



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τμήμα Ψυχολογίας ΕΚΠΑ

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΗΜΙ-ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Αθήνα, 2019

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία ολοκλήρωσης της προσπάθειας αυτής νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος και ιδιαιτέρως τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, καθηγητή κ. Ασημόπουλο Χάρη και την κα Δημητρακάκη Χριστίνα για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές της στην πορεία των σπουδών μου.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συμφοιτήτριές μου Παγκράτη Λαμπρινή, Δέμου Λαμπρινή, Μπίσσα Μαρία και Σκούφη Ναταλία για την βοήθεια και την υποστήριξή τους.

Τέλος ευχαριστώ τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη διαδικτυακή εκπαίδευση για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η βία κατά των γυναικών οποιασδήποτε μορφής έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία άμεσες ή έμμεσες. Τα πρόσωπα που πιο συχνά ασκούν βία στις γυναίκες είναι άνδρες νυν ή πρώην σύντροφοι. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι τα πρώτα πρόσωπα, στα οποία μια γυναίκα θα απευθυνθεί για βοήθεια και υποστήριξη και κατά συνέπεια ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη μέσω της διαδικτυακής εκπαίδευσης συνέβαλε ώστε οι επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τις γνώσεις τους για το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών από το σύντροφό τους. Ακόμη, να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους καθώς και την ετοιμότητά τους για την παροχή βοήθειας σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 119 επαγγελματίες υγείας (ομάδα παρέμβασης:67, ομάδα ελέγχου:52). Το ερευνητικό σχέδιο ήταν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη-σχέδιο μεταξύ των υποκειμένων. Τα χαρακτηριστικά των ομάδων ήταν ισοδύναμα και η κατανομή των συμμετεχόντων σε αυτές έγινε με τυχαίο τρόπο. Η παρέμβαση ήταν διαδικτυακή και αφορούσε την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τη βία κατά των γυναικών και την αντιμετώπιση του φαινομένου από τις υπηρεσίες υγείας. Η διάρκεια της διαδικτυακής εκπαίδευσης ήταν 2-3 ώρες. Η ομάδα παρέμβασης συμπλήρωσε ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρέμβαση. Η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο στην αρχή και ένα ερωτηματολόγιο μετά από δέκα μέρες, χωρίς να έχει λάβει την παρέμβαση ανάμεσα στις δύο μετρήσεις. Για την ομάδα ελέγχου η δυνατότητα συμμετοχής στην παρέμβαση ήταν προαιρετική εφόσον είχε γίνει η μεταμέτρηση. Για την αξιολόγηση της παρέμβασης οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας συμπλήρωσαν μετά την μεταμέτρηση ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την εκπαιδευτική ενότητα στη διαδικτυακή πλατφόρμα.

Αποτελέσματα: Η πειραματική ομάδα μετά την ολοκλήρωση της διαδικτυακής εκπαίδευσης εμφάνισε βελτίωση στις διαστάσεις αντιληπτή ετοιμότητα, αντιληπτή γνώση και πραγματική γνώση ($p<0,001$). Ακόμη, τα μέλη της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν βελτίωση ως προς την ετοιμότητα ($p<0,001$), τα ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας

($p < 0,001$), την αυτοαποτελεσματικότητα ($p = 0,002$), το αλκοόλ/ουσίες ($p < 0,001$) και την κατανόηση των θυμάτων βίας ($p = 0,008$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη συνέβαλλε ώστε οι επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν γνώσεις και να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους στη διαχείριση περιπτώσεων γυναικών που έχουν υποστεί βία. Ακόμη, στη σημασία να γνωρίζουν τους φορείς ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και την παροχή μιας υποστήριξης πρώτης γραμμής σε γυναίκες που έχουν υποστεί βία.

Λέξεις-Κλειδιά: βία κατά των γυναικών, συντροφική βία, αντιμετώπιση, επαγγελματίες υγείας, παρεμβάσεις

ABSTRACT

Introduction: Any form of violence against women has direct or indirect long-term health consequences. The most common perpetrators of violence against women are male intimate partners or ex-partners. Health care professionals may be the first to whom a woman will ask for help and support. Therefore their role is very crucial to provide services in these women.

Aim: The purpose of this study was through e-learning education to help healthcare professionals improve their knowledge about violence against women by their partner. Furthermore, the improvement of their skills as well as their readiness to provide help to women who have been abused.

Methods: The sample of the study consisted of 119 health professionals (intervention group: 67 control group: 52). The research design was a randomized controlled trial between the subjects. The characteristics of the groups were equivalent and the participants were randomly assigned to them. The intervention took place through e-learning training which lasted 2-3 hours. The intervention team completed a questionnaire before the intervention and the same questionnaire after the completion of it. The control group completed the questionnaire twice without participating the e-learning training. The participation for the members of control group in the e-learning training was optional on condition that they had completed the second questionnaire after ten days. As regards the evaluation of the intervention the experimental group completed after the survey a satisfaction questionnaire.

Results: The experimental group after completing the e-learning training showed improvement in preparation perceived knowledge and real knowledge ($p < 0,001$). In addition, the members of the intervention group experienced improvement in preparation ($p < 0,001$), workplace issues ($p < 0,001$), self-efficacy ($p = 0,002$), alcohol/substances ($p < 0,001$) and victim understanding ($p = 0,008$).

Conclusions: This study contributed to help healthcare professionals to acquire knowledge and assess their readiness to manage cases of women who have been subjected to violence. Furthermore, the contribution so as healthcare professionals be

aware of psychosocial support and the provision of first-line support to women who have suffered from violence.

Key-words: violence against women, intimate partner violence, response, healthcare professionals, interventions

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία ολοκλήρωσης της προσπάθειας αυτής νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος και ιδιαιτέρως τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, καθηγητή κ. Ασημόπουλο Χάρη και την κα Δημητρακάκη Χριστίνα για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές της στην πορεία των σπουδών μου.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συμφοιτήτριές μου Παγκράτη Λαμπρινή, Δέμου Λαμπρινή, Μπίσσα Μαρία και Σκούφη Ναταλία για την βοήθεια και την υποστήριξή τους.

Τέλος ευχαριστώ τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη διαδικτυακή εκπαίδευση για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σ. 2
ABSTRAC.....	σ. 4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	σ. 6
ΠΙΝΑΚΕΣ	σ. 11
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	σ. 14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σ. 15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ (ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ)

1.1 Η βία κατά των γυναικών	σ. 18
1.2 Μορφές βίας	σ. 18
1.3 Ορίζοντας την έμφυλη βία κατά των γυναικών	σ. 19
1.4 Έμφυλη βία και άνδρες	σ. 19
1.5 Ερμηνεία και κατανόηση της βίας κατά των γυναικών	σ. 20
1.6 Η βία κατά των γυναικών είναι έμφυλη	σ. 20
1.7 Φύλο και ισότητα με βάση το φύλο	σ. 21
1.8 Διάκριση με βάση το φύλο	σ. 22
1.9 Η διάσταση του κοινωνικού φύλου στη βία κατά των γυναικών	σ. 23
1.10 Η έμφυλη βία στον δημόσιο και ιδιωτικό βίο των γυναικών	σ. 24
1.11 Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	σ. 24
1.12 Ενδοοικογενειακή βία και συντροφική βία	σ. 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ:

- 2.1 Η συντροφική βία ως πρόβλημα για τη δημόσια υγεία σε Διεθνές-Ευρωπαϊκό επίπεδο και την Ελλάδα σ. 34
- 2.2 Συνέπειες του φαινομένου στην Υγεία σ. 36
- 2.3 Οικονομικές Συνέπειες του φαινομένου σ. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ:

- 3.1 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου για τη συντροφική βία..... σ. 41
- 3.2 Συνέπειες της συντροφικής βίας σ. 42
- 3.3 Η επιρροή της βίας στη ζωή των γυναικών σ. 46
- 3.4 Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο μια γυναίκα να υποστεί βία..... σ. 47
- 3.5 Λόγοι που οι γυναίκες δεν εγκαταλείουν τους βίαιους συντρόφους σ. 48
- 3.6 Η βία σε βάρος των γυναικών διαφέρει σ. 49
- 3.7 Η νομοθεσία στην Ελλάδα σ. 49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- 4.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στο φαινόμενο της κακοποίησης σ.51
- 4.2 Παράγοντες μη αναγνώρισης της γυναικείας κακοποίησης από τις Υπηρεσίες Υγείας σ. 52
- 4.3 Παροχή βοήθειας με επίκεντρο τη γυναίκα σ. 52
- 4.4 Ενέργειες του επαγγελματία υγείας όταν υποψιάζεται βία σ. 53
- 4.5 Υποστήριξη πρώτης γραμμής σ. 54
- 4.6 Προγράμματα και παρεμβάσεις για την αναγνώριση στις υπηρεσίες υγείας σ. 55
- 4.7 Προγράμματα και παρεμβάσεις στην Ελλάδα σ. 58
- 4.8 Κατευθυντήριες οδηγίες στον τομέα της υγείας σ.59
- 4.9 Τα οφέλη της διαδικτυακής εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας σ. 60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Σκοπός της παρέμβασης- οφέλη για τους συμμετέχοντες	σ. 61
5.2 Ερευνητικοί Στόχοι.....	σ. 62
5.3 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	σ. 63
5.4 Επίπεδα επιρροής	σ. 64
5.5 Μέθοδος παρέμβασης	σ. 64
5.6 Βασικά Συστατικά της Παρέμβασης (Μεταβλητές Μοντέλου).....	σ. 65
5.7 Στάδια της Παρέμβασης	σ. 66
5.8 Περιγραφή πληθυσμού, ερευνητικό σχέδιο και στρατολόγηση	σ. 66
5.9 Μετρήσεις/Ερωτηματολόγιο	σ. 67
5.10 Ανάλυση μεθοδολογίας	σ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Αποτελέσματα	σ. 71
6.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της Παρέμβασης	σ. 103
6.3 Αξιολόγηση της παρέμβασης	σ.105
6.4 Συζήτηση	σ. 107

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σ. 111
--------------------	--------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο Παρέμβασης.....	σ. 116
Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την παρέμβαση.....	σ. 127
Παράρτημα Γ: Η πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος	σ. 129
Παράρτημα Δ: Η βεβαίωση παρακολούθησης	σ. 130
Παράρτημα Ε: Η μορφή της διαδικτυακής παρέμβασης	σ.131

ΠΙΝΑΚΕΣ

- Πίνακας 1:** Το δείγμα των συμμετεχόντων σ.71
- Πίνακας 2:** Πλαίσιο εργασίας των συμμετεχόντων σ.72
- Πίνακας 3:** Λοιπά πεδία εργασιακής πρακτικής των συμμετεχόντων σ. 73
- Πίνακας 4:** «Αντιληπτή ετοιμότητα», «αντιληπτή γνώση» και «πραγματική γνώση» πριν και μετά την παρέμβαση σ.74
- Πίνακας 5:** «Θέματα πρακτικής» πριν και μετά την παρέμβαση ανά ομάδα σ.77
- Πίνακας 6:** «Απόψεις» των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβασησ.77
- Πίνακας 7:** «Αντιληπτή ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσησ. 81
- Πίνακας 8:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» σ. 82
- Πίνακας 9:** Αριθμός των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα για τη βία σ.83
- Πίνακας 10:** Μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και εκπαίδευσης των συμμετεχόντων σ. 84
- Πίνακας 11:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση»..... σ. 85
- Πίνακας 12:** Συσχέτιση αντιληπτής γνώσης με τα έτη ολοκλήρωσης σπουδών... σ.86
- Πίνακας 13:** Μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση» ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση σ. 87
- Πίνακας 14:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Πραγματική γνώση» σ.88
- Πίνακας 15:** Μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα» ανάλογα το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση των συμμετεχόντων σ.89
- Πίνακας 16:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Ετοιμότητα» σ.90
- Πίνακας 17:** Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης σ.91

- Πίνακας 18:** Συσχέτιση ανάμεσα στα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών με τη μεταβολή στη διάσταση ετοιμότητα σ.92
- Πίνακας 19:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» σ.93
- Πίνακας 20:** Μεταβολή ως προς την αυτοαποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση σ.94
- Πίνακας 21:** Συντελεστές συσχέτισης ως προς την «Αυτοαποτελεσματικότητα».....σ.95
- Πίνακας 22:** Συσχέτιση ανάμεσα στην «Αντιληπτή ετοιμότητα» με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων..... σ.97
- Πίνακας 23:** Μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση σ.98
- Πίνακας 24:** Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες»..... σ.100
- Πίνακας 25:** Συσχέτιση ανάμεσα στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» με τα δημογραφικά και τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων σ.101
- Πίνακας 26:** «Κατανόηση του θύματος» σε σχέση με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση σ.101
- Πίνακας 27:** Συντελεστές συσχέτισης ως προς την «Κατανόηση του θύματος».....σ.102
- Πίνακας 28:** Στοιχεία που αφορούν την αξιολόγηση της παρέμβασης σ.105
- Πίνακας 29:** Παρατηρήσεις και σχόλια των συμμετεχόντων για την παρέμβαση... σ.106

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

- Γράφημα 1:** «Αντιληπτή ετοιμότητα» των συμμετεχόντων σ.75
- Γράφημα 2:** «Αντιληπτή γνώση» των συμμετεχόντωνσ.76
- Γράφημα 3:** «Πραγματική γνώση» των συμμετεχόντων σ.76
- Γράφημα 4:** «Ετοιμότητα» των συμμετεχόντων σ.78
- Γράφημα 5:** «Ζητήματα/ θέματα των συμμετεχόντων» στο χώρο εργασίας» σ.79
- Γράφημα 6:** «Απόψεις» των συμμετεχόντων πριν και μετά σ.79
- Γράφημα 7:** Η διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» για κάθε ομάδα ξεχωριστά σ.80
- Γράφημα 8:** «Κατανόηση του θύματος» για κάθε ομάδα ξεχωριστά σ.80
- Γράφημα 9:** «Αντιληπτή ετοιμότητα» σε σχέση με τον αριθμό επαγγελματιών που έχουν λάβει εκπαίδευση για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες σ.83
- Γράφημα 10:** Συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση σπουδών σ.86
- Γράφημα 11:** Συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Ετοιμότητα» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση σπουδώνσ.91
- Γράφημα 12:** Μεταβολής ως προς την «Αυτοαποτελεσματικότητα» σε σχέση με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα για τη συντροφική βία το τελευταίο εξάμηνο σ.96
- Γράφημα 13:** Μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο σ.99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη βελτίωση και αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της συντροφικής βίας. Επιπλέον, στη βελτίωση των στάσεων και των δεξιοτήτων τους όσον αφορά την παροχή βοήθειας σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση. Ακόμη, την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών για να συνεχίσουν μετά την παρέμβαση την προσωπική τους μελέτη και ενημέρωση για το φαινόμενο.

Στην παρέμβαση συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας γενικών νοσοκομείων και μαιευτηρίων, σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η παρέμβαση θα συμβάλει σε δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο πρόληψης καθώς οι γυναίκες θύματα κακοποίησης που απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας πολύ πιθανόν να χρήζουν υποστήριξης και παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και θεραπείας και αποκατάστασης λόγω σωματικής βλάβης.

Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, την πειραματική ομάδα (ομάδα παρέμβασης) και την ομάδα σε λίστα αναμονής (ομάδα ελέγχου).

Η γραμμή SOS 15900 της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων (Γ.Γ.Ι.Φ) την περίοδο 19/11/2016-19/11/2017 δέχτηκε 3034 κλήσεις, εκ των οποίων το 80% αφορούσαν την ενδοοικογενειακή βία με δράστη κυρίως τον σύζυγο.

Το ίδιο χρονικό διάστημα οι δομές της ΓΓΙΦ και των δήμων δέχτηκαν 5210 γυναίκες. Οι 4849 δέχτηκαν υποστήριξη από τα συμβουλευτικά κέντρα και οι 361 φιλοξενήθηκαν σε ξενώνες. Το 71% των γυναικών αυτών ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας κυρίως από τον σύζυγο, νυν ή πρώην. Η πλειονότητα των γυναικών ήταν μητέρες σε ποσοστό 75%. Οι περισσότερες γυναίκες που απευθύνθηκαν στις δομές ήταν 26-55 ετών (69%) και ήταν από κάθε μορφωτικό επίπεδο. Από το σύνολο των γυναικών το 78% είχαν ελληνική υπηκοότητα (ΓΓΙ, 2017).

Παγκοσμίως μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους δέκα άνδρες αναφέρουν ότι βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά. Τα παιδιά που υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση είναι πολύ πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν άλλες μορφές κακοποίησης αργότερα στη ζωή (WHO-Media Centre, 2009).

Σε κάθε κοινωνία τα κοινωνικο-πολιτισμικά συστήματα βρίσκονται συνεχώς σε αλληλεπίδραση με την κατασκευή της πραγματικότητας και τη νοηματοδότηση αυτής. Με αυτές τις δύο βασικές διαδικασίες κάθε πολιτισμός δημιουργεί ένα σύστημα αξιών και κανόνων στα πλαίσια, του φυσικού, κοινωνικού και ηθικού συστήματός του. Τα προαναφερόμενα συμβάλλουν στην παγίωση της βίαιης συμπεριφοράς και την επέκτασή της σε όλες τις εκφάνσεις του δημόσιου και του ιδιωτικού βίου. Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για τη φυσική και τη δομική βία. Η δεύτερη έχει αφομοιωθεί και από τις ίδιες τις γυναίκες, οι οποίες αποδίδουν τον εγκλωβισμό τους στη βίαιη σχέση στις ίδιες, σε παράγοντες που αφορούν την καθημερινή ζωή και τα συναισθήματά τους για τον δράστη (Σκλάβου στον Γιωτάκο, 2008).

Η κύρια αιτία της βίας αναζητείται στις δυσμενείς διακρίσεις που αρνούνται στις γυναίκες την ισότητα με τους άνδρες σε πολλούς τομείς της ζωής. Η βία έχει ρίζες σε αυτές τις διακρίσεις και ταυτόχρονα εξυπηρετεί την ενίσχυσή τους (Χατζηφωτίου, 2016).

Η βία κατά των γυναικών αναγνωρίζεται και επισήμως ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, το οποίο χρήζει συστηματικής αντιμετώπισης εξαιτίας των σοβαρών συνεπειών του σε ατομικό, ομαδικό και κοινωνικό επίπεδο αλλά και εξαιτίας του υψηλού κόστους που συνεπάγεται για το σύστημα υγείας και πρόνοιας (Νικολαΐδης & Σταυριανάκη, 2009).

Η μελέτη περιλαμβάνει τις εννοιολογικές προσεγγίσεις του φαινομένου για τη βία κατά των γυναικών και τις μορφές αυτής. Ακόμη, γίνεται αναφορά στις θεωρητικές προσεγγίσεις ως προς την ερμηνεία, τα επιδημιολογικά δεδομένα τους αιτιολογικούς παράγοντες, τις επιπτώσεις για την υγεία (σωματική και ψυχική) και την αντιμετώπιση από τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υγείας.

Το ερευνητικό μέρος της μελέτης αναφέρεται στην παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες της πειραματικής ομάδας έλαβαν την διαδικτυακή εκπαίδευση και οι γνώσεις τους αξιολογήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση. Αντίθετα, τα μέλη της ομάδας ελέγχου αξιολογήθηκαν ως προς τις γνώσεις τους με τη διαδικασία προμέτρησης και μεταμέτρησης σε διάστημα δέκα ημερών το λιγότερο χωρίς να λάβουν τη διαδικτυακή εκπαίδευση στο ενδιάμεσο. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου είχαν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν τη διαδικτυακή εκπαίδευση αφού ολοκλήρωναν τη διαδικασία μεταμέτρησης. Η αξιολόγηση της διαδικασίας έγινε μόνο για τα μέλη της ομάδας παρέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

(ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ)

1.1 Η βία κατά των γυναικών και οι μορφές της

Η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών στην 85η συνεδρίαση ολομέλειας τον Δεκέμβριο του 1993 όρισε ως «Βία κατά των γυναικών» κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο που καταλήγει ή πιθανόν να καταλήξει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη ή σε βασανισμό των γυναικών. Συμπεριλαμβάνει απειλές πράξεων όπως ο εξαναγκασμός ή η αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας που συμβαίνουν είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή»

Οι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η βία σε βάρος των γυναικών, σε όλες τις χώρες όπου έχουν γίνει μελέτες, συναντάται σε όλες τις κοινωνικές, οικονομικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ομάδες. Σχεδόν σε όλα τα περιβάλλοντα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν βία από άνδρες συντρόφους ή από ανθρώπους που γνωρίζουν, συχνά για μεγάλες περιόδους. Οι άνδρες και τα αγόρια είναι επίσης στόχοι βίας, σε συγκεκριμένες μορφές, όπως η συντροφική και η σεξουαλική βία. Η πλειοψηφία των θυμάτων (και των θανάτων) είναι γυναίκες, ενώ η πλειονότητα των θυτών είναι άνδρες (Heise & Garcia Moreno στον WHO, 2012).

Ο όρος «βία με βάση το φύλο» (gender-based violence) συχνά χρησιμοποιείται για να δώσει έμφαση στο ότι η βία ενάντια στις γυναίκες έχει τις ρίζες της στην ανισότητα των φύλων και επίσης διαιωνίζει την υποδεέστερη θέση των γυναικών νομικά, κοινωνικά ή οικονομικά.

Οι πιο συνηθισμένες μορφές βίας σε βάρος των γυναικών περιλαμβάνουν τη σωματική, την ψυχολογική/συναισθηματική, τον κοινωνικό έλεγχο και την κοινωνική αποστέρηση (WHO, 2012).

1.2 Έμφυλη βία σε γυναίκες και άνδρες

Η έμφυλη βία είναι μια εκδήλωση της ιστορικά μη ισότιμης ισχύος στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, η οποία έχει οδηγήσει στην κυριαρχία και τη διάκριση κατά των γυναικών από τους άνδρες και την παρεμπόδιση της πλήρους προόδου των γυναικών. Πρόκειται για έναν σημαντικό κοινωνικό μηχανισμό από τον οποίο οι γυναίκες εξαναγκάζονται σε μια υποδεέστερη θέση σε σύγκριση με τους άνδρες. Αποτελεί μια παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μια μορφή διάκρισης σε βάρος των γυναικών. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι πράξεις έμφυλης βίας καταλήγουν ή πιθανόν να καταλήξουν σε σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και των απειλών για τις πράξεις αυτές, τον εξαναγκασμό/πίεση ή αυθαίρετη στέρηση ελευθερίας, στη δημόσια ή ιδιωτική ζωή.

Έμφυλη είναι η βία που στρέφεται κατά μιας γυναίκας επειδή είναι γυναίκα ή επηρεάζει τις γυναίκες δυσανάλογα (UNFPA & WAVE, 2014).

Η έμφυλη βία (GBV) περιλαμβάνει και τη βία σε βάρος ανδρών και αγοριών. Για παράδειγμα, τα αγόρια μπορεί να υφίστανται σεξουαλική βία από μέλη της οικογένειας ή να αναγκάζονται σε εμπόριο με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση. Υπάρχουν επίσης παραδείγματα όπου οι άνδρες έχουν επιβιώσει από ενδοοικογενειακή βία από συντρόφους ή παιδιά. Σε κάποια περιβάλλοντα η σεξουαλική βία σε βάρος ανδρών μπορεί να είναι ακόμα πιο συχνή σε σύγκριση με τις γυναίκες όπως στις φυλακές και τις ένοπλες δυνάμεις.

Παρόλα αυτά, όπως προαναφέρθηκε λόγω της μη ισότιμης κατανομής της εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών, οι γυναίκες και τα κορίτσια αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που υφίστανται έμφυλη βία και η συντριπτική πλειονότητα των θυτών να είναι άνδρες (UNFPA & WAVE, 2014).

1.3 Ερμηνεία και κατανόηση της βίας κατά των γυναικών

Η βία κατά των γυναικών για να γίνει κατανοητή χρειάζεται να περιλαμβάνει χωρίς περιορισμούς σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένων των χτυπημάτων, την σεξουαλική κακοποίηση των κοριτσιών στην οικογένεια, τη βία που σχετίζεται με την προίκα, τον βιασμό στον γάμο, τον ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων και άλλες παραδοσιακές πρακτικές επιβλαβείς για τις γυναίκες. Τη μη συντροφική βία και τη βία που σχετίζεται με την εκμετάλλευση.

Επιπροσθέτως, τη σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία που συμβαίνει μέσα στην ευρύτερη κοινότητα συμπεριλαμβανομένων του βιασμού, της σεξουαλικής κακοποίησης και του εκφοβισμού στην εργασία, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και οπουδήποτε αλλού, της σωματεμπορίας γυναικών και της εξαναγκαστικής πορνείας. Η βία που διαπράττεται ή ασκείται από το κράτος οπουδήποτε κι αν συμβαίνει (UNFPA & WAVE, 2014).

Η βία μάλλον στρέφεται κατά των γυναικών επειδή είναι γυναίκες ή επηρεάζει τις γυναίκες δυσανάλογα. Η έμφυλη βία είναι ένα δομικό πρόβλημα που είναι βαθιά ενσωματωμένο στις μη ισότιμες σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αυτή η βία διαιώνίζεται από επιβλαβείς κοινωνικές και πολιτιστικές προσδοκίες για τους ρόλους των φύλων που συνδέονται με το να είναι γυναίκα ή άνδρας. Λειτουργεί ως μηχανισμός για την ενίσχυση ή διατήρηση της ισότητας των φύλων. Αυτό έχει άμεσες συνέπειες σε σχέση με την υγεία τους, την εργασία και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική και πολιτική ζωή. Για να προσδιοριστεί η βία κατά των γυναικών ως ένα φαινόμενο με βάση το φύλο και να ενσωματωθεί ο όρος έμφυλη βία (GBV) στο σύστημα φροντίδας υγείας είναι σημαντική η κατανόηση της έννοιας κοινωνικό φύλο (gender) σε αντίθεση με το βιολογικό φύλο (sex) (UNFPA & WAVE, 2014).

1.4 Φύλο και ισότητα με βάση το φύλο

Οι βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών εμπεριέχονται στην έννοια *βιολογικό φύλο*. Την ίδια στιγμή μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό να προσδιοριστεί με σαφήνεια μόνο άνδρας ή γυναίκα.

Οι κοινωνικά δομημένες ταυτότητες, ιδιότητες/χαρακτηριστικά γνωρίσματα και ρόλους για γυναίκες και άνδρες αποτελούν πτυχές αυτού που ορίζεται ως *κοινωνικό φύλο*. Το κοινωνικό και πολιτισμικό νόημα αποδίδεται στις βιολογικές διαφορές ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες που καταλήγουν σε ιεραρχικές σχέσεις ανάμεσα σε γυναίκες και σε μια μη ισότιμη κατανομή της δύναμης και των δικαιωμάτων που ευνοούν τους άνδρες και θέτουν σε μειονεκτική θέση τις γυναίκες. Οι ρόλοι του κοινωνικού φύλου και τα χαρακτηριστικά δεν είναι απομονωμένα αλλά προσδιορίζονται σε σχέση του ενός με το άλλο και διαμέσου της σχέσης γυναικών-ανδρών και κοριτσιών-αγοριών. Ενώ το βιολογικό φύλο και οι συσχετιζόμενες βιολογικές λειτουργίες του είναι προγραμματισμένες γενετικά. Οι ρόλοι του κοινωνικού φύλου και η δύναμη στη σχέση που αντανακλούν είναι μια κοινωνική κατασκευή και έτσι υπόκεινται σε αλλαγή.

Η ισότητα γυναικών και ανδρών χωρίς διάκριση με βάση το φύλο συνεπάγεται την *ισότητα με βάση το Κοινωνικό Φύλο (Gender Equality)*, η οποία περικλείει την ισότητα γυναικών και ανδρών χωρίς διάκριση με βάση το κοινωνικό φύλο. Η ισότητα με βάση το κοινωνικό φύλο περικλείει την ισότητα ανδρών και γυναικών πριν τη νομοθεσία (επίσημη ισότητα) και *de facto*, ουσιαστική ισότητα. Συνεπώς, τα μέτρα του κράτους για την επίτευξη ισότητας των φύλων πρέπει να υπερβαίνουν την ίδια μεταχείριση γυναικών και ανδρών που ισούνται πριν από τη νομοθεσία. Αντίθετα, οι νόμοι και οι πολιτικές πρέπει να στοχεύουν στις ίσες ευκαιρίες ανδρών – γυναικών με την σίγουρη άποψη για την επίτευξη ίσης απόλαυσης δικαιωμάτων, εισοδήματος, συμμετοχή και επιρροή στη λήψη αποφάσεων, όπως η απελευθέρωση από τη βία για άνδρες και γυναίκες. Αυτό απαιτεί αποτελεσματικές στρατηγικές που στοχεύουν στην υπέρβαση των στερεοτύπων με βάση το φύλο και άλλες βασικές αιτίες διάκρισης με σκοπό την αναδιανομή πόρων και δύναμης μεταξύ ανδρών και γυναικών (UPFA & WAVE, 2014).

1.5 Διάκριση με βάση το φύλο

Η διάκριση με βάση το φύλο μπορεί γενικά να είναι κατανοητή όπως κάθε διάκριση, αποκλεισμός ή περιορισμός που γίνεται με βάση τους κοινωνικά δομημένους ρόλους του φύλου και τα πρότυπα που εμποδίζουν ένα άτομο να απολαύσει τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Διεθνώς, η διάκριση με βάση το φύλο σε βάρος των γυναικών ορίζεται ως «κάθε διάκριση, αποκλεισμός ή περιορισμός που γίνεται με βάση το φύλο και έχει αποτέλεσμα ή σκοπό την επιδείνωση ή εκμηδένιση της αναγνώρισης, της απόλαυσης ή της άσκησης από τις γυναίκες, ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση σε μια βάση ισότητας ανδρών γυναικών, των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των βασικών ελευθεριών στον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό τομέα (Άρθρο 1, CEDAW στο UNFPA & WAVE, 2014).

Τέτοια διάκριση μπορεί να είναι είτε άμεση (όταν ο νόμος, η πολιτική, ή η πρακτική με σαφήνεια κάνει διάκριση κατά των γυναικών) είτε έμμεση (όταν οι νόμοι, οι πολιτικές ή οι πρακτικές εκτός από το να είναι ουδέτερες έχουν μια δυσμενή επίπτωση στις γυναίκες) (CEDAW GR 25 στο UNFPA & WAVE, 2014).

Τα κράτη υποχρεούνται να εξαλείψουν όλες τις μορφές διάκρισης κατά των γυναικών, ανεξάρτητα από το αν ασκείται από τις κρατικές αρχές ή τους ιδιωτικούς οργανισμούς, τις επιχειρήσεις ή τα άτομα (Άρθρο 1 CEDAW GR 19, CEDAW GR 28 στο UNFPA & WAVE, 2014).

1.6 Η διάσταση του κοινωνικού φύλου στη βία κατά των γυναικών

Η βία με βάση το φύλο κυρίως επηρεάζει γυναίκες και κορίτσια. Οι γυναίκες και οι άνδρες βιώνουν τη βία σε διαφορετικά πλαίσια. Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να χάσουν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα ένοπλης σύγκρουσης, βίας από αγνώστους και αυτοκτονία, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από κάποιους που ξέρουν συμπεριλαμβανομένων των συντρόφων.

Σε πολλές κοινωνίες οι επικρατούσες στάσεις είναι υποδεέστερες προς τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και δίνουν το δικαίωμα στους άντρες να χρησιμοποιούν βία για να ελέγξουν τις γυναίκες. Αυτές οι στάσεις χρησιμεύουν για δικαιολογία, ανοχή ή έγκριση βίας κατά των γυναικών.

Οι γυναίκες επιζώσες βίας αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα εμπόδια όταν ψάχνουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γυναίκες έχουν λιγότερους πόρους και επιλογές για πρόσβαση στη δικαιοσύνη, την υγεία και την υποστήριξη ως αποτέλεσμα διάκρισης και της χαμηλότερης θέσης τους στην κοινωνία.

Συχνά, το νομικό σύστημα και οι αρχές εφαρμόζουν τους νόμους ή αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν επαρκώς στη βία κατά των γυναικών. Η έμφυλη βία παραβιάζει έναν αριθμό των δικαιωμάτων των γυναικών, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στη ζωή, το δικαίωμα να μην υποστούν βασανιστήρια ή σκληρότητα, απάνθρωπη ή υποτιμητική συμπεριφορά ή τιμωρία, το δικαίωμα για ίση μεταχείριση από τον νόμο, το δικαίωμα για ισότητα στην οικογένεια ή το δικαίωμα για το βέλτιστο επίπεδο στησωματική και ψυχική υγεία (CEDAW 1992 στο UNFPA & WAVE, 2014).

1.7 Η έμφυλη βία στον δημόσιο και ιδιωτικό βίο των γυναικών

Η βία κατά των γυναικών συμβαίνει σε πολλά πλαίσια, την οικογένεια, τον χώρο εργασίας, το σχολείο ή το πανεπιστήμιο, στον δρόμο, στην πολιτική ζωή ή σε κρατικά ιδρύματα όπως φυλακές και χώρους υγείας. Οι θύτες μπορεί για τον λόγο αυτό να είναι απλοί πολίτες, σύντροφοι, άλλα μέλη της οικογένειας, γνωστοί, εργοδότες, συνεργάτες ή ξένοι, καθώς και κρατικοί αξιωματούχοι, αστυνομικοί, το προσωπικό ασφαλείας φυλακών ή στρατιώτες.

Παρόλο που η έμφυλη βία συμβαίνει σε όλους τους τομείς της ζωής, η οικογένεια είναι το πλαίσιο όπου οι γυναίκες βιώνουν την περισσότερη βία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εκτιμάται ότι σχεδόν το ένα τρίτο (30%) όλων των γυναικών παγκοσμίως έχουν βιώσει στη σχέση τους με τον σύντροφό τους σωματική ή σεξουαλική βία. Επιπλέον, οι γυναίκες πλήττονται δυσανάλογα από τις δολοφονίες που διαπράττονται από συντρόφους και άλλα μέλη της οικογένειας όπως επιβεβαιώνεται τη διεθνή μελέτη

για την ανθρωποκτονία UNODC. Αν και οι περισσότερες γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% των θυμάτων ανθρωποκτονιών παγκοσμίως, αποτελούν τα δύο τρίτα του συνόλου των ατόμων που θανατώνονται από τον σύντροφο ή άλλα μέλη της οικογένειας.

Συνήθως δύο όροι χρησιμοποιούνται για την αναφορά που βιώνεται από τις γυναίκες στην οικογένεια είναι ενδοοικογενειακή και συντροφική βία (UNFPA & WAVE, 2014).

1.8 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Ψυχιατρικές, ατομικές(ψυχαναλυτικές, ψυχολογικές) θεωρίες

Η κύρια πηγή της κακοποίησης κατά τις ψυχιατρικές θεωρίες συνδέεται με τα παθολογικά χαρακτηριστικά δομούν την προσωπικότητα του δράστη ή του θύματος, αποτέλεσμα της μη ολοκληρωμένης ψυχονοητικής ανάπτυξης του ατόμου στην πρώιμη παιδική ηλικία. Επιπλέον, τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας είναι υψηλά στα άτομα με καταχρηστική (βίαη) συμπεριφορά (Hart, Dutton & Newlove στην Αρτινοπούλου 2006).

Οι ατομικές θεωρίες επικεντρώνονται στην εξέλιξη και τα γενετικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν τους άνδρες στη βία. Κάποιες από αυτές εστιάζουν στη δομή του εγκεφάλου, στις χημικές ανισορροπίες, αλλά και ορμονικούς παράγοντες (π.χ η τεστοστερόνη). Οι ατομικές θεωρίες θεωρούνται ελλιπείς και έχουν δεχτεί έντονη κριτική μια και δεν εμβαθύνουν στην κατανόηση της ενδοοικογενειακής βίας. Οι θεωρίες αυτές επικράτησαν κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής παρά στη Βρετανία και θεωρούνται αναχρονιστικές (Χατζηφωτίου, 2005).

Μια ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας στην κατηγορία των ατομικών θεωριών αποδίδει τη βία στην ψυχοπαθολογία του δράστη. Σύμφωνα με την ερμηνεία αυτή οι δράστες είναι αδύναμοι, εκφράζουν παθολογική ζήλεια, έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και ανασφάλεια, ιδιαίτερα γύρω από τον ανδρισμό τους. Άλλοι ερευνητές αποδίδουν το φαινόμενο στις άκαμπτες αντιλήψεις των δραστών για τους γυναικείους και ανδρικούς ρόλους (Gayford, Roy, Harris, Bologh, Moore & Sinclair στη Χατζηφωτίου, 2005).

Υπάρχουν ερευνητές των ατομικών-ψυχολογικών θεωριών που αποδίδουν την ανδρική βία σε πτυχές της προσωπικότητας ή της συμπεριφοράς της γυναίκας, κάτι που συμβάλλει στην ενοχοποίηση του θύματος. Είχε διατυπωθεί η άποψη ότι αρκετές κακοποιημένες γυναίκες «έχουν έναν βαθμό ανεπάρκειας», μια ιδιαίτερα πληγωμένη προσωπικότητα και η υποστήριξή τους χρειάζεται να είναι μακροχρόνια. Ακόμη, ότι χρειάζονται προστασία από τις δικές τους παρορμητικές ενέργειες και παρόλο που φοβούνται τη βία, όπως όλοι οι άνθρωποι, αναζητούν βίαιους άνδρες ή προκαλούν με τη συμπεριφορά τους την επίθεση (Gayford στην Χατζηφωτίου, 2005). Άλλη άποψη που υποστηρίχτηκε αναφέρει ότι οι κακοποιημένες γυναίκες είναι εθισμένες στη βία, τη χρειάζονται, την απολαμβάνουν και ότι αντλούν σεξουαλική ικανοποίηση μέσω αυτής (Pizzey & Shapiro στη Χατζηφωτίου 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι θεωρίες αυτές αποδοκίμαστηκαν έντονα από τον ευρύ επιστημονικό και ερευνητικό χώρο (Χατζηφωτίου, 2005).

Συμπεριφοριστικές θεωρίες

Η κακοποίηση ή καταχρηστική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα επιβράβευσης ή τιμωρίας του δράστη σε περίπτωση άσκησης ή αποφυγής αυτής. Η επιβράβευση μπορεί να είναι συμπεριφοριστική (ενδοτικότητα στις επιθυμίες του ατόμου με βίαιη συμπεριφορά), συναισθηματική (σαδιστική ευχαρίστηση), ή κοινωνική (επιβεβαίωση της δύναμης και της εξουσίας) (Mignon, Larson & Holmes στην Αρτινοπούλου 2006).

Γνωστικές θεωρίες

Η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα εκδραμάτισης από τον δράστη φαντασιωσικών σκηνών ή προσπάθειας επίλυσης σε τυχόν γνωστικές ασυμφωνίες που σχετίζονται με την εικόνα εαυτού του. Συγκεκριμένα, οι φαντασιώσεις σεξουαλικής επικυριαρχίας και σωματικής επιθετικότητας θεωρούνται πρόδρομοι της σεξουαλικής και της σωματικής κακοποίησης. Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ενθαρρύνουν τις φαντασιώσεις αυτές (Mignon, Larson & Holmes στην Αρτινοπούλου 2006).

Θεωρία της υποκουλτούρας της βίας

Η βία εκδηλώνεται τακτικά και υπάρχει αποδοχή από τους δράστες και τα θύματα μέσα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον υποκουλτούρας. Κάποιες κοινωνικές ομάδες έχουν διαφορετικά επίπεδα βίας ενώ κινούνται σε συνθήκες και χώρους διαβίωσης, όπου

επικρατούν νόρμες και αξίες που ενισχύουν συμπεριφορές βίας. Η θεωρία αυτή βασίζεται στο ότι τα βίαια επεισόδια φαίνεται να συμβαίνουν σε περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές (Wolfgang & Ferracuti στην Αρτινοπούλου 2006).

Φεμινιστική προσέγγιση

Τα πατριαρχικά στοιχεία στην κοινωνία ενθαρρύνουν τη βία από τους άνδρες προς τις γυναίκες και οι γυναίκες βιώνουν κακοποίηση επειδή θεωρούνται υποδεέστερες σε σχέση με τους άνδρες. Βασικό στοιχείο της προσέγγισης αυτής είναι η ανάλυση και η ερμηνεία της ιστορικής υποτέλειας των γυναικών στους άνδρες. Η φεμινιστική προσέγγιση θεωρεί ότι η κοινωνική δομή, έχει σχεδιαστεί να παραβλέπει, να ενθαρρύνει και να διαιώνίζει την κυριαρχία των ανδρών στις γυναίκες (Smith στην Αρτινοπούλου 2006).

Οι φεμινιστικές ερμηνείες της ενδοοικογενειακής βίας είναι καθαρά πολιτικής φύσης. «Στον πυρήνα των φεμινιστικών ερμηνειών βρίσκεται η άποψη ότι η βία είναι μια αντανάκλαση των σχέσεων που δεν είναι ισότιμες από άποψη εξουσίας: η ενδοοικογενειακή βία αντανακλά την άνιση δύναμη των ανδρών και των γυναικών στην κοινωνία, καθώς και στις προσωπικές σχέσεις» (Smith στη Χατζηφωτίου, 2005). Το ίδιο θεωρείται και από τη βρετανική υπηρεσία «Υποστήριξης Θυμάτων», Victim Support, κατά την οποία η γυναίκα είναι επιρρεπής στην ενδοοικογενειακή βία λόγω της κατώτερης θέσης της στην κοινωνία από αυτή των ανδρών. Σχετικές απόψεις εκφράζονται και από άλλες επιστημονικές και ερευνητικές ομάδες διεθνώς. Η ανδρική βία, ή η απειλή για την άσκηση αυτής, θεωρείται μέσο ελέγχου προς τις γυναίκες (Dobash & Dobash, Pahl, Kelly, Mama, Hoff στη Χατζηφωτίου, 2005). Έχει επισημανθεί η άμεση σχέση που έχει ο έλεγχος και η διαχείριση των χρημάτων στο γάμο με την άσκηση εξουσίας. Έρευνα έχει δείξει ότι οι γυναίκες σύζυγοι είχαν μεγαλύτερη ισχύ στη λήψη αποφάσεων όταν είχαν αμειβόμενη απασχόληση (Pahl στη Χατζηφωτίου 2005). Η οικονομική εξάρτηση των γυναικών είναι ένας έμμεσος παράγοντας πρόκλησης βίας εναντίον τους. Όσο μεγαλύτερη η εξάρτηση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος μιας σοβαρής επίθεσης (Kalmuss & Straus στη Χατζηφωτίου 2005). Μελέτη για τη σχέση ελέγχου και της διαχείρισης των χρημάτων με τις βίαιες σχέσεις κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η «άσκηση εξουσίας από τον άνδρα μέσω της οικονομικής και σωματικής υπεροχής του» συναντάται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών (Homer, Leonard & Taylor στη Χατζηφωτίου 2005).

Θεωρία της κοινωνικοποίησης των ρόλων των φύλων

Στην κοινωνικοποίηση των δύο φύλων, οι άνδρες ενθαρρύνονται να είναι πιο επιθετικοί από τις γυναίκες, ενώ η σεξουαλική επιθετικότητα τους αυξάνει την αίσθηση του ανδρισμού και αρρενωπότητας. Η μη ενθάρρυνση των ανδρών να μιλούν για τα συναισθήματά τους, όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες συμβάλλει ώστε να καταφύγουν στη σεξουαλική βία για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν. Οι άνδρες συμβαίνει να υφίστανται βία, όταν έχουν θηλυπρεπή ρόλο στην κοινωνία (Gilgun στην Αρτινοπούλου 2006).

Θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Ο δράστης έμαθε τη βίαιη συμπεριφορά είτε επειδή υπήρξε μάρτυρας σκηνών βίας, είτε θύμα βίαιης συμπεριφοράς στην οικογένεια καταγωγής. Η βίαιη συμπεριφορά ενισχύθηκε με επιβράβευση του περιβάλλοντος, από το οποίο το άτομο έμαθε να είναι βίαιο και να δικαιολογεί ηθικά την συμπεριφορά του. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι σε κάποιες οικογένειες είναι δυνατόν να υπάρξουν πολλαπλοί δράστες σωματικής ή σεξουαλικής βίας (Gelles & Cornell στην Αρτινοπούλου 2006).

Η θεωρία αυτή εστιάζει στους άνδρες και εισάγει ένα κοινωνικό στοιχείο στην προσπάθεια να ερμηνεύσει τη βία εναντίον των γυναικών ως επίκτητη συμπεριφορά. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται ως «κύκλος της βίας» ή «διαγενεακή μεταβίβαση της βίας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όσοι γίνονται μάρτυρες βίας ανάμεσα στους γονείς τους ή βίωσαν οι ίδιοι τη βία ως παιδιά, καταφεύγουν στη βία ως ενήλικες (Steinmetz & Strauss, Strauss, Gelles & Steinmetz στη Χατζηφωτίου, 2005). Η θεωρία αυτή αμφισβητήθηκε και κάποιοι απορρίπτουν ότι η βία μεταδίδεται από τη μία γενιά στην άλλη εκτιμώντας ότι οι έρευνες που υποστηρίζουν την άποψη αυτή έχουν ελείψεις μεθοδολογικά και ανάγουν συμπεράσματα από ανακριβείς αποδείξεις και προβληματικές ερμηνείες (Stark & Flitcraft στη Χατζηφωτίου, 2005). Μια ακόμη κριτική που ασκήθηκε αναφέρει ότι «... η θεωρία αυτή δεν παρέχει καμία χρήσιμη και ποιοτική κατανόηση της ενδοοικογενειακής και των συνεπειών της στα παιδιά. Επιπλέον, αγνοεί τις διακρίσεις των φύλων και την ανισότητα

που υπάρχει στην κοινωνία και ενισχύει στους άνδρες την πεποίθηση ότι υπάρχει δικαιολογία για τη συμπεριφορά τους» (WAFE στη Χατζηφωτίου, 2005).

Θεωρία των πόρων

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όλα τα κοινωνικά συστήματα στρέφονται γύρω από τις απειλές και τη χρήση βίας. Τα άτομα που ασκούν βία διαθέτουν περισσότερους πόρους και μέσα (κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά). Αποτέλεσμα οι θύτες να υποτιμούν τα θύματα και να είναι σε θέση να επιβάλλουν τη θέλησή τους στα τελευταία. Συχνά, η έλλειψη πόρων μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή και τη διατήρηση της εξουσίας (Goode στην Αρτινοπούλου, 2006).

Θεωρία της κοινωνικής συναλλαγής

Η θεωρία αυτή αφορά ένα σύστημα επιβραβεύσεων και αρνητικών κυρώσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα εμπλέκονται σε συμπεριφορές που ίσως τους αποφέρουν επιβράβευση και αποφεύγουν συμπεριφορές που πιθανόν να έχουν κυρώσεις. Οι δράστες έχουν την εξουσία και τη δυνατότητα να εκμεταλλεύονται τα θύματα με τα τελευταία να αδυνατούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη βία και να επιβραβεύσουν εναλλακτικά τον δράστη (Mignon, Larson & Holmes στην Αρτινοπούλου, 2006).

Θεωρία των οικογενειακών συστημάτων

Η κακοποίηση οφείλεται στη μη ισορροπία των δυναμικών και των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Οι αιτίες της ενδοοικογενειακής βίας συνδέονται με τις ρυθμιστικές δομές, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών της οικογένειας, τις ματαιώσεις που τυχόν δέχονται ή ακόμα και συγκρούσεις στην οικογένεια. Συνήθως, στην οικογένεια υπάρχει περισσότερη βία συμπεριφορά από ό,τι αναφέρεται ή καταγγέλλεται και τις περισσότερες φορές υπάρχει άρνηση ή παραβλέπεται (Gelles στην Αρτινοπούλου 2006).

Κοινωνικές-δομικές θεωρίες

Πρόκειται για ερμηνείες που αφορούν παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική δομή αναφορικά με τις αιτίες της ενδο-οικογενειακής βίας (Steinmetz, Strauss & Gelles

στη Χατζηφωτίου, 2005). Η ενδοοικογενειακή βία θεωρείται ως απάντηση στην πίεση, το άγχος και τους στόχους χωρίς προσανατολισμό. Πηγές άγχους είναι οι οικονομικές συνθήκες, η κακή κατοικία, η φτώχεια, η έλλειψη επαγγελματικών ευκαιριών και οι συνθήκες εξαναγκασμού και καταπίεσης στην εργασία (Smith στη Χατζηφωτίου, 2005). Η κοινωνικοποίηση ανδρών και γυναικών σε συγκεκριμένους ρόλους δημιουργούν κοινωνικά προκαθορισμένες προσδοκίες και αν η κοινωνική δομή τις εμποδίζει να πραγματοποιηθούν μπορεί να υπάρξει σύγχυση και βία. Με τη βία στο πλαίσιο αυτό να θεωρείται δικαιολογημένη. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι μπορεί το άγχος λόγω της φτώχειας, της ανισότητας και διαφόρων μορφών αποστέρησης να είναι παράγοντας που συντείνει στην ενδοοικογενειακή βία, ωστόσο μόνο ένα μικρό ποσοστό ανθρώπων που ζουν σε αυτές τις συνθήκες φέρονται βίαια και πολλοί από όσους ασκούν βία δεν είναι ούτε φτωχοί ούτε υφίστανται κάποια στέρηση. Οι θεωρίες της κοινωνικής δομής έχουν μια πιο έντονη πολιτική χροιά στην ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας (Χατζηφωτίου, 2005). Για παράδειγμα, μελέτη στην Αμερική έδειξε ότι ασ ότι υπήρχε χαμηλότερη εμφάνιση ενδοοικογενειακής βίας όπου οι ανισότητες ανδρών και γυναικών ήταν λιγότερο έντονες, και ότι οι χαλαροί κοινωνικοί δεσμοί προκαλούν αυξημένη ενδοοικογενειακή βία (Strauss & Smith στη Χατζηφωτίου, 2006).

Θεωρία των συναισθηματικών δεσμών

Η θεωρία ενσωματώνει ψυχολογικές και κοινωνιολογικές παραμέτρους στην ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας. Η κακοποίηση οφείλεται σε ανεπαρκείς και ακατάλληλες σχέσεις με τους γονείς, γεγονός που παρεμποδίζει την ανάπτυξη ενός δεσμού αγάπης μεταξύ γονεϊκής φιγούρας και του παιδιού. Τα προβλήματα συναισθηματικών δεσμών που προκύπτουν κατά την παιδική ηλικία, δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για δυσκολίες στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή (Bowlby στην Αρτινοπούλου, 2006).

Οι παραπάνω θεωρίες δεν είναι επαρκείς για την ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας μια και πρέπει να ληφθεί υπόψη ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την προσέγγιση του φαινομένου στην κοινωνία σε μικρο- και μακρο- επίπεδο για την αποφυγή στερεοτυπικών συμπεριφορών και στάσεων που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια (Αρτινοπούλου, 2006).

Η συνθετική ερμηνεία της ενδοοικογενειακής βίας συνδέεται με τη διερεύνηση της προσωπικότητας του δράστη και του θύματος για την αντιμετώπιση και πρόληψη της βίαιης ή θυματοποιημένης συμπεριφοράς σε ατομικό επίπεδο αλλά και των εξωτερικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Τα ιδιαίτερα δομικά χαρακτηριστικά στο θεσμό του γάμου και των ρόλων που αναλαμβάνουν τα δύο φύλα εντός και εκτός του τελευταίου, των πολιτισμικών δομών και των αξιακών προτύπων, την εκμάθηση συμπεριφορών και ρόλων με βάση με το φύλο από την οικογένεια καταγωγής, των σχέσεων εξουσίας που αναπτύσσονται και λειτουργούν ρυθμιστικά σε οποιοδήποτε δι-ατομικό ή δι-ομαδικό επίπεδο αλληλεπίδρασης (Αρτινοπούλου, 2006).

Κοινωνικο-Οικολογικό Μοντέλο

Στοχεύει στο να σταματήσει η βία πριν αρχίσει. Η πρόληψη απαιτεί την κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στη βία. Τα τέσσερα επίπεδα του μοντέλου συμβάλλουν στην κατανόηση της βίας και στο αποτέλεσμα των πιθανών στρατηγικών πρόληψης. Αυτό το μοντέλο εξετάζει την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών, διαπροσωπικών, κοινοτικών και κοινωνικών παραγόντων. Επιτρέπει την κατανόηση του εύρους των παραγόντων που θέτουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο βίας ή στην προστασία τους από το να βιώσουν ή να ασκήσουν βία. Οι επικαλυπτόμενοι κύκλοι στο μοντέλο δείχνουν πως οι παράγοντες σε ένα επίπεδο επηρεάζουν τους παράγοντες σε ένα άλλο επίπεδο (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).

Εκτός από τη διευκρίνιση αυτών των παραγόντων, το μοντέλο προτείνει ότι για να αποφευχθεί η βία είναι απαραίτητο να αντιδράσουμε σε πολλαπλά επίπεδα του μοντέλου ταυτόχρονα. Αυτή η προσέγγιση είναι πολύ πιθανό να συμβάλλει στην προσπάθεια πρόληψης με την πάροδο του χρόνου με οποιαδήποτε παρέμβαση (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).

Ατομικό επίπεδο

Το πρώτο επίπεδο προσδιορίζει βιολογικούς παράγοντες και παράγοντες προσωπικής ιστορίας που αυξάνουν την πιθανότητα κάποιο άτομο να γίνει θύτης ή θύμα βίας. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η χρήση

ουσιών ή το ιστορικό κακοποίησης. Οι στρατηγικές πρόληψης σε αυτό το επίπεδο προωθούν στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές που προλαμβάνουν τη βία. Οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις μπορεί να συμπεριλαμβάνουν εκπαίδευση και δεξιότητες ζωής (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).

Διαπροσωπικό επίπεδο

Το δεύτερο επίπεδο εξετάζει στενές σχέσεις που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο βίας ως θύμα ή δράστη. Ο στενότερος κοινωνικός κύκλος του ατόμου, οι συνεργάτες και τα μέλη της οικογένειάς του επηρεάζει τη συμπεριφορά του και συμβάλλει στην εμπειρία του. Οι στρατηγικές πρόληψης σε αυτό το επίπεδο μπορεί να περιλαμβάνουν προγράμματα πρόληψης γονικής μέριμνας ή οικογενειακής εστίασης και προγράμματα καθοδήγησης και ομότιμης εκπαίδευσης που αποσκοπούν στη μείωση των συγκρούσεων, στην καλλιέργεια δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και στην προώθηση υγιών σχέσεων (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).

Κοινοτικό επίπεδο

Το τρίτο επίπεδο διερευνά περιβάλλοντα, όπως σχολεία, χώρους εργασίας και γειτονιές, όπου εμφανίζονται κοινωνικές σχέσεις και επιδιώκει να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά σε αυτά τα περιβάλλοντα που συνδέονται με το να γίνουν θύματα ή δράστες βίας. Οι στρατηγικές πρόληψης σε αυτό το επίπεδο επηρεάζουν το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, η μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, η βελτίωση των οικονομικών δυνατοτήτων και των ευκαιριών στέγασης στις γειτονιές καθώς και το κλίμα, τις διαδικασίες και τις πολιτικές εντός των σχολικών και εργασιακών εγκαταστάσεων (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).

Κοινωνικό επίπεδο

Το τέταρτο επίπεδο εξετάζει τους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία κλίματος, στο οποίο απευθύνεται ή αναστέλλεται η βία. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν κοινωνικές και πολιτιστικές προδιαγραφές που υποστηρίζουν τη βία ως αποδεκτό τρόπο επίλυσης συγκρούσεων. Άλλοι σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις υγειονομικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές

πολιτικές που συμβάλλουν στη διατήρηση των οικονομικών ή κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano στο CDC, 2018).



1.9 Ενδοοικογενειακή βία και συντροφική βία

Ενδοοικογενειακή βία είναι «κάθε πράξη σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας εντός της οικογένειας ή της οικογενειακής μονάδας ή μεταξύ πρώην και νυν συζύγων/συντρόφων ανεξάρτητα από το αν ο θύτης μοιράζεται ή έχει μοιραστεί την ίδια κατοικία με το θύμα» (Article 3 Istanbul Convention and Explanatory Report στο UNFPA & WAVE, 2014).

Οι δύο μορφές ενδοοικογενειακής βίας είναι η συντροφική βία μεταξύ νυν ή πρώην συζύγων ή συντρόφων και η διαγενεακή βία, η οποία συμβαίνει μεταξύ γονέων και παιδιών (Article 3 Istanbul Convention and Explanatory Report στο UNFPA & WAVE, 2014).

Η συντροφική βία ορίζεται ως «συμπεριφορά από το άτομο που προκαλεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη, συμπεριλαμβανομένων πράξεων σωματικής επίθεσης, σεξουαλικού εξαναγκασμού, ψυχολογικής βίας και συμπεριφορών ελέγχου. Αφορά τη βία από τωρινούς και πρώην συζύγους και άλλους συντρόφους» (UNFPA & WAVE, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

2.1 Η συντροφική βία ως πρόβλημα για τη δημόσια υγεία σε διεθνές-Ευρωπαϊκό επίπεδο και την Ελλάδα

Η Συντροφική Βία σε βάρος των γυναικών είναι φαινόμενο που συμβαίνει σε κάθε χώρα στον κόσμο αλλά ο επιπολασμός διαφέρει σε κάθε χώρα και εντός των χωρών. Μελέτες από διαφορετικές χώρες δείχνουν ότι το ποσοστό των γυναικών 15 έως 49 ετών που έχουν βιώσει σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση από τον σύντροφο στη διάρκεια της ζωής τους ποικίλλει από 15% έως 71%. Αυτό σημαίνει ότι η βία μπορεί να προληφθεί (WHO, 2013).

Στις Η.Π.Α σύμφωνα το 2007 τα περιστατικά συντροφικής βίας είχαν αποτέλεσμα 2.340 θανάτους εξηγώντας το 14% των ανθρωποκτονιών. Από αυτούς τους θανάτους το 70% ήταν γυναίκες και το 30% άνδρες. Οι γυναίκες 20-24 ετών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συντροφικής βίας. Οι υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, ψυχικής υγείας καθώς και η χαμένη παραγωγικότητα (π.χ χρόνος απουσίας από την εργασία) λόγω της συντροφικής βίας υπολογίζεται ότι κόστισαν 5,8 δισεκατομμύρια δολάρια το 1995 ενώ το 2003 περισσότερα από 8,3 δισεκατομμύρια δολάρια (CDC, 2012).

Στον Καναδά το 2011 συνέβησαν 78.000 περιστατικά κακοποίησης σε βάρος γυναικών από νυν ή πρώην συντρόφους (συντρόφων που έχουν υπογράψει σύμφωνο συμβίωσης και νόμιμα παντρεμένα ζευγάρια) και ερωτικούς συντρόφους. Το συνολικό ποσοστό της βίας μεταξύ συντρόφων σε βάρος των γυναικών ήταν 542 ανά 100.000 γυναίκες, σχεδόν 4 φορές περισσότερο σε σύγκριση με το ποσοστό των ανδρών. Τα ποσοστά ανθρωποκτονιών μεταξύ συντρόφων σε βάρος των γυναικών αυξήθηκε κατά 19% μεταξύ 2010 και 2011. Παρόλα αυτά το ποσοστό το 2011 ήταν κατά 15% χαμηλότερο απ' ότι πριν μία δεκαετία (Canada's National Statistical Agency, 2011).

Στην Ευρώπη σύμφωνα με μελέτη μεταξύ 15 χωρών ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους πολίτες γνωρίζει μια γυναίκα θύμα κακοποίησης από τον σύντροφό της. Όσον αφορά τους θύτες 1/5 Ευρωπαίους πολίτες γνωρίζει ένα θύτη στον ευρύτερο φιλικό ή οικογενειακό κύκλο. Ακόμη, ερωτηθέντες στο πόσο συνηθισμένη θεωρούν τη

συντροφική βία σε βάρος των γυναικών στη χώρα τους το 51% απάντησε ότι είναι αρκετά συνηθισμένη, το 27% πολύ συνηθισμένη και το 17% όχι πολύ συνηθισμένη (Eurobarometer, 2010).

Στην Ελλάδα στην πρώτη επιδημιολογική μελέτη για την ενδοοικογενειακή βία συμμετείχαν 1.200 γυναίκες ηλικίας 18-60 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το 56% των γυναικών έχει υποστεί λεκτική-ψυχολογική κακοποίηση, το 3,6% σωματική βία και το 3,5% σεξουαλική κακοποίηση (Αρτινοπούλου, Φαρσεδάκης, Παπαγιαννοπούλου, Ζουλινάκη, Κατσίκη, Ξυδοπούλου, Παπαμιχαήλ, 2003).

Συγχρονική μελέτη που έγινε το 2004 στην Ελλάδα έδειξε ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση αυξάνει τη σωματική βία μεταξύ των συντρόφων και αυτό μπορεί να ενισχύεται από ελληνικούς πολιτισμικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοποίηση του ρόλου του φύλου. Η εμπειρία της κακοποίησης στην παιδική ηλικία, αναφέρθηκε σχεδόν από το μισό πληθυσμό της μελέτης και βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο όλων των μορφών συντροφικής βίας (Papadaki, Tzamalouka, Chatzifotiou & Chliaoutakis, 2007).

Το 2008 μελέτη που διεξήχθη από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ έδειξε ότι το 83% των γυναικών του δείγματος εκδηλώνουν παθητική στάση (το 23% να μην κάνει τίποτα, το 21% να κάνει υπομονή, το 11% να πιστεύει ότι ο θύτης μπορεί να αλλάξει και το 10% να φεύγουν και να ξαναγυρίζουν) και να αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια στο τέλος της κακοποίησής τους (σε ποσοστό 52%). Ακόμη, βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ της ύπαρξης σωματικής βίας που αυτές δέχτηκαν, σε επίπεδο σημαντικότητας $P=0,006$. Συγκεκριμένα, το 93,4% των γυναικών που δεν εργάζονταν έχουν υπάρξει θύματα σωματικής βίας. Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της εργασιακής κατάστασης των γυναικών και της ύπαρξης ψυχολογικής βίας, που αυτές δέχτηκαν, σε επίπεδο σημαντικότητας $P=0,028$, επομένως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ εργασιακής κατάστασης και εμφάνισης ψυχολογικής βίας. Συγκεκριμένα, το 93,5% των γυναικών που ήταν άνεργες έχουν δεχτεί ψυχολογική βία από τους συζύγους/συντρόφους τους (Διομήδους, Ζήκος, Καμηλέρη, Πιστόλης & Λιάσκος, 2008).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν μετρήσει τον επιπολασμό της συντροφικής βίας συγκεκριμένα η μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία και την

εγχώρια βία κατά των γυναικών σε διάφορες χώρες, η οποία συνέλεξε δεδομένα για τη συντροφική βία από περισσότερες από 24.000 γυναίκες σε δέκα χώρες, που αντιπροσωπεύουν διαφορετικά πολιτισμικές, γεωγραφικές και αστικές/αγροτικές περιοχές. Η μελέτη επιβεβαίωσε ότι η συντροφική βία είναι διαδεδομένη σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν. Μεταξύ των γυναικών που είχαν σχέση το 13-61% ανέφερε ότι είχε βιώσει σωματική βία από σύντροφο. Σοβαρή σωματική βία από τον σύντροφο υπέστη το 4-9%, σεξουαλική βία από τον δσύντροφο το 6-59% και το 20-75% ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν μια συναισθηματικά κακοποιητική πράξη ή παραπάνω από έναν σύντροφο στη διάρκεια της ζωής τους (Bott et al. στον WHO, 2012).

2.2 Συνέπειες του φαινομένου στην Υγεία

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012) η βία κατά των γυναικών θεωρείται σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η βία έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τις γυναίκες και τα παιδιά τους καθώς και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις για όλη την κοινωνία. Οι συνέπειες αυτές αφορούν τη σωματική υγεία (τραυματισμοί, μώλωπες, καψίματα, δαγκώματα, γδαρσίματα, κατάγματα, σπασμένα οστά ή δόντια, πιο σοβαροί τραυματισμοί, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε ανικανότητα, συμπεριλαμβάνονται τραυματισμοί στο κεφάλι, τα μάτια, το στήθος και την κοιλιά, γαστρεντερολογικά προβλήματα, μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας και χαμηλό επίπεδο υγείας, θανάτους που αφορούν δολοφονίες γυναικών και θάνατοι που σχετίζονται με το AIDS), τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (χωρίς πρόθεση/ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έκτρωση/ μη ασφαλής έκτρωση, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη/αποβολή, κολπική αιμορραγία ή μόλυνση, χρόνιους πόνους στη μέση, μόλυνση στην ουροδόχο κύστη, πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, σεξουαλική δυσλειτουργία), την ψυχική υγεία (κατάθλιψη, διαταραχές στον ύπνο και την τροφή, αγχώδης διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού στρες, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και απόπειρες αυτοκτονίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση), τη συμπεριφορά (κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, επιλογή κακοποιητικών συντρόφων στη μετέπειτα ζωή, χαμηλά ποσοστά αντισύλληψης και χρήσης προφυλακτικού).

Αν και ο αριθμός των παιδιών που κακοποιούνται είναι ανησυχητικός, ακόμα μεγαλύτερος είναι αυτός των παιδιών που βιώνουν συνέπειες ως μάρτυρες της οικογενειακής βίας. Εκτιμήσεις δείχνουν ότι τουλάχιστον το ένα τέταρτο των γυναικών έχουν βιώσει κάποια μορφή σωματικής επίθεσης στη ζωή τους και αρκετές από αυτές τις γυναίκες έχουν παιδιά ή ζουν σε νοικοκυριά όπου τα παιδιά είναι παρόντα. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά των κακοποιημένων γυναικών είναι παρόντα σε συμβάντα βίας. Σχεδόν το 20% των ενηλίκων αναφέρουν ότι έχουν δει βία ανάμεσα στους γονείς ως παιδιά, αν και υπάρχουν αναφορές ότι το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο. Κάποιοι ερευνητές έχουν βρει ότι τα παιδιά σε οικογένειες όπου υπάρχει βία μεταξύ των γονέων είναι παρόντα σε περιστατικά βίας σε ποσοστό 75%-80% των περιπτώσεων. Επιπλέον, πολλά παιδιά βλέπουν μορφές μη σωματικής βίας. Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά ως μάρτυρες της οικογενειακής βίας μπορεί να εμφανίσουν προδιάθεση να συμπεριφερθούν βίαια αργότερα στη ζωή τους και ότι επηρεάζονται σε πέντε βασικούς τομείς (Adams, 2006).

Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας δείχνει ότι η θέαση της βίας και η έκθεση στο τραύμα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Μητέρες παιδιών ανέφεραν θέματα υγείας όπως άσθμα, έκζεμα, διατροφικές διαταραχές, πονοκέφαλοι, πόνοι στο στομάχι και προβλήματα ύπνου.

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η ύπαρξη οικογενειακής βίας είχε σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των φροντιστών και την ποιότητα των αλληλεπιδράσεών τους με τα παιδιά τους κάτι το οποίο οι έρευνες συσχέτισαν με την επιδείνωση υγείας των παιδιών.

Τα παιδιά που βλέπουν βία στην οικογένεια μπορεί να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν ποικίλες μορφές κακοποίησης ή βίας από μόνα τους. Εκτιμήσεις τοποθετούν τον βαθμό συνοσηρότητας ανάμεσα σε ένα παιδί που βλέπει βία στην οικογένεια και την εμπειρία της σωματικής κακοποίησης σχεδόν 40% (Adams, 2006).

Τα παιδιά που βλέπουν οικογενειακή βία μπορεί επίσης να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα ψυχικής υγείας. Ποιοτική μελέτη έδειξε ότι το πιο συνηθισμένο συναίσθημα που είχαν τα παιδιά, τα οποία είχαν δει βία σε βάρος της μητέρας τους ήταν φόβος. Πολλά από αυτά τα παιδιά σε αυτή τη μελέτη

έδειξαν φόβο για τους άνδρες, όπως ότι οποιοσδήποτε άνδρας μπορεί να κάνει κακό στα ίδια και τις μητέρες τους. Τα παιδιά σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν συναισθήματα θλίψης, θυμού και αδυναμίας.

Ποσοτικές μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά που ήταν εκτεθειμένα σε οικογενειακή βία και βίωναν κακοποίηση είχαν αυξημένες συναισθηματικές δυσκολίες όπως υψηλά επίπεδα καταπιεσμένων συναισθημάτων θυμού. Ακόμη, οι έρευνες αναφέρουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη (Adams, 2006).

Μελέτη με συνεντεύξεις γυναικών που είχαν κακοποιηθεί, αναφέρει ότι τα παιδιά τους είχαν προσκόλληση, κλάμα, στομαχικά προβλήματα και διαταραχή στον ύπνο. Το 1/5 αυτών των γυναικών αναφέρουν ότι τα παιδιά τους είναι επιθετικά. Άλλη μελέτη έδειξε ότι η συμπεριφορά των παιδιών που εκτέθηκαν σε σκληρές βίας μεταξύ των γονιών τους επηρεάστηκε από την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων με τον φροντιστή τους. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές που έδειχναν ευαισθησία και ανταποκρίνονταν στις ανάγκες των παιδιών τους συνέβαλλαν με τη στάση τους αυτή ώστε να εκδηλώσουν τα παιδιά λιγότερο προβληματικές συμπεριφορές σε σχέση με τους γονείς που είχαν αντίθετη στάση (Lemenev, Mc Farlane, Wilson, & Malecha στον Adams, 2006).

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών υποστηρίζουν το επιχείρημα ότι τα παιδιά που άμεσα βιώνουν κακοποίηση είναι σε κίνδυνο καθυστερημένης γνωστικής ανάπτυξης και ακαδημαϊκής επίδοσης σε σχέση με παιδιά που δεν υφίστανται κακοποίηση. Μικρότερο μέρος της έρευνας έχει εστιάσει στα παιδιά που είναι μάρτυρες οικογενειακής βίας αλλά τα ευρήματα δείχνουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν φτωχότερες λεκτικές ικανότητες και δεξιότητες σε σχέση με άλλα παιδιά, δυσκολίες συγκέντρωσης και άρνηση να πάνε στο σχολείο (Adams, 2006).

Τα παιδιά που είναι κακοποιημένα βιώνουν δυσκολίες στην κοινωνική ανάπτυξη συμπεριλαμβανομένου των σχέσεών τους με τους συνομηλίκους, τους φροντιστές και τους ερωτικούς συντρόφους. Οι μελέτες για τα παιδιά που βλέπουν την κακοποίηση της μητέρας τους δείχνουν ότι αρκετά παιδιά έχουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τις μητέρες τους και αυξημένη επιθετικότητα με θυμό προς αυτές. Αυτές οι μελέτες αναμενόμενα έδειξαν ότι αρκετά παιδιά ανέπτυξαν δυσκολίες στη σχέση με τον θύτη της μητέρας τους (γενικά τον βιολογικό τους πατέρα) όπως αυξανόμενο φόβο και θυμό προς

τον θύτη όπως και με τους συνομηλίκους. Τα παιδιά αυτά αναφέρουν ότι ήταν δύσκολο να κάνουν φιλίες από φόβο να καλέσουν άλλους στο σπίτι λόγω της βίας. Πολλές έφηβες στην ίδια έρευνα εξέφρασαν ενδιαφέρον να κάνουν ερωτική σχέση έχοντας στο νου τους ότι θα κακοποιηθούν όπως οι μητέρες τους. Έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στις σχέσεις όσον αφορά τη χρήση βίας. Ερευνητικά όμως οι μελέτες δεν έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν δει βία στην παιδική ηλικία ότι έχουν κίνδυνο να διαπράξουν μελλοντικά βία καθώς αυτό είναι προβλεπτικός παράγοντας που αφορά τα δυναμικά στην οικογένεια καταγωγής (Adams, 2006).

Ανασκοπήσεις μελετών υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που είναι θεατές στη βία μεταξύ συντρόφων έχουν αυξημένες πιθανότητες να κακοποιηθούν, να μη λάβουν φροντίδα υγείας και να έχουν συμπεριφορικά, συναισθηματικά και μαθησιακά προβλήματα. Τα παιδιά αυτά όταν ενηλικιωθούν είναι πολύ πιθανό να κάνουν χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών, να καπνίζουν και να μην παίρνουν προφυλάξεις στο σεξ. Ακόμη, μπορεί είτε να ασκήσουν ή να υποστούν βία από το σύντροφό τους (WHO, 2013).

2.3 Οικονομικές Συνέπειες του φαινομένου

Η συντροφική βία έχει τεράστιο οικονομικό κόστος για κάθε χώρα (WHO, 2013). Το κόστος αυτό περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών σε επίπεδο υγείας, κοινωνικό και νομικό. Ακόμη, η βία σε βάρος των γυναικών επηρεάζει όλη την οικογένεια (WHO, 2012).

Το οικονομικό κόστος συμπεριλαμβάνει άμεσες συνέπειες σε ιατρικές, πολιτικές και νομικές υπηρεσίες, την παραγωγικότητα, χαμένες επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο, το κόστος ασφάλειας ζωής και τη χαμηλή ποιότητα ζωής. Εκτιμήσεις δαπανών εντός χωρών ποικίλουν ευρέως λόγω της χρήσης διαφορετικών μεθοδολογιών συμπεριλαμβανομένου τη μέτρηση των απωλειών παραγωγικότητας μέσω προκαθορισμένων ανταμοιβών και εισοδήματος, τα οποία τείνουν να εκτιμώνται κάτω από την αξία τους στις χώρες με χαμηλό εισόδημα. Παρά τις διαφορές δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι οικονομικές συνέπειες της βίας εκτιμώνται σε υψηλά επίπεδα και εντοπίζονται στο δημόσιο τομέα. Για παράδειγμα, το κόστος της βίας στις Η.Π.Α αντιστοιχεί 3,3% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Α.Ε.Π). Για τη συντροφική βία

εκτιμάται στη Χιλή δαπανάται ότι το 1,6 του Α.Ε.Π. Το οικονομικό κόστος της βίας στην Αγγλία και την Ουαλία υπολογίζεται σε 40,2 δισεκατομμύρια Αμερικάνικα δολάρια (20 δισεκατομμύρια Αγγλικές λίρες) ετησίως. Οι ακριβείς ιατρικές δαπάνες μόνο για κάθε κακοποιημένο παιδί υπολογίζονται μεταξύ 13.781 και 42.518 δολάρια (Rutherford, Zwi, Grove & Butchart, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1 Αιτίες και οι παράγοντες κινδύνου για τη συντροφική βία

Το πιο ευρέως χρησιμοποιημένο μοντέλο για την κατανόηση της βίας είναι το οικολογικό μοντέλο, το οποίο προτείνει ότι η βία είναι ένα αποτέλεσμα παραγόντων που λειτουργούν σε τέσσερα επίπεδα: το ατομικό, το διαπροσωπικό, το κοινοτικό και το κοινωνικό. Οι ερευνητές ξεκίνησαν να διερευνούν στοιχεία σε αυτά τα επίπεδα σε διαφορετικά πλαίσια για την καλύτερη κατανόηση παραγόντων που συνδέονται με διαφορές στον επιπολασμό. Παρ' όλα αυτά υπάρχει ακόμα περιορισμένη έρευνα για τους κοινοτικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Κάποιοι παράγοντες κινδύνου σταθερά αναγνωρίζονται μέσω μελετών από πολλές διαφορετικές χώρες ενώ άλλοι είναι σε συγκεκριμένο πλαίσιο και ποικίλουν ανάμεσα και μεταξύ των χωρών (π.χ ανάμεσα σε αγροτικά και αστικά πλαίσια). Εοίσης, σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι στο ατομικό επίπεδο κάποιοι παράγοντες συνδέονται με την άσκηση, κάποιοι με τη θυματοποίηση και κάποιοι με τα δύο (WHO, 2012).

Ατομικοί παράγοντες

Κάποιοι πιο σταθεροί παράγοντες σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα για την άσκηση βίας σε βάρος της συντρόφου είναι η νεαρή ηλικία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η μαρτυρία ή η εμπειρία βίας ως παιδί, η επιβλαβής χρήση αλκοόλ και ουσιών, οι διαταραχές προσωπικότητας, η αποδοχή βίας (π.χ το αίσθημα είναι αποδεκτό για έναν άνδρα που χτυπάει τη σύντρόφό του), το ιστορικό κακοποίησης συντρόφων στο παρελθόν (Heise & Garcia-Moreno, Johnson & Das στον WHO, 2012).

Οι παράγοντες που σταθερά σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα μια γυναίκα να βιώσει βία από τον σύντροφό της μέσα από διαφορετικά πλαίσια περιλαμβάνουν το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την έκθεση σε βία μεταξύ των γονέων, την σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, την αποδοχή της βίας και την έκθεση σε άλλες μορφές πρότερης βίας παρελθόν (Heise & Garcia-Moreno, Abramsky et al. στον WHO, 2012).

Διαπροσωπικοί Παράγοντες

Οι παράγοντες συνδέονται με τον κίνδυνο από κοινού της θυματοποίησης των γυναικών και της άσκησης βίας από τους άνδρες περιλαμβάνουν τη σύγκρουση και την έλλειψη ικανοποίησης στη σχέση, την ανδρική κυριαρχία στην οικογένεια, τα οικονομικά προβλήματα, το να έχει ο άνδρας πολλές συντρόφους και την ανισότητα στο μορφωτικό επίπεδο, δηλαδή όπου μια γυναίκα έχει υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από τον σύντροφό της (Garcia-Moreno et al., Ko Ling Chan στον WHO, 2012).

Κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Σύμφωνα με μελέτες στην κοινότητα και την κοινωνία ευρύτερα υπάρχουν παράγοντες που συμβάλλουν στη βία σε βάρος των γυναικών. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι άδικες κοινωνικές νόρμες για το φύλο, όπως εκείνες που συνδέουν τις έννοιες της αρρενωπότητας με την κυριαρχία και την επιθετικότητα, η φτώχεια, η χαμηλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση των γυναικών, οι αδύναμες νομικές κυρώσεις για τη συντροφική βία εντός του γάμου, η ευρεία κοινωνική αποδοχή της βίας ως τρόπος επίλυσης συγκρούσεων και οι ένοπλες συγκρούσεις και τα υψηλά επίπεδα της γενικής βίας στην κοινωνία.

Σε πολλά περιβάλλοντα πεποιθήσεις που επικρατούν ευρέως για τον ρόλο των φύλων και τη βία διαιωνίζουν τη συντροφική βία (Heise et al. , Swart et al., Philpart et al. στον WHO, 2012).

3.2 Συνέπειες της συντροφικής βίας

Η συντροφική βία επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών μέσα από άμεσα προβλήματα υγείας, όπως οι τραυματισμοί, και έμμεσα όπως τα χρόνια προβλήματα υγείας που προκύπτουν από το παρατεταμένο στρες. Μια ιστορία με εμπειρία βίας είναι για τον λόγο αυτό ένας παράγοντας κινδύνου για πολλές ασθένειες και προβλήματα υγείας (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Οι πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η επιρροή της κακοποίησης μπορεί να συνεχίσει για πολύ καιρό αφότου η βία έχει σταματήσει. Όσο πιο σοβαρή η κακοποίηση τόσο πιο μεγάλη η επιρροή στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας καθώς και η επιρροή στη διάρκεια του χρόνου από διαφορετικές μορφές και πολλαπλά επεισόδια κακοποίησης που συσσωρεύονται (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Τραύμα και σωματική υγεία

Η σωματική βλάβη που προέρχεται από συντροφική βία μπορεί να συμπεριλάβει: μώλωπες και σημάδια, ρήξεις και εκδορές, κοιλιακούς ή θωρακικούς τραυματισμούς, κατάγματα και σπασμένα οστά ή δόντια, όραση και βλάβη στην ακοή, κάκωση της κεφαλής, απόπειρα στραγγαλισμού και τραυματισμό στην πλάτη και τον λαιμό (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Ωστόσο, επιπροσθέτως με τους τραυματισμούς πολύ πιο συνηθισμένες είναι παθήσεις που συχνά δεν έχουν αναγνωρισμένη ιατρική αιτία ή είναι δύσκολο να διαγνωστούν. Αυτές κάποιες φορές αναφέρονται ως «λειτουργικές διαταραχές» ή «συνθήκες που σχετίζονται με το στρες» και περιλαμβάνουν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου/ γαστρεντερικά συμπτώματα, ινομυαλγία, διάφορα σύνδρομα χρόνιου πόνου και η επιδείνωση του άσθματος (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Στην πολυεθνική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο επιπολασμός για τις κακώσεις μεταξύ γυναικών που είχαν κακοποιηθεί σωματικά από τον σύντροφό τους ποικίλει από 19% στην Αιθιοπία σε 55% στο Περού. Οι κακοποιημένες γυναίκες είχαν διπλάσιες πιθανότητες από τις μη κακοποιημένες γυναίκες να μην έχουν καλή υγεία και

να αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής και ψυχικής φύσεως ακόμα κι αν η βία συνέβη πριν χρόνια (Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Ψυχική υγεία και αυτοκτονία

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες που είναι κακοποιημένες από τους συντρόφους τους υποφέρουν από υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και φοβίες από ότι οι μη κακοποιημένες γυναίκες (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Στην πολυεθνική μελέτη του ΠΟΥ, οι αναφορές για συναισθηματική δυσφορία, σκέψεις αυτοκτονίας και απόπειρα αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερες μεταξύ των γυναικών που είχαν υποστεί σωματική και σεξουαλική βία από εκείνες που δεν είχαν. Επιπλέον, η συντροφική βία έχει επίσης συνδεθεί με την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, τις διαταραχές τροφής και ύπνου, την έλλειψη σωματικής άσκησης, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, το κάπνισμα, τον αυτοτραυματισμό και τη μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012).

Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία

Η συντροφική βία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από αρνητικές συνέπειες για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, της έκτρωσης και της μη ασφαλούς έκτρωσης αλλά και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις που συμπεριλαμβάνουν : HIV, επιπλοκές εγκυμοσύνης, πυελική φλεγμονώδη νόσο, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και σεξουαλική δυσλειτουργία (Campbell & Soeken, Champion & Shain, Gazmararian et al. Campbell στον WHO 2012). Η συντροφική βία μπορεί να έχει μια άμεση επίπτωση στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών, όπως οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις μέσω καταναγκαστικής σεξουαλικής επαφής εντός γάμου ή έμμεση επίδραση. Για παράδειγμα, καθιστώντας δύσκολο για τις γυναίκες να διαπραγματευτούν τη χρήση αντισυλληπτικών ή προφυλακτικού με τον σύντροφό τους (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, Heise, Moore & Toubia, Campbell στον WHO 2012).

Η βία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Οι μελέτες έχουν δείξει σημαντικά επίπεδα σωματικής βίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε όλο τον κόσμο. Η πολυεθνική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξε ότι ο επιπολασμός για τη σωματική βία κατά την εγκυμοσύνη ποικίλει από 1% στις αστικές περιοχές στην Ιαπωνία έως το 28% στην επαρχία για το Περού με επιπολασμό στις περισσότερες περιοχές 4-12% (Garcia-Moreno et al. στον WHO 2012). Παρομοίως, μια ανασκόπηση μελετών από 19 χώρες έδειξε ότι ο επιπολασμός ποικίλει από 2% σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Δανία και η Καμπότζη, σε 13,5% στην Ουγκάντα με την πλειονότητα να ποικίλει μεταξύ 4% και 9% (Devries στον WHO 2012:6). Άλλες μελέτες σε κάποιες χώρες έχουν δείξει ακόμα πιο υψηλά ποσοστά επιπολασμού, συμπεριλαμβανομένης μίας από την Αίγυπτο με έναν εκτιμώμενο επιπολασμό 32% και μια ανασκόπηση μελετών από την Αφρική που έδειξε ότι ο επιπολασμός είναι τόσο υψηλός όσο το 40% σε κάποιες περιοχές (Campbell, Shamu et al. στον WHO 2012).

Η βία κατά την εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με αποβολή, καθυστερημένη έναρξη στην προγεννητική φροντίδα, θνησιγένεια, τον πρόωρο τοκετό, τον τραυματισμό του εμβρύου, τη γέννηση ελιποβαρών νεογνών ή μικρή ηλικία κύησης των βρεφών (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, Devries, Campbell, Shamu et al. στον WHO 2012).

Η συντροφική βία μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύει ένα ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας αν και συχνά αυτή η σχέση δε γίνεται αντιληπτή από τους φορείς χάραξης πολιτικής.

Ανθρωποκτονία και θνησιμότητα

Οι μελέτες από πολλές χώρες έχουν δείξει ότι το 40-70% των γυναικών που είναι θύματα δολοφονίας σκοτώθηκαν από τον σύζυγό ή τον σύντροφο συχνά μέσα σε μια βίαιη σχέση (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012). Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι η συντροφική βία αυξάνει τον κίνδυνο μια γυναίκα να διαπράξει αυτοκτονία και μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο της μετάδοσης του AIDS και ως εκ τούτου τους θανάτους που σχετίζονται με αυτό (Golding, Campbell στον WHO 2012).

Επιπτώσεις στα παιδιά

Πολλές μελέτες έχουν δείξει μια συσχέτιση ανάμεσα στη συντροφική βία σε βάρος των γυναικών και τις αρνητικές συνέπειες για τα παιδιά κοινωνικά αλλά και στην υγεία τους συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης, της χαμηλής σχολικής απόδοσης και των αρνητικών συνεπειών για την υγεία (Heise & Garcia-Moreno στον WHO 2012). Ένα μεγάλο μέρος των στοιχείων δείχνει ότι η έκθεση στη συντροφική βία σε βάρος της μητέρας είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους παράγοντες που συνδέονται με την άσκηση βίας από τους άνδρες και την εμπειρία συντροφικής βίας των γυναικών αργότερα στη ζωή (Kishor & Johnson, Abramsky et al. στον WHO 2012). Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει συσχέτιση ανάμεσα στη συντροφική βία και την παιδική κακοποίηση μέσα στο ίδιο νοικοκυριό (Holt, Buckley & Whelan στον WHO 2012). Επιπλέον, μελέτες από ορισμένες χώρες χαμηλού εισοδήματος, όπως η Νικαράγουα και το Μπαγκλαντές έχουν δείξει ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν κακοποιηθεί είναι λιγότερο πιθανό να εμβολιάζονται, έχουν υψηλότερα ποσοστά διάρροιας και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου πριν την ηλικία των πέντε (Asling-Monemi et al., Silverman et al. στον WHO 2012).

3.3 Η επιρροή της βίας στη ζωή των γυναικών

Η βία κατά των γυναικών έχει θανατηφόρες και μη θανατηφόρες συνέπειες. Οι θανατηφόρες συνέπειες περιλαμβάνουν ανθρωποκτονία, αυτοκτονία, μητρική θνησιμότητα και θανάτους που σχετίζονται με το AIDS. Οι μη θανατηφόρες συνέπειες περιλαμβάνουν προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας όπως σωματικές βλάβες και αναπηρία, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και μη ασφαλής άμβλωση, επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού βάρους γέννησης (όταν εμφανίζεται κατά την εγκυμοσύνη), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το τραυματισμένο γυναικολογικό συρίγγιο, η κατάθλιψη και το άγχος, το φαγητό και οι διαταραχές του ύπνου, η επιβλαβής χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η διαταραχή μετα-τραυματικού στρες, οι αυτοτραυματισμοί, οι γαστρεντερικές διαταραχές και το σύνδρομο χρόνιου πόνου.

Κατά μέσο όρο οι γυναίκες που βιώνουν τη βία αναφέρουν περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις, ιατρικές επισκέψεις και νοσηλείες από εκείνες χωρίς ιστορικό κακοποίησης και οι επιπτώσεις στην υγεία μπορεί να διαρκέσουν για καιρό αφού σταματήσει η βία. Οι συνέπειες στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των γυναικών μπορεί να περιλαμβάνουν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η οποία είναι άμεση συνέπεια από εξαναγκαστική σεξουαλική επαφή ή έμμεση λόγω της αδυναμίας χρήσης αντισύλληψης ή προφυλακτικού. Ένας άλλος έμμεσος τρόπος μπορεί να είναι μέσω του υψηλού κινδύνου από τη σεξουαλική συμπεριφορά γυναικών που βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά. Η βία κατά των γυναικών αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου που συνδέεται με άλλα προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες η εμπειρία βίας έχει φανεί να σχετίζεται με θετικό HIV, αντιστρόφως, το θετικό HIV είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμπειρία βίας (Campbell et al. , Heise, Ellsberg & Gottemoller στον WHO,2012).

3.4 Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο μια γυναίκα να υποστεί βία

Η βία κατά των γυναικών είναι αποτέλεσμα της περίπλοκης αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε ατομικούς, ενδοπροσωπικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για να γίνει αντιληπτή αυτή η αλληλεπίδραση, οι ερευνητές συχνά χρησιμοποιούν το οικολογικό μοντέλο (Krug et al. στο WHO, 2012).

Η έρευνα δείχνει ότι, αν και κάποιοι παράγοντες είναι συνδεδεμένοι με αυξημένο κίνδυνο βίας κατά των γυναικών σε πολλές χώρες άλλοι είναι συγκεκριμένοι ως προς το πλαίσιο και άλλοι διαφέρουν μεταξύ των χωρών- ή ακόμα και μεταξύ των χωρών (π.χ. ανάμεσα σε αγροτικά και αστικά πλαίσια). Σε κάποιες περιπτώσεις, οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμπειρία βίας μιας γυναίκας μπορεί να είναι οι ίδιοι με εκείνους που ένας άνδρας ασκεί βία (όπως ένα χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και μαρτυρίας ενδο-οικογενειακής βίας ως παιδί). Σε άλλες περιπτώσεις, οι παράγοντες μπορεί να διαφέρουν- για παράδειγμα η νεαρή ηλικία είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου για την πιθανότητα μια γυναίκα να βιώσει βία από έναν σύντροφο αλλά όχι απαραίτητα για έναν άνδρα να ασκήσει βία (WHO, 2012).

Η μεγαλύτερη έρευνα έχει εστιάσει σε ατομικούς παράγοντες όπως τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, η εμπειρία σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και η καταστροφική χρήση αλκοόλ. Όλο και περισσότερο, παρ' όλα αυτά οι ερευνητές έχουν αναγνωρίσει τη σημασία παραγόντων της κοινότητας και της κοινωνίας όπως παραδοσιακές νόρμες για το φύλο, τη μη ισότιμη κοινωνική, νομική και οικονομική θέση για τη γυναίκα, η χρήση βίας για την επίλυση συγκρούσεων γενικότερα και η αδυναμία της κοινότητας για κυρώσεις κατά της βίας (WHO, 2012).

3.5 Λόγοι που οι γυναίκες δεν εγκαταλείπουν τους βίαιους συντρόφους

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι περισσότερες κακοποιημένες γυναίκες δεν είναι παθητικά θύματα. Συχνά υιοθετούν στρατηγικές για να αυξήσουν στον μέγιστο βαθμό την ασφάλειά τους όπως και αυτή των παιδιών τους. Αυτό που μπορεί να ερμηνευτεί ως αδράνεια/ απραξία σε μια γυναίκα μπορεί στην πραγματικότητα να είναι το αποτέλεσμα μιας υπολογισμένης αξιολόγησης για το πώς να προστατεύσει τον εαυτό της και τα παιδιά της (Heise, Ellsberg & Gotemoller στον WHO, 2012). Άλλοι λόγοι γιατί οι γυναίκες μπορεί να μένουν σε βίαιες σχέσεις συμπεριλαμβάνουν τον φόβο για αντίποινα, την έλλειψη εναλλακτικών μέσων οικονομικής υποστήριξης, την ανησυχία για τα παιδιά τους, την έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, το στίγμα ή τον φόβο απώλειας της κηδεμονίας των παιδιών που σχετίζεται με διαζύγιο και την ελπίδα ότι ο σύντροφος θα αλλάξει.

Παρά τα εμπόδια αρκετές κακοποιημένες γυναίκες τελικά αφήνουν τους συντρόφους τους, συχνά μετά από πολλές προσπάθειες και χρόνια βίας. Στην πολυεθνική μελέτη του ΠΟΥ το 19-51% των γυναικών που είχαν κακοποιηθεί σωματικά από τους συντρόφους τους είχαν εγκαταλείψει το σπίτι τουλάχιστον για μια νύχτα και το 8-21% είχε φύγει δύο έως πέντε φορές (Garcia-Moreno et al. στον WHO, 2012).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την με το να αφήσει μια γυναίκα μια κακοποιητική σχέση μόνιμα φαίνεται να περιλαμβάνει μια κλιμάκωση στη σοβαρότητα της βίας. Μια συνειδητοποίηση ότι ο σύντροφός δε θα άλλαζε και η αναγνώριση ότι η βία επηρεάζει τα παιδιά της (Garcia-Moreno et al. στον WHO, 2012).

3.6 Η βία σε βάρος των γυναικών διαφέρει

Οι άνδρες επίσης μπορεί να είναι θύματα συντροφικής βίας. Παρόλα αυτά, γενικά οι γυναίκες βιώνουν πιο σοβαρή σωματική βία και περισσότερο έλεγχο από τους άνδρες συντρόφους τους.

Μια γυναίκα που έχει υποστεί βία μπορεί να έχει κάποιες διαφορετικές ανάγκες σε σχέση με τη φροντίδα υγείας άλλων ασθενών. Συγκεκριμένα, μπορεί να έχει πολλές συναισθηματικές ανάγκες που χρειάζονται προσοχή, να είναι φοβισμένη και να χρειάζεται επιβεβαίωση. Η υποστήριξη και όχι η διάγνωση είναι ο πιο σημαντικός ρόλος για τον επαγγελματία υγείας. Μπορεί να χρειάζεται αλλά και όχι σωματική φροντίδα. Η ασφάλειά της μπορεί να είναι μια συνεχής ανησυχία και ίσως να χρειάζεται παραπομπή για ανάγκες που το σύστημα υγείας δεν μπορεί να καλύψει.

Χρειάζεται βοήθεια για να την κάνει να νιώσει περισσότερο τον έλεγχο και ικανή να λάβει τις δικές της αποφάσεις (WHO, 2014).

3.7 Η Νομοθεσία στην Ελλάδα

Στις 24 Οκτωβρίου 2006 ψηφίστηκε ο νόμος 3500 (Φ.Ε.Κ 232) για την ενδοοικογενειακή βία και η εφαρμογή του ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2007. Ο νόμος προβλέπει ότι η βία στην οικογένεια αποτελεί αξιόποινη πράξη απέναντι σε κάθε μέλος. Οι διατάξεις αφορούν τους συντρόφους, ανεξάρτητα από το φύλο, τα παιδιά και πρώην συζύγους.

Θύμα ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να είναι σύζυγος, γονέας, συγγενείς α' ή β' βαθμού εξ' αίματος ή εξ' αγχιστείας, τέκνα από υιοθεσία, συγγενείς εξ' αίματος και εξ'

αγχιστείας μέχρι τέταρτο βαθμό που ζουν μαζί. Ακόμη, άτομα στα οποί έχει οριστεί δικαστικός επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας μέλος της οικογένειας και κάθε μέλος κάτω των 18 ετών που συμβιώνει με την οικογένεια.

Οποιαδήποτε μορφή άσκησης βίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας απαγορεύεται. Για την πρόκληση σωματικής βλάβης ή κάκωσης προβλέπεται σε άτομο από μέλος της οικογένειας προβλέπεται φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους. Αν η βίαιη πράξη θέσει το άτομο σε κίνδυνο για τη ζωή του ή επιφέρει βαριά σωματική βλάβη η ποινή φυλάκισης είναι τουλάχιστον για δύο χρόνια. Επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα χρόνια για βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση.

Για την άσκηση βίας σε βάρος εγκύου ή ατόμου που δεν μπορεί να αντισταθεί η φυλάκιση είναι τουλάχιστον δύο έτη και τουλάχιστον ένα χρόνο για την άσκηση βίας ενώπιον ανήλικου μέλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στο φαινόμενο της κακοποίησης

Οι γυναίκες που κακοποιούνται απευθύνονται στο σύστημα φροντίδας υγείας τουλάχιστον το ίδιο συχνά με τις γυναίκες που δεν κακοποιούνται και επιπλέον έχουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται. Ένας λόγος είναι ότι τα περισσότερα περιστατικά γυναικείας κακοποίησης δεν ανιχνεύονται από τους επαγγελματίες υγείας. Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας δεν κάνουν τακτικά ανίχνευση για γυναικεία κακοποίηση και μόνον ένας μικρός αριθμός γυναικών αναφέρουν ότι ρωτήθηκαν για το αν κακοποιήθηκαν όταν απευθύνθηκαν σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό μπορεί να καταστρέψει τη σχέση ασθενούς – επαγγελματία και συχνά κακοποιημένες γυναίκες αναφέρουν μικρή ικανοποίηση και κακή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (Plichta, 2004).

Η Fisher (2001) υποστηρίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή βοήθειας προς τις κακοποιημένες γυναίκες μια και η εκπαίδευσή τους για το πρόβλημα της γυναικείας κακοποίησης συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των κινήτρων και των ενεργειών των ασθενών τους, στην αναγνώριση μιας γυναίκας που έχει υποστεί κακοποίηση από το σύντροφό της, στην ευκολότερη προσέγγιση μιας γυναίκας για το θέμα της γυναικείας κακοποίησης και τη δυνατότητα να γνωρίζουν ποιες είναι οι άμεσες ανάγκες της και πως να την παραπέμψουν στις κοινοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν υποστήριξη σε καταστάσεις κρίσης.

Οι επαγγελματίες υγείας δε μπορούν να σώσουν μια κακοποιημένη γυναίκα, να την κάνουν να παραδεχτεί την κακοποίηση ούτε να εγκαταλείψει το σύζυγό της. Αυτό που μπορούν να κάνουν είναι να της προσφέρουν κατανόηση, υποστήριξη και πληροφόρηση που θα της επιτρέψουν να κάνει τις δικές της επιλογές όταν είναι έτοιμη (Fisher, 2001).

4.2 Παράγοντες μη αναγνώρισης της γυναικείας κακοποίησης από τις Υπηρεσίες Υγείας

Γενικά, η αναγνώριση της συντροφικής βίας σε βάρος των γυναικών γίνεται σε ιατρικά γραφεία, κλινικές, σε εξωτερικούς ασθενείς και τα επείγοντα. Σε αυτούς τους χώρους αναφέρονται εμπόδια στην αναγνώριση συντροφικής βίας και αφορούν την έλλειψη εμπιστευτικότητας για ανίχνευση περιστατικών, προβλήματα γλώσσας, πολιτισμικά εμπόδια, έλλειψη γνώσεων για τη συντροφική βία, έλλειψη πληροφόρησης για τα εργαλεία ανίχνευσης, προσωπικές αντιλήψεις και αισθήματα για τη συντροφική βία, έλλειψη χρόνου για ανίχνευση περιστατικών, έλλειψη εκπαίδευσης στο πώς να κάνουν ερωτήσεις για την κακοποίηση, ένα προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κακοποίησης, η άγνοια για το πώς να ενεργήσουν σε περίπτωση αποκάλυψης και ο φόβος μήπως τρομάξουν τον ασθενή (Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012).

Τα εμπόδια που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα στα επείγοντα στις γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση έχουν καλά τεκμηριωθεί και αφορούν: την ανεπαρκή

κατάρτιση και εκπαίδευση, το φυσικό περιβάλλον στα επείγοντα, την παρουσία ανδρών φροντιστών και την έλλειψη κινήτρων ανίχνευσης (Ramsefed & Bonner στους Hollingsworth & Ford-Gilboe, 2006). Ακόμη, η έλλειψη εμπιστευτικότητας για ανίχνευση, η έλλειψη χρόνου και η μη γνώση για τη γυναικεία κακοποίηση να είναι τα κύρια εμπόδια ανίχνευσης για τη γυναικεία κακοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών που δουλεύουν στα επείγοντα (Ellis στους Hollingsworth & Ford-Gilboe, 2006). Παρόμοια εμπόδια έχουν αναγνωριστεί σε γιατρούς, ασκούμενες νοσηλεύτριες και κοινωνικούς λειτουργούς που δουλεύουν επίσης στα επείγοντα (Gerbert, Caspers, Bronstone, Moe & Abercrombie, Luchs, Renk, Sugg, Thompson, Thompson, Mairo & Rivara, Hinderliter, Doughty, Delaney, Rodgers-Pitula, & Campbell, Tower στους Hollingsworth & Ford-Gilboe, 2006).

Υπάρχουν πολλές μελέτες για εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που προάγουν την ανίχνευση της συντροφικής βίας. Αν και σε αυτές τις μελέτες τα εμπόδια δεν αναγνωρίζονται έως ότου εφαρμοστεί η αρχική παρέμβαση και τα χαμηλά ποσοστά ανίχνευσης διατηρούνται. Τα εμπόδια για την αναγνώριση συντροφικής βίας πρέπει να διερευνηθούν πριν την εφαρμογή ενός προγράμματος που θα ενισχύει την ανίχνευση σε παγκόσμιο επίπεδο (David & Harsh στους Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012). Αυτό συνεπάγεται ότι ένα εργαλείο και πρωτόκολλα είναι ανεπαρκές για να διασφαλίσει την ανίχνευση συντροφικής βίας. Τα εμπόδια που επηρεάζουν τις πρακτικές ανίχνευσης πρέπει να αναγνωριστούν και στη συνέχεια να καθοριστούν πριν εφαρμοστούν νέες πολιτικές και διαδικασίες ανίχνευσης (Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012).

4.3 Παροχή βοήθειας με επίκεντρο τη γυναίκα

Η φροντίδα και οι υπηρεσίες υγείας για γυναίκες που έχουν υποστεί βία χρειάζεται να έχουν επίκεντρο τη γυναίκα. Αυτό συνεπάγεται ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι να οργανωθούν γύρω από τις ανάγκες υγείας και τις απόψεις των γυναικών.

Η φροντίδα των γυναικών θα πρέπει να προσανατολίζεται στη βελτίωση της ασφάλειας των γυναικών, στην ελαχιστοποίηση ή μη πρόκληση βλάβης και να πολλαπλασιάζει τα οφέλη του πως σχεδιάζονται οι υπηρεσίες και παρέχονται. Ακόμη, θα πρέπει να

ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις ανησυχίες των γυναικών με ανθρώπινο και ολιστικό τρόπο.

Η φροντίδα με επίκεντρο τη γυναίκα παρέχει πληροφόρηση και τις στηρίζει στις επιλογές και τις αποφάσεις τους. Επιπλέον, ενισχύεται η συμμετοχή των γυναικών στη δική τους φροντίδα.

Ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα της γυναίκας και η υποστήριξη για την ισότητα των φύλων αποτελούν δύο θεμελιώδεις αρχές που καθορίζουν τη φροντί με επίκεντρο τη γυναίκα (WHO, 2017).

4.4 Ενέργειες του επαγγελματία υγείας όταν υποψιάζεται βία

Οι γυναίκες μπορεί να δυσκολεύονται να αναφερθούν από μόνες στους στο θέμα της βίας και οι επαγγελματίες υγείας είναι καλό να τις προσεγγίζουν προληπτικά. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι άμεσες ερωτήσεις έχουν θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τα ασαφή ερωτήματα και δείχνουν στη γυναίκα ότι ο επαγγελματίας υγείας γνωρίζει και κατανοεί το θέμα.

Οι ενδείξεις ότι μια γυναίκα μπορεί να κακοποιείται είναι λόγος για έναν επαγγελματία να πάρει την πρωτοβουλία και να κάνει συγκεκριμένες ερωτήσεις. Ο επαγγελματίας χρειάζεται να μην έχει την πεποίθηση ότι κάποιος άλλος θα ρωτήσει τη γυναίκα και να θυμάται πως είναι σημαντικό να βοηθήσει τη γυναίκα και τα παιδιά της να παραμείνουν ασφαλείς.

Οι ερωτήσεις για τη βία δεν πρέπει να γίνονται παρουσία τρίτων, όπως σύντροφοι, παιδιά και άλλα μέλη της οικογένειας. Εξαιρέση αποτελούν οι επαγγελματίες διερμηνείς. Ακόμη, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να προσέχει να μην ακουστεί η συζήτηση και να δείχνει υπομονή με τη γυναίκα χωρίς να την πιέζει (Department of Health, 2005).

4.5 Υποστήριξη πρώτης γραμμής

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής παρέχει πρακτική φροντίδα και ανταποκρίνεται στις ανάγκες της γυναίκας για ψυχολογική υποστήριξη, θέματα σωματικής υγείας και ασφάλεια χωρίς να παραβιάζει την ιδιωτική της ζωή.

Συχνά, η υποστήριξη πρώτης γραμμής είναι η πιο σημαντική φροντίδα που μπορεί να προσφέρει ένας επαγγελματίας υγείας. Ακόμα, και αν αυτό είναι το μόνο που μπορεί να κάνει θα έχει βοηθήσει σημαντικά τον πελάτη. Η υποστήριξη πρώτης γραμμής έχει βοηθήσει ανθρώπους που έχουν υποστεί πολλά δυσάρεστα και στρεσογόνα γεγονότα συμπεριλαμβανομένων των γυναικών που έχουν υποστεί βία.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής περιλαμβάνει πέντε βήματα. Ανταποκρίνεται την ίδια στιγμή σε συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες.

Ακούστε	Ακούστε τη γυναίκα προσεκτικά, με ενσυναίσθηση και χωρίς επίκριση.
Ενημερωθείτε σχετικά με τις ανάγκες και τις ανησυχίες	Εκτιμήστε και ανταποκριθείτε στις ποικίλες ανάγκες και ανησυχίες - συναισθηματικές, σωματικές και πρακτικές (π.χ παιδική φροντίδα)
Επικυρώστε	Δείξτε της ότι την καταλαβαίνετε και την πιστεύετε . Διαβεβαιώστε την ότι δεν φταίει εκείνη.

Ενισχύστε την ασφάλειά της	Συζητήστε ένα πλάνο για να προστατεύσει τον εαυτό της από επιπλέον βλάβη αν η βία συμβεί ξανά.
Υποστήριξη	Υποστηρίξτε την να μάθει για πληροφορίες, υπηρεσίες και κοινωνική στήριξη.

(WHO, 2014)

4.6 Προγράμματα και παρεμβάσεις για την αναγνώριση που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας

Προγράμματα – παρεμβάσεις εκπαίδευσης των επαγγελματιών Υγείας

Η ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τις επιδράσεις της εκπαίδευσης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας για τη συντροφική βία έδειξαν ότι οι περισσότερες μελέτες συνέβαλλαν στη βελτίωση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν σε μια παρέμβαση εκπαίδευσης (WHO, 2013).

Παρόλα αυτά υπάρχει μικρή υποστήριξη για παρεμβάσεις όπου οι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται μόνο στην αναγνώριση της συντροφικής βίας χωρίς επαρκή εκπαίδευση όσον αφορά τη φροντίδα και την παραπομπή (Coonrod σύμφωνα με τον WHO, 2013).

Ακόμη, πολλές πρόσφατες παρεμβάσεις εστιάζουν μόνο στην εκπαίδευση επαγγελματιών φροντίδας υγείας για την αναγνώριση. Παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε πολυσύνθετα θέματα συντροφικής βίας (αναγνώριση, κλινικές δεξιότητες, καταγραφή και παραπομπή) που χρησιμοποίησαν τεχνικές αλληλεπίδρασης εμφανίζονται να βελτιώνουν τα ποσοστά αναγνώρισης και αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά επαγγελματιών φροντίδας υγείας. Πολύ λίγες μελέτες αξιολόγησαν τον αντίκτυπο της εκπαίδευσης σε αποτελέσματα που υπέστησαν βία από τον σύντροφό τους (Campbell, Dubowitz και Feder στον WHO, 2013).

Τα περισσότερα από τα ευρήματα προέρχονται από χώρες με υψηλό εισόδημα, με λιγότερη, χαμηλότερη ποιότητα μελετών για την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων εκπαίδευσης σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (PRIME, Grisurapong και Bott στον WHO, 2013).

Στις μελέτες που έγιναν σε χώρες με υψηλό εισόδημα υπήρχε κάποια υποστήριξη υπέρ σύντομων πολυσύνθετων παρεμβάσεων βασισμένες στην αλληλεπίδραση, σε πολυμέσα, συζητήσεις και προσομοιώσεις και παιχνίδια ρόλων για την εκπαίδευση επαγγελματιών φροντίδας υγείας σε κάθε θέμα της συντροφικής βίας συμπεριλαμβάνοντας διαχείριση και παροχή συνδέσμων σε οργανισμούς στην κοινότητα. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία τι αντίκτυπο έχουν οι παρεμβάσεις αυτές στις στάσεις και τις πεποιθήσεις όσον αφορά τη συντροφική βία, την παραπομπή σε υπηρεσίες για συντροφική βία ή τα αποτελέσματα σε ασθενείς. Τα τελευταία χρόνια σπάνια αξιολογούνται σε αξιολογήσεις εκπαίδευσης (Lo Fo Wong και Garg στον WHO, 2013).

Υπάρχουν κάποια ευρήματα ότι η εκπαίδευση στη συντροφική βία παράλληλα με άλλες αλλαγές σε συστήματα φροντίδας και παραπομπής μπορεί να είναι πιο ευεργετικά στη βελτίωση της αναγνώρισης και πιο αποτελεσματικά για γυναίκες θύματα από ότι η εκπαίδευση από μόνη της.

Σε μια προσπάθεια εύρεσης καινοτόμων τρόπων για την απόκτηση δεδομένων για τη συντροφική βία από την κοινότητα φροντίδας υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1990 το CDC έκανε πιλοτικά προγράμματα στη Μασαχουσέτη – Women Abuse Tracking in

Clinics and Hospitals, γνωστό ως WATCH- που εστιάζει στη συλλογή δεδομένων στα επείγοντα των νοσοκομείων. Το πρόγραμμα αυτό είναι από τα πρώτα που χρησιμοποιούν καθολική επιτήρηση- αυτό είναι ανίχνευση για συντροφική βία για όλες τις γυναίκες ηλικίας 12 ετών και μεγαλύτερες που προσήλθαν στα επείγοντα (Gamble, 2001).

Προγράμματα ανίχνευσης συντροφικής βίας στα επείγοντα (και σε προγεννητικές κλινικές και κλινικές δημόσιας υγείας) λειτουργούν επίσης στη Βόρεια Καρολίνα συμπεριλαμβανομένου των Νοσοκομείων του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας (UNC). Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα για την ανίχνευση όλων των ατόμων ηλικίας 16 ετών ή μεγαλύτερων που ζητούσαν βοήθεια στα επείγοντα. Το πρόγραμμα, το οποίο δεν είχε εσωτερική ή εξωτερική χρηματοδότηση δεν εφαρμόζεται επειδή το βασικό προσωπικό εγκατέλειψε τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και κανένας από το υπόλοιπο προσωπικό δεν είχε το χρόνο ή την εντολή να το αναλάβει. Παρόλα αυτά η δουλειά που έγινε στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία όπως στο WATCH είναι καθοδηγητική για το τι χρειάζεται για να γίνει ένα πρόγραμμα επιτυχημένο (Gamble, 2001).

Παρά την πληθώρα των ερευνών που σχετίζονται με την αυτό-αποτελεσματικότητα και τις συμπεριφορές υγείας, σχετικά λίγες μελέτες καθορίζουν την αυτο-αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, η σχέση ανάμεσα στην αυτο-αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού για την αξιολόγηση και την ανταπόκριση στη γυναικεία κακοποίηση και την πραγματική κλινική πρακτική σε κάθε πλαίσιο συμπεριλαμβανομένου των επειγόντων χρειάζεται ακόμη να μελετηθεί. Δεδομένου ότι τα επείγοντα είναι ένας χώρος φροντίδας υγείας κλειδί για τις κακοποιημένες γυναίκες που έχουν υποστεί βία, μια κατανόηση των παραγόντων που προβλέπουν τις κλινικές αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τη γυναικεία κακοποίηση που μπορεί να πληροφορήσει την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και οργανωτικών δομών και πολιτικών για να υποστηρίξουν την κατάλληλη φροντίδα για γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση (Hollingsworth & Ford-Gilboe, 2006).

Η ανίχνευση θυμάτων συντροφικής βίας στα επείγοντα έχει δύο ευδιάκριτους αλλά στενά σχετιζόμενους στόχους. Ο πρώτος, ο οποίος είναι να τεκμηριωθεί η ύπαρξη συντροφικής

βίας και με τον τρόπο αυτό να δημιουργηθεί μια πιο σαφής εικόνα του φαινομένου. Ο δεύτερος είναι να κάνει παραπομπές και να παρέχει πόρους στα θύματα. Αν και αυτά είναι διαφορετικοί στόχοι η μια είναι προσανατολισμένη έρευνα και η άλλη προσανατολισμένη φροντίδα και είναι δύσκολο να διαχωριστούν εντελώς. Μια καλύτερη κατανόηση της συχνότητας της συντροφικής βίας θα διασφαλίσει ότι οι δημόσιοι και ιδιωτικοί οργανισμοί αφιερώνουν επαρκείς πόρους στη βοήθεια θυμάτων. Ωστόσο, ένα πρόγραμμα που αναγνωρίζει μόνο θύματα δεν κάνει παραπομπές και δεν παρέχει πόρους χάνει την ευκαιρία να βοηθήσει τα θύματα να σπάσουν τον κύκλο της βίας. Επιπλέον, η απουσία βοήθειας μπορεί να ενισχύσει τα συναισθήματα των θυμάτων για έλλειψη βοήθειας (Gamble, 2001).

4.7 Προγράμματα και παρεμβάσεις στην Ελλάδα

Οι δράσεις που έχουν υλοποιηθεί στην Ελλάδα για το φαινόμενο της συντροφικής βίας είναι ελάχιστες αλλά με μεγάλη ανταπόκριση από την πλευρά των επαγγελματιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα σεμινάρια που υλοποίησε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο κατά της Βίας: α) Τα εξ' αποστάσεως «Σεμινάρια για Επιμόρφωσης Επαγγελματιών Υγείας-Πρόνοιας» με στόχο τη στήριξη γυναικών που κακοποιούνται στη σχέση τους (Σεμινάρια Επιμόρφωσης Επαγγελματιών Υγείας-Πρόνοιας με στόχο τη στήριξη γυναικών που κακοποιούνται στη σχέση τους, 2013-2014) και β) τα σεμινάρια «Κακοποίηση και Ψυχικό Τραύμα» για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με γυναίκες θύματα κακοποίησης (Σεμινάρια Ευαισθητοποίησης Επαγγελματιών με τίτλο «Κακοποίηση και Ψυχικό Τραύμα», 2009). Ακόμη, στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος "Sunia Geel" για την καταπολέμηση της ενδοοικογενειακής βίας, το Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής «Prolepsis» πραγματοποίησε δύο ενημερωτικά σεμινάρια για το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και τις δράσεις που έχουν αναπτυχθεί από το "Sunia Geel" και εφαρμόζονται στη χώρα μας: «Ενημερωτικά Σεμινάρια σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία» (2012). Τα σεμινάρια πραγματοποιήθηκαν στα γραφεία του Ινστιτούτου, παρακολούθησαν κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και άλλοι ειδικοί λειτουργοί. Στόχος των σεμιναρίων ήταν η περαιτέρω ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ειδικών λειτουργών στο θέμα της ενδοοικογενειακής βίας. Κατά τη διάρκεια των δύο εκδηλώσεων παρουσιάστηκαν

χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και την αντιμετώπισή του, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις δράσεις που έχουν πραγματοποιηθεί κατά το 1ο έτος υλοποίησης του "Sunia Geel" στην Ελλάδα.

4.8 Κατευθυντήριες οδηγίες στον τομέα Υγείας

Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2013) σε κλινικό επίπεδο και επίπεδο πολιτικής στον τομέα της Υγείας που αντιμετωπίζουν περιπτώσεις συντροφικής και σεξουαλική βία σε βάρος των γυναικών δίνουν έμφαση στην άμεση ανάγκη να ενσωματώσουν αυτά τα ζητήματα στην κλινική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει βασικά στοιχεία όσον αφορά την ανταπόκριση του τομέα της Υγείας στη βία σε βάρος των γυναικών, τα οποία μας ενημερώνουν για τις ακόλουθες συστάσεις.

Φροντίδα προσανατολισμένη στη γυναίκα: οι επαγγελματίες Υγείας πρέπει σε έναν ελάχιστο βαθμό να παρέχουν υποστήριξη πρώτης γραμμής όταν οι γυναίκες αποκαλύπτουν κακοποίηση (ενσυναίσθηση κατά την ακρόαση, μη κριτική στάση, μυστικότητα, εμπιστευτικότητα, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες).

Αναγνώριση και φροντίδα για θύματα συντροφικής βίας: Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτήσουν για την έκθεση στη συντροφική βία όταν αξιολογούν ότι η κατάσταση της υγείας προκλήθηκε από τη συντροφική βία για να γίνει σωστή διάγνωση και να βελτιωθεί τη μεταγενέστερη φροντίδα.

Κλινική φροντίδα για θύματα σεξουαλικής βίας: Παροχή πλήρους φροντίδας συμπεριλαμβάνοντας υποστήριξη πρώτης γραμμής, άμεση αντισύλληψη, προφύλαξη για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και λήψη πλήρους ιστορικού, καταγραφή γεγονότων που καθορίζουν τι παρεμβάσεις είναι κατάλληλες.

Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής και σεξουαλικής βίας: Εκπαίδευση που πρέπει να δίνεται στους επαγγελματίες υγείας πριν την απόκτηση των

βασικών τους προσόντων για την υποστήριξη σε πρώτη γραμμή γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση από το σύντροφο.

Η πολιτικές και οι παροχές φροντίδας υγείας για γυναίκες θύματα συντροφικής βίας πρέπει να ενσωματώνεται στις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και να μην προσφέρεται μόνο από μεμονωμένες υπηρεσίες.

Η αναφορά από τους επαγγελματίες υγείας στην αστυνομία δεν είναι υποχρεωτική. Ωστόσο, θα πρέπει να κάνουν αναφορά στις αρχές εφόσον συμφωνεί η γυναίκα (WHO, 2013).

4.9 Τα οφέλη της διαδικτυακής εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε προγράμματα διαδικτυακής εκπαίδευσης έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στην επαγγελματική συμπεριφορά και την πρακτική. Οι αλλαγές αυτές συνέβαλλαν θετικά ως προς τη βελτίωση των γνώσεων, αλλαγή στις στάσεις, βελτίωση στην επικοινωνία, καλύτερευση στην επικοινωνία, αύξηση της αυτοπεποίθησης και αλλαγές που εφαρμόζονται στον χώρο εργασίας (Zubala et al., 2018).

Τα οφέλη που παρατηρήθηκαν από τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε διαδικτυακά προγράμματα αφορούν την απόκτηση νέων ιδεών για την ίδια την πρακτική, ενδυνάμωση για την εφαρμογή αλλαγών, τη δυνατότητα παροχής περισσότερων υπηρεσιών με επίκεντρο τον άνθρωπο, την υιοθέτηση και τη διάδοση μιας πρακτικής που είναι πιο κοντά στον άνθρωπο και καλύτερα τεκμηριωμένη (Zubala et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Σκοπός της παρέμβασης- οφέλη για τους συμμετέχοντες

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της συντροφικής βίας. Επιπλέον, στη βελτίωση των δεξιοτήτων τους όσον αφορά την παροχή βοήθειας σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση αλλά και την ευαισθητοποίηση τους για το φαινόμενο.

Η παρέμβαση απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας γενικών νοσοκομείων, μαιευτηρίων, μονάδων ψυχικής υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σκοπός του προγράμματος ήταν να συμβάλλει σε πρωτογενές και δευτερογενές επίπεδο πρόληψης καθώς οι γυναίκες θύματα κακοποίησης που απευθύνονται στις υπηρεσίες

υγείας πιθανόν να χρήζουν υποστήριξης και παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα που υφίστανται.

5.2 Ερευνητικοί Στόχοι

Οι στόχοι του προγράμματος θα συμβάλλουν : 1) Στην αποτελεσματική πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της γυναικείας κακοποίησης, 2) Στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την κατανόηση και την κατά το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση των παραγόντων που εμποδίζουν την αναγνώριση των γυναικών που έχουν υποστεί βία από το σύντροφό τους, 3) Στην ενημέρωση των επαγγελματιών για το δίκτυο υπηρεσιών αρωγής προς τις γυναίκες θύματα και το νομοθετικό πλαίσιο.

5.3 Ερευνητικές Υποθέσεις

- 1) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα αυξήσουν στατιστικά σημαντικά τις βασικές τους γνώσεις για το φαινόμενο της κακοποίησης των γυναικών από το σύντροφο σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας της ομάδας ελέγχου.
- 2) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα αυξήσουν στατιστικά σημαντικά τις γνώσεις για τη σχετική νομοθεσία και τις υπηρεσίες που υπάρχουν για την υποστήριξη των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση από το σύντροφο σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας της ομάδας ελέγχου.
- 3) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα βελτιώσουν στατιστικά σημαντικά τις λανθασμένες τους στάσεις σχετικά με το φαινόμενο της βίας σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας της ομάδας ελέγχου.
- 4) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα βελτιωθούν στατιστικά σημαντικά στην κατανόηση των εμποδίων όσον αφορά την αναγνώριση της

γυναικείας κακοποίησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου.

- 5) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα αυξήσουν στατιστικά σημαντικά τις δεξιότητές τους ως προς τη διαχείριση/αντιμετώπιση των γυναικών που είναι θύματα συντροφικής βίας σε σχέση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου.
- 6) Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης θα βελτιωθούν ως προς την ετοιμότητά τους για την ανάληψη δράσης ως προς τις κακοποιημένες γυναίκες κάνοντας χρήση των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τους επαγγελματίες της ομάδας ελέγχου.

5.4 Επίπεδα επιρροής

Η παρέμβαση απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε πλαίσια νοσοκομείων, κέντρων υγείας, μαιευτηρίων και χώρους ψυχικής υγείας. Τα επίπεδα επιρροής που αφορά, με βάση το οικολογικό μοντέλο είναι το ατομικό και το διαπροσωπικό. Στο ατομικό επίπεδο επιρροής η παρέμβαση θα συμβάλλει στην τροποποίηση ατομικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας όπως γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις για τη συντροφική βία. Σε διαπροσωπικό επίπεδο οι επαγγελματίες υγείας μέσω της εκπαίδευσης που θα λάβουν από την παρέμβαση θα μεσολαβήσουν όσον αφορά την ευαισθητοποίηση των υπολοίπων επαγγελματιών στο χώρο εργασίας τους όσον αφορά τη συντροφική βία.

5.5 Μέθοδος παρέμβασης

Η παρέμβαση αφορά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της συντροφικής βίας σε βάρος των γυναικών και βασίζεται σε καλές πρακτικές θεμάτων εκπαίδευσης για τη συντροφική βία. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών πραγματοποιήθηκε εξ' αποστάσεως μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας (e-learning).

Η εξ' αποστάσεως εκπαίδευση μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας παρείχε:

- πληροφορίες για τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες προς τις γυναίκες θύματα βίας από το σύντροφό τους.
- ενημέρωση για την παροχή βοήθειας σε γυναίκες θύματα βίας σε κατάσταση κρίσης
- στοιχεία που αφορούν το νομοθετικό πλαίσιο για τις γυναίκες θύματα συντροφικής βίας, τις μορφές της συντροφικής βίας και τις συνέπειες αυτής.

Οι παραπάνω πληροφορίες θα βασίζονται σε εγχειρίδια που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανταπόκριση επαγγελματιών υγείας στην παροχή βοήθειας προς κακοποιημένες γυναίκες. Τα εγχειρίδια αυτά είναι : 1) World Health Organisation.2013. Violence against Women The Health Sector Responds, 2) UNFPA and WAVE. (2014). Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia- A Resource Package. UNFPA, 3) Ganley, A., Fazio, J., Hyman, A., James L. & Ruiz-Contreras, A. (1998). Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer's Manual for Health Care Providers. San Francisco, Family Prevention Fund, 4) Department of Health. (2005). Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. London, 5) World Health Organisation.(2014). Health Care for women subjected to intimate partner violence or sexual abuse-a clinical handbook. Switzerland: Department of Reproductive Health and Research, 6) World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women-WHO clinical and policy guidelines. Italy: WHO Library Cataloguing in Publication Data

5.6 Βασικά Συστατικά της Παρέμβασης (Μεταβλητές Μοντέλου)

Ανεξάρτητες μεταβλητές : α) η εξ' αποστάσεως εκπαίδευση μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας προς τους επαγγελματίες υγείας, β) η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που έλαβε την παρέμβαση και γ) η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχε στην ομάδα σύγκρισης.

Εξαρτημένες μεταβλητές : α) οι επιπρόσθετες γνώσεις που θα αποκτήσουν οι επαγγελματίες υγείας μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης για το φαινόμενο της γυναικείας κακοποίησης, β) η βελτίωση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας προς τις γυναίκες θύματα βίας από το σύντροφό τους, γ) η βελτίωση των δεξιοτήτων των

επαγγελματιών υγείας ως προς τη διαχείριση/αντιμετώπιση των γυναικών που είναι θύματα συντροφικής βίας και δ) η βελτίωση της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας για την ανάληψη δράσης προς τις γυναίκες θύματα συντροφικής βίας.

5.7 Στάδια της Παρέμβασης

Η παρέμβαση περιελάμβανε ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας της ομάδας παρέμβασης για τη βία κατά των γυναικών και τη διαχείριση περιπτώσεων όπου οι γυναίκες έχουν υποστεί βία από τον σύντροφο.

Στάδιο 1^ο: Η ομάδα παρέμβασης συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο για να μετρηθούν : α) οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη γυναικεία κακοποίηση, β) οι δεξιότητες που χρησιμοποιούνται εκ μέρους των επαγγελματιών και γ) η ετοιμότητά τους για την ανάληψη δράσης ως προς την παροχή βοήθειας για τις κακοποιημένες γυναίκες. Στη συνέχεια η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε μια εκπαίδευση 2-3 ωρών που θα περιλαμβάνει την παρουσίαση υλικού για το φαινόμενο της συντροφικής βίας προκειμένου να ενισχυθούν οι ερευνητικές υποθέσεις. Μετά από δέκα ημέρες δόθηκε εκ νέου το ίδιο ερωτηματολόγιο προκειμένου να διαπιστωθεί αν έχουν βελτιωθεί οι παράμετροι της πρώτης μέτρησης.

Στάδιο 2^ο : Η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσε το ίδιο ερωτηματολόγιο που δόθηκε για την πρώτη μέτρηση στην ομάδα παρέμβασης για να μετρηθούν οι ίδιες μεταβλητές με αυτές της πρώτης ομάδας. Σε δέκα μέρες επαναλήφθηκε η μέτρηση και με την ολοκλήρωση της διαδικασίας η ομάδα ελέγχου μπορούσε προαιρετικά να λάβει την εξ' αποστάσεως εκπαίδευση.

Στάδιο 3^ο : Μετά τη μεταμέτρηση δόθηκαν βεβαιώσεις παρακολούθησης σε όσους συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη διαδικτυακή εκπαίδευση και για τις δύο ομάδες.

5.8 Περιγραφή πληθυσμού / δείγματος, ερευνητικό σχέδιο και στρατολόγηση

Στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν 67 επαγγελματίες υγείας και στην ομάδα ελέγχου 52. Το ερευνητικό σχέδιο είναι τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη-σχέδιο μεταξύ των υποκειμένων. Η κατανομή των συμμετεχόντων έγινε με τυχαίο τρόπο στις δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν τη διαδικτυακή εκπαίδευση για γυναίκες θύματα βίας που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου η συμμετοχή στη διαδικτυακή εκπαίδευση ήταν προαιρετική με την προϋπόθεση ότι είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο μεταμέτρησης.

Η παρέμβαση υλοποιήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας για την εξ' αποστάσεως εκπαίδευση που διαθέτει το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Στην ομάδα παρέμβασης η εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας θα αφορά την πληροφόρηση των συμμετεχόντων σχετικά με το φαινόμενο της συντροφικής βίας, το νομοθετικό πλαίσιο για την προστασία των θυμάτων, το ρόλο των επαγγελματιών υγείας προς τις γυναίκες θύματα συντροφικής βίας που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τα θύματα που επιθυμούν βοήθεια.

Η στρατολόγηση των συμμετεχόντων έγινε μέσω ηλεκτρονικής πρόσκλησης προς Υπηρεσίες Υγείας, Υγειονομικές Περιφέρειες και Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Ακόμη, η πρόσκληση προωθήθηκε μέσω του διαδικτύου σε ιστοσελίδες συλλόγων που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα: 1) στις Μονάδες Υγείας και τα Κέντρα Υγείας του ΕΦΚΑ, 2) Τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας του ΟΚΑΝΑ ανά την Ελλάδα, 3) Σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, 4) Στα Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών για την Υγεία ανά την Ελλάδα, 5) Στο Προγράμμα Βοήθεια στο Σπίτι ανά την Ελλάδα, 6) Στα Νοσοκομεία και τις μονάδες υγείας των επτά Υγειονομικών Περιφερειών ανά την Ελλάδα, 7) Στους φοιτητικούς συλλόγους των Ιατρικών, Νοσηλευτικών και Φαρμακευτικών Σχολών ανά την Ελλάδα, 8) Στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειών, 9) Στους Επαγγελματικούς Συλλόγους Ιατρών, Νοσηλευτών, Κοινωνικών Λειτουργών και

Φαρμακοποιών, 10) Στα δώδεκα παραρτήματα του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας ανά την Ελλάδα. Επισημάνθηκε ότι οι συμμετέχοντες θα λάβουν βεβαιώσεις συμμετοχής και ότι διασφαλίζεται η ανωνυμία τους. Λόγω του διαστήματος που θα μεσολαβήσει μεταξύ προμέτρησης και μεταμέτρησης υπάρχει πιθανότητα αυτό να αποτελεί διαρροής συμμετεχόντων. Για τη διασφάλιση της συμμετοχής γινόταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα ευγενική υπενθύμιση ξεχωριστά σε κάθε συμμετέχοντα με ηλεκτρονική αλληλογραφία για το στάδιο της διαδικασίας και την πραγματοποίηση της επόμενης μέτρησης.

5.9 Μετρήσεις/Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση είναι το PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey). Το προαναφερόμενο εργαλείο μετράει το αν υπάρχει προηγούμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών στη συντροφική βία, την ετοιμότητα των επαγγελματιών για τη βοήθεια θυμάτων συντροφική βία, την υπάρχουσα γνώση των επαγγελματιών υγείας για τη συντροφική βία, τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη συντροφική βία (στάσεις και πεποιθήσεις), πρακτικά θέματα και αυτοαναφερόμενες συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας (Short, Alpert, Harris & Surprenant, 2006 : 173-180).

Το ερωτηματολόγιο στην πλήρη μορφή του περιλαμβάνει 67 ερωτήματα και έχει υψηλή εγκυρότητα με δομικά στοιχεία που συμβάλλουν στην αποτελεσματική ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας. Το PREMIS είναι έχει δοκιμαστεί σε πολλά πλαίσια και έχει φανεί αξιόπιστο και έγκυρο. Ακόμη, μπορεί να εντοπίσει τις αλλαγές και να διακρίνει τους εκπαιδευμένους από τους μη εκπαιδευμένους επαγγελματίες (Short, Alpert, Harris & Surprenant, 2006 : 178).

Η χρήση του ερωτηματολογίου είναι εφικτή με πολλούς τρόπους: 1) ως προμέτρηση και εκτίμηση αναγκών στη μέτρηση γνώσης, στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφορών και δεξιοτήτων που χρειάζεται να προσδιοριστούν στη διάρκεια της εκπαίδευσης ή άλλης επιτόπιας παρέμβασης, 2) ως επιπρόσθετη εκπαίδευση για τον προσανατολισμό των επαγγελματιών στο θέμα και την έκθεσή τους σε στην πολυπλοκότητα των ζητημάτων

για τη συντροφική βία, 3) ως μεταμέτρηση για τον προσδιορισμό των αλλαγών στους επαγγελματίες στη διάρκεια του χρόνου ή ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης και 4) ως εργαλείο σύγκρισης στην εκτίμηση διαφορών μεταξύ επαγγελματιών που έλαβαν εκπαίδευση και επαγγελματιών που δεν εκπαιδεύτηκαν (Short, Alpert, Harris & Surprenant, 2006 : 178).

Οι κλίμακες του ερωτηματολογίου είναι οι ακόλουθες:

Υπόβαθρο: *Αντιληπτή προετοιμασία, αντιληπτή γνώση*

Η κλίμακα για την αντιληπτή προετοιμασία περιελάμβανε 11 ερωτήσεις που ρωτούσαν τους συμμετέχοντες πόσο προετοιμασμένοι αισθάνονταν ότι ήταν για να δουλέψουν με θύματα συντροφικής βίας. Τα σκορ και οι απαντήσεις κειμαίνονταν από το 1 (καθόλου προετοιμασμένος) μέχρι το 7 (καλά προετοιμασμένος).

Η κλίμακα για την αντιληπτή γνώση περιελάμβανε 16 ερωτήσεις που ρωτούσαν τους συμμετέχοντες πως αισθάνονταν που γνώριζαν για τη συντροφική βία. Τα σκορ και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές κειμαίνονταν από 1 (τίποτα) μέχρι το 5 (πάρα πολύ).

Πραγματική γνώση: *Πραγματική γνώση*

Η κλίμακα πραγματική γνώση βασίστηκε σε ευρήματα από τη βιβλιογραφία για τη συντροφική βία και περιελάμβανε 8 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και 11 ερωτήσεις σωστό-λάθος. Το συνολικό σκορ των σωστών απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε για να δείξει την πραγματική γνώση για τη συντροφική βία.

Γνώμες/Απόψεις: *Προετοιμασία, νομικές απαιτήσεις, εργασιακά θέματα, αυτοαποτελεσματικότητα, Αλκοόλ/ουσίες, κατανόηση του θύματος, αυτονομία του θύματος, περιορισμοί*

Η ενότητα γνώμες/απόψεις του εργαλείου είχε 36 ερωτήσεις που έδειχναν πρωταρχικά τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη συντροφική βία (π.χ Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να είναι επιφορτισμένοι με την αναγνώριση περιπτώσεων Συντροφικής Βίας / Ό,τι κι αν κάνω δεν θα βοηθήσει στην πρόληψη μελλοντικών συμβάντων βίας σε ένα θύμα Συντροφικής Βίας).

Ζητήματα πρακτικής: *ζητήματα πρακτικής*

Τα ζητήματα πρακτικής περιελάμβαναν 13 ερωτήσεις που αφορούσαν την πρακτική. Πρόκειται για περιπτώσεις στις οποίες οι επαγγελματίες κάνουν ανίχνευση για συντροφική βία, τις ενέργειες που προβαίνουν όταν αναγνωρίζουν συντροφική βία, την ύπαρξη και τη χρήση πόρων για τη συντροφική βία στην πράξη και την εξοικείωση με τις πολιτικές του εργασιακού πλαισίου και τους κοινοτικούς πόρους. Το σκορ για την κλίμακα στα ζητήματα πρακτικής βασίστηκε για το άθροισμα των κατάλληλων απαντήσεων στις ερωτήσεις της ενότητας.

Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα το 2010 και οι ψυχομετρικές ιδιότητες που εκτιμήθηκαν είναι: α) η κλίμακα αξιοπιστίας, β) η αξιοπιστία συγκεκριμένων αντικειμένων, γ) η αξιοπιστία μέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης, δ) η εγκυρότητα κατασκευής της κλίμακας και ε) η εσωτερική προβλεπτική εγκυρότητα. Η παραγοντική ανάλυση μέγιστης πιθανότητας (maximum-likelihood factor analysis, MFL) από 23 στοιχεία γνωμοδότησης έδειξε μια στατιστική ανάλυση (επικάλυψη, περιορισμός, θέματα εργασίας, έλεγχος, αυτοεκτίμηση, αλκοόλ / ναρκωτικά, κατανόηση των θυμάτων) επτά παραγόντων ($p = .293$). Οι περισσότερες από τις νέες κλίμακες εμφάνισαν ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (.60), υψηλή αξιοπιστία ως προς το στοιχείο, ισχυρή δομή και εσωτερική προβλεπτική ισχύ ($F_{1/4} = 2.82$, $p_{1/4} = .004$), και υψηλή ανταπόκριση ενημερώθηκε με 20 διατομικά (συντελεστής συσχέτισης intraclass [ICC] > .70). Το εργαλείο κρίθηκε κατάλληλο για να διευκολύνει τον εντοπισμό των ελλείψεων δεξιοτήτων και την αξιολόγηση των πρωτοβουλιών κατάρτισης (Papadaki, Prokopiadou, Petridou, Kogevinas & Lionis, 2012 : 199-200).

5.10 Ανάλυση μεθοδολογίας

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις διαστάσεις της κλίμακας PREMIS μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις μεταβολές στις διαστάσεις της κλίμακας PREMIS από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 119 επαγγελματίες υγείας, οι 67 από τους οποίους (56,3%) αποτελούν την ομάδα παρέμβασης και οι υπόλοιποι 52 (43,7%) την ομάδα ελέγχου. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 1: Το δείγμα

		Ομάδα				P
		Ελέγχου (N=52)		Παρέμβασης (N=67)		
		N	%	N	%	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		41,0 (9,7)		40,8 (9,5)		0,927 ⁺
Φύλο	Άντρες	6	11,5	9	13,4	0,757*
	Γυναίκες	46	88,5	58	86,6	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Φοιτητής/ τρια	2	3,8	0	0,0	0,661**
	ΙΕΚ	6	11,5	6	9,5	
	ΤΕΙ	27	51,9	35	55,6	
	ΑΕΙ	10	19,2	16	25,4	
	Μεταπτυχιακό	5	9,6	5	7,9	
	Διδακτορικό	2	3,8	1	1,6	
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών, μέση τιμή (SD)		18,8 (8,5)		18,1 (8,9)		0,719 ⁺

⁺Student's t-test *Pearson's χ^2 test **Fisher's exact test

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων που ήταν στην ομάδα ελέγχου ήταν 41 έτη (SD=9,7 έτη) και των συμμετεχόντων που ήταν στην ομάδα παρέμβασης ήταν 40,8 έτη (SD=9,5 έτη). Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων ήταν γυναίκες με τα ποσοστά να είναι 88,5% για την ομάδα ελέγχου και 86,6% για την ομάδα παρέμβασης. Επίσης, το 51,9% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 55,6% της ομάδας παρέμβασης ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ. Οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες ως προς τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ($p>0,05$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 2: Πλαίσιο εργασίας συμμετεχόντων

		Ομάδα				P
		Ελέγχου (N=52)		Παρέμβασης (N=67)		
		N	%	N	%	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Παθολογία	2	4,0	1	1,6	0,025**
	Παιδιατρική	1	2,0	2	3,1	
	Μαιευτική	6	12,0	12	18,8	
	Νοσηλευτική	23	46,0	12	18,8	
	Γυναικολογία	0	0,0	1	1,6	
	Κοινωνική Εργασία	4	8,0	11	17,2	
	Ψυχολογία	3	6,0	12	18,8	
	Άλλο	11	22,0	13	20,3	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	7	14,0	8	12,5	0,050*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	29	58,0	24	37,5	
	Άλλο	14	28,0	32	50,0	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, μέση τιμή (SD)		15,4 (8,5)		14,8 (8,6)		0,707 ⁺
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	0	3	6,0	10	14,9	0,525*
	<20	18	36,0	17	25,4	
	20-39	13	26,0	19	28,4	
	40-59	7	14,0	9	13,4	
	>=60	9	18,0	12	17,9	
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		23,7 (45,3)	15 (3 - 30)	15,2 (18,3)	7 (3 - 22,5)	0,301 ⁺⁺
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,4 (1,0)	0 (0 - 0)	0,6 (2,6)	0 (0 - 0)	0,357 ⁺⁺
Αυτό αντιπροσωπεύει	Όλους	10	27,0	15	34,1	0,094**
	Τους περισσότερους	6	16,2	5	11,4	
	Κάποιους	3	8,1	0	0,0	
	Λίγους	1	2,7	7	15,9	
	Δεν ξέρω	17	45,9	17	38,6	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	24	66,7	30	66,7	1,000*
	Ναι	12	33,3	15	33,3	
Πόση προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας είχατε	Καθόλου	24	66,7	30	66,7	0,880**
	Παρακολούθησα video	2	5,6	1	2,2	
	Παρακολούθησα διάλεξη ή ομιλία	2	5,6	2	4,4	
	Παρακολούθησα εκπαίδευση	1	2,8	0	0,0	
	Εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών	3	8,3	5	11,1	
	Εκπαίδευση στο χώρο εργασίας	0	0,0	0	0,0	
	Μεταπτυχιακή εκπαίδευση	0	0,0	2	4,4	
	Σεμινάρια	2	5,6	3	6,7	
	Ημερίδες	1	2,8	2	4,4	
Ντοκιμαντέρ	1	2,8	0	0,0		

⁺Student's t-test ⁺⁺Mann-Whitney test *Pearson's χ^2 test ^{**}Fisher's exact test

Το κύριο πεδίο πρακτικής διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα το ποσοστό των συμμετεχόντων που ασχολούνταν με τη μαιευτική/ νοσηλευτική ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης (58,0% έναντι 37,5%). Τα υπόλοιπα στοιχεία του παραπάνω πίνακα δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ($p>0,05$). Ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας ήταν 15,4 (SD=8,5 έτη) για την ομάδα ελέγχου και 14,8 (SD=8,6 έτη) για την ομάδα παρέμβασης. Το ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων (33,3%) και από τις δύο ομάδες είχε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας, με τους περισσότερους από αυτούς να έχουν εκπαιδευτεί κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (8,3% της ομάδας ελέγχου και 11,1% της ομάδας παρέμβασης).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα άλλα πεδία πρακτικής των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 3: «Λοιπά πεδία εργασιακής πρακτικής των συμμετεχόντων»

Άλλο πεδίο πρακτικής	Ομάδα			
	Ελέγχου		Παρέμβασης	
	N	%	N	%
Ακτινολογία	1	1,9	2	3,0
Βοηθός Πρ.	0	0,0	1	1,5
Βοηθός.εργ	0	0,0	2	3,0
Βοηθός.ιατ	0	0,0	1	1,5
Γενική ιατρική	1	1,9	0	0,0
Διοικητική	1	1,9	0	0,0
Επιμόρφωση προσωπικού	0	0,0	1	1,5
Επισκέπτης Υγείας	3	5,8	2	3,0
Εργαστηριακή	0	0,0	1	1,5
Ιατρική	1	1,9	0	0,0
Μικροβιολογική	0	0,0	1	1,5
Οδοντιατρική	1	1,9	1	1,5
πληρ.ασθ	1	1,9	0	0,0
Φαρμακευτική	1	1,9	1	1,5
Φοιτήτρια	0	0,0	1	1,5
Φυσιοθεραπεία	1	1,9	0	0,0

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Αντιληπτή ετοιμότητα», «Αντιληπτή γνώση» και «Πραγματική γνώση» πριν και μετά την παρέμβαση, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 4: «Αντιληπτή ετοιμότητα», «αντιληπτή γνώση» και «πραγματική γνώση»

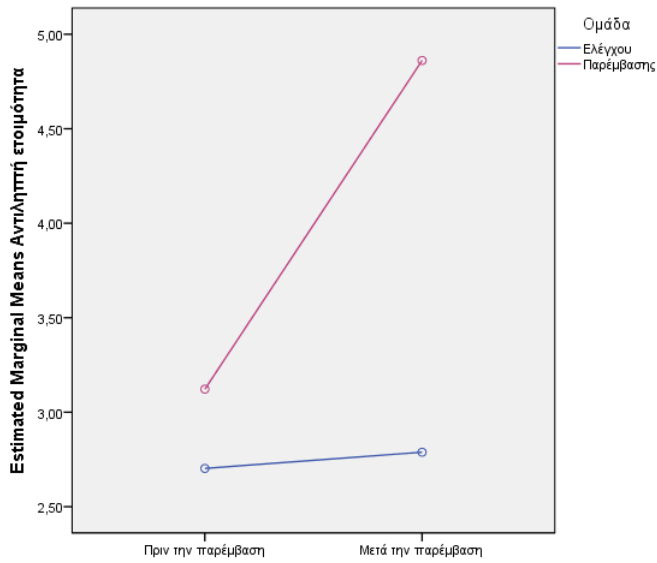
	Ομάδα	Πριν	Μετά	Μεταβολή	P ¹	P ²
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
Αντιληπτή ετοιμότητα	Ελέγχου	2,70 (1,46)	2,79 (1,44)	0,09 (0,49)	0,570	<0,001
	Παρέμβασης	3,12 (1,34)	4,86 (1,27)	1,74 (1,38)	<0,001	
	P ³	0,106	<0,001			
Αντιληπτή γνώση	Ελέγχου	2,95 (1,29)	2,90 (1,33)	-0,05 (0,81)	0,915	<0,001
	Παρέμβασης	3,21 (1,44)	5,21 (1,24)	2,00 (1,53)	<0,001	
	P ³	0,317	<0,001			
Πραγματική γνώση	Ελέγχου	11,38 (3,17)	11,29 (3,17)	-0,10 (1,56)	0,809	<0,001
	Παρέμβασης	11,10 (3,45)	15,13 (3,95)	4,03 (3,55)	<0,001	
	P ³	0,650	<0,001			

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Πριν την παρέμβαση οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του παραπάνω πίνακα ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες. Μετά την παρέμβαση, οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Αντιληπτή ετοιμότητα», «Αντιληπτή γνώση» και «Πραγματική γνώση» αυξήθηκαν σημαντικά μόνο στην ομάδα παρέμβασης, καταλήγοντας έτσι μετά την παρέμβαση τα άτομα της ομάδας αυτής να έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από αυτές της ομάδας ελέγχου. Οι βαθμοί μεταβολής στις διαστάσεις αυτές διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

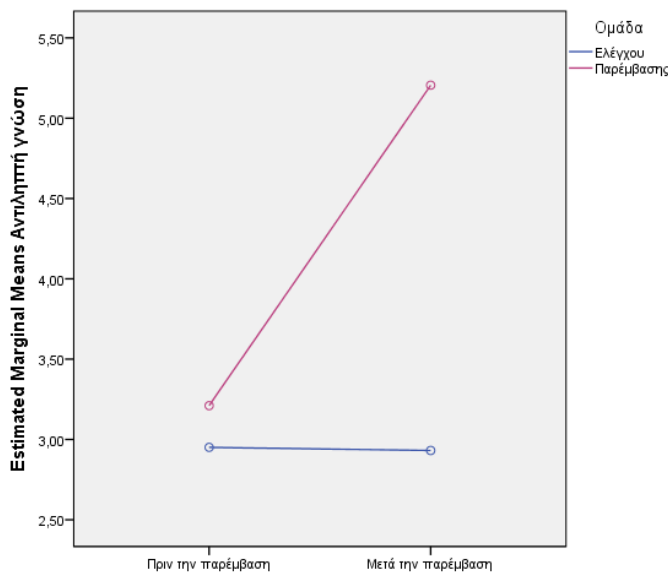
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 1: «Αντιληπτή ετοιμότητα» των συμμετεχόντων



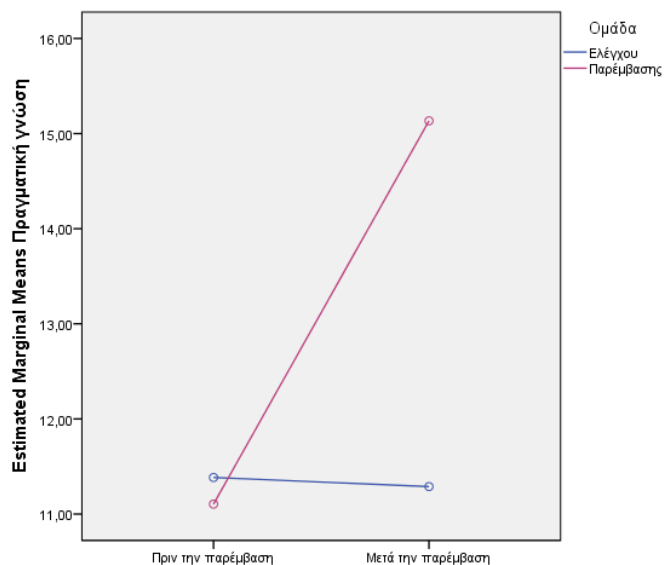
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 2: «Αντιληπτή γνώση» των συμμετεχόντων



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 3: «Πραγματική γνώση» των συμμετεχόντων



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Θέματα πρακτικής» πριν και μετά την παρέμβαση, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 5: «Θέματα πρακτικής των συμμετεχόντων» πριν και μετά

Θέματα πρακτικής	Ομάδα	Πριν	Μετά	Μεταβολή	P ¹	P ²
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
	Ελέγχου	4,67 (4,67)	5,25 (5,53)	0,58 (2,57)	0,237	0,426
	Παρέμβασης	5,00 (4,19)	5,06 (4,23)	0,06 (4,11)		
P ³		0,691	0,828			

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στη διάσταση «θέματα πρακτικής» μεταξύ των ομάδων ούτε πριν ούτε μετά την παρέμβαση. Επίσης, δεν μεταβλήθηκε σημαντικά η βαθμολογία στη διάσταση αυτή μετά την παρέμβαση ούτε στην ομάδα ελέγχου αλλά ούτε και στην ομάδα παρέμβασης. Ο βαθμός μεταβολής ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις απόψεων πριν και μετά την παρέμβαση, χωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας:6 «Απόψεις» των συμμετεχόντων πριν και μετά

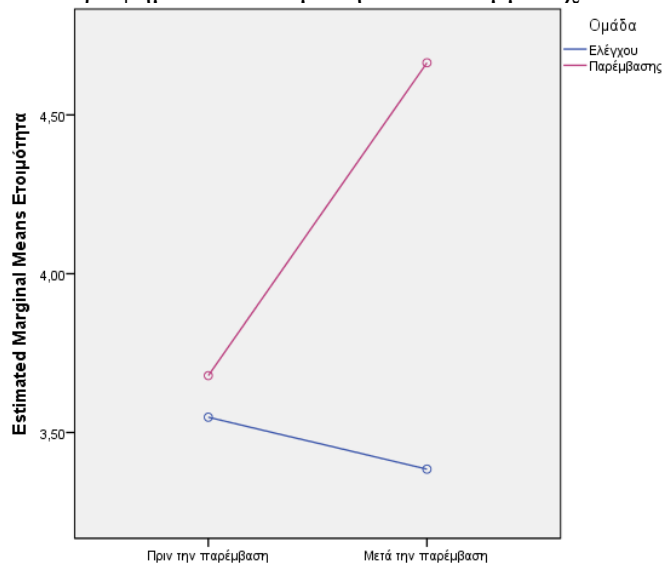
	Ομάδα	Πριν	Μετά	Μεταβολή	P ¹	P ²
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
Ετοιμότητα	Ελέγχου	3,55 (1,40)	3,38 (1,34)	-0,16 (1,11)	0,377	<0,001
	Παρέμβασης	3,68 (1,38)	4,66 (1,22)	0,99 (1,47)	<0,001	
	P ³	0,612	<0,001			
Περιορισμοί	Ελέγχου	5,32 (1,31)	5,23 (1,43)	-0,09 (1,09)	0,608	0,123
	Παρέμβασης	5,40 (1,40)	5,66 (1,35)	0,26 (1,3)	0,080	
	P ³	0,757	0,100			
Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας	Ελέγχου	2,64 (1,48)	2,70 (1,47)	0,06 (0,92)	0,684	<0,001
	Παρέμβασης	3,24 (1,54)	4,17 (1,42)	0,93 (1,09)	<0,001	
	P ³	0,036	<0,001			
Αυτοαποτελεσματικότητα	Ελέγχου	4,12 (1,15)	4,08 (1,13)	-0,04 (0,75)	0,796	0,023
	Παρέμβασης	4,44 (1,12)	4,86 (1,19)	0,42 (1,26)	0,002	
	P ³	0,123	<0,001			
Αλκοόλ/ουσίες	Ελέγχου	4,59 (0,96)	4,47 (1,00)	-0,12 (0,81)	0,396	<0,001
	Παρέμβασης	4,64 (0,84)	5,20 (0,97)	0,56 (1,09)	<0,001	
	P ³	0,740	<0,001			
Κατανόηση του θύματος	Ελέγχου	4,21 (0,93)	4,18 (1,02)	-0,03 (0,78)	0,828	0,050
	Παρέμβασης	4,33 (1,05)	4,68 (1,05)	0,35 (1,24)	0,008	
	P ³	0,527	0,010			

¹Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ²Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων. ³Διαφορά μεταξύ των ομάδων

Πριν την παρέμβαση, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις απόψεων, με εξαίρεση τη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας», στην οποία η βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης, υποδηλώνοντας ότι τα άτομα της ομάδας αυτής είχαν μεγαλύτερη εμπειρία μέσω της εργασίας τους για καλύτερη διαχείριση των περιστατικών συντροφικής βίας σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Μετά την παρέμβαση, αυξήθηκαν σημαντικά οι βαθμολογίες σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις (εξαίρεση η διάσταση «Περιορισμοί») μόνο στην ομάδα παρέμβασης, υποδηλώνοντας σημαντική βελτίωση στις απόψεις του για τη συντροφική βία, και έτσι μετά την παρέμβαση οι βαθμολογίες στην ομάδα αυτή ήταν σημαντικά υψηλότερες από τις αντίστοιχες της ομάδας ελέγχου. Οι βαθμοί μεταβολής διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων σε όλες τις διαστάσεις εκτός από τη διάσταση «Περιορισμοί».

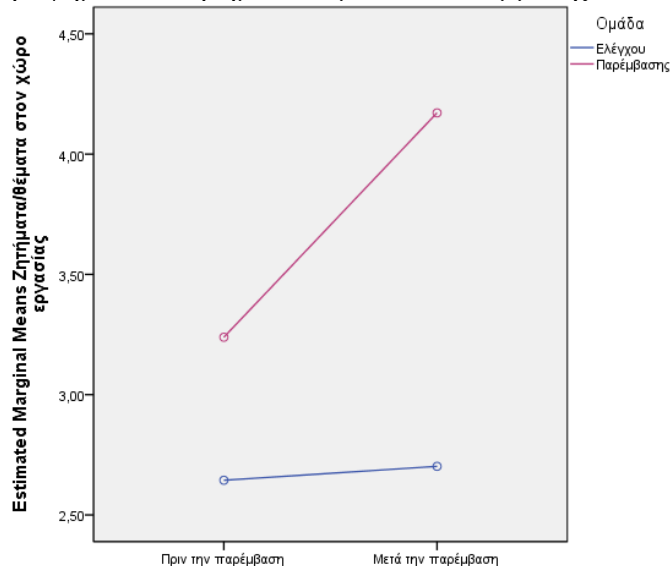
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 4: «Ετοιμότητα των συμμετεχόντων»



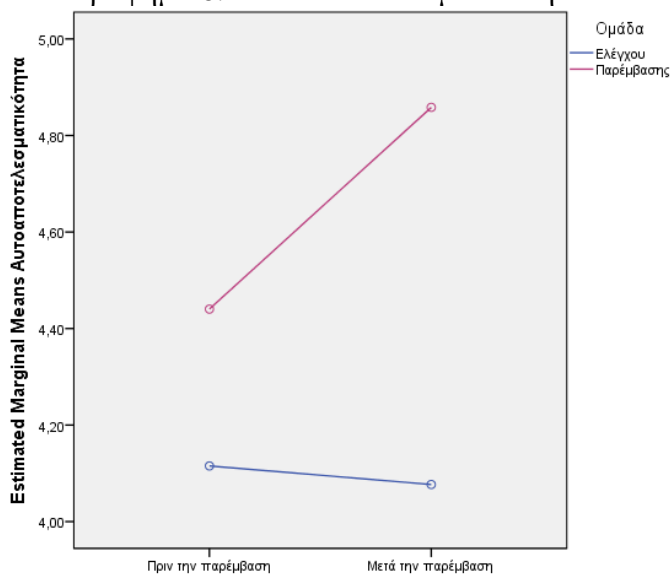
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 5: «Ζητήματα/θέματα των συμμετεχόντων στον χώρο εργασίας»



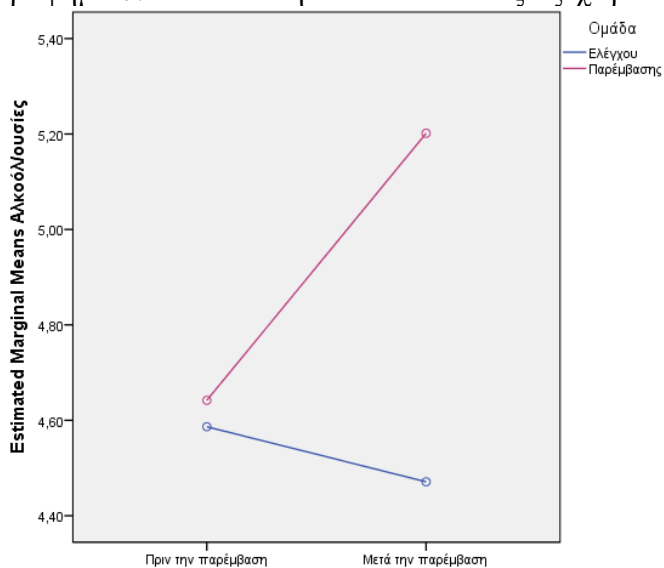
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 6: «Αυτοαποτελεσματικότητα» των συμμετεχόντων



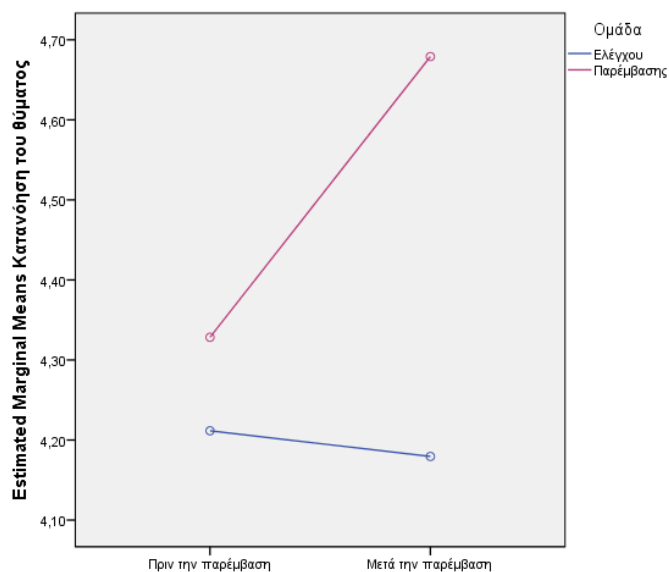
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 7: Η διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» ξεχωριστά για τις δύο ομάδες



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος», ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 8: «Κατανόηση του θύματος» για κάθε ομάδα συμμετεχόντων



Στην ανάλυση που ακολουθεί έγινε συσχέτιση των μεταβολών στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης. Στην ανάλυση αυτή συμπεριλήφθηκαν μόνο οι διαστάσεις που παρουσίασαν σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 7: Αντιληπτή ετοιμότητα των συμμετεχόντων με βάση το φύλο, το επάγγελμα, την εκπαίδευση και την προηγούμενη εκπαίδευση

		Αντιληπτή ετοιμότητα (μεταβολή)		P Student's t-test	
		Μέση τιμή	SD		
Φύλο	Άντρες	1,76	1,13	0,775	
	Γυναίκες	1,74	1,43		
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	2,08	1,09	0,488*	
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	1,72	1,40		
	Άλλο	1,48	1,32		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/ ΤΕΙ	1,77	1,36	0,329	
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	1,39	1,25		
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το		Όχι	2,11	1,39	0,981

φαινόμενο της συντροφικής βίας	Ναι	2,11	1,07	
--------------------------------	-----	------	------	--

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 8: Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα»

		Αντιληπτή ετοιμότητα (μεταβολή)
Ηλικία	r*	0,02
	P	0,904
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,25
	P	0,055
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,05
	P	0,673
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	-0,09
	P	0,458
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,05
	P	0,668
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,34
	P	0,005

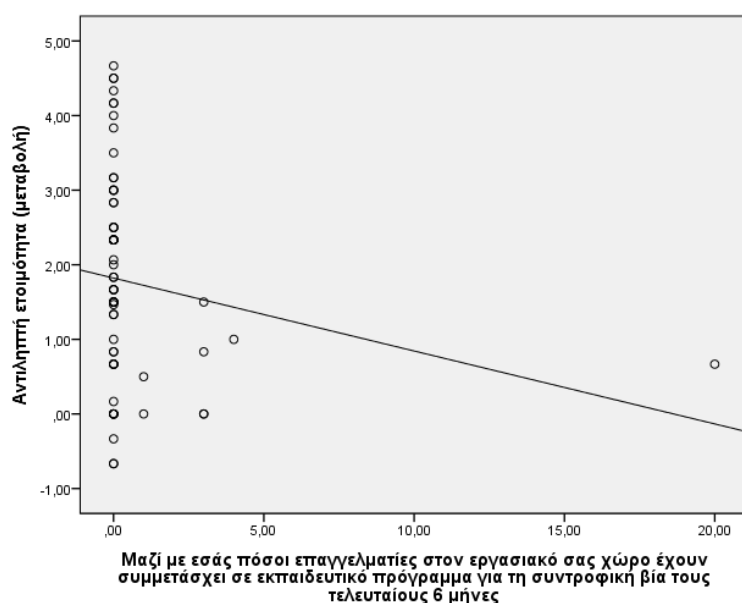
*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες. Οπότε όσο περισσότεροι ήταν οι επαγγελματίες που ήταν στον

ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα». Αυτό οφείλεται στο ότι πριν την παρέμβαση υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του αριθμού των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες με την διάσταση αυτή ($r=0,31$, $p=0,014$), υποδηλώνοντας ότι όσο περισσότερους τέτοιους συναδέλφους είχαν τόσο καλύτερη ήταν η αντιληπτή ετοιμότητα των συμμετεχόντων εξαρχής, ενώ μετά την παρέμβαση δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση ($r=0,07$, $p=0,601$). Συνεπώς, με την παρέμβαση βελτιώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από το πόσους συναδέλφους είχαν που να έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Γράφημα 9: «Αντιληπτή ετοιμότητα» σε σχέση με τον αριθμό επαγγελματιών που έχουν λάβει εκπαίδευση για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method), βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 9: Αριθμός των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα για τη βία

	β^*	SE**	P
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	-0,19	0,07	0,045

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο ο αριθμός των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα». Συγκεκριμένα, όσο περισσότεροι ήταν οι επαγγελματίες που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 10: Μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση

		Αντιληπτή γνώση (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	2,06	1,40	0,934
	Γυναίκες	1,99	1,56	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	2,86	1,26	0,065*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	2,05	1,28	
	Άλλο	1,55	1,59	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/ ΤΕΙ	2,15	1,36	0,062
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	1,46	1,68	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	2,35	1,63	0,718
	Ναι	2,22	1,19	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση»

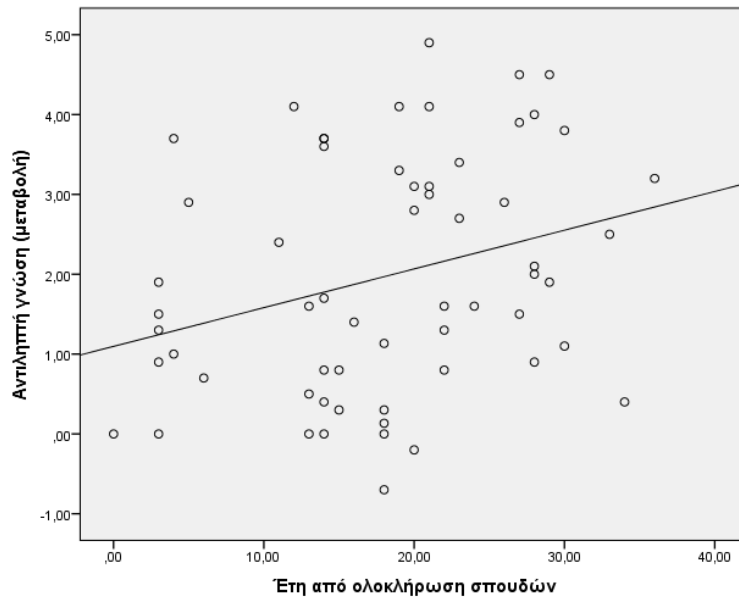
		Αντιληπτή γνώση (μεταβολή)
Ηλικία	r*	0,15
	P	0,236
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,29
	P	0,024
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,01
	P	0,961
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	-0,03
	P	0,803
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,14
	P	0,263
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,24
	P	0,062

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών. Οπότε όσο περισσότερα έτη είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών.

Γράφημα 10: Συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method), βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 12: Συσχέτιση ανάμεσα στα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών με τη μεταβολή στη διάσταση αντιληπτή γνώση

	β^*	SE**	P
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	0,05	0,02	0,024

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα έτη από την ολοκλήρωση των σπουδών βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα έτη είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αντιληπτή γνώση».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 13: Η μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους

		Πραγματική γνώση (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	2,56	3,71	0,142
	Γυναίκες	4,26	3,50	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	3,88	3,64	0,977*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	3,79	3,79	
	Άλλο	4,00	3,48	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/ ΤΕΙ	4,59	3,89	0,102
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,09	2,84	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	4,60	4,15	0,431
	Ναι	3,53	3,20	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Πραγματική γνώση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Πραγματική γνώση»

		Πραγματική γνώση (μεταβολή)
Ηλικία	r*	0,11
	P	0,379
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,16
	P	0,210
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,07
	P	0,561
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	0,16
	P	0,206
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,00
	P	0,993
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,22
	P	0,079

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Πραγματική γνώση» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Πραγματική γνώση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή αυτή. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 15: Μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους

		Ετοιμότητα (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αντρες	0,06	1,61	0,136
	Γυναίκες	1,13	1,41	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	2,06	1,50	0,087*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	0,92	1,52	
	Άλλο	0,77	1,41	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/ ΤΕΙ	1,16	1,61	0,334
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,70	1,29	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	1,22	1,50	0,952
	Ναι	1,27	1,02	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Ετοιμότητα» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Ετοιμότητα»

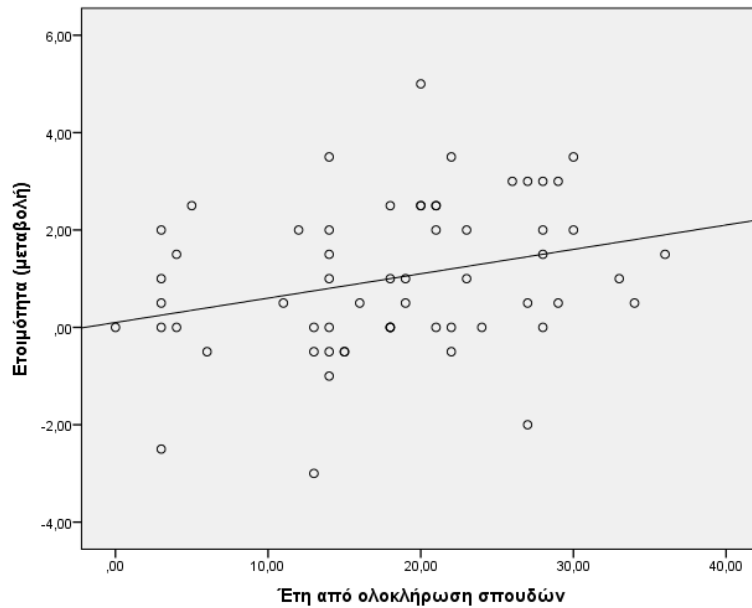
		Ετοιμότητα (μεταβολή)
Ηλικία	r*	0,15
	P	0,245
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,29
	P	0,025
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	0,07
	P	0,584
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	0,05
	P	0,715
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,12
	P	0,333
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,20
	P	0,111

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Ετοιμότητα» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών. Οπότε όσο περισσότερα έτη είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ετοιμότητα».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Ετοιμότητα» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών.

Γράφημα 11: Συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Ετοιμότητα» με τα έτη που είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method), βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 17: Συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης

	β^*	SE**	P
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	0,05	0,02	0,025

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο τα έτη από την ολοκλήρωση των σπουδών βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στη διάσταση «Ετοιμότητα». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα έτη είχαν περάσει από την ολοκλήρωση των σπουδών τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ετοιμότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 18: Συσχέτιση ανάμεσα στα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών με τη μεταβολή στη διάσταση ετοιμότητα

		Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αντρες	0,94	1,07	0,701
	Γυναίκες	0,93	1,10	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	1,31	1,16	0,440*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	0,83	1,19	
	Άλλο	0,80	0,85	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΙΕΚ/ ΤΕΙ	0,94	1,01	0,270
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,64	1,03	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	1,15	1,20	0,951
	Ναι	1,13	1,16	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα

έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας»

		Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας (μεταβολή)
Ηλικία	r*	-0,04
	P	0,731
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,19
	P	0,152
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,24
	P	0,087
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	-0,07
	P	0,590
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	-0,09
	P	0,496
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,19
	P	0,130

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Ζητήματα/θέματα στον χώρο εργασίας» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή αυτή.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 20: Μεταβολή ως προς την «Αυτοαποτελεσματικότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους

		Αυτοαποτελεσματικότητα (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	0,50	1,62	0,963
	Γυναίκες	0,41	1,21	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	0,44	2,04	0,377*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	0,71	1,15	
	Άλλο	0,22	1,16	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	IEK/ TEI	0,50	1,32	0,585
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,30	1,27	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	0,42	1,16	0,706
	Ναι	0,30	1,39	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν

συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 21: Συντελεστές συσχέτισης ως προς την «Αυτοαποτελεσματικότητα»

		Αυτοαποτελεσματικότητα (μεταβολή)
Ηλικία	r*	-0,08
	P	0,498
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	-0,01
	P	0,925
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,04
	P	0,738
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	-0,19
	P	0,130
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,22
	P	0,075
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,24
	P	0,050

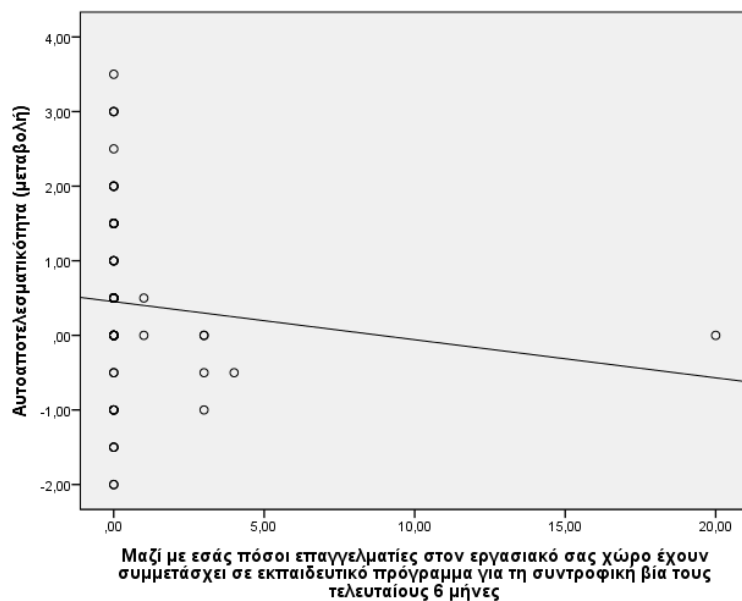
*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα» με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες. Οπότε όσο περισσότεροι ήταν οι επαγγελματίες που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε

εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα». Αυτό οφείλεται στο ότι πριν την παρέμβαση υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του αριθμού των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες με την διάσταση αυτή ($r=0,26$, $p=0,042$), υποδηλώνοντας ότι όσο περισσότερους τέτοιους συναδέλφους είχαν τόσο καλύτερη ήταν η αυτοαποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων εξαρχής, ενώ μετά την παρέμβαση δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση ($r=0,07$, $p=0,586$). Συνεπώς, με την παρέμβαση βελτιώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από το πόσους συναδέλφους είχαν που να έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα» με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Γράφημα 12: Μεταβολή ως προς την «Αυτοαποτελεσματικότητα» σε σχέση με τον αριθμό των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Αντιληπτή ετοιμότητα» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method), βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 22: Συσχέτιση ανάμεσα στην «Αντιληπτή ετοιμότητα» με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης

	β^*	SE**	P
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	-0,07	0,06	0,048

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο ο αριθμός των επαγγελματιών που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα». Συγκεκριμένα, όσο περισσότεροι ήταν οι επαγγελματίες που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες τόσο μικρότερη ήταν η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αυτοαποτελεσματικότητα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας:23 Μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους

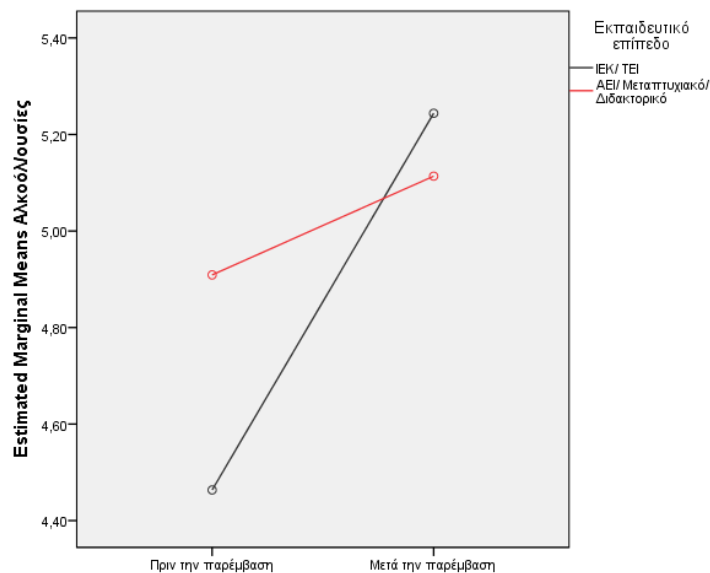
		Αλκοόλ/ουσίες (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	0,72	1,37	0,948
	Γυναίκες	0,53	1,05	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	0,63	0,92	0,877*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	0,65	1,23	
	Άλλο	0,50	1,04	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	IEK/ TEI	0,78	1,08	0,050
	AEI/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	0,20	1,07	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	0,58	1,18	0,503
	Ναι	0,40	0,81	

*ANOVA

Σημαντικά μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» των πτυχιούχων IEK/TEI, υποδηλώνοντας ότι μετά την παρέμβαση πίστευαν περισσότερο ότι μπορεί να προκληθεί συντροφική βία εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ/ ουσιών, σε σύγκριση με τους πτυχιούχους AEI/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πριν την παρέμβαση οι πτυχιούχοι IEK/TEI είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή ($p=0,049$) σε σύγκριση με τους πτυχιούχους AEI/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό. Μετά την παρέμβαση η βαθμολογία των πτυχιούχων IEK/TEI αυξήθηκε σημαντικά ($p<0,001$) ενώ των πτυχιούχων AEI/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δεν μεταβλήθηκε σημαντικά ($p=0,375$) φτάνοντας σε παρόμοια επίπεδα οι δύο ομάδες ($p=0,615$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο

Γράφημα13: Μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 24 : Συντελεστές συσχέτισης στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες»

		Αλκοόλ/ουσίες (μεταβολή)
Ηλικία	r*	-0,04
	P	0,726
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,03
	P	0,849
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	0,03
	P	0,838
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	0,06
	P	0,635
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	0,13
	P	0,313
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,11
	P	0,402

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες » και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method), βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 25: Συσχέτιση ανάμεσα στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» με τα δημογραφικά και τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

	β^*	SE**	P
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
IEK/ TEI (αναφ.)			
AEI/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	-0,58	0,28	0,047

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες». Συγκεκριμένα, οι πτυχιούχοι AEI/ Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού είχαν κατά 0,58 μονάδες μικρότερη βελτίωση στη διάσταση «Αλκοόλ/ουσίες» σε σύγκριση με τους πτυχιούχους IEK/TEI.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος» των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 26: «Κατανόηση του θύματος» σε σχέση με το φύλο, το πεδίο πρακτικής και την εκπαίδευση των συμμετεχόντων

		Κατανόηση του θύματος (μεταβολή)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	0,31	1,52	0,523
	Γυναίκες	0,36	1,20	
Κύριο πεδίο πρακτικής	Ιατρική	0,47	0,84	0,674*
	Μαιευτική/ Νοσηλευτική	0,14	1,21	
	Άλλο	0,41	1,38	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	IEK/ TEI	0,53	1,28	0,119

	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	-0,05	1,17	
Έχετε προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας	Όχι	0,42	1,36	0,809
	Ναι	0,43	1,51	

*ANOVA

Παρόμοια ήταν η μεταβολή στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της μεταβολής στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο, τον αριθμό ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζουν ανά εβδομάδα και τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο και που είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 27: Συντελεστές συσχέτισης ως προς την «Κατανόηση του θύματος»

		Κατανόηση του θύματος (μεταβολή)
Ηλικία	r*	-0,06
	P	0,630
Έτη από ολοκλήρωση σπουδών	r*	0,11
	P	0,401
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο	r*	-0,10
	P	0,448
Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα	r**	-0,05

	P	0,717
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο	r**	-0,20
	P	0,111
Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες	r**	-0,05
	P	0,709

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος» με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη διάσταση «Κατανόηση του θύματος» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης αλλά δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή αυτή.

6.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της Παρέμβασης

Οφέλη της παρέμβασης

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας από μόνη της αποτελεί δυνατό σημείο μια και το φαινόμενο της βίας σε βάρος των γυναικών αποτελεί σε μικρό, μέτριο ή μεγάλο βαθμό μέρος της καθημερινότητας του προσωπικού στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας. Ακόμη, τα επιμέρους στοιχεία της παρέμβασης μέσα από το εκπαιδευτικό υλικό θίγουν πτυχές του φαινομένου που οι επαγγελματίες δε γνωρίζουν και με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι λόγω των συνθηκών εργασίας.

Με την παρέμβαση επιδιώκεται αλλαγή στις γνώσεις, τις στάσεις, τις δεξιότητες και την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά το φαινόμενο της γυναικείας κακοποίησης καθώς οι επαγγελματίες δεν έχουν επαρκή κατάρτιση για να βελτιώσουν τις προαναφερόμενες παραμέτρους.

Εμπόδια κατά την εφαρμογή του προγράμματος

Τα εμπόδια που προέκυψαν κατά την εφαρμογή του προγράμματος αφορούν την καθυστέρηση κάποιων συμμετεχόντων να προσέλθουν στη μεταμέτρηση και τη μη συμμετοχή κάποιων στη μεταμέτρηση. Η αιτιολογία και στις δύο περιπτώσεις αφορούσε την έλλειψη χρόνου λόγω επαγγελματικών ή προσωπικών υποχρεώσεων.

Σε κάποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν να έχουν άμεσα πρόσβαση στη διαδικτυακή πλατφόρμα λόγω έλλειψης γνώσεων ως προς τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ή μη τήρησης των οδηγιών πρόσβασης στη διαδικτυακή πλατφόρμα.

Κάποιοι συμμετέχοντες θεώρησαν μικρό το διάστημα ολοκλήρωσης της παρέμβασης (04/04/2018-10/07/2018) καθώς οι προσκλήσεις δεν προωθήθηκαν εγκαίρως στους συμμετέχοντες από τους συλλόγους, τις επαγγελματικές ενώσεις ή τις υπηρεσίες υγείας.

Σε κάποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες θεώρησαν υπερβολικές τις πληροφορίες όσον αφορά τα προσωπικά τους δεδομένα που ζητήθηκαν από τη διαδικτυακή πλατφόρμα προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε αυτή. Δόθηκαν διευκρινήσεις για το απόρρητο όσον αφορά τη διαδικασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε άμεση ανταπόκριση κάθε φορά που οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν δυσκολία με τη διαδικασία. Η επικοινωνία γινόταν είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομίου είτε τηλεφωνικά βάσει της επιθυμίας και της συναίνεσης των συμμετεχόντων.

6.3 Αξιολόγηση της παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην αξιολόγηση της παρέμβασης.

Πίνακας 28: Αξιολόγηση της παρέμβασης με βάση το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης για τη διαδικτυακή παρέμβαση

	1 (Λίγο)	2	3	4	5 (Πολύ)	Μέση τιμή (SD)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Μου άρεσε αυτή η εκπαιδευτική ενότητα	0 (0)	0 (0)	4 (6,8)	8 (13,6)	47 (79,7)	4,73 (0,58)
Ήταν χρήσιμη για μένα	0 (0)	0 (0)	4 (6,9)	9 (15,5)	45 (77,6)	4,71 (0,59)
Αισθητικά ήταν ξεκούραστη και ενδιαφέρουσα	2 (3,4)	1 (1,7)	2 (3,4)	14 (23,7)	40 (67,8)	4,51 (0,92)
Θα μπορέσω να βάλω στην πρακτική μου αυτή τη μάθηση	1 (1,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	19 (32,8)	36 (62,1)	4,52 (0,78)
Τεχνικά δε συνάντησα προβλήματα σε αυτήν την ενότητα	10 (17,2)	0 (0)	2 (3,4)	4 (6,9)	42 (72,4)	4,17 (1,52)
Δεν βρήκα κάποιο λάθος σε αυτήν την ενότητα	12 (21,4)	0 (0)	2 (3,6)	7 (12,5)	35 (62,5)	3,95 (1,62)
Είναι αρκετά πιθανό να παρακολουθήσω κι άλλες ενότητες εκπαίδευσης σε αυτήν την πλατφόρμα	1 (1,7)	1 (1,7)	3 (5,2)	12 (20,7)	41 (70,7)	4,57 (0,82)
Είναι πολύ πιθανό να προτείνω και σε άλλους συναδέλφους να παρακολουθήσουν αυτήν την ενότητα	0 (0)	0 (0)	3 (5,1)	8 (13,6)	48 (81,4)	4,76 (0,54)

Η παρέμβαση αξιολογήθηκε υψηλά από την πλειονότητα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, τις υψηλότερες αξιολογήσεις τις έλαβε στις ερωτήσεις «Είναι πολύ πιθανό να προτείνω και σε άλλους συναδέλφους να παρακολουθήσουν αυτήν την ενότητα», «Μου άρεσε αυτή η εκπαιδευτική ενότητα» και «Ήταν χρήσιμη για μένα».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι παρατηρήσεις και τα σχόλια των συμμετεχόντων για την παρέμβαση.

Πίνακας 29: Σχόλια όσων συμμετεχόντων απάντησαν στην τελευταία ανοιχτή ερώτηση στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την ενότητα

Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο για να μας μιλήσετε περισσότερο για οτιδήποτε θέλετε σε σχέση με την εμπειρία σας παρακολουθώντας τη συγκεκριμένη ενότητα	N	%
3η ηλικία	1	0,8
Αναλυτική	1	0,8
Αξιολογή	1	0,8
Απλή	1	0,8
Εμπειρίες	1	0,8
Ενδιαφέρουσα	4	3,4
Επικοινωνιακή	1	0,8
Ικανοποιητική	2	1,7
Κατανόησ	1	0,8
κι άλλο	1	0,8
Κίνητρο	1	0,8
Πληρότητα	1	0,8
Χρήσιμη	2	1,7

Συζήτηση

Στην παρέμβαση συμμετείχαν 119 επαγγελματίες υγείας (ομάδα παρέμβασης:67 και ομάδα ελέγχου:52). Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες είναι παρόμοια. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία για την ομάδα παρέμβασης ήταν 40,8 έτη και για την ομάδα ελέγχου 41. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, για την ομάδα παρέμβασης 55,6% και για την ομάδα ελέγχου 51,9%.

Στο κύριο πεδίο πρακτικής η ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 58% ασχολείται με τη μαιευτική και τη νοσηλευτική σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης που είναι 37,5%. Το 33,3% των συμμετεχόντων και στις δύο ομάδες είχαν προηγούμενη εκπαίδευση στο φαινόμενο της συντροφικής βίας κυρίως κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Σύμφωνα με έρευνες οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή με περιπτώσεις συντροφικής βίας συχνά χωρίς να έχουν γνώσεις για το φαινόμενο, πως να κάνουν ερωτήσεις για τη συντροφική βία και πως να ενεργήσουν σε περιπτώσεις αποκάλυψης αυτής (Guillery, Benzies, Mannion & Evans, 2012). Η παροχή της κατάλληλης φροντίδας προς τις γυναίκες θύματα βίας διασφαλίζεται όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν γνώσεις και μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους με επαγγελματισμό και κατάλληλο τρόπο (Hollingsworth & Ford-Gilboe, 2007).

Στην παρούσα μελέτη η ομάδα παρέμβασης με την ολοκλήρωση της διαδικτυακής εκπαίδευσης βελτιώθηκε ως προς την αντιληπτή ετοιμότητα, την αντιληπτή γνώση και την πραγματική γνώση. Αντίθετα, η ομάδα ελέγχου στις παραπάνω διαστάσεις δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή.

Οι δύο ομάδες στην πρώτη μέτρηση είχαν παρόμοιες βαθμολογίες στις απόψεις (ετοιμότητα, περιορισμοί, αυτοπατελεσματικότητα, αλκοόλ/ουσίες, κατανόηση του θύματος). Όσον αφορά τα «ζητήματα/θέματα εργασίας» η ομάδα παρέμβασης έχει περισσότερη εμπειρία σχετικά με τη διαχείριση περιπτώσεων συντροφικής βίας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Ακόμη, μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα βελτίωσε τις απόψεις της στις παραπάνω διαστάσεις εκτός από τους περιορισμούς. Οι διαφορές στη μεταβολή ανάμεσα στις δύο ομάδες είναι σημαντικές σε όλες τις διαστάσεις απόψεων εκτός από τους «περιορισμούς».

Εκτιμώ ότι η αλλαγή στις βαθμολογίες στις προαναφερόμενες απόψεις συνδέονται με το γεγονός ότι η διαδικτυακή παρέμβαση προσανατολίζεται στο γεγονός ότι η βία κατά των γυναικών οφείλεται στη διάκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ακόμη, η παρέμβαση δίνει έμφαση στις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών που έχουν υποστεί βία και επισημαίνει με ποιους τρόπους μπορούν να ενεργήσουν οι επαγγελματίες στην παροχή βοήθειας σε επίπεδο πρώτης γραμμής αλλά και τη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με της δομές αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών.

Στην παρούσα μελέτη οι επαγγελματίες που ήταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετοχή σε πρόγραμμα ευαισθητοποίησης για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες εμφάνισαν μικρή βελτίωση ως προς την «αντιληπτή ετοιμότητα».

Τα έτη από την ολοκλήρωση των σπουδών σχετίζονται σημαντικά με τη μεταβολή στην αντιληπτή γνώση καθώς όσο περισσότερα τα έτη από τις σπουδές τόσο μεγαλύτερη η βελτίωση των συμμετεχόντων στη διάσταση «αντιληπτή γνώση». Το ίδιο συμβαίνει και με τα έτη από την ολοκλήρωση σπουδών και την «ετοιμότητα» των επαγγελματιών.

Οι επαγγελματίες που βρίσκονταν στον ίδιο χώρο με τους συμμετέχοντες και είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες είχαν μικρή βελτίωση στην «αυτοαποτελεσματικότητα».

Οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού είχαν μικρότερη βελτίωση στο ερώτημα αν η χρήση ουσιών είναι προβλεπτικός παράγοντας για την άσκηση συντροφικής βίας συγκριτικά με τους πτυχιούχους ΙΕΚ/ΤΕΙ.

Τα στοιχεία της παρούσας μελέτης που αναφέρονται σε προηγούμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας, της γνώσης και της ετοιμότητας ενισχύουν την άποψη ότι η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση συμβάλλει θετικά στη βελτίωση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, η αποτελεσματική ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας προς τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία θα πρέπει να περιλαμβάνει τακτική εκπαίδευση ως προς τις πεποιθήσεις και τις στάσεις, την παροχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων και την δημιουργία πρωτοκόλλων για όλα τα πλαίσια υγείας και όχι μόνο για τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Garcia-Moreno, 2002).

Οι κακοποιημένες γυναίκες στις περισσότερες περιπτώσεις απευθύνονται κυρίως στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αρκετές φορές δεν είναι ευαισθητοποιημένες για τις ανάγκες τους. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας είναι καθοριστικός στην παροχή βοήθειας προς τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία. Παρά το γεγονός ότι πολλές γυναίκες ζητούν βοήθεια από τις υπηρεσίες υγείας συχνά δεν ερωτώνται για το ενδεχόμενο να έχουν υποστεί βία

με συνέπεια να μην αναγνωρίζονται ή να αντιμετωπίζονται οι αντικειμενικές αιτίες των προβλημάτων υγείας τους (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση των γυναικών που έχουν υποστεί βία μπορεί να συμβάλλει η λειτουργία της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας σε 24ωρη βάση με ταυτόχρονη ψυχοκοινωνική υποστήριξη των γυναικών στη διάρκεια της εξέτασης. Η σύνδεση των υπηρεσιών υγείας με την Ιατροδικαστική Υπηρεσία χρειάζεται να είναι άμεση καθώς συμβάλλει στην καλύτερη και έγκαιρη εκτίμηση των σωματικών βλαβών που έχουν υποστεί οι γυναίκες. Το ίδιο σημαντική είναι η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας και της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας με τις δομές αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών (συμβουλευτικά κέντρα και ξενώνες φιλοξενίας). Η διασύνδεση των δομών κατά της βίας με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να συμβάλλει θετικά ως προς τη διαμόρφωση της οπτικής επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών ώστε να ενεργούν με βάση τις ανάγκες και τις επιθυμίες των γυναικών αλλά και να προσεγγίζουν εξατομικευμένα την κάθε γυναίκα σύμφωνα με ένα πλάνο για την ασφάλειά της.

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες το 13% των γυναικών που εισέρχονται στα νοσοκομεία λόγω ξυλοδαρμού στην οικογένεια χρήζουν σημαντικής ιατρικής φροντίδας (Berios & Grandy, 1991). Το 40% των γυναικών που αναζητούν βοήθεια στις μονάδες υγείας έχει απευθυνθεί ξανά για ιατρική φροντίδα με ίδια ή παρόμοια τραύματα (Kernic et al, 2000). Οι επιπτώσεις της φυσικής βίας και ιδίως όταν αυτή επαναλαμβάνεται επιφέρει προβλήματα στην ψυχική υγεία και την ευημερία της γυναίκας. Οι γυναίκες που έχουν δεχτεί βία από τους συντρόφους τους σε ποσοστό 60% αναφέρουν ότι υποφέρουν από κατάθλιψη (Barnet, 2000). Επιπλέον, μπορεί να εμφανίσουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Posttraumatic Stress Disorder) που χαρακτηρίζεται από αναδρομές στο παρελθόν, εφιάλτες, άγχος, αϋπνίες και συναισθηματικά μουνδιάσματα (Coker et al, 2005).

Κάποιες γυναίκες ανάλογα με το βαθμό, τη διάρκεια και τη μορφή βίας που υπόκεινται δεν καταφέρνουν ποτέ να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις. Αποτέλεσμα η χαμηλή ποιότητα ζωής των γυναικών και η αδυναμία τους να δραστηριοποιηθούν στην κοινότητα στους

τομείς της κοινότητας και της εργασίας. Ακόμη, επηρεάζεται αρνητικά ο μητρικός ρόλος της γυναίκας και με επίδραση στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη της ίδιας αλλά και η ευημερία των παιδιών της.

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν ευθύνη ως προς τη διαπίστωση της βίας αλλά και στην ιατρική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των περιστατικών μια και οι γυναίκες απευθύνονται κυρίως στο σύστημα υγείας.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής από τους επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστική όταν μια γυναίκα αναφέρει ότι έχει υποστεί βία. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να είναι υποστηρικτικοί χωρίς να επικρίνουν τη γυναίκα και να αξιολογούν ό,τι τους λέει. Η φροντίδα που παρέχεται είναι να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της γυναίκας χωρίς να παραβιάζεται η αυτονομία της. Να ακούνε προσεκτικά χωρίς να πιέζουν τη γυναίκα να μιλήσει. Να δίνουν πληροφόρηση σχετικά με υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης και να την ανακουφίζουν από Ακόμη να βοηθιέται η γυναίκα όσον αφορά την ασφάλεια της ίδιας και των παιδιών της. Οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να διασφαλίσουν την εμπιστευτικότητα με σκοπό τη μη πρόκληση περαιτέρω βλάβης. (σ.16, 25)

Η εκπαίδευση με μορφή των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει στη βελτίωση των γνώσεων τους σύμφωνα με μελέτες. Ωστόσο, στις παρεμβάσεις δίνεται έμφαση στην αναγνώριση χωρίς να υπάρχει εστίαση στη φροντίδα και την παραπομπή (Cooprod et al. στον WHO, 2013). Οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν πολλαπλές πτυχές για την συντροφική βία (αναγνώριση, δεξιότητες, καταγραφή και παραπομπή) με τη χρήση διαδραστικών τεχνικών συμβάλλουν θετικά στην αναγνώριση περιπτώσεων βίας και στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (Campbell et al. στον WHO, 2013). Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών μαζί με αλλαγές στα συστήματα φροντίδας και παραπομπής μπορεί να έχουν περισσότερα οφέλη στην αναγνώριση και καλύτερη έκβαση προς τις επιζήσασες γυναίκες από τη συντροφική βία από ότι η εκπαίδευση από μόνη της (Lo Fo Wong et al. στον WHO, 2013).

Σύμφωνα με τον WHO (2013) χρειάζεται να δίνεται προτεραιότητα για την εκπαίδευση σε επαγγελματίες που έρχονται πιο συχνά σε επαφή με γυναίκες επιζήσασες συντροφικής

βίας. Για παράδειγμα, επαγγελματίες υγείας στην προγενετική φροντίδα, τον οικογενειακό προγραμματισμό, γυναικολόγοι, μαίες, επαγγελματίες ψυχικής υγείας και επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και στα επείγοντα.

Η εκπαίδευση χρειάζεται να περιλαμβάνει κλινική εξέταση και φροντίδα καθώς και έμφαση στην πολιτισμική επάρκεια, την ισότητα των φύλων και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ακόμη, να λαμβάνει χώρα μέσα στο πλαίσιο φροντίδας υγείας για την όσο δυνατό μεγαλύτερη προσέλευση και να είναι ενισχυτική της πρωταρχικής εκπαίδευσης. Μετέπειτα να υπάρχει συνεχή υποστήριξη, τακτική μεταπαρακολούθηση (follow-up) και εποπτεία (WHO, 2013).

Βιβλιογραφία

Αρτινοπούλου, Β. (2006). *Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση Γυναικών*. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη

Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης, Ι., Παπαγιαννοπούλου, Μ., Ζουλινάκη, Α., Κατσίκη, Γ., Ξυδοπούλου, Ε. & Παπαμιχαήλ, Σ. (2003). *Ενδο-οικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών : Πρώτη Πανελλήνια Επιδημιολογική Έρευνα* Αθήνα, Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας

Adams, C. M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counselors. *The Family Journal*, 14, 334-341

Berios, D. & Crady, D. (1991). Domestic violence : risk factors and outcomes. *WestJmed*. 155, 133-155

Barnett, O. (2000). Why battered women do not leave, part 1: External inhibiting factors within society. *Trauma, recovery and abuse*. 1, 343-372

Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. (2017). *Στατιστικά Στοιχεία της Τηλεφωνικής Γραμμής SOS 15900 και του Δικτύου Δομών της Γ.Γ.Ι.Φ* ανακτήθηκε από <http://www.isotita.gr/category/statistika-stoixeia-meletes/via-kata-twn-gynaikwn/> (23/01/2018)

Γιωτάκος, Ο. & Τσιλιάκου, Μ. (2008). *Ο κύκλος της κακοποίησης: Ενδοοικογενειακή βία- Σεξουαλική κακοποίηση- Trafficking- Bullying*

Centers for Disease Control and Prevention.(2012).*Understanding Intimate Partner Violence, Factsheet*. National Center for Injury Prevention and Control-Division of Violence Prevention

Coker, A., Smith, P., McKeown, R. & Melissa, K. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health*. 90, 533-559

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Πιστόλης, Ι. (2008). Μελέτη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας σε δείγμα κακοποιημένων γυναικών *Νοσηλευτική*, 47(4) : 528-536

Department of Health. (2005). *Responding to domestic abuse: a handbook for Health*

Professionals ανακτήθηκε από :

http://www.domesticviolencelondon.nhs.uk/uploads/downloads/DH_4126619.pdf

Eurobarometer. (2010). *Domestic Violence against Women Report*. European Commission

Fisher, V.(2001).*Working with Battered Women: A handbook for health care professionals*. The Provincial Association of Transition Houses in Saskatchewan

Garcia-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*, 359, 1509-1514

Guillery, E., Benzies, K., Mannion, C. & Evans, S. (2012). Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate violence: a cross-sectional survey, *BMC Nursing*, 11:2 ,1-8

Hollingsworth, E. & Ford-Gilboe, M.(2006). Registered Nurses' Self-Efficacy for Assessing and Responding to Woman Abuse in Emergency Department Settings, *Canadian Journal of Nursing*, 38(4):54-77

Krug, E., Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, AB. & Lozano, R.(2002). *Violence- a global public health problem - World Report on Violence and Health*. World Health Organization ανακτήθηκε από: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/overview/social-ecologicalmodel.html> (20/02/2018)

Kernic, M., Wolf, M. & Holt, A. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American journal of public health*. 90, (9), 1416-1420

Νικολαΐδης, Γ. & Σταυριανάκη, Μ. (2009). *Βία στην οικογένεια: Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*. Αθήνα, ΚΨΜ

Παπαγιαννοπούλου Ε., Γκούβα, Μ. (2009). Οι επιχειρηματίες υγείας και η Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. *Interscientific Health care*. 1 (2), 51-55

Papadaki, M., Prokopiadou, D., Petridou, E. & Kogevinas, M. (2012). Defining Physicians' Readiness to Screen and Manage Intimate Partner Violence in Greek Primary Care Settings, *Evaluation and Health Professions*, 35 (2): 199-220 ανακτήθηκε από: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0163278711423937>

Papadaki, M., Tzamalouka, G., Chatzifotiou, S. & Chliaoutakis, J. (2007). Seeking for Risk Factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek National Sample: The Role of Self-Esteem. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5):(732-753)

Plichta, S. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Journal of Interpersonal Violence* , 19(11) : 1296-1323

Rutherford, A., Zwi, A., Grove, N. & Butchart, A. (2007). Violence : a priority for public health?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:64-770

Short, L. M., Alpert, E., Harris, J.M. & Surprenant, Z. J.(2006). A Tool for Measuring Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence, *American Journal Preventive Readiness*, 30 (2):173-180.e19

Statistics Canada. (2011).*Violence against Women*. Canada's National Statistical Agency

UNFPA and WAVE. (2014). *Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia - A Resource Package*. UNFPA

World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual abuse - a clinical handbook*. Switzerland: Department of Reproductive Health and Research ανακτήθηκε από : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

World Health Organisation. (2013). *Violence against Women The Health Sector Responds*

World Health Organisation. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – WHO clinical and policy guides*

World Health Organisation. (2012). *Understanding and addressing violence against women-Health consequences*. Panamerican Health Organization - Regional Office of the World Health Organization

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women –Overview* ανακτήθηκε από : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77433/1/WHO_RHR_12.35_eng.pdf

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women – Overview* ανακτήθηκε από :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77433/1/WHO_RHR_12.35_eng.pdf

World Health Organization. (2017). *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence – A manual for health managers* ανακτήθηκε από:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf;jsessionid=57CB84426B7085814BD58E6648E27EBA?sequence=1>

World Health Organization – Media Centre. (2009). *Violence against Women* (Factsheet No 239) ανακτήθηκε από :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/index.html>

Χατζηφωτίου, Σ. (2005). *Ενδοοικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών και Παιδιών- Διαπιστώσεις και Προκλήσεις στην Κοινωνική Εργασία*. Αθήνα, εκδόσεις Τζιόλα

Zubala, A., Lyszkiewicz, K., Lee, E., Underwood Laura L., Renfrew, M.J. & Gray. (2018). Large-scale online education programmes and their potential to effect change in behavior and practice of health and social care professionals: a rapid systemic review. *Interactive Learning Environments*. DOI: 10.1080/10494820.2018.1465438

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο παρέμβασης

Στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί παρακαλούμε να καταγράψετε την απάντηση που σκέφτεστε, ακόμα κι αν δεν είναι «σωστή». Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.

Ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε.

1. Ηλικία: _____ 2. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
3. Πλαίσιο απασχόλησης /πρακτικής _____
4. Κύριο πεδίο πρακτικής :
 Παθολογία Χειρουργική Παιδιατρική Μαιευτική
 Νοσηλευτική Γυναικολογία Κοινωνική Εργασία
Ψυχολογία
 Άλλο (προσδιορίστε) : _____
5. Πότε ολοκληρώσατε τις σπουδές σας; _____
6. Τι πτυχίο ή πιστοποιητικό λάβατε από τη σχολή σας;
 ΠΕ , ΤΕ , Άλλο (Προσδιορίστε): _____
7. Πόσο καιρό απασχολείστε στο συγκεκριμένο αντικείμενο;
_____ Χρόνια _____ Μήνες
8. Αριθμός ασθενών/ εξυπηρετούμενων που φροντίζετε ανά εβδομάδα (επιλέξτε ένα):
 Δε βλέπω ασθενείς/εξυπηρετούμενους Λιγότερους από 20
 20-39 40-59 60 ή παραπάνω
9. Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται στον εργασιακό σας χώρο;

10. Μαζί με εσάς πόσοι επαγγελματίες στον εργασιακό σας χώρο έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία τους τελευταίους 6 μήνες: _____

Αυτό αντιπροσωπεύει:

- α) Όλους β) Τους περισσότερους γ) Κάποιους

δ) Λίγους

ε) Δεν ξέρω

11. Πόση προηγούμενη εκπαίδευση για το φαινόμενο της συντροφικής βίας είχατε; (Παρακαλώ επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.)

α) Καθόλου

β) Παρακολούθησα video

γ) Παρακολούθησα διάλεξη ή ομιλία

δ) Παρακολούθησα εκπαίδευση

ε) Εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των σπουδών

στ) Εκπαίδευση στο χώρο εργασίας

ζ) Μεταπτυχιακή εκπαίδευση

η) Σεμινάρια

θ) Ημερίδες

ι) Άλλο (προσδιορίστε): _____

12. Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα πόσο προετοιμασμένος αισθάνεστε να κάνετε τα ακόλουθα: (1=Απροετοίμαστος/η, 2=Ελάχιστα προετοιμασμένος/η, 3=Ελαφρώς προετοιμασμένος/η, 4=Μέτρια προετοιμασμένος/η, 5=Αρκετά καλά προετοιμασμένος/η, 6=Καλά προετοιμασμένος/η, 7=Πάρα πολύ καλά προετοιμασμένος/η)

Πάρα πολύ καλά

Καθόλου

προετοιμασμένος/η

προετοιμασμένος/η

α. Να ρωτήσετε τις

κατάλληλες ερωτήσεις

1

2

3

4

5

6

7

για τη συντροφική βία

β. Να ανταποκριθείτε

κατάλληλα στις

ενδείξεις

1

2

3

4

5

6

7

συντροφικής βίας

με βάση το ιστορικό του ασθενούς

Καθόλου

Πάρα πολύ καλά

προετοιμασμένος/η

προετοιμασμένος/η

γ. Να βοηθήσετε ένα

θύμα συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7
να αξιολογήσει τον κίνδυνο
για τη ζωή του

δ. Να βοηθήσετε ένα

θύμα συντροφικής βίας να 1 2 3 4 5
6 7
να κάνει ένα σχέδιο διάσωσης

ε. Να κάνετε τις κατάλληλες

παραπομπές για συντροφική βία 1 2 3 4 5 6 7

στ. Να συντάξετε αναφορές

που απαιτούνται από το 1 2 3 4 5 6 7
νόμο για συντροφική βία

13. Τι γνωρίζετε για :

(1= Τίποτα, 2=Πολύ λίγο, 3= Λίγο, 4= Μέτρια, 5= Καλά, 6=Αρκετά, 7= Πάρα πολύ)

Τίποτα

Πάρα πολύ

α. Τις νομικές αναφορές που

απαιτούνται για τη 1 2 3 4 5 6 7
συντροφική βία

β. Ενδείξεις

συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7

γ. Τις πηγές υποστήριξης

για θύματα συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7

δ. Τους θύτες συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7

ε. Τι ερωτήσεις να

κάνετε για να αναγνωρίσετε 1 2 3 4 5 6 7
συντροφική βία

στ. Γιατί ένα θύμα

μπορεί να μην αποκαλύψει 1 2 3 4 5 6 7
τη συντροφική βία

ζ. Τι να πείτε ή να μην πείτε σε

καταστάσεις συντροφικής βίας σε 1 2 3 4 5 6 7
έναν ασθενή

Τίποτα

Πάρα πολύ

η. Να προσδιορίσετε τον κίνδυνο

για έναν ασθενή που βιώνει 1 2 3 4 5 6 7
συντροφική βία

θ. Να αναπτύξετε ένα σχέδιο

διάσωσης για ένα θύμα 1 2 3 4 5 6 7
συντροφικής βίας

ι. Τα στάδια που βιώνει ένα

θύμα συντροφικής βίας στην	1	2	3	4	5	6	7
κατανόηση και την αλλαγή της							
κατάστασής του							

Επιλέξτε μια απάντηση ανά ερώτηση, εκτός αν επισημαίνεται διαφορετικά.

14. Ποιος είναι ο κυριότερος μοναδικός παράγοντας για να γίνει κάποιος θύμα συντροφικής βίας;

- α) Ηλικία (<30 ετών)
- β) Η κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών από τον σύντροφο
- γ) Φύλο-Γυναίκα
- δ) Οικογενειακό ιστορικό κακοποίησης
- ε) Δεν γνωρίζω

15. Ποιο ένα από τα παρακάτω είναι γενικά αλήθεια για τους θύτες;

- α) Έχουν πρόβλημα να ελέγχουν το θυμό τους
- β) Χρησιμοποιούν τη βία ως μέσο ελέγχου των συντρόφων τους
- γ) Είναι βίαιοι επειδή πίνουν ή κάνουν χρήση ουσιών
- δ) Καυγαδίζουν με τον οποιοδήποτε

16. Ποιο από τα ακόλουθα είναι ένδειξη ότι ένας ασθενής μπορεί να έχει κακοποιηθεί από τον σύντροφό του; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)

- α) Χρόνιος ανεξήγητος πόνος
- β) Άγχος
- γ) Κατάχρηση ουσιών
- δ) Συχνοί τραυματισμοί
- ε) Κατάθλιψη

17. Ποιοι από τους ακόλουθους είναι λόγοι ένα θύμα συντροφικής βίας να μην μπορεί να εγκαταλείψει μια βίαιη σχέση; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)

- α) Φόβος για τιμωρία το θύτη
- β) Οικονομική εξάρτηση από

γ) Θρησκευτικές πεποιθήσεις

δ) Οι ανάγκες των παιδιών

ε) Η αγάπη που έχει για τον/την σύντροφό του/της

στ) Απομόνωση

18. Ποια από τα ακόλουθα είναι οι πιο κατάλληλοι τρόποι να ρωτήσεις για συντροφική βία;

α) «Είσαι θύμα συντροφικής βίας;»

β) «Σε έχει ποτέ τραυματίσει ή απειλήσει ο σύντροφός σου;»

γ) «Έχεις φοβηθεί ποτέ το σύντροφό σου;» δ) «Σε έχει ποτέ χτυπήσει ή τραυματίσει ο σύντροφός σου;»

19. Κυκλώστε Σ για «σωστό», Λ για «λάθος» ή ΔΓ αν δε γνωρίζετε την απάντηση στα ακόλουθα:

α. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι

ο σημαντικότερος βασικός

προβλεπτικός παράγοντας

Σ

Λ

Δ/Γ

για την πιθανότητα

συντροφικής βίας

β. Δεν υπάρχουν σημαντικοί

λόγοι για να μην αφήσει μια

Σ

Λ

Δ/Γ

γυναίκα μια

κακοποιητική σχέση

γ. Το να είστε υποστηρικτικός στην

επιλογή ενός ασθενούς να παραμείνει

Σ

Λ

Δ/Γ

σε μια βίαιη σχέση θα σήμαινε

παράβλεψη της κακοποίησης

δ. Τα θύματα συντροφικής βίας
μπορούν να κάνουν τις
κατάλληλες επιλογές για το Σ Λ Δ/Γ
πώς να διαχειριστούν την
κατάστασή τους

ε. Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας
δεν πρέπει να πιέζουν τους Σ Λ Δ/Γ
ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι ζουν
σε μια κακοποιητική σχέση

στ. Τα θύματα συντροφικής βίας
διατρέχουν μεγαλύτερο Σ Λ Δ/Γ
κίνδυνο να τραυματιστούν όταν
εγκαταλείπουν τη σχέση

ζ. Το να επιτρέπεται σε
συντρόφους ή φίλους να
είναι παρόντες κατά τη
διάρκεια λήψης του ιστορικού Σ Λ Δ/Γ
του ασθενούς και της εξέτασης
είναι βοηθητικό για την
ασφάλεια ενός θύματος

20. Για κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις παρακαλώ να υποδείξετε την απάντησή σας στην κλίμακα από «Διαφωνώ απόλυτα» (1) έως «Συμφωνώ απόλυτα» (7).

	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>			
1. Αν ένα θύμα συντροφικής βίας δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση είναι λίγα εκείνα που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5	6	7
2. Μπορώ να κάνω τις κατάλληλες παραπομπές για θύματα συντροφικής βίας σε υπηρεσίες της κοινότητας.	1	2	3	4	5	6	7
3. Δεν έχω επαρκή εκπαίδευση να βοηθήσω άτομα στη διαχείριση καταστάσεων συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>			
4. Ασθενείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών είναι πιθανό να έχουν ιστορικό συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7
5. Τα θύματα κακοποίησης έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν για το αν το προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει	1	2	3	4	5	6	7

να παρέμβει.							
6. Δεν έχω τις απαραίτητες δεξιότητες να συζητήσω για την κακοποίηση με μια γυναίκα θύμα συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7
7. Αν τα θύματα κακοποίησης παραμένουν στη σχέση μετά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια βίας πρέπει να δεχτούν την ευθύνη για τη βία αυτή.	1	2	3	4	5	6	7
8. Γνωρίζω για τις απαιτήσεις που υπάρχουν από το κράτος σε νομικό επίπεδο σχετικά με την συντροφική βία.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>
9. Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας δεν έχουν χρόνο να βοηθήσουν ασθενείς στη διαχείριση συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7

10. Μπορώ να συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσω τη συντροφική βία ως υποκείμενη αιτία της ασθένειας του ασθενούς (π.χ κατάθλιψη, ημικρανίες)	1	2	3	4	5	6	7
11. Αν μια ασθενής αρνηθεί να συζητήσει την κακοποίηση το προσωπικό μπορεί να θεραπεύσει μόνο τα τραύματά του.	1	2	3	4	5	6	7
12. Τα θύματα κακοποίησης μπορούν να εγκαταλείψουν τη σχέση αν το θέλουν.	1	2	3	4	5	6	7
13. Έχω έρθει σε επαφή με υπηρεσίες στην κοινότητα για να κάνω παραπομπές για θύματα συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>
14. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι η κύρια αιτία συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7
15. Τα θύματα κακοποίησης συχνά έχουν βάσιμους λόγους για να παραμείνουν στην	1	2	3	4	5	6	7

κακοποιητική σχέση.								
16. Είμαι αρκετά απασχολημένος για να συμμετέχω σε μια διεπιστημονική ομάδα που διαχειρίζεται περιπτώσεις συντροφικής βίας.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Η αποχή των γυναικών από τους παραδοσιακούς ρόλους αποτελεί σημαντική αιτία για συντροφική βία.	1	2	3	4	5	6	7	
18. Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας δεν έχουν τις γνώσεις να βοηθήσουν ασθενείς που αντιμετωπίζουν συντροφική βία.	1	2	3	4	5	6	7	
19. Κατανοώ γιατί τα θύματα συντροφικής βίας δεν συμμορφώνονται με τις συστάσεις του προσωπικού.	1	2	3	4	5	6	7	
20. Η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών σχετίζεται με τη θυματοποίηση στη συντροφική βία.	1	2	3	4	5	6	7	

21. Τις τελευταίες εβδομάδες σε ποιες από τις ακόλουθες ενέργειες έχετε προβεί όταν διαπιστώσατε συντροφική βία ; (επιλέξτε όλα όσα ισχύουν)

- α) Δεν έχω εντοπίσει περιστατικά συντροφικής βίας τους τελευταίους έξι μήνες
- β) Παροχή πληροφοριών στον ασθενή (τηλέφωνα, φυλλάδια, άλλες πληροφορίες)
- γ) Συμβούλευσα τον/την ασθενή για τις επιλογές που μπορεί να έχει
- δ) Αξιολόγησα την ασφάλεια του θύματος ε) Αξιολόγησα την ασφάλεια για τα παιδιά του θύματος

στ) Βοήθησα τον ασθενή να αναπτύξει ένα σχέδιο ασφάλειας

ζ) Παρέπεμψα τον ασθενή σε:

[1] Ατομική Θεραπεία
Παιδικής Προστασίας

[2] Υπηρεσίες

[3] Θεραπεία Ζεύγους
Υποστήριξη σε θύματα

[4] Νομική

[5] Θεραπεία παιδιού/ Ομάδα υποστήριξης
για θύτες

[6] Πρόγραμμα θεραπείας

[7] Επιτόπια παρέμβαση από κοινωνικό λειτουργό

[8] Θρησκευτική οργάνωση

[9] Πρόγραμμα/καταφύγιο για κακοποιημένες γυναίκες

[10] Ομάδα υποστήριξης για κακοποιημένες γυναίκες

[11] Συμβουλευτική για κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών
Γραμμή για τη συντροφική βία

[12] Εθνική Τηλεφωνική

[13] Τηλεφωνική γραμμή για τη συντροφική βία
Αρχές

[14] Αστυνομία - Τοπικές

[15] Στέγαση, εκπαίδευση, εργασία ή οικονομική βοήθεια

[16] Άλλη παραπομπή (περιγράψτε): _____

[17] Άλλη ενέργεια (περιγράψτε) _____

22. Είστε εξοικειωμένοι όσον αφορά τη διαχείριση θυμάτων συντροφικής βίας;

[] Ναι [] Όχι [] Δ/Γ

23. Για κάθε θύμα συντροφικής βίας που έχετε αναγνωρίσει τους τελευταίους 6 μήνες πόσο συχνά έχετε:

<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Κάποιες</i>	<i>Σχεδόν</i>	<i>Πάντα</i>	<i>Δ/Α</i>
		<i>φορές</i>	<i>πάντα</i>		

α. Ειδοποιήσατε τις

κατάλληλες αρχές όταν 1 2 3 4 5 6

ήταν αναγκαίο

β. Κάνετε εκτίμηση

για την ασφάλεια

του θύματος

1

2

3

4

5

6

γ. Βοηθήσατε ένα

θύμα συντροφικής

βίας να κάνει ένα

ασφαλές σχέδιο

1

2

3

4

5

6

δ. Ήρθατε σε

επικοινωνία με έναν

επαγγελματία που

παρέχει βοήθεια

για τη συντροφική βία

1

2

3

4

5

6

Ποτέ

Σπάνια

Κάποιες

Σχεδόν
φορές

Πάντα
πάντα

Δ/Α

ε. Προσφέρατε

υποστηρικτικές

συμβουλές

1

2

3

4

5

6

στ. Προσφέρατε χρήσιμες

πληροφορίες για τη

συντροφική βία

1

2

3

4

5

6

ζ. Κάνετε παραπομπή 1 2 3 4 5 6

24. Αισθάνεστε ότι έχετε επαρκείς πηγές παραπομπής για τη συντροφική βία ενηλίκων στον εργασιακό σας χώρο (συμπεριλαμβανομένου των παραπομπών ψυχικής υγείας);

α) Ναι β) Όχι γ) Δεν είμαι σίγουρος/η

25. Αισθάνεστε ότι έχετε επαρκείς γνώσεις ως προς τις πηγές παραπομπής για ασθενείς στην κοινότητα (συμπεριλαμβανομένου των καταφυγίων ή των ομάδων υποστήριξης) για ενήλικα θύματα βίας;

α) Ναι β) Όχι γ) Δεν είμαι σίγουρος

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας

Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την ενότητα

Για τη συνεχή βελτίωση της διαδικτυακής αυτής ενότητας, παρακαλούμε πείτε μας πόσο πολύ συμφωνείτε ή όχι με τις παρακάτω διαπιστώσεις σε μια κλίμακα όπου **1=λίγο** έως **5=πολύ**

1. Μου άρεσε αυτή η εκπαιδευτική ενότητα

1 2 3 4 5

2. Ήταν χρήσιμη για μένα

1 2 3 4 5

3. Αισθητικά ήταν ξεκούραστη και ενδιαφέρουσα

1 2 3 4 5

4. Θα μπορέσω να βάλω στην πρακτική μου αυτή τη μάθηση

1 2 3 4 5

5. Τεχνικά δε συνάντησα προβλήματα σε αυτήν την ενότητα

1 2 3 4 5

6. Δεν βρήκα κάποιο λάθος σε αυτήν την ενότητα

1 2 3 4 5

7. Είναι αρκετά πιθανό να παρακολουθήσω κι άλλες ενότητες εκπαίδευσης σε αυτήν την πλατφόρμα

1 2 3 4 5

8. Είναι πολύ πιθανό να προτείνω και σε άλλους συναδέλφους να παρακολουθήσουν αυτήν την ενότητα

1 2 3 4 5

9. Παρακαλούμε χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο για να μας μιλήσετε περισσότερο για οτιδήποτε θέλετε σε σχέση με την εμπειρία σας παρακολουθώντας τη συγκεκριμένη ενότητα

**Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος
για συμμετοχή σε σύντομη διαδικτυακή εκπαίδευση
επαγγελματιών υγείας για τη βία κατά των γυναικών**

Η βία κατά των γυναικών είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά σε επαφή με γυναίκες θύματα βίας λόγω της μεγάλης χρήσης υπηρεσιών υγείας και έχουν τη δυνατότητα να δώσουν την κατάλληλη στήριξη και να τις παραπέμπουν σε αρμόδιες υπηρεσίες.

Οι επαγγελματίες που θα συμμετάσχουν θα λάβουν μια σύντομη εκπαίδευση μέσω διαδικτύου (διάρκειας 3 ωρών) που θα πραγματοποιηθεί μέσα στο Μάιο του 2018 . Η εκπαίδευση απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες σε φορείς και μονάδες υγείας (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας). Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρακολούθηση της εκπαίδευσής για την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος. **Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κ. Καλαντζή Γιώτα (6972205512) ή/και e-mail giotakalantzi@gmail.com. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας οι επαγγελματίες θα λάβουν βεβαίωση παρακολούθησης του εκπαιδευτικού προγράμματος.**

1837
2017
ΧΡΟΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΕΩΣ 25, 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: 210 72 22 723, e-mail: chsr@med.uoa.gr

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Το παρόν πιστοποιητικό απονέμεται στον

για την επιτυχή παρακολούθηση της εκπαιδευτικής ενότητας διάρκειας
τεσσάρων (4) ωρών

**“Το θέμα της Βίας κατά των Γυναικών και η αντιμετώπισή του στις υπηρεσίες
υγείας”**

του Προγράμματος Εξ' αποστάσεως Εκπαίδευσης για την Προαγωγή Υγείας στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα στο πλαίσιο της Πράξης “ΘΑΛΗΣ-ΕΚΠΑ – Ανάπτυξη του
δυναμικού των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας ως προς τη βελτίωση των
παρεχόμενων υπηρεσιών, την πρόληψη & την προαγωγή υγείας”

21/5/2018

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος

Γιάννης Τούντας
Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής
Ιατρική Σχολής ΕΚΠΑ



Το θέμα της βίας κατά των γυναικών και η αντιμετώπισή του στις υπηρεσίες υγείας

Εξετάζοντας το ζήτημα της βίας κατά των Γυναικών και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του από τις υπηρεσίες υγείας

Είναι κατάλληλη αυτή η ενότητα για μένα; Η εκπαιδευτική ενότητα απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες στον τομέα της υγείας.

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η συντροφική και σεξουαλική βία είναι οι πιο συχνές μορφές βίας. Οι γυναίκες που έχουν δεχτεί βία κάνουν μεγάλη χρήση των υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας είναι τα πρόσωπα που μπορούν να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον και τους να προσφέρουν υποστήριξη.

Τι θα μάθω;

Με την ολοκλήρωση της ενότητας θα :

- βελτιώσετε τις γνώσεις σας σχετικά τη συντροφική βία σε βάρος των γυναικών
- μάθετε για τη σχετική νομοθεσία και τις υπηρεσίες υποστήριξης για τις γυναίκες
 - αναγνωρίζετε τις λανθασμένες στάσεις και πεποιθήσεις για τη βία κατά των γυναικών
- αξιολογείτε τις ανάγκες των γυναικών ώστε να παρέχετε την κατάλληλη εξατομικευμένη βοήθεια.

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Εισαγωγή**

Καλωσήρθατε στη διαδικτυακή εκπαιδευτική ενότητα
“ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ”.

Η εκπαιδευτική αυτή ενότητα απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες στον τομέα της υγείας.

Η ενότητα αυτήν είναι ενημερωτική και δεν παρέχει δυνατότητα πιστοποιητικού παρακολούθησης.

Η παρακολούθηση έχει διάρκεια μέσο όρο 2-3 ώρες.

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η συντροφική και σεξουαλική βία είναι οι πιο συχνές μορφές βίας. Οι γυναίκες που έχουν δεχτεί βία κάνουν μεγάλη χρήση των υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας είναι τα πρόσωπα που μπορούν να δημιουργήσουν και τους να προσφέρουν υποστήριξη.

Με την ολοκλήρωση της ενότητας θα :

- βελτιώσετε τις γνώσεις σας σχετικά τη συντροφική βία σε βάρος των γυναικών.
- μάθετε για τη σχετική νομοθεσία και τις υπηρεσίες υποστήριξης για τις γυναίκες.
- αναγνωρίζετε τις λανθασμένες στάσεις και πεποιθήσεις για τη βία κατά των γυναικών.
- αξιολογείτε τις ανάγκες των γυναικών ώστε να παρέχετε την κατάλληλη εξατομικευμένη βοήθεια.



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Βασικές Οδηγίες**

Πριν ξεκινήσετε αυτήν την ενότητα
**σκεφτείτε πως θα μπορούσατε να
την παρακολουθήσετε πιο παραγωγικά:**

- Καθίστε κάπου άνετα. Ιδανικά το περιβάλλον να είναι ήσυχο.
- Για τη συγκεκριμένη ενότητα θα χρειαστείτε **περίπου 2-3 ώρες**.
- Σκεφτείτε πως είναι η διάθεση σας. Είστε αρκετά ξεκούραστος /η για να μπορείτε να συγκεντρωθείτε και να παρακολουθήσετε την ενότητα τώρα ή καλύτερα να το προγραμματίσετε αργότερα σε μια πιο βολική ώρα;

Για να προχωράτε στην επόμενη σελίδα, πατάτε το κουμπί **ΕΠΟΜΕΝΟ**.

Για να γυρνάτε στην προηγούμενη σελίδα, πατάτε το κουμπί **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ**.

Μπορείτε επίσης να δείτε τα περιεχόμενα των υπο-ενοτήτων στη δεξιά λίστα και πατώντας πάνω σε αυτά να γυρνάτε στις προηγούμενες υπο-ενότητες. Θα πρέπει όμως να ολοκληρώνετε την κάθε υπο-ενότητα για να περνάτε στην επόμενη.

Κρατήστε **σημειώσεις για το που σταματάτε** κάθε φορά ώστε να γυρίσετε εύκολα στο σημείο που σταματήσατε **αν διακόψετε την παρακολούθηση στη μέση**. Ο τίτλος της υπο-ενότητας είναι αρκετός για να βρείτε που σταματήσατε.

Και μην ξεχνάτε να κάνετε συχνά μικρά διαλείμματα από την οθόνη του υπολογιστή.

Καλή παρακολούθηση.



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Τι είναι το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών και τι συμβαίνει στην Ελλάδα;

Τι είναι η βία κατά των γυναικών;

«Βία κατά των γυναικών» είναι κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο που καταλήγει ή πιθανόν να καταλήξει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη ή σε βασανισμό των γυναικών.

Συμπεριλαμβανόμενες απειλές πράξεων όπως ο εξαναγκασμός ή η αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας που συμβαίνουν είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή (Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών, Δεκέμβριος 1993)

- Οι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η βία σε βάρος των γυναικών, σε όλες τις χώρες όπου έχουν γίνει μελέτες, συναντάται σε όλες τις κοινωνικές, οικονομικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ομάδες. Σχεδόν σε όλα τα περιβάλλοντα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν βία από άνδρες συντρόφους ή από ανθρώπους που γνωρίζουν, συχνά για μεγάλες περιόδους. Η βία κατά των γυναικών έχει τις ρίζες της στην ανιστή θέση των γυναικών στην κοινωνία, θέση η οποία αντικατοπτρίζει τη μη ισότιμη κατανομή της κοινωνικής, πολιτικής και κοινωνικής ισχύος μεταξύ γυναικών και ανδρών.
- **Στην Ελλάδα:**
Υπολογίζεται ότι το 25% των γυναικών έχουν πέσει θύματα βίας, ποσοστό το οποίο είναι κατά 8% χαμηλότερο από το αντίστοιχο για το σύνολο της ΕΕ.
– 1 στις 4 γυναίκες έχει υποστεί σωματική ή / και σεξουαλική βία από την ηλικία των 15 ετών.
– το 25% των ατόμων που ρωτήθηκαν δηλώνουν ότι γνωρίζουν γυναίκα που έχει πέσει θύμα ενδοοικογενειακής βίας στον φιλικό ή συγγενικό τους κύκλο. (ΕΙΓΕ, 2016)
- Η γραμμή SOS 15900 της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων την περίοδο 19/11/2016-19/11/2017 δέχτηκε 3034 κλήσεις, εκ των οποίων το 80% αφορούσαν την ενδοοικογενειακή βία με δράστη κυρίως τον σύζυγο.
- Το ίδιο χρονικό διάστημα οι δομές της ΓΓΙΦ και των δήμων δέχτηκαν 5210 γυναίκες.
- Οι 4849 δέχτηκαν υποστήριξη από τα συμβουλευτικά κέντρα και οι 361 φιλοξενήθηκαν σε ξενώνες.
- Το 71% των γυναικών αυτών ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας κυρίως από τον σύζυγο, νυν ή πρώην.
- Η πλειονότητα των γυναικών ήταν μητέρες σε ποσοστό 75%.
- Οι περισσότερες γυναίκες που απευθύνθηκαν στις δομές ήταν 26-55 ετών (69%) και ήταν από κάθε μορφωτικό επίπεδο. Από το σύνολο των γυναικών το 78% είχαν ελληνική υπηκοότητα. (ΓΓΙΦ, 2017)
 - Η βία κατά των γυναικών αντανακλά και ενισχύει την ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων και έχει συνέπειες στην υγεία, την ασφάλεια και την αυτόνομία των γυναικών.

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Βία κατά των Γυναικών και Έμφυλη Βία

- Η βία κατά των γυναικών με βάση το φύλο ή αλλιώς 'έμφυλη βία' (gender based violence, GBV) είναι μια από τις πιο διαδεδομένες παραβιάσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα με σοβαρό αντίκτυπο στη σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Η έμφυλη βία συναντάται σε γυναίκες και άνδρες, όμως οι γυναίκες παγκοσμίως αποτελούν την πλειονότητα των περιπτώσεων που έχουν υποστεί βία. Αυτό είναι αποτέλεσμα της μη ισότιμης ισχύος στη σχέση ανδρών και γυναικών. Για το λόγο αυτό οι παρεμβάσεις του τομέα υγείας για την έμφυλη βία και οι υπηρεσίες υποστήριξης απευθύνονται κυρίως σε γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία, μορφή έμφυλης βίας που επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες. Ο όρος έμφυλη βία και βία κατά των γυναικών συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά μια και η βία κατά των γυναικών είναι κυρίως λόγω φύλου και κυρίως η έμφυλη βία ασκείται από τους άνδρες στις γυναίκες.
- Είναι μια εκδήλωση της ιστορικά μη ισότιμης ισχύος στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, η οποία έχει οδηγήσει στην κυριαρχία και τη διάκριση κατά των γυναικών από τους άνδρες και την παρεμπόδιση της πλήρους προόδου των γυναικών. Πρόκειται για έναν κρίσιμο κοινωνικό μηχανισμό από τον οποίο οι γυναίκες εξαναγκάζονται σε μια υποδεέστερη θέση σε σύγκριση με τους άνδρες.
- Μπορεί να είναι: Σωματική, Σεξουαλική, Ψυχολογική/Συναισθηματική, Κοινωνικός έλεγχος, Οικονομική αποστέρηση (WHO, 2012)
- **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Στις παρακάτω ενότητες οι όροι βία κατά των γυναικών και έμφυλη βία θα εναλλάσσονται ανάλογα με το πως αναφέρονται στις εκάστοτε πηγές, με την ίδια όμως σημασία πάντα.

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Βία κατά των γυναικών και υπηρεσίες υγείας**

Ο τομέας υγείας είναι ένας πολύ σημαντικός χώρος για:

- την αναγνώριση της έμφυλης βίας,
- την παροχή ιατρικής φροντίδας στις γυναίκες,
- την παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες όπως καταφύγια, συμβουλευτικά κέντρα ή εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα.

Για αρκετές επιζώσες βίας μια επίσκεψη σε έναν επαγγελματία υγείας είναι το πρώτο και πολλές φορές το μόνο βήμα που μπορούν για να έχουν πρόσβαση στην υποστήριξη και τη φροντίδα.

Για τον λόγο αυτό η ενίσχυση της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και υποστήριξη γυναικών που επιβίωσαν από βία είναι σημαντική για την πρόληψη και ανταπόκριση στην έμφυλη βία

(WHO, UPFA & WAVE, 2014).



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Έμφυλη βία και πολλαπλές διακρίσεις

- Οι μορφές και οι εκδηλώσεις βίας κατά των γυναικών διαμορφώνονται από τις ανισότητες του φύλου. Ταυτόχρονα οι γυναίκες δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα.
- Ένας αριθμός επιπρόσθετων παραγόντων μπορεί να επηρεάσει τη μορφή βίας που βιώνουν οι γυναίκες όπως την ικανότητά τους να αναζητήσουν βοήθεια.
- Αυτό περιλαμβάνει, για παράδειγμα, την τάξη, το καθεστώς πρόσφυγα, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την οικογενειακή κατάσταση, την αναπηρία ή τον HIV.
- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων με το φύλο και να κατανοούν τους συγκεκριμένους κινδύνους και ανάγκες των γυναικών που ανήκουν σε μία ή παραπάνω περιθωριοποιημένες ομάδες. Επιπλέον, μπορεί να χρειαστούν ειδικές στρατηγικές για τη βελτίωση της πρόσβασης των γυναικών που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες.
- (UPFA & WAVE, 2014:36)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Ερμηνεία και κατανόηση της βίας κατά των γυναικών

Η βία κατά των γυναικών για να γίνει κατανοητή χρειάζεται να

- περιλαμβάνει χωρίς περιορισμούς τα ακόλουθα:
- Α) Σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία στην οικογένεια, συμπεριλαμβανομένων των χτυπημάτων, της σεξουαλικής κακοποίησης των κοριτσιών στο νοικοκυριό, βία που σχετίζεται με την πρόικα, ο βιασμός στον γάμο, ο ακρωτηριασμός των γυναικών γεν παραδοσιακές πρακτικές επιβλαβείς για τις γυναίκες, μη σύζυγική βία και βία που σχετίζεται με την εκμετάλλευση.
- Β) Σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία που συμβαίνει μέσα στην ευρύτερη κοινότητα συμπεριλαμβανομένων του βιασμού, της σεξουαλικής κακοποίησης και του εκφοβισμού στην εργασία, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και οπουδήποτε αλλού, της σωματεμπορίας γυναικών και της εξαναγκαστικής πορνείας.
- Γ) Βία που διαπράττεται ή ασκείται από κράτος, οπουδήποτε κι αν συμβαίνει.
- Η βία κατά των γυναικών είναι έμφυλη και δεν συμβαίνει τυχαία στις γυναίκες
- Η βία μάλλον στρέφεται κατά των γυναικών επειδή είναι γυναίκες ή επηρεάζει τις γυναίκες δυσανάλογα.
- Η έμφυλη βία είναι ένα δομικό πρόβλημα που είναι βαθιά ενσωματωμένο στις μη ισότιμες σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών.
- Αυτή η βία διακρίνεται από επιβλαβείς κοινωνικές και πολιτιστικές προσδοκίες για τους ρόλους των φύλων που συνδέονται με το να είναι γυναίκα ή άνδρας.
- Λειτουργεί ως μηχανισμός για την ενίσχυση και τη διατήρηση της ανισότητας των φύλων.
- Οι γυναίκες και τα κορίτσια που υφίστανται βία λαμβάνουν το μήνυμα ότι δεν έχουν τον έλεγχο στη ζωή και το σώμα τους.
- Αυτό έχει άμεσες συνέπειες σε σχέση με την υγεία τους, την εργασία και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική και πολιτική ζωή.
- Για να προσδιοριστεί η βία κατά των γυναικών ως ένα φαινόμενο με βάση το φύλο και να και να ενσωματωθεί ο όρος έμφυλη βία (GBV) στο σύστημα φροντίδας υγείας είναι σημαντική η κατανόηση της έννοιας κοινωνικό φύλο (gender) σε αντίθεση με το βιολογικό φύλο (sex).
- (UPFA&WAVE,2014:18)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Φύλο, κοινωνικό φύλο και ισότητα

- **Βιολογικό φύλο (sex):** αναφέρεται σε βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Την ίδια στιγμή μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό να προσδιοριστεί με σαφήνεια άνδρας-γυναίκα.
- **Κοινωνικό φύλο (gender):** αφορά κοινωνικά δομημένες ταυτότητες, χαρακτηριστικά γνωρίσματα και ρόλους για γυναίκες και άνδρες. Το κοινωνικό και πολιτισμικό νόημα αποδίδεται στις βιολογικές διαφορές ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες που καταλήγουν σε ιεραρχικές σχέσεις ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες και σε μια μη ισότιμη κατανομή της δύναμης και των δικαιωμάτων που ευνοούν τους άνδρες και θέτουν σε μειονεκτική θέση τις γυναίκες. Το βιολογικό φύλο και οι συσχετιζόμενες λειτουργίες του είναι καθορισμένες γενετικά. Οι ρόλοι του κοινωνικού φύλου και η δύναμη στη σχέση που αντανακλούν είναι κοινωνική κατασκευή και υπόκεινται σε αλλαγή.
- **Ισότητα με βάση το Κοινωνικό Φύλο (Gender Equality):** ισότητα γυναικών και ανδρών χωρίς διάκριση με βάση το κοινωνικό φύλο. Η ισότητα με βάση το κοινωνικό φύλο αφορά την ισότητα ανδρών και γυναικών με βάση τη νομοθεσία (επίσημη ισότητα) αλλά και την ουσιαστική ισότητα. Τα μέτρα του κράτους για την επίτευξη ισότητας των φύλων πρέπει να υπερβαίνουν την ίση μεταχείριση γυναικών και ανδρών που δικαιούνται με τη νομοθεσία. Οι νόμοι και οι πολιτικές να στοχεύουν στις ίσες ευκαιρίες ανδρών και γυναικών για ίση απόλαυση δικαιωμάτων, εισοδήματος, συμμετοχή και επιρροή στη λήψη αποφάσεων, όπως η απελευθέρωση από τη βία για άνδρες και γυναίκες. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές να στοχεύουν στην άρση των στερεοτύπων με βάση το φύλο και άλλες αιτίες διάκρισης για την αναδιανομή πόρων και δύναμης μεταξύ ανδρών και γυναικών (UPFA & WAVE, 2018:18)
- **Διάκριση με βάση το κοινωνικό φύλο (Gender based Discrimination):** κάθε διάκριση, αποκλεισμός ή περιορισμός που γίνεται με βάση τους κοινωνικά δομημένους ρόλους του φύλου και τα πρότυπα που εμποδίζουν ένα άτομο να απολαύσει τα ανθρώπινα δικαιώματα. Διεθνώς, διάκριση με βάση το κοινωνικό φύλο σε βάρος των γυναικών είναι "κάθε διάκριση, αποκλεισμός ή περιορισμός που γίνεται με βάση το φύλο και έχει αποτέλεσμα ή σκοπό την επιδείνωση ή εκμηδένιση της αναγνώρισης, της απόλαυσης ή της άσκησης από τις γυναίκες ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση σε μια βάση ισότητας ανδρών γυναικών, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των βασικών ελευθεριών στον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό τομέα" (Άρθρο 1, CEDAW).
- Τέτοια διάκριση μπορεί να είναι άμεση (νόμος, πολιτική ή πρακτική με σαφή διάκριση κατά των γυναικών) ή έμμεση (νόμοι, πολιτικές ή πρακτικές εκτός από το να είναι ουδέτερες έχουν μια δυσμενή επίπτωση στις γυναίκες). Τα κράτη υποχρεούνται να εξαλείψουν όλες τις μορφές διάκρισης κατά των γυναικών, ανεξάρτητα από το αν ασκείται από τις κρατικές αρχές ή τους ιδιωτικούς οργανισμούς, επιχειρήσεις ή άτομα (Article 1 CEDAW, CEDAW GR 19, CEDAW GR 28).
- (UPFA&WAVE,2014:19)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Η βία κατά των γυναικών στο δημόσιο και ιδιωτικό βίο

Η βία κατά των γυναικών συμβαίνει σε πολλά πλαίσια – την οικογένεια, το χώρο εργασίας, το σχολείο ή το πανεπιστήμιο, το δρόμο, την πολιτική ζωή ή σε κρατικά ιδρύματα όπως φυλακές και υπηρεσίες υγείας. Οι θύτες μπορεί να είναι ιδιώτες, σύντροφοι, άλλα μέλη της οικογένειας, γνωστοί, εργοδότες, συνεργάτες ή ξένοι, καθώς και κρατικοί αξιωματούχοι, αστυνομικοί, φύλακες φυλακών ή στρατιώτες.

Αν και η έμφυλη βία συμβαίνει σε όλους τους τομείς της ζωής, η **οικογένεια είναι το πλαίσιο όπου οι γυναίκες βιώνουν την περισσότερη βία**. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εκτιμάται ότι σχεδόν **το ένα τρίτο (30%)** όλων των γυναικών διεθνώς έχουν βιώσει στη σχέση τους με τον σύντροφό τους σωματική ή σεξουαλική βία. Επιπλέον, οι γυναίκες πλήττονται δυσανάλογα από τις δολοφονίες που διαπράττονται από συντρόφους και άλλα μέλη της οικογένειας, όπως επιβεβαιώνεται από την πρόσφατη Παγκόσμια Μελέτη Ανθρωποκτονίας του UNODC: ενώ οι περισσότερες γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% των θυμάτων ανθρωποκτονιών παγκοσμίως, αποτελούν τα δύο τρίτα του συνόλου των ατόμων που θανατώνονται από τον σύντροφο και άλλα μέλη της οικογένειας.



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Ενδοοικογενειακή Βία (domestic violence) και συντροφική βία (intimate partner violence)

- **Ενδοοικογενειακή βία** είναι «κάθε πράξη σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας εντός της οικογένειας ή του οικογενειακού πλαισίου ή μεταξύ πρώην και νυν συζύγων/συντρόφων ανεξάρτητα από το αν ο θύτης μοιράζεται ή έχει μοιραστεί την ίδια κατοικία με το θύμα».
- Οι δύο μορφές ενδοοικογενειακής βίας είναι η **συντροφική βία μεταξύ νυν ή πρώην συζύγων ή συντρόφων** και η **διαγενεακή βία**, η οποία συμβαίνει μεταξύ γονέων και παιδιών (Article 3 Istanbul Convention and Explanatory Report).
- Η **συντροφική βία** ορίζεται ως «συμπεριφορά από το σύντροφο που προκαλεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη, συμπεριλαμβανομένων πράξεων σωματικής επίθεσης, σεξουαλικού εξαναγκασμού, ψυχολογικής βίας και συμπεριφορών ελέγχου. Αφορά τη βία από τωρινούς και πρώην συζύγους και άλλους συντρόφους».
- (UPFA&WAVE,2014:20)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning Αιτίες της βίας κατά των γυναικών

Είναι ευρέως κατανοητό ότι η βία κατά των γυναικών (ή αλλιώς έμφυλη βία) δεν προκαλείται από ένα μόνο παράγοντα. Αντίθετα, είναι συνδυασμός πολλών παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο ένας άνδρας να ασκήσει βία και μια γυναίκα να βιώσει βία (UPFA&WAVE,2014:28).

Ατομικοί παράγοντες: κάποιοι από τους πιο σταθερούς παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα οι άνδρες να ασκήσουν βία είναι

- Νεαρή ηλικία
- Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Έκθεση ή εμπειρία βίας στην παιδική ηλικία
- Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Αποδοχή της βίας (π.χ το συναίσθημα ότι είναι αποδεκτό ένας άνδρας να χτυπάει τη σύντροφό του)
- Περιπτώσεις κακοποιημένων συντρόφων στο παρελθόν
- Παράγοντες σταθερά συνδεδεμένοι με αυξημένη πιθανότητα να δεχτεί βία μια γυναίκα από τον σύντροφό της σε διαφορετικές χώρες: χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, έκθεση στη βία μεταξύ των γονέων, σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, αποδοχή της βίας, έκθεση σε άλλες μορφές προγενέστερης βίας

Διαπροσωπικοί παράγοντες: κάποιοι παράγοντες που συνδέονται με τον κίνδυνο να δεχτούν οι γυναίκες βία και να ασκήσουν οι άνδρες βία είναι

- Συγκρούσεις ή έλλειψη ικανοποίησης στη σχέση
 - Η ανδρική κυριαρχία στην οικογένεια
 - Οι οικονομικές δυσκολίες
 - Η διαφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο, π.χ μια γυναίκα με καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο από τον σύντροφό της
- Κοινωνικοί και κοινωνικοί παράγοντες: οι ακόλουθοι παράγοντες έχουν εντοπιστεί σε μελέτες
- Κοινωνικές norms για την ανισότητα των φύλων, ειδικά αντιλήψεις για την ανδρική κυριαρχία και επιθετικότητα
 - Η φτώχεια
 - Η χαμηλή κοινωνική και οικονομική θέση των γυναικών
 - Η έλλειψη νομικών κυρώσεων για τη συντροφική βία στον γάμο
 - Η έλλειψη πολιτικών δικαιωμάτων των γυναικών
 - Η ευρεία αποδοχή της βίας ως τρόπο επίλυσης συγκρούσεων
 - Οι ένοπλες συγκρούσεις και ο υψηλός βαθμός γενικευμένης βίας στην κοινωνία (Heise, Garcia-Moreno et al WHO, 2012)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Η δυναμική της βίας στις συντροφικές σχέσεις

- Οι γυναίκες επιζώσες βίας που απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας συχνά δεν αποκαλύπτουν τις εμπειρίες τους.
- Ακόμη και σε περίπτωση που μια ασθενής αποκαλύψει ότι έχει βιώσει βία από τον σύντροφό της, οι επαγγελματίες μπορεί να ανακαλύψουν ότι αναστάτιστα ιατρική βοήθεια αλλά δεν επιθυμεί να εγκαταλείψει την κακοποιητική σχέση*.
- Αρκετοί επαγγελματίες υγείας μοιράζονται τις νόρμες, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία ζουν.
- Αρνητικές στάσεις προς τις γυναίκες γενικά και προς τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία μπορεί να επιφέρουν επιπλέον βλάβη στις γυναίκες και να εμποδίσουν τους επαγγελματίες υγείας από το να παρέχουν επαρκή ιατρική στήριξη.
- Μη κατανοώντας τα δυναμικά της βίας μπορεί καλοπροαίρετοι επαγγελματίες υγείας να απογοητευτούν και να πιστέψουν ότι αυτή η γυναίκα δεν χρειάζεται η δεν αξίζει βοήθεια αναρωτώμενοι «γιατί δεν δέχεται βοήθεια και δεν εγκαταλείπει την κακοποιητική σχέση;»
- Η γυναίκα μπορεί να κατηγορηθεί για την κατάσταση της.
- Κατανοώντας οι επαγγελματίες τα δυναμικά των βίαιων συντροφικών σχέσεων μπορεί να βοηθηθούν να διατηρήσουν μια υποστηρικτική, μη επικριτική στάση αξιολόγησης όσον αφορά τα θύματα, το οποίο είναι σημαντικό σε ένα σύστημα υγείας που ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στη βία (UPFA&WAVE,2014:31)

Εμπόδια για να αφήσει μια γυναίκα τον σύντροφο που την κακοποιεί

- Η συμπεριφορά των θυτών π.χ κλιμακούμενη βία, καταδίωξη, απειλές σε βάρος των παιδιών, ομηρία, απειλές για αναφορά στις αρχές (υπηρεσίες μεταναστευσης, υπηρεσίες παιδικής προστασίας)
- Έλλειψη ασφαλών επιλογών για τις γυναίκες και τα παιδιά τους π.χ ξενώνες επείγουσας φιλοξενίας, στέγαση, εργασία, νομικοί περιορισμοί, ανησυχίες για το καθεστώς παραμονής
- Η ακινητοποίηση του θύματος λόγω σωματικού ή ψυχικού τραύματος
- Έλλειψη συνεχούς βοήθειας από την κοινότητα και την οικογένεια
- Τα αμφιθυμικά συναισθήματα του θύματος (Ganley,1998:72)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Ο τροχός της δύναμης και του ελέγχου

- Ο τροχός της δύναμης και του ελέγχου προσφέρει ένα πλαίσιο για την κατανόηση της εμφάνισης και των μηχανισμών της δύναμης και του ελέγχου στη σχέση. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε από το Domestic Abuse Intervention Programs στη Μινεσότα των ΗΠΑ με ενσωμάτωση των εμπειριών γυναικών που δέχτηκαν βία από τον σύντροφό τους και συμμετείχαν σε focus group.
- Ο τροχός αποτελείται από οκτώ ακτίνες που συνοψίζουν τα πρότυπα συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται από ένα άτομο για να ελέγξει σκόπιμα ή να κυριαρχήσει στον/στη σύντροφο του: με εκφοβισμό, συναισθηματική κακοποίηση, εξαναγκασμό και απειλές. Αυτές οι ενέργειες χρησιμοποιούν στην άσκηση «δύναμης και ελέγχου»- αυτές οι λέξεις είναι στο κέντρο του κύκλου. Το χείλος του κύκλου έχει τη σωματική και σεξουαλική βία που συμπεριλαμβάνει όλα τα προηγούμενα. (UPFA&WAVE,2014:31).



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Ο κύκλος της βίας



- Το μοντέλο για τον «κύκλο της βίας» αναπτύχθηκε από την Αμερικανίδα ψυχολόγο Lenore E. Walker το 1979. Περιγράφει την πορεία μιας βίαιης σχέσης σε τρεις φάσεις ή κύκλους:

 1. Στην πρώτη φάση, οι εντάσεις συσσωρεύονται σταδιακά. Η γυναίκα προσπαθεί να κατευνάσει τον σύντροφό της δημιουργώντας μια ψευδή αίσθηση ότι μπορεί να ελέγχει την επιθετικότητα του και να αποτρέψει τη βία.
 2. Ακολουθεί η δεύτερη φάση, ένα επεισόδιο σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής βίας που τελειώνει όταν ο δράστης σταματά προσωρινά τη βίαιη συμπεριφορά.
 3. Στην τρίτη φάση (φάση «μήνα του μέλιτος»), ο δράστης ζητά συγγνώμη και υπόσχεται να αλλάξει η βίαιη συμπεριφορά του. Μπορεί να δείξει ιδιαίτερη αγάπη και ευγενική συμπεριφορά. Αυτό κάνει τη γυναίκα να πιστεύει ότι υπάρχει μια «καλή» πλευρά στον βίαιο σύντροφό της με τον οποίο μπορεί να συνεχίσει να ζει προσαρμόζοντας τη συμπεριφορά του και τροποποιώντας τη δική της.

 - Ο κύκλος της βίας είναι επαναλαμβανόμενος στο πέρασμα του χρόνου. Οι φάσεις επιθετικότητας αυξάνονται τόσο ως προς τη βαρύτητα όσο και ως προς τη διάρκεια, ενώ οι φάσεις «μήνα του μέλιτος» γίνονται συντομότερες.
 - Σε αυτή την κατάσταση οι γυναίκες αναπτύσσουν μια στρατηγική επιβίωσης που μπορεί να περιλαμβάνει ακραία παθητικότητα, με άρνηση της κακοποίησης ή της βοήθειας που της προσφέρεται και μπορεί να υπερασπίζεται τον επιτιθέμενο.
 - (UPFA&WAVE,2014:33)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Το σύνδρομο της Στοκχόλμης

Το σύνδρομο της Στοκχόλμης χρησιμοποιείται για να εξηγήσει γιατί οι γυναίκες παραμένουν σε βίαιες σχέσεις. Παρατηρήθηκε για πρώτη φορά το 1973, όταν οι ληστές τραπεζών στη Στοκχόλμη πήραν τέσσερις ανθρώπους και τους κράτησαν όμηρους για έξι μέρες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι αιχμάλωτοι ανέπτυξαν στενή σχέση με τους ληστές και θεωρούσαν την αστυνομία ως εχθρούς. Σε μια έρευνα πάνω από 400 γυναίκες που βίωσαν συντροφική βία, οι Graham και Rawlings προσδιόρισαν ένα παρόμοιο πρότυπο απόκρισης μεταξύ των γυναικών που βίωσαν βίαιες σχέσεις με σύντροφο. Αυτές οι γυναίκες τείνουν να κάνουν στενούς εχθρούς και ακόμη να ταυτίζονται με τον δράστη ως στρατηγική αντιμετώπισης και επιβίωσης. Εάν ο βίαιος σύντροφος είναι πρόθυμος να κάνει ακόμα και μικρές παραχωρήσεις η γυναίκα έχει νέες ελπίδες και είναι έτοιμη να δώσει στον θύτη μια ακόμη ευκαιρία. Το σύνδρομο της Στοκχόλμης αναπτύσσεται κάτω από τέσσερις προϋποθέσεις:

1. Η ζωή του επιζώντος απειλείται
2. Ο επιζών δεν μπορεί να ξεφύγει ή πιστεύει ότι η διαφυγή είναι αδύνατη
3. Ο επιζών είναι απομονωμένος από άτομα έξω
4. Ο θύτης δείχνει κάποιο βαθμό καλοσύνης στο θύμα



Οι Graham και Rawlings ανακάλυψαν ότι το σύνδρομο της Στοκχόλμης είναι μια κοινή εμπειρία ανθρώπων που έζησαν σοβαρό τραύμα και βία και δεν βλέπουν διέξοδο από την κατάσταση τους. Για παράδειγμα κακοποιημένα παιδιά, μέλη αιρέσεων και αιχμάλωτοι πολέμου μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αρχίζουν να ταυτίζονται με τους επιτιθέμενους για να επιβιώσουν. Έτσι, οι γυναίκες που επιβιώνουν από τη βία δεν αναπτύσσουν συγκεκριμένα ψυχολογικά μοτίβα αντιμετώπισης και αντίστοιχα αντιδρούν όπως και άλλοι άνθρωποι σε παρόμοια κατάσταση.

(WAVE στο UPFA&WAVE, 2014:33)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning

Η έννοια της εξομάλυνσης της βίας

- Η έννοια της εξομάλυνσης της βίας που ανέπτυξε η Σουηδή κοινωνιολόγος Eva Lundgren εξηγεί γιατί οι γυναίκες ζουν με έναν βίαιο σύντροφο **δυσκολεύονται να ονομάσουν και να ορίσουν τις δικές τους εμπειρίες ως βία** καθώς ζώντας σε μια βίαιη σχέση αλλάζουν την ερμηνεία και την κατανόηση για τη βία που βιώνουν.
- **Υιοθετούν** την κατανόηση του βίαιου συντρόφου τους για τη βία.
- Κατά συνέπεια, οι γυναίκες μπορεί να αντιληφθούν μια επίθεση, την οποία ένας ξένος θα θεωρούσε ως βία, ως **εκδήλωση της δικής τους αποτυχίας**.
- Επιπλέον, οι γυναίκες είναι απρόθυμες να **αναγνωριστούν** ως «κακοποιημένες γυναίκες» και οι σύντροφοί τους ως «θύτες» δεδομένου ότι αυτό θα **σήμαινε** την αναγνώριση ότι οι ίδιες και οι σύντροφοί τους **αποκλίνουν** από τον κανόνα μιας **ισότιμης σχέσης**. Είναι σημαντικό επίσης να γίνει κατανοητό ότι **προσδιορίζοντας τη βία ως κάτι άλλο από βία ή η υποβάθμισή της** μπορεί να είναι μια **στρατηγική αντιμετώπισης** ενώ ζουν σε μια βίαιη σχέση.
- Έρευνες έδειξαν ότι **μόνο μετά την αποχώρηση της γυναίκας από τη βίαιη σχέση** (όταν δεν αντιμετωπίζει απομόνωση, έλεγχο και κίνδυνο για περαιτέρω βία από τον σύντροφό της) **ξεκινά η διαδικασία να ονομάσει τις εμπειρίες της ως βία**.
- (Lundgren et al στο UPFA&WAVE, 2014:33)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Μύθοι γύρω από την έμφυλη βία

Οι μύθοι και οι στερεότυπες αντιλήψεις για την έμφυλη βία διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται και ανταποκρίνεται στη βία που ασκείται κατά των γυναικών.

- Αυτοί οι μύθοι και οι στάσεις είναι **επιβλαβείς** καθώς τείνουν να καθιστούν υπεύθυνες τις γυναίκες αντί τους δράστες για τη συμπεριφορά τους.
- Οι μύθοι μπορούν να **προκαλέσουν** πρόσθετη βλάβη στις γυναίκες που δέχονται βία και να εμποδίσουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν επαρκή υποστήριξη.
- Επομένως, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες να κατανοήσουν τη **διαφορά** μεταξύ μύθου και γεγονότος προκειμένου να κατανοήσουν την κατάσταση και τις ανάγκες των γυναικών και να διατηρήσουν μια **επαγγελματική και αμερόληπτη** στάση.
- Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη για την παροχή **περίθαλψης** και **υποστήριξης** προς τα θύματα και την **αποφυγή** οποιασδήποτε συμπεριφοράς που μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή τραυματισμό.
- Σε καμία περίπτωση δεν είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας να εκτιμήσουν την **αξιοπιστία της φερόμενης βίας** ή να κατηγορήσουν το θύμα. (UPFA & WAVE, 2014:34)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Μύθοι και πραγματικότητα για τη βία (1)

Μύθος 1: Οι γυναίκες επιτρέπουν τη βία από τους συντρόφους τους και αν θέλουν πραγματικά μπορούν να τους αφήσουν

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Σε καμία περίπτωση δεν αξίζει να κακοποιηθεί μια γυναίκα. Διεθνώς, η βία κατά των γυναικών έχει αναγνωριστεί ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που δεν δικαιολογείται και απαιτείται ουσιαστική αντιμετώπιση από το κράτος. Θεωρίες σχετικά με τη δυναμική των σχέσεων αναφέρουν ότι οι δράστες χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό τακτικής ελέγχου και εξαναγκασμού που δυσκολεύουν τις γυναίκες να ξεφύγουν από τη βία. Οι γυναίκες που βίωσαν βία από έναν σύντροφο και επιδιώκουν να εγκαταλείψουν τη σχέση για την ασφάλειά τους και την ασφάλεια των παιδιών τους αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επανάληψης και κλιμάκωσης της βίας. Δυσκολεύονται να εγκαταλείψουν τις βίαιες σχέσεις λόγω ντροπής, ενοχής, έλλειψης ασφαλούς στέγης ή της πεποίθησης ότι το διαζύγιο είναι λάθος για τα παιδιά.

Μύθος 2: Οι συγκρούσεις και η ασυμφωνία αποτελούν φυσιολογικό μέρος οποιασδήποτε σχέσης

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Το «όλοι μπορούν να χάσουν τον έλεγχο!» είναι ένα συνηθισμένο επιχειρήμα για να δικαιολογηθεί η βία από τον σύντροφο. Ωστόσο, η βία δεν αφορά τον «χαμένο» έλεγχο αλλά την «ανάκτηση» του ελέγχου μέσω της χρήσης απειλών, εκφοβισμού και βίας όπως φαίνεται από τον τροχό της δύναμης και του ελέγχου. Η βία σε μια σχέση δεν είναι φυσιολογική και είναι εκδήλωση ιστορικά άνισων σχέσεων εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών.

ΜΥΘΟΣ 3: Οι άνδρες και οι γυναίκες είναι εξίσου βίαιοι ο ένας με τον άλλον

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η πλειονότητα των ατόμων που υφίστανται έμφυλη βία και κυρίως βία στη συντροφική σχέση είναι γυναίκες και κορίτσια. Διεθνώς, σχεδόν τα μισά θύματα στο σύνολο των ανθρωποκτονιών (47%) το 2012 σκοτώθηκαν από συντρόφους ή μέλη της οικογένειάς τους ποσοστό συγκρινόμενο με τα θύματα στις ανθρωποκτονίες ανδρών που ήταν λιγότερο από 6%. Σύμφωνα, με δεδομένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 67% της σωματικής βίας που ασκείται κατά των γυναικών διαπράττεται από άνδρες. (UPFA & WAVE, 2014:34)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Μύθοι και πραγματικότητα για τη βία (2)

Μύθος 4: Η ενδοοικογενειακή βία συμβαίνει μόνο σε ένα συγκεκριμένο είδος ατόμων
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η έμφυλη βία είναι πρόβλημα διεθνώς. Το 35% όλων των γυναικών παγκοσμίως έχουν βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία από ένα σύντροφο ή σεξουαλική βία από μη σύντροφο. Ένας αριθμός παραγόντων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο των γυναικών που έχουν υποστεί έμφυλη βία αλλά η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, εκπαιδευτικών επιτευγμάτων, καταγωγής, θρησκείας ή σεξουαλικού προσανατολισμού. Αν και ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας επηρεάζονται δυσανάλογα από τη συντροφική και τη σεξουαλική βία δεν έχει τεκμηριωθεί σαφώς εάν η φτώχεια αυτή καθαυτή αυξάνει τον κίνδυνο βίας ή άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη φτώχεια.

Μύθος 5: Η έμφυλη βία περιλαμβάνει μόνο τη σωματική βία
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η σωματική βία είναι μια μορφή βίας. Διεθνείς νομοθεσίες ορίζουν τη βία κατά των γυναικών ως «κάθε πράξη έμφυλης βίας που καταλήγει ή μπορεί να καταλήξει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη ή να υποφέρουν οι γυναίκες (DEVAW, Article 1). Μελέτες στη Ρουμανία δείχνουν ότι το 18,5% των γυναικών βίωσε ψυχολογική βία από τα μέλη της οικογένειας συμπεριλαμβανομένων και των συντρόφων. Το ποσοστό της οικονομικής βίας ήταν 5,3%. Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες συχνά δέχονται ψυχολογική κακοποίηση και ταπείνωση πιο σοβαρή από τη σωματική επίθεση.

Μύθος 6: Η έμφυλη βία προκαλείται από τη χρήση ουσιών αλκοόλ και ναρκωτικά
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Αν και η κατοχή ουσιών συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας και μπορεί να μειώσει τις αναστολές αποτελεί παράγοντα που συνεισφέρει και όχι αιτία βίας. Η χρήση οινόπνευματων ή ναρκωτικών μπορεί να δικαιολογήσει τη βία. Δεν χρησιμοποιούν όλοι οι δράστες ναρκωτικά ή αλκοόλ και δεν είναι βίαιοι όσοι κάνουν χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ.

Μύθος 7: Οι γυναίκες πρέπει να ανεκταούν τη βία για να κρατήσουν την οικογένεια
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και τη ζωή χωρίς βία. Κάθε γυναίκα που έχει επιβιώσει από έμφυλη βία έχει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Μπορεί να αποφασίσει να παραμείνει με τον κακοποιητικό σύντροφο της ή να τον αφήσει και να έχει την υποστήριξη και προστασία που δικαιούται από το κράτος. Μια δικαιολογία για να παραμείνουν οι γυναίκες σε μια κακοποιητική σχέση είναι η ευμερσία των παιδιών. Ωστόσο, η ασφάλεια και η υγεία των παιδιών επηρεάζονται αρνητικά όταν τα παιδιά δέχονται ή βλέπουν βία. Η υποστήριξη της πολιτείας με προγράμματα σε βίαια άτομα να υιοθετούν μη βίαιη συμπεριφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλει στην πρόληψη της περαιτέρω βίας και την αλλαγή βίαιων συμπεριφορών (Άρθρο 16 της Σύμβασης της Κωνσταντινούπολης στο UPFA & WAVE, 2014:35). Αυτό είναι πολύ σημαντικό όταν οι γυναίκες δεν επιθυμούν ή μπορούν να εγκαταλείψουν μια βίαιη σχέση. Για παράδειγμα, η οικονομική εξάρτηση και ο κίνδυνος στιγματισμού από την κοινότητα κυρίως σε αγροτικές περιοχές. Ταυτόχρονα οι παρεμβάσεις για τους δράστες πρέπει να είναι συμπληρωματικές χωρίς να αντικαταστήσουν ή να περιορίσουν τους πόρους για τις υπηρεσίες υποστήριξης των γυναικών. (UPFA&WAVE,2014:35).

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Μύθοι και πραγματικότητα για τη βία (3)

Μύθος 8: Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΘΕΜΑ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΝΟΣ ΑΝΔΡΑ ΣΤΗ ΣΥΖΥΓΟ ΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΘΕΜΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η βία κατά των γυναικών αποτελεί παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ανεξάρτητα από το αν συμβαίνει στην οικογένεια ή στη δημόσια σφαίρα. Σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο τα κράτη δεν δικαιούνται μόνο να εξαλείψουν κάθε μορφή βίας κατά των γυναικών αλλά είναι υποχρεωμένα να το πράξουν (CEDAW, Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης, στο UPFA&WAVE,2014:35).

Μύθος 9: ΟΣΟΙ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΙΩΣΟΥΝ ΒΙΑΣΜΟ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Διεθνείς ορισμοί για τον βιασμό και τις άλλες μορφές σεξουαλικής επίθεσης εστιάζουν στον τύπο των βίαιων πράξεων που διαπράττονται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο δράστης ή το θύμα. Συνεπώς, όποιος εξαναγκάζει μια γυναίκα σε σεξουαλική πράξη διαπράττει βιασμό ανεξάρτητα από το επάγγελμά της. Έρευνα από τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη δείχνει το υψηλό ποσοστό βίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι σεξουαλικής εκμετάλλευσης, τρεις στους πέντε ερωτηθέντες ανέφεραν εμπειρίες σεξουαλικής βίας (PROI στο UPFA & WAVE, 2014:35).

Μύθος 10: ΕΝΑΣ ΑΝΔΡΑΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΙΑΣΕΙ ΤΗ ΣΥΖΥΓΟ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Ο βιασμός ορίζεται από μια ενέργεια και όχι από την ταυτότητα του δράστη ή του επιζώντος. Οποιαδήποτε καταναγκαστική σεξουαλική επαφή είναι βιασμός, ανεξάρτητα από το αν η γυναίκα είναι παντρεμένη με τον δράστη ή όχι. Διεθνείς ορισμοί για τα ανθρώπινα δικαιώματα περιλαμβάνουν όλες τις μορφές σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας κατά των γυναικών ανεξάρτητα από το αν διαπράττονται στην οικογένεια ή στο κοινό. Παρόλο που το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα υποχρεώνει τα κράτη να ποινικοποιήσουν τον βιασμό, δεν αναγνωρίζουν όλα συστήματα δικαιοσύνης τον βιασμό στον γάμο ως ποινικό αδίκημα, με αποτέλεσμα την ατιμωρησία του βιασμού που διαπράττεται από συντρόφους.

Μύθος 11: ΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΜΦΥΛΗΣ ΒΙΑΣ ΔΙΑΠΡΑΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥΣ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η πλειονότητα των γυναικών βιώνει έμφυλη βία από οικείο πρόσωπο προς εκείνες. Διεθνής μελέτη για την ανθρωποκτονία το 2013 εκτιμά ότι οι γυναίκες αποτελούν το 79% στο σύνολο των ατόμων που σκοτώθηκαν από συντρόφους τους. Ακόμη, το 47% όλων των γυναικών που σκοτώθηκαν το 2012 θανατώθηκαν από μέλη της οικογένειάς τους ή συντρόφους τους. Για τους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 6%. (UPFA & WAVE, 2014:36)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Το φαινόμενο της συντροφικής βίας κατά των γυναικών στην Ευρώπη

Σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, 2014:

- Το 8% των γυναικών σχεδόν έχουν βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία κατά τους 12 μήνες που προηγήθηκαν της συνέντευξης.
- Μία στις τρεις γυναίκες υπήρξε θύμα κάποιας μορφής σωματικής και σεξουαλικής βίας από την ηλικία των 15 ετών και άνω.
- Οι νέες γυναίκες ως ομάδα είναι ιδιαίτερα ευάλωτες και κατά συνέπεια έχουν ανάγκη από στοχευμένη πρόληψη και ενημέρωση σχετικά με τη βία κατά των γυναικών.
- Από τις συμμετέχουσες που έχουν ή είχαν σχέση με άνδρα, το 22% έχει υποστεί σεξουαλική ή σωματική βία.
- Από τα θύματα που ανέφεραν βιασμό από τον νυν σύντροφο το 1/3 περίπου (31%) δηλώνουν ότι έχουν υποστεί έξι ή περισσότερα περιστατικά βιασμού από το σύντροφό τους.
- 1 στα 3 θύματα βίας από το σύντροφο καταγγέλλουν το πιο πρόσφατο σοβαρό περιστατικό στις αρχές.
- Περισσότερες πληροφορίες για το τι συμβαίνει στην Ευρώπη μπορείτε να διαβάσετε στη έρευνα της FRA, 2014

<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>

Δείτε το βίντεο του FRA: Violence against women survey

<https://www.youtube.com/watch?v=HbaiBugKBto&feature=youtu.be>

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Η νομοθεσία στην Ελλάδα

(Νόμος 3500, 24/10/2006, ΦΕΚ 232)

Στις 24 Οκτωβρίου 2006 ψηφίστηκε ο νόμος 3500 (Φ.Ε.Κ 232) για την ενδοοικογενειακή βία και η εφαρμογή του ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2007. Ο νόμος προβλέπει ότι η βία στην οικογένεια αποτελεί αξιόποινη πράξη απέναντι σε κάθε μέλος. Οι διατάξεις αφορούν τους **συντρόφους**, ανεξάρτητα από το φύλο, τα **παιδιά** και **πρώην συζύγους**.

Θύμα ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να είναι σύζυγος, γονέας, συγγενείς α' ή β' βαθμού εξ' αίματος ή εξ' αγχιστείας, τέκνα από υιοθεσία, συγγενείς εξ' αίματος και εξ' αγχιστείας μέχρι τέταρτο βαθμό που ζουν μαζί. Ακόμη, άτομα στα οποία έχει οριστεί δικαστικός επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας μέλος της οικογένειας και κάθε μέλος κάτω των 18 ετών που συμβιώνει με την οικογένεια.

Οποιαδήποτε μορφή άσκησης βίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας απαγορεύεται. Για την πρόκληση σωματικής βλάβης ή κάκωσης προβλέπεται σε άτομο από μέλος της οικογένειας προβλέπεται φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους. Αν η βίαιη πράξη θέσει το άτομο σε κίνδυνο για τη ζωή του ή επιφέρει βαριά σωματική βλάβη η ποινή φυλάκισης είναι τουλάχιστον για δύο χρόνια. Επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα χρόνια για βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση.

Για την άσκηση βίας σε βάρος εγκύου ή ατόμου που δεν μπορεί να αντισταθεί η φυλάκιση είναι τουλάχιστον δύο έτη και τουλάχιστον ένα χρόνο για την άσκηση βίας ενώπιον ανήλικου μέλους.

Το ΦΕΚ για τη νομοθεσία: <https://www.e-nomothesia.gr/oikogeneia/n-3500-2006.html>



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Η συντροφική βία ως ζήτημα για την υγεία

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναλάβουν ενισχυμένο ρόλο στον εντοπισμό και την πρόληψη περιστατικών βίας κατά των γυναικών.

Η έρευνα δείχνει ότι οι έγκυες γυναίκες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες. Από τις γυναίκες που υπέστησαν βία από τον τέως σύντροφο και ήταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης στη διάρκεια της σχέσης το 42% ήταν θύματα βίας από τον σύντροφο αυτό όσο ήταν έγκυες.

Το 87% των ερωτηθέντων γυναικών δέχονται να τους απευθύνουν οι επαγγελματίες υγείας ερωτήσεις για πιθανή κακοποίηση όταν μια ασθενής φέρει τραύματα.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής για τις γυναίκες και τα πρόσωπα που αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της συντροφικής βίας σε καθημερινή βάση.

Οι γυναίκες πιθανόν να μην έχουν επαφή με άλλους επαγγελματίες που μπορούν να τους προσφέρουν βοήθεια.

- Το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του θύτη από τη δικαιοσύνη.
- Πιθανόν οι επαγγελματίες υγείας να έχουν βιώσει συντροφική βία (FRA, 2014:11).
- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2013 δημοσίευσε μια σειρά κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ανταπόκρισης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην ενδοοικογενειακή βία και τη σεξουαλική βία.
- Οι κατευθυντήριες γραμμές καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς:
 - αναγνώριση και κλινική φροντίδα για βίαιη συντροφική βία,
 - κλινική φροντίδα για σεξουαλική κακοποίηση,
 - κατάρτιση σε σχέση με τη συντροφική βία και τη σεξουαλική επίθεση εναντίον των γυναικών
 - πολιτικές και προγραμματικές προσεγγίσεις για την παροχή υπηρεσιών
 - υποχρεωτική αναφορά για τη συντροφική βία
- (WHO στο UPFA & WAVE, 2014:48)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Συνέπειες της βίας στη Σωματική Υγεία

- Μελανιές/ τραυματισμοί
- Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
- Καψίματα/ τραυματισμοί
- Γυναικολογικά προβλήματα
- Κόπωση
- Κακή υγεία γενικά
- Κακή διατροφή
- Χρόνιος πόνος
- Αποβολή
- Κατάγματα
- Μητρικός θάνατος ή πρόωρος τοκετός
- Γέννηση λιποβαρών βρεφών
- Βρεφική θνησιμότητα
- Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- (Department of Health, UK, 2005:41)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Συνέπειες στην Ψυχική Υγεία

- Φόβος
- Αυξημένη πιθανότητα κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ ή συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών
- Κατάθλιψη
- Αυτοκτονικότητα
- Διαταραχές ύπνου
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες
- Απώλεια αυτοπεποίθησης
- Συναισθηματική εξάρτηση
- Αίσθημα απομόνωσης
- Διατροφικές διαταραχές
- Πανικός
- Άγχος
- (Department of Health,UK,2005:41)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

- Να εστιάζουν στις ανάγκες της γυναίκας και των παιδιών της αν έχει.
- Η ενημέρωση και η παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες.
- Να διευκολύνουν τη γυναίκα να μιλήσει για τις εμπειρίες της.
- Να την υποστηρίζουν και να την καθησυχάζουν.
- Να μην την επικρίνουν.
- Να μη θεωρήσουν ότι κάποιος άλλος θα φροντίσει για τις ανάγκες των γυναικών μια και ίσως να είναι τα πρώτα και μόνα πρόσωπα που έρχονται σε επαφή.
- Δεν χρειάζεται να την ενθαρρύνουν να εγκαταλείψει τον σύντροφό της ή να προβεί σε οποιαδήποτε άλλη ενέργεια. Αυτό θα μπορούσε να ενέχει κινδύνους για εκείνη και τα παιδιά της.
- Να μην ενεργήσει ως κοινωνικός λειτουργός εφόσον την έχει παραπέμψει για βοήθεια.
- Να αναγνωρίζουν τις δικές τους ανάγκες για την ασφάλειά τους. Οι συζητήσεις με τους προϊστάμενους και η κλινική εποπτεία παρέχουν ένα πλαίσιο για υποστήριξη.
- Να είναι πάντα προετοιμασμένοι για τη συνεργασία με άλλες οργανώσεις που έχουν συσταθεί για την ασφάλεια των γυναικών.
- Να ακολουθούν τις οδηγίες που τους δίνονται από εξειδικευμένες υπηρεσίες. (Department of Health,UK, 2005:35-36)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Ο επαγγελματίας υγείας στην υποστήριξη γυναικών

Μπορεί να **συνδέσει** τη γυναίκα με άλλες πηγές για την υγεία, την ασφάλεια και την κοινωνική της υποστήριξη.

Πιθανοί πόροι βοήθειας: Τηλεφωνική Γραμμή, Ομάδες υποστήριξης, Νομική υποστήριξη, Κοινωνικός λειτουργός, Ψυχολόγος

Μπορεί να βοηθήσει **συζητώντας** τις ανάγκες της γυναίκας μαζί της, μιλώντας της για τις άλλες πηγές βοήθειας και βοηθώντας την να πάρει βοήθεια αν την θέλει.

Ρωτώντας την ποια θέματα είναι τα πιο σημαντικά για εκείνη στην **παρούσα φάση**.

Μπορεί να την **ρωτήσει** «Τι θα βοηθούσε περισσότερο αν μπορούσε να γίνει άμεσα;»

Να την βοηθήσει να **αναγνωρίσει** και να **σκεφτεί** τις επιλογές της.

Να συζητήσει την **κοινωνική της υποστήριξη**: έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς της, έναν φίλο ή κάποιο έμπιστο άτομο στην κοινότητα στο οποίο θα μπορούσε να μιλήσει; Έχει κάποιον που θα μπορούσε να τη βοηθήσει με χρήματα;

Συνήθως δεν θα είναι εφικτό να **αντιμετωπίσετε** όλες τις ανησυχίες της **στην πρώτη συνάντηση**. Πληροφορήστε την ότι είστε **διαθέσιμος/-η** να **συνανηθείτε ξανά** για να μιλήσετε για τα υπόλοιπα θέματα. Μην περιμένετε να πάρει αποφάσεις **άμεσα**.

Μπορεί να φαίνεται **απογοητευτικό** το ότι δεν κάνει βήματα για να αλλάξει την κατάστασή της. Παρ' όλα αυτά θα χρειαστεί να **πάρει τον χρόνο** της και να κάνει αυτό που **πιστεύει** ότι είναι σωστό για εκείνη. Να **σεβείτε** πάντα τις **επιθυμίες** και τις **αποφάσεις** της. (WHO,2014:28-30)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Τι χρειάζεται να γνωρίζει ένας επαγγελματίας υγείας;

- Να γνωρίζει τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για να μπορεί να δώσει τις σωστές πληροφορίες.
- Να βοηθήσει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο οι γυναίκες αισθάνονται άνετα να μιλήσουν για την κακοποίηση.
- Να μπορεί να αναγνωρίσει ότι μια γυναίκα μπορεί να κακοποιείται από τον σύντροφό της.
- Να γνωρίζει πως να κάνει τις σωστές ερωτήσεις και να βοηθήσει μια γυναίκα να ξέρει ότι μπορεί να μιλήσει για την κακοποίηση και να της εξηγήσει για το απόρρητο.
- Να διερευνήσει αν η γυναίκα έχει παιδιά και να κάνει αξιολόγηση των υπόλοιπων αναγκών της.
- Να αξιολογήσει και να υποστηρίξει γυναίκες που αποκαλύπτουν κακοποίηση.
- Να ενημερώσει για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από το αν η γυναίκα θα αναφέρει κακοποίηση.
- Να διασφαλίσει το απόρρητο. Αν χρειαστεί να δώσει πληροφορίες σε άλλες υπηρεσίες να ακολουθήσει τις κατευθυντήριες οδηγίες.
- Να εκτιμήσει όλες τις ανάγκες της γυναίκας για την υγεία
- (Department of Health,UK, 2005:37)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Υποστήριξη πρώτης γραμμής

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής παρέχει πρακτική φροντίδα και ανταποκρίνεται στις ανάγκες της γυναίκας για ψυχολογική υποστήριξη, θέματα σωματικής υγείας και ασφάλεια χωρίς να παραβιάζει την ιδιωτική της ζωή.

Συχνά η υποστήριξη πρώτης γραμμής είναι η πιο σημαντική φροντίδα που μπορεί να προσφέρει ένας επαγγελματίας υγείας.

Ακόμα και αν αυτό είναι το μόνο που μπορεί να κάνει θα έχει βοηθήσει σημαντικά την ασθενή.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής έχει βοηθήσει ανθρώπους που έχουν υποστεί πολλά δυσάρεστα και στρεσογόνα γεγονότα συμπεριλαμβανομένων των γυναικών που έχουν υποστεί βία.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής περιλαμβάνει πέντε βήματα. Ανταποκρίνεται την ίδια στιγμή σε συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες.

Ακούστε	Ακούστε τη γυναίκα προσεκτικά, με ενσυναίσθηση και χωρίς επίκριση.
Ενημερωθείτε σχετικά με τις ανάγκες και τις ανησυχίες	Εκτιμήστε και ανταποκριθείτε στις ποικίλες ανάγκες και ανησυχίες – συναισθηματικές, σωματικές και πρακτικές (π.χ παιδική φροντίδα)
Επικυρώστε	Δείξτε της ότι την καταλαβαίνετε και την πιστεύετε. Διαβεβαιώστε την ότι δεν φταίει εκείνη.
Ενισχύστε την ασφάλειά της	Συζητήστε ένα πλάνο για να προστατεύσει τον εαυτό της από επιπλέον βλάβη αν η βία συμβεί ξανά.
Υποστήριξη	Υποστηρίξτε την να μάθει για πληροφορίες, υπηρεσίες και κοινωνική στήριξη.

(WHO,2014:13-14)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Στοιχεία φροντίδας και ανταπόκρισης πρώτης γραμμής με επίκεντρο τη γυναίκα

Οι γυναίκες που αποκαλύπτουν κάθε μορφή βίας από τον σύντροφο (ή άλλο μέλος της οικογένειας) ή σεξουαλική κακοποίηση από οποιονδήποτε δράστη **θα πρέπει να έχουν άμεση υποστήριξη**. Οι επαγγελματίες θα πρέπει, **τουλάχιστον, να παρέχουν υποστήριξη πρώτης γραμμής** όταν οι γυναίκες αποκαλύπτουν βία.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής περιλαμβάνει:

- να μην είναι επικριτικός ο επαγγελματίας, να υποστηρίζει και να επικυρώνει αυτό που λέει η γυναίκα
- παροχή πρακτικής φροντίδας και υποστήριξης που ανταποκρίνεται στις ανησυχίες της γυναίκας χωρίς να παρεμβαίνει
- να ρωτάει ο επαγγελματίας για την ιστορία της βίας, να ακούει προσεκτικά, αλλά να μην την πιέζει να μιλήσει (πρέπει να δίνεται προσοχή όταν συζητάμε ευαίσθητα θέματα όταν εμπλέκονται διερμηνείς)
- να τη βοηθήσει να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τους πόρους, συμπεριλαμβανομένων νομικών και άλλων υπηρεσιών που μπορεί να θεωρεί χρήσιμες.
- βοηθώντας την να αυξήσει την ασφάλεια για τον εαυτό της και τα παιδιά της, όπου χρειάζεται
- παροχή ή κινητοποίηση κοινωνικής υποστήριξης

Οι επαγγελματίες πρέπει να εξασφαλίζουν:

- ότι η συνάντηση γίνεται σε ιδιωτικό χώρο και
- ότι έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα, ενημερώνοντας παράλληλα τις γυναίκες για τα όρια εμπιστευτικότητας (π.χ. όταν υπάρχει υποχρεωτική αναφορά).

Εάν οι επαγγελματίες δεν είναι σε θέση να παράσχουν υποστήριξη πρώτης γραμμής, θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι κάποιος άλλος είναι άμεσα διαθέσιμος για να το πράξει. (WHO στο UPFA & WAVE, 2014:59)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Φροντίδα υποστήριξης πρώτης γραμμής για συναισθηματικές ανάγκες



Η υποστήριξη πρώτης γραμμής μπορεί να είναι η πιο σημαντική φροντίδα που μπορείτε να παρέχετε και ενδεχομένως να είναι όλο αυτό που χρειάζεται.

Η υποστήριξη πρώτης γραμμής είναι φροντίδα για συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες.

Οι στόχοι της περιλαμβάνουν:

*Αναγνώριση των αναγκών και των ανησυχιών της
Ακρόαση και επικύρωση των ανησυχιών και των βιωμάτων της
Βοήθεια να αισθανθεί συνδεδεμένη με τους άλλους, ηρεμία και ελπίδα
Να ενδυναμωθεί να νιώσει ικανή να βοηθήσει τον εαυτό της και να ζητήσει βοήθεια
Να διερευνήσει ποιες είναι οι επιλογές της
Σεβασμός στις επιθυμίες της
Βοήθεια να βρει κοινωνική, ιατρική και συναισθηματική υποστήριξη
Ενίσχυση της ασφάλειάς της*

Θυμηθείτε: Όταν την βοηθάτε να αντιμετωπίσει τις πρακτικές της ανάγκες αυτό είναι βοηθητικό και για τις συναισθηματικές της.

Όταν την βοηθάτε με τις συναισθηματικές της ανάγκες ενισχύετε την ικανότητά της να αντιμετωπίσει τις πρακτικές της ανάγκες. (WHO, 2014:15)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Διερεύνηση αναγκών και συζήτηση με τη γυναίκα

Να μάθετε τι είναι πιο σημαντικό για τη γυναίκα.

Σεβαστείτε τις επιθυμίες και ανταποκριθείτε στις ανάγκες της.

Καθώς ακούτε την ιστορία της γυναίκας δείξτε ιδιαίτερη προσοχή σε ό, τι λέει για τις ανάγκες της και τις ανησυχίες της και στο τι δεν λέει αλλά το υπονοεί με λέξεις ή τη γλώσσα του σώματός.

Μπορεί να σας πει για τις ανάγκες της υγείας της, τις συναισθηματικές ανάγκες ή οικονομικές ανάγκες, τις ανησυχίες για την ασφάλειά της ή την κοινωνική στήριξη που χρειάζεται.

Επιλέξτε έναν ιδιωτικό χώρο για συζήτηση όπου δεν μπορεί κανείς να ακούσει τυχαία (αλλά όχι ένα μέρος που να δείχνει στους άλλους τον λόγο που είστε εκεί).

Διαβεβαιώστε την ότι δεν θα επαναλάβετε ότι είπε σε κανέναν και δεν θα αναφέρετε ότι ήταν εκεί σε κανέναν που δεν πρέπει να γνωρίζει.

Αν χρειάζεται να αναφέρετε για την περίπτωση εξηγήστε τι πρέπει να αναφέρετε και σε ποιον.

Ενθαρρύνετε την να μιλήσει και δείξτε της ότι την ακούτε.

Ενθαρρύνετε την να συνεχίσει να μιλάει αν επιθυμεί αλλά μην την πιέζετε να μιλήσει π.χ.«Θέλετε να μιλήσετε περισσότερο για αυτό».

Επιτρέψτε τη σιωπή. Αν κλαίει δώστε της χώρο να αναρρώσει.

Θυμηθείτε: Πάντα να σέβεστε τις επιθυμίες της.



(WHO,2014: 16)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Πώς οι επαγγελματίες υγείας ρωτούν για τη βία; (A)

Υπάρχουν κάποιοι τρόποι που μπορείτε να θίξετε το θέμα της βίας πριν κάνετε άμεσες ερωτήσεις:

«Πολλές γυναίκες βιώνουν προβλήματα με τον σύζυγο ή τον σύντροφό τους ή με κάποιον άλλο μαζί με τον οποίο ζουν».

«Έχω δει γυναίκες με προβλήματα όπως τα δικά σας που έχουν βιώσει βία στο σπίτι».

Υπάρχουν κάποιες απλές και άμεσες ερωτήσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ξεκινήσουν και δείχνουν ότι θέλουν να ακούσουν το πρόβλημα της γυναίκας. Με βάση τις απαντήσεις της συνεχίζει να κάνει ερωτήσεις και να ακούει την ιστορία της. Αν απαντήσει «ναι» σε κάποια από αυτές τις ερωτήσεις της προσφέρουν υποστήριξη πρώτης γραμμής.

«Φοβάσαι τον σύζυγό (ή σύντροφό) σου;»

«Έχει ο σύζυγός (ή σύντροφός) σου ή κάποιος άλλος στο σπίτι απειλήσει ποτέ να σε πληγώσει ή να σε τραυματίσει σωματικά με κάποιο τρόπο; Αν ναι πότε έγινε αυτό;»

«Έχει ο σύζυγος (ή ο σύντροφός) σου ή κάποιος άλλος στο σπίτι εκφοβίσει ή προσβάλλει;»

«Προσπαθεί ο σύζυγος ή ο σύντροφός σου να σε ελέγξει, για παράδειγμα να μη σε αφήνει να έχει χρήματα ή να βγαίνεις από το σπίτι;»

«Σε έχει εξαναγκάσει ο σύζυγός σου σε σεξ ή σε οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή που δεν ήθελες;»

«Σε έχει απειλήσει ο σύζυγός (ή σύντροφός) σου να σε σκοτώσει;»

(WHO,2014:11)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Πώς οι επαγγελματίες ρωτούν για τη βία; (B)

Το να ερωτηθεί μια γυναίκα αν έχει υποστεί βία δεν είναι εύκολο.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να ρωτήσουν από φόβο μήπως προσβάλλουν την ασθενή. Ακόμη, λόγω έλλειψης γνώσης ή αυτοπεποίθησης να αναφέρουν το θέμα της βίας και να μην ξέρουν τι να κάνουν μετά αφού ακούσουν τη γυναίκα.

Το να ρωτήσουν όμως είναι πολύ σημαντικό. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι περισσότερες γυναίκες ακόμα κι αν δεν αρχίζουν από μόνες τους να μιλούν για τη βία αντιδρούν θετικά στο να ερωτηθούν. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική για την αύξηση της γνώσης και της αυτοπεποίθησης ώστε να ρωτήσουν για τη βία και στα επόμενα βήματα της παρέμβασης.

Χρειάζεται:

Να πάρετε την πρωτοβουλία να ρωτήσετε για τη βία-μην περιμένετε τη γυναίκα να το κάνει. Αυτό δείχνει ότι παίρνετε την επαγγελματική ευθύνη για την κατάσταση της και βοηθάει στη δημιουργία εμπιστοσύνης.

Να επισημάνετε ότι η συζήτηση θα είναι εμπιστευτική και τους περιορισμούς του απορρήτου.

Χρησιμοποιείτε βλεμματική επαφή και εστιάστε την προσοχή σας σε εκείνη. Αποφύγετε να κάνετε γραφειοκρατική εργασία την συγκεκριμένη στιγμή.

Να έχετε ενημερότητα για τη γλώσσα του σώματός σας. Πώς στέκεστε, η θέση των χεριών και του κεφαλιού. Η φύση της έκφρασής σας και ο τόνος της φωνής σας μεταφέρουν ένα σαφές μήνυμα στη γυναίκα για το πως αντιλαμβάνεστε την κατάσταση.

Να δείξετε μια μη κριτική και υποστηρικτική στάση και αξιολογήστε τι σας είπε.

Να χρησιμοποιείτε μια φιλική φωνή για να την καθησυχάσετε.

Να ακούτε προσεκτικά την εμπειρία της και διαβεβαιώστε την ότι τα συναισθήματά της είναι δικαιολογημένα.

Να δείξετε ότι πιστεύετε την ιστορία της.

Να δείξετε υπομονή με τις γυναίκες θύματα βίας έχοντας στο μυαλό σας ότι είναι σε κατάσταση κρίσης και μπορεί να έχουν αντιφατικά συναισθήματα.

Να δώσετε έμφαση στο ότι η βία δεν είναι δικό της λάθος και ότι ο θύτης έχει ευθύνη για τη συμπεριφορά του.

Να χρησιμοποιήσετε υποστηρικτικές εκφράσεις όπως «Λυπάμαι για ό,τι σας συνέβη» ή «Πραγματικά έχετε περάσει πολλά», κάτι που μπορεί να ενθαρρύνει τη γυναίκα να δώσει πιο πολλές πληροφορίες.

Να υπογραμμίσετε ότι υπάρχουν διαθέσιμες επιλογές και πόροι. Προσπαθήστε να βρείτε τις κατάλληλες υπηρεσίες μαζί της. Αφήστε «την πόρτα» ανοιχτή για εκείνη για να ξαναέρθει σε εμάς

(UPFA & WAVE, 2014:70)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Ο ρόλος του επαγγελματία να ακούσει τη γυναίκα

Να δώσετε την ευκαιρία στη γυναίκα να πει αυτό που θέλει σε έναν ασφαλή και ιδιωτικό χώρο σε ένα φροντιστικό άτομο. Αυτό είναι σημαντικό για τη συναισθηματική της ανάρρωση.

Η ακρόαση είναι το πιο σημαντικό μέρος της καλής επικοινωνίας και η βάση για την υποστήριξη πρώτης γραμμής. Περιλαμβάνει περισσότερα από το να ακούει κανείς απλώς τα λόγια της γυναίκας.

Αυτό σημαίνει:

να αναγνωρίζετε τα συναισθήματα πίσω από τις λέξεις της

να ακούτε αυτό που λέει αλλά και αυτό που δεν λέει

να προσέχετε τη γλώσσα του σώματος (τη δική της και τη δική σας) συμπεριλαμβανομένων των εκφράσεων του προσώπου, τη βλεμματική επαφή, τις χειρονομίες

να κάθεται ή να στέκεται στο ίδιο επίπεδο και αρκετά κοντά στη γυναίκα που δείχνει ανησυχία και προσοχή αλλά όχι τόσο κοντά ώστε να παρεισφρήσετε ενοχλητικά

μέσα από την ενσυναίσθηση δείχνετε κατανόηση στο πως αισθάνεται η γυναίκα

Δείξτε ότι ακούτε και ενδιαφέρεστε: Κάντε βλεμματική επαφή και αναγνωρίστε τα συναισθήματά της (για παράδειγμα, μπορείτε να κάνετε ένα νεύμα και να πείτε «Καταλαβαίνω» ή «Βλέπω πως αισθάνεσαι»).

Μείνετε στο ίδιο επίπεδο όπως η γυναίκα.

Σεβαστείτε την αξιοπρέπεια της. Μην εκφράζετε αρνητικές κρίσεις για εκείνη ή τους άλλους.

Να είστε ευγενικός/-ή. Ενθαρρυνέτε την να απαντήσει αλλά μην επιμένετε.

Κάνετε μία ερώτηση κάθε φορά. Μιλήστε απλά και με σαφήνεια. Ρωτήστε για διευκρινήσεις ή λεπτομέρειες αν χρειάζεται.

Δώστε της χρόνο να απαντήσει και επιτρέψτε τις σιωπές. Μην βιάζεστε.

(WHO, 2014:17-19, 89)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Η σημασία της επικύρωσης της εμπειρίας της γυναίκας από τον επαγγελματία υγείας

Να αναγνωρίσετε ότι τα συναισθήματά της είναι φυσιολογικά, ότι είναι ασφαλές να εκφράζονται και ότι έχει το δικαίωμα να ζει χωρίς βία και φόβο.

Επικυρώνοντας την εμπειρία της σημαίνει ότι της δίνετε τη δυνατότητα να γνωρίζει ότι ακούτε με προσοχή, ότι καταλαβαίνετε αυτό που λέει και ότι πιστεύετε αυτό που λέει χωρίς επίκριση ή όρους.

Σημαντικά πράγματα που μπορείτε να πείτε:

«Δεν φταις εσύ. Μην κατηγορείς τον εαυτό σου.»

«Είναι εντάξει να μιλάμε.»

«Η βοήθεια είναι διαθέσιμη.» (Αυτό πείτε το μόνο αν αληθεύει.)

«Αυτό που συνέβη δεν έχει καμία δικαιολογία ή άλλοθι.»

«Κανείς δεν αξίζει να δέχεται βία από τον/την σύντροφό σε μια σχέση.»

«Δεν είσαι μόνη. Δυστυχώς, πολλές άλλες γυναίκες έχουν αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό επίσης.»

«Η ζωή σου και η υγεία σου έχουν αξία.»

«Ανησυχώ ότι αυτό μπορεί να επηρεάσει την υγεία σου.»

(WHO, 2014: 23-24)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα e-learning

Δεν χρειάζεται να.....

Επλύστε τα προβλήματά της!

Να την πείσετε να εγκαταλείψει μια βίαιη σχέση!

Να την πείσετε να πάει σε άλλες υπηρεσίες όπως η αστυνομία ή το δικαστήριο!

Να της κάνετε λεπτομερείς ερωτήσεις που την εξαναγκάζουν να αναβιώσει οδυνηρά γεγονότα!

Να της ζητήσετε τι έγινε ή γιατί!

Να την πείσετε να σας πει για τα συναισθήματά της και τις αντιδράσεις της για ένα γεγονός!

Να την ρωτήσετε για τη βία παρουσία συντρόφου, μέλους της οικογένειας ή φίλου. Θυμηθείτε ότι η ασφάλεια της γυναίκας είναι πολύ σημαντική!

Αποφύγετε την παθητική ακρόαση και το να μη σχολιάζετε. Αυτό μπορεί να την κάνει να σκεφτεί ότι δεν την πιστεύετε και ότι κάνει λάθος εκείνη και έχει δίκιο ο θύτης!

Μην την κατηγορείτε. Αποφύγετε ερωτήσεις όπως «γιατί μένεις μαζί του;», «είχατε κάποιον καυγά πριν το συμβάν βίας;», «Τι κάνατε έξω μόνη;», «Τι φορούσατε;». Αντιθέτως, ενισχύστε ότι η βία δεν μπορεί να είναι ανεκτή.

Αποφύγετε τη γλώσσα σώματος που μεταφέρει εκνευρισμό, δυσπιστία, απιστοφοβία ή θυμό προς τη γυναίκα.

Μην κρίνετε τη συμπεριφορά της γυναίκας με βάση τον πολιτισμό ή τη θρησκεία.

Μην την πιέζετε να κάνει αποκαλύψεις. Αν δεν αποκαλύπτει πείτε της για ποιον λόγο σκεφτήκατε για την πιθανότητα βίας. Εξηγήστε της ότι μπορεί να επιστρέψει για επιπλέον βοήθεια. Να φέρετε το θέμα στο επόμενο ραντεβού.

(WHO, 2014:16, UPFA & WAVE, 2014:70)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Εκτιμώντας τον άμεσο κίνδυνο για τη συντροφική βία

Κάποιες γυναίκες θα ξέρουν πότε είναι σε άμεσο κίνδυνο και φοβούνται να πάνε σπίτι.

Αν ανησυχεί για την ασφάλειά της να το λάβετε σοβαρά υπόψη σας.

Άλλες γυναίκες μπορεί να χρειάζονται βοήθεια να σκεφτούν ότι βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο. Υπάρχουν συγκεκριμένες ερωτήσεις που μπορείτε να κάνετε για να δείτε αν είναι ασφαλές για εκείνη να επιστρέψει σπίτι της. Είναι σημαντικό να μάθετε αν υπάρχει άμεσος και πιθανός κίνδυνος για σοβαρό τραυματισμό. Αν φαίνεται ότι υπάρχει άμεσος και υψηλός κίνδυνος μπορείτε να πείτε «Ανησυχώ για την ασφάλειά σου. Ας συζητήσουμε τι να κάνεις για να μην υποστείς βλάβη». Μπορείς να σκεφτείς επιλογές όπως το να ειδοποιηθεί η αστυνομία και να κανονίσετε να για εκείνη να μείνει τη νύχτα μακριά από το σπίτι.

Ερωτήσεις για να εκτιμήσετε τον άμεσο κίνδυνο βίας

Οι γυναίκες που απαντούν «ναι» σε τουλάχιστον 3 από τις ακόλουθες ερωτήσεις μπορεί να είναι σε ιδιαίτερα υψηλό και άμεσο κίνδυνο βίας:

*Η σωματική βία συμβαίνει πιο συχνά ή επιδεινώνεται τους τελευταίους έξι μήνες;
Έχει χρησιμοποιήσει όπλο ή σε απειλή με όπλο;
Προσπάθησε ποτέ να σε στραγγάλισει;
Πιστεύεις ότι θα μπορούσε να σε σκοτώσει;
Σε έχει χτυπήσει ποτέ ενώ ήσουν έγκυος;
Σε ζηλεύει πολύ και συνέχεια ;*

(WHO, 2015: 25)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Πώς μπορεί να συμβάλει ο επαγγελματίας υγείας στην ασφάλεια της γυναίκας

Να βοηθήσετε μια γυναίκα να αξιολογήσει την κατάστασή της και να κάνει ένα πλάνο για την μελλοντική της ασφάλεια

- Πολλές γυναίκες που έχουν υποστεί βία έχουν φόβους για την ασφάλειά τους.
- Κάποιες γυναίκες μπορεί να σκέφτονται ότι δεν χρειάζονται κάποιο σχέδιο για την ασφάλειά τους επειδή δεν περιμένουν ότι η βία θα συμβεί ξανά.
- Εξηγήστε ότι η συντροφική βία είναι πιθανό να μην σταματήσει από μόνη της. Τείνει να έχει συνέχεια και μπορεί με τον χρόνο να επιδεινωθεί και να συμβαίνει ακόμα πιο συχνά.
- Η αξιολόγηση και ο σχεδιασμός για την ασφάλεια είναι μια διαδικασία σε εξέλιξη – δεν είναι συνομιλία μιας φοράς.
- Μπορείτε να την βοηθήσετε συζητώντας τις ιδιαίτερες ανάγκες της και διερευνώντας τις επιλογές της κάθε φορά που την βλέπετε καθώς η κατάστασή της αλλάζει. (WHO:2014,25)



**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Κάνοντας ένα σχέδιο ασφάλειας**

Ακόμα και οι γυναίκες που δεν βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο θα μπορούσαν να επωφεληθούν από ένα σχέδιο ασφάλειας. Έχοντας ένα σχέδιο θα μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα την κατάσταση αν γίνει κάποιο συμβάν βίας ξαφνικά.

Τα ακόλουθα είναι στοιχεία ενός σχεδίου ασφαλείας και ερωτήσεις που μπορείτε να κάνετε στη γυναίκα για να τη βοηθήσετε να κάνει το σχέδιό της. (WHO, 2014: 26-27)

Ασφαλές σχέδιο	
Ασφαλές μέρος για να μείνει	Αν χρειαστεί να αφήσετε το σπίτι σας βιαστικά πού θα μπορούσατε να πάτε;
Φροντίδα για τα παιδιά	Θα φεύγατε μόνη ή θα παίρνατε και τα παιδιά σας μαζί;
Μετακίνηση	Πώς θα πάτε εκεί;
Αντικείμενα για να πάρετε μαζί σας	Χρειάζεται να πάρετε κάποια έγγραφα, κλειδιά, χρήματα, ρούχα ή άλλα πράγματα μαζί σας όταν φύγετε; Τι είναι απαραίτητο; Μπορείτε να βάλτε κάποια πράγματα μαζί σε ένα ασφαλές μέρος ή να τα αφήσετε σε κάποιον για παν ενδεχόμενο;
Χρήματα	Έχετε πρόσβαση σε χρήματα αν χρειαστεί να φύγετε; Πού βρίσκονται; Μπορείτε να τα πάρετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;
Υποστήριξη από κάποιον οικείο	Υπάρχει κάποιος γείτονας που να μπορείτε να μιλήσετε για να ειδοποιήσει την αστυνομία ή να έρθει με βοήθεια για εσάς αν ακουστεί φασαρία από το σπίτι σας;

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning
Πώς να βοηθήσετε χωρίς να θέσετε τη γυναίκα σε κίνδυνο**

Μιλήστε για την κακοποίηση μόνο όταν είστε μόνος/μόνη μαζί της.

Κανείς άνω των δύο ετών δεν πρέπει να ακούσει τυχαία τη συζήτησή σας.

Ποτέ να μην συζητάτε αν ο σύζυγός της, άλλα μέλη της οικογένειάς της ή οποιοσδήποτε άλλος που τη συνοδεύει, ακόμα και φίλος, μπορεί να ακούσει τυχαία.

Ίσως χρειαστεί να βρείτε μια δικαιολογία για να μπορέσετε να δείτε τη γυναίκα μόνη, όπως να στείλετε το άτομο να κάνει κάποιο θέλημα ή να συμπληρώσει ένα έντυπο. Αν τα παιδιά της είναι μαζί της ζητήστε από κάποιον συνάδελφο να τα προσέχει ενώ μιλάτε.

Θυμηθείτε να διατηρήσετε την εμπιστευτικότητα των στοιχείων για την υγείας της. Κρατήστε τα έγγραφα σε ασφαλές μέρος και όχι σε ένα γραφείο ή οπουδήποτε που θα μπορούσε να τα δει κάποιος.

Συζητήστε με τη γυναίκα πως θα εξηγήσει που ήταν. Αν χρειαστεί να πάρει έγγραφα μαζί της (π.χ για την αστυνομία), συζητήστε τι θα κάνει με τα έγγραφα αυτά.

Συζητήστε πώς να μείνει με ασφάλεια στο σπίτι:

Αν δεν μπορεί να **αποφύγει** συζητήσεις με τον σύντροφό της που μπορεί να **κλιμακωθούν** συμβουλευτέ την να προσπαθήσει να γίνουν οι συζητήσεις σε ένα δωμάτιο ή χώρο από τον οποίο να μπορεί να φύγει **εύκολα**.

Συμβουλευτέ την να μείνει μακριά από κάποιο δωμάτιο, στο οποίο μπορεί να υπάρχουν όπλα.

Αν έχει **αποφασίσει** ότι το να φύγει είναι η καλύτερη επιλογή **συμβουλευτέ την να κάνει τα σχέδιά της και να φύγει ΠΡΙΝ** μάθει ο σύζυγός της.

Διαφορετικά θέτει τον εαυτό και τα παιδιά της σε μεγαλύτερο κίνδυνο για βία. (WHO, 2014: 28)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Τι μπορεί να κάνει ο επαγγελματίας υγείας όταν υποψιάζεται βία;

Να μην αναφέρει ποτέ το ζήτημα της συντροφικής βίας αν μια γυναίκα δεν είναι μόνη της. Ακόμα κι αν είναι μαζί με μια άλλη γυναίκα καθώς μπορεί η γυναίκα αυτή να είναι η μητέρα ή αδερφή του θυτή.

Αν τη ρωτήσει για τη βία να το κάνει με έναν τρόπο που να μη δείχνει επίκριση αλλά ενσυναίσθηση.

Να χρησιμοποιεί μια γλώσσα που είναι κατάλληλη και σχετική με τον πολιτισμό και την κοινότητα που εργάζεται.

Σε κάποιες γυναίκες μπορεί να μην αρέσουν οι λέξεις «βία» και «κακοποίηση».

Είναι σημαντικό να χρησιμοποιεί τις λέξεις που χρησιμοποιούν οι γυναίκες από μόνες τους.

Τι κάνει ο επαγγελματίας όταν οι γυναίκα δεν αποκαλύπτει τη βία;

Να μην την πιέσει και να της δώσει χρόνο να αποφασίσει τι θέλει να πει.

Να της πει για υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες αν επιλέξει να τις χρησιμοποιήσει.

Πληροφορεί για τις επιπτώσεις της βίας στην υγεία των γυναικών και την υγεία των παιδιών τους.

Να της δώσει τη δυνατότητα για μια επόμενη επίσκεψη.

(WHO,2014:10,12)



Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Εμπόδια των γυναικών να λάβουν αποτελεσματική φροντίδα

- Η ντροπή, η ενοχή και η αίσθηση ότι είναι αποκλειστικά ή εν μέρει υπεύθυνη για τη βία που υπέστη: Μια γυναίκα που βίωσε βία από σύντροφο μπορεί να είναι πεπεισμένη ότι μπορεί να σταματήσει τη βία, εάν υπακούσει τις επιθυμίες του δράστη και «βελτιωθεί».
- Ο φόβος για αντίποινα από τον δράστη: Οι γυναίκες που ζουν σε βίαιες σχέσεις μπορεί να φοβηθούν κλιμάκωση της βίας και περαιτέρω απειλές, καθώς οι βίαιοι σύντροφοι συνήθως απαγορεύουν στις γυναίκες να μιλούν για τη βία με οποιοδήποτε άλλο άτομο και να απειλούν με περαιτέρω βία.
- Ο φόβος του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού από τις οικογένειες και τις κοινότητές τους.
- Η κοινωνική απομόνωση και η αίσθηση ότι πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνες τη βία.
- Μακρόχρονες εμπειρίες κακομεταχείρισης που μπορεί να βλάψουν την αυτοπεποίθηση των γυναικών σε τέτοιο βαθμό ώστε η αναζήτηση και η αποδοχή της υποστήριξης να γίνει δύσκολη.
- Έλλειψη ασφαλών επιλογών για τα παιδιά τους και φόβος να χάσουν την επιμέλεια.
- Ο φόβος να επιστήσει την προσοχή στην κατάσταση παράνομης μετανάστευσης ή να χάσει το καθεστώς μετά το χωρισμό από έναν βίαιο σύζυγο.
- Έλλειψη ρεαλιστικών επιλογών, π.χ. για τους οικονομικούς πόρους, τη στέγαση, την απασχόληση ή την ασφάλεια.
- Η έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές.
- Ο φόβος των αρνητικών απαντήσεων από τους επαγγελματίες υγείας και της κατηγορίας ότι δεν εγκαταλείπουν τον κακοποιητικό σύντροφο, ιδίως όταν η γυναίκα έχει κατηγορηθεί στο παρελθόν άλλους επαγγελματίες.
- Δεν γνωρίζουν τις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας, για παράδειγμα εάν η αστυνομία θα ενημερωθεί ή εάν θα υπάρξει προσέγγιση του δράστη.
- Η γλώσσα και πολιτισμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστριες και οι γυναίκες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες.

(UPFA & WAVE,2014: 55-56)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Εμπόδια για τους επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν στη βοήθεια των γυναικών

Ανεπαρκής γνώση σχετικά με τις αιτίες, τις συνέπειες και τη δυναμική της έμφυλης βίας. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν ρωτούν ή δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της έμφυλης βίας, μπορεί να μην προσφέρουν την κατάλληλη περίθαλψη.

Προσωπική συμπεριφορά και παρερμηνείες σχετικά με την έμφυλη βία (GBV) που μπορεί να οδηγήσουν στην αντίληψη ότι η συντροφική βία είναι ιδιωτικό θέμα ή να κατηγορήσουν την γυναίκα για τη βία.

Προσωπική εμπειρία βίας στο παρελθόν.

Έλλειψη δεξιοτήτων για την ανταπόκριση σε περιστατικά βίας. Οι επαγγελματίες του υγείας μπορεί να διστάζουν να ρωτήσουν σχετικά με τη βία. Η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων μπορεί επίσης να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια, τη ζωή και την ευημερία της ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν αρνητική στάση απέναντι σε μια ασθενή που έχει βιαστεί ή όταν συζητούν για τραυματισμούς μιας γυναίκας με τρόπο που μπορεί τυχαία να ακούσει ο βίαιος σύζυγος που περιμένει έξω.

Έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υποστήριξης και τις κατάλληλες επαγγελματικές επαφές, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως βάση για παραπομπή.

Έλλειψη χρόνου για ιατρική περίθαλψη. Μπορεί να είναι δύσκολο να εκτιμηθεί πόσο χρονοβόρα θα ήταν μια συνομιλία και οι επαγγελματίες υγείας ανησυχούν για την ανάγκη να μειώσουν τον χρόνο που απαιτείται για άλλους ασθενείς.

Έλλειψη ενδοϋπηρεσιακής υποστήριξης, όπως τυποποιημένα πρωτόκολλα, έντυπα τεκμηρίωσης ή εκπαίδευσης προσωπικού για την αντιμετώπιση γυναικών που έχουν δεχτεί βία.

Αβεβαιότητα σχετικά με νομικές υποχρεώσεις, όπως κανόνες περί εμπιστευτικότητας ή υποχρεώσεις υποβολής εκθέσεων.

Απουσία διαδικασιών, πολιτικών και πρωτοκόλλων για την εξασφάλιση της ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας ακολουθώντας τα πρότυπα καλής κλινικής φροντίδας. (UPFA & WAVE, 2014:56)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Παραπομπές και πρόσβαση σε πληροφορίες

Συχνά οι γυναίκες δεν ακολουθούν τις παραπομπές από τους επαγγελματίες υγείας. Μπορείτε όμως να αυξήσετε τις πιθανότητες να πάρει τη βοήθεια που προτείνετε.

Συμβουλές που δίνονται για παραπομπές:

Να είστε σίγουροι ότι η παραπομπή προσδιορίζει τις πιο σημαντικές ανάγκες και ανησυχίες της.

Αν εκφράζει προβλήματα με το να ακολουθήσει μια παραπομπή για κάποιον λόγο σκεφτείτε μαζί της για λύσεις.

Προβλήματα που μπορείτε να συζητήσετε:

Να μην υπάρχει κάποιος να μείνει με τα παιδιά.

Ο σύντροφός μπορεί να το ανακαλύψει και να προσπαθήσει να εμποδίσει.

Δεν έχει τρόπο να μετακινηθεί. (WHO, 2014:30-31)

Τα αρχεία και οι πληροφορίες των ασθενών είναι απολύτως εμπιστευτικά.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας έχουν επαγγελματικό, νομικό και ηθικό καθήκον να διατηρούν και να σέβονται την εμπιστευτικότητα και την αυτονομία των ασθενών.

Τα αρχεία και οι πληροφορίες δεν πρέπει να αποκαλύπτονται σε κανέναν εκτός από εκείνους που εμπλέκονται άμεσα στην υπόθεση.

Όλα τα αρχεία ασθενών και τα τυχόν δείγματα θα πρέπει να φυλάσσονται σε ασφαλές μέρος.

(UPFA & WAVE, 2014:83)

Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

e-learning

Πώς και τι πρέπει να τεκμηριωθεί από τους επαγγελματίες υγείας;

Η τεκμηρίωση των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει χειρόγραφες σημειώσεις, διαγράμματα σώματος και φωτογραφία. Μέσω της διαδικασίας τεκμηρίωσης, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διασφαλίζουν τη συνειδητή συναίνεση της γυναίκας.

Σε ορισμένες χώρες, οι υγειονομικές αρχές παρέχουν τυποποιημένα έντυπα τεκμηρίωσης, η χρήση των οποίων μπορεί να είναι υποχρεωτική.

Σε περιπτώσεις σεξουαλικής βίας, η τεκμηρίωση πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα (WHO 2003):

- Δημογραφικά στοιχεία (Όνομα, ηλικία, φύλο, κλπ).
- Επίσημη συγκατάθεση
- Ιστορικό (δηλαδή γενική ιατρική και γυναικολογική ιστορία)
- Αναφορά της επίθεσης.
- Τα αποτελέσματα της ιατρικής εξέτασης
- Εξετάσεις και τα αποτελέσματά τους
- Θεραπεία
- Φαρμακευτική αγωγή
- Εκπαίδευση ασθενούς
- Οι παραπομπές που έγιναν

Η φωτογραφία είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας για την τεκμηρίωση των τραυματισμών που προκύπτουν από βία. Οι φωτογραφίες είναι σημαντικά στοιχεία σε πιθανή μελλοντική ποινική δίωξη που ασκείται εναντίον του δράστη. Οι φωτογραφίες συμπληρώνουν αλλά δεν αντικαθιστούν άλλες μεθόδους καταγραφής ευρημάτων που αναφέρονται παραπάνω.

(UPFA & WAVE, 2014:80)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Παροχή αποδεικτικών στοιχείων στο δικαστήριο

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να κληθούν να προσκομίσουν αποδεικτικά στοιχεία, είτε με τη μορφή γραπτής έκθεσης είτε ως εμπειρογνώμονες σε δικαστήριο.

Ως εκ τούτου, αναμένεται:

- Να είναι άμεσα διαθέσιμη
- Να γνωρίζουν οι επαγγελματίες τις βασικές αρχές και πρακτικές του νομικού συστήματος και τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών του συστήματος, ιδιαίτερα της δικής τους ειδικότητας και εκείνων της αστυνομίας, όπως ισχύει για τη δικαιοδοσία τους.
- Να διατυπώνουν προσεκτικά κλινικές παρατηρήσεις, οι οποίες θα αποτελέσουν τη βάση για σωστή αξιολόγηση και εκτίμηση από εμπειρογνώμονες.
- Να συλλέγουν αξιόπιστα δείγματα από θύματα εγκληματικών πράξεων (η σωστή ανάλυση των εγκληματολογικών δειγμάτων θα παράσχει αποτελέσματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικά στοιχεία για έρευνα και δίωξη).
- Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τους πιθανούς προβληματικούς τομείς:
- Έκφραση γνώμης πέρα από την εμπειρία του μάρτυρα.
- Απόψεις που βασίζονται σε ψευδείς υποθέσεις ή ελλιπή γεγονότα.
- Άποψη βασισμένη σε ελλιπή ή ανεπαρκή επιστημονική ή ιατρική ανάλυση.
- Προκατειλημμένη γνώμη, συνειδητά ή ασυνείδητα, υπέρ της μιας ή της άλλης πλευράς σε μια διαδικασία.
- Κατά τη σύνταξη εκθέσεων και συλλογή αποδείξεων στο δικαστήριο είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να μεταφέρουν την αλήθεια όσων είδαν και με αμερόληπτο τρόπο να διασφαλίσουν ότι θα δοθεί ισορροπημένη ερμηνεία των πορισμάτων.

(WHO στο UPFA & WAVE, 2014:82)

**Προαγωγή Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
e-learning**

Δομές για την υποστήριξη γυναικών στην Ελλάδα

Γραμμή SOS 15900 της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων (Γ.Γ.Ι.Φ)

Γραμμή 197 του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α)

15 συμβουλευτικά κέντρα της Γ.Γ.Ι.Φ

25 συμβουλευτικά κέντρα σε Δήμους

19 ξενώνες σε Δήμους

2 ξενώνες του Ε.Κ.Κ.Α

Συμβουλευτικά Κέντρα Γ.Γ.Ι.Φ

Σύνταγμα: Νίκης 11, Αθήνα (Σύνταγμα), 105 57

210-3317305, 210-3317306, 210-3315787

isotita@otenet.gr

Πολύκεντρο: Χαρ. Τρικούπη 51 & Βαλτετσίου, Αθήνα (Εξάρχεια), 106 81

210-3898085, 2103898079

polykentro@isotita.gr

Πειραιάς: Λεωφ. Εθνάρχου Μακαρίου, Ν. Φάληρο,

185 45

210-4828970, 210-4828372, 210-4822425

peiraias@isotita.gr

Θεσσαλονίκη: Αλεξανδρουπόλεως 10 (περιοχή Δυτική Είσοδος/ City Gate), Θεσσαλονίκη, 546 27

2310-528984, 2310-528988, 2310-528980

thessaloniki@isotita.gr

Πάτρα: Κανακάρη 101 β, Πάτρα, 262 21

2610-620059

patra@isotita.gr

Λαμία: Λεωνίδου 9-11, Λαμία, 351 00

22310-20059, 22310-20308

lamia@isotita.gr

Ηράκλειο: Στενημάχου 3, Θέρισος, 712 01, Ηράκλειο

2810 341387

irakleio@isotita.gr

Τρίπολη: Πλατεία Νέας Δημοτικής Αγορά, Τρίπολη, 22 100

2710-241814, 2710-239592

triois@isotita.gr

Λάρισα: Γαλανού 4, Λάρισα, 412 22

2410-535840, 2410-538365

larisa@isotita.gr

Μυτιλήνη: Παπαδιαμάντη 2, 811 00, Μυτιλήνη

22510-34470, 22510-34471

mytilini@isotita.gr

Κομοτηνή: Κων/νου Παλαιολόγου (επί της Δημοτικής Αγοράς), 69 100

25310-33290, 25310-33370

komotini@isotita.gr

Κέρκυρα: Ε.Ο. Παλαιοκαπριτίσας 7, 49 100, Κέρκυρα

26610-47396, 26610-80344

kerkyra@isotita.gr

Σύρος: Φολεγανόρου 2, 84 100, Ερμούπολη

22810-76496, 22810-76497

ermoupoli@isotita.gr

Ιωάννινα: Μαρίκας Κοτοπούλη 68, 45 445, Ιωάννινα

26510-77449

ioannina@isotita.gr

Κοζάνη: Μακεδονομάχων και Καρακάση, 50 100, Κοζάνη

24610-49672

kozani@isotita.gr

Συμβουλευτικά Κέντρα Δήμων (1)

Αλεξανδρούπολη: Καρτάλη 2,(Β' ΚΑΠΗ 1^{ος} ορ.)

25510-25629

isotita@alexpolis.gr

Άρτα: Τζαβέλα 24, Άρτα, 47 132

26810-77400

womenaid@arta.gr

Βέροια: Καπετάν Άγρα 3^η, Βέροια, 59 100

23310-65304

isotita@veria.gr

Ζάκυνθος: Δημοτικό Κατάστημα Γαϊτανίου,Ισόγειο, Γαϊτάνι, Ζάκυνθος

26950-25997

symvouleftikozakynthos@gmail.com

Θήβα: Κύπρου 3, 32 200

22620-89576, 22620-89574

symvouleftiko@thiva.gr

Καβάλα: Κ. Παλαιολόγου 9, Καβάλα, 65 403

2510-451390, 2510-451394, 2510-451365, 2510-45385

womenaid@dkavalas.gr

Καλαμάτα: Περρωτού και Μαντίκλου, Καλαμάτα

27210-99212, 27210-99225

ksq@Kalamata.gr

Καστοριά: Νέες Εργατικές Κατοικίες Καστοριάς

24670-22122

supportwomen@kastoriacity.gr

Κατερίνη: Αυγουστίνου 21

23510-36678

womenaid@katerini.gr

Κερασίνη-Δραπετσώνα: 25^{ης} Μαρτίου 22 και Δημήτριο Θεοδοκόπουλου, Δραπετσώνα

210-4614575

womenaidkeratsini@outlook.com

Κεφαλονιά: Χαροκόπου 46

26710-20022

kesy@Kefalonia.gov.gr

Κόρινθος: Εθνικής Ανεξαρτησίας 58 (ισόγειο)

27410-74670

skgndk@otenet.gr

Κως: 25^{ης} Μαρτίου και Ε. Κιαπόκα, Ζηπάρι, Κως

22420-67420

women@kos.gr

Περιστερή: Εθνάρχου Μακαρίου 1 (Κτίριο ΚΥΒΕ)

210-5783265

skq@peristeri.gr

Συμβουλευτικά Κέντρα Δήμων (2)

Πρέβεζα: Ιωνίας 6, Πρέβεζα, 48 100

26820-24444

womenaid@1485.syzefxis.gov.gr

Πύργος: Γυμνασιάρχου Δούκα και Ξάνθου, 27 100, Πύργος Ηλείας

26210-20532

pirgoswomen@outlook.com

Ρέθυμνο: Λ. Κουντουριώτη 98

28310-56607

isotita.reth@gmail.com

Ρόδος: Άγιοι Απόστολοι (παραπλεύρως του ΚΕΠ)

22410-67120, 22410-67128, 22410-67155

ksymboulevtikorodou@gmail.com

Σέρρες: Ίωνος Δραγούμη 10

23210-22253

womenaid@services.gr

Τρίκαλα: Θερμοπυλών 1 και Θεοδοσοπούλου

24310-27943

skq@trikalacity.gr

Φλώρινα: Στεφάνου Δραγούμη 4 (είσοδος μέσα στη στοά Τέγου, 2^{ος} ορ.)

23850-24081

symv.kentro.flo@gmail.com

Φυλή: Ιωάννη Καμπόλη 23, Άνω Λιόσια

210-6899916

ksfylis@fyli.gr

Χαλάνδρι: Στρατηγού Παπάγου 7

210-6899916

womenaidhalandri@gmail.com

Χαλκίδα: Αγίου Παντελεήμονος και Πολυτεχνείου, Βασιλικό Χαλκίδας

2221 351827, 2221 351826

skq.xalkideon@0932.syzefxis.gov.gr

Χίος: Επαρχιακή οδός Χίου- Δαφνών, Χαλκειός

22713-50040

womenaid@outlook.com

Με μια ματιά...

Οι επαγγελματίες υγείας **μπορούν:**

- 1) Να ακούσουν προσεκτικά τη γυναίκα χωρίς να την κρίνουν
- 2) Να αξιολογήσουν και να ανταποκριθούν στις ανάγκες (συναισθηματικές, ιατρικές, κοινωνικές και πρακτικές)
- 3) Να δείξουν στη γυναίκα ότι την πιστεύουν και την καταλαβαίνουν
- 4) Να συζητήσουν μαζί της πως να προστατευτεί από περαιτέρω βλάβη
- 5) Να την βοηθήσουν να έρθει σε επαφή με υπηρεσίες και να λάβει κοινωνική υποστήριξη

World Health Organization (2014). [Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual abuse – a clinical handbook](#). Switzerland: Department of Reproductive Health and Research

