

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Η ανάγκη για νοσηλευτική εξειδίκευση στο φαινόμενο της σεξουαλικής βίας: Γνώσεις, αντιλήψεις και πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού στην αναγνώριση και διαχείριση σχετικών περιστατικών.

της Βουβάκη Αρτέμιδος - Αγάπης

Αθήνα, Ιούνιος 2022

POSTGRADUATE PROGRAMME
“GLOBAL HEALTH – DISASTER MEDICINE”

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
MEDICAL SCHOOL

Thesis: The need for nursing specialization in sexual violence in Greece: Nurses’ knowledge, perspectives and practices regarding identification and management of these cases.

By Vouvaki Artemis - Agapi

Athens, June 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σεξουαλική βία αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας με πολλαπλές συνέπειες για τους/τις επιζώντες/ήσασες. Τα τελευταία χρόνια η αντιμετώπισή της φαίνεται να εισάγεται όλο και περισσότερο στη διεθνή υγειονομική ατζέντα κυρίως αναφορικά με τη δημιουργία πρωτοκόλλων και την ενδυνάμωση της απόκρισης των επαγγελματιών υγείας. Εδώ και αρκετές δεκαετίες πολλές χώρες στοχεύουν στην εξειδίκευση νοσηλευτών για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών, αναγνωρίζοντας τη σεξουαλική βία ως ένα φαινόμενο που χρήζει εξειδικευμένης φροντίδας, προσεκτικών χειρισμών και διεπιστημονικής προσέγγισης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργασία επιχειρεί να εκτιμήσει εάν το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα έχει εφοδιαστεί με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, για να διαχειριστεί περιστατικά σεξουαλικής βίας. Με βάση τα παραπάνω, η εργασία επιδιώκει να διερευνήσει κατά πόσο είναι επαρκής η ανάγκη εξειδίκευσης των νοσηλευτών πάνω στη διαχείριση της σεξουαλικής βίας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη τον Ιανουάριο 2022. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου που αναρτήθηκε στο διαδίκτυο. Το δείγμα το οποίο χαρακτηρίζεται ως δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν νοσηλευτές ανεξαρτήτως χώρου εργασίας. Στην έρευνα ανταποκρίθηκαν 109 επαγγελματίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την έρευνα προκύπτει ότι το 79.7% των συμμετεχόντων δεν έχει έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό ενώ επί υποψίας περιστατικού, μόνο το 53,2% προσπάθησε να διερευνήσει περαιτέρω το περιστατικό. Το 85,4% δήλωσε ότι δε γνωρίζει για την ύπαρξη σχετικού πρωτοκόλλου και το 73,4% δεν έχει λάβει συναφή εκπαίδευση. Προκαταλήψεις αναφορικά με τους επιζώντες είναι επαρκείς αλλά όχι κυρίαρχες. Τέλος, το 90.8% αντιλαμβάνεται τη σεξουαλική βία ως ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και εκφράζει την ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην Ελλάδα παρατηρείται ανεπαρκής εμπλοκή των νοσηλευτών στο φαινόμενο, η οποία μοιάζει να αποτελεί φυσική συνέπεια των αποσπασματικών γνωσιακών πόρων αλλά και της έλλειψης ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού παρέμβασης. Οι συγκεκριμένες ελλείψεις που δυσχεραίνουν την αναγνώριση και ικανοποιητική διαχείριση των περιστατικών συνιστούν στοιχεία που καθιστούν επαρκή την ανάγκη διαμόρφωσης ενός σύγχρονου πλαισίου εξειδίκευσης.

Λέξεις – Κλειδιά: σεξουαλική βία, νοσηλευτική φροντίδα, νοσηλευτική εξειδίκευση

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sexual violence comprises a crucial public health issue inducing multiple consequences to survivors. Recently, its handling seems to be increasingly introduced to global health agenda mainly regarding protocols' development and reinforcement of health care workers' response. For decades, many countries have aimed at nursing specialization for the management of these cases, having identified sexual violence as a phenomenon which needs dedicated care, careful manipulations and cross-disciplinary approach.

AIM: The survey aims to assess if nurses in Greece have been introduced to the necessary knowledge and have developed skills with which they can manage efficiently cases of sexual violence. Following this, the assignment attempts to analyze to what extent the need of nursing specialization regarding sexual violence exists.

METHODS: A cross-sectional study was conducted in January 2022. A questionnaire was posted on the web for the purpose of data collection. The sample, defined as convenience sample, consists of 109 nurses regardless of their work position.

RESULTS: According to the survey's findings, 79.7% of the sample hasn't had any contact with sexual violence cases. Among those who suspected that a patient may had confronted sexual violence, only 53.2% have tried to investigate the case further. 85.4% of nurses indicate that they are not aware of any related protocol and 73.4% haven't received pertinent education. Our findings also confirm that though biases against sexual violence survivors do exist, these are not dominant. Lastly, 90.8% of participants consider sexual violence as an important issue of public health and express the need for further education.

CONCLUSION: In Greece, a deficient involvement of nurses regarding sexual violence is observed. This fact seems to constitute a reasonable consequence of fragmentary knowledge resources together with the lack of an integrated intervention planning. These gaps which hinder the identification and the efficient management of these cases compose significant facts that necessitate a contemporary framework of nursing specialization.

Key Words: sexual violence, nursing care, nursing specialization

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	ii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	3
1.1 Πώς ορίζεται η σεξουαλική βία.....	3
1.2 Η έννοια της συναίνεσης.....	4
1.3 Το φαινόμενο της σεξουαλικής βίας σε αριθμούς.....	5
1.4 Ευαλωτότητα και παράγοντες κινδύνου.....	6
1.5 Επιπτώσεις στην υγεία.....	8
1.6 Εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ.....	13
2.1 Κλινική διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας.....	13
2.2 Διεπιστημονική συνεργασία.....	19
2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	20
2.4 Νοσηλευτική εξειδίκευση SANEs (Sexual Assaulted Nurse Examiners).....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	24
3.1 Ερευνητικά ερωτήματα - Σκοπός της Έρευνας.....	24
3.2 Μεθοδολογία.....	24
3.3 Ερευνητικό Εργαλείο.....	25
3.4 Περιορισμοί μελέτης.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	27
4.1 Περιγραφική στατιστική.....	27
4.2 Έλεγχος υποθέσεων.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	39
5.1 Συζήτηση.....	39
5.2 Συμπεράσματα.....	41
5.3 Προτάσεις.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο.....	50

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1	Περιγραφή του δείγματος.....	27
Πίνακας 2	Συμμετοχή στη διαχείριση του περιστατικού.....	28
Πίνακας 3	Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας;.....	31
Πίνακας 4	Εάν ναι, τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;.....	31
Πίνακας 5	Εάν ναι, μπορεί να φέρει ευθύνη λόγω:.....	34
Πίνακας 6	Πώς θα νιώθατε για ένα άτομο που πιθανώς έχει δεχτεί σεξουαλική βία και θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται στις παρακάτω περιγραφές;.....	35
Πίνακας 7	Παρουσία αρνητικού/ων συναισθημάτων τουλάχιστον για μια από τις παραπάνω περιπτώσεις.....	35
Πίνακας 8 ^α	Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας; * Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας; (Crosstab).....	36
Πίνακας 8 ^β	Risk Estimate.....	36
Πίνακας 9	Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας; * Ηλικία (Crosstab).....	37
Πίνακας 10 ^α	Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών; * Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας; (Crosstab).....	37
Πίνακας 10 ^β	Risk Estimate.....	37
Πίνακας 11	Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών; * Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι ένα άτομο που έχει δεχθεί σεξουαλική βία θα λάβει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην υπηρεσία που εργάζεστε; (Crosstab).....	38
Πίνακας 12	Ένα άτομο μπορεί να φέρει κάποια ευθύνη για τη σεξουαλική βία που έχει δεχτεί; * Παρουσία αρνητικού/ων συναισθημάτων τουλάχιστον για μια από τις αναφερόμενες περιπτώσεις. (Crosstab).....	38

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1	Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας;.....	28
Γράφημα 2	Έχετε συμμετάσχει στη διαχείριση κάποιου περιστατικού σεξουαλικής βίας;.....	28
Γράφημα 3	Συχνά τα περιστατικά σεξουαλικής βίας δεν είναι εμφανή και τα θύματα δυσκολεύονται να μιλήσουν. Εσείς έχετε διαχειριστεί ποτέ κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία;.....	29
Γράφημα 4	Αναφέρατε την υποψία σας σε κάποιον;.....	29
Γράφημα 5	Εάν υπήρξε κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία, προσπαθήσατε να το διερευνήσετε περαιτέρω; Εάν όχι, ποιοι ήταν ο βασικοί λόγοι που δεν το κάνατε;.....	29
Γράφημα 6	Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;.....	30
Γράφημα 7	Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι ένα άτομο που έχει δεχθεί σεξουαλική βία θα λάβει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην υπηρεσία που εργάζεστε;.....	30
Γράφημα 8	Πόσο ικανοποιητική θα χαρακτηρίζατε την εκπαίδευση που έχετε λάβει;.....	31
Γράφημα 9	Πόσο σημαντική θεωρείτε την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα;.....	32
Γράφημα 10	Πόσο σημαντικό ζήτημα θεωρείτε ότι αποτελεί η σεξουαλική βία για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα;.....	32
Γράφημα 11	Ποια θεωρείτε ως την πλέον αρμόδια υπηρεσία για την πρώτη επαφή με ένα περιστατικό σεξουαλικής βίας;.....	33
Γράφημα 12	Αντιλήψεις που αφορούν τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες σχετικά με περιστατικά σεξουαλικής βίας και εκτίμηση προσωπικών δεξιοτήτων.....	33
Γράφημα 13	Πόσο άνετα αισθάνεστε στο ενδεχόμενο να λάβετε ένα ιστορικό από ασθενή που να σχετίζεται με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας;.....	34
Γράφημα 14	Μπορεί κάποιος/α να φέρει ευθύνη για τη σεξουαλική βία που έχει δεχτεί;.....	34

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλική βία αποτελεί ένα φαινόμενο ευρέως διαδεδομένο σε παγκόσμιο επίπεδο αφού καθημερινά εκατομμύρια άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με τη σεξουαλική κακοποίηση και τις συνέπειες της. Η σεξουαλική βία αξίζει πολύ μεγάλη προσοχή από υγειονομική σκοπιά καθώς συνεπάγεται σοβαρή παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των ατόμων.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει διάφορες πτυχές του φαινομένου μέσω της διεξαγωγής μιας περιγραφικής έρευνας σε σχέση με τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και την απόκριση των νοσηλευτών σε τέτοια περιστατικά στην Ελλάδα. Αποτελείται από δύο μέρη: στο πρώτο μέρος γίνεται μια επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και αποτυπώνονται οι βασικές γνώσεις γύρω από το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης από μία υγειονομική σκοπιά ενώ στο δεύτερο παρατίθενται και συζητούνται τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα.

Συγκεκριμένα, στα κεφάλαια της πρώτης ενότητας επιχειρείται αρχικά να διατυπωθούν ορισμοί, να αποσαφηνιστούν έννοιες στενά συνδεδεμένες με τη σεξουαλική βία και να καταγραφούν ορισμένα στατιστικά δεδομένα. Στην πορεία αναλύονται οι παράγοντες ευαλωτότητας, οι επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων και τα εμπόδια στην αναζήτηση φροντίδας ενώ παράλληλα γίνεται μία εκτενής αναφορά στην ορθή κλινική διαχείριση. Τέλος, παρουσιάζεται η νοσηλευτική ειδικότητα SANE (sexual assault nurse examiners) και τα αποτελέσματα της όπου έχει εφαρμοστεί.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar, με χρονικό περιορισμό τα 20 έτη. Εκτός από το πεδίο της σεξουαλικής βίας αντλήθηκε βιβλιογραφία και από παρεμφερή πεδία έρευνας και συγκεκριμένα το human trafficking, την έμφυλη βία και την παιδική κακοποίηση. Ως επί τω πλείστον η σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται στη σεξουαλική βία απέναντι σε γυναίκες και παιδιά. Κατά την αναζήτησή της έγινε προσπάθεια να ανασυρθούν δεδομένα που αφορούν και άλλες πληθυσμιακές ομάδες που συχνά παραμένουν στην αφάνεια όσον αφορά την σεξουαλική βία, όπως άντρες, LGBT+ άτομα, προσφυγικοί πληθυσμοί, εργαζόμενοι στο χώρο του σεξ κ.α. Παρότι όπως θα αναφερθεί εκτενώς και παρακάτω η σεξουαλική βία έχει πολλές μορφές, τα περισσότερα διαθέσιμα δεδομένα εστιάζουν στο βιασμό. Λόγω αυτής της παραδοχής η εργασία επικεντρώνεται σε αυτό το κομμάτι, κυρίως όσον αφορά την κλινική διαχείριση των περιστατικών.

Σε συνέχεια της βιβλιογραφικής επισκόπησης, στο ερευνητικό μέρος επιχειρείται να εκτιμηθεί εάν το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διαχειριστεί περιστατικά σεξουαλικής βίας. Αξιολογείται κατά πόσο οι νοσηλευτές, ως

επαγγελματίες που έχουν άμεση και ουσιαστική επαφή με τους ασθενείς, είναι επαρκώς προετοιμασμένοι να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη.

Στο πλαίσιο αυτό, μέσα από μια συγκριτική οπτική εξετάζεται αν οι γνώσεις και οι αντιλήψεις που εντοπίζονται στο δείγμα της έρευνας συγκλίνουν ή αποκλίνουν από τα σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα. Με βάση τα παραπάνω, επιχειρείται να δοθεί απάντηση κατά πόσο είναι επαρκής η ανάγκη εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού της Ελλάδας στη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΒΙΑΣ

1.1 Πώς ορίζεται η σεξουαλική βία.

Η σεξουαλική βία αφορά ένα πλήθος πράξεων που απειλούν τη σεξουαλική αυτονομία των ατόμων. Ως πιο ολοκληρωμένος παρατίθεται ο ορισμός των WHO¹ et al. (2020) αναφορικά με τη σεξουαλική βία, σύμφωνα με τον οποίο ορίζεται ως *“οποιαδήποτε σεξουαλική πράξη ή απόπειρα σεξουαλικής πράξης, ανεπιθύμητα σεξουαλικά σχόλια ή προτάσεις ενάντια στη σεξουαλικότητα ενός ατόμου, με τη χρήση εξαναγκασμού, από οποιοδήποτε άτομο ανεξάρτητα από τη σχέση του με το θύμα, σε οποιοδήποτε περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά του σπιτιού και της εργασίας”*.

Συχνά ο ορισμός της σεξουαλικής βίας ταυτίζεται με την έμφυλη βία. Ο ορισμός όμως της έμφυλης βίας χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλες τις μορφές βίας που εμφανίζονται *“ως αποτέλεσμα κοινωνικά αποδιδόμενων διαφοροποιήσεων που σχετίζονται με το φύλο, σε συνδυασμό με τις άνισες σχέσεις εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κοινωνίας”* (Keygnaert and Guieu, 2015). Παρότι περικλείει την σεξουαλική βία που μπορεί να βιώσει ένα άτομο εξαιτίας του βιολογικού ή και κοινωνικού του φύλου, δεν περιορίζεται σε αυτή και δεν μπορεί να την περιγράψει στην ολότητά της (De schijver et al., 2018).

Οι μορφές σεξουαλικής βίας ποικίλουν από τις σεξουαλικές επιθέσεις² και το βιασμό³ έως την άρνηση του δικαιώματος χρήσης αντισύλληψης, την αναγκαστική άμβλωση, τους καταναγκαστικούς γάμους, την κλειτοριδεκτομή ή την καταναγκαστική πορνεία (Κούτα, 2015) (Jina and Thomas, 2013). Η σεξουαλική βία μπορεί να ασκείται με σωματική επιβολή αλλά και να βασίζεται σε ψυχολογικό εξαναγκασμό, κατάχρηση εξουσίας, παροχή ανταλλάγματος ή στην ανικανότητα του ατόμου να αντιδράσει εξαιτίας της σωματικής, συναισθηματικής ή νοητικής κατάστασής του.

¹ WHO: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

² Η σεξουαλική επίθεση αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα μη συναινετικής σεξουαλικής δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επαφής.

³ Ο βιασμός αποτελεί ένα νομικό όρο και ως εκ τούτου ο ορισμός του διαφοροποιείται ανάλογα με το νομικό πλαίσιο. Αναφέρεται σε μη συναινετική διείσδυση στο στόμα, τον πρωκτό ή τον κόλπο ή πράξεις ίδιας βαρύτητας. Μπορεί να ορίζεται με βάση τη χρήση βίας ή/και την απουσία συναίνεσης (Sena et al, 2015).

1.2 Η έννοια της συναίνεσης

Η συναίνεση είναι μια έννοια άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σεξουαλική βία καθώς με βάση το διεθνές δίκαιο και τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, μοναδικό προαπαιτούμενο ώστε να χαρακτηριστεί μια πράξη ως σεξουαλική βία, αποτελεί η απουσία ελεύθερα δοθείσας συγκατάθεσης ⁴. Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης ⁵ (2011) για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρει ρητά ότι ο βιασμός οφείλει να ορίζεται αποκλειστικά με βάση την απουσία συναίνεσης. Η απαίτηση αυτή προκύπτει από την αναγνώριση ότι το βασικό δικαίωμα που πλήττεται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η σεξουαλική αυτονομία και επομένως τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναγνωρίζουν την έννοια της ελεύθερα δοθείσας συναίνεσης και όχι τη βία ως το κεντρικό στοιχείο για τον ορισμό εγκλημάτων σεξουαλικής βίας (Carney, 2018; Delgadillo, 2017).

Μία μελέτη των Diesen and Diesen's (2010), ανέδειξε ότι οι νόμοι περί βιασμού που βασίζονται στον εξαναγκασμό και στη βία ενισχύουν το τραύμα των επιζώντων ⁶. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο καλείται να αποδείξει ότι προσπάθησε να αντισταθεί και δεν τα κατάφερε τη στιγμή μάλιστα που το μεγαλύτερο ποσοστό των επιζώντων δεν καταφέρνει να προβάλει αντίσταση με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν εξωτερικά τραύματα ως αποδεικτικά στοιχεία ⁷ (Tavara, 2006).

⁴ Σεξουαλική συγκατάθεση δε μπορεί να δώσει άτομο που είναι κάτω από τη νόμιμη ηλικία σεξουαλικής συναίνεσης ή παρουσιάζει οποιαδήποτε ανικανότητα να συναινέσει - π.χ. Είναι λιπόθυμο - (Sena et al., 2015).

⁵ Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης αποτελεί το πρώτο διεθνές δεσμευτικό εργαλείο για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών σε διεθνές επίπεδο. Καθιερώνει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο νομικών και πολιτικών μέτρων για την πρόληψη αυτής της μορφής βίας, την υποστήριξη των θυμάτων και την τιμωρία των θυτών. Η Σύμβαση τέθηκε σε ισχύ την 1η Αυγούστου του 2014. Από τον Μάρτιο του 2019, έχει υπογραφεί από όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ και έχει κυρωθεί από τα 21. Η ΕΕ υπέγραψε τη Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης στις 13 Ιουνίου 2017 και βρίσκεται στη διαδικασία κύρωσής της (ΓΓΙΣΦ, 2020).

⁶ Καταρχήν, αναγνωρίζοντας ως βασικό κομμάτι της θεραπείας την αποφυγή περαιτέρω θυματοποίησης των ατόμων που έχουν αντιμετωπίσει σεξουαλική βία, έχει επιλεγθεί να αναφέρονται ως επιζώντες, όρος που χρησιμοποιείται ευρέως και τείνει να αντικαταστήσει πλήρως αυτόν του θύματος στη διεθνή βιβλιογραφία.

⁷ Σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα ο βιασμός εξακολουθεί να ορίζεται με βάση τη βία και την απειλή κατά της ζωής και όχι με βάση την απουσία συναίνεσης. Στην Ευρωπαϊκή ένωση συγκεκριμένα μόνο 11 χώρες έχουν βασίσει τη νομοθεσία περί σεξουαλικής βίας στη απουσία συναίνεσης (Keygnaert and Guieu, 2015).

Η κατανόηση της συναίνεσης σε σχέση με τη σεξουαλική βία είναι απαραίτητη τόσο για οριστεί σωστά εξαρχής η σεξουαλική βία, όσο και για την ορθή κλινική διαχείρισή της από τους επαγγελματίες υγείας.

1.3 Το φαινόμενο της σεξουαλικής βίας σε αριθμούς

Μέσα στα χρόνια έχουν υπάρξει πολλές μελέτες που προσπαθούν να υπολογίσουν τα περιστατικά σεξουαλικής βίας σε αριθμούς. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται μελέτες στον γενικό πληθυσμό και άλλες που εστιάζουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Όπως είναι αναμενόμενο τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με το δείγμα αλλά και τη χώρα στην οποία διεξάγονται⁸. Σε κάθε περίπτωση όμως η σχετική διεθνής βιβλιογραφία συμφωνεί ότι τα στατιστικά δεδομένα υποεκτιμούν το φαινόμενο για διάφορους λόγους οι οποίοι θα επιχειρηθεί να αναλυθούν στην πορεία (COSAI, 2012).

Σύμφωνα με τον WHO το 35% των γυναικών και από το 5% έως το 10% των ανδρών έχουν υποστεί σεξουαλική βία ενώ ο συνολικός επιπολασμός του βιασμού ανέρχεται σε 2 με 5% (Mandin, 2016). Συγκεκριμένα, το 1/5 των γυναικών και το 1/38 των ανδρών κάποια στιγμή στη ζωή της θα γίνει δέκτης βιασμού ή απόπειρας (Basile and Smith, 2011). Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν από χώρα σε χώρα και μεταξύ κοινωνικών ομάδων και μπορεί να αγγίζουν έως και το 60% σε ορισμένα πλαίσια. Αξιοσημείωτα είναι επίσης τα ποσοστά που παρουσιάζονται σε παιδιά και εφήβους. Συγκεκριμένα σε έρευνα των ΗΠΑ, το 43,2% των γυναικών και το 51,3% των αντρών που βιάσθηκαν αναφέρουν ότι αυτό συνέβη πριν από την ηλικία των 18 ετών (Basile and Smith, 2011).

Τα στατιστικά στοιχεία αναφέρονται πολύ επιγραμματικά για να υπάρχει μία αρχική κατανόηση του εύρους του φαινομένου. Υπάρχουν κοινωνικές ομάδες που είναι πολύ ευάλωτες στη σεξουαλική βία και συχνά αποκλείονται από το ερευνητικό ενδιαφέρον με αποτέλεσμα να απουσιάζουν στατιστικές μελέτες που να τις περιλαμβάνουν (Donne et al., 2018). Ας επισημανθεί εδώ ότι όπου υπάρχουν κοινωνικοί αποκλεισμοί, ασταθείς κοινωνικές συνθήκες και άλλοι παράγοντες ευαλωτότητας τα ποσοστά της σεξουαλικής βίας αυξάνουν κατακόρυφα (Tavara, 2006). Μιλώντας στην πορεία για τους ευάλωτους πληθυσμούς αναφορικά με τη σεξουαλική βία, θα γίνεται αναφορά σε στατιστικά στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες.

⁸ Παράλληλα, αρκετές προβληματικές παρουσιάζονται στη σύγκριση μεταξύ των χωρών και την κατανόηση των διαφορών, των ομοιοτήτων και των παραγόντων που σχετίζονται με τη σεξουαλική βία καθώς δεν χρησιμοποιούν το ίδιος τυπικούς ορισμούς για την ταξινόμηση των διαφορετικών σεξουαλικών αδικημάτων ως εγκλήματα (COSAI, 2012).

Στην Ελλάδα τα μόνα στατιστικά στοιχεία που μπόρεσαν να ανασυρθούν προέρχονται από αρχεία της αστυνομίας. Σε παγκόσμιο επίπεδο είναι τόσο μεγάλη η απόκλιση των καταγεγραμμένων περιστατικών από τις αστυνομικές αρχές σε σχέση με τις επιστημονικές έρευνες που δεν θεωρήθηκε χρήσιμη η αναφορά τους (COSAI, 2012).

1.4 Ευαλωτότητα και παράγοντες κινδύνου

Ο καθένας και η καθεμία, ανεξαρτήτως κοινωνικών παραγόντων μπορεί να υποστεί σεξουαλική βία. Παρόλα αυτά, κοινωνικοί προσδιοριστές που αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου, όπως είναι η φτώχεια, η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου ή διάφοροι αποκλεισμοί σε σχέση με το φύλο κ.α., αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την έκθεση του ατόμου σε αυτή (Tavara, 2006).

Η σεξουαλική βία επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες και τα κορίτσια, ενώ συγκεκριμένες εκφάνσεις της, όπως οι καταναγκαστικοί γάμοι ή η κλειτοριδεκτομή αφορούν αποκλειστικά αυτές, ως αποτέλεσμα της κυρίαρχης πατριαρχίας και των επακόλουθων ιεραρχικών δομών που αυτή επιφέρει (O'dwyer et al, 2019; De Schijver et al., 2018)⁹. Χαρακτηριστικό είναι ότι σε παγκόσμιο επίπεδο οι γυναίκες μεταξύ 15-44 ετών κινδυνεύουν περισσότερο να εκτεθούν σε σεξουαλική βία παρά να προσβληθούν από καρκίνο ή ελονοσία, να τραυματιστούν σε τροχαίο ατύχημα ή σε πόλεμο (Mandin, 2016).

Αντίστοιχα, LGBT+ άτομα διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να είναι αποδέκτες σεξουαλικής βίας (Basile and Smith, 2011). Ενώ για όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού ο επιπολασμός της σεξουαλικής βίας ανέρχεται σε 20% κατά τη διάρκεια της ζωής, το ποσοστό αυτό ανεβαίνει για αμφιφυλόφιλες γυναίκες στο 76% και για λεσβίες στο 59,2%. Παρόμοια είναι και τα ποσοστά για ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες που φαίνεται να αγγίζουν το 67%. Transgender άτομα βιώνουν επίσης πολύ υψηλά ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης και κυρίως οι transgender γυναίκες καθώς η σεξεργασία κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες αποτελεί συχνά τη μόνη λύση βιοπορισμού τους (Jacques - Tiura et al., 2010, Carney, 2018).¹⁰

⁹ Δεν είναι καθόλου αμελητέο το φαινόμενο της σεξουαλικής βίας προς τους άντρες καθώς εκτιμάται ότι αποτελούν περίπου το 4% των περιστατικών (Delle Done, 2018). Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν ειδικά εκείνοι που παρουσιάζουν και κάποια ευαλωτότητα που μπορεί να αφορά εκτός από την σεξουαλική τους ταυτότητα, αναπηρία, τοξικοεξάρτηση ή εργασία στο χώρο του σεξ κ.α. (Du mont et al., 2013, Keygnaert and Guieu, 2015).

¹⁰ Προς το παρόν πάντως και παρά τον ξεκάθαρο κίνδυνο που διατρέχουν, οι έρευνες για τη σεξουαλική βία σε LGBT+ άτομα συνεχίζουν να είναι περιορισμένες (Delle Donne et al., 2018).

Η εργασία στο χώρο του σεξ αποτελεί από μόνη της σημαντικό παράγοντα κινδύνου, ιδιαίτερα όταν θεωρείται ταμπού και οι εργαζόμενοι δεν προστατεύονται από τους θεσμούς και τις υπηρεσίες. Την ίδια στιγμή η σεξεργασία φαίνεται να αποτελεί και παράγοντα αποκλεισμού από την παροχή κατάλληλης φροντίδας, καθώς τα άτομα συχνά αντιμετωπίζονται με προκατάληψη και δυσπιστία (Cunningham and Shah, 2017).

Ένας ακόμα πληθυσμός ιδιαίτερα ευάλωτος είναι αυτός των μεταναστών/προσφύγων, οι οποίοι φαίνεται να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο τόσο κατά τη διάρκεια της μετακίνησης τους όσο και κατά την επισφαλή διαμονή τους μετά την άφιξή τους στη εκάστοτε χώρα. Ανάμεσα σε αυτούς τους πληθυσμούς αξιοσημείωτο είναι το μεγάλο ποσοστό των ανδρών που έχουν δεχτεί σεξουαλική βία καθώς σε περιοχές ένοπλων συγκρούσεων η σεξουαλική βία αποτελεί συχνά μία κοινή μέθοδο βασανιστηρίου ανεξαρτήτως φύλου (Tavara, 2006, Belanteri et al., 2020). Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί συναντάνε επιπρόσθετα σημαντικές προκλήσεις και εμπόδια κατά τη διάρκεια της μετέπειτα αναζήτησης προστασίας και παροχής φροντίδας (Keygnaert and Guieu, 2015). Παρά τον αυξημένο κίνδυνο έκθεσης και την περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με τη σεξουαλική βία σε αυτούς τους πληθυσμούς παραμένει περιορισμένο (De Schrijver et al, 2018).

Σύμφωνα με τα στατιστικά που παρατέθηκαν σε προηγούμενη ενότητα γίνεται φανερό ότι παιδιά και έφηβοι βρίσκονται σε ιδιαίτερα ευάλωτη θέση αναφορικά με τη σεξουαλική βία. Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Δικαιοσύνης Ανηλίκων στις ΗΠΑ, οι έφηβοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα θυμάτων σεξουαλικής επίθεσης (Basile et al., 2020). Ορισμένες κοινωνικές μεταβλητές όπως το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και οι συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να συνδέονται άμεσα με τη σεξουαλική βία σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Mandin, 2016). Οι θύτες είναι συνήθως οικεία τους πρόσωπα, όπως ένας σύντροφος, κάποιο μέλος της οικογένειας τους ή άλλο πρόσωπο που τους ασκεί εξουσία (Tavara, 2006). Δυστυχώς, οι περισσότεροι από τους εφήβους δε θα αναζητήσουν ιατρική φροντίδα λόγω ντροπής αλλά ταυτόχρονα και λόγω άγνοιας ως προς το πού να απευθυνθούν (Ruth et al., 2013).

Εκτός όμως από τους διάφορους κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με μεγαλύτερη ευαλωτότητα, το ιστορικό σεξουαλικής βίας, ειδικά κατά την παιδική ηλικία, αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους δείκτες κινδύνου καθώς αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες το άτομο να εκτεθεί εκ νέου σε αυτή (Jina and Thomas, 2013). Στην ουσία δύναται να δημιουργήσει ένα φαύλο κύκλο επαναθυματοποίησης, όπου το ίδιο το περιστατικό σεξουαλικής βίας αυξάνει την ευαλωτότητα του ατόμου και λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για μελλοντική έκθεση (Basile et al, 2020).

Άλλες συνθήκες που καθιστούν το άτομο ευάλωτο όπως είναι η αναπηρία, η τοξικοεξάρτηση ή η ψυχική νόσος αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο έκθεσης. Την ίδια στιγμή, συχνά είναι τα περιστατικά σε ιδρύματα, ψυχιατρεία ή φυλακές, όπου δηλαδή υπάρχουν συνθήκες εγκλεισμού (Dumont et al., 2013, WHO, 2003). Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει μία γνώση που προϋπήρχε εμπειρικά: όσο μεγαλύτερη ευαλωτότητα παρουσιάζει ένα άτομο τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος να υποστεί σεξουαλική βία (Santaularia et al, 2014).

1.5 Επιπτώσεις στην υγεία

Η σεξουαλική βία έχει συνδεθεί με σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις τόσο άμεσες, όσο και μακροπρόθεσμες (Mondin et al, 2016). Τα τραύματα, εάν υπάρχουν, αποτελούν το πιο εμφανές σημείο κάποιας σεξουαλικής επίθεσης και συνήθως είναι η κορυφή του παγόβουνου. Με ή χωρίς εμφανή τραυματισμό όμως, συνέπειες στην υγεία του ατόμου μπορεί να έχει η έκθεση σε οποιαδήποτε μορφή σεξουαλικής βίας ακόμα και αν αυτή δεν εμπεριέχει τη σωματική επαφή (Jina and Thomas, 2013).

Σε περίπτωση βίαιης διείσδυσης, τραυματισμοί και εκδορές που είναι πιθανόν να συμβούν, διευκολύνουν την είσοδο ιών μέσω του κολπικού ή πρωκτικού βλεννογόνου¹¹. Η μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΛ), όπως είναι η σύφιλη, η γονόρροια, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, οι βακτηριακές λοιμώξεις ή οι λοιμώξεις από τριχομονάδες είναι αρκετά πιθανή και παρότι οι περισσότερες είναι πλήρως ιάσιμες μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες εάν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Ο κίνδυνος για τη μετάδοση HIV παραμένει σχετικά μικρός (1-2/1000 από τον άνδρα στη γυναίκα και περίπου 0.5-1/1000 από τη γυναίκα στον άνδρα), με τις πιθανότητες να αυξάνονται κατά την πρωκτική διείσδυση λόγω της μεγαλύτερης ευαισθησίας του βλεννογόνου (Tavara, 2006).

Επιπλέον, οι γυναίκες έρχονται συχνά αντιμέτωπες με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Σε χώρες που οι εκτρώσεις είναι παράνομες ή οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι υποστηρικτικές προς τις γυναίκες που θέλουν να τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους, συχνά αυτές καταφεύγουν σε επικίνδυνες μεθόδους μακριά από τις θεσμικές υπηρεσίες υγείας και πολλές οδηγούνται στο θάνατο (Jina and Thomas, 2013).

¹¹ Οι έφηβες διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο λοιμώξεων ακόμη και μέσω του μη βίαιου σεξ λόγω ανωριμότητας του κόλπου που έτσι δεν αποτελεί αποτελεσματικό «φραγμό». Στην περίπτωση του πρωκτικού βιασμού η επικινδυνότητα είναι ακόμη μεγαλύτερη αφού ο ιστός στον πρωκτό μπορεί εύκολα να τραυματιστεί (Draughon et al., 2015, ΕΟΔΥ, 2017) .

Πέρα από τις άμεσες συνέπειες όμως, το ιστορικό σεξουαλικής βίας φαίνεται να συνδέεται με χειρότερη έκβαση της υγείας στο σύνολό της (Omar, 2019). Τα άτομα είναι πιθανό να αναπτύξουν χρόνια προβλήματα, εξαιτίας των οποίων μπορεί να δυσκολεύονται ακόμα και σε καθημερινές λειτουργίες, όπως η εργασία (Jina and Thomas, 2013). Έρευνες έχουν δείξει συσχέτιση του ιστορικού βίας, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής, με μακροχρόνια συμπτώματα όπως άσθμα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αρρυθμίες και χρόνια κόπωση (Santaularia et al, 2014). Συμπτώματα από το γαστρεντερικό, όπως ναυτία, έμετοι και διάρροιες εμφανίζονται αρκετά συχνά και πιθανώς να πάρουν χρόνια μορφή οδηγώντας ακόμα και σε ανάπτυξη συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Πολύ συχνά τα άτομα παρουσιάζουν χρόνια άλγη, όπως συχνές κεφαλαλγίες, πυελικό άλγος ή δυσμηνόρροια οι γυναίκες, χωρίς άλλη ένδειξη, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται κατά πολύ η ποιότητα ζωής τους (Hegathy et al, 2016).

Επιπρόσθετα, σημαντικές είναι οι ψυχικές και κοινωνικές συνέπειες του φαινομένου. Ένα περιστατικό σεξουαλικής βίας μπορεί να συνδεθεί με ένα μεγάλο εύρος ψυχικών διαταραχών, γεγονός το οποίο είναι καλά καταγεγραμμένο στη βιβλιογραφία (Omar, 2019). Πολύ συχνά τα άτομα εμφανίζουν PTSD¹², κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές καθώς και αυτοκτονικό ιδεασμό σε ποσοστά τουλάχιστον διπλάσια από το γενικό πληθυσμό, ενώ πιθανές είναι οι διαταραχές ύπνου και διατροφής¹³ (Santaularia et al, 2014, Mandin, 2016). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι η σύνδεση της σεξουαλικής βίας με την ψυχική νόσο φαίνεται να είναι αμφίδρομη αφού η δεύτερη αποτελεί και αποτέλεσμα αλλά και παράγοντα κινδύνου όταν προϋπάρχει (O'Dwyer et al., 2019).

Υπάρχει επίσης συσχέτιση του φαινομένου με την ανάπτυξη διαφόρων συμπεριφορών κινδύνου, όπως η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, ειδικά όταν η έκθεση λαμβάνει χώρα κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία (Omar, 2019, Basile et al., 2020). Παράλληλα η ύπαρξη ενός αντίστοιχου βιώματος κάνει το άτομο πιο ευάλωτο να εκτεθεί σε οποιαδήποτε μορφή βίας κατά τη διάρκεια της ζωής του (Choudhary et al, 2012).

Την ίδια στιγμή η έκθεση σε σεξουαλική βία όσο και τα συμπτώματα που προκύπτουν από αυτή έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνική και οικονομική ευημερία των επιζώντων με διάφορους τρόπους καθώς ενδέχεται να επηρεάσει τόσο τις διαπροσωπικές σχέσεις όσο και την επαγγελματική τους ζωή (Jancey et al., 2011, Loya, 2014). Είναι πιθανόν να επηρεάσει τις συντροφικές σχέσεις καθώς συχνά σχετίζεται με σεξουαλικά προβλήματα και ταυτόχρονα μπορεί

¹² Post-Traumatic Stress Disorder.

¹³ Οι πιθανότητες να αναπτύξει κάποιος PTSD εξαιτίας σεξουαλικής επίθεσης είναι μεγαλύτερη από ότι σε οποιοδήποτε άλλο τραύμα συμπεριλαμβανομένων άλλων επιθέσεων, δυστυχημάτων ή φυσικών καταστροφών (Jina and Thomas, 2013).

να επηρεάζει το αίσθημα εμπιστοσύνης που νιώθει ο/η επιζών/ήσασα για τους άλλους. Η σεξουαλική βία όμως, πέρα από το ίδιο το άτομο, μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο και στον κοινωνικό του περίγυρο, γεγονός που επιβαρύνει περαιτέρω τις σχέσεις (Basile and Smith, 2011). Αναφορικά με την επίδραση στο οικονομικό επίπεδο, η ύπαρξη διαφόρων συμπτωμάτων είναι πιθανό να απαιτεί μεγάλη απουσία από την εργασία και επιπλέον, ψυχικές επιπτώσεις όπως το PTSD μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση των επιζώντων μειώνοντας έτσι την ικανότητα διασφάλισης και διατήρησης της απασχόλησης (Loya, 2014).

Αν και η πλειονότητα των επιζώντων θα καταφέρει να επανέλθει στους κοινωνικούς της ρόλους, καθοριστικής σημασίας είναι η κοινωνική υποστήριξη που θα λάβει το άτομο την περίοδο μετά το συμβάν. Συχνά, και ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο, οι επιζώντες στιγματίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ η αποκάλυψη ενός τέτοιου γεγονότος μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε πλήρη απόρριψη από τον κοινωνικό τους περίγυρο (WHO et al., 2020).

Εν κατακλείδι, η σεξουαλική βία επηρεάζει πολλαπλά την υγεία και τις ζωές των ανθρώπων, και απαιτεί μια συνολική διαχείριση που περιλαμβάνει την πρόληψη, την άμεση φροντίδα, τη συνηγορία αλλά και τη μακροχρόνια πολλές φορές ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη των επιζώντων (Kouta and Pithara, 2015). Αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας το οποίο χρήζει στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης αλλά και δημόσιου διαλόγου καθώς η επίδραση που έχει ένα τέτοιο περιστατικό στην υγεία του ατόμου σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που η κάθε κοινωνία αλληλεπιδρά με αυτό το φαινόμενο αφού το στίγμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα βαρύ για τους επιζώντες σε ορισμένα πλαίσια (Jina and Thomas, 2013, Carney, 2018).

Το παράδοξο στο οποίο οφείλουν να σταθούν οι επαγγελματίες υγείας και οι υπεύθυνοι πολιτικών υγείας είναι πως παρά τη χειρότερη κατάσταση υγείας που εμφανίζουν συνολικά οι επιζώντες σεξουαλικής βίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και ψυχικής υγείας είναι διεθνώς χαμηλότερα με τις αιτίες να αναφέρονται εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο (O'Dwyer et al., 2019).

1.6 Εμπόδια στην πρόσβαση στην φροντίδα

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μόνο ορισμένοι από τους επιζώντες θα αναζητήσουν βοήθεια, τόσο νομική όσο και ιατρική. Αναφορικά με τις υγειονομικές υπηρεσίες, τα εμπόδια μπορεί να υπάρχουν πολύ πριν το άτομο περάσει την πόρτα κάποιας δομής υγείας. Η απόσταση, η έλλειψη χρημάτων, η έλλειψη νόμιμων εγγράφων, η άγνοια της νομοθεσίας ή των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και γλωσσικά εμπόδια είναι μόνο μερικά από τα ζητήματα που απομακρύνουν μεγάλο μέρος του

πληθυσμού, κυρίως μεταξύ των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, από τις υπηρεσίες (OVW, 2013).

Πολλές φορές τα άτομα δεν αναζητούν βοήθεια (συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής φροντίδας) εξαιτίας του φόβου τους ότι δε θα γίνουν πιστευτά ειδικά εάν δεν αμύνθηκαν ή δε φέρουν εμφανή τραυματισμό. Σε αυτό συμβάλλει η στερεοτυπική αντίληψη που επικρατεί αναφορικά με τις σεξουαλικές επιθέσεις και αφορά την εικόνα ενός αγνώστου που επιτίθεται σε κάποιον με τη βία (Campbell et al., 2011). Η πραγματικότητα όμως είναι εκ διαμέτρου αντίθετη καθώς σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει καμία σωματική επιβολή ενώ τα άτομα φαίνεται να βιώνουν ένα είδος παράλυσης που τα καθιστά ανίκανα για την οποιαδήποτε αντίδραση (Carr et al, 2014).

Επιπλέον, τις περισσότερες φορές ο θύτης αποτελεί γνώριμο πρόσωπο, γεγονός που συχνά λειτουργεί αποτρεπτικά στην αποκάλυψη του γεγονότος (Basile and Smith, 2014, COSAI, 2012). Ειδικά εάν το άτομο έχει μια συντροφική σχέση με το θύτη, όχι μόνο μπορεί να αντιμετωπίζει μεγάλη δυσκολία να καταγγείλει το γεγονός, αλλά είναι πιθανόν να μην εκλαμβάνει την όποια επιβαλλόμενη σεξουαλική πράξη ως σεξουαλική βία, ειδικά όταν συμπεριφορές βίας και επιβολής είναι κοινωνικά ανεκτές και συχνά θεωρούνται φυσιολογικές μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον¹⁴ (Tavara, 2006, Carr et al., 2014).

Ουσιαστικό εμπόδιο συνιστά και η κοινωνική προκατάληψη που δέχονται ορισμένες κοινωνικές ομάδες, όπως για παράδειγμα σε σχέση με το ρόλο των φύλων¹⁵, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη σεξεργασία, την τοξικοεξάρτηση καθώς και το πολιτισμικό χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και εθνοτικές μειονότητες. Οι προκαταλήψεις αυτές ενισχύουν το αίσθημα της ντροπής και συχνά οδηγούν σε μη αναζήτηση υποστήριξης υπό το φόβο του κοινωνικού στίγματος, του ρατσισμού και του επανατραυματισμού (Du Mont et al., 2020).

Παρότι η αποκάλυψη ενός τραυματικού γεγονότος συχνά συνδέεται με τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των επιζώντων, η αντίληψη ότι πρόκειται *a priori* για μία ιαματική διαδικασία αποτελεί ακόμα ένα μύθο. Τα οφέλη της εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, με κυριότερο αυτόν της κοινωνικής υποστήριξης και αποδοχής. Εάν το άτομο μιλώντας δε βρει την

¹⁴ Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι σε έρευνες που έχουν γίνει στη κοινότητα οι περισσότεροι θύτες είναι γνωστοί των θυμάτων, αποτέλεσμα που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τα στατιστικά της αστυνομίας, στα περισσότερα ο/οι θύτες είναι κάποιοι άγνωστοι. (Tavara, 2006).

¹⁵ Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άντρες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία είναι ακόμα πιο σπάνιο να καταγγείλουν το γεγονός ή να δεχθούν οποιαδήποτε σχετική φροντίδα ώστε να μην κριθούν για τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις (Borumandnia, 2020).

κατάλληλη υποστήριξη αλλά αντίθετα έρθει αντιμέτωπο με αρνητικές αντιδράσεις, η αποκάλυψη μπορεί να οδηγήσει σε ένα επιπρόσθετο ψυχολογικό τραύμα και οι επιπτώσεις στην ψυχική του υγεία να πολλαπλασιαστούν¹⁶. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι η σιωπή σε μια κοινωνία που συχνά κατακρίνει τα θύματα ή τα αγνοεί είναι ένας τρόπος αυτοπροστασίας (Jacques - Tiura et al., 2010, Basile and Smith, 2011).

Τέλος, η ίδια η διαδικασία της εξέτασης μπορεί να αποτρέψει τα άτομα από το να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα. Υπάρχουν αρκετές μαρτυρίες σύμφωνα με τις οποίες η διαδικασία της κλινικής εξέτασης μετά από μία σεξουαλική επίθεση είναι πολύ τραυματική ενώ συχνά ενυπάρχει άγχος για τις πιθανές ερωτήσεις αναφορικά με το γεγονός. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια μιας γυναίκας η οποία ένιωθε ότι «βιάζεται ξανά μέσα σε ένα ιατρικό πλαίσιο» (Trueland, 2015). Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούν τα κυριότερα σημεία που θεωρούνται σημαντικά για μια ενδεδειγμένη διαχείριση από πλευράς των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα και να καθίσταται η διαδικασία όσο το δυνατόν πιο ανεκτή για τον ασθενή.

¹⁶ Είναι συχνές οι αναφορές επανατραυματισμού κατά τη διαδικασία καταγγελίας στην αστυνομία και μετέπειτα στις δικαστικές αρχές κυρίως μέσα από ερωτήσεις που έμμεσα ή άμεσα μετακυλύουν την ευθύνη στην καταγγέλλουσα/οντα (Maier, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ

2.1 Κλινική διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας

Οι διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες γραμμές τονίζουν τη σημασία της άμεσης παρέμβασης για την αντιμετώπιση τόσο των κλινικών όσο και των ψυχοκοινωνικών αναγκών των επιζώντων (WHO, 2003). Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους επιζώντες, όταν και εάν απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία υγείας, δε θα λάβουν την κατάλληλη περίθαλψη (Gatuguta et al., 2017). Παρακάτω συγκεντρώνονται όλα εκείνα τα βήματα που κρίνονται απαραίτητα για την παροχή ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής φροντίδας.

Η πρωταρχική απόκριση έχει σκοπό να εστιάσει στις βασικές σωματικές ανάγκες, να ενημερώσει και να παράσχει πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας σε συμφωνία πάντα με τις αποφάσεις του ατόμου. Το πρώτο βήμα όμως για να μπορέσει να δοθεί η ανάλογη φροντίδα είναι η αναγνώριση των περιστατικών που φτάνουν στις δομές υγείας. Οι επιζώντες συχνά αναζητούν ιατρική φροντίδα για επιμέρους συμπτώματα αποκρύπτοντας την ίδια τη σεξουαλική κακοποίηση που τα έχει δημιουργήσει. Επίσης, πολλοί ασθενείς θα προσέλθουν στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας ενός συμπτώματος που μπορεί να σχετίζεται με ιστορικό σεξουαλικής βίας χωρίς να το συνδέουν, θεωρώντας άσκοπο να αναφέρουν το περιστατικό (O'dwyer et al., 2019, Jina and Thomas, 2013).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει αρχικά να παρατηρούν. Οι αναγνωριστικές ερωτήσεις μπορούν να γίνουν είτε σε όλους όσοι εισέρχονται στο σύστημα υγείας είτε μόνο στα άτομα που λόγω συμπτωμάτων ή ιστορικού έχουν αυξημένες πιθανότητες έκθεσης. Υπάρχει μεγάλη συζήτηση για την ενσωμάτωση των ερωτήσεων στο τυπικό ιστορικό και παρότι ερευνητικά δεν είναι εξακριβωμένο το όφελος, σε ορισμένα πλαίσια όπως σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συνιστάται (Thompson et al., 2006). Σε κάθε περίπτωση, συμπτώματα οξεία αλλά και χρόνια, όπως αυτά που αναφέρθηκαν προηγουμένως, θα πρέπει να εγείρουν ισχυρές υποψίες στον επαγγελματία υγείας και να θέτουν τη σεξουαλική βία ως διαφοροδιάγνωση, ειδικά εάν δε συνδέονται με κάποιο άλλο γεγονός από το ιστορικό του/της ασθενή (Jina and Thomas, 2013).

Σε κάθε περιστατικό που εγείρει υποψία σεξουαλικής βίας θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα και να εξετάζεται όσο το δυνατόν πιο άμεσα (OVW, 2013). Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ευγενικοί και να προσφέρουν υποστήριξη καθ όλη τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μαζί του. Επιπλέον, πριν τη διεξαγωγή οποιασδήποτε παρέμβασης θα πρέπει να διασφαλίζεται επάρκεια χρόνου και να δημιουργούνται οι βάσεις για την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης (Campbell et al., 2011). Τέλος, η όποια προτίμηση του ατόμου αναφορικά με το

φύλο του επαγγελματία υγείας πρέπει να γίνεται εξαρχής σεβαστή και να ικανοποιείται, όταν αυτό είναι δυνατόν (WHO et al., 2020).

Λήψη ιστορικού

Μία από τις πρώτες παρεμβάσεις που θα χρειαστεί να κάνει ο/η επαγγελματίας υγείας είναι η λήψη του ιατρικού ιστορικού, το οποίο απαιτεί γνώση και δεξιότητα. Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει καταρχάς γενικές ιατρικές πληροφορίες και συνοδά νοσήματα ενώ παράλληλα πρέπει να καταγράφει μια βασική εκτίμηση της ψυχικής και νοητικής κατάστασης του ατόμου (WHO et al., 2020). Οι γυναίκες πρέπει να ερωτώνται σχετικά με την έμμηνο ρήση, τη χρήση αντισύλληψης, πιθανή εγκυμοσύνη καθώς και για την τελευταία σεξουαλική επαφή με το σύντροφό τους. Αναφορικά με την επίθεση σημαντικές είναι οι πληροφορίες για την ημερομηνία, την ώρα, την περιγραφή του δράστη, τη χρήση βίας, την κατανάλωση ουσιών, τη φύση της σεξουαλικής επίθεσης και τα πιθανά σημεία τραυματισμού. Τέλος, δεν πρέπει να παραλείπονται ερωτήσεις για τις δραστηριότητες του ατόμου μετά την επίθεση, όπως μπάνιο ή αλλαγή ρούχων καθώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν την ακεραιότητα των ιατροδικαστικών στοιχείων (Delgadillo, 2017).

Η καταγραφή του συμβάντος πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο λεπτομερής, στο βαθμό που το άτομο επιθυμεί να μιλήσει, χρησιμοποιώντας τα λόγια του και χωρίς να αποδίδεται καμία προσωπική κρίση από τον επαγγελματία. Η λήψη ενός άρτιου ιστορικού είναι σημαντική αφενός γιατί δύναται να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε μεταγενέστερη νομική διαδικασία και αφετέρου για να μη χρειαστεί η επανάληψη της αφήγησης, διαδικασία καθόλα τραυματική (Tavara, 2006, OVW, 2013). Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εμπνέουν εμπιστοσύνη στον/την ασθενή και δεν θα πρέπει να εκφράζουν αμφιβολίες για την αλήθεια της αφήγησής ή να στέκονται κριτικά απέναντι του/της. Η χρήση επικριτικής και αυστηρής γλώσσας μπορεί να είναι ιδιαίτερα τραυματική και να επηρεάσει την έκβαση τόσο σε ιατρικό όσο και νομικό επίπεδο (Delgadillo, 2017).

Κλινική εκτίμηση

Η κλινική εκτίμηση αποσκοπεί αφενός στην κατάλληλη παροχή φροντίδας και αφετέρου στην έγκαιρη και συνεπή συλλογή ιατροδικαστικών ευρημάτων (OVW, 2013). Οφείλει να είναι λεπτομερής και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει τη λιγότερο δυνατή έκθεση του ατόμου. Πριν ξεκινήσει η εξέταση απαιτείται η συγκατάθεση του ατόμου ενώ εάν η νοητική ή συναισθηματική του κατάσταση δεν του επιτρέπει για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει (π.χ. εάν βρίσκεται υπό την επήρεια φαρμάκων/αλκοόλ, είναι τραυματισμένο ή σε σύγχυση) η εξέταση θα πρέπει να αναβληθεί (ΕΟΔΥ, 2017).

Κατά την εφαρμογή της κλινικής εξέτασης θα πρέπει να παρευρίσκονται δύο επαγγελματίες υγείας - κατά προτίμηση του φύλου που επιλέγει ο/η ασθενής - και το άτομο να ενημερώνεται με τρόπο που να κατανοεί το κάθε σκέλος της και το πού αυτό αποσκοπεί. Η συγκατάθεση πρέπει να δίνεται σε κάθε ενέργεια επιμέρους, με το σώμα να καλύπτεται και να εξετάζεται τμηματικά (Campbell et al, 2011, Tavana, 2006). Ο/Η ασθενής μπορεί να διακόψει τη διαδικασία όποτε το επιθυμεί, να την ξαναρχίσει ή και να παραλείψει μέρη της για αυτό οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ελέγχουν την κατάσταση του ατόμου σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης και να είναι έτοιμοι να διακόψουν (WHO et al., 2020). Σε κάθε περίπτωση το άτομο επιβάλλεται να είναι πλήρως ενήμερο για τυχόν συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από την άρνηση της εξέτασης αναφορικά με την υγεία του αλλά και τη συλλογή των ιατροδικαστικών ευρημάτων (Trueland, 2015, Delgadillo, 2017).

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να ακολουθούν αυστηρά πρωτόκολλα σχετικά με τη συλλογή, τη διαχείριση και την αποθήκευση των ιατροδικαστικών στοιχείων καθώς σε συνδυασμό με το ιστορικό παρέχουν επιστημονικές πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιαδήποτε διαδικασία ποινικής έρευνας (Jancey et al., 2011)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κλινική εξέταση μετά από μία σεξουαλική επίθεση μπορεί να είναι ιδιαίτερα τραυματική για το άτομο. Η ενεργή εμπλοκή στη διαδικασία και η ενδυνάμωση των ασθενών να αποφασίζουν επί της διαδικασίας συμβάλλει στην αποκατάσταση του ελέγχου αναφορικά με τη ζωή τους, κάτι που κρίνεται ως πολύ σημαντικό για όλους τους επιζώντες βιασμού (Campbell et al., 2011).

Η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται από το κεφάλι έως τα πόδια, ανεξαρτήτως ιστορικού. Αρχικά γίνεται η λήψη των ζωτικών σημείων και στη συνέχεια ελέγχονται και καταγράφονται όλες οι εμφανείς κακώσεις καθώς και οι επώδυνες περιοχές. Τέλος, εξετάζονται οι βλεννογόνοι του στόματος, των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού με τη συγκατάθεση του/της ασθενούς και ανάλογα το ιστορικό της σεξουαλικής κακοποίησης. (ΕΟΔΥ, 2017)

Κατά κύριο λόγο, τα ιατροδικαστικά στοιχεία πρέπει να συλλέγονται μέσα σε 72 ώρες από το συμβάν, αν και αυτό θα ποικίλλει ανάλογα με το είδος των αποδεικτικών στοιχείων και τα εθνικά πρωτόκολλα. Ακόμα κι αν η συλλογή ιατροδικαστικών στοιχείων δεν είναι εφικτή ή το άτομο δεν την επιθυμεί, μια ενδελεχής φυσική εξέταση συνιστάται για την τεκμηρίωση και τη θεραπεία των τραυμάτων (WHO, 2020).

Ανάλογα με το ιστορικό, πρέπει να παρθούν καλλιέργειες ουρηθρικού/κολπικού ή και ορθικού εκκρίματος για έλεγχο ΣΜΛ και να διενεργηθεί ορολογικός έλεγχος για σύφιλη, ηπατίτιδα Β και C καθώς και HIV (ΕΟΔΥ, 2017). Εάν η επίθεση είναι πρόσφατη, άμεσες εξετάσεις ενδέχεται

να μην εντοπίσουν μολύνσεις που προήλθαν από αυτή. Ωστόσο, οι συστάσεις για τον έλεγχο υποστηρίζονται από τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι μεταξύ επιζώντων βιασμού εμφανίζεται υψηλό ποσοστό λοιμώξεων κατά την αρχική αξιολόγηση. Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ψυχολογία του ατόμου να γνωρίζει εάν κάποια λοίμωξη προϋπάρχει της σεξουαλικής επίθεσης (Sena et al., 2015).

Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που υπέστησαν βιασμό πρέπει να διενεργείται εξαρχής και έλεγχος εγκυμοσύνης. Ακόμα και εάν το διάστημα που έχει μεσολαβήσει από το περιστατικό είναι πολύ μικρό για να δείξει οποιοδήποτε αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να μην υπάρχει καμία αμφιβολία για ενδεχόμενη προϋπάρχουσα εγκυμοσύνη (WHO et al., 2020)

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διενεργούνται άμεσα τοξικολογικές εξετάσεις ειδικά εάν ο/η επαγγελματίας υγείας υποπτεύεται ότι το άτομο μπορεί να είναι υπό την επήρεια φαρμάκων ή άλλων τοξικών ουσιών (ΕΟΔΥ, 2017). Τέλος, άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως ακτινογραφίες και υπερηχογράφημα, μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση καταγμάτων και εσωτερικών τραυματισμών (WHO et al., 2020)

Παροχή Φροντίδας

Η αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας είναι αρκετά πολύπλοκη καθώς ενέχει αρκετές διαστάσεις πέρα από την κλινική διαχείριση. Η παρεχόμενη φροντίδα εστιάζει σε πολλαπλές κατευθύνσεις, μεταξύ των οποίων στην αποκατάσταση των τραυμάτων, στον έλεγχο και στη θεραπεία λοιμώξεων, στη διαχείριση πιθανής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, καθώς και σε άλλα ζητήματα με ψυχολογικές, κοινωνικές και νομικές προεκτάσεις (Sena et al., 2105).

Η εκτίμηση των αναγκών θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνεται υπ όψιν ο τρόπος με τον οποίο αυτές ιεραρχούνται από το ίδιο το άτομο. Η φροντίδα με επίκεντρο τους ασθενείς υποστηρίζει την ενεργή συμμετοχή τους και ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες τους, διασφαλίζοντας ότι οι επιλογές τους είναι εκείνες οι οποίες καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις (ΕΝΑ, 2017, Tavana, 2006).

Ο/Η επαγγελματίας υγείας αφού αποκλείσει τυχόν επιπλοκές που απειλούν άμεσα τη ζωή του επιζώντα, θα ασχοληθεί αρχικά με τα υπάρχοντα τραύματα. Επιβάλλεται να γίνει προσεκτικός καθαρισμός, να αφαιρεθούν κατεστραμμένοι ιστοί και να γίνει συρραφή εάν είναι απαραίτητο. Για την ανακούφιση του ατόμου θα πρέπει να προσφέρεται αναλγησία εξαρχής, ενώ αν υπάρχουν σημεία λοίμωξης χορηγούνται αντιβιοτικά. Εάν υπάρχουν τραύματα και το άτομο δεν είναι πλήρως εμβολιασμένο απαιτείται χορήγηση αντιτετανικού ορού (WHO et al., 2020).

Για την πρόληψη λοίμωξης από χλαμύδια, γονόρροια ή τριχομονάδα δίνεται αγωγή άπαξ που περιλαμβάνει τα εξής: Ceftriaxone 125mg im, Azithromycin 1gr και Metronidazole 2gr. ενώ για τον HIV μπορεί να δοθεί προληπτική χημειοπροφύλαξη (PeP) έως και 72 ώρες από την έκθεση (ΕΟΔΥ, 2017). Η PeP λαμβάνεται για 4 εβδομάδες και αποτελείται από 2 ή 3 αντιετρωικά φάρμακα. Παρόλα αυτά δε θα λάβουν όλοι οι άνθρωποι PeP καθώς πρόκειται για μία βαριά θεραπεία που απαιτεί μεγάλη συνέπεια. Η επιλογή βασίζεται σε πρωτόκολλα, που με βάση το ιστορικό δείχνουν το δείκτη κινδύνου και μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το φορέα και τον πληθυσμό (CDC, 2005). Παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την ανάγκη για PeP, είναι η έκθεση σε υγρά, ο αριθμός των εκθέσεων, η ύπαρξη τραύματος, λοιμώξεις του ουρογεννητικού και η πρωκτική επαφή (Draughon et al., 2015).

Οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που έχουν βιαστεί πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε επείγουσα αντισύλληψη, καθώς πρέπει να δοθεί μέσα σε 120 ώρες (5 ημέρες)¹⁷ από το περιστατικό. Παρότι δεν απαιτείται τεστ εγκυμοσύνης πριν από την παροχή επείγουσας αντισύλληψης, είναι σημαντικό να καθοριστεί εάν τυχόν εγκυμοσύνη προϋπήρχε του βιασμού (Martin, 2007).

Η εμβολιαστική κάλυψη που συστήνεται μετά την έκθεση σε σεξουαλική βία περιλαμβάνει τον τέτανο, εάν υπάρχει τραυματισμός, και την Ηπατίτιδα Β (Hegathy et al., 2016). Επιπλέον, συνιστάται ο εμβολιασμός για HPV¹⁸, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι οι επιζώντες σεξουαλικής βίας αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου μελλοντικής έκθεσης σε μη ασφαλή σεξουαλικές πρακτικές (Sena et al., 2015).¹⁹

Περαιτέρω υποστήριξη του επιζώντα.

Ο ρόλος του/της επαγγελματία υγείας δεν τελειώνει με τη φυσική εξέταση. Η ιατρική φροντίδα για τους επιζώντες σεξουαλικής βίας περιλαμβάνει επίσης μια αρχική αξιολόγηση των ψυχολογικών επιπτώσεων και την παροχή βασικής ψυχολογικής υποστήριξης. Σε αυτή τη φάση η συμβολή ενός πλήρως εκπαιδευμένου ψυχολόγου φαίνεται να είναι λιγότερο σημαντική από μια υποστηρικτική στάση του/της επαγγελματία υγείας που έχει την πρώτη επαφή με τον/την επιζώντα/ήσασα (Tavara, 2006).

¹⁷ Πιο αποτελεσματική είναι εντός του πρώτων 72 ωρών.

¹⁸ Τα πρωτόκολλα αναφέρουν ότι ο εμβολιασμός για HPV να διενεργείται έως την ηλικία των 26 ετών για τις γυναίκες και των 21 για τους άντρες

¹⁹ Το εμβόλιο δε θα προστατέψει στην εξέλιξη πιθανής υπάρχουσας λοίμωξης αλλά παρέχει προστασία για διαφορετικούς τύπους του ιού.

Σε όλη τη διαδικασία είναι πολύ σημαντικό τα άτομα να παίρνουν τις πληροφορίες που χρειάζονται καθώς η σωστή ενημέρωση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο, μεταξύ άλλων, στη συμμόρφωση των ατόμων στη θεραπεία (Reis et al., 2010). Ο/Η επαγγελματίας υγείας οφείλει να παρέχει τόσο προφορικά όσο και γραπτά λεπτομερείς οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή, τα ραντεβού παρακολούθησης καθώς και πληροφορίες επικοινωνίας με τις κοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης και τις εμπλεκόμενες νομικές υπηρεσίες (Delgadillo, 2017). Θα πρέπει όμως να είναι σε εγρήγορση ώστε να μην ξεπεράσει τη χρυσή τομή και κατακλύσει τον/την ασθενή με περιττές για τη στιγμή πληροφορίες που πιθανώς δε μπορεί να συγκρατήσει και να διαχειριστεί (Campbell et al., 2011).

Πριν από το εξιτήριο, θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να καλύψει τις σωματικές του/της ανάγκες. Οι νοσηλευτές/ριες θα πρέπει να παρέχουν φαγητό, νερό, προϊόντα προσωπικής υγιεινής και πρόσβαση σε τηλέφωνο. Επίσης θα πρέπει να δίνεται ρουχισμός εάν τα ρούχα του έχουν καταστραφεί ή έχουν συλλεχθεί ως αποδεικτικά στοιχεία. Τέλος, πιθανός κίνδυνος για την ασφάλεια, την ψυχική ή τη σωματική υγεία του/της ασθενούς πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα πριν την απομάκρυνση του από την υπηρεσία υγείας.

Όταν οι άμεσες σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των επιζώντων έχουν ικανοποιηθεί, αυτοί μπορούν στη συνέχεια να αξιολογήσουν πιο καθαρά τα δεδομένα και να αποφασίσουν εάν θέλουν να κάνουν αναφορά στην αστυνομία. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που λαμβάνουν υποστηρικτική φροντίδα στις υγειονομικές υπηρεσίες έχουν μεγαλύτερη τάση να προσφεύγουν στην ποινική δικαιοσύνη. Σε κάθε περίπτωση, η απόφαση του ατόμου θα πρέπει να γίνεται αποδεκτή με σεβασμό και υποστήριξη (Campbell et al., 2011).

Η μετέπειτα φροντίδα προγραμματίζεται σε συμφωνία με τον/την ασθενή, ενώ η διαχείριση των μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συνεπειών της σεξουαλικής βίας στην υγεία εξαρτάται από τις ανάγκες που παρουσιάζονται. Το χρονοδιάγραμμα των εξετάσεων παρακολούθησης (follow up) δεν είναι αυστηρό και τα σχετικά πρωτόκολλα μπορεί να διαφέρουν. Αποδεκτοί χρόνοι είναι περίπου στις 6 εβδομάδες, τους 3 μήνες και τους 6 μήνες ώστε να δοθεί χρόνος να αναπτυχθούν κλινικά ευρήματα ή αντισώματα σε μολυσματικούς παράγοντες και να αρχίσει η θεραπεία όσο το δυνατόν πιο άμεσα (Hegathy et al., 2016, Sena, 2015).

Συμπερασματικά, η πετυχημένη παρέμβαση, με γνώμονα την ενσυναίσθηση και το σεβασμό στην οξεία φάση του περιστατικού είναι ζωτικής σημασίας για την μακροπρόθεσμη ανάρρωση καθώς αρνητικές αντιδράσεις όπως η ενοχοποίηση του ατόμου συνδέονται με μεγαλύτερη δυσκολία να ξεπεραστεί το γεγονός αλλά και με μικρότερη συμμόρφωση στη θεραπεία (Delgadillo, 2017). Οι επαγγελματίες υγείας που αναγνωρίζουν την επίδραση του τραύματος που σχετίζεται με

τη σεξουαλική βία σε όλες τις πτυχές της ζωής είναι εκείνοι που μπορεί να συνεισφέρουν ουσιαστικά στην ενδυνάμωση του/της επιζώντα/ήσασας στο ταξίδι προς την ανάρρωση (Hegathy et al., 2016).

Ολοκληρώνοντας αυτό το κεφάλαιο, πρέπει να αναφερθεί ότι η διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας μπορεί να αφήσει έντονο ψυχολογικό αποτύπωμα στους επαγγελματίες υγείας, ειδικά σε εκείνους που μπορεί να έχουν βιώσει αντίστοιχες εμπειρίες. Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ασθενείς που έχουν να διαχειριστούν ένα τέτοιο τραύμα οφείλουν να δίνουν προσοχή και στα δικά τους συναισθήματα ενώ υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να είναι διαθέσιμες και για αυτούς (Trueland, 2015, Jancey et al., 2011).

2.2 Διεπιστημονική Συνεργασία

Καθώς η φροντίδα των επιζώντων σεξουαλικής βίας έχει τόσες πολλές πτυχές, δεν μπορεί να καλυφθεί μόνο από τις ιατρικές υπηρεσίες αλλά απαιτεί την ενσωμάτωση πολλών επιστημονικών κλάδων και κατά συνέπεια μια διεπιστημονική προσέγγιση (Tavara, 2006). Για αυτό το λόγο σύμφωνα με τους WHO et al. (2020), ανάμεσα στις υποχρεώσεις του/της επαγγελματία υγείας είναι η παροχή βοήθειας στο άτομο για να βρει τις κατάλληλες υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες του. Στην Ελλάδα συνήθως αυτή η διασύνδεση γίνεται μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας του εκάστοτε νοσοκομείου, παρόλα αυτά οι επαγγελματίες της πρώτης γραμμής οφείλουν να μπορούν να παρέχουν σωστές πληροφορίες για άλλους φορείς, να διασυνδέουν το άτομο και να συνεργάζονται μαζί τους.

Μεταξύ των υπηρεσιών με τις οποίες θα συνεργαστούν οι επαγγελματίες υγείας και στις οποίες θα κληθούν να παραπέμπουν τους σεξουαλικά κακοποιημένους ασθενείς είναι καταρχήν οι κοινωνικές υπηρεσίες που σε πρώτο χρόνο τουλάχιστον θα εγγυηθούν για την εξασφάλιση της ασφάλειας και την κάλυψη των βασικών αναγκών (O'dwyer et al., 2019). Η κοινωνική υποστήριξη είναι η πιο επείγουσα ανάγκη όταν ο επιτιθέμενος είναι μέλος της οικογένειας, ιδιαίτερα όταν είναι εκείνος που υποστηρίζει οικονομικά την οικογενειακή μονάδα (Tavara, 2006). Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν στον επιζών διασύνδεση με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η παραπομπή για ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για όλους τους επιζώντες ανεξαρτήτως της ύπαρξης συμπτωμάτων και της έντασης αυτών (WHO et al., 2020).

Τέλος, σύμφωνα με τους ENA²⁰ (2017), είναι απαραίτητο να δίνεται εξ αρχής η δυνατότητα στους σεξουαλικά κακοποιημένους ασθενείς για νομική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της

²⁰ The Emergency Nurses Association and the International Association of Forensic Nurses.

παραμονή τους στην υπηρεσία υγείας. Όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τον/την ασθενή ή το προσωπικό, πρέπει να καλούνται οι αστυνομικές αρχές, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση κάτι τέτοιο οφείλει να γίνεται μόνο με τη συμφωνία του ατόμου²¹.

2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας

Ένα όριο με το οποίο φαίνεται να έρχεται αντιμέτωπο το βιοιατρικό μοντέλο, το οποίο επικρατεί στην κλινική άσκηση, είναι ότι εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας να εστιάζουν αποκλειστικά στα σωματικά συμπτώματα και τη θεραπεία τους (Reis et al., 2010, García-Moreno et al., 2015). Αναφορικά με τα περιστατικά σεξουαλικής βίας, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας υποβιβάζουν πολλές φορές την επίδραση της σεξουαλικής βίας στην υγεία - αν και όποτε έρθει στην επιφάνεια - είτε από άγνοια, είτε από ανασφάλεια, αντιμετωπίζοντάς τη σαν ένα άσχετο σημείο στο ιστορικό. Ως εκ τούτου, οι επιδράσεις ενός τραυματικού γεγονότος συνήθως δεν αξιολογούνται συνολικά και η αντιμετώπιση επικεντρώνεται στη ενδεχόμενη συμπτωματολογία, που διαχωρίζεται πλήρως από την ίδια τη βιωμένη εμπειρία. (O'dywel, 2019).

Στον αντίποδα, η θεμελιώδης έννοια της φροντίδας, που διαπερνάει τη νοσηλευτική επιστήμη, είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών. Παράλληλα, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται συνεχώς δίπλα στους ασθενείς έχει περισσότερο από τον καθένα τη δυνατότητα να αναγνωρίσει τους επιζώντες σεξουαλικής βίας και να παρέμβει άμεσα (Maier, 2012). Οι νοσηλευτές/τριες μέσα από τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης έχουν την ευκαιρία να υποστηρίξουν το άτομο και πέρα από το κλινικό κομμάτι, να παράσχουν πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας, να σταθούν συνήγοροι του και να αποτελέσουν τον κρίκο που θα αναλάβει τη διασύνδεση με τις επιμέρους υπηρεσίες. Καθώς λοιπόν η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών ξεπερνάει το αμιγώς κλινικό κομμάτι, οι νοσηλευτές/τριες κρίνονται από τους πλέον κατάλληλους επαγγελματίες υγείας να ηγηθούν της φροντίδας. Επιπλέον, πολύτιμη θεωρείται η συμμετοχή τους στην έρευνα και την εκπαίδευση με σκοπό την απρόσκοπτη διασφάλιση της παροχής ποιοτικής φροντίδας των σεξουαλικά κακοποιημένων ασθενών (ENA, 2017).

Πέρα από την εξατομικευμένη διαχείριση των περιστατικών, σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών/ριών στην πρόληψη. Οι κοινοτικοί/ες νοσηλευτές/τριες εξειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών σε διαφορετικούς πληθυσμούς, την προαγωγή της υγείας, την επιδημιολογία και την επιτήρηση ασθενειών. Όλες αυτές οι δεξιότητες απαιτούνται για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας καθώς η έμφαση στην πρωτοβάθμια πρόληψη και την προώθηση πολιτικών υγείας στην

²¹ Η αστυνομία μπορεί να κληθεί χωρίς συγκατάθεση σε περιπτώσεις κακοποίησης ανηλίκου, γεγονός που απαιτεί όμως ιδιαίτερους χειρισμούς.

κοινότητα είναι απαραίτητη για την πρόληψη του φαινομένου (Beck & Boulton, 2016, Carney, 2018).

2.4 Νοσηλευτική εξειδίκευση SANE (sexual assaulted nurse examiners)

Σε πολλές χώρες η ανάγκη για εξειδικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση έχει οδηγήσει στη δημιουργία αντίστοιχων ειδικοτήτων. Οι SANEs (sexual assaulted nurse examiners), εξειδίκευση που αποτελεί πεδίο της ιατροδικαστικής νοσηλευτικής (forensic nursing), είναι ειδικά εκπαιδευμένοι/ες νοσηλεύτές/τριες που παρέχουν στους επιζώντες σεξουαλικής βίας νοσηλευτική φροντίδα, αρχική ψυχολογική υποστήριξη καθώς και άμεση και ποιοτική συλλογή ιατροδικαστικών ευρημάτων (Kent - Wilkinson, 2011). Συγχρόνως παρέχουν προληπτική θεραπεία για λοιμώξεις και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, βασισμένη σε πρωτόκολλα ενώ είναι σε θέση να εκτιμούν τις επιπλέον ανάγκες, να διασυνδέουν το άτομο με τις αντίστοιχες υπηρεσίες και να παρεμβαίνουν εκ μέρους του/της ασθενούς όταν κρίνεται απαραίτητο στην επαφή με φορείς όπως η αστυνομία ή το δικαστήριο. Η εξειδίκευσή τους είναι βασισμένη σε συστηματική εκπαίδευση και πρακτική μέσω διαφόρων προγραμμάτων που πραγματοποιούνται από τους αρμόδιους φορείς της εκάστοτε χώρας (Mitropoulou et al., 2016, Maier, 2012).

Κάνοντας μια μικρή ιστορική αναδρομή, στις δεκαετίες 1970 και 1980 στις ΗΠΑ, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών δε διέθεταν ούτε πρωτόκολλα, ούτε ειδική εκπαίδευση για το προσωπικό αναφορικά με τα περιστατικά σεξουαλικής βίας που κατέφθαναν, με αποτέλεσμα να διακυβεύεται δυνητικά η ποιότητα και το νομικό παραδεκτό των αποδεικτικών στοιχείων. Ως απάντηση οι νοσηλεύτριες προσπάθησαν να τυποποιήσουν αρχικά τη διαδικασία της εξέτασης και επιδίωξαν τη δημιουργία πρωτοκόλλων για τη συνολική διαχείριση αυτών των περιστατικών ώστε να τους παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα (Morse, 2019).

Αν και μέχρι τότε οι νοσηλεύτριες διεξήγαν συχνά μεγάλο μέρος της εξέτασης ως αποτέλεσμα της τακτικής ανάθεσης καθηκόντων από γιατρούς σε υφισταμένους, δεν αναγνωρίζονταν ως πραγματογνώμονες (Martin et al., 1985). Στις αρχές όμως της δεκαετίας του 1980 αναζητώντας μεγαλύτερη αυτονομία σχημάτισαν τη Διεθνή Ένωση Εγκληματολογικών Νοσηλευτών (IAFN) και δημιούργησαν τους SANEs. Μέσω της εξειδίκευσής τους αναγνωρίστηκαν τελικά ως αυτόνομες εξετάστριες που μπορούσαν να καταθέτουν τα ευρήματά τους στο δικαστήριο (Morse, 2019).

Εξειδικεύοντας τη δουλειά τους με επιζώντες σεξουαλικής επίθεσης, οι νοσηλεύτριες άρχισαν να αναλαμβάνουν «έναν κεντρικό υποστηρικτικό ρόλο στη φροντίδα των θυμάτων σεξουαλικής επίθεσης [...] για να διευκολύνουν την ανάρρωσή τους επηρεάζοντας ταυτόχρονα την απόκριση

των άλλων υπηρεσιών» (Moynihan and Duncan, 1981). Αυτό το πρότυπο φροντίδας περιλαμβάνει ευαισθητοποιημένη και έγκαιρη παρέμβαση, κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, άρτια συλλογή των ιατροδικαστικών ευρημάτων καθώς και πλήρη συντονισμό της ομάδας απόκρισης. Τα προγράμματα SANE πλέον λειτουργούν σε διάφορες χώρες και όπου εφαρμόζονται φαίνεται να προσφέρουν την πλέον κατάλληλη και εξατομικευμένη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Carr et al., 2014).

Η ύπαρξη εξειδικευμένων νοσηλευτών/ριών που αναλαμβάνουν αυτά τα περιστατικά δίνει καταρχήν τον απαραίτητο χρόνο για τη διαχείρισή τους, χρόνο που συχνά δε διαθέτουν οι γιατροί και οι υπόλοιποι νοσηλευτές. Είναι δεδομένο ότι όσο καλά οργανωμένο και να είναι ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών, όταν οι γιατροί και οι νοσηλευτές καλούνται καθημερινά να αντιμετωπίσουν καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, δεν υπάρχει η δυνατότητα να δοθεί η απαραίτητη προσοχή σε περιστατικά που δεν κινδυνεύουν άμεσα (ENA, 2017).

Επιπλέον, οι επιζώντες που αναζητούν ιατρική φροντίδα σε νοσοκομεία χωρίς προγράμματα SANE πέρα από μεγάλους χρόνους αναμονής, αντιμετωπίζουν συχνά επαγγελματίες υγείας που δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι στην εξειδικευμένη φροντίδα που απαιτείται ή τη συλλογή ιατροδικαστικών στοιχείων, που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να αφιερώσουν χρόνο για να θεραπεύσουν σωστά ή να καταθέσουν στο δικαστήριο και που πιστεύουν ότι η εν λόγω διαχείριση δεν άπτεται των καθηκόντων τους (Martin, 2005). Αντίθετα, είναι τεκμηριωμένο ότι η φροντίδα που λαμβάνουν τα άτομα από έναν εξειδικευμένο νοσηλευτή/ρια είναι πολύ περισσότερο κοντά στις ανάγκες τους, κάνει τους επιζώντες να νιώθουν ότι αντιμετωπίζονται με σεβασμό και παράλληλα τους παρέχει πρόσβαση σε μεγαλύτερο εύρος πληροφοριών που ένας μη εκπαιδευμένος υγειονομικός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει (Maier, 2012). Επιπλέον, καθώς οι SANEs συντονίζουν όλη τη φροντίδα και βρίσκονται κοντά στον/στην επιζώντα/ήσασα σε κάθε σημείο της διαδικασίας, έχουν το προνόμιο να είναι μάρτυρες και να συνηγορούν υπέρ των ασθενών τους σε κάθε ενδεχόμενο περιστατικό επανατραυματισμού κατά την επαφή τους με άλλους επαγγελματίες (αστυνομία, γιατροί κτλ) ή κατά τη διάρκεια των νομικών διαδικασιών (Girardin, 2005).

Η ύπαρξη SANEs συνδέεται την ίδια στιγμή με την καλύτερη νομική έκβαση αυτών των υποθέσεων λόγω της άμεσης και έγκυρης συλλογής ιατροδικαστικών ευρημάτων. Συγκριτικές έρευνες σε χώρες που λειτουργούν οι εν λόγω υπηρεσίες έχουν δείξει ότι τα ιατροδικαστικά ευρήματα που έχουν συλλεχθεί από SANEs είναι πιο έγκυρα σε σχέση με εκείνα μη έμπειρων νοσηλευτών και γιατρών (Maier, 2012)²². Στις Η.Π.Α. λοιπόν, που τα προγράμματα SANEs

²² Η μελέτη των Houmes et al. (2003) καταλήγει ότι η διαδικασία λήψης ιατροδικαστικών ευρημάτων και η σύνταξη της αντίστοιχης έκθεσης φάνηκε πιο ακριβής όταν έγινε από τους SANEs.

αποτελούν παράδοση, τα δείγματα που συλλέγονται από SANEs είναι μεταξύ των ισχυρότερων αποδεικτικών στοιχείων για την υποστήριξη της μαρτυρίας των θυμάτων στο δικαστήριο ενώ οι ίδιοι θεωρούνται από τους πλέον αξιόπιστους μάρτυρες (ENA, 2017). Η ύπαρξη όμως ενός εξειδικευμένου νοσηλευτή/τριας φαίνεται να επηρεάζει και έμμεσα τη νομική έκβαση τέτοιων υποθέσεων μέσα από την ενδυνάμωση των επιζώντων οι οποίοι έχοντας λάβει αρχικά θετική απόκριση μέσα από τις υπηρεσίες υγείας είναι πιο πιθανό να καταγγείλουν το γεγονός (Campbell et al, 2011). Τα προγράμματα SANEs λοιπόν, συμβάλλουν, όχι μόνο στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και στη συνολικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Ερευνητικά ερωτήματα - Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να καταδείξει σε τι βαθμό οι νοσηλευτές/τριες στην Ελλάδα μπορούν να παρέχουν στους επιζώντες σεξουαλικής βίας αποτελεσματική και εστιασμένη στις ανάγκες τους νοσηλευτική φροντίδα. Μέσα από αυτό το ερώτημα επιχειρείται να ανοίξει ο διάλογος πάνω στο ζήτημα που πραγματεύεται η εργασία και αφορά την ανάγκη εξειδίκευσης της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως αυτή εκφράζεται σε άλλες χώρες με τον κλάδο των SANEs.

Τα επιμέρους ερωτήματα τα οποία κρίθηκαν σκόπιμο να διερευνηθούν ήταν τα εξής:

- Είναι/ Νιώθουν οι νοσηλευτές/ριες προετοιμασμένοι/ες να αναγνωρίσουν και διαχειριστούν τέτοια περιστατικά;
- Αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική βία ως ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και τη διαχείρισή της ως ένα κομμάτι που τους αφορά ως επαγγελματίες;
- Κατά πόσο έχουν υιοθετήσει προκαταλήψεις σχετικά με τους επιζώντες;
- Από ποιους παράγοντες επηρεάζονται οι αντιλήψεις τους σχετικά με τη σεξουαλική βία;
- Λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση σχετικά με τη σεξουαλική βία και τη διαχείρισή της;
- Οι δομές υγείας παρέχουν εστιασμένες και επαρκή υπηρεσίες στους επιζώντες;

3.2 Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία συγχρονική ποσοτική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2022. Αποφασίστηκε να διενεργηθεί μέσω των social media λόγω του χαμηλού κόστους και του μεγάλου δείγματος το οποίο η ερευνήτρια μπορούσε να προσεγγίσει, αντιλαμβανόμενη την ταχεία εξέλιξη των τεχνολογιών, σε συνδυασμό με τη μείωση των ποσοστών απόκρισης του πληθυσμού σε αντίστοιχες έρευνες (Stern et al., 2017).

Η δειγματοληψία κατ επέκταση ορίζεται ως μη τυχαιοποιημένη δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε αρχικά σε 10 νοσηλεύτριες/τες με σκοπό να ελεγχθεί κατά πόσο οι ερωτήσεις είναι κατανοητές και σωστά διατυπωμένες. Πραγματοποιήθηκαν διορθώσεις όπου κρίθηκε αναγκαίο ενώ οι απαντήσεις αυτές δε συμπεριελήφθησαν στην έρευνα.

Στη συνέχεια αναζητήθηκαν οι σελίδες στο Facebook που αφορούσαν αποκλειστικά νοσηλευτές, συγκέντρωναν τα περισσότερα μέλη και είχαν την πιο ενεργή δραστηριότητα. Εν τέλει, το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στη σελίδα «ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΡΙΩΝ!», η οποία τη στιγμή της δημοσίευσης αριθμούσε περί τα 40000 μέλη καθώς και στις σελίδες «Ειδικεύόμενοι Νοσηλευτές» (1.500 μέλη) και «Νοσηλευτές ΤΕ και ΠΕ» (11.700 μέλη). Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε 2 φορές ώστε να μένει σε υψηλή θέση προβολής σε διάστημα 2 εβδομάδων κατά το οποίο συγκεντρώθηκαν 109 απαντήσεις.

Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS. Δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων για όλες τις ερωτήσεις οι οποίοι παρουσιάζονται στο παρόν είτε στην αρχική τους μορφή είτε μέσω γραφημάτων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε έλεγχος ορισμένων υποθέσεων όπως αυτές προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα. Χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 95% (p -value:0.05). Συγκεκριμένα, για τις διάφορες συσχετίσεις των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος υποθέσεων χ^2 και Risk Ratio.

3.3 Ερευνητικό Εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μέσω Google Forms και περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι τύποι ερωτήσεων σε μια προσπάθεια αφενός να χρησιμοποιηθεί ο πιο κατάλληλος τύπος για την εκάστοτε μεταβλητή και αφετέρου να γίνει όσο το δυνατόν πιο ενδιαφέρον για το συμμετέχοντα. Οι περισσότερες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου ενώ εμπεριέχει και 3 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις αφορούν 4 θεματικές και συγκεκριμένα, τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ερωτήσεις αναφορικά με τη σχετική εργασιακή εμπειρία, τη συναφή εκπαίδευση και τις αντιλήψεις πάνω στο φαινόμενο της σεξουαλικής βίας. Το ερωτηματολόγιο είναι διαθέσιμο στο Παράρτημα.

Αναφορικά με την ορολογία που χρησιμοποιείται, θα παρατηρήσει κανείς ότι τα άτομα που έχουν δεχθεί σεξουαλική βία αναφέρονται ως θύματα τη στιγμή που στο υπόλοιπο πόνημα χρησιμοποιείται ο όρος “επιζών”. Αναγνωρίζοντας ότι στην Ελλάδα ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιείται ακόμα κυρίως μέσα από μια ακαδημαϊκή ή φεμινιστική χρήση της γλώσσας, η λέξη θύμα επιλέγεται συνειδητά μόνο στο ερωτηματολόγιο, προκειμένου να είναι οικεία σε όλους τους επαγγελματίες που συμμετείχαν στην έρευνα.

3.4 Περιορισμοί

Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι η έρευνα διεξήχθη κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID19. Δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε πως αυτή η συνθήκη επηρέασε την απόκριση των

συμμετεχόντων αλλά σίγουρα θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν αφενός η σωματική και ψυχική εξουθένωση των νοσηλευτών κατά τη συγκεκριμένη περίοδο και αφετέρου η μεγάλη πίεση που δέχτηκε το ίδιο το σύστημα υγείας με αποτέλεσμα την πιθανή αδυναμία του να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, η επιλογή των social media ως δεξαμενή για να αντλήσουμε το δείγμα μας - επιλογή που επίσης ελήφθη λόγω των συνθηκών επί πανδημίας - μπορεί να ενέχει περιορισμούς ειδικά όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες που έλαβαν μέρος (Stern et al., 2017). Τέλος, ο σημαντικότερος ίσως περιορισμός αφορά το ερευνητικό εργαλείο, το οποίο αποτελεί δημιούργημα της ερευνήτριας και δεν έχει ελεγχτεί επαρκώς ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του.

Δεδομένης της επιλογής της δειγματοληψίας και του ερευνητικού εργαλείου, η έρευνα πετυχαίνει να δείξει ορισμένες τάσεις και σε καμία περίπτωση δε μπορεί να γενικευτούν τα αποτελέσματά της, τα οποία κρίνονται αποδεκτά με επιφύλαξη (Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Θα αποτελούσε όμως μία καλή βάση για κάποια ενδεχόμενη μεγαλύτερη τυχαιοποιημένη μελέτη που θα μπορούσε με τη σειρά της να εξάγει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα για το σύνολο των νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

4.1 Περιγραφική στατιστική

Περιγραφή του δείγματος

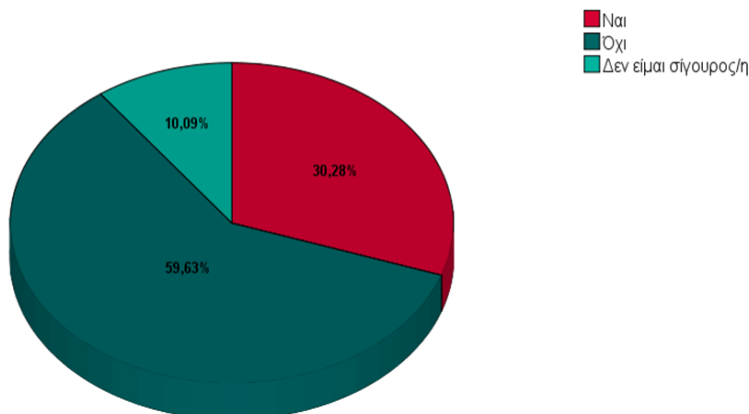
Το 99,8% του δείγματος είναι γυναίκες, το 67,9 % αφορά ηλικίες < 40 έτη ενώ μόνο το 5,5% είναι άνω των 50%. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες έχουν λάβει 3βάθμια εκπαίδευση (42,6%) ή έχουν ολοκληρώσει Μεταπτυχιακές σπουδές (47,2%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (3,7%) κατέχουν διδακτορικό. Όσον αφορά την επαγγελματική εμπειρία, το 50% περίπου των συμμετεχόντων εργάζεται έως και 9 έτη και οι υπόλοιποι περισσότερα από 10 έτη. Αναλυτικά η περιγραφή του δείγματός παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Περιγραφή του δείγματος			
Φύλο	Frequency	Percent	
Αντρας	10	9,2	
Γυναίκα	99	90,8	
Σύνολο	109	100,0	
Ηλικία	Frequency	Percent	
20 – 29	35	32,1	
30 – 39	39	35,8	
40 – 49	29	26,6	
50 – 59	6	5,5	
Σύνολο	109	100,0	
Εκπαίδευση	Frequency	Percent	Valid Percent
ΔΕ	7	6,4	6,5
ΤΕ/ΠΕ	46	42,2	42,6
Μεταπτυχιακό	51	46,8	47,2
Διδακτορικό	4	3,7	3,7
Σύνολο	108	99,1	100,0
Προϋπηρεσία σε έτη	Frequency	Percent	Valid Percent
>2	23	21,1	22,3
2 – 5	15	13,8	14,6
6 – 9	13	11,9	12,6
10 – 15	27	24,8	26,2
<15	25	22,9	24,3
Σύνολο	103	94,5	100,0

Πίνακας 1.

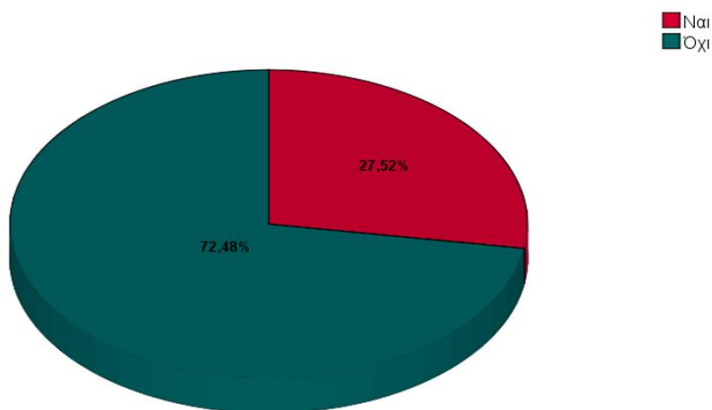
Εργασιακή εμπειρία με περιστατικά σεξουαλικής βίας.

Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας;



Γράφημα 2

Έχετε συμμετάσχει στη διαχείριση κάποιου περιστατικού σεξουαλικής βίας;



Γράφημα 1

επαγγελματίες (56,7). Επιπλέον, το 16,7% ανέλαβε τη διασύνδεση με άλλους φορείς, ένας στους τρεις νοσηλευτές έλαβε το ιστορικό, ενώ το 6,7% του δείγματος έχει συμμετάσχει σε ιατροδικαστική διαδικασία. Παρόλα αυτά μόνο ένα μικρό ποσοστό (16,7%) είχε τελικά ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Καταρχήν, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν είχαν καμία σχετική εμπειρία καθώς μόνο το 30,3% (33 άτομα) έχει έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του πορείας (Γ.1).

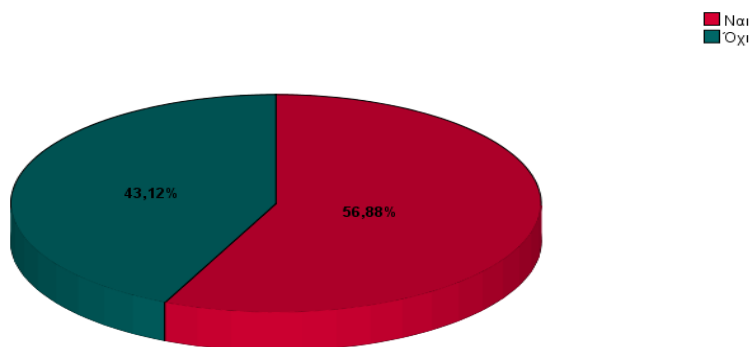
Μεταξύ των νοσηλευτών που είχε αντίστοιχη εμπειρία, η πλειοψηφία 90,9% (30 άτομα) συμμετείχε ενεργά στη διαχείριση του περιστατικού, ανταποκρινόμενο στις διάφορες ανάγκες του επιζώντος (Γ2). Για την ακρίβεια, η πλειοψηφία δεν πραγματοποίησε απλά τη νοσηλεία αλλά παρείχε Α' βοήθειες ψυχικής υγείας (50%) και ήταν σε επικοινωνία με άλλους

Συμμετοχή στη διαχείριση του περιστατικού

	N	Percent of Cases
Νοσηλεία	12	40,0%
Λήψη ιστορικού	10	33,3%
Επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες	17	56,7%
Παροχή Α' βοηθειών ψυχικής υγείας	15	50,0%
Συμμετοχή στην ιατροδικαστική διαδικασία	2	6,7%
Ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	5	16,7%
Διασύνδεση με άλλους φορείς	5	16,7%

Πίνακας 2

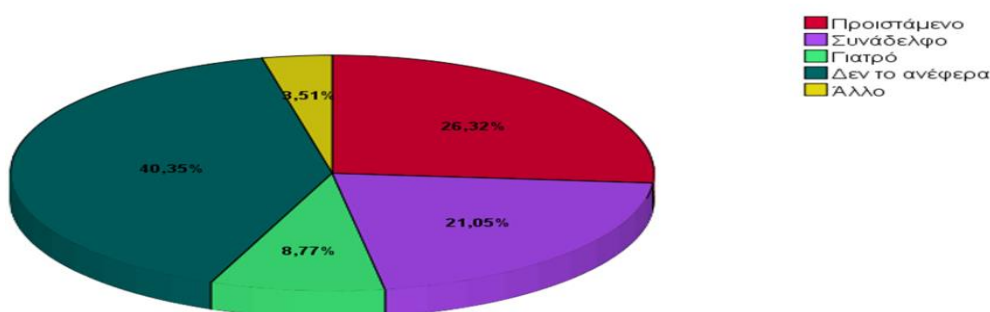
Συχνά τα περιστατικά σεξουαλικής βίας δεν είναι εμφανή και τα θύματα δυσκολεύονται να μιλήσουν. Εσείς έχετε διαχειριστεί ποτέ κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία;



Γράφημα 3

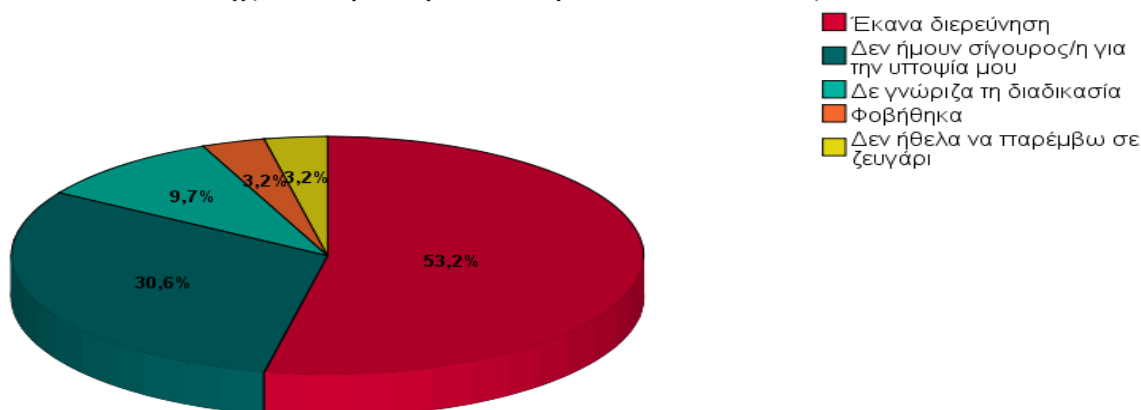
(34 από τους 57 έδωσαν απάντηση) ανέφερε σε κάποιον την υποψία του (Γ4, Γ5). Οι βασικός λόγος, μεταξύ άλλων, για τη μη διερεύνηση φαίνεται να ήταν η ανασφάλεια αναφορικά με την ευστάθεια της υπόθεσής τους (30,6%, 19 στους 62), ενώ για ένα 9,7% (6 στους 62) η άγνοια επί της διαδικασίας ήταν αυτή που συνέβαλλε στη μη διερεύνηση. Ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων (2%) απάντησε ότι φοβήθηκε ή ότι δεν ήθελε να παρέμβει ανάμεσα στο ζευγάρι (2%) ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έκρινε ότι ο φόρτος εργασίας έπαιξε κάποιο ρόλο στη μη διερεύνηση του περιστατικού. (Γ5).

Αναφέρατε την υποψία σας σε κάποιον;



Γράφημα 4

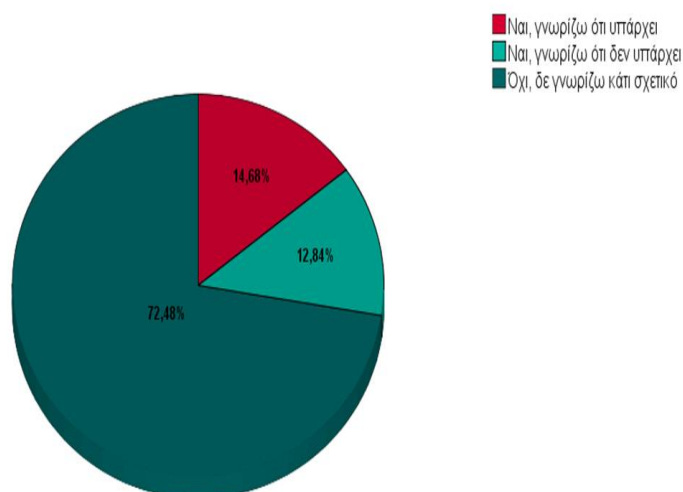
Εάν υπήρξε κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία, προσπαθήσατε να το διερευνήσετε περαιτέρω;
Εάν όχι, ποιοι ήταν οι βασικοί λόγοι που δεν το κάνατε;



Γράφημα 5

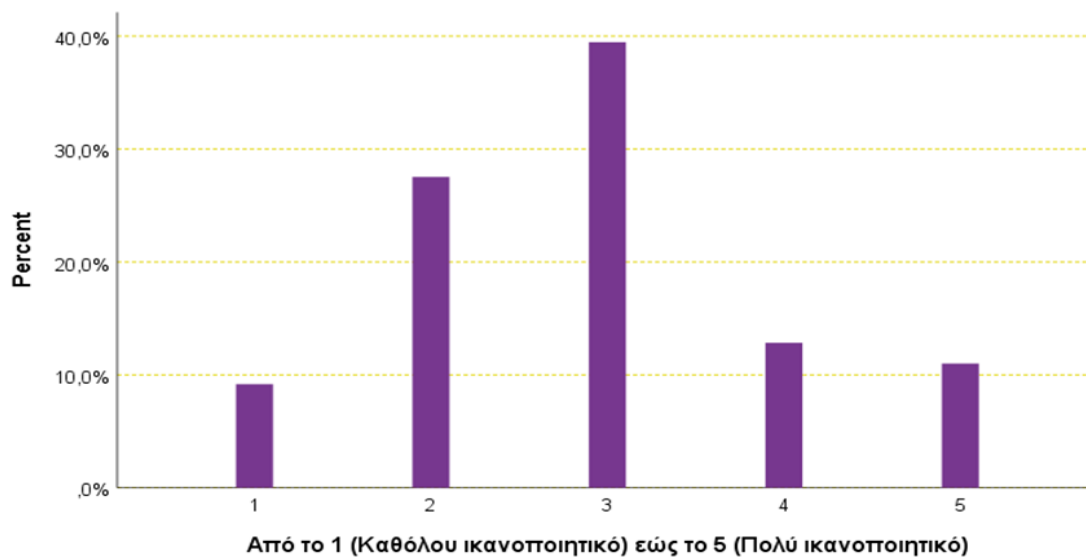
Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν σχετικά με την ύπαρξη πρωτοκόλλου για τη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας στο χώρο εργασίας τους. Από το σύνολο των ερωτηθέντων, μόνο το 14,6% (16 άτομα) δήλωσε ότι γνωρίζει για την ύπαρξη σχετικού πρωτοκόλλου ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν είτε απουσία πρωτοκόλλου είτε άγνοια επί του ζητήματος (Γ6). Τέλος, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κρίνουν μέσω μίας κλίμακας likert τη νοσηλευτική φροντίδα που θα λάμβανε ένας επιζών σεξουαλικής βίας στην υπηρεσία που εργάζονται. Το 76% δήλωσε ότι οι επιζώντες θα λάβουν μέτρια ως ανεπαρκή φροντίδα (Γ7).

Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;



Γράφημα 6

Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι ένα άτομο που έχει δεχθεί σεξουαλική βία θα λάβει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην υπηρεσία που εργάζεστε;



Γράφημα 7

Εκπαίδευση σχετική με τα περιστατικά σεξουαλικής βίας.

Από το δείγμα μας, το 73,4% δεν έχει λάβει καμία εκπαίδευση σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας (Π.3). Ταυτόχρονα, το μεγαλύτερο ποσοστό όσων έχουν κάποια γνώση για το φαινόμενο, την έχει λάβει είτε κατά τη διάρκεια των σπουδών,

είτε μέσω σεμιναρίων. Μόνο το 3,7 του συνόλου των ερωτώμενων έχει ενημερωθεί για τη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας στο χώρο εργασίας του (Π.4).

Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας;

	Frequency	Percent	Valid Percent
Ναι	29	26,6	26,6
Όχι	80	73,4	73,4
Σύνολο	109	100,0	100,0

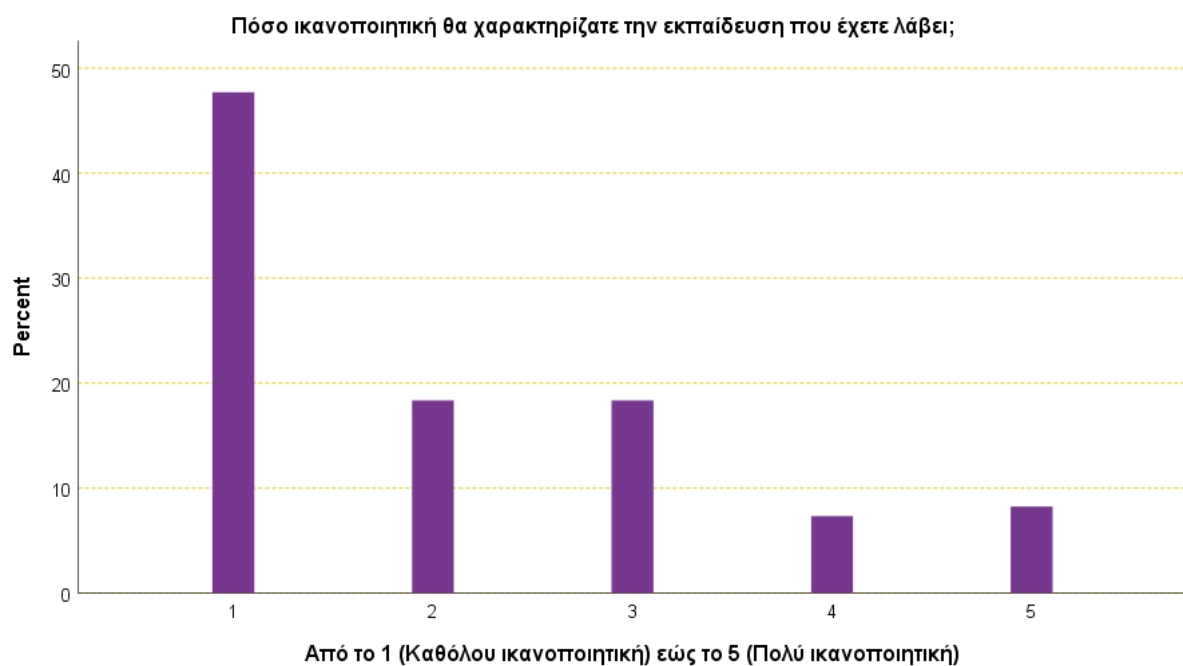
Πίνακας 3

Εάν ναι, τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;

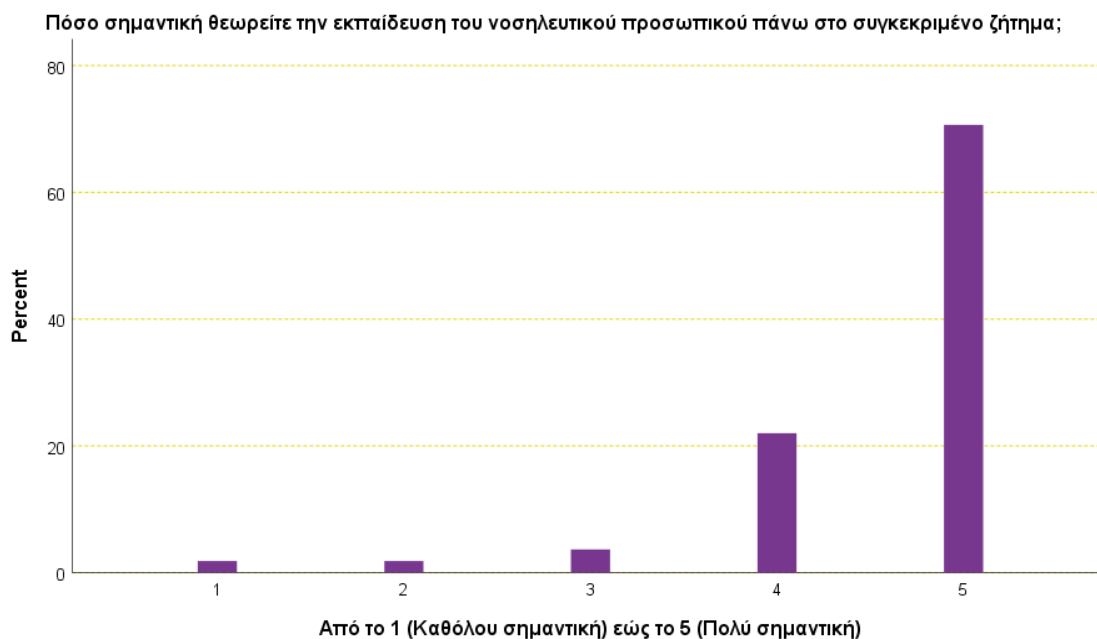
	Count	Column Total N%
Κατά τη διάρκεια των σπουδών	14	12,8%
Στο χώρο εργασίας	4	3,7%
Επιμορφωτικά σεμινάρια/ συνέδρια	19	17,4%

Πίνακας 4

Μόνο το 15.6% θεωρεί την εκπαίδευση που έχει λάβει αρκετά ή πολύ ικανοποιητική, τη στιγμή που το 92,6% τη θεωρεί σημαντική και πολύ σημαντική (Γ.8, Γ.9).



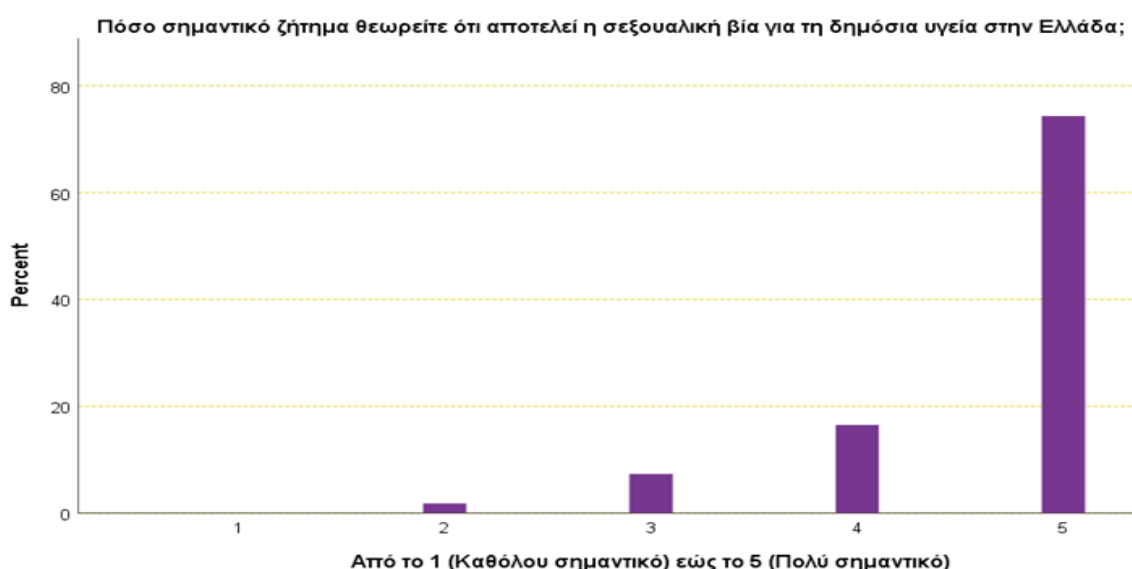
Γράφημα 8



Γράφημα 9

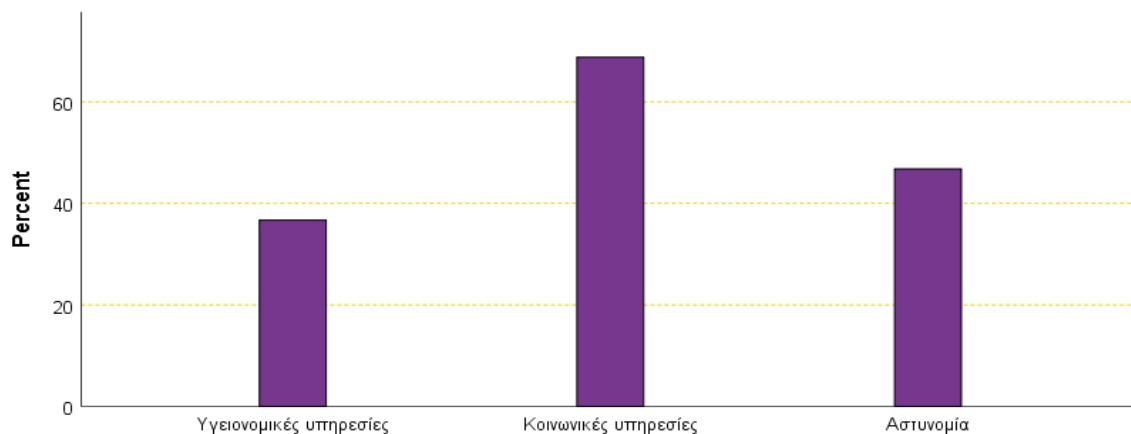
Αντιλήψεις.

Παρότι το 90.8% αντιλαμβάνεται τη σεξουαλική βία ως ένα αρκετά έως πολύ σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας (Γ.10), οι υγειονομικές υπηρεσίες έρχονται τελευταίες (37%) όταν οι συμμετέχοντες ρωτώνται για το ποια/ποιες είναι οι κατάλληλες υπηρεσίες για την πρωταρχική επαφή με τους επιζώντες. Ως πλέον αρμόδιες κρίθηκαν οι κοινωνικές υπηρεσίες (68,8%) ενώ ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί την αστυνομία ως την πλέον κατάλληλη υπηρεσία για την πρώτη επαφή (Γ.11).



Γράφημα 10

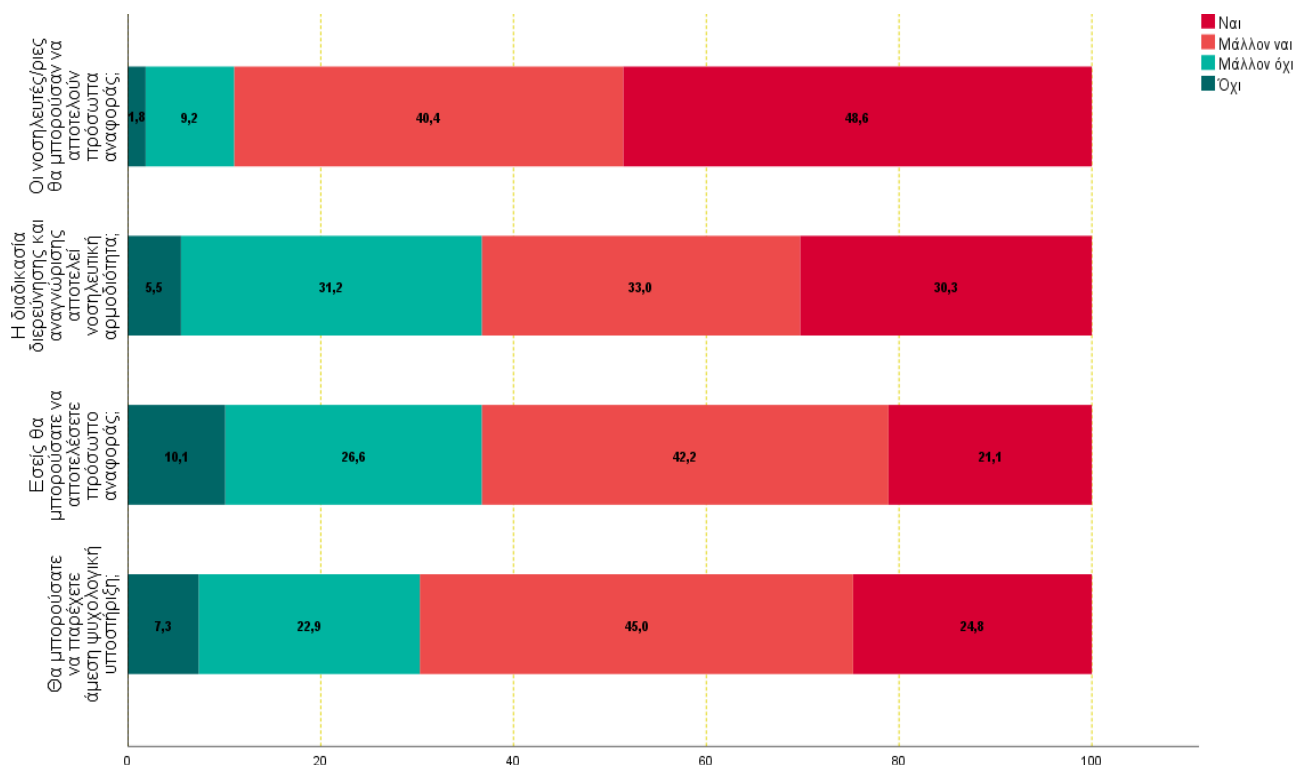
Ποια θεωρείτε ως την πλέον αρμόδια υπηρεσία για την πρώτη επαφή με ένα περιστατικό σεξουαλικής βίας;



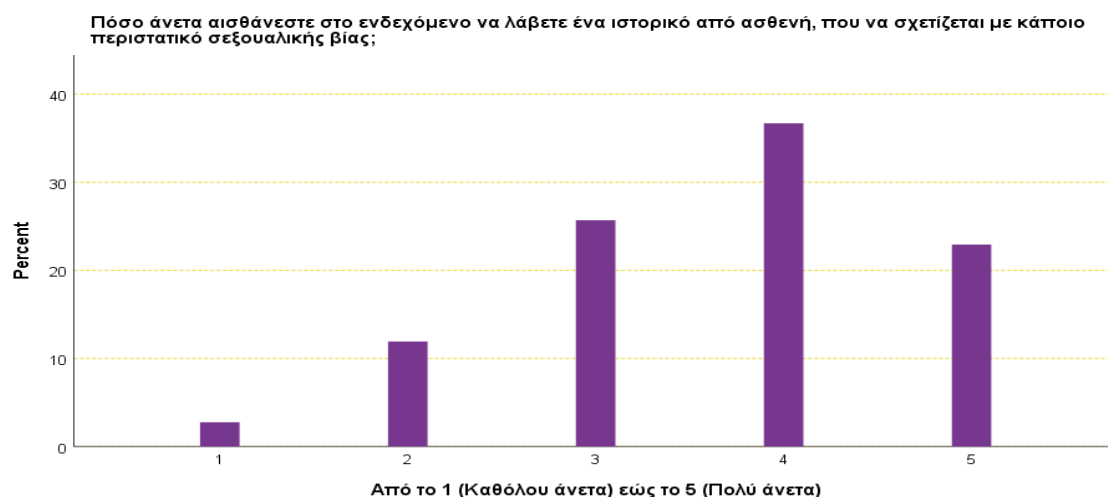
* Τα άτομα, έπειτα από διευκρίνιση, μπορούσαν να συμπληρώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις εάν τις θεωρούσαν εξίσου σημαντικές

Γράφημα 11

Την ίδια στιγμή, η πλειοψηφία πιστεύει ότι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να αποτελούν πρόσωπα αναφοράς στη διαχείριση αυτών των περιστατικών, χωρίς να εμφανίζεται σίγουρη εάν η αναγνώριση και η διερεύνηση αποτελεί νοσηλευτική αρμοδιότητα. Κατά την εκτίμηση προσωπικών δεξιοτήτων, οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι μάλλον θα μπορούσαν να παρέχουν Α' βοήθειες ψυχολογικής υποστήριξης αλλά και να αποτελέσουν πρόσωπο αναφοράς στη διαχείριση αυτών των περιστατικών(Γ.12). Αντίστοιχα, το 59,6 % νιώθει αρκετά έως πολύ άνετα να λάβει ιστορικό ασθενούς που να σχετίζεται με περιστατικό σεξουαλικής βίας (Γ.13).



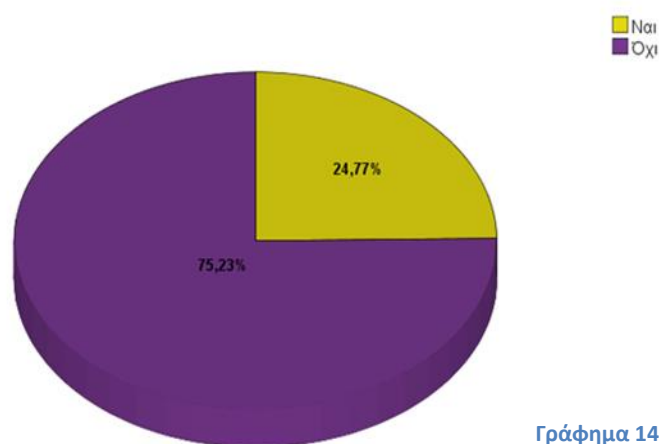
Γράφημα 12: Αντιλήψεις σχετικά με τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες σχετικά με περιστατικά σεξουαλικής βίας και εκτίμηση προσωπικών δεξιοτήτων.



Γράφημα 13

Οι συμμετέχοντες στη συνέχεια ρωτήθηκαν για πέντε συγκεκριμένες συνθήκες που με βάση τη βιβλιογραφία, τα άτομα μπορεί να κατηγορηθούν ως υπεύθυνα για τη σεξουαλική βία που υπέστησαν και είναι οι εξής: Εμφάνιση, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, εργασία στο χώρο του σεξ, σεξουαλικός προσανατολισμός ή ταυτότητα φύλου και ύπαρξη σχέσης με το θύτη. Οι απαντήσεις ανά κατηγορία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5. Ας αναφερθεί εδώ ότι 1 στους πέντε νοσηλευτές θεωρεί ότι το άτομο θα μπορούσε να φέρει κάποια ευθύνη τουλάχιστον για έναν από τους παραπάνω λόγους (Γ.14).

Μπορεί κάποιος/α να φέρει ευθύνη για τη σεξουαλική βία που έχει δεχτεί;



Γράφημα 14

Εάν ναι, μπορεί να φέρει ευθύνη λόγω:

	N	Percent	Percent of Cases
Ενδυμασίας/ Εμφάνισης	10	18,5%	37,0%
Κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών	16	29,6%	59,3%
Εργασίας στο χώρο του σεξ	7	13,0%	25,9%
Σεξουαλικού προσανατολισμού ή ταυτότητας φύλου	7	13,0%	25,9%
Ύπαρξης σχέσης με το θύτη	14	25,9%	51,9%
Σύνολο	54	100,0%	200,0%

* Κάθε άτομο μπορούσε να δώσει περισσότερες από 1 απαντήσεις.

Πίνακας 5

Την ίδια στιγμή, το 67 % (Π.7) θα ένιωθε ένα αρνητικό συναίσθημα για τουλάχιστον μία από τις παραπάνω περιγραφές, ιδιαίτερα εάν το άτομο είχε καταναλώσει αλκοόλ, εργαζόταν στο χώρο του σεξ ή είχε κάποια σχέση με το θύτη. Τα συναισθήματα για τα οποία έχουν ερωτηθεί τα άτομα είναι ο θυμός, ο οίκτος, η δυσπιστία και η αμηχανία και οι απαντήσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 6.

Πώς θα νιώθατε για ένα άτομο που πιθανώς έχει δεχτεί σεξουαλική βία και θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται στις παρακάτω περιγραφές;

	Δυσπιστία	Θυμό	Αμηχανία	Οίκτο	Τίποτα από τα παραπάνω
Ιδιαίτερη/Προκλητική ενδυμασία	11,0%	17,4%	9,2%	4,6%	57,8%
Μη ετεροφυλικός σεξ. προσανατολισμός/ Διεμφυλικότητα	8,3%	15,6%	7,3%	10,1%	58,7%
Σχέση με το θύτη	11,9%	25,7%	5,5%	8,3%	48,6%
Εργασία στο χώρο του σεξ	9,2%	16,5%	7,3%	19,3%	47,7%
Κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών	9,2%	25,7%	6,4%	20,2%	38,5%

Πίνακας 6

Παρουσία αρνητικού/ων συναισθημάτων τουλάχιστον για μια από τις παραπάνω περιπτώσεις

	Frequency	Percent	Valid Percent
Ναι	73	67,0	67,0
Όχι	36	33,0	33,0

Πίνακας 7

4.2 Έλεγχος υποθέσεων

Στο πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων, ερευνήθηκε η επίδραση των διαφόρων παραγόντων στις γνώσεις, τις αντιλήψεις και την απόκριση των νοσηλευτών σε περιστατικά σεξουαλικής βίας. Αρχικά πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος ως προς την ηλικία, την εκπαίδευση και την εργασιακή εμπειρία, ενώ το φύλο εξαιρέθηκε καθώς το δείγμα των αντρών συμμετεχόντων ήταν πολύ μικρό. Στη συνέχεια εξετάστηκε εάν οι αντιλήψεις επηρεάζουν την απόκριση αλλά και η ίδια η εμπειρία τις αντιλήψεις. Τέλος, αξιολογήθηκε κατά πόσο η παρουσία πρωτοκόλλων συμβάλει στην απόκριση των νοσηλευτών. Παρακάτω παρατίθενται όλες εκείνες οι συσχετίσεις που κρίθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Ένα καίριο ζήτημα που εντοπίζεται στην έρευνα αφορά τη συσχέτιση ανάμεσα στη συναφή εκπαίδευση και την επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας. Συγκεκριμένα το ποσοστό των νοσηλευτών που έχει λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση και δηλώνει ότι έχει έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας (58.6%) είναι στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο από το

αντίστοιχο ποσοστό αυτών που δεν έχουν λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση (20.0%), $\chi^2(1,109)=15.039$, $p=0,000$.

Η σχετική πιθανότητα ένας νοσηλευτής που έχει λάβει κάποια συναφή εκπαίδευση να αναγνωρίσει στην πορεία κάποιο περιστατικό είναι 5.6 φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη πιθανότητα κάποιου νοσηλευτή που δεν έχει λάβει. Η διαπίστωση αυτή έχει αξία γιατί μας επιβεβαιώνει ότι η σεξουαλική βία αποτελεί ένα φαινόμενο που χρειάζεται εξειδικευμένη γνώση όχι μόνο για την αντιμετώπιση της αλλά και για την αρχική αναγνώριση (Π8^{α,β}).

Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας;

		Ναι	Όχι	Σύνολο
Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας;	Ναι	17 (58,6%)	12 (41,4%)	29 (100,0%)
	Όχι	16 (20,0%)	64 (80,0%)	80 (100,0%)
	Σύνολο	33 (30,3%)	76 (69,7%)	109 (100,0%)

Πίνακας 8^α

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for receiving education regarding SV (yes / no)	5,667	2,259	14,218
For cohort Have you ever confront an SV case = YES	2,931	1,718	5,002
For cohort Have you ever confront an SV case = NO	,517	,331	,809
N of Valid Cases	109		

Πίνακας 8^β

Η λήψη συναφούς εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία των νοσηλευτών. Σε αυτούς που δηλώνουν ότι έχουν λάβει σχετική εκπαίδευση το ποσοστό των νοσηλευτών ηλικίας έως 29 ετών (55.2%) είναι σημαντικά μεγαλύτερο από τα αντίστοιχα ποσοστά των ηλικιών 30-39 και 40 και άνω (24.1% και 20.7%, αντίστοιχα), $\chi^2(2,109)=9.647$, $p=0,008$. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές έως 29 ετών αποτελούν το 45,7% των ατόμων που έχουν λάβει εκπαίδευση, ενώ κανένας άνω των 50 ετών δεν έχει εκπαιδευτεί σχετικά (τα άτομα αυτά εντάχθηκαν στην ηλικιακή ομάδα 40 ετών και άνω) (Π9). Κάτι τέτοιο φαίνεται να αποτελεί ένα παράδοξο καθώς υποθέτει κανείς ότι όσο μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία έχει κάποιος, τόσες περισσότερες ευκαιρίες για μετεκπαίδευση. Χωρίς να συμπεραίνεται από την παρούσα έρευνα κρίνεται πιθανό το φαινόμενο της σεξουαλικής βίας να συμπεριλαμβάνεται πλέον σε περισσότερα προγράμματα σπουδών (σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο).

		Ηλικία			Σύνολο
		20-29	30-39	40 και άνω	
Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας;	Ναι	16 (55.2%) _a	7 (24.1%) _b	6 (20.7%) _b	29 (100%)
	Όχι	19 (23.8%) _a	32 (40%) _b	29 (36,3%) _b	80 (100%)
	Σύνολο	35 (32.1%)	39 (35.8%)	35 (32.1%)	109 (100%)

Πίνακας 9

Ένας επιπλέον παράγοντας που φαίνεται ότι επιδρά στην αναγνώριση των περιστατικών είναι η ύπαρξη κάποιου πρωτοκόλλου διαχείρισης. Το ποσοστό των νοσηλευτών που γνωρίζει ότι υπάρχει πρωτόκολλο στην υπηρεσία του και δηλώνει ότι έχει έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας (62,5%) είναι στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που δεν έχουν λάβει κάποια σχετική ενημέρωση (24.7%), $\chi^2(1,109)=9.225$, $p=0,006$.

Η σχετική πιθανότητα ένας νοσηλευτής που του έχει κοινοποιηθεί σχετικό πρωτόκολλο να έχει έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό είναι 5,07 φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη πιθανότητα κάποιου νοσηλευτή που δεν έχει ενημερωθεί σχετικά (Π10^{α,β}).

		Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;	Ναι, υπάρχει	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16 (100%)
	Δεν υπάρχει/ Δε γνωρίζω κάτι σχετικό	23 (24,7%)	70 (75,3%)	93 (100%)
	Σύνολο	33 (30,3%)	76 (69,7%)	109 (100%)

Πίνακας 10^α

	Risk Estimate		
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Protocol Y/N (Ναι, υπάρχει / Δεν υπάρχει/ Δε γνωρίζω)	5,072	1,661	15,490
For cohort Have you ever confront an SV case = YES	2,527	1,503	4,248
For cohort Have you ever confront an SV case = NO	,498	,262	,948
N of Valid Cases	109		

Πίνακας 10^β

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η διαφορά στην αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με την ύπαρξη σχετικού πρωτοκόλλου. Συγκεκριμένα, το 62,5% των νοσηλευτών των οποίων η υπηρεσία διαθέτει σχετικό πρωτόκολλο κρίνει την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ως αρκετά ή πλήρως ικανοποιητική, ποσοστό που διαφέρει σημαντικά από το 17,2% όταν δεν υπάρχει

πρωτόκολλο ή ο νοσηλευτής δε γνωρίζει κάτι σχετικό, $\chi^2(2,109)=15.425$, $p=0,000$ (Π11). Δεν εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στα ποσοστά των νοσηλευτών που κρίνουν την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ως λίγο ή καθόλου ικανοποιητική και ως ουδέτερη τόσο σε αυτούς που γνωρίζουν την ύπαρξη σχετικού πρωτοκόλλου όσο και στους υπόλοιπους.

Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι ένα άτομο που έχει δεχθεί σεξουαλική βία θα λάβει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην υπηρεσία που εργάζεστε;

		Λίγο ή καθόλου ικανοποιητική	Ουδέτερη	Αρκετά ή πολύ ικανοποιητική	Σύνολο
Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;	Ναι, γνωρίζω ότι υπάρχει	3 (18,8%)	3 (18,8%)	10 (62,5%)	16 (100,0%)
	Δεν υπάρχει/ Δε γνωρίζω κάτι σχετικό	37 (39,8%)	40 (43,0%)	16 (17,2%)	93 (100,0%)
	Σύνολο	40 (36,7%)	43 (39,4%)	26 (23,9%)	109 (100,0%)

Πίνακας 11

Τέλος, η παρουσία αρνητικών συναισθημάτων σχετίζεται άμεσα με τις αντιλήψεις των ερωτώμενων για τυχόν ευθύνη του επιζώντος, γεγονός που απεικονίζεται στον πίνακα 12 ($\chi^2=7,794$, $df=1$, $p=0,04<0,05$). Παρόλα αυτά δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των αναφερόμενων αντιλήψεων και των αρνητικών συναισθημάτων με την ηλικία, την εμπειρία, το βαθμό εκπαίδευσης αλλά ούτε και την λήψη στοχευμένης εκπαίδευσης.

Παρουσία αρνητικού/ων συναισθημάτων τουλάχιστον για μια από τις αναφερόμενες περιπτώσεις

		Ναι	Όχι	Σύνολο
Ένα άτομο μπορεί να φέρει κάποια ευθύνη για τη σεξουαλική βία που έχει δεχτεί;	Ναι	24 (88,9%)	3 (11,1%)	27 (100,0%)
	Όχι	49 (59,8%)	33 (40,2%)	82 (100,0%)
	Σύνολο	73 (67,0%)	36 (33,0%)	100,0%

Πίνακας 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και η σύγκρισή τους με αντίστοιχες έρευνες σε παρεμφερή πεδία, όπως αυτό της έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας αναδεικνύουν καταρχάς τη σχέση της αναγνώρισης των περιστατικών με τη λήψη συναφούς εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, αντιπαραθέτοντας τα δεδομένα του παρόντος με εκείνα της έρευνας του Di Giacomo (2017) παρατηρούμε τα εξής: Στην έρευνα του Di Giacomo το 43,1% των συμμετεχόντων είχε λάβει συναφή εκπαίδευση ενώ το ποσοστό που δηλώνει ότι έχει έρθει σε επαφή με γυναίκες επιζώντες σεξουαλικής ή οικογενειακής βίας²³ ανερχόταν στο 88, 3%. Αντιθέτως, στην παρούσα έρευνα που η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν έχει έρθει ποτέ σε επαφή με κάποιο περιστατικό, συναφή εκπαίδευση έχει λάβει μόνο το 26,6%. Σε έρευνα των Gudmanis et al. (2007) που το δείγμα αποτελούσαν επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, το 31,2% των νοσηλευτών δεν είχε αντιμετωπίσει κάποιο περιστατικό έμφυλης βίας. Το ποσοστό αυτό είναι αφενός μικρότερο από αυτό των δικών μας δεδομένων, αλλά πολύ μεγαλύτερο από αυτό των γιατρών (7,9%) με τους οποίους βρίσκονταν στο ίδιο σύστημα υγείας. Σε αυτή την έρευνα η έλλειψη στοχευμένης εκπαίδευσης αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας περιορισμένης εμπλοκής των νοσηλευτών²⁴.

Η εκπαίδευση συμπερασματικά αναδεικνύεται ως καίριας σημασίας για την αναγνώριση των περιστατικών σεξουαλικής βίας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση προκύπτει ως ανάγκη των συμμετεχόντων σε όλες τις προαναφερθείσες έρευνες, συμπεριλαμβανομένης της παρούσης. Επιπλέον, η στοχευμένη εκπαίδευση φαίνεται να έχει επιπρόσθετα οφέλη για τους επιζώντες και τους επαγγελματίες σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Gudmanis et al. (2007). Συγκεκριμένα φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη αίσθηση ετοιμότητας και αυτοπεποίθησης, μεγαλύτερη άνεση των επαγγελματιών να λάβουν το ιστορικό και να συζητήσουν σχετικά με την κακοποίηση καθώς και μεγαλύτερο αίσθημα ελέγχου και επαγγελματικής αυτονομίας.

Το δεύτερο εμπόδιο που αναδεικνύεται όσον αφορά την αναγνώριση των επιζώντων σεξουαλικής βίας άλλα και τη μετέπειτα παροχή ικανοποιητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι η

²³ Οι έρευνες συνδέονται στο βαθμό που τόσο η σεξουαλική κακοποίηση όσο και η κακοποίηση από το σύντροφο συχνά αποκρύπτονται και με βάση τη βιβλιογραφία απαιτούν ίδιες δεξιότητες ως προς την αναγνώρισή τους.

²⁴ Τα αποτελέσματα των Gudmanis et al. (2007) διαφοροποιούνται στο σημείο που κρίνουν εξίσου σημαντική την εργασιακή εμπειρία καθώς στο παρόν πόνημα τα έτη προϋπηρεσίας δε φαίνεται να σχετίζονται με αποτελεσματικότερη απόκριση.

απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης. Είναι καλά εδραιωμένο από τη βιβλιογραφία ότι ένα πετυχημένο μοντέλο παρέμβασης, εκτός από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, πρέπει να περιλαμβάνει κλινική έρευνα, κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, πρωτόκολλα παραπομπών, συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και συστήματα συλλογής δεδομένων (Garcia-Moreno et al, 2015) (Hegathy et al., 2016). Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων κάτι τέτοιο δε φαίνεται να συμβαίνει στο ελληνικό σύστημα υγείας αναφορικά με τους επιζώντες σεξουαλικής βίας, καθώς η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει άγνοια ως προς την ύπαρξη σχετικών πρωτοκόλλων. Αντιπαραθέτοντας τα αποτελέσματα με τα δεδομένα της έρευνας του Di Giacomo (2017) παρατηρούμε ότι το δείγμα του ήταν 2.6 φορές πιο πιθανό να έχει επαφή με κάποια επιζήσασα έμφυλης βίας ενώ το ποσοστό που είχε λάβει κατευθυντήριες οδηγίες (88.2%) είναι 6πλάσιο. Η απουσία πρωτοκόλλων παρόλα αυτά δεν αποτελεί ελληνικό φαινόμενο καθώς έχει αναφερθεί και σε άλλες έρευνες όπου οι συμμετέχοντες και οι υπηρεσίες δεν ειδικεύονται σε ζητήματα σεξουαλικής ή/και έμφυλης βίας²⁵.

Συνεχίζοντας, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές δε θεωρούν τις υπηρεσίες υγείας ως κατάλληλες για την πρώτη επαφή με τους επιζώντες, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα του Di Giacomo et al. (2017) όπου αναφέρει πως το 50,9% των συμμετεχόντων θα πρότεινε σε μια κακοποιημένη γυναίκα να επισκεφθείτε το τμήμα επειγόντων περιστατικών και στη συνέχεια να υποβάλει καταγγελία. Στην παρούσα έρευνα, οι νοσηλευτές κρίνουν τις κοινωνικές υπηρεσίες ως τις πλέον κατάλληλες ενώ ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι οι αστυνομικές αρχές θα έπρεπε να είναι αρμόδιες για την αρχική επαφή με τους επιζώντες. Η πεποίθηση αυτή έρχεται εμφανώς σε αντίθεση με τις αντιλήψεις των SANEs όπως αυτές προκύπτουν σε σχετική έρευνα της Maier (2012), όπου το 54% θεωρεί την αστυνομία ως πηγή εκ νέου θυματοποίησης. Ας σημειωθεί εδώ ότι πιθανώς η εμπειρία της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας να είναι ο λόγος που αν και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας έκρινε τη σεξουαλική βία ως ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, θεωρεί τις αστυνομικές αρχές και τις κοινωνικές υπηρεσίες ως καταλληλότερες να παρέμβουν στο αρχικό στάδιο.

Κατά την αυτοαξιολόγηση των ικανοτήτων τους οι περισσότεροι συμμετέχοντες έκριναν ως επαρκή την ενδεχόμενη απόκρισή τους καθώς θεωρούν ότι θα μπορούσαν να αποτελούν πρόσωπα

²⁵ Συγκεκριμένα, σε έρευνα της Jancey et al. (2011) όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες (92,5%) δήλωσαν άγνοια του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των περιστατικών (Janceya et al., 2011). Επιπλέον στην έρευνα των Chandramani et al (2020) μόνο το 33% των ερωτώμενων δήλωσε ότι είναι ενήμερο (πλήρως ή μερικώς) για τα πρωτόκολλα των νοσοκομείων τους αναφορικά με τη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας.

αναφοράς και ότι μάλλον θα μπορούσαν να παρέχουν Α' βοήθειες ψυχολογικής υποστήριξης ενώ η πλειοψηφία θα ένιωθε αρκετά άνετα κατά τη λήψη ιστορικού που σχετίζεται με σεξουαλική βία. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν είναι σίγουροι κατά πόσο η διερεύνηση του περιστατικού αποτελεί νοσηλευτική αρμοδιότητα. Αυτή η αμφιβολία έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας των Paulin Baraldi et al. (2013) όπου αναδεικνύει την τάση των επαγγελματιών υγείας να εστιάζουν στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και να νιώθουν ότι παρεμβάσεις που δε άπτονται της κλινικής διαχείρισης είναι πέρα από τις αρμοδιότητές τους.

Επιπλέον, χαρακτηριστική είναι η απουσία ενεργούς συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων, η οποία όμως θα πρέπει να κριθεί μέσα στο ελληνικό συμφραζόμενο καθώς υπερβαίνει τη διαχείριση των περιστατικών σεξουαλική βίας. Η σχετική βιβλιογραφία έχει επισημάνει αφενός την απουσία καθηκοντολογίου και τη σύγχυση που δημιουργείται αναφορικά με τις αρμοδιότητες και την αυτονομία των νοσηλευτών και αφετέρου τα εμπόδια που αυτοί συναντάνε για ισότιμη συμμετοχή στη θεραπευτική ομάδα ²⁶.

Όσον αφορά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη σεξουαλική βία, προκαταλήψεις που ενισχύουν το στιγματισμό ως προς τους επιζώντες φαίνεται να είναι υπαρκτές χωρίς παρόλα αυτά να είναι κυρίαρχες. Συγκεκριμένα, ένας στους 5 νοσηλευτές θα κατηγορούσε τον επιζώντα τουλάχιστον για ένα από τα παρακάτω: προκλητικό ντύσιμο, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, ύπαρξη σχέσης με το θύτη ή λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού και διεμφυλικότητας. Όπως προκύπτει από τη μελέτη, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, η σχετική εμπειρία αλλά και η λήψη συναφούς εκπαίδευσης φαίνεται να μην επηρεάζουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών. Το σημαντικό αυτό εύρημα στην πραγματικότητα δεν αποτελεί παράδοξο αν αναλογιστούμε ότι αυτές ενδέχεται να είναι βαθιά ριζωμένες στα άτομα καθώς παραμένουν ζωντανές μέσα στην κοινωνία, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία και με αρκετές άλλες μελέτες, μεταξύ των οποίων αυτές των Paulin Baraldi et al. (2013) και Di Giacomo et al. (2017) που αναδεικνύουν τη συχνότητα της στερεοτυπικής αναπαράστασης του επιζώντος ως εν μέρει υπεύθυνου προσώπου για την κατάσταση του.

5.2 Συμπεράσματα

Το σύνολο της βιβλιογραφίας επισημαίνει ότι η σεξουαλική βία αποτελεί ένα φαινόμενο στο οποίο η έγκαιρη και ευαισθητοποιημένη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αναστρέψει τις καταστροφικές του συνέπειες. Όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα η

²⁶ Ενδεικτικά: Matziou et al. (2014), Lymberakaki et al. (2021).

πλειοψηφία των νοσηλευτών φαίνεται να μην κατέχει τα απαραίτητα εργαλεία για την αναγνώριση και τη διαχείριση των περιστατικών. Μεταξύ άλλων αναδεικνύονται δύο στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τη μειωμένη απόκριση των νοσηλευτών· η έλλειψη στοχευμένης εκπαίδευσης και η απουσία πρωτοκόλλων στην πλειοψηφία των υπηρεσιών υγείας.

Συνεχίζοντας, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική βία ως ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι δεν αναγνωρίζουν τις υπηρεσίες υγείας ως αρμόδιες για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών και τις κρίνουν ως ανεπαρκείς. Επιπρόσθετα, αν και οι περισσότεροι θεωρούν ότι θα μπορούσαν να αποτελούν πρόσωπα αναφοράς μάλλον δεν θεωρούν την αναγνώριση των περιστατικών δική τους αρμοδιότητα.

Ένα σημαντικό κομμάτι των συμμετεχόντων φάνηκε να έχει προκαταλήψεις που μετακυλούν την ευθύνη στον/στην επιζών/ήσασα σε ορισμένες περιπτώσεις. Οι προκαταλήψεις αυτές δε φάνηκε να σχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά ούτε με την επαγγελματική εμπειρία και την εκπαίδευση ενώ το ποσοστό που προέκυψε είναι κοντά στα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών εκτός Ελλάδος.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι πιθανώς η νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν οι επιζώντες σεξουαλικής βίας στην Ελλάδα δεν είναι ικανοποιητική. Η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση και δημιουργία πρωτοκόλλων στις υπηρεσίες υγείας αλλά και για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου πλαισίου εξειδίκευσης είναι υπαρκτή και αναδεικνύεται τόσο από την βιβλιογραφία όσο και από τα εμπειρικά δεδομένα που παρουσιάζονται εδώ, τα οποία αποκαλύπτουν τις ανεπάρκειες των υπηρεσιών στο ελληνικό συμφραζόμενο.

5.3 Προτάσεις

❖ Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση του προσωπικού με σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου αλλά και της παροχής των κατάλληλων εργαλείων για την αναγνώριση και τη παροχή φροντίδας στους επιζώντες αποτελεί μια από τις καίριες απαντήσεις στο πρόβλημα της ανεπαρκούς φροντίδας στους επιζώντες σεξουαλικής βίας (WHO, 2003). Η έλλειψη συναφούς εκπαίδευσης τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών όσο και στη μετέπειτα επαγγελματική του πορεία δυσχεραίνει ιδιαίτερα το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού. Η έκταση και οι μορφές του φαινομένου απαιτούν εγρήγορση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε οι νοσηλευτές/τριες να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις της σεξουαλικής βίας και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά το εκάστοτε περιστατικό. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να εκπαιδευτούν στη διαχείριση των περιστατικών, με τρόπο που δεν περιορίζεται απλώς στη στείρα κλινική γνώση αλλά που στοχεύει σε μια εις βάθος

εξέταση όλων των διαστάσεων της σεξουαλικής βίας, αμφισβητεί τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις και συμβάλλει στην περαιτέρω κατανόηση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών. Η εκπαίδευση χρειάζεται να είναι διεπιστημονική και πρέπει να αφορά όλες τις διαστάσεις του φαινομένου.

❖ Δημιουργία πρωτοκόλλων και εργαλείων διαχείρισης

Ακόμα και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό πιθανώς να αντιμετωπίσει εμπόδια στην αποτελεσματική παρέμβαση εάν δεν του δοθεί υποστήριξη και κατάλληλα εργαλεία. Οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να παρέχουν πρωτόκολλα αντιμετώπισης και διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες με σκοπό να προσφέρουν στους επιζώντες στοχευμένη φροντίδα, που να καλύπτει όλες τις ανάγκες τους. Πολύ σημαντικό εργαλείο αποτελούν οι αλγόριθμοι που σχετίζονται τόσο με την αναγνώριση όσο και με την περαιτέρω διαχείριση των περιστατικών. Η χρήση αλγορίθμων έχει το πλεονέκτημα ότι καθότι απλοί στη χρήση τους μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά ακόμα και από μη εξειδικευμένο προσωπικό. Σχετικοί αλγόριθμοι - κάποιοι από τους οποίους είναι εξειδικευμένοι για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως ανήλικοι, ΑΜΕΑ, κ.α.- χρησιμοποιούνται σε υπηρεσίες υγείας στο εξωτερικό και πιθανώς θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά και στην Ελλάδα ²⁷.

❖ Έρευνα

Η αναζήτηση της εγχώριας βιβλιογραφίας έχει αναδείξει μία μεγάλη έλλειψη ερευνητικού ενδιαφέροντος σχετικά με τη σεξουαλική βία και σίγουρα απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την κατανόηση και αντιμετώπιση των εμποδίων στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας των επιζώντων. Παρότι η διεθνής βιβλιογραφία είναι αρκετά πλούσια, είναι υπαρκτή η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα αναφορικά με πληθυσμούς οι οποίοι φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη σεξουαλική βία και έχουν πρακτικά αγνοηθεί (Donne et al., 2018). Παραδείγματα που προέκυψαν κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αφορούν μετακινούμενους πληθυσμούς, σεξεργάτες/τριες, διεμφυλικά άτομα κ.α., των οποίων οι επιπλέον εξατομικευμένες ανάγκες φροντίδας και παρέμβασης θα πρέπει με τη σειρά τους να μελετηθούν.

²⁷ Ενδεικτικά: Iowa Adult Sexual Assault Protocol: Algorithm A - D, Algorithm for management of survivors of sexual violence (Ministry of Health in Kenya, 2014), Pathways of care for sexual assault and intimate partner violence (WHO, 2003).

❖ Δημόσιος διάλογος

Πέρα από τη διαχείριση των περιστατικών στις υπηρεσίες υγείας, η σεξουαλική βία αποτελεί ένα ουσιαστικό ζήτημα δημόσιας υγείας και ως τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται καταρχήν λόγω του μεγέθους της και αναμφισβήτητα λόγω των ποικίλων σοβαρών επιπτώσεων που έχει στην υγεία. Επιπρόσθετα, μια προσέγγιση από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας ανοίγει μια συζήτηση που φέρνει την πρόληψη και την αποτελεσματική διαχείριση στο προσκήνιο (Basile and Smith, 2014). Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί ο διάλογος για το ζήτημα της σεξουαλικής βίας μέσα στην ίδια την κοινωνία καθώς αποτελεί ένα φαινόμενο που συνεχίζει να είναι ταμπού, να έχει κοινωνικές αιτίες αλλά και έντονες κοινωνικές συνέπειες οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν πολλαπλά την υγεία των επιζώντων.

❖ Εξειδίκευση

Τα τελευταία χρόνια η πολιτεία αρχίζει να στρέφεται προς την ανάπτυξη διαφόρων προγραμμάτων νοσηλευτικών εξειδικεύσεων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, θα πρέπει και η σεξουαλική βία να αποτελέσει ένα ξεχωριστό πεδίο εξειδίκευσης, δεδομένης της διάστασης του φαινομένου, της ανάγκης για στοχευμένη παρέμβαση και κυρίως λόγω των σημαντικών επιπτώσεων σε όλες στις διαστάσεις της υγείας των ατόμων. Πέρα από την αναγκαιότητα για εξειδικευμένο προσωπικό κατά το κλινικό έργο για την ορθή διαχείριση και την αποφυγή επανατραυματισμού των επιζώντων, οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να συντελέσουν ουσιαστικό ρόλο στη συνολική αντιμετώπιση του φαινομένου, είτε αυτό αφορά τις νομικές του προεκτάσεις, είτε την ανάδειξη του ζητήματος στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο (ENA, 2017). Τέλος, η εξειδίκευση κρίνεται απαραίτητη και υπό το πρίσμα της Δημόσιας Υγείας καθώς συμβάλει καθοριστικά στην αξιολόγηση του μεγέθους του προβλήματος, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου, την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου και τη διαμόρφωση παρεμβάσεων και πολιτικών υγείας (Beck & Boulton, 2016).

Παρόλο που στην ελληνική πραγματικότητα η εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη σεξουαλική βία δε φαίνεται να πραγματοποιείται σύντομα, έχουμε να διδαχτούμε πολλά από το παράδειγμα των SANEs. Αν και οι δυσκολίες, όπως η έλλειψη προσωπικού ή ο περιορισμός στις νοσηλευτικές πράξεις είναι υπαρκτές, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση πάνω στην έγκαιρη αναγνώριση, η δημιουργία πρωτοκόλλων διαχείρισης, η στενή συνεργασία με κοινωνικούς και νομικούς φορείς και πάνω από όλα η ενσυναίσθηση και η σωστή προσέγγιση είναι τακτικές που οφείλουμε να έχουμε όλοι στο νοσηλευτικό μας ρεπερτόριο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AbuTaleb, N.I., Dashti, T.A., Alasfour, S.M., Elshazly, M., Kamel, M.I., 2012, “Knowledge and perception of domestic violence among primary care physicians and nurses: A comparative study”. *Alexandria Journal of Medicine*, 48(1).
2. Basile, K., Clayton, H.B., Rostad, W.L., 2020, “Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors”. *American Journal of Preventive Medicine*.58(4):570–579.
3. Basile, K.C., Smith, S.G., 2011, “Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention”. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 5(5):407-417.
4. Belanteri, R.A., Hinderaker, S.G., Wilkinson, E., Episkopou, M., Timire, C., De Plecker E., et al., 2020, “Sexual violence against migrants and asylum seekers. The experience of the MSF clinic on Lesbos Island, Greece”. *PLoS ONE*. 15(9): e0239187.
5. Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., Alavi Majd, H., 2020, “The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis”. *BMC Public Health*. 20(1):1835.
6. Campbell, R., Greeson, M., Patterson, D., 2011, “Defining the boundaries: how sexual assault nurse examiners (SANEs) balance patient care and law enforcement collaboration”. *Journal of Forensic Nursing*. 7(1):17-26.
7. Carney, A.Y., 2018, “Public health nursing and the issue of trust in campus sexual assault”. *Public Health Nursing*. 2018:1–10.
8. Carr, M., Thomas, A.J., Atwood, D., Muhar, A., Jarvis, K., Wewerka, S.S., 2014, “Debunking three rape myths”. *Journal of Forensic Nurse*. 10(4):217-25.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2005, “Antiretroviral post exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other non occupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S.” Department of Health and Human Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(No. RR-2): 1-20.
10. Chandramani, A., Dussault, N., Parameswaran, R., Rodriguez, J., Novack, J., Ahn, J., Oyola, S., & Carter, K., 2020, “A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department”. *Journal of forensic nursing*, 16(2), 73–82.

11. Choudhary, E., Smith, M., Bossarte, R., M., (2012), "Depression, Anxiety, and Symptom Profiles Among Female and Male Victims of Sexual Violence". *American Journal of Men's Health*. 6(1): 28–36.
12. COSAI (Comparing Sexual Assault Interventions), 2012, "Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature".
13. Cunningham, S., & Shah, M., 2017, "Decriminalizing Indoor Prostitution: Implications for Sexual Violence and Public Health". *The Review of Economic Studies*, 85(3), 1683–1715.
14. De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B., Keygnaert, I., 2018, "Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence." *Int J Environ Res Public Health*. 15(9):1979.
15. Delgadillo, D.C., 2017, "When There is No Sexual Assault Nurse Examiner: Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients". *Journal of Emergency Nursing*. 43(4):308-315.
16. Donne, M.D., DeLuca, J., Pleskach, P., Bromson, C. et al., 2018, "Barriers to and Facilitators of Help-Seeking Behavior Among Men Who Experience Sexual Violence". *American Journal of Men's Health*. 12(2):189-201.
17. Draughon, J. E., Hauda, W. E., Price, B., et al., 2015, "Factors Associated With Forensic Nurses Offering HIV nPEP Status Post Sexual Assault". *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 37(9) 1194–1213.
18. Di Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., Sasso, L., 2017, "Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives". *J Clin Nurs*. 26 (15-16): 2307-2316.
19. Du Mont, J., Macdonald, S., White, M., Turner, L., 2013, "Male Victims of Adult Sexual Assault: A Descriptive Study of Survivors' Use of Sexual Assault Treatment Services". *Journal of Interpersonal Violence* 28(13) 2676–2694.
20. Du Mont, J., Saad, M., Kosa, S.D., Kia, H., Macdonald, S., 2020, "Providing trans-affirming care for sexual assault survivors: An evaluation of a novel curriculum for forensic nurses". *Nurse Education Today*. 93:104541.
21. Emergency Nursing Association (ENA), 2017, "Adult and Adolescent Sexual Assault Patients in the Emergency Care Setting". *Journal of Forensic Nursing*. 13(2):91-93.

22. García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G., 2015, "The health-systems response to violence against women". *The Lancet*. 385:1567-1579.
23. Gatuguta, A., Katusiime, B., Seeley, J. et al., 2017, "Should community health workers offer support healthcare services to survivors of sexual violence? a systematic review". *BMC International Health and Human Rights*. p. 17 - 28.
24. Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L., 2007, "Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses". *BMC public health*. p. 7 - 12.
25. Hegarty, K., Tarzia, L., Hooker, L. et al., 2016, "Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care". *International Review of Psychiatry*. 28(5):519-532.
26. Iowa Department of Public Health (IDPH), 2015, "Sexual Assault: a Protocol for Adult Forensic and Medical Examination".
27. Jacques - Tiura, A.J., Tkatch, R., Abbey, A. et al., 2010, "Disclosure of Sexual Assault: Characteristics and Implications for Posttraumatic Stress Symptoms Among African American and Caucasian Survivors". *J Trauma Dissociation*. 11(2): 174–192.
28. Jancey, J., Meulenersb, L., Phillips, M., 2011, "Health professionals' perceptions of sexual assault management: A Delphi Study". *Health Education Journal*. 70(3): 249–259.
29. Jina, R., Thomas, L.S., 2013, Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 27: 15–26.
30. Kent - Wilkinson, A., 2011, "Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature". *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 18(3):236-46.
31. Keygnaert, I., Guieu A., 2015, "What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants". *Reproductive Health Matters*. 23(46):45–55.
32. Kouta. C., Pithara C., 2015, "A systematic review of training interventions addressing sexual violence against marginalized at-risk groups of women". *Health Education Research*. 30(6): 971-984.
33. Loya, R.M., 2014, "Rape as an Economic Crime". *Journal of Interpersonal Violence*, 30(16):2793–2813.

34. Lymberakaki, V., Sarafis, P., & Malliarou, M., 2021, "Communication, Work Engagement and Caring Provision Differences between Nurses and Physicians". *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 100.
35. Maier, S. L., 2012, "Sexual Assault Nurse Examiners' Perceptions of the Revictimization of Rape Victims". *Journal of Interpersonal Violence*. 27(2): 287–315.
36. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K., 2014, "Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration". *Journal of Interprofessional Care*. 28(6): 526-533.
37. Mitropoulou, K, Mousoularikou, M., Kapadohos, T., 2016. "Sexual abuse and contemporary nursing approach". *Rostrum of Asclepius*. 12(2): 102-114.
38. Mondin, T.C., Cardoso, T. A., Jansen, K. et al., 2016, "Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study". *Ciencia & Saude Coletiva*. 21(3):853-860.
39. Morse, J., 2019, "Legal mobilization in medicine: Nurses, rape kits, and the emergence of forensic nursing in the United States since the 1970s". *Social Science & Medicine*. 222:323-334.
40. O'Dwyer, C., Tarzia, L., Fernbacher, S. et al, 2019, "Health professionals' experiences of providing care for women survivors of sexual violence in psychiatric inpatient units". *BMC Health Services Research*. 19:839.
41. Office on Violence Against Women (OVW), 2013, "A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents". US Department of Justice. 2nd Edition.
42. Paulin Baraldi, A. C., de Almeida, A. M., Perdoná, G., Vieira, E. M., & Dos Santos, M. A., 2013, "Perception and attitudes of physicians and nurses about violence against women". *Nursing research and practice*.
43. Reis, M.J., Lopes, M.H., Higa, R., Bedone, A.J., 2010, "Nursing care of women who suffered sexual violence". *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 18(4):740-7
44. Reproductive & Maternal Health Services Unit. Kenyan Ministry OF Health, 2014, "National management of sexual violence in Kenya. MOH. 3rd Edition.
45. Ruth, W., Campbell, R., Greeson, M.R., Fehler-Cabral, G., 2013, "With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs". *Journal of Forensic Nursing*. 9(2): 68-75.

46. Sena, A., C., Hsu, K. K., Kellogg, N. et al., 2015, “Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children”. *Clinical Infectious Diseases*. 61(8):S85664.
47. Stern, M.J., Bilgen, I., McClain, C., Hunscher, B., 2017, “Effective Sampling From Social Media Sites and Search Engines for Web Surveys: Demographic and Data Quality Differences in Surveys of Google and Facebook Users”. *Social Science Computer* 35(6):713-732.
48. Santaularia, J., Johnson, M., Hart, L. et al., 2014, “Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study”. *BMC Public Health* 14:1286.
49. Tavara, L., 2006, “Sexual violence”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*. 20(3): 395-408.
50. Trueland, J., 2015, “When fear becomes the barrier to care”. *Nursing Standard*. 30(2):18-20
51. World Health Organization (WHO), 2003, “Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence”. Geneva: WHO.
52. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2020, “Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings”. Geneva: WHO.
53. Εγχειρίδιο Διαδικασιών και Πρακτικών Αντιμετώπισης της Έμφυλης Βίας, 2017, ΕΛΛΑΔΑ: ΕΟΔΥ.
54. Ουζούνη, Χ., Νακάκης, Κ., 2011, “Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες”. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 50(2): 231–239.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η απόκριση των νοσηλευτών του ΕΣΥ σε περιστατικά σεξουαλικής βίας

Η σεξουαλική και έμφυλη βία φαίνεται να αποτελούν ένα διαχρονικό φαινόμενο που απασχολεί σε παγκόσμιο επίπεδο τη δημόσια υγεία. Πολλά από τα θύματα συχνά καταλήγουν στο νοσοκομείο, άλλες φορές με τη βία που έχουν δεχτεί να αποτελεί τη βασική αιτία, ενώ άλλες να συνυπάρχει στο περιθώριο. Σε κάθε περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι πολύ πιθανό να έρθουν πρώτοι σε επαφή με τα θύματα και να κληθούν να δράσουν άμεσα.

Το παρών ερωτηματολόγιο αφορά τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών του ΕΣΥ πάνω σε αυτό το φαινόμενο, το ρόλο που καλούνται να αναλάβουν στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών καθώς και τα εφόδια που έχουν λάβει ώστε να ανταποκριθούν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά. Η έρευνα γίνεται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για το ΠΜΣ ‘‘Παγκόσμια Υγεία - Ιατρική των καταστροφών’’ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

Όπως θα διαβάσετε στη συνέχεια, ορισμένες από τις ερωτήσεις αφορούν σε πραγματικές εμπειρίες που μπορεί να έχετε βιώσει ως επαγγελματίες, ενώ άλλες εστιάζουν στις αντιλήψεις, τις γνώσεις και τον τρόπο απόκρισης σε κάποιο ενδεχόμενο μελλοντικό περιστατικό. Εάν μέχρι στιγμής δεν είχατε κάποια ανάλογη εμπειρία, παρακαλώ να αφήσετε κενές τις αντίστοιχες ερωτήσεις και να εστιάσετε στις υπόλοιπες, καθώς η γνώμη σας είναι εξίσου σημαντική. Εάν αντίθετα, έχετε αντιμετωπίσει περισσότερες από μία φορές αντίστοιχο περιστατικό, αναφερθείτε παρακαλώ, όπου το απαιτεί η ερώτηση, στην πιο πρόσφατη εμπειρία που είχατε.

Για οποιαδήποτε απορία, διευκρίνιση ή σχολιασμό μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο 6993021220 ή μέσω e-mail στο you.artemou@gmail.com. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε μαζί μου εάν επιθυμείτε να λάβετε την εργασία, όταν αυτή ολοκληρωθεί.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Στο τέλος θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ορισμένα γενικά δημογραφικά στοιχεία.

Σας ευχαριστώ πολύ,
Βουβάκη Άρτεμις

- 1) Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας έχετε έρθει σε επαφή κάποιο περιστατικό σεξουαλικής βίας;
- ☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Δεν είμαι σίγουρη/ος
- 2) Ως νοσηλεύτης/ρια έχετε συμμετάσχει στη διαχείρισή ενός τέτοιου περιστατικού;;
- ☐ Ναι
☐ Όχι
- 3) Εάν ναι, με ποιόν από τους παρακάτω τρόπους συμμετείχατε;
- ☐ Πραγματοποίησα τη νοσηλεία
☐ Έλαβα το ιστορικό
☐ Ήμουν σε επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες σχετικά με τη διαχείριση του περιστατικού
☐ Παρείχα πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας/ Μη εξειδικευμένη ψυχική υποστήριξη
☐ Συμμετείχα στην ιατροδικαστική διαδικασία
☐ Έλαβα ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων
☐ Αναζήτησα άλλους φορείς και υπηρεσίες και παρείχα ενημέρωση
☐ Άλλο (παρακαλώ συμπληρώστε)
- 4) Συχνά τα περιστατικά σεξουαλικής βίας δεν είναι εμφανή και τα θύματα δυσκολεύονται να μιλήσουν. Εσείς έχετε διαχειριστεί ποτέ κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία?
- ☐ Ναι
☐ Όχι
- 5) Εάν υπήρξε κάποιο περιστατικό που σας κίνησε την υποψία για σεξουαλική βία, προσπαθήσατε να το διερευνήσετε περαιτέρω;
- ☐ Ναι
☐ Όχι
- 6) Αναφέρατε την υποψία σας κάπου; Εάν ναι, που;
-
- 7) Εάν δεν διερευνήσατε το περιστατικό περαιτέρω, ποιοι ήταν ο βασικός λόγος που δεν το κάνατε;
- ☐ Δε γνώριζα τη διαδικασία.
☐ Δεν ήμουν σίγουρη/ος εάν ήταν έγκυρη η υποψία μου.
☐ Φοβήθηκα.
☐ Είχα πολύ δουλειά.
☐ Αφορούσε ζευγάρι/οικογένεια και δεν ήθελα να επέμβω.
☐ Δε νομίζω ότι θα άλλαζα κάτι.
☐ Δεν είναι στο καθηκοντολόγιό μου.
☐ Άλλο.....
- 8) Πόσο σημαντικό ζήτημα θεωρείτε ότι αποτελεί η σεξουαλική βία για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα;
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Καθόλου σημαντικό | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Πολύ σημαντικό |

- 9) Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο στη δομή υγείας που εργάζεστε σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;
- ☐ Ναι, γνωρίζω ότι υπάρχει
- ☐ Ναι, γνωρίζω ότι δεν υπάρχει
- ☐ Όχι, δε γνωρίζω κάτι σχετικό
- 10) Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι ένα άτομο που έχει δεχτεί σεξουαλική βία θα λάβει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην υπηρεσία που εργάζεστε;
- | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Καθόλου ικανοποιητικό | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Πολύ ικανοποιητικό |
- 11) Ποια θεωρείτε ως την πλέον αρμόδια υπηρεσία για την πρώτη επαφή με ένα περιστατικό σεξουαλικής βίας; (Μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις, εάν τις θεωρείτε εξίσου σημαντικές.)
- ☐ Υγειονομικές υπηρεσίες
- ☐ Κοινωνικές υπηρεσίες
- ☐ Αστυνομία
- 12) Θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές/ριες θα μπορούσαν να αποτελούν πρόσωπα αναφοράς στη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας;
- ☐ Ναι
- ☐ Μάλλον ναι
- ☐ Μάλλον όχι
- ☐ Όχι
- 13) Θεωρείτε ότι αποτελεί νοσηλευτική αρμοδιότητα η διαδικασία διερεύνησης και αναγνώρισης όταν υπάρχει υποψία σεξουαλικής βίας;
- ☐ Ναι
- ☐ Μάλλον ναι
- ☐ Μάλλον όχι
- ☐ Όχι
- ☐ Δε γνωρίζω
- 14) Με τις γνώσεις και την εμπειρία που έχετε θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να αποτελέσετε πρόσωπο αναφοράς για τη διαχείριση ενός τέτοιου περιστατικού;
- ☐ Ναι
- ☐ Μάλλον ναι
- ☐ Μάλλον όχι
- ☐ Όχι
- 15) Θεωρείτε ότι μπορείτε να παρέχετε άμεση ψυχολογική υποστήριξη στο θύμα πριν τη συνδρομή επαγγελματία ψυχικής υγείας;
- ☐ Ναι
- ☐ Μάλλον ναι
- ☐ Μάλλον όχι
- ☐ Όχι

- 16) Από το 1 έως το 5 πόσο άνετα αισθάνεστε στο ενδεχόμενο να λάβετε ένα ιστορικό από ασθενή, που να σχετίζεται με περιστατικό σεξουαλικής βίας;

Καθόλου άνετα 1 2 3 4 5 Πολύ άνετα
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 17) Θεωρείτε ότι ένα άτομο μπορεί να φέρει κάποια ευθύνη για τη σεξουαλική βία που έχει δεχτεί λόγω:

- ☐ Ενδυμασίας/ Εμφάνισης
- ☐ Κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών
- ☐ Εργασίας στο χώρο του σεξ
- ☐ Σεξουαλικού προσανατολισμού ή ταυτότητας φύλου (π.χ. Τρανς άτομα)
- ☐ Ύπαρξης σχέσης με το θύτη (ερωτική/ φιλική/ εργασιακή κ.α.)
- ☐ Τίποτα από τα παραπάνω

- 18) Πως θα νιώθατε για ένα άτομο που πιθανώς έχει δεχτεί σεξουαλική βία και θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται στις παρακάτω περιγραφές;

	Καχυποψία	Θυμός/Αγανάκτηση	Αμηχανία	Οίκτος	Τίποτα από τα προηγούμενα
Ιδιαίτερη / Προκλητική ενδυμασία					
Είναι υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών					
Εργάζεται στο χώρο του σεξ					
Μη ετεροφυλικός σεξουαλικός προσανατολισμός ή διεμφυλικότητα (Trans άτομα)					
Ύπαρξη σχέσης με το θύτη					

- 19) Έχετε λάβει κάποια εκπαίδευση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση περιστατικών σεξουαλικής βίας?

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

- 20) Εάν ναι, τι είδους εκπαίδευση έχετε λάβει;

(Μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- ☐ Κατά τη διάρκεια των σπουδών (Προπτυχιακές ή μεταπτυχιακές)
- ☐ Σεμινάρια, workshops
- ☐ Συνέδρια
- ☐ Σχετική ενημέρωση εκπαίδευση στο σημερινό χώρο εργασίας
- ☐ Άλλο (παρακαλώ συμπληρώστε)

- 21) Πόσο ικανοποιητική θα χαρακτηρίζατε την εκπαίδευση που έχετε λάβει από 1 έως το 5;

Καθόλου ικανοποιητική 1 2 3 4 5 Πολύ ικανοποιητική
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

22) Πόσο σημαντική θεωρείτε την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα;

	1	2	3	4	5	
Καθόλου σημαντική	☐	☐	☐	☐	☐	Πολύ σημαντική

23) Τι θα μπορούσε να σας φανεί χρήσιμο ώστε να αναπτύξετε περαιτέρω δεξιότητες για την αναγνώριση και τη διαχείριση περιστατικών σεξουαλικής βίας;

.....

Ατομικά στοιχεία

- Φύλο

- ☐ Άντρας
- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άλλο

- Ηλικία

- ☐ 20 - 29
- ☐ 30 - 39
- ☐ 40 - 49
- ☐ 50 - 59
- ☐ 60+

- Τμήμα εργασίας

.....

- Έχετε εργαστεί κατά το παρελθόν σε κάποιον από τους παρακάτω χώρους?

- ☐ ΤΕΠ
- ☐ Γυναικολογική κλινική
- ☐ Ουρολογική κλινική
- ☐ Δημοτικά Ιατρεία
- ☐ ΜΚΟ
- ☐ Παιδιατρική κλινική
- ☐ Υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης και ψυχικής υγείας

- Πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε;

- ☐ <2
- ☐ 2-4
- ☐ 6-9
- ☐ 10-15
- ☐ >15

- Εκπαίδευση

- ☐ ΔΕ
- ☐ ΤΕ/ΠΕ
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό