynon et al., 2012; Evans et al., 2019).

Συνεχίζοντας, στα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια εμφανίζεται η κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού. Η παροχή φροντίδας σε μία κατάσταση κακοποίησης απαιτεί κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση του θύματος. Δυστυχώς, η εκπαίδευση που υπάρχει για το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών είναι ελλιπής, οι νοσηλευτές δεν έχουν την κατάλληλη εμπειρία να διαχειριστούν τις κακοποιημένες γυναίκες, ούτε τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αναγνωρίσουν τα στοιχεία που τεκμηριώνουν κάποια υπόνοια βίας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί αισθήματα ανικανότητας και έλλειψη εμπιστοσύνης για αποτελεσματική υγειονομική φροντίδα του θύματος, με

αποτέλεσμα να αχρηστεύεται το πιο σημαντικό εργαλείο στην αντιμετώπιση του προβλήματος (Renker et al., 2008: Beynon et al., 2012: Ahmad et al., 2016: Alshammari et al., 2018).

Εκτός από την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, σημαντικό ρόλο στην διαχείριση και την καταπολέμηση της ενδοοικογενειακής βίας έχει η προσωπική στάση, οι αντιλήψεις και η ενημέρωση του προσωπικού, όσον αφορά το πλαίσιο του φαινομένου. Εμπόδιο αποτελεί, η άρνηση των νοσηλευτών να εμπλακούν σε ένα τόσο "οικογενειακό - προσωπικό" πρόβλημα και η πεποίθηση ότι ερωτήσεις που αφορούν το θέμα αυτό θα προσβάλουν ή θα φέρουν σε δύσκολη θέση τη γυναίκα - θύμα. Από τα παραπάνω, δεν θα μπορούσε να λείπει και το αίσθημα του φόβου, τόσο για ατομικό κίνδυνο όσο και για βλάβη του θύματος από τον θύτη, το οποίο σίγουρα αποθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να επέμβουν και να πάρουν θέση για να προστατεύσουν και να βοηθήσουν ένα θύμα κακοποίησης (Renker et al., 2008: Beynon et al., 2012: Guillery et al., 2012: Ahmad et al., 2016).

Δεν θα μπορούσε να παραλειφτεί ότι, όσον αφορά το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας, το ίδιο το σύστημα του υγειονομικού τομέα δεν ανταποκρίνεται, καθώς στα νοσοκομεία δεν λαμβάνονται μέτρα διαχείρισης των θυμάτων κακοποίησης σχεδόν σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο ρόλος των νοσηλευτών δεν είναι ξεκάθαρος ως προς την ενδοοικογενειακή κακοποίηση καθώς δεν διευκρινίζεται από τη διοίκηση η στάση που πρέπει να κρατήσουν οι επαγγελματίες υγείας σε μία τέτοια κατάσταση. Τα πρωτόκολλα που υπάρχουν δεν συνάδουν με το φόρτο εργασίας, τον περιορισμένο χρόνο, ή το μειωμένο αριθμό του υγειονομικού προσωπικού. Συν αυτών, δεν παρέχονται εξειδικευμένες οδηγίες στους νοσηλευτές για τη διαχείριση κακοποιημένων γυναικών. Τέλος, φαίνεται ότι το υγειονομικό σύστημα υστερεί ακόμα και στην κάλυψη των αναγκών των εργαζομένων για ενημέρωση, εκπαίδευση, ακόμα και κατάλληλη συνεργασία με άλλους φορείς (Guillery et al., 2012: Al Natour et al., 2016: Ahmad et al., 2016).

4.2.Προσωπικοί φραγμοί του θύματος.

Εκτός από τα εμπόδια που αφορούν το υγειονομικό σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας, πολλοί είναι και οι παράγοντες από μεριάς του ίδιου του θύματος, που εμποδίζουν την αποτελεσματική ανίχνευση και αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Αυτοί αφορούν κυρίως τα αισθήματα των γυναικών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία (Renker et al., 2008: Ahmad et al., 2016: Williams et al., 2017).

Το συνηθέστερο εμπόδιο για την αποκάλυψη κακοποίησης από μια γυναίκα είναι ο φόβος για τις συνέπειες που μπορεί να υποστεί αν μαθευτεί το γεγονός. Αυτό αφορά, τόσο την προσωπική

της ακεραιότητας, την προστασία της υπόλοιπης οικογένειας και του περιγύρου της, όσο και την πιθανή απομάκρυνση των παιδιών από κοντά της (Renker et al., 2008: Ahmad et al., 2016: Williams et al., 2017).

Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε και στα εμπόδια από μεριάς του υγειονομικού τομέα, έτσι και από μεριάς του θύματος ο προσωπικός χώρος αποτελεί βασικό παράγοντα στην εκμυστήρευση της βιαιοπραγίας σε έναν επαγγελματία υγείας. Συνήθως, το θύμα δεν έχει προσωπική ελευθερία και συνοδεύεται είτε από το θύτη, είτε από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, με αποτέλεσμα το θύμα να βρίσκεται σε αμηχανία και να νοιώθει ανασφάλεια (Ahmad et al., 2016: Williams et al., 2017).

Εκτός αυτών, λόγω προκαταλήψεων και μύθων που υπάρχουν γύρω από το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας τα θύματα δεν αναζητούν βοήθεια γιατί νοιώθουν ντροπή για αυτό που βιώνουν. Αποτέλεσμα αυτού, να διστάζουν στην αποκάλυψη των γεγονότων για να μη γελοιοποιηθούν, τόσο στα μάτια του νοσηλευτή όσο και σε ολόκληρη την κοινωνία (Renker et al., 2008: Ahmad et al., 2016: Williams et al., 2017).

Τελευταίο αλλά πολύ σημαντικό είναι το πολιτισμικό επίπεδο και η κουλτούρα των γυναικών που ίσως αποτελούν και τον μεγαλύτερο φραγμό στην αναζήτηση βοήθειας, αφού σε αυτά βασίζεται όλη η αντίληψη τους για το τι σημαίνει ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Συχνά αναφέρεται ότι οι γυναίκες που δέχονται βία από το σύντροφό τους έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατηγορούν τον εαυτό τους για ότι βιώνουν αλλά πολλές φορές δεν αναγνωρίζουν καν ότι κακοποιούνται αφού έτσι έχουν μεγαλώσει (Αρτινοπούλου, 2003: Hendricks & Hendricks, 2014: WHO, 2017).

5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας τονίζεται η ανάγκη της δημιουργίας εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας, για την αναγνώριση ενδοοικογενειακής βίας, καθώς πολλά είναι τα θύματα που εισέρχονται σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς τα ΤΕΠ είναι η πρώτη υπηρεσία υγείας με την οποία θα έρθουν σε επαφή οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Svavardottir et al., 2009; Zorjan et al., 2017). Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό όλοι οι εργαζόμενοι εκτός από εμπειρία πάνω στο αντικείμενο, να έχουν και ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα γνώσεων, δεξιοτήτων και εκπαίδευσης, σε ότι αφορά την βία κατά των γυναικών (Alshammari et al., 2018). Πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας των ΤΕΠ δεν είναι διατεθειμένοι να βοηθήσουν, είτε από ανθρωπίνης, είτε από επαγγελματικής άποψης, καθώς στερούνται εκπαίδευσης, ως αποτέλεσμα να υπάρχει ελλιπής ανίχνευσης των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας (Farchi et al., 2013). Γενικά οι επαγγελματίες υγείας αναζητούν περεταίρω εκπαίδευση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και πολλές φορές απαιτούν από τους εργοδότες να τους παρέχουν προγράμματα εκπαίδευσης. Τρόποι με τους οποίους μπορεί να επιτευχθεί η εκπαίδευση, είναι κάποια παιχνίδια ρόλου, σενάρια πραγματικής ζωής, συνεργασία και διάλογος με πιο έμπειρους συναδέλφους πάνω στο θέμα, και τέλος, συζήτηση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία με παθούσες γυναίκες (Beynon et al., 2012). Οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν κατάρτιση στα ζητήματα ηθικής και ασφάλειας συγκεκριμένα για την βία κατά των γυναικών, αλλά και στο πώς να εντοπίζουν και να αναφέρουν σοβαρά συμβάντα βίας. Ακόμη ενδείκνυται να ειδικεύονται και να βελτιώνουν τις γνώσεις τους σχετικά με τη βία, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσουν και να πληροφορούν σωστά τις γυναίκες θύματα, σχετικά με τα νομικά δικαιώματά τους, ενώ πάνω από όλα να είναι σε θέση να προωθούν την ψυχική και σωματική υγεία της γυναίκας. (Pallito et al., 2016).

Σε προπτυχιακό επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται ότι η δημιουργία ομάδων, που απαρτίζονται από μέλη διαφόρων ειδικοτήτων του τομέα της υγείας, φέρνει μεγαλύτερη επιτυχία στην προαγωγή της και διευκολύνει την αντιμετώπιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Αναφέρεται, ότι χρειάζεται επιπλέον εκπαίδευση κάθε ειδικότητας ξεχωριστά, αλλά και ομαδικά, έτσι ώστε να υπάρξουν οφέλη τόσο για τις γυναίκες θύματα, όσο και για την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους (MacDonnell et al., 2016; Alshammari et al., 2018). Επιπλέον, σε όλα τα προγράμματα σπουδών που σχετίζονται με την υγεία, είναι απαραίτητο να υπάρχει βοήθεια και εκπαίδευση στους προπτυχιακούς μαθητές, σχετικά με το

πώς και πότε να ρωτάνε τους ασθενείς σχετικά με την βία, καθώς και να εκπαιδεύονται στο να δίνουν σωστές απαντήσεις σε πιθανές ερωτήσεις, ώστε να είναι υποστηρικτικοί, να εμπνέουν σεβασμό και να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν κατάλληλα στην ενδοοικογενειακή βία (Alshammari et al 2018).

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας που επηρεάζει την ευημερία και την ευεξία των γυναικών και όσων εμπλέκονται σε αυτή (Sharps et al., 2008).

Ο κύριος ρόλος των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπιση της βίας είναι να παρέχει στις γυναίκες υποστηρικτική φροντίδα. Αυτή η φροντίδα αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την πρόληψη της βίας, την διαχείριση των συνεπειών της και την θεραπεία των θυμάτων μετά από ένα βίαιο επεισόδιο (Ortiz-Barreda & Vives-Cases 2011; Garcia Moreno et al., 2015).

Η έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία, δημιουργεί αύξηση στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να έρχονται σε άμεση επαφή με τα θύματα, να αναγνωρίζουν το φαινόμενο και να παρέχουν κατάλληλη βοήθεια. Συνεπώς, η στάση των νοσηλευτών αποτελεί πυλώνα για την ύπαρξη μίας αποτελεσματικής αντιμετώπισης, με την προϋπόθεση όμως ότι θεωρούν την βία ως ένα σοβαρό φαινόμενο κοινωνικής και δημόσιας υγείας αλλά παράλληλα διατηρούν τις δικές τους ηθικές και ανθρωπιστικές πτυχές για τη βία (Fonseca-Machado et al., 2015; Zorjan et al., 2017; Ferreira Acosta et al., 2018).

Δεδομένου ότι η κακοποίηση των γυναικών έχει τρομερές συνέπειες τόσο για τις ίδιες όσο και για ολόκληρη την κοινωνία, όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, οι γραμμές δράσεις που στοχεύουν στην εξάλειψή της από τον τομέα της υγείας, επικεντρώνονται περισσότερο στην πρόληψη των συμβάντων παρά στην αντιμετώπιση τους εκ των υστέρων. Γι' αυτό το λόγο έχουν οριστεί πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή επίπεδα πρόληψης, τα οποία όρισε ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, το 2002 (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2011; Fonseca-Machado et al., 2015).

6.1. Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη συνδέεται άμεσα με την κοινωνία, δηλαδή σχετίζεται με προγράμματα που στοχεύουν στην πρόληψη της βίας πριν καν αυτή συμβεί. Οι αρχικές προσπάθειες επικεντρώνονται στη μείωση των νέων περιστατικών βίας, στη διάδοση των δικαιωμάτων των γυναικών και την προώθηση της ισότητας των φύλων (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2011; Mangum, 2016; Tol et al., 2017).

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει φροντίδα και ασφάλεια στις γυναίκες που δέχονται βία, καθώς είναι το πρώτο μέρος που συνήθως θα απευθυνθούν τα θύματα (Pareira Gomes & Lorenzini Erdmann, 2014: Oliviera Gomes et al., 2015: Valdes Sanchez et al., 2016: Rodriguez & Mandich, 2019).

Οι νοσηλευτές ως μέλη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν ένα επεισόδιο βίας και στη συνέχεια να είναι προετοιμασμένοι να επεξεργαστούν και να αναλάβουν δράση σε συνεργασία με άλλες τοπικές υπηρεσίες για την πρόληψη της βίας (Paixao et al., 2015).

Πρωτίστως, είναι σημαντική η ανάπτυξη νόμων και πολιτικών, με κύριο γνώμονα το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό και συναισθηματικό πλαίσιο των γυναικών, με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας. Η έγκυρη λειτουργία των νόμων εξαρτάται από τη συνεργασία και την συμμετοχή όλων των τομέων όπως της υγείας, της εκπαίδευσης, της κοινωνίας και της αστυνομίας για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στις γυναίκες θύματα. Ωστόσο σημαντική είναι η ανάπτυξη εκπαιδευτικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων για την ανάδειξη της ισότητας των δύο φύλων και την ανεξαρτητοποίηση των γυναικών (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2011: Fonseca-Machado et al., 2015).

Επίσης, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση είναι μία άλλη σημαντική στρατηγική, καθώς η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα ζήτημα που οι επαγγελματίες υγείας θα έρθουν σίγουρα αντιμέτωποι έστω και μία φορά κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Είναι ανάγκη όλοι οι επαγγελματίες περίθαλψης να δέχονται με σεβασμό τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, να τους εμπνέουν εμπιστοσύνη, να τους προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη στη λήψη των αποφάσεων και να τους παραπέμπουν σε κατάλληλους πόρους (Sharps et al., 2008: Rodriguez & Mandich, 2019).

Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ενδοοικογενειακής βίας, αποτελεί η επιρροή της κοινότητας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία θα πρέπει να προωθούν πληροφορίες σχετικά με τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της κακοποίησης των γυναικών και να ενθαρρύνουν τις αλλαγές στους κοινωνικούς κανόνες σε ολόκληρη την κοινότητα. Ο σκοπός αυτών των στρατηγικών είναι να επηρεάσει την ανταπόκριση της κοινότητας σε θέματα φύλων και να υποστηρίξει τις ατομικές στάσεις απέναντι στη βία κατά των γυναικών (World Health Organization, 2012).

Ακόμα, στην προσπάθεια αυτή μπορούν να συμβάλουν καμπάνιες μέσα από τα ραδιοφωνικά προγράμματα, τις αφίσες και τα φυλλάδια τα οποία παρέχουν άμεσα πληροφορίες τις οποίες η

κοινότητα μπορεί γρήγορα και εύκολα να αφομοιώσει. Οι πληροφορίες αυτές αφορούν: την αναγνώριση και κατανόηση του κύκλου της βίας, τις διαθέσιμες τοπικές κι εθνικές υπηρεσίες αναζήτησης βοήθειας, την ανάπτυξη πλάνου ασφαλείας και την προώθηση των δικαιωμάτων των γυναικών. Στόχος αφενός είναι η ανάδειξη του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών σε ολόκληρη την κοινωνία, αφετέρου η υποστήριξη των θυμάτων στη λήψη αποφάσεων και στην υιοθέτηση συμπεριφορών που θα απομακρύνουν την βία από τις ζωές τους (UNHCR, 2001: Sharps et al., 2008: Nies & McEwen, 2013: Feder et al., 2018).

6.2.Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν άμεσα κίνδυνο πιθανής κακοποίησης από έναν άντρα και στη μείωση πιθανών μελλοντικών θυμάτων. Επιπλέον, μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων παρέμβασης, στοχεύει στην άμεση διακοπή της βίας και στην αποκατάσταση τη υγείας και της ασφάλειας των γυναικών (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2011: Mangum, 2016: Tol et al., 2017).

Αποτελεσματική παρέμβαση για τη βία μπορεί να είναι ένα πρόγραμμα επίσκεψης στο σπίτι από νοσηλευτές, στους οποίους δίνεται η ευκαιρία να έρθουν σε άμεση επαφή και να παρέχουν φροντίδα σε γυναίκες που υφίστανται βία. Έχει παρατηρηθεί μείωση της ενδοοικογενειακής βίας σε γυναίκες που απευθύνθηκαν σε επαγγελματίες υγείας και μπήκαν σε προγράμματα φροντίδας όπως κατ' οίκων επίσκεψη, τηλεφωνική υπενθύμιση για τη συνάντηση με τους επαγγελματίες υγείας και βοήθεια στο σχεδιασμό αμυντικών συμπεριφορών και ασφάλειας (Sharps et al, 2008: Gupta et al, 2017). Σημαντική είναι η παρότρυνση των θυμάτων για μακροχρόνια παρακολούθηση, καθώς αυτά τα προγράμματα μπορούν να χάσουν την αποτελεσματικότητά τους αν διακοπούν (Nies & McEwen, 2013: Cho et al., 2015).

Κύριο ρόλο έχουν όλοι οι νοσηλευτές οι οποίοι έρχονται τακτικά σε επαφή με τις γυναίκες όπως παραδείγματος χάρη σε γυναικολογικές και μαιευτικές κλινικές ή στα τμήματα εκτάκτων περιστατικών όπου πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην εκτίμηση και τη διάγνωση των περιστατικών βίας (Nies & McEwen, 2013)

Επιπρόσθετα, σωστή και συνεχής αξιολόγηση μπορεί να γίνεται από τους νοσηλευτές της κοινότητας, οι οποίοι έρχονται σε άμεση επαφή με τις οικογένειες και γνωρίζουν περισσότερες πτυχές της ζωής των θυμάτων. Η ύπαρξη και η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και θυμάτων, είναι απαραίτητη για την αποκάλυψη περαιτέρω πληροφοριών

σχετικά με τη βία που δέχεται μία γυναίκα (Sharps et al., 2008; M Jack et al., 2012; Feder et al., 2018).

Για τη διάγνωση των περιστατικών βίας κατά των γυναικών, οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν μία διεπιστημονική ομάδα από έμπειρους συνεργάτες, έτσι ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη στα θύματα κακοποίησης (Nies & McEwen, 2013). Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές όπως η αστυνομία, οφείλουν να είναι σε θέση να παραπέμπουν την κακοποιημένη γυναίκα σε υπηρεσίες ειδικής υποστήριξης, όπου θα παρέχονται εξειδικευμένες πληροφορίες, κατάλληλη βοήθεια και πρόσβαση σε κοινοτικούς πόρους (Colombini et al., 2008; Sharps et al., 2008; Garcia Moreno et al., 2015; Huecker & Smock, 2020).

Σε αυτή τη φάση είναι ζωτικής σημασίας η αντικειμενική και αμερόληπτη κρίση του νοσηλευτή, αλλά και όλης της διεπιστημονικής ομάδας όσων αφορά την κακοποίηση των γυναικών, καθώς όταν εμπλέκονται οι νομικές διαδικασίες η παραμικρή λεπτομέρεια μπορεί να έχει επιπτώσεις στην περίθαλψη ενός θύματος (Nies & McEwen, 2013).

6.3.Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αφορά προγράμματα οργάνωσης που εστιάζουν στην φροντίδα της γυναίκας μετά από ένα βίαιο επεισόδιο, επιδιώκοντας τη μη επανεμφάνιση της κακοποίησης (Αρτινοπούλου, 2000; Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012).

Δεδομένου ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα δύσκολα κατανοητό φαινόμενο, οι νοσηλευτές θα πρέπει να υιοθετήσουν στρατηγικές έτσι ώστε να βοηθήσουν τα θύματα να επανέλθουν σε ένα επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας το οποίο είχε χαθεί κατά τη διάρκεια της ανοχής στη βία. Αυτό δεν είναι εύκολο, και πέραν της διατομεακής βοήθειας που χρειάζεται ο νοσηλευτής, η αποκατάσταση των θυμάτων είναι μια μακροχρόνια διαδικασία και απαιτεί συντονισμό και υπομονή (Nies & McEwen, 2013). Η νοσηλευτική ομάδα παραμένει πάντα δίπλα στα θύματα και εντοπίζει περιπτώσεις βίας. Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν, εμψυχώνουν και βοηθούν συνεχώς τις γυναίκες στην αποκάλυψη και την αντιμετώπιση της βίας (Ferreira Acosta et al., 2018).

Συνεπώς, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι η φροντίδα της κακοποιημένης γυναίκας και η ανάπτυξη δεσμών εμπιστοσύνης με κύριο στόχο τη διατήρηση της κοινωνικής, της ψυχολογικής και της σωματικής υγείας των θυμάτων (Fonseca-Machado et al., 2015). Αυτό επιτυγχάνεται με την εκπαίδευση και ενδυνάμωση της επιζώσας, την παραπομπή σε υπηρεσίες

εύρεσης εργασίας για την οικονομική της ανεξαρτησία και τη συμμετοχή της σε δραστηριότητες με στόχο την ψυχολογική της ευημερία (World Health Organization, 2014).

Τέλος, η συνεργασία με μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, τοπικούς φορείς και κρατικές αρχές, αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο για να παρέχουν στη γυναίκα καταφύγιο, ειδικευμένες νομικές συμβουλές, ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση (Colombini et al., 2008: Sharps et al., 2008: Nies & McEwen, 2013: Garcia Moreno et al., 2015: Huecker & Smock, 2020).

7. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως, το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας έχει τις ρίζες του βαθιά θαμμένες στην καρδιά της κοινωνίας. Η γυναίκα-θύμα είναι δύσκολο να αναζητήσει τη βοήθεια οικείων και φίλων έτσι ώστε να αντιμετωπίσει αυτό που της συμβαίνει, αφού υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που την εμποδίζουν. Γι' αυτό το λόγο, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι θεμέλιος λίθος στην διαχείριση και εξάλειψη της κακοποίησης των γυναικών από έναν ερωτικό σύντροφο (Stevens, 2002).

Η θέση την οποία κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η καταλληλότερη αφού όντας καταρτισμένοι και εκπαιδευμένοι σωστά είναι σε θέση να διαγνώσουν το φαινόμενο, να βοηθήσουν ένα θύμα και να εξαλείψουν την κακοποίηση, είτε αναφερόμαστε σε νοσηλευτές, μαίες ή γιατρούς (Stevens, 2002: Alshammari et al, 2018).

Μια γυναίκα που έχει υποστεί κακοποίηση από το σύντροφο της είναι πολύ πιθανό, βρίσκοντας το κατάλληλο πάτημα, να αναζητήσει βοήθεια από τον υγειονομικό τομέα. Οι επαγγελματίες υγείας, ιδίως εκείνοι οι οποίοι εργάζονται σε τμήματα όπως τα επείγοντα ιατρεία, οι μαιευτικές, οι γυναικολογικές αλλά και οι παιδιατρικές κλινικές, έρχονται σε συνεχή επαφή με γυναίκες-θύματα της ενδοοικογενειακής βίας (Oliviera Gomes et al., 2015: Yousefnia et al., 2018: Phares et al., 2019). Επομένως, οι νοσηλευτές, οι μαίες αλλά και οι γιατροί θα πρέπει να βρίσκονται πάντα σε ετοιμότητα και εγρήγορση σε περίπτωση που ανιχνεύσουν πιθανά σημάδια τα οποία υποδηλώνουν βία. Βασικός ρόλος των επαγγελματιών είναι η άμεση και έγκυρη αναγνώριση των συμπτωμάτων ή ασθενειών τα οποία φέρει μια κακοποιημένη γυναίκα και δύναται να προέρχονται από καταστάσεις κακοποίησης, καθώς αν δεν γίνουν αντιληπτά, μπορεί να χαθεί η μοναδική ίσως ευκαιρία να παρέχουν στο θύμα την βοήθεια που χρειάζεται (World Health Organization, 2014).

Στην περίπτωση που ο νοσηλευτής ή οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας αντιληφθεί την ύπαρξη κακοποίησης, πρέπει να βοηθήσει την γυναίκα να μαρτυρήσει το βίωμα της όσο δύσκολο και αν είναι αυτό για εκείνη. Ο σκοπός του επαγγελματία, είναι να αντιμετωπίσει κάθε δυσκολία που εμποδίζει τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος οικειότητας και εμπιστοσύνης για το θύμα. Δουλειά του, είναι να αναζητά και να καταλαβαίνει την μοναδικότητα της κάθε γυναίκας και με τον κατάλληλο τρόπο να διαλύει τους φραγμούς που της δημιουργούν δισταγμό και φόβο στο να αντιμετωπίσει αυτό που βιώνει (Williams et al., 2017: Ahmad et al., 2016: Dawson et al., 2019).

Βασική είναι η συχνή ενημέρωση των γυναικών, από τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με το τί εστί ενδοοικογενειακή βία, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιληφθούν και οι ίδιες πότε και πώς τη βιώνουν, αφού δεν είναι λίγες εκείνες οι οποίες δεν αντιλαμβάνονται καν ότι κακοποιούνται. Αυτό μπορεί να γίνει με μια ενημέρωση ρουτίνας αλλά και με συνέντευξη-λήψη ιστορικού με ερωτήσεις που παραπέμπουν στην ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών σε κάθε γυναίκα που περνάει από τον υγειονομικό τομέα και υπάρχει η υπόνοια ότι έχει κακοποιηθεί (Phelan, 2007: World Health Organization, 2014).

Συνεχίζοντας, στην περίπτωση που αναγνωρισθεί η ύπαρξη βίας, είναι σημαντικό το γεγονός ότι η διάγνωση θα πρέπει να είναι ακριβής και σωστά τεκμηριωμένη, αφού τα στοιχεία που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είναι αυτά που θα οδηγήσουν τελικά στην κατανόηση και εξακρίβωση των παραγόντων που οδήγησαν τη γυναίκα στη θυματοποίηση από το σύντροφό της (Phares et al., 2019).

Τελευταίο κομμάτι στο έργο ενός νοσηλευτή είναι η ανάπτυξη ενός πλάνου, βάση του οποίου θα οργανώσει τις δράσεις του, θα περιθάλψει το θύμα όσων αφορά τις σωματικές βλάβες, θα συνεργαστεί με μία διεπιστημονική ομάδα για μία πιο ολιστική προσέγγιση και θα παραπέμψει τη γυναίκα στις καταλληλότερες δομές έτσι ώστε να είναι πρωτίστως ασφαλής και υγιής (Paixao et al., 2015: Dawson et al., 2019).

Συνοπτικά, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να περιθάλπει κάθε ανάγκη της γυναίκας-θύματος που προκύπτει από την κακοποίηση της, τόσο σε σωματικό, συναισθηματικό ή κοινωνικοοικονομικό τομέα, χωρίς όμως να εισβάλλει στον προσωπικό της χώρο. Η σοβαρότητα που θα αναδείξει στην αντιμετώπιση του περιστατικού, σχετίζεται πρωτίστως με την συμπεριφορά του αλλά και τις γνώσεις που έχει σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Κύριο μέλημα του επαγγελματία υγείας είναι να ακούει προσεκτικά την αφήγηση του θύματος χωρίς επικριτικό ύφος, να αναζητά τις σημαντικότερες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες της, να αξιολογεί το περιστατικό με βάσει τα στοιχεία που σύλλεξε, να σχεδιάζει πλάνα ασφάλειας για το θύμα και να παρέχει την ανάλογη φροντίδα (Stevens, 2002: Humphreys and Campbell, 2010: World Health Organization, 2014).

7.1.Αντιμετώπιση των εμποδίων

Η αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας δεν είναι ένα εύκολο ζήτημα, και όπως προαναφέρθηκε, τα εμπόδια είναι πολλά. Ο νοσηλευτής είναι, θα λέγαμε, ένα βασικό εργαλείο στη λύση του προβλήματος, που αν δουλεύει σωστά η κατάσταση προφανώς αλλάζει κλίμακα

δυσκολίας. Πρωτίστως, η συμπεριφορά του ίδιου σχετίζεται πλήρως με τη λειτουργικότητά του, αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι συνεχώς ενημερωμένος αλλά και σωστά εκπαιδευμένος έτσι ώστε να αντιμετωπίζει τη γυναίκα-θύμα με σοβαρότητα και ευγένεια. Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι ανάλογες με τη σοβαρότητα του φαινομένου, έτσι ώστε εκείνοι να είναι σε θέση να ακούν το θύμα με σεβασμό και κατανόηση χωρίς να είναι επικριτικοί. Σε αυτό το κομμάτι, σημαντικό ρόλο έχει η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού όσον αφορά τα φαινόμενα κακοποίησης αλλά και ισχυρή θέληση από τους ίδιους για παροχή φροντίδας (Stevens, 2002: World Health Organization, 2014: Williams et al., 2017: Dawson et al., 2019).

Η συνέχεια στην κατάλληλη κατάρτιση του προσωπικού είναι η στάση του ίδιου του τομέα της υγείας. Είναι σημαντικό να δημιουργηθούν πρωτόκολλα που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία και την αντιμετώπισή της, έτσι ώστε να είναι ευκολότερο για τους εργαζόμενους να λειτουργήσουν σωστά όταν αντιληφθούν μία κακοποιημένη γυναίκα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρέχουν στο θύμα ένα κατάλληλο περιβάλλον όπου θα νοιώθει άνεση και ασφάλεια στο να εκμυστηρευθεί την εμπειρία του. Κατάλληλο, υπό αυτές τις συνθήκες, νοείται το περιβάλλον όπου το θύμα δεν συνοδεύεται από κανέναν κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ούτε καν από στενά συγγενικά πρόσωπα όπως γονείς ή αδέρφια. Σε περιπτώσεις διαφορετικών εθνικοτήτων, όπου ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να συνεννοηθεί με το θύμα, είναι απαραίτητη η παρουσία κάποιας μεταφράστριας πάντα γένους θηλυκού και εκτός οικογενειακού κύκλου της γυναίκας (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009). Δηλαδή, είναι σημαντικό το θύμα να βρίσκεται σε ένα χώρο μόνο με τον επαγγελματία υγείας, χωρίς να νοιώθει την ανασφάλεια ότι κάποιος οικείος της είναι εκεί και ακούει. Εκτός από την ασφάλεια που αναπτύσσεται σε αυτό το περιβάλλον, είναι πολύ πιθανό ότι εξαλείφεται και ο φόβος που βιώνει το θύμα στο να εκμυστηρευτεί το βίωμά του (Stevens, 2002: World Health Organization, 2014: Williams et al., 2017: Dawson et al., 2019).

Για να μπορέσει τελικά το θύμα να “ανοιχτεί”, είναι απαραίτητο να υπάρχει και ο απαιτούμενος χρόνος έτσι ώστε να αναπτυχθούν γερά θεμέλια στη σχέση νοσηλεύτη και θύματος και να δημιουργηθεί εμπιστοσύνη και οικειότητα. Γι’ αυτό, κατά τη διάρκεια της συνομιλίας τους, ο νοσηλεύτης δεν πρέπει να πιέζει και να βομβαρδίζει το θύμα με ερωτήσεις, αλλά αντίθετα να αφήνει τη γυναίκα να αναπαράγει τα γεγονότα όπως εκείνη τα έζησε. Φυσικά, είναι σημαντικό, η γυναίκα-θύμα να καθοδηγείται με κάποιες βασικές ερωτήσεις έτσι ώστε να συλλεχθούν όσο το δυνατόν πιο ακριβή στοιχεία σχετικά με το συμβάν της

κακοποίησης (Stevens, 2002: World Health Organization, 2014: Williams et al., 2017: Dawson et al., 2019).

Κάτι που θα βοηθήσει το θύμα περαιτέρω είναι η συχνή ενημέρωσή του σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Είναι γεγονός ότι, πολλές γυναίκες, λόγω ανατροφής και κουλτούρας δεν αντιλαμβάνονται ότι αυτό που βιώνουν είναι κακοποίηση. Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητο η κάθε γυναίκα να γνωρίζει βασικές έννοιες αλλά και τις επιπτώσεις του φαινομένου στην υγεία, σωματική και ψυχική (Stevens, 2002: World Health Organization, 2014: Williams et al., 2017: Dawson et al., 2019).

Τέλος, ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη να παρέχει στις κακοποιημένες γυναίκες πληροφορίες και να τις παραπέμπει σε άλλες υπηρεσίες όπου μπορεί να απευθυνθεί και να βρει βοήθεια και υποστήριξη (Stevens, 2002: World Health Organization, 2014: Williams et al., 2017: Dawson et al., 2019). Όπως και να έχει η κατάσταση, οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να αφήνουν πάντα ανοιχτή την πόρτα για επαναξιολόγηση και να βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τις κακοποιημένες γυναίκες (Humphreys and Campbell, 2010).

Συνοψίζοντας οι βασικές αρχές για την ανίχνευση της βίας από τους επαγγελματίες υγείας είναι:

- Εξασφάλιση ιδιωτικότητας και μυστικότητας (ενώ σε περίπτωση διαφορετικής εθνικότητας, απαιτείται η παρουσία μεταφράστριας).
- Οπτική επαφή και προσήλωση στην αφήγηση του θύματος.
- Δημιουργία εμπιστευτικού και άνετου κλίματος.
- Επίδειξη κατανόησης και σεβασμού.
- Ανάπτυξη ερωτήσεων, τονίζοντας το φαινόμενο της βίας αλλά σε φιλικό επίπεδο.
- Αξιολόγηση ασφάλειας του θύματος και των παιδιών αυτής.
- Ψυχολογικός καθησυχασμός στη γυναίκα-θύμα. (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009: Lutgendorf, 2019).

7.2.Διάγνωση και Κλινικά Ευρήματα

Η διαδικασία εντοπισμού και διάγνωσης της ενδοοικογενειακής βίας, είναι βασικό στάδιο στην αντιμετώπιση της και προηγείται του σχεδιασμού και εφαρμογής πλάνου περίθαλψης και βοήθειας στην κακοποιημένη γυναίκα. Αυτή η διαδικασία, πρέπει να λαμβάνει χώρα κάθε φορά που ένας επαγγελματίας υγείας αναγνωρίζει στη γυναίκα κάποιο στοιχείο που υποδηλώνει κακοποίηση (Phares et al., 2019).

Για να γίνει η εκτίμηση ενός περιστατικού κακοποίησης, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δημιουργήσουν μία πλήρη και λεπτομερή εικόνα της κατάστασης του θύματος. Αυτό γίνεται με μία σωστή λήψη ιστορικού αλλά και με τη φυσική εξέταση, όπου ο επαγγελματίας υγείας θα εντοπίσει κλινικά ευρήματα που υποδηλώνουν σωματική και ψυχική κακοποίηση. Εκτός από τη φυσική εξέταση και το ιστορικό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν εξετάσεις όπως ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες σώματος και εγκεφάλου, αιματολογικές και τοξικολογικές ουρολογικές εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες μπορούν να δείξουν εσωτερικές βλάβες που προέρχονται από βιαιοπραγία ή χειριστικότητα του θύτη στο θύμα.

Κλινικά ευρήματα που μπορούν να ανακαλυφθούν είτε με γυμνό μάτι είτε από τις εξετάσεις μπορεί να είναι:

- Μελανιές
- Ανοιχτά τραύματα
- Δαγκωματιές
- Σημάδια στραγγαλισμού
- Πληγές από αιχμηρά αντικείμενα
- Εγκαύματα
- Σπασμένα ή ραγισμένα οστά
- Σπασμένα δόντια
- Πληγές και μώλωπες σε διάφορα στάδια επούλωσης
- Πονοκέφαλος
- Χρόνιος πόνος

- Αυπνίες
- Άγχος - Μετατραυματικό στρες
- Κατάθλιψη
- Κόπωση
- Αιματώματα εγκεφάλου
- Αιμορραγία - Ενδοκρανιακή αιμορραγία
- Αφυδάτωση
- Κατάχρηση ουσιών - Ακατάλληλη χορήγηση φαρμάκων
- Υποσιτισμός
- Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Εκτός από τα κλινικά ευρήματα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δίνουν βάση και στη συμπεριφορά του ζευγαριού. Ύποπτος, για ενδοοικογενειακή κακοποίηση, μπορεί να είναι ο άνδρας ο οποίος φωνάζει, βρίζει ή υποτιμά τη γυναίκα του, είναι χειριστικός ή επιθετικός. Δεν είναι σπάνιο βέβαια ο άνδρας να παριστάνει τον γλυκό, στοργικό και υπερπροστατευτικό σύζυγο ο οποίος απαιτεί συνήθως να είναι πάντα παρόν σε ότι αφορά τη γυναίκα ή να εκφέρει την δική του άποψη επισκιάζοντας τη δική της (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009: Hindin, 2006).

Αντιθέτως, οι γυναίκες που βιώνουν κακοποίηση φαίνονται συνήθως φοβισμένες και δεν φέρουν αντίρρηση στην άποψη του άνδρα. Ακόμα και όταν βρίσκονται μόνες τους με τους επαγγελματίες υγείας, είναι διστακτικές στο να ανοίξουν οι ίδιες συζήτηση για τη βία. Τα θύματα κακοποίησης έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση αλλά και αλλαγή στο επίπεδο συνείδησης (κατά τη διάρκεια της συζήτησης, ξαφνικά το βλέμμα της χάνεται στο κενό). Ένα χαρακτηριστικό ακόμα που μπορεί να υποδηλώνει κακοποίηση, είναι το γεγονός ότι η γυναίκα μπορεί να αναβάλει συνεχώς ή να χάνει τις προγραμματισμένες επισκέψεις στον υγειονομικό (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009: World Health Organization, 2014).

Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξετάζουν κάθε γυναίκα η οποία φέρει πιθανά σημάδια, ανεξαρτήτου κοινωνικής, οικονομικής και θρησκευτικής κατάστασης αφού η βία δεν

κάνει διακρίσεις και μπορεί να συμβεί σε όλες τις γυναίκες (Αρτινοπούλου, 2003: Hendricks & Hendricks, 2014: WHO, 2017).

Συμπερασματικά, είναι σημαντική η ανίχνευση κάθε ύποπτης συμπεριφοράς και κλινικών συμπτωμάτων από τους επαγγελματίες αλλά και η επιμονή τους όσον αφορά ζητήματα βίας, για να επιτύχουν σωστή και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα, πάντα σε φιλικό επίπεδο, χωρίς να εισβάλουν στην ιδιωτικότητα του θύματος (Αθανασοπούλου & Καμπά, 2009).

7.3.Λήψη Ιστορικού

Όσον αφορά τη λήψη ιστορικού, οι απόψεις δίστανται. Από τη μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι όλες οι γυναίκες οι οποίες επισκέπτονται τον τομέα της υγείας, θα πρέπει να ερωτώνται για το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας σε μορφή ελέγχου ρουτίνας. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μόνο οι γυναίκες που φαίνεται να έχουν υποστεί βία πρέπει να μπαίνουν στην διαδικασία της λήψης ιστορικού για κακοποίηση.(Otton, 2001: Cronholm et al., 2015)

Παρόλο που φαίνεται ότι ο έλεγχος ρουτίνας για ενδοοικογενειακή βία αποδίδει με υψηλά ποσοστά ανίχνευσης, έχει κατηγορηθεί για το γεγονός ότι δημιουργεί στρεσογόνες καταστάσεις και στιγματίζει τις γυναίκες (Ahmad et al., 2016: Huecker & Smock, 2020). Υποστηρίζεται ότι οι δύο διαδικασίες δεν πρέπει να συγχέονται, καθώς ο έλεγχος ρουτίνας βασίζεται σε τυποποιημένα εργαλεία ανίχνευσης, ενώ όταν υπάρχει κακοποίηση, η διάγνωση απαιτεί ερωτήσεις εξειδικευμένες και βασισμένες στην μοναδικότητα και ιδιαιτερότητα του κάθε θύματος (Chang et al., 2005: Phares et al., 2019). Από την άλλη πλευρά όμως, έχει αποδειχθεί ότι όταν οι γυναίκες ενημερώνονται πως ερωτώνται για λόγους ρουτίνας, δεν νοιώθουν ότι στιγματίζονται για κακοποίηση και θεωρούν φυσιολογικές και όχι επικριτικές τις ερωτήσεις της συνέντευξης (Chang et al., 2005).

Όπως και να 'χει, σε περίπτωση που υπάρχουν υποψίες κακοποίησης από τον επαγγελματία υγείας, αυτός θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ένα φαινόμενο κακοποίησης και να γνωρίζει βασικά πλάνα και ερωτήσεις έτσι ώστε να βοηθήσει το θύμα να εκμυστηρευτεί την κατάσταση που βιώνει.

Η λήψη ιστορικού, όσον αφορά την ενδοοικογενειακή βία μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους. Χρησιμοποιώντας ένα σχετικό ερωτηματολόγιο ή κάποιο εργαλείο ανίχνευσης της κακοποίησης, η γυναίκα έχει τη δυνατότητα να απαντήσει είτε γραπτώς, είτε μέσω υπολογιστή ή τάμπλετ, είτε μπορεί να συνομιλήσει με τον επαγγελματία υγείας ο οποίος θα της κάνει ερωτήσεις πρόσωπο με πρόσωπο. Φαίνεται, ότι από τις τρεις αυτές επιλογές, οι γυναίκες

προτιμούν τις δύο πρώτες, καθώς ο γραπτός και ηλεκτρονικός τρόπος θεωρείται ευκολότερος για την εκμυστήρευση της βίας αφού αποτελούν έναν πιο απρόσωπο και έμμεσο τρόπο επικοινωνίας (MacMillan et al., 2006).

Όσον αφορά τον τρόπο συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο, καθώς ο επαγγελματίας υγείας έρχεται σε άμεση επαφή και συζήτηση με τις γυναίκες, θα πρέπει να έχει πάντα στο μυαλό του κάποιους βασικούς θα λέγαμε κανόνες ώστε να τις προσεγγίσει και να δημιουργήσει σχέσεις εμπιστοσύνης και άνεσης.

Αρχικά, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να απευθυνθεί στο θύμα χρησιμοποιώντας απλή, καθημερινή και κατανοητή γλώσσα, και πρωτίστως να ξεκινήσει την συνέντευξη με όσο το δυνατόν πιο απλές και λιγότερο ευαίσθητες ερωτήσεις. Είναι σημαντικό, το θύμα να είναι ενήμερο για το τι πρόκειται να επακολουθήσει αλλά και καθησυχασμένο για την ιδιωτικότητα και μυστικότητα της συζήτησης, παράλληλα να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που τελικά εκμυστηρευτεί την κατάσταση που βιώνει θα υπάρχει βοήθεια για εκείνη. Συνεχίζοντας, αποτελεσματικό είναι να υπάρχει φιλικό-προσωπικό κλίμα συζήτησης μεταξύ των δύο συνομιλητών και οι ερωτήσεις να μη γίνονται με τη μορφή μίας κρύας αφήγησης. Καθ' όλη τη διάρκεια της συνομιλίας, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι προσηλωμένος, συγκεντρωμένος και να ακούει προσεκτικά την ιστορία της κακοποιημένης γυναίκας, δίνοντας της χρόνο να μιλήσει χωρίς να τη διακόπτει. Τέλος, ο επαγγελματίας υγείας, πρέπει να ενημερώνει την κάθε γυναίκα σχετικά με ολόκληρο το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και να παρέχει πληροφορίες και παραπομπές τις οποίες μπορεί εκείνη να χρησιμοποιήσει ακόμα κι αν δεν έχει καταφέρει να παραδεχτεί την ύπαρξη κακοποίησης (World Health Organization, 2014; Huecker & Smock, 2020; Phares et al., 2019).

7.3.1. Ενδεικτικές ερωτήσεις-φράσεις

Στην αρχή της συζήτησης, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι ανοιχτού τύπου και γενικευμένες. Αυτό είναι σημαντικό, ώστε η γυναίκα να καταλάβει ότι της δίνεται η επιλογή να μιλήσει και να αναλύσει οποιοδήποτε θέμα την απασχολεί. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι μεν καθοδηγητικές στη συνομιλία μεταξύ επαγγελματία υγείας και θύματος χωρίς εκείνο να αναγκάζεται να απαντήσει μονολεκτικά με ένα ναι ή ένα όχι ή να εκφράζει συναισθήματα με υποδειγμένες από τον επαγγελματία λέξεις (World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019).

Ενδεικτικές ερωτήσεις-φράσεις:

- Υπάρχει κάποιο θέμα το οποίο σε απασχολεί και θέλεις να συζητήσουμε;
- Πώς αισθάνεσαι για την καθημερινότητα που βιώνεις;
- Φαίνεσαι αναστατωμένη! Μπορείς να μου μιλήσεις για αυτό που σου συμβαίνει!
- Σου συμβαίνει κάτι; Μήπως χρειάζεσαι βοήθεια;
- Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο σπίτι που σε απασχολεί;
- Είμαστε μόνοι, μίλησέ μου, ότι πεις εδώ θα μείνει εδώ! Σε διαβεβαιώνω!
(World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019)

Αφού δημιουργηθεί μία ροή στη συζήτηση τότε δίνεται η δυνατότητα στον επαγγελματία παροχής φροντίδας να εμβαθύνει λίγο περισσότερο και να αναζητήσει πιο συγκεκριμένες πληροφορίες (World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019).

Ενδεικτικές ερωτήσεις-φράσεις:

- Πριν λίγο ανέφερες ότι συμβαίνει αυτό, μπορείς να το αναλύσεις λίγο παραπάνω;
- Θέλεις να μου μιλήσεις περισσότερο για αυτό που βιώνεις;
- Ποιος σε φέρει σε αυτή τη θέση;
- Πιστεύεις ότι βρίσκεσαι σε κίνδυνο εσύ ή τα παιδιά σου; (World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019)

Όσο περισσότερο προχωράει η συζήτηση, τόσο πιο δύσκολο γίνεται για τη γυναίκα να συνεχίσει την αφήγηση της. Γι' αυτό το λόγο ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να την ενθαρρύνει και να την καθησυχάσει με τα λόγια του (World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019).

Ενδεικτικές ερωτήσεις-φράσεις:

- Με βάση όσα είπες προηγουμένως φαίνεται να χρειάζεσαι εξωτερική βοήθεια! Κι αυτή υπάρχει!
- Σε εμένα μπορείς να μιλήσεις!
- Δεν είσαι η μόνη! Υπάρχουν πολλές γυναίκες που βιώνουν την ίδια κατάσταση.

- Μην κατηγορείς τον εαυτό σου για ότι συμβαίνει! Δεν φταις εσύ!
- Μην προσπαθείς να τον δικαιολογήσεις για τις πράξεις του! Σε κανέναν δεν αξίζει να κακοποιείται!
- Ανησυχώ ότι αυτό που συμβαίνει μπορεί να επηρεάσει την σωματική/ψυχική σου ακεραιότητα. Μίλησε μου λίγο ακόμα!
- Δεν θα σε αφήσω να το περάσεις μόνη! Μπορούμε να σε βοηθήσουμε.
- Θα σε ενημερώσω εγώ για όλες τις διαθέσιμες υπηρεσίες που μπορείς να βρεις βοήθεια. (World Health Organization, 2014; Lutgendorf, 2019)

7.3.2. Εργαλεία ανίχνευσης

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων υπάρχουν και εργαλεία τα οποία να μεν έχουν κοινό σκοπό την ανίχνευσης της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά φέρουν διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. «Κάποια από αυτά είναι:

- **AAS (Abuse, Assessment, Screen):** χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της βίας στις εγκύους συνήθως γυναίκες.
- **HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream):** εργαλείο διαλογής που χρησιμοποιείται σε ιατρεία εξωτερικών ασθενών.
- **PVS (Partner, Violence, Screen):** συντομευμένο εργαλείο διαλογής σε έκτακτη ανάγκη.
- **RADAR (Routinely, Ask, Document, Assess, Review):** βοηθά τους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τη συντροφική βία.
- **WAST (Woman, Abuse, Screening, Tool):** εργαλείο διαλογής που χρησιμοποιείται από οικογένειες και επαγγελματίες υγείας έκτακτης ανάγκης» (Rabin et al., 2009; Deshpande & Lewis-O' Connor, 2013; Huecker & Smock, 2020).

ABUSE ASSESSMENT SCREEN (A.A.S.)

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από το «Nursing Consortium on Violence and Abuse» κυρίως για εγκύους αλλά και μη. Αποτελείται από πέντε ερωτήσεις κλειστού τύπου με απαντήσεις: Ναι ή Όχι. Κάθε θετική απάντηση παραπέμπει σε συμπάν κακοποίησης. Επιπλέον, λόγω της μορφής του μπορεί να προσδιορίσει και τον θύτη που προκαλεί την ενδοοικογενειακή βία (Loretz, 2005; Rabin et al., 2009; Deshpande & Lewis-O' Conor, 2013; Feltner et al., 2018).

1. «Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?

- i. YES

- ii. NO

2. Within the last year, have you ever been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?

- i. YES

- ii. NO

If YES, who? (Circle all that apply)

Husband, Ex-Husband, Boyfriend, Stranger, Other, Multiple

Total # of times: _____

3. Since you 've been pregnant, have you been slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?

- i. YES

- ii. NO

If YES, who? (Circle all that apply)

Husband, Ex-Husband, Boyfriend, Stranger, Other, Multiple

Mark the area of injury on the body map.

Score each incident according to the following scale:

1 = Threats of abuse including use of weapon _____

2 = Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain _____

3 = Punching, kicking, bruises, cuts and/or continuing pain _____

4 = Beating up, severe contusions, burns broken bones _____

5 = Head injury, internal injury, permanent Injury _____

6 = Use of weapon; wound from weapon _____

4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?

i. YES

ii. NO

If YES, who? (Circle all that apply)

Husband, Ex-Husband, Boyfriend, Stranger, Other, Multiple

Total # of times _____

5. Are you afraid of your partner or anyone listed above?

i. YES

ii. NO»

Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS)

Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν τον παρακάτω πίνακα για να ανιχνεύσουν την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις στις οποίες υπάρχουν πέντε πιθανές απαντήσεις. Κάθε απάντηση βαθμολογείται από το 1 έως το 5, δηλαδή: never (ποτέ)= 1, rarely (σπάνια)= 2, sometimes (μερικές φορές)= 3, fairly often (αρκετά συχνά)= 4 και frequently (συχνά)= 5. Στην περίπτωση όπου η βαθμολογία στο σύνολο των ερωτήσεων είναι μεγαλύτερη των 10 πόντων αυτό αυτόματα σημαίνει ότι η ερωτηθείσα βιώνει ενδοοικογενειακή κακοποίηση (Rabin et al., 2009; Deshpande & Lewis-O' Conor, 2013; Feltner et al., 2018).

How often does your partner:	Never (1)	Rarely (2)	Sometimes (3)	Fairly Often (4)	Frequently (5)
Physically hurt you?	☐	☐	☐	☐	☐
Insult you or talk down to you?	☐	☐	☐	☐	☐
Threaten you with harm?	☐	☐	☐	☐	☐
Scream or curse at you?	☐	☐	☐	☐	☐

Partner Violence Screen (PVS)

To PVS, αποτελεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με τρεις ερωτήσεις για άμεση ανίχνευση ενδοοικογενειακής βίας που χρησιμοποιείται κυρίως εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών. Θετική απάντηση σε πάνω από 1 ερωτήσεις υποδηλώνει κακοποίηση (Rabin et al., 2009; Feltner et al., 2018).

1. «Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone in the past year?

i. Yes

ii. No

If so, by whom?

a. Person in current relationship

b. Person from previous relationship

c. Someone else

2. Do you feel safe in your current relationship?
 - i. Yes
 - ii. No
3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?
 - i. Yes
 - ii. No»

Routinely, Ask, Document, Assess, Review (RADAR)

Το εργαλείο RADAR δημιουργήθηκε από την Massachusetts Medical Society ως ένας οδηγός βημάτων που πρέπει να ακολουθήσουν οι επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να ανιχνεύσουν την ενδοοικογενειακή βία ενάντια των γυναικών. Είναι ουσιαστικά ένας μνημονικός κανόνας με πέντε βασικές αρχές που αφορούν τον τακτικό έλεγχο, τις ξεκάθαρες ερωτήσεις, την τεκμηρίωση των πειστηρίων, την αξιολόγηση ως προς την ασφάλεια και την εξέταση των επιλογών για βοήθεια (Loretz, 2005; Paterson-Brown & Howeel, 2016; Deshpande & Lewis-O' Connor, 2013).

1. **«Routinely** screen adult patients,
2. **Ask** direct questions,
3. **Document** your findings,
4. **Assess** patient safety, and
5. **Review** options and referrals» (Deshpande & Lewis-O' Connor, 2013).

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε αρχικά για την ανίχνευση βίας σε όλη την οικογένεια αλλά μετέπειτα χρησιμοποιήθηκε μεμονωμένα στις γυναίκες. Αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις που σχετίζονται με την καθημερινή σχέση μεταξύ των συντρόφων και οι απαντήσεις είναι δομημένες έτσι, ώστε η ένδειξη για ενδοοικογενειακή βία να σχετίζεται με

την συχνότητα των βιωμάτων. Δηλαδή, οι πιθανότητες για κακοποίηση είναι ανάλογες της συχνότητας: υψηλή συχνότητα = υψηλή πιθανότητα βίας (Rabin et al., 2009; Feltner et al., 2018).

1. «In general, how would you describe your relationship?
 - i. A lot of tension
 - ii. Some tension
 - iii. No tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
 - i. Great difficulty
 - ii. Some difficulty
 - iii. No difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling put down or bad about yourself?
 - i. Often
 - ii. Sometimes
 - iii. Never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing?
 - i. Often
 - ii. Sometimes
 - iii. Never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
 - i. Often
 - ii. Sometimes
 - iii. Never
6. Has your partner ever abused you physically?
 - i. Often

ii. Sometimes

iii. Never

7. Has your partner ever abused you emotionally?

i. Often

ii. Sometimes

iii. Never

8. Has your partner ever abused you sexually?

i. Often

ii. Sometimes

iii. Never»

7.4.Πλάνο Ασφαλείας

Από τη στιγμή που ο επαγγελματίας υγείας τελειώσει με την φυσική εξέταση και τη συνέντευξη, είτε έχει αναγνωριστεί η βία είτε όχι, πρέπει να δώσει στη γυναίκα πληροφορίες σχετικά με υπηρεσίες στις οποίες μπορεί να στηριχθεί και να ζητήσει βοήθεια σε περίπτωση κακοποίησης (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Αν η γυναίκα παραδεχθεί την ενδοοικογενειακή κακοποίηση που βιώνει, όντας σε θέση να καταλάβει τον αυξημένο κίνδυνο που υπάρχει σε αυτές τις περιπτώσεις, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να τη βοηθήσει δημιουργώντας ένα πλάνο ασφαλείας σε περίπτωση που εκείνη βρεθεί σε κίνδυνο ή χρειαστεί να απομακρυνθεί από το σπίτι της (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Το πλάνο ασφαλείας που θα δημιουργήσει ο επαγγελματίας υγείας, σχετίζεται με κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες βοηθούν το θύμα ώστε να είναι προετοιμασμένο για οποιαδήποτε ώρα ανάγκης ή περίπτωση βίας. Ο σχεδιασμός του πλάνου είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία που χρειάζεται μεγάλη προσοχή, καθώς πρέπει να ληφθούν υπόψιν όλες οι παράμετροι της καθημερινότητας του θύματος αλλά και να αξιολογηθούν σωστά οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν (World Health Organization, 2014: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Ζωτικής σημασίας είναι το γεγονός ότι το συγκεκριμένο σχέδιο πρέπει να παραμένει κρυφό από τον δράστη, αφού σε αντίθετη περίπτωση αντί για βοήθεια μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερους κινδύνους ακόμα και θάνατο του θύματος. Γι' αυτό το λόγο, είναι προτιμότερο το πλάνο να μη δίνεται γραπτό αλλά το θύμα να προσπαθεί να απομνημονεύσει τις οδηγίες. Με αυτό τον τρόπο δεν υπάρχει περίπτωση να βρεθούν αποδεικτικά στοιχεία για πρόθεση φυγής του θύματος οπότε μειώνεται ο κίνδυνος αντιποίνων (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Το πλάνο ασφαλείας πρέπει να καλύπτει βασικούς τομείς της καθημερινότητας του θύματος, και παροδικούς και μελλοντικούς, έτσι ώστε να είναι χρήσιμο σε οποιαδήποτε περίπτωση. Τέτοιοι τομείς αφορούν το ασφαλές καταφύγιο και τη μετακίνηση, την ασφάλεια των παιδιών, την οικονομική ανεξαρτησία, χρήσιμα έγγραφα, ρουχισμό κ.α. (World Health Organization, 2014: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Ασφαλές καταφύγιο:

- Ρωτάμε το θύμα αν υπάρχει ασφαλής κατοικία ή κάποιο άλλο καταφύγιο στο οποίο μπορεί να μετακινηθεί σε ώρα ανάγκης.

Η γυναίκα που έχει υποστεί βία πρέπει να έχει στο μυαλό της δυνητικές επιλογές όπου ο θύτης δεν έχει πρόσβαση. Είτε υπάρχουν επιλογές είτε όχι από μεριάς του θύματος, προσφέρουμε πάντα επιπλέον πληροφορίες και επιλογές για ασφαλή κέντρα περίθαλψης και καταφύγια κακοποιημένων γυναικών (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Μετακίνηση:

- Ρωτάμε το θύμα τι επιλογές έχει ως προς τη μετακίνηση: ιδιόκτητο αυτοκίνητο, μέσα μαζικής μεταφοράς, ταξί κ.α.

Αν το θύμα έχει ιδιόκτητο αυτοκίνητο, πρέπει να φροντίζει έτσι ώστε να έχει πάντα πρόσβαση στα κλειδιά του αυτοκινήτου, να είναι πάντα γεμάτο το ντεπόζιτο με καύσιμα, να γίνεται συχνός μηχανολογικός και ηλεκτρολογικός έλεγχος (π.χ. κομμένα φρένα, αποσυνδεδεμένα καλώδια κ.α.), αλλά και καθημερινά έλεγχος των ελαστικών (π.χ. σκισμένα λάστιχα). Σε περίπτωση που το θύμα μετακινείται με τα μέσα μαζικής μεταφοράς, πρέπει να γνωρίζει τις κοντινότερες στάσεις και να είναι πάντα ενημερωμένο σχετικά με τα δρομολόγια, της αλλαγές ή τις καθυστερήσεις αυτών (World Health Organization, 2014: Kristjansson et al., 2019: Huecker & Smock, 2020).

Παιδιά:

- Πρωτάμε το θύμα αν έχει σκοπό να πάρει μαζί τα παιδιά του σε περίπτωση διαφυγής ή όχι.

Σε περίπτωση που υπάρχουν παιδιά, πρέπει το θύμα να έχει σκεφτεί το ενδεχόμενο να τα πάρει μαζί του ή όχι. Είναι σημαντικό τα παιδιά να γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί σε διάφορες καταστάσεις κινδύνου έτσι ώστε να είναι ενημερωμένα και προετοιμασμένα για κάθε ενδεχόμενο. Αυτό βοηθάει τόσο στην καλή ψυχολογική κατάσταση των παιδιών όσο και στην ήρεμη διαφυγή χωρίς γκρίνια και φασαρία έτσι ώστε να μην γίνει αντιληπτό από το δράστη (World Health Organization, 2014: Wood et al., 2019: Huecker & Smock, 2020).

Οικονομική κατάσταση:

- Πρωτάμε το θύμα σχετικά με την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αν εξαρτάται οικονομικά από τον δράστη ή έχει τη δική του εργασία.

Η κακοποιημένη γυναίκα, πρέπει να έχει πρόσβαση σε ένα ποσό χρημάτων αν χρειαστεί να διαφύγει από μια επικίνδυνη κατάσταση. Είναι σημαντικό να προσπαθήσει να μαζέψει κάποια χρήματα αλλά και να μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση σε αυτά σε ώρα ανάγκης (World Health Organization, 2014: Kristjansson et al., 2019: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Χρήσιμα έγγραφα:

- Ενημερώνουμε το θύμα για τα έγγραφα που είναι χρήσιμα και πρέπει να έχει μαζί σε περίπτωση φυγής.

Είναι σημαντικό η γυναίκα να έχει τακτοποιημένα και συμμαζεμένα σε συγκεκριμένη τσάντα, διάφορα έγγραφα που μπορεί να φανούν χρήσιμα όταν αποφασίσει να εγκαταλείψει το σύντροφό της. Τέτοια έγγραφα μπορεί να είναι: η ταυτότητα, το δίπλωμα οδήγησης, η ασφάλεια αυτοκινήτου, κάποιο πιστοποιητικό γέννησης (δικό της και των παιδιών), το διαβατήριό της, το βιβλιário ασφάλισης, δικαστικά έγγραφα (εντολές περιοριστικών μέτρων προστασίας), τραπεζικοί λογαριασμοί και πιστωτικές κάρτες (World Health Organization, 2014: Wood et al., 2019: Huecker & Smock, 2020).

Χρήσιμα αντικείμενα:

- Ενημερώνουμε το θύμα για διάφορα αντικείμενα που πρέπει να έχει για ώρα ανάγκης.

Η κακοποιημένη γυναίκα ενδείκνυται να έχει μια τσάντα γεμάτη με αντικείμενα και προϊόντα τα οποία δυνητικά μπορεί να φανούν χρήσιμα στο ενδεχόμενο φυγής. Τέτοια αντικείμενα είναι: αναγκαία φάρμακα, κάποια ρούχα (δικά της και των παιδιών), παιχνίδια απασχόλησης των παιδιών, συσκευασμένα τρόφιμα κ.α. (World Health Organization, 2014: Huecker & Smock, 2020).

Εξωτερική βοήθεια:

- Πρώταμε το θύμα αν υπάρχει κάποιος οικείος άνθρωπος στο περίγυρό της ο οποίος μπορεί να τη βοηθήσει σε μία κατάσταση κινδύνου.

Σε μία κατάσταση έκτακτης ανάγκης το θύμα χρειάζεται άμεση βοήθεια και είναι δύσκολο να ανταπεξέλθει τις δυσκολίες χωρίς υποστήριξη. Γι' αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να μπορεί να στηριχθεί άμεσα από κάποιον οικείο της. Είναι ζωτικής σημασίας, να βρει ένα άτομο το οποίο θα είναι μεν οικείο, όπως κάποιος από την οικογένεια της, κάποιος φίλος ή γείτονας, αλλά θα πρέπει να είναι προσεκτική έτσι ώστε το συγκεκριμένο άτομο να είναι εμπιστοσύνης και να υποστηρίξει αυτήν και όχι τον θύτη (World Health Organization, 2014: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Είναι σημαντικό να ενημερώσουμε την γυναίκα-θύμα ότι αν έχει στο μυαλό της μία πιθανή απόδραση, πρέπει αυτό να γίνει γρήγορα και αθόρυβα χωρίς να δώσει κανένα δείγμα στον σύντροφό της αλλιώς μπορεί να υπάρξει κίνδυνος για την ίδια ή ακόμα και για τον περίγυρό της (World Health Organization, 2014: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Ωστόσο, αν η γυναίκα θύμα θεωρεί ότι είναι δύσκολο ή επικίνδυνο να φύγει από την βίαιη σχέση, τότε θα πρέπει να τη συμβουλέψουμε με κάποια βήματα τα οποία μπορεί να ακολουθεί έτσι ώστε να μειώνεται η πιθανότητα τσακωμών (World Health Organization, 2014: Sabri et al., 2018: Huecker & Smock, 2020).

Αρχικά, η γυναίκα δεν πρέπει να έρχεται σε αντιπαράθεση με τον δράστη. Είναι σημαντικό να κρατάει όσο το δυνατόν χαμηλότερο προφίλ και να μην δίνει δικαιώματα για διαμάχες (π.χ. να κυκλοφορεί μόνη της αργά το βράδυ ή σε μέρη τα οποία εκείνος δεν γνωρίζει). Επιπλέον, ενδείκνυται να μην χρησιμοποιεί εξαρτησιογόνες ουσίες ή αλκοόλ καθώς αυτά επηρεάζουν την ταχύτητα των ανατακλαστικών και την καθαρή σκέψη. Τέλος, σε περίπτωση που η γυναίκα δεν μπορεί να αποφύγει έναν τσακωμό, είναι ζωτικής σημασίας να αποφεύγει τα μικρά και στενά δωμάτια τα οποία δεν έχουν διέξοδο (π.χ. παράθυρα, πόρτες βεράντας κλπ.), αλλά

και τα δωμάτια στα οποία υπάρχουν όπλα ή αιχμηρά αντικείμενα (World Health Organization, 2014; Sabri et al., 2018; Huecker & Smock, 2020).

Σίγουρα, πρέπει να ενημερώσουμε την γυναίκα σχετικά με ομάδες ή συμβούλους, οι οποίοι μπορούν να τη βοηθούν και συμβουλεύουν σε συνεχή βάση έτσι ώστε να μη νοιώθει ποτέ αβοήθητη. Οποσδήποτε αφήνουμε πάντα ανοιχτό το παράθυρο για συνεχή επαφή μαζί της (Sabri et al., 2018).

8. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Η συζυγική βία είναι ένα δημόσιο πρόβλημα που πλήττει τις κοινωνίες σε παγκόσμιο επίπεδο. Παρόλο που το ερευνητικό κομμάτι σχετικά με το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας έχει αναπτυχθεί αρκετά από το 2000 και μετά, στον ελλαδικό χώρο τα δεδομένα παραμένουν σε χαμηλό επίπεδο (Papadakaki et al., 2009).

Στις αρχές τις πρώτης δεκαετίας, τα καταγεγραμμένα ποσοστά κακοποιημένων γυναικών από το σύντροφό τους ήταν στο 3,6% για σωματική ή σεξουαλική βία. Παρόλα αυτά, όσων αφορά την ψυχολογική και λεκτική κακοποίηση το ποσοστό ανέρχεται στο 56%. Επιπρόσθετα, γυναίκες σε ποσοστό 23,6% δήλωσαν ότι είχαν κάποιο οικείο πρόσωπο το οποίο ζούσε σε μία καταχρηστική σχέση. Στα τέλη της πρώτης δεκαετίας, αποδείχθηκε ότι στην ελληνική κοινωνία, η πιο συχνή μορφή βίας είναι η ψυχολογική με ακόλουθη αυτής την σεξουαλική κακοποίηση (Papadakaki et al., 2009).

Σύμφωνα με μελέτες, από τον τρόπο ζωής, τις θρησκευτικές αντιλήψεις αλλά και τις παραδόσεις των Ελλήνων, φαίνεται ότι η γυναίκα προστατεύεται νοητά ως προς την σωματική και σεξουαλική επιθετικότητα. Από την άλλη πλευρά, γεγονός του ότι το μεγαλύτερο μέρος του ελληνικού πληθυσμού ασπάζεται την Ορθόδοξη Χριστιανική θρησκεία, δημιουργούνται διλλήματα ως προς τη διάλυση ενός γάμου καθώς σύμφωνα με την εκκλησία ο θεσμός του γάμου αποτελεί άγιο και αδιάλυτο μυστήριο. Γι' αυτό το λόγο, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που ζουν υπό συνθήκες ενδοοικογενειακής βίας επιλέγουν να μην μιλήσουν ποτέ σχετικά με αυτό το θέμα (Papadakaki et al., 2009).

Εκτός των παραπάνω, ο δισταγμός στην αναφορά περιστατικών βίας συνεπάγεται και από τη νοοτροπία του Έλληνα και τη θέση της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία. Ως κατάλοιπο μία εποχής ανδροκρατίας που επικρατούσε γενικότερα σε παγκόσμιο επίπεδο, έτσι και στην Ελλάδα είναι γεγονός ότι ο ρόλος της γυναίκας ήταν κοινώς το νοικοκυριό, η περιποίηση του άνδρα και η ανάθρεψη των παιδιών, με βασικό στοιχείο την χειραγώγηση από τον άνδρα (Papadakaki et al., 2009).

Όσον αφορά το κρατικό - νομικό κομμάτι, η νομοθεσία σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών ήταν ελλιπής τουλάχιστον μέχρι το 2006, όπου τα εγκλήματα που σχετίζονταν με την κακοποίηση μέσα στην οικογένεια δεν είχαν ποινικοποιηθεί, με αποτέλεσμα οι δράστες να μένουν ατιμώρητοι και τα θύματα να μην έχουν καμία στήριξη. (Papadakaki et al., 2009; Ranjan, 2020)

Από το 2006 και μετά, αφότου δηλαδή δημιουργήθηκε σχετικός νόμος, η ενδοοικογενειακή βία θεωρήθηκε αδίκημα, με αυτόματη σύλληψη του δράστη από τις αρχές. Πρόσφατα, το 2019 με ανανέωση του νόμου του 2006, το θέμα της ενδοοικογενειακής κακοποίησης καλύφθηκε από νομικής απόψεως καλύπτοντας κάθε πτυχή της ισότητας των φύλλων και της γυναικείας υπόστασης στα πλαίσια της οικογένειας. (Papadakaki et al., 2009; Ranjan, 2020; Katsos et al., 2020)

Σχετικά με τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης των κακοποιημένων γυναικών, τόσο σε θέμα εκπαίδευσης όσο και σε θέμα υπηρεσιών η Ελλάδα υστερεί. Αν και το νομικό πλαίσιο άλλαξε βάζοντας θετικό πρόσημο στην αντιμετώπιση του φαινομένου στην εγχώρια κοινότητα, ο υγειονομικός τομέας δεν συμπεριλήφθηκε σε αυτές τις αλλαγές. Φαίνεται ότι στους επαγγελματίες υγείας δεν δίνονται ευκαιρίες για εκπαίδευση σχετικά με την βία και την διαχείριση κακοποιημένων γυναικών, ούτε κατά την προπτυχιακή φοίτηση αλλά ούτε και στην επαγγελματική σταδιοδρομία. Στο πρόβλημα της εκπαίδευσης, η οποία είναι σχεδόν ανύπαρκτη στον ελλαδικό χώρο, έρχεται να προστεθεί και η αδιαφορία σχετικά με την καθοδήγηση των παρόχων φροντίδας για αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Στις ελληνικές δομές υγείας, δεν υπάρχουν κλινικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες γραμμές που να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα οι ίδιοι να μην έχουν την δυνατότητα να βοηθούν τα θύματα κακοποίησης (Papadakaki et al., 2013).

Όσον αφορά το ποσοστό των καταγεγραμμένων θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας στην Ελλάδα, αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό, καθώς από ιατρικής απόψεως μόνο το 1,1% των τραυματισμένων γυναικών που φτάνουν σε μία υγειονομική μονάδα αναγνωρίζεται ως θύμα κακοποίησης από το σύντροφο τους. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν το γεγονός ότι στην Ελλάδα είναι απαραίτητη η ιατροδικαστική τεκμηρίωση σε περίπτωση ισχυρισμού κακοποίησης από το σύντροφο, η οποία μπορεί να είναι και η μοναδική απόδειξη μία κακοποιημένης γυναίκας στην υπεράσπισή της σε ένα επερχόμενο δικαστήριο (Katsos et al., 2020).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από τη Γενική Γραμματία Ισότητας των Φύλων, σε διάστημα ενός χρόνου από το 2016 έως το 2017 στην Ελλάδα, η Γραμμή SOS 15900 δέχθηκε 57041 κλήσεις και 113 ηλεκτρονικά μηνύματα. Από το παραπάνω σύνολο, το 85% αφορούσαν καταγγελίες γυναικών που υπέστησαν ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Το 71% αυτών, αναφέρεται σε καταγγελίες γυναικών οι οποίες κάλεσαν μόνες τους για βοήθεια, ενώ το 29% αφορούσαν καταγγελίες από οικείους ανθρώπους όπως γονείς, αδέρφια, γείτονες ή φίλοι. Να

σημειωθεί ότι το 50% των κακοποιημένων γυναικών που κάλεσαν τη Γραμμή SOS ήταν μητέρες (ΓΓΟΠΙΦ, 2017).

Από αυτές τις κλήσεις το 80% αφορούσαν βία από κάποιο σύντροφο, το 2% παρέπεμπε σε παρενόχληση σεξουαλικού περιεχομένου, το 1% σε βιασμούς ενώ το 2% αφορούσε άλλες μορφές βίας (ΓΓΟΠΙΦ, 2017).

Για τη χρονιά του 2018 η Γραμμή SOS δέχθηκε 5088 κλήσεις από τις οποίες το 81% αφορούσαν καταγγελίες γυναικών που έζησαν κάποια μορφή κακοποίησης. Το 70% αυτών, αποτελεί καταγγελίες γυναικών οι οποίες κάλεσαν οι ίδιες για βοήθεια, ενώ το 30% αφορά τηλεφωνήματα από οικείους του θύματος. Το 64% των γυναικών αυτών ήταν μητέρες (ΓΓΟΠΙΦ, 2018).

Από τις παραπάνω κλήσεις, το 87% σχετίζονταν με βία από κάποιο σύντροφο, το 4% παρέπεμπε σε παρενόχληση σεξουαλικού περιεχομένου, το 1% σε βιασμούς ενώ το 4% αναφέρεται σε άλλες μορφές βίας (ΓΓΟΠΙΦ, 2018).

Το περιεχόμενο των κλήσεων αυτών σχετιζόταν με:

- ψυχοκοινωνική στήριξη στο 41%,
- νομική συμβουλευτική στο 33%
- νομική βοήθεια στο 7%
- αναζήτηση φιλοξενίας στο 7%
- αναζήτηση εργασίας στο 1% (ΓΓΟΠΙΦ, 2018).

9. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Είναι βέβαιο ότι το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας, κάνει συχνά την εμφάνιση του και στην αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, και μπορεί να συμβεί στην αρχή, ή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποβεί μοιραία τόσο για το έμβρυο, όσο και για την υγεία της ίδιας της μητέρας (Mejdoubi et al., 2013: Fonseca-Machado et al., 2015: L. Alhusen et al., 2015).

Παρόλο που ο κύκλος της εγκυμοσύνης θεωρείται ένα ευχάριστο γεγονός και μία περίοδος συναισθηματικής και ψυχικής ευεξίας για τη γυναίκα, η βία την καθιστά δυσάρεστη, προκαλώντας πολλές αρνητικές και επικίνδυνες συνέπειες στις εγκύους. Ορισμένες από αυτές τις επιπτώσεις όπως η ανεπαρκής διατροφή με αποτέλεσμα τη κακή αύξηση βάρους της μητέρας ή, η μη προγεννητική φροντίδα, μπορεί να προκαλέσει την πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης, και να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του μωρού ή ακόμα και τον θάνατο του (Sharps et al., 2008: Van Parys et al., 2014: Fonseca-Machado et al., 2015: L. Alhusen et al., 2015).

Οι γυναίκες που κακοποιούνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα υγείας. Αυτά αφορούν, γυναικολογικές παθήσεις, λοιμώξεις του αναπαραγωγικού και ουροποιητικού συστήματος, σωματικούς τραυματισμούς, καρδιακά προβλήματα, γαστρεντερικές παθήσεις, αυξημένη αρτηριακή πίεση και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με αυξημένα κυρίως τα ποσοστά του HIV. Ακόμη, η βία στην εγκυμοσύνη δύναται να προκαλέσει επαναλαμβανόμενες αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, προγεννητικές αιμορραγίες και ενδομήτρια επιβράδυνση της ανάπτυξης του μωρού, καταστάσεις που οδηγούν στην πρόωρη γέννα ή στη δημιουργία δυσκολιών κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ενώ σημαντικό είναι το γεγονός ότι η βία έχει συνδεθεί και με τη μητρική θνησιμότητα (World Health Organization, 2008: Mejdoubi et al., 2013: Pallitto et al., 2016: Antonoïou and Iatrakis, 2019).

Συνεχίζοντας, σημαντική είναι και η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών αφού οι κακοποιημένες εγκυμονούσες συχνά παρουσιάζουν κάκηστη ψυχική υγεία. Η βία αποτελεί μια στρεσογόνα κατάσταση για αυτές, έχοντας αρκετές επιπτώσεις στα συναισθήματα και τον ψυχισμό τους, συντελώντας στην εμφάνιση διαταραχών όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, μετατραυματικό στρες, κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικά) και απόπειρες αυτοκτονίας. Τα θύματα απομονώνονται και υποφέρουν από κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, κρίσεις πανικού και άγχος, βλάπτοντας έτσι τον εαυτό τους και το αγέννητο μωρό

(Sharps et al.,2008: Van Parys et al.,2014: Fonseca-Machado et al.,2015: Antoniou and Iatrakis, 2019).

Επιπλέον η άσκηση βίας έχει αρνητικά αποτελέσματα και στο έμβρυο, όπως η πρόωρη γέννηση του , το χαμηλό βάρος του, η πρόωρη αποκοπή πλακούντα, η ρήξη μεμβρανών ενώ έχει συσχετιστεί με και με περιγεννητική παιδική θνησιμότητα (Van Parys et al.,2014: L. Alhusen et al., 2015: Pallitto et al., 2016: Antoniou and Iatrakis, 2019).

Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα για τη βία που ασκείται στις γυναίκες κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, παρουσιάστηκε ότι το ποσοστό εμφάνισης της φτάνει στο 6% του δείγματος της έρευνας. Ακόμη, τα αποτελέσματα δείχνουν πως τα πιο συχνά τραυματισμένα μέρη του σώματος είναι το πρόσωπο με 3,1% και η κοιλιακή χώρα με 1,3%, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο για το έμβρυο. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως η άσκηση ψυχολογικής βίας φέρει το ποσοστό του 2,8% ενώ ο εξαναγκασμός για σεξουαλική επαφή αποτελεί το 1,9% από το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό των γυναικών στην Ελλάδα (3,3%-4%) (Antoniou and Iatrakis, 2019).

Συνεπώς, το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά τη οποία η γυναίκα έρχεται συχνά σε επαφή με τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, θα έπρεπε να αποτελεί σημείο εκκίνησης για τη δημιουργία και την υιοθέτηση στρατηγικών και μηχανισμών για την αναγνώριση της ενδοοικογενειακής κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας και την αποφυγή συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης των γυναικών. Είναι δικαίωμα των γυναικών να ζουν χωρίς βία και να απολαμβάνουν την περίοδο της εγκυμοσύνης τους, οπότε θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην διάγνωση, την παρέμβαση, την αντιμετώπιση και την εξάλειψη της ενδοοικογενειακής βίας (World Health Organization, 2008: Fonseca-Machado et al., 2015).

10. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ COVID-19

Τον τελευταίο καιρό ένα γεγονός που απασχολεί και συνεχίζει να απασχολεί τον υγειονομικό τομέα, και όχι μόνο, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι η έξαρση την πανδημίας του ιού COVID-19 και η ανάγκη αντιμετώπισης και καταπολέμησης του. Πολλές κυβερνήσεις ανά τον κόσμο, εφάρμοσαν διάφορες πολιτικές και μέτρα, στην προσπάθεια τους να περιορίσουν την εξάπλωση του ιού και να τον αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. Κάποια από τα μέτρα που εφαρμόστηκαν ήταν η απαγόρευση της κυκλοφορίας και το κλείσιμο των κοινωνικών πόρων και υπηρεσιών, καταστάσεις που οδήγησαν στον περιορισμό των οικογενειών στο σπίτι. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση των ατόμων προκαλώντας την αύξηση των ποσοστών της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών (Gulati & Kelly, 2020, Moreira & Pinto da Costa, 2020, Piquero et al., 2020).

Πολλοί από του παράγοντες που προκάλεσαν την έξαρση βίας είναι:

- Η κοινωνική απομόνωση. Λόγο παραμονής στο σπίτι είχαν μειωθεί οι κοινωνικές έξοδοι, οι επαφές με φίλους και γνωστούς και η μεταβίβαση στο χώρο εργασίας.
- Οι ξαφνικές μεταβολές στην καθημερινή ρουτίνα του ζευγαριού.
- Αύξηση του άγχους λόγω οικονομικών και επαγγελματικών αλλαγών.
- Αύξηση αρνητικών μηχανισμών (κατάχρηση ουσιών, ναρκωτικά, αλκοόλ) (Campbell, 2020, Gulati & Kelly, 2020: Piquero et al., 2020).

Συνεπώς η καθημερινή και η συνεχόμενη επαφή του ζευγαριού, είχε ως αποτέλεσμα την ευνοϊκή θέση του θύτη στο να ελέγχει, να καθοδηγεί, να περιορίζει και να ασκεί βία οποιαδήποτε μορφής στο θύμα. Μπορούσε να ελέγχει με ποιον θα έρθει σε επαφή η γυναίκα, να αποφασίζει και να παίρνει μόνος του αποφάσεις που αφορούσαν το νοικοκυριό. Ενώ δεν είναι λίγοι αυτοί, που χρησιμοποίησαν τον ιό COVID-19 ως μηχανισμό άσκησης ελέγχου στο θύμα, απαγορεύοντας του το πλύσιμο των χεριών, παραπληροφορώντας σχετικά με τον ιό, ή ακόμα και στην απαγόρευση να βήχει, με στόχο να κρατήσει το θύμα σε μία κατάσταση συνεχούς φόβου (Kaukinen, 2020: Moreina & Pinto da Costa, 2020: Usher et al., 2020).

Παρόλα αυτά, τα ποσοστά των αναφορών περιστατικών βίας στην αστυνομία, ήταν σταθερά ή είχαν μειωθεί. Αυτό συνέβη εξαιτίας του φόβου του θύματος να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας για να μη μολυνθούν από τον ιό, ή θεωρούσαν ότι έπρεπε να αφήσουν αυτές τις

υπηρεσίες για εκείνους που τις είχαν άμεσα ανάγκη, όπως ένα τροχαίο ατύχημα, ή ασθενών από τον COVID-19. Ο κύριος λόγος όμως ήταν η έλλειψη πρόσβασης σε ασφαλές μέρος για να αναζητήσουν βοήθεια και ο φόβος να μη τους ανακαλύψει ο βίαιος άντρας (Kaukinen, 2020: Moreina & Pinto da Costa, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούσαν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της, ακόμη και όταν δεν ήταν δυνατή, ή άμεση, η επαφή με το θύμα, στα πλαίσια του κλινικού ελέγχου για τον ιό. Επιπλέον η σωστή χρήση από τους επαγγελματίες των διαδικτυακών υπηρεσιών και κοινωνικών μέσων για τη διάδοση των βασικών διαθέσιμων υπηρεσιών όπως, ανοιχτές γραμμές υποστήριξης, καταφύγια, νομικοί σύμβουλοι, ήταν απαραίτητη, ώστε να βοηθούν τα θύματα να έχουν πρόσβαση σε πάροχους βοήθειας χωρίς να γίνονται αντιληπτοί και να δημιουργούν υποψίες στον θύτη (Campbell. 2020: Moreina & Pinto da Costa, 2020: Usher et al, 2020).

Στην γνωστοποίηση κατάλληλων πληροφοριών και διαθέσιμων υπηρεσιών, συνέβαλαν και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ενώ οι οργανισμοί υποστήριξης επισήμαναν την προσφορά βοήθειας μέσω διαδικτύου (email), ή τηλεφωνικών κλήσεως κάτι το οποίο δεν ήταν καθόλου αποτελεσματικό. Πολλές γυναίκες δεν είχαν πρόσβαση σε αυτές τις μορφές επικοινωνίας, είτε λόγω οικονομικού παράγοντα είτε λόγω έλλειψης γνώσης του αντικειμένου ενώ ο σημαντικότερος παράγοντας ήταν ο φόβος της ανακάλυψής τους από τον άντρα (Kaukinen, 2020: Moreina & Pinto da Costa, 2020: Usher et al, 2020).

Συνεπώς έγινε εμφανής η ανάγκη δημιουργίας ενός άλλου τρόπου μεταφοράς αυτών των σημαντικών πληροφοριών στις γυναίκες θύματα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Διάφορες εκστρατείες ευαισθητοποίησης να προσπαθήσουν να προσεγγίσουν τη γυναίκα με πιο δημιουργικό και παράλληλα ασφαλή τρόπο. Ενώ διάφορες καμπάνιες να χρησιμοποιούν «ασφαλείς λέξεις» και «σήμα για βοήθεια» ώστε να διευκολύνουν τη γυναίκα να ζητήσει βοήθεια όταν αυτή τη χρειαστεί (Kaukinen, 2020: Moreina & Pinto da Costa, 2020).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών, συγκεκριμένα από τον σύζυγο/σύντροφο. Ενώ παράλληλα έγινε αναζήτηση άρθρων για τον ρόλο που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στην ενδοοικογενειακή βία, και πιο συγκεκριμένα στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου από αυτούς.

2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη συλλογή δεδομένων και την διερεύνηση επιστημονικών άρθρων σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών από τον σύντροφο/σύζυγο και την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου από τους επαγγελματίες υγείας, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε 2 βάσεις δεδομένων: το PubMed και το Google Scholar από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 115 τίτλοι οι οποίοι επιλέχθηκαν για ανάγνωση του πλήρους κειμένου τους. Οι λέξεις-κλειδιά για τις αναζητήσεις ήταν: intimate partner violence, domestic violence, women, identification, safety planning, nurse, nursing care, treatment, prevention.

Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θεωρήθηκαν τα εξής: δεν τέθηκε περιορισμός ως προς το είδος των άρθρων (π.χ. να είναι πρωτογενή άρθρα ή ανασκοπήσεις), τέθηκε περιορισμός ως προς τη χρονολογία και το περιεχόμενο των άρθρων όπου έγιναν αποδεκτά μόνο άρθρα των τελευταίων 20 χρόνων στην αγγλική κυρίως γλώσσα, τα οποία ήταν σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και αναφέρονταν είτε στην πρόληψη είτε στην αντιμετώπιση του προβλήματος από επαγγελματίες υγείας, με κάποιες εξαιρέσεις άρθρων τα οποία ξεπερνούσαν το χρονικό περιθώριο της εικοσαετίας. Δεκτά έγιναν και άρθρα τα οποία αναφέρονταν στις γνώσεις, την αντίληψη και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς την ενδοοικογενειακή βία. Αποκλείστηκαν άρθρα, τα οποία είτε αναφέρονταν στην ενδοοικογενειακή βία κατά των παιδιών, εφήβων και ηλικιωμένων, είτε δεν έκαναν καμία αναφορά στους επαγγελματίες υγείας ή στον τομέα αυτής. Τέλος, δεν τέθηκε κάποιος περιορισμός ως προς τη διαθεσιμότητα των άρθρων στο πλήρες κείμενο κι έτσι δεν αποκλείστηκαν άρθρα τα οποία δεν παρείχαν ελεύθερη πρόσβαση.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Paixão, G. P. do N. *et al.* (2015) 'Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 874–879. doi: 10.1590/0104-1169.0010.2626.

Abstract:

Objective: To analyze the family relationship, in childhood and adolescence, of women who experience conjugal violence.

Method: Qualitative study. Interviews were held with 19 women, who were experiencing conjugal violence, and who were resident in a community in Salvador, Bahia, Brazil. The project was approved by the Research Ethics Committee.

Results: The data was organized using the Discourse of the Collective Subject, identifying the summary central ideas: they witnessed violence between their parents; they suffered repercussions from the violence between their parents: they were angry about the mother's submission to her partner; and they reproduced the conjugal violence. The discourse showed that the women witnessed, in childhood and adolescence, violence between their parents, and were injured both physically and psychologically. As a result of the mother's submission, feelings of anger arose in the children. However, in the adult phase of their own lives, they noticed that their conjugal life resembled that of their parents, reproducing the violence.

Conclusion: Investment is necessary in strategies designed to break inter-generational violence, and the health professionals are important in this process, as it is a phenomenon with repercussions in health. Because they work in the Family Health Strategy, which focuses on the prevention of harm and illness, health promotion and interdepartmentality, the nurses are essential in the process of preventing and confronting this phenomenon.

Keywords: Family Conflict, Domestic Violence, Violence Against Women, Health Spenditures, Intergenerational Relations, Reproduction

Περίληψη:

Σκοπός: Να αναλύσει την οικογενειακή σχέση, στην παιδική ηλικία και την εφηβεία, των γυναικών που βιώνουν συζυγική βία.

Μέθοδος: Ποιοτική μελέτη. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 19 γυναίκες, οι οποίες βίωσαν συζυγική βία, και οι οποίες κατοικούσαν σε μια κοινότητα στο Σαλβαδόρ, Bahia της Βραζιλίας. Το έργο εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Έρευνας (N. 42/2011).

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα οργανώθηκαν χρησιμοποιώντας τη Συζήτηση του Συλλογικού Θέματος, προσδιορίζοντας τις συνοπτικές κεντρικές ιδέες: μάρτυρες βίας μεταξύ των γονιών τους, υπέφεραν από τη βία μεταξύ των γονιών τους: ήταν θυμωμένοι για την υποταγή της μητέρας στον σύντροφό της, και αναπαράγουν τη συζυγική βία. Ο λόγος έδειξε ότι οι γυναίκες γνώρισαν, στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία, βία μεταξύ των γονιών τους, και τραυματίστηκαν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Ως αποτέλεσμα της υποταγής της μητέρας, συναισθήματα θυμού εμφανίστηκαν στα παιδιά. Ωστόσο, στη φάση των ενηλίκων της ζωής τους, παρατήρησαν ότι η συζυγική τους ζωή μοιάζει με εκείνη των γονιών τους, αναπαράγοντας τη βία.

Συμπέρασμα: Η επένδυση είναι απαραίτητη σε στρατηγικές που έχουν σχεδιαστεί για την εξάλειψη της βίας μεταξύ γενεών, και οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικοί σε αυτήν τη διαδικασία, καθώς είναι ένα φαινόμενο με επιπτώσεις στην υγεία. Επειδή εργάζονται στην Οικογενειακή Στρατηγική Υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην πρόληψη βλαβών και ασθενειών, στην προώθηση της υγείας και στη διατηρητικότητα, οι νοσοκόμες είναι απαραίτητες στη διαδικασία πρόληψης και αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου.

Λέξεις-κλειδιά: Οικογενειακές συγκρούσεις, Οικιακή βία, Βία κατά των γυναικών, Δαπάνες για την υγεία, Διαγενεακές σχέσεις, Αναπαραγωγή

2) Albuquerque Netto, L. de et al. (2015) ‘Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service’, *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, 36, pp. 135–142. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.54361.

Abstract:

Objective: This study aimed to evaluate the factors involved in the decision-making process of women in situation of interpersonal violence perpetrated by an intimate partner in search for domestic violence support services.

Methods: Qualitative, descriptive and exploratory research. Sixteen women were interviewed through individual semi-structured interviews, at a Women’s Reference Center in Duque de

Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. Data analysis was performed using the technique of collective subject discourse was used.

Results: The results showed that these women sought psychosocial support when interpersonal violence reached their limit of tolerance. The group meetings organized by the Reference Center made it possible for these women to recover their self-esteem and confidence and to increase awareness of the need to change their lives and achieve economic autonomy.

Conclusions: In this scenario, by collecting data for the research, the nurses contributed to the promotion of gender equality and women's empowerment, as recommended by the Millennium Development Goals.

Key words: Nursing, Women's health, Violence against women, Millennium Development Goals

Περίληψη:

Σκοπός: Αυτή η μελέτη αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων των γυναικών σε κατάσταση διαπροσωπικής βίας που διαπράττεται από έναν οικείο σύντροφο στην αναζήτηση υπηρεσιών υποστήριξης ενδοοικογενειακής βίας.

Μέθοδοι: Ποιοτική, περιγραφική και διερευνητική έρευνα. Δεκαέξι γυναίκες πήραν συνέντευξη μέσω ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων, σε ένα Κέντρο Αναφοράς Γυναικών στο Duque de Caxias, Ρίο ντε Τζανέιρο, Βραζιλία. Η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την τεχνική συλλογικού αντικειμένου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτές οι γυναίκες αναζήτησαν ψυχοκοινωνική υποστήριξη όταν η διαπροσωπική βία έφτασε στο όριο ανοχής τους. Οι ομαδικές συναντήσεις που διοργανώθηκαν από το Κέντρο Αναφοράς επέτρεψαν σε αυτές τις γυναίκες να ανακτήσουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανάγκη να αλλάξουν τη ζωή τους και να επιτύχουν οικονομική αυτονομία.

Συμπεράσματα: Σε αυτό το σενάριο, συλλέγοντας δεδομένα για την έρευνα, οι νοσηλεύτριες συνέβαλαν στην προώθηση της ισότητας των φύλων και της χειραφέτησης των γυναικών, όπως συνιστάται από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτική, Γυναικεία υγεία, Η βία κατά των γυναικών, Αναπτυξιακοί Στόχοι Της Χιλιετίας

3) Fonseca-Machado, M. de O. et al. (2015) 'Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them', Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(5), pp. 855–864

Abstract:

Objective: To identify the relationship between posttraumatic stress disorder, trait and state anxiety, and intimate partner violence during pregnancy.

Method: Observational, cross-sectional study developed with 358 pregnant women. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version was used, as well as the State-Trait Anxiety Inventory and an adapted version of the instrument used in the World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence.

Results: After adjusting to the multiple logistic regression model, intimate partner violence, occurred during pregnancy, was associated with the indication of posttraumatic stress disorder. The adjusted multiple linear regression models showed that the victims of violence, in the current pregnancy, had higher symptom scores of trait and state anxiety than non-victims.

Conclusion: Recognizing the intimate partner violence as a clinically relevant and identifiable risk factor for the occurrence of anxiety disorders during pregnancy can be a first step in the prevention thereof.

Keywords: Spouse Abuse, Anxiety, Stress Disorders, Post-Traumatic, Pregnancy, Nursing, Public Health

Περίληψη:

Σκοπός: Για να προσδιορίσετε τη σχέση μεταξύ μετατραυματικής διαταραχής στρες, χαρακτηριστικού και άγχους κατάστασης και βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μέθοδος: Μελέτη παρατήρησης, διατομής που αναπτύχθηκε με 358 έγκυες γυναίκες. Η λίστα ελέγχου μετά το τραυματικό άγχος - Πολιτική έκδοση χρησιμοποιήθηκε, καθώς και το απόθεμα άγχους State-Trait και μια προσαρμοσμένη έκδοση του οργάνου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη πολλαπλών χωρών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Υγεία των Γυναικών και την Οικιακή Βία.

Αποτελέσματα: Μετά την προσαρμογή στο μοντέλο πολλαπλής υλικότεχνικής παλινδρόμησης, η βία του στενού συντρόφου, που συνέβη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης,

συσχετίστηκε με την ένδειξη διαταραχής μετατραυματικού στρες. Τα προσαρμοσμένα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι τα θύματα της βίας, στην τρέχουσα εγκυμοσύνη, είχαν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων χαρακτηριστικών και άγχους από τα μη θύματα.

Συμπέρασμα: Η αναγνώριση της βίας του οικείου συντρόφου ως κλινικά σχετικού και αναγνωρίσιμου παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι το πρώτο βήμα στην πρόληψη αυτής.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάχρηση συζύγου, Άγχος, Διαταραχές του Στρες, Μετατραυματική Εγκυμοσύνη, Νοσηλευτική, Δημόσια Υγεία

4) Sharps, P. W. et al. (2008) ‘Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence’, Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing, 37(4), pp. 480–491

Abstract:

Objective: To describe current evidence on home visiting (HV) interventions for pregnant or postpartum women with specific intimate partner violence (IPV) assessment and content.

Data Sources: Online bibliographic databases including PubMed, CINAHL Plus, and Web of Science and a hand search of bibliographies of relevant articles.

Study Selection: Original research and intervention studies were included that contained 1) a well-described prenatal and/or postpartum home visitation; 2) an assessment of perinatal IPV; and 3) quantitative data describing health outcomes for the women and their infants.

Data Extraction: The search yielded 128 articles, and eight relevant articles met all of the inclusion criteria. Non-research, non-intervention and international articles were excluded.

Data Synthesis: No perinatal home visiting interventions were designed to address IPV. Programs that screened for IPV found high rates, and the presence of IPV limited the ability of the intervention to improve maternal and child outcomes.

Conclusions: Perinatal home visitation programs likely improve pregnancy and infant outcomes. Home visiting interventions addressing IPV in non-perinatal population groups have been effective in minimizing IPV and improving outcomes. This suggests that perinatal HV

programs adding a specific IPV interventions may reduce IPV and improve maternal and infant health. Continued rigorous research is needed.

Keywords: Home Visitation, Abuse, Domestic Violence, Pregnancy

Περίληψη:

Σκοπός: Για να περιγράψετε τα τρέχοντα στοιχεία σχετικά με τις παρεμβάσεις επίσκεψης κατ' οίκον (HV) για έγκυες ή μετά τον τοκετό γυναίκες με ειδική αξιολόγηση και περιεχόμενο βίας σε σχέση με τον σύντροφο.

Πηγές δεδομένων: Διαδικτυακές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των PubMed, CINAHL Plus και Web of Science και μια χειροκίνητη αναζήτηση βιβλιογραφιών σχετικών άρθρων.

Επιλογή μελέτης: Περιλήφθηκαν πρωτότυπες έρευνες και μελέτες παρέμβασης που περιείχαν 1) μια καλά περιγραφόμενη προγεννητική και / ή μετά τον τοκετό επίσκεψη στο σπίτι. 2) αξιολόγηση του περιγεννητικού IPV · και 3) ποσοτικά δεδομένα που περιγράφουν τα αποτελέσματα της υγείας για τις γυναίκες και τα βρέφη τους.

Εξαγωγή δεδομένων: Η αναζήτηση απέδωσε 128 άρθρα και οκτώ σχετικά άρθρα πληρούσαν όλα τα κριτήρια συμπερίληψης. Εξαιρέθηκαν άρθρα που δεν αφορούν έρευνα, χωρίς παρεμβάσεις και διεθνή άρθρα.

Σύνθεση δεδομένων: Δεν σχεδιάστηκαν περιγεννητικές παρεμβάσεις κατ' οίκον για την αντιμετώπιση του IPV. Προγράμματα που εξέτασαν IPV βρήκαν υψηλά ποσοστά και η παρουσία IPV περιορίσε την ικανότητα της παρέμβασης να βελτιώσει τα αποτελέσματα της μητέρας και του παιδιού.

Συμπεράσματα: Τα προγράμματα περιγεννητικής επίσκεψης στο σπίτι πιθανώς βελτιώνουν την εγκυμοσύνη και τα αποτελέσματα των βρεφών. Οι επεμβάσεις κατ' οίκον επίσκεψης που αντιμετωπίζουν το IPV σε μη-περιγεννητικές ομάδες πληθυσμού ήταν αποτελεσματικές στην ελαχιστοποίηση του IPV και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Αυτό υποδηλώνει ότι τα περιγεννητικά προγράμματα HV που προσθέτουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις IPV ενδέχεται να μειώσουν το IPV και να βελτιώσουν την υγεία των μητέρων και των βρεφών. Απαιτείται συνεχής αυστηρή έρευνα.

Λέξεις-κλειδιά: Επίσκεψη στο σπίτι, κατάχρηση, ενδοοικογενειακή βία, εγκυμοσύνη

5) Gomes, N. P. and Erdmann, A. L. (2014) ‘Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”’: Problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), pp. 76–84. doi: 10.1590/0104-1169.3062.2397.

Abstract:

Objective: To construct a theoretical matrix based on the meanings of the interactions and actions experienced by the professionals regarding the nursing care practices and the health of women in situations of conjugal violence in the ambit of the Family Health Strategy.

Methods: Research based in Grounded Theory. Following approval by the Research Ethics Committee, 52 professionals were interviewed in Santa Catarina, Brazil. The analysis was based on open, axial and selective codifications.

Results: The theoretical model was delimited based on the phenomenon "Recognizing conjugal violence as a public health problem, and the need for management of the care for the woman", which reflects the experience of the professionals in relation to care for the woman, as well as the meanings attributed to this care.

Conclusions: The phenomenon allows one to understand the movement of action and interaction regarding the care for the woman in a situation of conjugal violence.

Keywords: Violence Against Women, Family Health, Comprehensive Health Care, Nursing, Delivery of Health Care

Περίληψη:

Σκοπός: Να οικοδομήσουμε ένα θεωρητικό πλέγμα με βάση τις έννοιες των αλληλεπιδράσεων και των ενεργειών που βιώνουν οι επαγγελματίες σχετικά με τις πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας και την υγεία των γυναικών σε καταστάσεις συζυγικής βίας στο πλαίσιο της Στρατηγικής Οικογενειακής Υγείας.

Μέθοδοι: Έρευνα που βασίζεται στη Θεμελιωμένη Θεωρία. Μετά από έγκριση από την επιτροπή έρευνας δεοντολογίας, 52 επαγγελματίες πήραν συνέντευξη στη Santa Catarina της Βραζιλίας. Η ανάλυση βασίστηκε σε ανοιχτές, αξονικές και επιλεκτικές κωδικοποιήσεις.

Αποτελέσματα: Το θεωρητικό μοντέλο οριοθετήθηκε με βάση το φαινόμενο "Αναγνώριση της συζυγικής βίας ως πρόβλημα δημόσιας υγείας και την ανάγκη διαχείρισης της φροντίδας

για τη γυναίκα", που αντικατοπτρίζει την εμπειρία των επαγγελματιών σε σχέση με τη φροντίδα για τη γυναίκα, καθώς και τις έννοιες που αποδίδονται σε αυτήν τη φροντίδα.

Συμπεράσματα: Το φαινόμενο επιτρέπει σε κάποιον να κατανοήσει την κίνηση της δράσης και της αλληλεπίδρασης σχετικά με τη φροντίδα της γυναίκας σε μια κατάσταση συζυγικής βίας.

Λέξεις-κλειδιά: Βία κατά των γυναικών, Οικογενειακή υγεία, ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη, νοσηλευτική, παροχή υγειονομικής περίθαλψης

6) Huecker, M. & Smock, W., 2020. Domestic Violence. [e-book] Treasure Island (FL): StatPearls. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>.

Abstract:

Domestic violence (including child abuse, intimate partner abuse, and elder abuse) is a common health problem and virtually all healthcare professionals will at some point evaluate or treat a patient who is a victim. Unfortunately, each form of family violence begets interrelated forms of violence, and the "cycle of abuse" is often continued from exposed children into their adult relationships, and finally to the care of the elderly. Domestic violence includes a range of abuse including economic, physical, sexual, emotional, and psychological. Intimate partner violence includes stalking, sexual and physical violence, and psychological aggression by a current or former partner. Domestic violence is difficult to identify, and many cases go unreported to health professionals or legal authorities. Healthcare professionals should be able to recognition, evaluation and referral and to assess all patients for abuse and offer counseling, education, and referral. Health professionals must be able to identify the signs and symptoms of a mental and physical disease, illness, and injury related to domestic violence. When healthcare professionals identify domestic violence, they should have a plan that includes providing community resource information related to shelter, counseling, advocacy groups, child protection, and legal aid. All healthcare professionals must understand that domestic violence, whether in the form of emotional, psychological, sexual, or physical violence, is common in our society and should be prepared.

Περίληψη:

Η ενδοοικογενειακή βία (συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης των παιδιών, των συντρόφων και των ηλικιωμένων) είναι ένα κοινό πρόβλημα υγείας και ουσιαστικά όλοι οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θα πρέπει να αξιολογούν και να θεραπεύουν έναν ασθενή που είναι θύμα. Δυστυχώς, κάθε μορφή βίας δημιουργεί αλληλένδετες μορφές και ο «κύκλος κακοποίησης» συνεχίζεται συχνά από τα εκτεθειμένα παιδιά στις ενήλικες σχέσεις τους και τέλος στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Η ενδοοικογενειακή βία περιλαμβάνει μια σειρά επιπτώσεων, όπως οικονομικές, σωματικές, σεξουαλικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές. Η συντροφική βία περιλαμβάνει την καταδίωξη, την σεξουαλική και σωματική βία, καθώς και την ψυχολογική βία. Η ενδοοικογενειακή βία συχνά είναι δύσκολο να εντοπιστεί και πολλές περιπτώσεις δεν αναφέρονται στους επαγγελματίες υγείας ή στις νομικές αρχές. Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν και να παραπέμπουν όλους τους ασθενείς για κατάχρηση και να παρέχουν συμβουλευτική, εκπαίδευση και παραπομπή. Ακόμη να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα μιας ψυχικής και σωματικής ασθένειας και τραυματισμού που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία. Όταν οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης εντοπίσουν την ενδοοικογενειακή βία, θα πρέπει να έχουν ένα σχέδιο που να περιλαμβάνει την παροχή κοινοτικών πηγών πληροφοριών σχετικά με καταφύγια, συμβουλευτική, ομάδες υπεράσπισης, προστασία των παιδιών και νομική βοήθεια. Όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να κατανοήσουν ότι η ενδοοικογενειακή βία, είτε υπό τη μορφή συναισθηματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής ή σωματικής βίας, είναι κοινή στην κοινωνία μας και θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι.

7) Yousefnia, N., Nekuei, N. and Farajzadegan, Z. (2018) ‘The relationship between healthcare providers’ performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management’, *Journal of Injury and Violence Research*, 10(2), pp. 113–118. doi: 10.5249/jivr.v10i2.958.

Abstract:

Background: Domestic violence (DV) can threaten women’s health. Healthcare providers (HCPs) may be the first to come into contact with a victim of DV. Their appropriate performance regarding a victim of DV can decrease its complications. The aim of the present study was to investigate the relationship between HCPs’ performance regarding women experiencing DV, demographic characteristics, and attitudes towards their management.

Methods: In this cross-sectional study, 300 emergency and maternity HCPs were selected using quota random sampling from February to May 2016. All hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences (Iran), which are referral centers for DV cases, were selected according to a census. The inclusion criteria included 1 year or more of professional experience and at least 1 encounter with a woman experiencing DV. Data were collected using a researcher-made questionnaire. SPSS was used to analyze the data. Cronbach's alpha was utilized to assess the reliability of the questionnaire. In order to obtain a general description of the data (variables, mean, and standard deviation), the table of frequencies was designed. Moreover, to determine the relationships between variables, chi-square test was applied.

Results: The results showed that there were no associations between HCPs' performance regarding DV and their demographic characteristics except their age, professional experience, and economic status. However, there was a significant association between HCPs' attitudes towards providing services ($P=0.017$) and their performance regarding women experiencing DV (P less than 0.001).

Conclusions: To improve HCPs' performance regarding DV, paying attention to other related factors (i.e., training, employing HCPs with high professional experience, and codifying guidelines) is essential. Moreover, elements which result in the creation of positive attitudes and taking care of DV victims should be encouraged.

Keywords: Healthcare provider, Work performance, Domestic violence, Attitudes, Demographic factors

Περίληψη:

Ιστορικό: Η ενδοοικογενειακή βία (DV) μπορεί να απειλήσει την υγεία των γυναικών. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HCP) μπορεί να είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με ένα θύμα DV. Η κατάλληλη απόδοσή τους σχετικά με ένα θύμα DV μπορεί να μειώσει τις επιπλοκές του. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της απόδοσης των HCP σε γυναίκες που βιώνουν DV, δημογραφικά χαρακτηριστικά και στάσεις απέναντι στη διαχείρισή τους.

Μέθοδοι: Σε αυτήν τη μελέτη διατομής, επιλέχθηκαν 300 HCP έκτακτης ανάγκης και μητρότητας χρησιμοποιώντας τυχαία δειγματοληψία ποσοστώςεων από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2016. Όλα τα νοσοκομεία που συνδέονται με το Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών του Ισφαχάν (Ιράν), τα οποία είναι κέντρα παραπομπής για περιπτώσεις DV,

επιλέχθηκαν σύμφωνα με απογραφή. Τα κριτήρια συμπερίληψης περιλάμβαναν επαγγελματική εμπειρία 1 έτους ή περισσότερο και τουλάχιστον 1 συνάντηση με μια γυναίκα που βιώνει DV. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερευνητικό ερωτηματολόγιο. Το SPSS χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων. Το Cronbach's alpha χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να ληφθεί μια γενική περιγραφή των δεδομένων (μεταβλητές, μέσος όρος και τυπική απόκλιση), σχεδιάστηκε ο πίνακας συχνοτήτων. Επιπλέον, για τον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, εφαρμόστηκε δοκιμή chi-square.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν συσχετισμοί μεταξύ της απόδοσης των HCP όσον αφορά το DV και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, εκτός από την ηλικία, την επαγγελματική εμπειρία και την οικονομική τους κατάσταση. Ωστόσο, υπήρχε μια σημαντική σχέση μεταξύ της στάσης των HCP απέναντι στην παροχή υπηρεσιών ($P = 0,017$) και της απόδοσής τους σχετικά με τις γυναίκες που βιώνουν DV (P λιγότερο από 0,001).

Συμπεράσματα: Για να βελτιωθεί η απόδοση των HCP σε σχέση με το DV, η προσοχή σε άλλους σχετικούς παράγοντες (π.χ. εκπαίδευση, χρήση HCP με υψηλή επαγγελματική εμπειρία και κωδικοποίηση οδηγιών) είναι απαραίτητη. Επιπλέον, πρέπει να ενθαρρυνθούν στοιχεία που οδηγούν στη δημιουργία θετικών στάσεων και στη φροντίδα των θυμάτων DV.

Λέξεις-κλειδιά: Πάροχος υγειονομικής περίθαλψης, απόδοση εργασίας, βία στο σπίτι, στάσεις, δημογραφικοί παράγοντες

8) Wild, K. J. et al. (2019) 'Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste', *Women and Birth*. Australian College of Midwives, 32(4), pp. e459–e466. doi: 10.1016/j.wombi.2018.10.008.

Abstract:

Problem: The health sector is a critical partner in the response to violence against women, but little is known about how to translate international guidelines and sustainable good practice in remote and under-resourced health systems.

Aim: This research explores the barriers and enablers that midwives report in responding to domestic and sexual violence in Timor-Leste, a country with a very high rate of violence

against women. The aim is to inform a systems approach to health provider training and engagement applicable to Timor-Leste and other low-resource settings.

Methods: In 2016 we conducted qualitative interviews and group discussions with 36 midwives from rural health settings, community health centers and hospitals in three municipalities of Timor-Leste.

Findings: A range of individual, health system and societal factors shape midwives' practice. While training provided the foundation for knowing how to respond to cases of violence, midwives still faced significant health system barriers such as lack of time, privacy, and a supportive environment. Key enablers were support from colleagues and health center managers.

Conclusion: Health provider training to address violence against women is important but tends to focus on individual knowledge and skills. There is a need to shift toward systems-based approaches that engage all staff and managers within a health facility, work creatively to overcome barriers to implementation, and link them with wider community-based resources.

Keywords: Domestic violence, Intimate partner violence, Health sector, Training, East Timor

Περίληψη:

Πρόβλημα: Ο τομέας της υγείας είναι ένας κρίσιμος συνεργάτης στην απάντηση της βίας κατά των γυναικών, αλλά λίγα είναι γνωστά σχετικά με τον τρόπο μετάφρασης των διεθνών κατευθυντήριων γραμμών και των βιώσιμων ορθών πρακτικών σε απομακρυσμένα και με λιγότερους πόρους συστήματα υγείας.

Σκοπός: Αυτή η έρευνα διερευνά τα εμπόδια και τα μέσα που αναφέρουν οι μαίες ως προς την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής και σεξουαλικής βίας στο Τιμόρ-Λέστε, μια χώρα με πολύ υψηλό ποσοστό βίας κατά των γυναικών. Ο στόχος είναι να ενημερώσουμε μια προσέγγιση συστημάτων για την κατάρτιση και την εμπλοκή των παρόχων υγείας που ισχύουν για το Τιμόρ-Λέστε και άλλες ρυθμίσεις χαμηλών πόρων.

Μέθοδοι: Το 2016 πραγματοποιήσαμε ποιοτικές συνεντεύξεις και ομαδικές συζητήσεις με 36 μαίες από αγροτικές περιοχές υγείας, κοινοτικά κέντρα υγείας και νοσοκομεία σε τρεις δήμους του Τιμόρ-Λέστε.

Ευρήματα: Μια γκάμα ατομικών, συστημάτων υγείας και κοινωνικών παραγόντων διαμορφώνουν την πρακτική των μαιών. Ενώ η εκπαίδευση παρείχε τα θεμέλια για να γνωρίζουν πώς να ανταποκρίνονται σε περιπτώσεις βίας, οι μαιές ακόμη αντιμετώπιζαν σημαντικά εμπόδια στο σύστημα υγείας όπως έλλειψη χρόνου, ιδιωτικότητας και υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Οι βασικοί παράγοντες ήταν η υποστήριξη από συναδέλφους και διευθυντές κέντρων υγείας.

Συμπέρασμα: Η εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών είναι σημαντική, αλλά τείνει να επικεντρώνεται στις ατομικές γνώσεις και δεξιότητες. Υπάρχει ανάγκη να στραφούν προς προσεγγίσεις που βασίζονται σε συστήματα, οι οποίες εμπλέκουν όλο το προσωπικό και τους διευθυντές σε μια μονάδα υγείας, για να εργάζονται δημιουργικά ώστε να ξεπεράσουν τα εμπόδια στην εφαρμογή και να τους συνδέσουν με ευρύτερους κοινοτικούς πόρους.

Λέξεις-κλειδιά: Ενδοοικογενειακή βία, Συντροφική βία, Τομέας υγείας, Εκπαίδευση, Ανατολικό Τιμόρ

9) Phares, T. M. et al. (2019) ‘Intimate Partner Violence Screening and Intervention: The American College of Preventive Medicine Position Statement’, *American Journal of Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 57(6), pp. 862–872. doi: 10.1016/j.amepre.2019.07.003.

Abstract:

The purpose of this paper is to produce a position statement on intimate partner violence (IPV), a major sociomedical problem with recently updated evidence, systematic reviews, and U.S. Preventive Services Task Force guidelines. This position statement is a nonsystematic, rapid literature review on IPV incidence and prevalence, health consequences, diagnosis and intervention, domestic violence laws, current screening recommendations, barriers to screening, and interventions, focusing on women of childbearing age (15–45 years). The American College of Preventive Medicine (ACPM) recommends an integrated system of care approach to IPV for screening, identification, intervention, and ongoing clinical support. ACPM only recommends screening that is linked to ongoing clinical support for those at risk. ACPM recommends greater training of clinicians in IPV screening and interventions and offers health systems and research recommendations.

Περίληψη:

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εκπονήσει μια δήλωση θέσης σχετικά με τη βία του συντρόφου (IPV), ένα σημαντικό κοινωνικοϊατρικό πρόβλημα με πρόσφατα ενημερωμένα στοιχεία, συστηματικές αναθεωρήσεις και κατευθυντήριες γραμμές για την ομάδα προληπτικών υπηρεσιών των ΗΠΑ. Αυτή η δήλωση θέσης είναι μια μη συστηματική, γρήγορη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα περιστατικά και τον επιπολασμό του IPV, τις συνέπειες για την υγεία, τη διάγνωση και την παρέμβαση, τους νόμους ενδοοικογενειακής βίας, τις τρέχουσες συστάσεις ελέγχου, τα εμπόδια στον έλεγχο και τις παρεμβάσεις, που εστιάζουν σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία (15–45 ετών) . Το Αμερικανικό Κολλέγιο Προληπτικής Ιατρικής (ACPM) συνιστά ένα ολοκληρωμένο σύστημα προσέγγισης φροντίδας στο IPV για έλεγχο, προσδιορισμό, παρέμβαση και συνεχή κλινική υποστήριξη. Το ACPM συνιστά μόνο έλεγχο που συνδέεται με συνεχή κλινική υποστήριξη για όσους βρίσκονται σε κίνδυνο.

10) Cho, O. H., Cha, K. S. and Yoo, Y. S. (2015) ‘Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses’, *Asian Nursing Research*. Elsevier, 9(3), pp. 213–218. doi: 10.1016/j.anr.2015.03.003.

Abstract:

Purpose: The purpose of this study was to assess the psychometric properties of the Dutch Objective Burden Inventory (DOBI) for the Turkish society.

Methods: This is a descriptive, methodological study. The sample was composed of 230 heart failure patients' caregivers.

Results: The DOBI was translated using translation and back-translation. The translated Turkish version was submitted to eight experts who analyzed it for its content validity. Scores from the experts were evaluated using the Kendall W analysis, and no statistically significant difference was found among the scores (Kendall W = .13, p = .338). In the confirmatory factor analysis, factor loading was found to be between 0.75 and 1.00 for all subscales. Thus, the DOBI demonstrated acceptable internal consistency (the components displayed α scores from .96 to .99), good test-retest reliability (no statistically significant differences were found, p > .050).

Conclusions: The Turkish version of the DOBI scale is a valid and reliable tool for the Turkish population. It can be used in nursing practices and research.

Keywords: caregivers, heart failure, nursing, reliability, validity

Περίληψη:

Σκοπός: Αυτή η μελέτη προσδιορίζει το βαθμό ευαισθητοποίησης και νομικής γνώσης σχετικά με τη συνολική κακοποίηση και τη βία και διερευνά τη στάση απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία σε νοσοκόμες έκτακτης ανάγκης.

Μέθοδοι: Η περίοδος συλλογής δεδομένων ήταν μεταξύ Αυγούστου και Δεκεμβρίου 2012 για 131 νοσηλευτές που εργάστηκαν στο κέντρο έκτακτης ανάγκης πέντε νοσοκομείων στη Νότια Κορέα. Αυτή η μελέτη ερευνήσε τις νοσοκόμες έκτακτης ανάγκης σχετικά με την αναγνώριση της κακοποίησης και της βίας, τη νομική γνώση της κακοποίησης και της βίας και τις στάσεις απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία.

Αποτελέσματα: Αυτή η μελέτη έδειξε ότι περίπου το 60,0% των συμμετεχόντων παρουσίασαν περιστατικά ύποπτης κακοποίησης ή βίας, αλλά τα ποσοστά αναφοράς ήταν χαμηλά. Από όλους τους συμμετέχοντες, το 70,2% ήξερε ότι πρέπει να αναφέρει την ανακάλυψη κακοποίησης ή βίαιων περιστατικών, αλλά το 45,0% δεν ήξερε ότι εάν κάποιος που είχε καθήκον να αναφέρει αλλά δεν ανέφερε ότι είχε νομική ευθύνη. Οι περισσότερες νοσοκόμες έκτακτης ανάγκης συμφώνησαν ότι «ακόμη και αν η ενδοοικογενειακή βία είναι σοβαρή, δεν θα πρέπει να προτείνεται στα θύματα να φύγουν, αφήνοντας τα παιδιά στο σπίτι» και «οι δράστες είναι ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία».

Συμπεράσματα: Απαιτείται κατάλληλη ευαισθητοποίηση σχετικά με την κακοποίηση και τη βία και τη συστηματική εκπαίδευση για νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης, ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις.

Λέξεις-κλειδιά: συμπεριφορά, επίγνωση, νοσηλευτική έκτακτης ανάγκης, βία

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε προκύπτει ότι η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών πλήττει ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών ανά τον κόσμο, ανεξαρτήτου ηλικίας, κατάστασης, εθνικότητας και οικονομικής ευημερίας.

Μέσα από τα αποτελέσματα της ανασκόπησης μας διακρίναμε ότι υπάρχει ανάγκη σε κάθε γωνιά της γης να υπάρξει πρόληψη και αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας που φτάνουν καθημερινά στις αίθουσες των νοσοκομείων. Διακρίναμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει την ανάγκη αυτή, και προσπαθεί να κάνει το καλύτερο δυνατό προκειμένου να υπάρχει η όσο το δυνατόν πληρέστερη αποκατάσταση.

Παρόλα αυτά φαίνεται, ότι υπάρχουν μεγάλα κενά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στην διάγνωση και την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. Επίσης, υπάρχουν αρκετοί φραγμοί στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, όχι μόνο για προσωπικούς λόγους των θυμάτων αλλά και των επαγγελματιών υγείας, πράγμα που ακυρώνει το ρόλο του τομέα της υγείας, ο οποίος είναι λειτουργήμα και δεν μπορούμε να αρνούμαστε την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων.

Σημαντικό κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η κοινοτική φροντίδα, η οποία είναι το θεμέλιο τόσο για την αντιμετώπιση αλλά κυρίως για την πρόληψη και την πρόωρη διάγνωση της βίας.

Τέλος, βασικό είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν υποστηρικτικό ρόλο σε κάθε περιστατικό βίας ή ενδεχόμενης βίας σε μακροχρόνια βάση, καθώς σύμφωνα με την έρευνα φαίνεται ότι η υγειονομική περίθαλψη για μικρό χρονικό διάστημα, έχει βραχυχρόνια δράση με επακόλουθο να χάνονται τα όποια κεκτημένα αποτελέσματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acosta, D. F. et al.** (2018). 'Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach', *Revista gaucha de enfermagem*, 39, p. e61308. doi: 10.1590/1983-1447.2018.61308.
- Adomako, E. B. and Baffour, F. D.** (2019). 'Suffering in the Hands of a Loved One: The Endemic to Intimate Partner Violence and Consequences on Migrant Female Head-Load Carriers in Ghana', *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260519888547.
- Ahmad, I. et al.** (2017). 'Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature', *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), pp. 3271–3285. doi: 10.1111/jocn.13706.
- Al-Natour, A., Qandil, A. and Gillespie, G. L.** (2016). 'Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study', *International Nursing Review*, 63(3), pp. 422–428. doi: 10.1111/inr.12302.
- Albuquerque Netto, L. et al.** (2015). 'Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service', *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, 36, pp. 135–142. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.54361.
- Alhusen, J. L. et al.** (2015). 'Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes', *Journal of Women's Health*, 24(1), pp. 100–106. doi: 10.1089/jwh.2014.4872.
- Alshammari, K. F., McGarry, J. and Higginbottom, G. M. A.** (2018). 'Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature', *Nursing Open*, 5(3), pp. 237–253. doi: 10.1002/nop2.133.
- Anderson, K. L.** (2005). 'Theorizing gender in intimate partner violence research', *Sex Roles*, 52(11–12), pp. 853–865. doi: 10.1007/s11199-005-4204-x.
- Antoniou, E. and Iatrakis, G.** (2019). 'Domestic violence during pregnancy in Greece', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21). doi: 10.3390/ijerph16214222.
- Basar, F. and Demirci, N.** (2018). 'Domestic violence against women in Turkey', *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(3), pp. 660–665. doi: 10.12669/pjms.343.15139.

Beynon, C. E. et al. (2012). ‘Why physicians and nurses ask (or dont) about partner violence: A qualitative analysis’, *BMC Public Health*. BMC Public Health, 12(1), p. 1. doi: 10.1186/1471-2458-12-473.

Campbell, A. M. (2020). ‘Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company’ s public news and information’, (January).

Cho, O. H., Cha, K. S. and Yoo, Y. S. (2015). ‘Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses’, *Asian Nursing Research*. Elsevier, 9(3), pp. 213–218. doi: 10.1016/j.anr.2015.03.003.

Colombini, M., Mayhew, S. and Watts, C. (2008). ‘Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: A review of current models, challenges and opportunities’, *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), pp. 635–642. doi: 10.2471/BLT.07.045906.

Corbally, M. A. (2001). ‘Factors affecting nurses’ attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: A literature review’, *Accident and Emergency Nursing*, 9(1), pp. 27–37. doi: 10.1054/aaen.2000.0184.

Cronholm, P. F. et al. (2015). ‘Intimate Partner Violence’, *Nursing for Women’s Health*, 19(5), pp. 455–458. doi: 10.1111/1751-486X.12241.

Dawson, A. J. et al. (2019). ‘The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia’, *Academic Emergency Medicine*, 26(9), pp. 1052–1062. doi: 10.1111/acem.13721.

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

Deshpande, N. A. and Lewis-O’connor, A. (2013). ‘Screening and ManageMent review Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy’, *Rev Obstet Gynecol*, 6(4), pp. 141–148. doi: 10.3909/riog0226.

Dhawan, A. (2017). ‘Figuring out Feminism and its different features’, 3(12), pp. 498–500.

Echeburúa, E. and Muñoz, J. M. (2017). ‘Límites entre la violencia psicológica y la relación de pareja meramente disfuncional: Implicaciones psicológicas y forenses’, *Anales de Psicología*, 33(1), pp. 18–25. doi: 10.6018/analesps.33.1.238141.

Evans, D. P. et al. (2019). ‘Intimate Partner Violence: Barriers to Action and Opportunities for Intervention Among Health Care Providers in São Paulo, Brazil’, *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260519881004.

Eurostat (2017). *Violent sexual crimes recorded in the EU*. [online] Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171123-1?fbclid=IwAR0PQKsaKc-mTgJxOkQWPeqyvQpmP7UFxXJIsyLrUwuOAiDg20SwvQgNgIU>

Farchi, S. et al. (2013). ‘Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy’, *BMC Women’s Health*. BMC Women’s Health, 13(1), p. 1. doi: 10.1186/1472-6874-13-31.

Feder, L. et al. (2018). ‘An intimate partner violence prevention intervention in a nurse home visitation program: A randomized clinical trial’, *Journal of Women’s Health*, 27(12), pp. 1482–1490. doi: 10.1089/jwh.2017.6599.

Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., et al. (2018). ‘Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force’, Agency for Healthcare Research and Quality (US), [Internet] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533715/table/appf.tab1/>

Fonseca-Machado, M. de O. et al. (2015). ‘Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 855–864.

Freedman, E., 2007. *No Turning Back: The History of Feminism and the Future of Women*, New York: Random House Publishing Group

García-Moreno, C. et al. (2015). ‘The health-systems response to violence against women’, *The Lancet*, 385(9977), pp. 1567–1579. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7.

Gomes, N. P. and Erdmann, A. L. (2014). ‘Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: Problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à

mulher’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), pp. 76–84. doi: 10.1590/0104-1169.3062.2397.

Gomes, V. L. de O. et al. (2015). ‘Violência doméstica contra a mulher: Representações de profissionais de saúde’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), pp. 718–724. doi: 10.1590/0104-1169.0166.2608.

Gracia, E. and Merlo, J. (2016). ‘Intimate partner violence against women and the Nordic paradox’, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 157, pp. 27–30. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.040.

Guillery, M. E. et al. (2012). ‘Postpartum nurses’ perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: A cross-sectional survey’, *BMC Nursing*. BioMed Central Ltd, 11(1), p. 2. doi: 10.1186/1472-6955-11-2.

Gulati, G. and Kelly, B. D. (2020). ‘Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company’s public news and information’, (January).

Gupta, J. et al. (2017). ‘A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: Findings from a cluster randomized controlled trial’, *BMC Medicine*. BMC Medicine, 15(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12916-017-0880-y.

Harne, L., and Radford, J., 2008. *Tackling Domestic Violence: Theories, Policies And Practice: Theories, Policies and Practice*, United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Hendricks, J. E., and Hendricks, C. S., 2014. *CRISIS INTERVENTION IN CRIMINAL JUSTICE/SOCIAL SERVICE*, U.S.A.: Charles C Thomas Publisher. p.472. [online] Available at:

https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=Rn7CCAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA86&dq=myths+and+realities+about+intimate+violence&ots=ZsQUCLmaWW&sig=3eIfaEGJB11e8aQjULrN6KaGhw&redir_esc=y#v=onepage&q=myths%20and%20realities%20about%20intimate%20violence&f=false

- Hindin, P. K.** (2006). 'Intimate Partner Violence Screening Practices of Certified Nurse-Midwives', *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(3), pp. 216–221. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.10.001.
- Hirigoyen, M. F.**, 2006. *Η κακοποιημένη γυναίκα, Η βία μέσα στο ζευγάρι*. Αθήνα : Πατάκης, 2006. 9789601619545.
- Huecker, M. & Smock, W.**, 2020. Domestic Violence. [e-book] Treasure Island (FL): StatPearls. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>
- Humphreys, J.**, and Campbell, C. J., 2010, *Family Violence and Nursing Practice*, New York: Springer Publishing Company. p.482.
- Jack, S. M. et al.** (2012). 'Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence', *BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd, 12(1), p. 50. doi: 10.1186/1472-6963-12-50.
- Jenkins, K.**, (2017). 'Rape Myths and Domestic Abuse Myths as Hermeneutical Injustices', *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), pp. 191–205. doi: 10.1111/japp.12174.
- Jewkes, R.** (2002). 'Violence against women III Intimate partner violence: causes and prevention', *Lancet*, 359, pp. 1423–29. Available at: [http://www.ayamm.org/english/Violence against women 1.pdf](http://www.ayamm.org/english/Violence%20against%20women%201.pdf).
- Kaakinen, J. R. et al.** (2010). *Family health care nursing: theory, practice, and research*. 4th edn. doi: 10.2307/346835.
- Katsos, K. et al.** (2020). 'Intimate partner violence in Greece: a study of 664 consecutive forensic clinical examinations', *Family Practice*, (5), pp. 1–6. doi: 10.1093/fampra/cmaa052.
- Kaukinen, C.**, (2020). 'When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic', *American Journal of Criminal Justice*. American Journal of Criminal Justice. doi: 10.1007/s12103-020-09533-5.
- Krahé, B.**, (2018). 'Violence against women', *Current Opinion in Psychology*, 19, pp. 6–10. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.017.
- Kristjansson, A. L.**, Mann, M. J. and Vasile, E., (2019). 'in a Statewide Program', pp. 1–21. doi: 10.1177/0886260518754869.Assessment.

- Lawson, J.**, (2012). ‘Sociological Theories of Intimate Partner Violence’, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(5), pp. 572–590. doi: 10.1080/10911359.2011.598748.
- Leung, L. C.**, (2019). ‘Deconstructing the Myths About Intimate Partner Violence: A Critical Discourse Analysis of News Reporting in Hong Kong’, *Journal of Interpersonal Violence*, 34(11), pp. 2227–2245. doi: 10.1177/0886260516660298.
- Liu, X.**, (2013). ‘Full-Text Citation Analysis: A New Method to Enhance’, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 64(July), pp. 1852–1863. doi: 10.1002/asi.
- Loring, M. T. and Smith, R. W.**, (1994). ‘Health care barriers and interventions for battered women’, *Public Health Reports*, 109(3), pp. 328–338.
- Loretz, L.**, 2005. *Primary Care Tools for Clinicians: A Compendium of Forms, Questionnaires, and Rating Scales for Everyday Practice*, Massachusetts: Elsevier Health Sciences. p.485.
- Lutgendorf, M. A.**, (2019). ‘Intimate Partner Violence and Women’s Health’, *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), pp. 470–480. doi: 10.1097/AOG.0000000000003326.
- MacMillan, H. L., et al.** (2006). ‘Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial’, *Journal of the American Medical Association*, 296(5), pp. 530–536. doi: 10.1001/jama.296.5.530.
- Mamo, C., et al.** (2015). ‘Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case–control Study in Italy’, *Journal of Family Violence*, 30(7), pp. 853–858. doi: 10.1007/s10896-015-9726-6.
- Mangum, D. W.**, (2016). ‘Intimate Partner Violence Prevention Programs in North Carolina’, *North Carolina medical journal*, 77(6), pp. 398–401. doi: 10.18043/ncm.77.6.398.
- McFarlane J., Greenberg L., Weltge A., Watson M.**, (1995). ‘Identification of Abuse in Emergency Departments: Effectiveness of a Two-question Screening Tool’. *J Emerg Nurs* 21:391-394
- Mejdoubi, J., et al.** (2013). ‘Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial’, *PLoS ONE*, 8(10), pp. 1–12. doi: 10.1371/journal.pone.0078185.

- Messner**, M. A., (2016). ‘Bad Men, Good Men, Bystanders: Who Is the Rapist?’, *Gender and Society*, 30(1), pp. 57–66. doi: 10.1177/0891243215608781.
- Miller**, E. and McCaw, B. (2019) ‘Intimate partner violence’, *New England Journal of Medicine*, 380(9), pp. 850–857. doi: 10.1056/NEJMr1807166.
- Moreira**, D. N., and Pinto da Costa, M., 2020, ‘The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence’, *International Journal of Law and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
- Nies**, A. M. and McEwen, M., 2013. *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. United States of America: Elsevier Health Sciences, pp.720.
- Eby**, N., and Brown, L., 2010. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία. 2η Έκδοση επιμ. Αθήνα: ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.
- Ortiz-Barreda**, G. and Vives-Cases, C., (2012). ‘Violencia contra las mujeres: El papel del sector salud en la legislación internacional’, *Gaceta Sanitaria*, 26(5), pp. 483–489. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.027.
- Ottom**, L. J., (2001). ‘Professor of Cardiothoracic Surgery’, 323(December), pp. 1264–1265.
- Paixão**, G. P. do N. *et al.*, (2015). ‘Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 874–879. doi: 10.1590/0104-1169.0010.2626.
- Pallitto**, C. *et al.*, (2016). ‘Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa’, *BMC Health Services Research*. BMC Health Services Research, 16(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12913-016-1872-x.
- Papadakaki**, M. *et al.*, (2013). ‘Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice’, *BMC Medical Education*. BMC Medical Education, 13(1), p. 1. doi: 10.1186/1472-6920-13-46.
- Papadakaki**, M., Tzamalouka, G. S. and Chliaoutakis, J., (2009). ‘Seeking for Risk Factors of The Role of Self-Esteem’, *Journal of interpersonal violence*, 24(5), pp. 732–750. doi: 10.1177/0886260508317181.

Paterson-Brown, S., and Howell, C., 2016, *Managing Obstetric Emergencies and Trauma: The MOET Course Manual*, Cambridge: Cambridge University Press.

Phares, T. M. et al. (2019). 'Intimate Partner Violence Screening and Intervention: The American College of Preventive Medicine Position Statement', *American Journal of Preventive Medicine*. Elsevier Inc., 57(6), pp. 862–872. doi: 10.1016/j.amepre.2019.07.003.

Phelan, M. B., (2007). 'Screening for intimate partner violence in medical settings', *Trauma, Violence, and Abuse*, 8(2), pp. 199–213. doi: 10.1177/1524838007301221.

Piquero, A. R., et al. (2020). 'Staying Home, Staying Safe? A Short-Term Analysis of COVID-19 on Dallas Domestic Violence', *American Journal of Criminal Justice*. American Journal of Criminal Justice. doi: 10.1007/s12103-020-09531-7.

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

Porter, S., (2009). Κοινωνιολογία για Επαγγελματίες Υγείας. 1η έκδοση επιμ. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης.

Rabin, R. F., et al. (2009). 'Intimate Partner Violence Screening Tools', *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), pp. 439–445.e4. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.024.

Ranjan, S., (2020). 'Domestic Violence Legislation in Greece: Analysis of Penal Mediation', *Women and Criminal Justice*, 30(1), pp. 42–68. doi: 10.1080/08974454.2019.1646192.

Renker, P. R., (2008). 'Breaking the Barriers: The Promise of Computer-Assisted Screening for Intimate Partner Violence', *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(6), pp. 496–503. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.07.017.

Rodriguez, B., and Mandich, M., (2019). 'What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study.', *Archives of academic emergency medicine*, 7(1), p. e68.

Sabri, B., et al. (2018). 'Multilevel Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Among African, Asian, and Latina Immigrant and Refugee Women: Perceptions of Effective Safety Planning Interventions', *Race and Social Problems*. Springer US, 10(4), pp. 348–365. doi: 10.1007/s12552-018-9247-z.

Satyanarayana, V. A., Chandra, P. S. and Vaddiparti, K., (2015). ‘Mental health consequences of violence against women and girls’, *Current Opinion in Psychiatry*, 28(5), pp. 350–356. doi: 10.1097/YCO.0000000000000182.

Sen, S. and Bolsoy, N., (2017). ‘Violence against women: Prevalence and risk factors in Turkish sample’, *BMC Women’s Health*. BMC Women’s Health, 17(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12905-017-0454-3.

Sezgin, A. U. and Punamäki, R. L., (2019). ‘Type of Traumatic Events, Mental Health Problems, and Posttraumatic Cognitions Among Eastern Anatolian Women’, *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260519858385.

Sharps, P. W. et al. (2008). ‘Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence’, *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 37(4), pp. 480–491

Silva, C. D. et al. (2015). ‘Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents’, *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(1), pp. 22–29. doi: 10.1590/S0080-623420150000100003.

‘Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company’s public news and information’ (2020), (January).

Schornstein, S. L., 1997, *Domestic Violence and Health Care: What Every Professional Needs to Know*, California: SAGE. p.186.

Stanhope, M. L., 2016. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 2η Ελληνική Έκδοση επιμ. Κύπρος: Π. Χ. Πασχαλίδης & BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.

Stevens, L. (2002). “‘A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers” developed by the UN Population Fund’, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78(SUPPL. 1), pp. 111–117. doi: 10.1016/S0020-7292(02)00055-3.

Sundborg, E. M. et al. (2012). ‘Nurses’ preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care’, *BMC Nursing*. BioMed Central Ltd, 11(1), p. 1. doi: 10.1186/1472-6955-11-1.

Svavarsdottir, E. K. and Orlygsdottir, B. (2009) ‘Identifying abuse among women: Use of clinical guidelines by nurses and midwives’, *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), pp. 779–788. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x.

Tol, W. A. et al. (2017). ‘An integrated intervention to reduce intimate partner violence and psychological distress with refugees in low-resource settings: Study protocol for the Nguvu cluster randomized trial’, *BMC Psychiatry*. *BMC Psychiatry*, 17(1), pp. 1–13. doi: 10.1186/s12888-017-1338-7.

Usher, K. et al. (2020). ‘Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support’, *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12735.

Valdés Sánchez, C. A., García Fernández, C. and Sierra Díaz, Á. (2016). ‘Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria’, *Atencion Primaria*. SEGO, 48(10), pp. 623–631. doi: 10.1016/j.aprim.2016.01.003.

Van Parys, A. S. et al. (2014). ‘Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions’, *PLoS ONE*, 9(1). doi: 10.1371/journal.pone.0085084.

Wild, K. J. et al. (2019). ‘Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste’, *Women and Birth*. Australian College of Midwives, 32(4), pp. e459–e466. doi: 10.1016/j.wombi.2018.10.008.

Williams, J. R. et al. (2017). ‘An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study’, *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2192–2201. doi: 10.1111/jocn.13353.

Wood, S. N. et al. (2019). “‘Being Married Doesn’t Mean You Have to Reach the End of the World’: Safety Planning With Intimate Partner Violence Survivors and Service Providers in Three Urban Informal Settlements in Nairobi, Kenya’, *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260519879237.

World Health Organization, 2008. *International Day for the Elimination of Violence against Women*. [online] Available at: https://www.who.int/dg/speeches/detail/international-day-for-the-elimination-of-violence-against-women?fbclid=IwAR0LmV85VZCNx4DJuFK5M2bQAz1yHfaO_xOHfkMORHNG-KP1Fxbhx8G_yLM

World Health Organization, 2012. ‘Intimate partner violence’, Understanding and addressing violence against women, pp. 1–12.

World Health Organization, 2014. ‘Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook’.

World Health Organization, 2017. *Violence against women*. [online] Available at: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women?fbclid=IwAR1zqA0IWWd-FZsjO_hVcwicKBDD2llv8IpAoCGnTItvlrgFi6wyh4mxDvg

World Health Organization *Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities*. [online] Available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/07-045906/en/?fbclid=IwAR2IlbQJxEcMwgXHe8k5SUKAh3ceNN-EZpoKIVCaOnAhp6Iqp38TigIRc80>

Yousefnia, N., Nekuei, N. and Farajzadegan, Z. (2018). ‘The relationship between healthcare providers’ performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management’, *Journal of Injury and Violence Research*, 10(2), pp. 113–118. doi: 10.5249/jivr.v10i2.958.

Zorjan, S., Smrke, U. and Šprah, L. (2017). ‘THE ROLE of ATTITUDES TO, and the FREQUENCY OF, DOMESTIC VIOLENCE ENCOUNTERS in the HEALTHCARE PROFESSIONALS HANDLING of DOMESTIC VIOLENCE CASES’, *Zdravstveno Varstvo*, 56(3), pp. 166–171. doi: 10.1515/sjph-2017-0022.

Αθανασοπούλου, Μ., και Καμπά Ε. 2009. ‘Η Ανίχνευση της Συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα’, *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 8(3), σ. 181-193.

Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης (2003). ‘Ένδο-Οικογενειακή Βία Κατά Των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα’, *Κέντρο Ερευνών Για Θέματα Ισότητας (Κεθι)*.

Βλάχου Β. Η βία κατά των γυναικών – Ερευνητικά δεδομένα, σύγχρονοι προβληματισμοί. Πον Δικ. 4/2006 (Έτος 90): 471-475. σ. 471

Γένεσης, Κεφάλαιο 3:16, Βίβλος.

Γ.Γ.Ι.Φ. (2017)., *Στατιστικά στοιχεία της Τηλεφωνικής Γραμμής SOS 15900 και του Δικτύου Δομών της Γ.Γ.Ι.Φ.* . [online] Available at:

<http://www.isotita.gr/%cf%83%cf%84%ce%b1%cf%84%ce%b9%cf%83%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%ac-%cf%83%cf%84%ce%bf%ce%b9%cf%87%ce%b5%ce%af%ce%b1-%cf%84%ce%b7%cf%82-%cf%84%ce%b7%ce%bb%ce%b5%cf%86%cf%89%ce%bd%ce%b9%ce%ba%ce%ae%cf%82/>

Γ.Γ.Ι.Φ. (2018)., *Δελτίο τύπου, Στατιστικά στοιχεία του δικτύου δομών της Γ.Γ.Ι.Φ. για την εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών.* [online] Available at:

<http://www.isotita.gr/%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF-%CF%84%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82/>

Καλογερόπουλος, Κ., "Γυναίκες-Δουλεία-Δημοκρατία στην Αρχαιοελληνική Κοινωνία", Archive, Δεκέμβριος, 2003. pp. 1–18. Πατάκης, 2006. 9789601619545. Πηγή: <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=26>

Νικολαΐδης, Γ., και Σταυριανάκη, Μ., 2009. *Βία στην Οικογένεια: Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*. Αθήνα : εκδόσεις ΚΨΜ, σ. 344., 2009. 978-960-6750-38.

Τατά Αρσέλ, Α., Χαρίτου-Φατούρου, Μ., και Αδαμάκη, Θ., 2008. *ΚΑΤΑΓΩΓΟΝΤΑΣ ΤΑΣ ΕΜΠΟΔΙΑ: Συμβουλευτική και ενδυνάμωση γυναικών*. σ.λ. : ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2008. 9789601902104.