

ΕΛΜΕΠΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις Κρίσης στην Οικογένεια»

Ανάπτυξη και Πιλοτική Εφαρμογή Οδηγού Αναγνώρισης και
Διαχείρισης της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Μονάδες
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηρακλείου Κρήτης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Παπαδακάκη Μαρία

Εισηγήτρια:

Δαβίτη Μαρία

Ηράκλειο 2019

Copyright © Δαβίτη Μαρία, 2019. Με επιφύλαξη παντός

δικαιώματος. All rights reserved. Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος

Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης: «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης» κατεύθυνση: : «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις Κρίσης στην Οικογένεια»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η ανάπτυξη ενός οδηγού ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και η πιλοτική εφαρμογή του σε επιλεγμένα αγροτικά και αστικά κέντρα της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου, για την έγκαιρη αναγνώριση και την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποίησης των εγκύων γυναικών. Στόχος ήταν η βελτίωση της αναγνώρισης και η πρόωπη διάγνωση των περιστατικών κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη, η διασφάλιση των δικαιωμάτων των θυμάτων, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της τρέχουσας διαχείρισης ενός περιστατικού. Μακροπρόθεσμα, η εφαρμογή του οδηγού από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στόχευε στη διασφάλιση της ποιότητας των παροχών υπηρεσιών καθώς και την ενίσχυση και αποσαφήνιση των ρόλων και των ευθυνών μεταξύ των παροχών υπηρεσιών, την παροχή φροντίδας στην κοινότητα, την προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων. Για την προστασία των θυμάτων, την στήριξη, την πρόσβαση στη δικαιοσύνη και την αποκατάσταση όλων των θυμάτων συντροφικής βίας.

Μεθοδολογία: Ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» αναπτύχθηκε με συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναζήτηση εφαρμογής καλών πρακτικών από το διεθνή χώρο καθώς και αναζήτηση εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης της κακοποίησης ως προς τους επαγγελματίες υγείας, σε διεθνείς βάσεις δεδομένων και σε μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο. Η ανάλυση των πηγών πραγματοποιήθηκε με την τεχνική ανάλυσης περιεχομένου. Συγκροτήθηκε ομάδα εμεπιρογνομόνων (~10) για

την αξιολόγηση του πρωτοκόλλου. Οι εμπειρογνώμονες πληρούσαν κριτήρια διαχείρισης περιστατικών κακοποίησης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (τουλάχιστον δύο περιστατικά) ή είχαν εντυφώσει ακαδημαϊκά σε θέματα κακοποίησης. Οι εμπειρογνώμονες αξιολόγησαν το πρωτόκολλο αναπτύσσοντας ομοφωνία ως προς την εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε επιλεγμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της ΠΕ Ηρακλείου» εφαρμόστηκε για διάστημα τριών μηνών στο κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας, την 1^η και 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα για την μέτρηση των εμπειριών, των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στελεχών των υπηρεσιών υγείας. Έπειτα οι επαγγελματίες υγείας που στελέχωναν τις υπηρεσίες υγείας έλαβαν την απαραίτητη ενημέρωση σε μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης των εγκύων γυναικών στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου του κάθε επαγγελματία, τρόπους αναγνώρισης και υποστήριξης των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, εργαλεία και τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, δυσκολίες που θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν ο κάθε επαγγελματίας ως προς το δικό του αντικείμενο αλλά και στο πλαίσιο της υπηρεσίας/φορέα που υπηρετεί. Για την αποδοτικότερη υιοθέτηση του οδηγού από τους επαγγελματίες κατά την καθημερινή πρακτική. Έπειτα ακολούθησε η πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε 3 επιλεγμένες (με μη τυχαία δειγματοληψία) αγροτικές και αστικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», για διάστημα τριών μηνών. Οι επαγγελματίες υγείας ακολούθησαν τον οδηγό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους με τα ραντεβού των εγκύων ασθενών, στην καθημερινή πρακτική.

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, για την αξιολόγηση των παρερχόμενων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας, από τις έγκυες γυναίκες συμμετέχοντες κατόπιν του ραντεβού τους. Για την ανάλυση των δεδομένων της ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο spss. Στόχος η ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων και λιγότερο η ανάδειξη προσωπικών ερμηνειών. Η ανάλυση πρόσφερε την δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων και απάντησης των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης.

Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, ημιδομημένης συνέντευξης σε δύο εκπροσώπους-συντονιστές από κάθε πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας που συμμετείχε στην πιλοτική εφαρμογή του οδηγού, για την αξιολόγηση του οδηγού. Κύριοι άξονες της συνέντευξης ήταν η ανίχνευση, η διαχείριση, η τεκμηρίωση, η καταγραφή στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς, η διεπιστημονική συνεργασία, η διασύνδεση των υπηρεσιών, εμπόδια που συνάντησαν οι επαγγελματίες και προτάσεις βελτίωσης του οδηγού. Η ανάλυση πρόσφερε την δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων και απάντησης των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας (N=26), συμμετέχοντες της πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών, κρίθηκαν ανεπαρκείς εμπειριών και γνώσεων (38.5%) όσον αναφορά την αναγνώριση και τη διαχείριση της βίας κατά των εγκύων γυναικών πριν την ενημέρωσή τους για την καλύτερη υποστήριξη εφαρμογής του οδηγού. Ακόμη η πλειοψηφία των επαγγελματιών συμμετεχόντων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έκφρασε στάση ουδετερότητας (30.8%), καθώς δεν σημειώθηκαν να είναι ούτε σύμφωνοι ούτε αρνητικοί, στα θέματα διαχείρισης της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Στην πιλοτική εφαρμογή συμμετείχαν 2 έγκυες γυναίκες. Μία από τις δύο εξέφρασε σημάδια αλλαγής της κατάστασης στην οποία βιώνει, αξιολόγηση κινδύνου της κατάστασης στην οποία ζει, και παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης από τον επαγγελματία υγείας. Αντίστοιχα ευρήματα αποτυπώθηκαν στο εργαλείο αξιολόγησης καταγραφής/τεκμηρίωσης που συμπληρώθηκε κατόπιν του ραντεβού από τον επαγγελματία υγείας. Ακόμη και οι δύο συμμετέχουσες δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένες από τη στάση των επαγγελματιών απέναντι τους, τη στήριξη που προσφέρθηκε, την επικοινωνία, το ενδιαφέρον και την ευγενική συμπεριφορά.

Από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας προέκυψε ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (N=6) από τον οδηγό, στη πλειοψηφία σχολίασαν τον οδηγό ως μια καλή καθοδήγηση που τους δημιούργησε θετική στάση σε θέματα διαχείρισης συντροφικής κακοποίησης κατά την έγκυο γυναίκα. Δημιούργησε αισθήματα σιγουριάς και αυτοπεποίθησης μέσω των επαρκών κατευθυντήριων πληροφοριών που διέθετε ο οδηγός. Κάλυψε σε γνώσεις, πληροφορίες και δεξιότητες στην ανίχνευση, διαχείριση, καταγραφή, τεκμηρίωση της συντροφικής βίας κατά την έγκυο που αγνοούσαν μέχρι πρότινος. Πρόσφερε επιλογές παραπομπής. Στην πλειοψηφία των επαγγελματιών κάμφθηκε ο δισταγμός καταγραφής της συντροφικής βίας στον φάκελο της εγκύου ασθενούς. Ενίσχυσε την διεπιστημονική συνεργασία και ευαισθητοποίησε τους επαγγελματίες υγείας. Ενώ παράλληλα εκφράστηκε η ανάγκη επιμόρφωσης στην διαχείριση της συντροφικής βίας για την καλύτερη απόδοση του οδηγού.

Συμπεράσματα: Κατά τη παρούσα ερευνητική μελέτη αναπτύχθηκε ένα πρωτόκολλο ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας ως απάντηση στην υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη πιθανή αντιμετώπιση της συντροφικής

βίας κατά την εγκυμοσύνη. Κατά την τρίμηνη πιλοτική εφαρμογή η ακολουθία του οδηγού σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων εγκύων γυναικών φαίνεται να ενίσχυσε τις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την συντροφική κακοποίηση των εγκύων γυναικών, όπως αποκάλυψαν οι ίδιοι συμμετέχοντες, την αυτοπεποίθηση τους ως προς την διαχείριση των περιστατικών, και μείωσε το δισταγμό τους ως προς την καταγραφή της κακοποίησης στον ιατρικό φάκελο. Ακόμη λειτούργησε ενθαρρυντικά στη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων στις πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας ως προς την πρόληψη και διαχείριση της κακοποίησης των εγκύων.

Συμπερασματικά κατά την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» στις 1^η ΤΟΜΥ, 4^η ΤΟΜΥ και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας, παρήχθησαν σημαντικές ενδείξεις προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης των αναγκών των θυμάτων συντροφικής βίας, και συγκεκριμένα στην υπέρβαση υλικοτεχνικών και ατομικών εμποδίων κατά την πρόσβαση των εγκύων γυναικών θυμάτων κακοποίησης στις υπηρεσίες. Οι πρώτες αυτές ενδείξεις συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι ο οδηγός συνέβαλε στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των εγκύων γυναικών, βελτίωσε την αποτελεσματικότητα της τρέχουσας διαχείρισης ενός περιστατικού συντροφικής κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη, ενισχύοντας την πρώιμη διάγνωση αλλά και την θέσπιση μοντέλων παραπομπής των περιστατικών. Αποσαφήνισε τους ρόλους και τις ευθύνες μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών, ενίσχυσε την παροχή φροντίδας στην κοινότητα και την προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων.

Λέξεις-κλειδιά: Πρωτόκολλο διαχείρισης, Συντροφική κακοποίηση, Εγκυμοσύνη,
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Παπαδακάκη Μαρία, για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και ενθάρρυνση στο έργο αυτό, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική της καθοδήγηση, τις υποδείξεις της, το αμείωτο ενδιαφέρον της, τη συμπαράστασή της, τη συνεχή της υποστήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, ευχαριστώ τους υπευθύνους του κέντρου υγείας Αγ. Βαρβάρας, της 1^{ης} Τοπικής Μονάδας και 4^{ης} Τοπικής μονάδας της ΠΕ Ηρακλείου κ. Βασιλόπουλο, κ. Βαρθάλη και κ. Ανάστασιου για τη συνεργασία, την υποστήριξη και εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Καθώς επίσης όλους τους επαγγελματίες υγείας του κέντρου υγείας Αγ. Βαρβάρας, της 1^{ης} Τοπικής Μονάδας και 4^{ης} Τοπικής μονάδας Ηρακλείου συμμετέχοντες τις πιλοτικής εφαρμογής.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον κ. Λιονή, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης για τις εποικοδομητικές του υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας».

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
Ευχαριστίες	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	18
Ορισμός Κακοποίησης	18
Μορφές Κακοποίησης	19
Σωματική Κακοποίηση	20
Σεξουαλική Κακοποίηση	21
Ψυχολογική Κακοποίηση	22
Οικονομική Αποστέρηση	22
Κοινωνική Καταπίεση	23
Ο Κύκλος της Βίας	25
Χαρακτηριστικά του Δράστη και του Θύματος της Σεξουαλικής Βίας- Επιθετικότητας	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	38
Στη σωματική υγεία	38
Στη σεξουαλική υγεία	39
Στην ψυχική υγεία	40
Στα παιδιά	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	43
Οι Ατομικές Προσεγγίσεις	45
Οι Ψυχαναλυτικές ή Ψυχολογικές Προσεγγίσεις	45
Οι Κοινωνικές-Δομικές Προσεγγίσεις	46
Οι Φεμινιστικές Προσεγγίσεις	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	48
Νομικό Πλαίσιο στον Διεθνή Χώρο	48
Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα	54
Ανθρώπινα Δικαιώματα	65
Ορισμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Διακηρύξεις περί Κακοποίησης	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	69
Η Εγκυμοσύνη ως Παράγοντας Κινδύνου Εμφάνισης Συντροφικής Κακοποίησης	69
Προγνωστικοί Παράγοντες για την Συντροφική Βία κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης.....	72
Αριθμός Κυήσεων.....	72
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	73
Μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη	74
Επιπτώσεις της συντροφικής κακοποίησης στην έγκυο και το έμβρυο	75
Η έκταση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης στην εγκυμοσύνη σε αναπτυσσόμενες και λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	82
Πρωτόκολλα Διασύνδεσης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης των Εγκύων Γυναικών: Διεθνής Πρακτικές	82
Η Διεπιστημονική και Διατομεακή Αντιμετώπιση της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Χώρες της Ευρώπης	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	89
Σκοπός και Στόχοι Ερευνητικής Μελέτης	89
Ερευνητικά Ερωτήματα	90
Μεθοδολογία	90
Στρατολόγηση Συμμετεχόντων	93
Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας	94
Σχέδιο Παρέμβασης	94
Διαδικασίες που περιλάμβανε η Πιλοτική Εφαρμογή.....	100
Έντυπο ‘Συμμετέχουμε στην προσπάθεια βίωσης σχέσεων αλληλοκατανόησης σιγουριάς και αγάπης με τον σύντροφο μας. Κατευθύνσεις για τις γυναίκες που βιώνουν ενδοσυντροφική βία’	102
Μετρήσεις/Αξιολόγηση Πιλοτικής Εφαρμογής	102
Έντυπο αξιολόγησης της ικανοποίησης των υπηρεσιών.....	104
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ.....	106
Αποτελέσματα ερωτηματολογίου γνώσεων επαγγελματιών υγείας.....	106
Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	106
Κατόπιν της Πιλοτικής Εφαρμογής.....	108

Συζήτηση- Αδυναμίες της έρευνας.....	118
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	132

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συντροφική κακοποίηση είναι πολύ διαδεδομένη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Από πρόσφατες μελέτες, η συχνότητα κακοποίησης των εγκύων κυμαίνεται από 4% έως 32%, με τα ποσοστά να είναι υψηλότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (W.H.O., 2014). Ερευνητικά δεδομένα άλλων χωρών διαπιστώνουν υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συγκριτικά με την περίοδο της λοχείας (8.9% πριν /4.9% μετά τον τοκετό) (Koenig et. al., 2006).

Η κακοποίηση στην εγκυμοσύνη φαίνεται να έχει σημαντικές συνέπειες για την υγεία της μητέρας και του παιδιού. Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι σωματικά και σεξουαλικά βίαιες πράξεις από τους συντρόφους συνδέονται σταθερά με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία της εγκύου, συμπεριλαμβανομένων των γυναικολογικών δυσλειτουργιών, δυσμενούς έκβασης της εγκυμοσύνης όπως πρόωρο τοκετό, αιμορραγίες, αποβολές, αποκόλληση του πλακούντα, χαμηλό βάρος του νεογνού (Stark et al., 1979; Webster et al, 1996), καθώς και με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, γαστρεντερικές διαταραχές, και διάφορα σύνδρομα χρόνιου πόνου (McCaw et al, 2007). Η συντροφική βία συνδέεται, επίσης, με σημαντικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική υγεία της εγκύου, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, άγχους, φοβίας, διαταραχών πρόσληψης τροφής, κρίσεων πανικού, διαταραχής μετά-τραυματικού στρες, αυτοκτονικών τάσεων και κατάχρησης οινόπνευματος και ναρκωτικών (Thompson et al., 2003). Η βία κατά της εγκύου συχνά συναντάται και ως «παιδική κακοποίηση εντός της μήτρας» (Hunt & Martin, 2001).

Παρά τις σοβαρές συνέπειες στην υγεία, οι έγκυες που κακοποιούνται συχνά καταβάλλουν προσπάθεια να κρύψουν το γεγονός για διάφορους λόγους, όπως από

φόβο, ανασφάλεια, ελπίδα βελτίωσης του δράστη ή από διάφορες μορφές εξάρτησης. Παρατηρείται να καθυστερούν στα τακτικά ραντεβού τους κατά την διάρκεια της κύησης με τους επαγγελματίες υγείας ή να μην παρουσιάζονται καθόλου (Filley et al., 2001).

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να αποτελούν μια μοναδική ευκαιρία για την έγκαιρη διάγνωση της ενδοσυντροφικής βίας. Παρά το γεγονός ότι τα θύματα φαίνεται να επιτρέπουν ερωτήσεις από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για τη συντροφική βία, οι γιατροί δεν αξιολογούν συστηματικά την έκθεση των ασθενών τους σε κακοποιητικές συμπεριφορές, γεγονός που οδηγεί στο να παραμένει αδιάγνωστη. Συχνά, η αξιολόγηση της βίας δεν είναι τυποποιημένη. Αντ' αυτού, σε γενικές γραμμές, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης κάνουν τις δίκες τους ιδιοσυγκρασιακές ερωτήσεις σχετικά με αυτή. Από τη βιβλιογραφία γίνεται σαφές ότι πολλά περιστατικά κακοποίησης θα μπορούσαν να εξαλειφθούν εάν οι επαγγελματίες υγείας είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση και συστηματικά ρωτούσαν τις γυναίκες για εμπειρίες βίαιων επεισοδίων εις βάρος τους.

Στην Αμερική (1999), το Family Violence Prevention Fund (FUND) με την υποστήριξη του Conrad N. Hilton Foundation και του U.S. Department of Health and Human Services, κατόπιν πενταετούς έρευνας που αφορούσε την ενδοοικογενειακή βία δημιούργησε πρωτόκολλο για τον τρόπο διαλογής και κατεύθυνσης της κακοποιημένης γυναίκας μέσα στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το πρωτόκολλο αυτό συνιστά ότι όλα τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτά, θα έπρεπε να ακολουθούν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση θυμάτων κακοποίησης.

Στην Ελλάδα η κακοποίηση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχει επαρκώς μελετηθεί με αποτέλεσμα να επικρατεί άγνοια ως προς το μέγεθος του προβλήματος, τις αρνητικές συνέπειες του, τους παράγοντες κινδύνου και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Ερευνητικά δεδομένα από τις υπηρεσίες υγείας της Κρήτης υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες ταλαιπωρούνται από την ανεπαρκή ανταπόκριση του συστήματος και από την αποσπασματικότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν για το ίδιο πρόβλημα από διαφορετικούς επαγγελματίες. Επιπλέον, οι επαγγελματίες, φαίνεται να διαχειρίζονται αποσπασματικά και πολλές φορές πρόχειρα το πρόβλημα της κακοποίησης με αποτέλεσμα να καθυστερούν την παρέμβαση στο πρόβλημα και πολλές φορές να αισθάνονται οι ίδιοι αναποτελεσματικοί και ανεπαρκείς. Η δε σύγκρουση ρόλων μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων και μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών είναι καταλυτική στην αποτελεσματική ανταπόκριση του συστήματος στην πρόληψη και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας (Papadakaki et al., 2012; 2013a; 2013b; 2014).

Στην Ελλάδα οι γνώσεις και οι πληροφορίες που έχουμε για την αντιμετώπιση περιστατικών βίας είναι ελλιπείς, ενώ παράλληλα ο αριθμός κακοποιημένων γυναικών ολοένα και αυξάνεται. Σε έρευνα που διεξήχθη το 2012 από το Πανεπιστήμιο Κρήτης (Παπαδακάκη, 2012) επιδιώχθηκε να καταδειχθεί η αμεσότητα στη διαχείριση της συντροφικής βίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλους τους νομούς της Κρήτης. Ο σκοπός της έρευνας αφορούσε το γεγονός ότι οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ενώ έχουν αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και είναι σε θέση να εκτιμήσουν τη σωματική και ψυχική υγεία τους συνδέοντας τα σωματικά συμπτώματα με υποκείμενη κακοποίηση. Παρόλα αυτά σπάνια εκτιμούν τη βία και τεκμηριώνουν τις υποθέσεις με ιατρικά στοιχεία. Συμπερασματικά, έχει καταστεί σαφές η ανάγκη για ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να στοχεύουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της

συντροφικής κακοποίησης. Επίσης, μετά από την ανασκόπηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας έγινε φανερό ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχα πρωτόκολλα που να αφορούν αποκλειστικά την κακοποιημένη έγκυο, σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

Ενώ στην Αμερική, την Αυστραλία και σε αρκετές χώρες της Ευρώπης δημιουργήθηκαν πρωτόκολλα για τη διαλογή και τη διαχείριση της κακοποιημένης γυναίκας μέσα στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει την σπουδαιότητα ανάπτυξης επαγγελματικών πρωτοκόλλων για τον εντοπισμό και τη διαχείριση της συντροφικής βίας προκειμένου να βοηθήσει το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης στη λήψη ορθολογικών αποφάσεων που βασίζονται σε συγκεκριμένες επιλογές φροντίδας (Papadakaki et al., 2012; 2013a; 2013b; 2014). Προηγούμενες μελέτες έχουν επίσης υπογραμμίσει την ανάγκη να δημιουργηθούν κατάλληλα εργαλεία για την εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών, καθώς και διαδικασίες αξιολόγησης στους χώρους της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να κατανοηθούν οι προκλήσεις που προκύπτουν κατά την κατάρτιση των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και να προωθηθούν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτών (Papadakaki et al, 2012).

Σε απάντηση στην παραπάνω αναγκαιότητα, η παρούσα μελέτη έρχεται να σχεδιάσει και να αναπτύξει ένα πρωτόκολλο ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σχεδιασμένο πάνω σε διεθνή πρότυπα αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης. Ωστε να διαπιστωθούν οι προκλήσεις καθώς και τις ανάγκες των επαγγελματιών ΠΦΥ σε ζητήματα διαχείρισης της κακοποίησης στον πληθυσμό των εγκύων γυναικών και να εκτιμήσει τη βαρύτητα που αποδίδουν στην προσωπική τους πληροφόρηση και ετοιμότητα. Αποτελεί πλέον αναγκαιότητα, ώστε να ικανοποιηθεί η ανάγκη των

θυμάτων συντροφικής βίας, να ξεπεραστούν υλικοτεχνικά και ατομικά εμπόδια κατά την πρόσβαση των εγκύων γυναικών θυμάτων κακοποίησης στις υπηρεσίες. Τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της τρέχουσας διαχείρισης ενός περιστατικού, με την πρώιμη διάγνωση αλλά και την θέσπιση μοντέλων παραπομπής των περιστατικών. Μακροπρόθεσμα, η πρωτοβουλία αυτή στοχεύει στη διασφάλιση της ποιότητας των παροχών υπηρεσιών καθώς και την ενίσχυση και αποσαφήνιση των ρόλων και των ευθυνών μεταξύ των παροχών υπηρεσιών, την παροχή φροντίδας στην κοινότητα, την προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η συντροφική κακοποίηση εμφανίζεται σε όλες τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και δεν κάνει διακρίσεις σε σχέση με την χώρα, το μορφωτικό επίπεδο, το ύψος του εισοδήματος, την εθνικότητα και την ηλικία (Krug et al., 2002, Χατζηφωτίου, 2005). Είναι κοινή παραδοχή ότι αποτελεί μορφή καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ίσως από τις σοβαρότερες, καθώς διαπράττεται από ανθρώπους εμπιστοσύνης και όχι από άγνωστους. Αφορά ένα φαινόμενο που συμβαίνει πολύ συχνά αλλά κοινοποιείται πολύ σπάνια (Krug et al., 2002).

Συντροφική κακοποίηση είναι μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον έναν, συνήθως τον άνδρα, στον άλλον, συνήθως την γυναίκα, μέσα σε ένα πλαίσιο στενής ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, της σεξουαλικής, της συναισθηματικής, της επιβολής κοινωνικής απομόνωσης αλλά και του συνδυασμού όλων των παραπάνω (Αθανασοπούλου Μ., Καμπά Ε., 2009).

Ορισμός Κακοποίησης

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν την κακοποίηση. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται κάποιοι από αυτούς.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε μετά από σχετική επεξεργασία το 1997 τον παρακάτω σύνθετο ορισμό: «Βία είναι η εμπρόθετη χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας, επαπειλούμενη ή πραγματική, εναντίον ενός άλλου προσώπου, του ίδιου του εαυτού ή μιας ομάδας ανθρώπων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την

επέλευση ή την αυξημένη πιθανότητα επέλευσης, τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, στρεβλής ανάπτυξης ή αποστέρησης» (W.H.O., 1997).

Η Mildred Daley Pagelow (1984) προσδιορίζει την κακοποίηση ως τον εκ προς προθέσεως τραυματισμό της γυναίκας ή τον εξαναγκασμό της σε ακούσιες πράξεις ή τον βίαιο περιορισμό της αναφορικά με εθελούσιες δραστηριότητες, από ενήλικα άνδρα, με τον οποίο διατηρεί σεξουαλική σχέση, ανεξάρτητα από τον αν η βία επισυμβαίνει στο πλαίσιο του έγγαμου βίου. Έναν ευρύτερο ορισμό της κακοποίησης, δίνει η Χρ. Αντωνοπούλου-Μόσχου προλογίζοντας την ελληνική έκδοση του βιβλίου «Η κακοποιημένη γυναίκα» της Lenore Walker (1997), χαρακτηρίζοντας ως κακοποίηση κάθε προσβολή της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ατόμου, που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσης του από εκείνον που κατέχει θέση εξουσίας. Για να χαρακτηριστεί μια γυναίκα ως κακοποιημένη θα πρέπει το ζευγάρι, κατά τη διάρκεια της σχέσης του, να έχει περάσει από τον κύκλο της κακοποίησης τουλάχιστον δύο φορές. Κάθε γυναίκα ενδέχεται να βρεθεί σε ένα κακοποιητικό επεισόδιο με έναν άνδρα μια φορά στην ζωή της. Αν όμως βρεθεί και δεύτερη φορά μια ανάλογη κατάσταση και παραμένει, τότε χαρακτηρίζεται ως κακοποιημένη.

Μορφές Κακοποίησης

Η κακοποίηση των γυναικών μέσα στην συντροφική σχέση μπορεί να πάρει διάφορες μορφές: α) την ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση, β) την σωματική κακοποίηση, γ) την σεξουαλική κακοποίηση και δ) την οικονομική αποστέρηση. Οι περισσότεροι κοινωνικοί ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα της κακοποίησης των γυναικών από τον σύντροφο ή τον σύζυγο τους, αρχικά αναφέρονταν στην σωματική βία η οποία επιφέρει σωματικές κακώσεις. Ωστόσο από

τις έρευνες (Straus & Sweet, 1992),(Gelles & Harrop, 1991), (Walker, 1989) προέκυψε πως η άσκηση ψυχολογικής βίας συχνά είναι πιο οδυνηρή από την σωματική. Φαινομενικά ανώδυνες κουβέντες, υπαινιγμοί, υποδείξεις, σεξιστικά και ειρωνικά σχόλια, υποτιμητική συμπεριφορά ή ακόμη και πράγματα που δεν λέγονται με λέξεις μπορεί να επιφέρουν την αποσταθεροποίηση κάποιου αλλά συχνά και την εξόντωση του (Hirigoyen, 2005). Ο επιτιθέμενος μπορεί κατά αυτόν τον τρόπο να εξυψωθεί υποβιβάζοντας τον άλλον, αποφεύγοντας οποιαδήποτε εσωτερική σύγκρουση ή μετάπτωση και επιρρίπτοντας στον άλλο ευθύνη «Δεν φταίω εγώ, ο άλλος είναι υπεύθυνος για όλα τα προβλήματα!». Καμιά ενοχή και καμιά οδύνη για τον επιτιθέμενο (Hirigoyen, 2005).

Σωματική Κακοποίηση

Οι σωματικές κακοποιήσεις κυμαίνονται από πολύ μικρές μέχρι πολύ μεγάλες. Στη πρώτη κατηγορία ανήκουν: το χαστούκι στο πρόσωπο, τσίμπημα, δάγκωμα, σπρώξιμο, τράβηγμα μαλλιών. Αυτές οι ενέργειες μπορεί να γίνονται υπό τη μορφή παιχνιδιού όταν όμως επαναλαμβάνονται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η σωματική ή ψυχική κατάσταση στην οποία υποβάλλεται η γυναίκα τότε μπορούν να θεωρηθούν ως σωματικές κακοποιήσεις. Επιπλέον, είναι συχνό αυτές οι μικρές επιθέσεις σταδιακά να κλιμακώνονται διότι χτυπώντας μιας φορά την σύντροφο του ένα άνδρας φαίνεται πως του είναι πιο εύκολο μετά να το ξανακάνει (Walker, 1989). Η συμπεριφορά του μετέπειτα μπορεί να γίνει ανεξέλεγκτη.

Οι σοβαρότερες μορφές σωματικής κακοποίησης περιλαμβάνουν χτυπήματα στο πρόσωπο και το κεφάλι, κλωτσιές και γροθιές σε όλο το σώμα, φράξιμο της αναπνοής μέχρι λιποθυμίας, σπρώξιμο και πέταμα πάνω σε τοίχους ή σε έπιπλα του

δωματίου ή ακόμη και στην σκάλα, στραμπούληγμα ή σπάσιμο οστών, καψίματα από τσιγάρο, σίδερο ή και καυτά υγρά, βίαιο ξύρισμα του ηβικού τριχώματος, βίαιες σεξουαλικές επιθέσεις, μαχαιρώματα και ακρωτηριασμούς καθώς και τραύματα από την χρήση όπλων (Walker, 1989).

Σίγουρα αυτή η μορφή βίας είναι η πιο φανερή και η πιο επικίνδυνη τόσο για την σωματική ακεραιότητα, όσο και για την ίδια την ζωή της γυναίκας.

Σεξουαλική Κακοποίηση

Οι βίαιες συμπεριφορές που λαμβάνουν χώρα στη συντροφική σχέση δεν περιορίζονται μόνο στην άσκηση σωματικής ή ψυχολογικής βίας. Ενδέχεται να έχουν και μορφή σεξουαλικής κακοποίησης. Όταν μια γυναίκα υποχρεώνεται, μέσω της άσκησης βίας ή της απειλής αυτής, σε ερωτική πράξη ή επαφή από τον σύζυγο ή τον σύντροφο της κακοποιείται σεξουαλικά (Αδαμάκη, 2011).

Η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως ο καταναγκασμός για τη συμμετοχή στη σεξουαλική διαδικασία, καθώς για την υιοθέτηση τρόπων σεξουαλικής συμπεριφοράς, όχι μόνο μη αποδεκτών, αλλά και απωθητικών για τη γυναίκα (Σαμαρτζή, 1996). Πρόκειται για κάθε ανεπιθύμητη συνουσία ή διεύδυση που γίνεται με την επιβολή βίας ή απειλή βίας, ή όταν η σύντροφος είναι ανίκανη να συναινέσει σε αυτήν (Bergen, 1996, Russell, 1990).

Ο βιασμός στο γάμο είναι η κυρίαρχη, η χείριστη μορφή σεξουαλικής κακοποίησης. Κατά τους Finkelhor και Yllo (1995) πρόκειται για μία πράξη τρομαχτική και κτηνώδη και συνήθως λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μίας βίαιης και καταστρεπτικής σχέσης. Είναι λάθος να πιστεύει κανείς ότι σχετίζεται με την ερωτική

πράξη. Στην πραγματικότητα, έχει να κάνει με τον εξευτελισμό, την υποβίβαση, το θυμό και την μνησικακία.

Ψυχολογική Κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση δεν είναι φανερή μορφή βίας, συνεπώς είναι πολύ πιο δύσκολα προσδιορίσιμη και μετρήσιμη συγκριτικά με τις άλλες μορφές βίας. Η ψυχολογική κακοποίηση ορίζεται ως η εκούσια παραμέληση ικανοποίησης και ανταπόκρισης του δράστη στις συναισθηματικές ανάγκες του θύματος. Η ψυχολογική κακοποίηση δεν καταλήγει πάντοτε σε σωματική αλλά μια σωματικά κακοποιημένη γυναίκα έχει σίγουρα υποστεί ψυχολογική κακοποίηση (Αδαμάκη, 2001). Κυμαίνεται από την ταπείνωση του θύματος έως τη σοβαρή ψυχολογική του βλάβη και κοινωνική του δυσλειτουργία σε τομείς όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι επαγγελματικές επιδόσεις, η ανάληψη πρωτοβουλιών και η διεκπεραίωση υποχρεώσεων (Αρτινοπούλου & Φαρσεδάκης, 2003).

Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει την εκούσια παραμέληση ικανοποίησης και ανταπόκρισης του δράστη στις συναισθηματικές ανάγκες του θύματος. Ενδεικτικά, οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές ψυχολογικής/ συναισθηματικής βίας είναι η συναισθηματική πίεση και ο εξαναγκασμός του θύματος, η εξύβριση και ο εξευτελισμός, η καταστροφή αντικειμένων και η επίθεση σε κατοικίδια, ο υπερβολικός έλεγχος και ο περιορισμός, η παθολογική ζήλια και η καχυποψία, ο οικονομικός έλεγχος και η απομόνωση του θύματος από το στενό ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Αδαμάκη, 2001).

Οικονομική Αποστέρηση

Δεν είναι λίγοι αυτοί που πιστεύουν πως ο ακρογωνιαίος λίθος στη μετατροπή των κακοποιημένων γυναικών σε θύματα είναι οικονομικός. Με άλλα λόγια, πως αν οι γυναίκες ήταν οικονομικά ανεξάρτητες δεν θα παρέμεναν στις σχέσεις κακοποίησης τους. Το χρήμα όμως δεν προστατεύει τη γυναίκα από τη κακοποίηση. Ο μόνος τρόπος για να γίνει αντιληπτή η κακοποίηση των γυναικών από τον σύντροφό τους είναι να κατανοήσουμε την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ των οικονομικών παραγόντων και των ψυχολογικών δεσμών (Walker, 1989). Σπάνια η γυναίκα αισθάνεται την οικονομική σταθερότητα, ακόμη κι όταν είναι οικονομικά ανεξάρτητη. Αυτό συμβαίνει διότι το συναίσθημα που κυριαρχεί είναι ότι οι άνδρες έχουν τον έλεγχο των χρημάτων τους. Αν και οι ίδιες βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση όταν είναι παντρεμένες, συνήθως οι άνδρες τους κερδίζουν περισσότερα χρήματα αφού μισθολογικά ένας παντρεμένος άνδρας αμείβεται υψηλότερα από μια παντρεμένη γυναίκα και από έναν ανύπαντρο άνδρα, για την ίδια εργασία. Αυτή η διαφορά δικαιολογείται, συνήθως, από την ανάγκη που έχει ο άνδρας να στηρίζει οικονομικά την οικογένεια του. Ακόμη όμως και έτσι είναι δύσκολο να καταλάβουμε γιατί μια εύπορη γυναίκα παραμένει σε μια βίαιη συντροφική σχέση.

Τα οικονομικά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με δύο τρόπους σε μία σχέση κακοποίησης. Ένας τρόπος είναι να παγιδευτεί η γυναίκα στη σχέση από το φόβο πως εξαρτάται οικονομικά από τον σύντροφο της. Ο δεύτερος τρόπος είναι να χρησιμοποιηθεί το χρήμα σαν μέσο καταναγκασμού. Αυτός ο τρόπος χρησιμοποιείται σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα και είναι το ίδιο ισχυρός τόσο ανάμεσα σε χαμηλόμισθους όσο και ανάμεσα σε άτομα με καλύτερο βιοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Η οικονομική σταθερότητα των ζευγαριών στα οποία παρουσιάζονται κακοποιήσεις, αποτελεί συνήθως ένα μεγάλο πρόβλημα (Walker, 1989).

Κοινωνική Καταπίεση

Η χρήση της κοινωνικής καταπίεσης περιλαμβάνει ψυχολογικό καταναγκασμό. Η απειλή της σωματικής βίας είναι πάντα παρούσα. Αυτές οι γυναίκες δέχονται το μήνυμα πως, αν δεν υπακούσουν θα υποστούν σοβαρές συνέπειες. Ξέρουν πως κανείς δεν θα τις βοηθήσει και επιπλέον αισθάνονται πως κανένας δεν θα τολμούσε να συγκρουστεί με τους άντρες τους. Η κατάσταση είναι ακόμη πιο δύσκολη όταν ο δράστης έχει κάποιο επάγγελμα που υποτίθεται ότι προσφέρει εργασία στη γυναίκα: αστυνομικός, γιατρός, ψυχολόγος, δικηγόρος, πολιτικός. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γυναίκες ξέρουν πως αν ζητήσουν βοήθεια πρέπει να είναι έτοιμες για τη δημοσιότητα που θα επακολουθήσει και για την πιθανή καταστροφή της καριέρας του (Walker, 1989:178).

Σε όλες σχεδόν τις κοινωνικές ομάδες οι δράστες συνήθως αποφασίζουν για τις φίλες των γυναικών τους. Οι κακοποιημένες γυναίκες απομονώνονται από τις φίλες τους, ιδιαίτερα εκείνες που οι άνδρες νομίζουν πως τις επηρεάζουν. Πολλές γυναίκες διαλέγουν τον δρόμο της απομόνωσης προκειμένου να αποφύγουν τα επεισόδια κακοποίησης. Σιγά-σιγά χάνουν τις κοινωνικές επαφές τους και μένουν συνέχεια στο σπίτι. Βρίσκονται όλο και περισσότερο μόνες με τους δράστες και εξαρτώνται από αυτούς. Όσο περισσότερο μένουν με τους δράστες, τόσο κλιμακώνονται οι κακοποιήσεις (Walker, 1989:178).

Όσο η κοινωνική απομόνωση μεγαλώνει τόσο η γυναίκα αισθάνεται περισσότερο αβοήθητη και ανίσχυρη. Μετά από μια περίοδο τέτοιας ολοκληρωτικής αδυναμίας, ακόμα και αν η γυναίκα διαλύσει το σπίτι της, νιώθει ανίκανη να δράσει μόνη της. Μισεί τον εαυτό της γιατί δεν μπορεί να κάνει τίποτα. Ερμηνεύει την κατάθλιψη της ως τεμπελιά. Το μόνο που προσπαθεί είναι να ελαχιστοποιήσει τους πόνους και τα βάσανα της. Η μετατροπή της σε θύμα έχει συντελεστεί. Μερικές φορές αγωνίζονται εναντίον της κατάθλιψης τους μέχρι το τέλος. Σε πολλές περιπτώσεις η

αυτοκτονία μοιάζει να είναι η μόνη εναλλακτική δυνατότητα ενώ σε πολλές περιπτώσεις η παραμονή σε τέτοιες βίαιες καταστάσεις έχει τη μορφή της αυτοκαταστροφής (Walker, 1989:178).

Ο Κύκλος της Βίας

Σύμφωνα με την έρευνα της Lenore E. Walker η κακοποιημένη γυναίκα και η βίαιη σχέση δεν αποτελούν σταθερή ακολουθία. Η βία σε αυτές τις σχέσεις δεν εμφανίζεται τυχαία και κατ' εξακολούθηση. Κάθε άλλο, η βία ακολουθεί έναν κύκλο συμβάντων, ένα συγκεκριμένο σχήμα σύμφωνα με το οποίο η ένταση είναι συνεχώς αυξανόμενη ωστόσο συμβεί ένα οξύ περιστατικό κακοποίησης, ενώ στη συνέχεια ο δράστης είτε εκδηλώνει συμπεριφορά μεταμέλειας, είτε παύει απλώς να κακοποιεί την γυναίκα για ένα χρονικό διάστημα. Φυσικά, κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και κάθε ζευγάρι ακολουθεί τον δικό του μοναδικό σχήμα στον κύκλο της βίας. Ο κύκλος της βίας εμφανίζεται να έχει τρεις διακριτές φάσεις, που ποικίλουν σε χρόνο και ένταση, όχι μόνο σε διαφορετικά ζευγάρια αλλά και στο ίδιο το ζευγάρι (Σπανού,2005).

Σύμφωνα με την Walker (1989) οι τρεις διακριτές φάσεις είναι οι εξής:

- Η φάση δημιουργίας της έντασης
- Η έκρηξη ή το επεισόδιο κακοποίησης
- Η φάση ηρεμίας ή περίοδος αγάπης

Το πόσο χρόνο παραμένει ένα ζευγάρι σε κάθε μία από τις φάσεις αυτές ποικίλει και επηρεάζεται από διάφορα γεγονότα της ζωής του ζευγαριού. Ωστόσο, ο κύκλος αυτός βοηθά να εξηγήσουμε το πώς η κακοποιημένες γυναίκες μετατρέπονται σε θύματα, πώς αποκτούν το αίσθημα αδυναμίας και γιατί δεν προσπαθούν να

ξεφύγουν, αφού μας προσφέρει μια σφαιρική εικόνα για τη δυναμική της ενδοοικογενειακής βίας στην κοινωνία μας και για την ψυχολογία που αποκτά μια γυναίκα στα πλαίσια μιας σχέσης κακοποίησης από το σύντροφο της.

Φάση πρώτη: Δημιουργία της έντασης

Στη διάρκεια της φάσης αυτής συμβαίνουν κάποια μικρά επεισόδια βίας, όπως χαστούκια, τσιμπιές, ελεγχόμενο χυδαίο λεξιλόγιο και ψυχολογικός πόλεμος. Εδώ, αρχικά και τα δύο μέλη της σχέσης έχουν τον έλεγχο της κατάστασης, από την άποψη ότι καθοδηγούν και επιλέγουν την αντίδραση τους. Στη φάση αυτή, οποιαδήποτε απρόσμενη κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην κλιμάκωση της βίας και να προκαλέσει έκρηξη. Η χειρότερη πλευρά αυτής της πρώτης φάσης είναι η ψυχική αγωνία. Σταδιακά οι γυναίκες εξουθενώνονται από το συνεχές άγχος και αποσύρονται συναισθηματικά. Ο δε σύντροφος, οργισμένος με αυτή τη συναισθηματική αδυναμία και λιγότερο διατεθειμένος για συμβιβασμό εξαιτίας της, γίνεται όλο και πιο καταπιεστικός και βάνανσος. Έτσι, σε κάποιο σημείο, και συχνά με τρόπο απρόβλεπτο, η κατάσταση γίνεται ανεξέλεγκτη και έρχεται οξύ περιστατικό κακοποίησης (Walker, 1989).

Φάση Δεύτερη: Η έκρηξη

Η δεύτερη φάση του κύκλου είναι συντομότερη από την πρώτη και την τρίτη. Συνήθως διαρκεί από δύο ως είκοσι τέσσερις ώρες, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις όπου η γυναίκα βιώνει μια σταθερή περίοδο τρόμου για μια εβδομάδα ή και περισσότερο. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη έκρηξη των εντάσεων που έχουν δημιουργηθεί στην πρώτη φάση, η βία εξελίσσεται σε μένος, βανανυσότητα η οποία προκαλεί σωματικές βλάβες και καμιά φορά θάνατο. Ωστόσο,

δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί το είδος της βία που θα επικρατήσει στην διάρκεια της. Η αδυναμία πρόβλεψης και η έλλειψη του ελέγχου και από τους δύο συντρόφους είναι τα χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν αυτή τη φάση από την προηγούμενη (Walker, 1989, 1997).

Φάση τρίτη: Ευγενική και μεταμελημένη συμπεριφορά

Η ακριβής χρονική διάρκεια της φάσης αυτής δεν έχει ακόμα καθοριστεί. Συνήθως είναι μεγαλύτερη από αυτή της δεύτερης αλλά μικρότερη της πρώτης. Η περίοδος αγάπης είναι αυτή που επιθυμούν περισσότερο οι κακοποιημένες γυναίκες και γι'αυτό δεν είναι σπάνιο φαινόμενο οι γυναίκες να αναπτύσσουν δεξιότητες προκειμένου να διατηρήσουν αυτή τη φάση για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Όταν συμβαίνει αυτό, τότε στην πρώτη περίοδο του νέου κύκλου συχνά χάνουν το έλεγχο του καταπιεσμένου θυμού τους και τραυματίζουν σοβαρά τον σύντροφο τους (Walker, 1989, 1997).

Όπως επισημαίνουν και οι R. E. Dobash & R. Dobash (1979), πρέπει να γίνει πλήρως ότι δεν μπορούμε να μιλάμε για ένα βίαιο επεισόδιο με αρχή, μέση και τέλος αλλά για μια βίαιη σχέση εξελίσσεται μέσα σε ατέρμονο κύκλο βίας. Ως εκ τούτου οι ελπίδες και οι προσδοκίες της κακοποιημένης γυναίκας ότι θα καταφέρει να αλλάξει τον σύντροφο της καθώς και η πεποίθηση του ίδιου ότι δεν ήθελε να τραυματίσει την γυναίκα που αγαπά αλλά να της δώσει ένα μάθημα και έχασε τον έλεγχο, είναι η κυρίαρχη τρόποι με τους οποίους εξαπατούν τα δύο μέλη, τον εαυτό τους και παγιδεύονται σε μια βίαιη συντροφικότητα. Πολλές από τις κακοποιημένες γυναίκες πιστεύουν πως αυτές είναι το μόνο στήριγμα του βασανιστή τους και ότι είναι υπεύθυνες για τη συναισθηματική σταθερότητα και την πνευματική του υγεία. Η αλήθεια, είναι όμως, ότι οι πιθανότητες να αλλάξει και να επιδιώξει επαγγελματική βοήθεια ο δράστης θεωρούνται μηδαμινές, ιδιαίτερα εάν η γυναίκα επιλέξει να μείνει

μαζί του. Συνήθως, εκείνος ζητά βοήθεια μόνο στην περίπτωση της εγκατάλειψης από την σύζυγο/σύντροφο του, και αυτό, τις περισσότερες φορές λειτουργεί απλώς ως μέσο για να την ξαναφέρει πίσω (Walker, 1989, 1997).

Χαρακτηριστικά του Δράστη και του Θύματος της Σεξουαλικής Βίας-Επιθετικότητας

Χαρακτηριστικά δράστη της σεξουαλικής βίας-επιθετικότητας

Οι Hall και Hirschman (1991), στα πλαίσια της θεωρίας των τεσσάρων παραγόντων που ανέπτυξαν, όρισαν ως κύριες παραμέτρους της σεξουαλικής βίας:

- τη σεξουαλική διέγερση,
- τη διαδικασία αντίληψης,
- τη δυσκολία ελέγχου συναισθημάτων,
- τα προβλήματα προσωπικότητας.

Η πλέον ενδιαφέρουσα παράμετρος είναι αυτή που αφορά τις διαδικασίες αντίληψης, η οποία χαρακτηρίζεται από διαστρεβλωμένες στάσεις και απόψεις σχετικά με τους ρόλους της γυναίκας στο σεξ και τη συμπεριφορά της. Η παράμετρος αυτή είναι ίσως η πλέον συχνή και η πλέον εμφανής στην κατάληξη της διαδικασίας του βιασμού (Koss, 1985, Koss et al., 1987).

Σε γενικές γραμμές, οι βιαστές, τουλάχιστον αυτοί οι οποίοι έχουν φυλακιστεί για το αδίκημα του βιασμού, δεν φαίνεται να διαφέρουν από τα άτομα με άλλου τύπου παραπτωματικότητα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι και οι δύο ομάδες προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν σταματήσει την εκπαίδευση στο γυμνάσιο, παρουσιάζουν ασταθές επαγγελματικό ιστορικό, συνήθως ως ανειδίκευτοι,

εμφανίζουν ομοιότητες στο ψυχιατρικό ιστορικό και γενικά στην κοινωνική επιδεξιότητα, με εξαίρεση την ανοικτότητα.

Πα' όλα αυτά, έχουν βρεθεί κάποιες ουσιαστικές διαφορές μεταξύ βιαστών και παιδόφιλων, οι οποίες σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά τόσο της ενήλικης φάσης, όσο και της προηγούμενης αναπτυξιακής φάσης. Οι βιαστές, σε σχέση με τους παιδόφιλους τείνουν να είναι νεότεροι σε ηλικία, να έχουν τελειώσει γυμνάσιο, να επιβάλλονται (επιθετικοί) παρά να τους επιβάλλονται (παθητικοί), καθώς και να έχουν παντρευτεί ή να έχουν συσχετιστεί με γυναίκα για τουλάχιστον ένα χρόνο (Christie et al., 1979), ενώ τείνουν λιγότερο να εμφανίζουν πνευματική καθυστέρηση ή κάποιο οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο (Henn, Herjanic, Vanderpearl, 1976, Swanson, 1968).

Κατά τα στάδια της ανάπτυξης, οι βιαστές σε σχέση με τους παιδεραστές, έχουν την τάση να προέρχονται από μη χωρισμένους γονείς, να μην έχουν συγγενείς με ψυχιατρικό ιστορικό, έχουν τις μισές πιθανότητες να έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, να μην έχουν εμφανίσει ιδιαίτερα σωματικά προβλήματα υγείας, αλλά να έχουν κακομεταχειριστεί ζώα και να έχουν παρουσιάσει προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο (Bard et al., 1987). Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι στην περίπτωση που ο βιαστής είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά, οι πιθανότητες να έχει διαπραχθεί η πράξη από τον πατέρα του θύματος μέσα σε ένα περιβάλλον με ιστορικό ψυχιατρικό, κατανάλωση οινόπνευματος και εξαρτησιογόνων ουσιών ή και ποινικό μητρώο είναι τριπλάσιες αυτών για ένα παιδεραστή (Segbon et al., 1987).

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των κοινών αναπτυξιακών παραμέτρων σε βιαστές και παιδόφιλους, οι Prentky et al. (1987) πρότειναν τέσσερις σημαντικούς παράγοντες:

- την αδιαφορία των ατόμων που τους φρόντισαν

- το ιστορικό διαβίωσης σε ιδρύματα
- τη σωματική κακοποίηση και αμέλεια
- και τη σεξουαλική κακοποίηση

Συσχετίζοντας κατόπιν τους τέσσερις αυτούς παράγοντες με τη σεξουαλική ή τη μη σεξουαλική επιθετικότητα που παρουσιάστηκε κατά την ενηλικίωση, βρέθηκε ότι η έλλειψη στοργής και η σεξουαλική παρέκκλιση στο οικογενειακό περιβάλλον σχετίζονταν με την ένταση της σεξουαλικής επιθετικότητας, ενώ το ιστορικό διαβίωσης σε ιδρύματα και η σωματική κακοποίηση σχετίζονταν με την ένταση της μη σεξουαλικής επιθετικότητας. Η εμπειρία λοιπόν της σεξουαλικής κακοποίησης και η ποιότητα των πρώιμων διαπροσωπικών σχέσεων ενός ατομικού παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της κακοποίησης (Marshall, 1989a., Ward, Hudson, Marshall, Siegert, 1995).

Ακόμη, η κατάχρηση και η εξάρτηση από οινόπνευματώδη ποτά ή άλλες ουσίες επικρατούν μέχρι και στο 70% των βιαστών, ενώ στο ένα τρίτο διαγιγνώσκεται καταθλιπτική διαταραχή (Hillbrand, Foster, Hirt, 1990). Οι Seghorn et al. (1987) αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής διαταραχής: 7% σχιζοφρένεια, 2% σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, 3% μείζων κατάθλιψη, και 6% οργανικό ψυχοσύνδρομο. Θεωρείται πολύ πιθανό ότι τα ποσοστά αυτά να είναι υψηλότερα από το μέσο όρο του συνολικού πληθυσμού των φυλακών (Hudson, Murrow, 1997).

Τα σπουδαιότερα στοιχεία από το ιστορικό ενός ατόμου που κατηγορείται για βιασμό είναι:

- Οικογενειακό ιστορικό: Η οικογένεια παρέχει το βασικό πλαίσιο μαθησιακή ανάπτυξης. Έχει ταυτοποιηθεί ένας αριθμός οικογενειακών παραγόντων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σεξουαλικής

επιθετικότητας. Διαπροσωπικοί παράγοντες, όπως αρνητικές και απομακρυσμένες σχέσεις με γονείς, ασταθής, ή αμελής φροντίδα, απώλεια γονέως, λόγω θανάτου, χωρισμού ή διαζυγίου και υψηλή συχνότητα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, χαρακτηρίζουν τις πρώιμες παιδικές εμπειρίες πολλών σεξουαλικών παραπτωμάτων (Fagen, Wexler, 1988, Prenky et al., 1989, Ryan, Lane, 1991, Segborn et al., Tingle et al., 1986).

- Ιστορικό εκπαίδευσης: Οι βιαστές τείνουν να εγκαταλείπουν το σχολείο τους (Bard et al., 1987), αν και η εκπαιδευτική τους εξέλιξη μπορεί να ποικίλει αρκετά. Οι νοητικές ικανότητες είναι ευνόητο ότι επηρεάζουν την πορεία της θεραπείας.
- Εργασιακό ιστορικό: Η ύπαρξη σταθερού εργασιακού ιστορικού τείνει να προστατεύει από την ανάπτυξη εγκληματικής συμπεριφοράς (Bartol, 1991). Πράγματι, οι βιαστές τείνουν να έχουν ασταθές εργασιακό ιστορικό σε ανειδίκευτες εργασίες (Bard et al., 1987).
- Κοινωνικό ιστορικό: Τα άτομα που έχουν ιστορικό διαταραγμένης προσκόλλησης με τα άτομα που τους έχουν αναθρέψει είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν δυσλειτουργικές σχέσεις και σε άλλους τομείς (Hazan, Shaver, 1994). Έχοντας υπόψη τις προαναφερθείσες διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι βιαστές παρουσιάζουν προβληματικό κοινωνικό ιστορικό. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί χαμηλό επίπεδο συναισθηματική εμπλοκής με τους συναδέλφους τους (Blaske et al., 1989), ενώ το 86% είχαν ελάχιστους ή καθόλου φίλους κατά τη νεαρή ηλικία (Tingle et al., 1986).

- Σεξουαλικό ιστορικό: Η έρευνα έχει αποκαλύψει μία σειρά κοινών στοιχείων στο σεξουαλικό ιστορικό των βιαστών. Για παράδειγμα, οι άνδρες που παρουσιάζουν σοβαρή σεξουαλική επιθετικότητα φαίνεται να έχουν πιο πρώιμες και συχνές σεξουαλικές εμπειρίες (Koss, Dinero, 1989) και πιο χαλαρές πεποιθήσεις για τη σεξουαλικότητα (Marshall, 1989). Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις για αυξημένη συνοσηρότητα με παραφιλίες (Freund, 1990, Marshall et al., 1991), καθώς και αυξημένη ενασχόληση με τη πορνογραφία (Carter et al., 1987, Cool et al., 1971, Goldstein et al., 1971). Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένας σημαντικός αριθμός βιαστών έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά κατά την παιδική ηλικία ή υπήρξαν μάρτυρες παρεκκλίνουσας σεξουαλικής δραστηριότητας (Burgess et al., 1988, Dhawan, Marshall, 1996). Δεν παρουσιάζουν όμως σεξουαλική επιθετικότητα όλοι αυτοί που έχουν κακοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει την ύπαρξη και άλλων παραγόντων που μεσολαβούν στη πορεία ανάπτυξης σεξουαλικής επιθετικότητας. Η επιθυμία να εξευτελίσει το θύμα, η έλλειψη ικανότητας ενσυναισθησίας και ταυτοποίησης με τους άλλους έδειξαν να αποτελούν τέτοιους παράγοντες (Finkelhor, 1984).

Τα σπουδαιότερα σημεία από την ψυχολογική εκτίμηση ενός ατόμου που κατηγορείται για βιασμό είναι:

- Άρνηση/ Αντίληψη της Υπευθυνότητας: Πολλοί βιαστές αρνούνται την ανάληψη ευθύνης της εγκληματικής τους πράξης (Maletzky, 1996). Οι σεξουαλικοί παραπτώματιες αρνούνται συχνά όλες τις πλευρές της κατηγορίας χωρίς μάλιστα να αντιπαραθέτουν σοβαρά επιχειρήματα. Τείνουν σταθερά να ελαχιστοποιούν την έκταση της διάπραξης και τις

συνέπειες αυτής. Συχνά επίσης αποδίδουν τη διάπραξη σε άλλους παράγοντες, όπως κατάχρηση αλκοόλ, προβλήματα γάμου ή ψυχολογική ένταση, ενώ είναι συχνά επίσης η άρνηση κάθε πιθανής μελλοντικής διάπραξης. Επιπλέον, της άρνησης και της ελαχιστοποίησης, οι βιαστές παρουσιάζουν διαστροφή στην αντίληψη της συμπεριφοράς των θυμάτων, γεγονός που ενισχύει την στάση τους να δικαιολογούν τη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, βλέπουν το ντύσιμο των θυμάτων τους ως προκλητικό και δυσκολεύονται να δουν την κατάσταση από την πλευρά των θυμάτων (Scully, 1988).

- **Ενσυναισθησία:** Η έλλειψη ενσυναισθησίας (empathy) έναντι των θυμάτων και η αδυναμία ή άρνηση κατανόησης του μεγέθους του τραύματος που προκαλεί η σεξουαλική κακοποίηση, αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά των σεξουαλικών παραπτώματιών (Ward et al., 1995). Οι βιαστές συχνά είναι ανίκανοι να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων ή να δείξουν ενσυναισθησία στα θύματά τους (Abel et al., 1985, Rice et al., 1994, Scully, 1988). Σε αντιδιαστολή, σε παραπτώματιες, βρέθηκε στενή σχέση μεταξύ ενσυναισθησίας και θυμάτων βιασμού (Deitz et al., 1982).
- **Κοινωνικές δεξιότητες:** Ο βιασμός είναι ένα έγκλημα κατά της προσωπικότητας και για το λόγο αυτό επικρατεί η άποψη ότι το επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς (Ward et al., 1997). Παλαιότερες αλλά και πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι βιαστές παρουσιάζουν αρκετά κοινά στοιχεία στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υπολείπονται σε κοινωνικού τύπου δεξιότητες (Segal,

Marshall, 1985) και στην αντίληψη των συνεπειών μιας ενέργειας (Lipton et al., 1987), παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, σε συνθήκες εργαστηρίου, όταν τους ζητείται να παίξουν ανταγωνιστικό ρόλο (Overholser, Beck, 1986), παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα όταν σχετίζονται με γυναίκες (Clark, Lewis, 1977, Laws, Serber, 1975) και δείχνουν έλλειψης αγωνιστικής διάθεσης σε ετεροσεξουαλικές καταστάσεις (Stermac, Quinsey, 1986).

Τα σπουδαιότερα σημεία του σεξουαλικού ιστορικού ενός βιαστή είναι:

- Ερωτικές σχέσεις: Αρκετοί ερευνητές παρατήρησαν ότι οι σεξουαλικοί παραπτωματίες είναι κοινωνικά απομονωμένοι με λίγες στενές ερωτικές σχέσεις (Fagan, Wexler, 1988, Marshall, 1989, Tingle et al., 1986). Εκείνοι μάλιστα οι σεξουαλικοί παραπτωματίες που έχουν πολλές σχέσεις, τις περιγράφουν σαν επιφανειακές (Marshall, 1989). Σε φυλακισμένους για σεξουαλική παραπτωματοκότητα βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα, ενώ ειδικότερα, οι φυλακισμένοι για αιμομιξία παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα φόβου ανάπτυξης στενής ερωτικής σχέσης, συγκρινόμενα ξεχωριστά με βιαστές και με μη σεξουαλικούς παραπτωματίες, ενώ οι βιαστές παρουσιάζουν χαμηλότερη επιθυμία στενής σχέσης με άνδρες και με μέλη της οικογένειας τους, συγκρινόμενοι με τους παιδόφιλους (Bumby, Marshall, 1994).

Χαρακτηριστικά θύματος σεξουαλικής βίας-επιθετικότητας

Η περιγραφή των χαρακτηριστικών του θύματος μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό να ώστε να διευκρινίσει τον προτιμώμενο στόχο των βιαστών. Η εκτίμηση θα

πρέπει αρχικά να εστιάζεται στα μείζονα δημογραφικά χαρακτηριστικά του θύματος, όπως την ηλικία, το φύλο και την πιθανή ευαλωτότητα λόγω ανικανότητας ή αναπηρίας. Οι Katz και Mazur, βασιζόμενοι σε υποθέσεις βιασμού που είχαν αναφερθεί στην αστυνομία, διαπίστωσαν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συνδέονται περισσότερο με την αύξηση των πιθανοτήτων βίαιης σεξουαλικής θυματοποίησης. Αυτά είναι:

- Το φύλο: Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους άνδρες.
- Η ηλικία: Οι έφηβοι (13 έως 19 ετών) και οι νεαροί ενήλικες (κάτω των 25 ετών) είναι ομάδες υψηλού κινδύνου, σε σχέση με τα παιδιά και τους ώριμους ενήλικες (άνω των 25 ετών).
- Η φυλή: Οι μαύροι κάθε ηλικίας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους λευκούς.
- Η γαμική θέση: Οι ανύπαντρες γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σχέση με τις παντρεμένες.
- Η κοινωνικό-οικονομική θέση: Οι γυναίκες των κατώτερων τάξεων αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σχέση με τις γυναίκες των μέσων και των ανώτερων.
- Η απασχόληση: Όλες οι γυναίκες ανεξάρτητα από την απασχόλησή τους είναι ευάλωτες στο βιασμό, ωστόσο οι φοιτήτριες φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (Τσιγκρή, 2001).

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω οι γυναίκες που ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να βιαστούν, σε σχέση με τις γυναίκες των μέσων και ανώτερων τάξεων. Ωστόσο, αφού οι περισσότερες μελέτες βασίζονται σε υποθέσεις βιασμού που έχουν αναφερθεί στην αστυνομία, μπορεί να δικαιολογηθεί η υπόθεση ότι οι περισσότεροι μη-αναφερόμενοι βιασμοί έχουν ως θύματα λευκές γυναίκες, που ανήκουν στα μεσαία στρώματα και ότι το συγκεκριμένο έγκλημα αφορά όλες τις κοινωνικές τάξεις.

Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι τα θύματα που ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις αναφέρουν συχνότερα το έγκλημα στην αστυνομία, σε σύγκριση με τα θύματα των μεσαίων και ανώτερων. Μια πιθανή εξήγηση αυτού του γεγονότος είναι ότι τα θύματα αυτά έχουν τα οικονομικά, καθώς και τα άλλα μέσα για να ξεπεράσουν την κρίση χωρίς να εμπλακούν στη δυσάρεστη περιπέτεια των ποινικών διαδικασιών. Τα περισσότερα θύματα των ανωτέρων κοινωνικό-οικονομικών τάξεων αναφέρουν το βιασμό τους σε ιδιωτικούς γιατρούς, οι οποίοι δεν υποχρεούνται να αναφέρουν το έγκλημα στην αστυνομία. Μια έρευνα σε ιδιωτικούς γιατρούς αποκάλυψε ότι η πλειοψηφία (57%) των θυμάτων, που τους προσφέρθηκε ιδιωτική ιατρική φροντίδα, ανέφεραν στην αστυνομία τις σεξουαλικές επιθέσεις που είχαν δεχθεί. Σε άλλη έρευνα, 15% των υποθέσεων, αυτή η πληροφορία ήταν άγνωστη στο γιατρό και αναμφίβολα ένα σημαντικό ποσοστό των θυμάτων αυτής της κατηγορίας είχε αναφέρει το έγκλημα στην αστυνομία.

Η Walker (1989), περιγράφει επίσης ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά κακοποιημένων γυναικών. Κάποια από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι, η χαμηλή αυτοεκτίμηση όπου εξαιτίας αυτής, υποτιμούν την ικανότητά τους στο να κάνουν οτιδήποτε, αμφιβάλλουν για την επάρκειά τους και υποβαθμίζουν οποιαδήποτε

επιτυχία τους. Ακόμη, διακατέχονται από έναν συντηρητισμό, έχουν έντονες αντιδράσεις λόγω στρες με ψυχοσωματικά συμπτώματα κ.α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η βία ενάντια στη γυναίκα όχι μόνο καταπατεί το δικαίωμα αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί παθολογίες στην ζωή της. Μερικές από τις επιπτώσεις της βίας έχουν άμεση επίδραση στην φυσική, ψυχολογική και κοινωνική της κατάσταση ενώ άλλες είναι πιο μακροχρόνιες. Οι επιπτώσεις της βίας επηρεάζουν το θύμα αλλά και όσους βιώνουν την βία στο περιβάλλον του θύματος. Μερικές γυναίκες μάλιστα, ανάλογα με το βαθμό, τη διάρκεια και τη μορφή βίας που υπόκεινται δεν καταφέρνουν ποτέ να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις αυτές.

Στη σωματική υγεία

Οι τραυματισμοί στις γυναίκες που προέρχονται από τη συντροφική βία είναι συχνά δριμύτατοι. Οι Berios και Grady (1991) αναφέρουν ότι το 13% των γυναικών που εισέρχονται στα νοσοκομεία για πείθαλψη μετά από ξυλοδαρμό χρειάζονται σημαντική ιατρική φροντίδα και ότι το 40% έχουν, ξανά αποταθεί για ιατρική φροντίδα με ίδια ή παρόμοια τραύματα. Όπως αναφέρουν οι Mullerman et al., (1996), τα πιο κοινά σημεία του σώματος που δέχονται τραυματισμούς οι γυναίκες στο σπίτι είναι το πρόσωπο, ο λαιμός, ο πάνω σωματικός κορμός, το στήθος και η κοιλιακή χώρα.

Οι πιο άμεσες συνέπειες στη σωματική υγεία είναι οι τραυματισμοί όπως ο οξύς και χρόνιος πόνος, κοψίματα, καψίματα, μελανώματα, διαστρέμματα, διασείσεις, σπασμένα κόκκαλα και δόντια, μυϊκοί και σκελετικοί τραυματισμοί, βλάβες στα μάτια και στα αυτιά (Grisso et al., 1991, Mullerman et al., 1996, Varvaro & Lasko, 1993). Παράλληλα, με τις άμεσες σωματικές κακώσεις, υπάρχουν και χρόνιες συνέπειες στο νευρολογικό, το μυϊκό, το ουροποιητικό, το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό και αναπαραγωγικό σύστημα όπως κολπικές εκκενώσεις, δυσπεψία, διάρροια ή

δυσκοιλιότητα, στομαχικά έλκη, σπαστική κολίτιδα, που φαίνονται να συνδέονται με μεγάλο βαθμό με το χρόνιο άγχος που δημιουργείται στα θύματα ως αποτέλεσμα βίας (Cascardi et al., 1992, Coker et al., 2000, McCauley et al., 1996, Plichta & Falik, 2001).

Στη σεξουαλική υγεία

Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις που έχει η συντροφική βία στη σεξουαλική υγεία του θύματος με συμπτώματα όπως ο ακαθόριστος πόνος στη λεκάνη, στα γεννητικά όργανα και στο στήθος, τα σοβαρά εμμηνορροιακά προβλήματα, οι μολύνσεις στο ουροποιητικό σύστημα, ο κολπικός ή κωλικός πόνος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως HIV/AIDS και οι υστεροεκτομές (Coker et al., 2000, McFarlane et al., 1996, Plichta & Falik, 2001).

Τα τραύματα μιας σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να είναι και γυναικολογικά: σχίσμο του κόλπου, εγκυμοσύνη, πρόωρες γέννες ή αποβολές, μολύνσεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αιμορροΐδες, ακράτεια ούρων και στέρηση (Russel, 1990).

Ανάμεσα στις αρνητικές συνέπειες της συντροφικής βίας εντάσσεται και η ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών υγείας εκ μέρους των θυμάτων, οι οποίες μπορούν να θέσουν περαιτέρω κινδύνους για την υγεία τους. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές που έχουν επανειλημμένα συνδεθεί με τη συντροφική βία είναι η ανάμειξη σε διακινδυνευμένες σεξουαλικές συμπεριφορές (σεξ χωρίς προφυλάξεις, μειωμένη χρήση προφυλακτικού, πρόωγη έναρξη σεξουαλικών επαφών, επιλογή μη υγιών και πολλαπλών σεξουαλικών συντρόφων), η χρήση ή κατάχρηση βλαβερών ουσιών (τσιγάρο, ναρκωτικά, αλκοόλ), η οδήγηση έπειτα από κατανάλωση αλκοόλ, οι

ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές (δίαιτα, εμετούς, κατάχρηση διαιτητικών χαπιών) και η κατάχρηση υπηρεσιών υγείας (Roberts,1984).

Στην ψυχική υγεία

Οι ψυχολογικές συνέπειες περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης καθώς οι γυναίκες ζουν με ένα διαρκή φόβο. Είναι βέβαιες για την κακοποίηση αλλά δεν γνωρίζουν το πότε θα συμβεί ή ποιες πράξεις τους θα χρησιμοποιηθούν σαν δικαιολογία γι' αυτό. Το αποτέλεσμα είναι να βρίσκονται σε μία συνεχή επιφυλακή για ότι λένε ή κάνουν γνωρίζοντας πως κάθε τους ενέργεια μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα από το σύζυγο τους (Χατζηφωτίου,2005).

Το υπερβολικό άγχος επηρεάζει τα θύματα σε πολλά επίπεδα όπως στο σωματικό, συναισθηματικό, αντιληπτικό, συμπεριφορικό και χαρακτηρισιολογικό. Μπορεί να οδηγήσει σε πλήθος ψυχιατρικών διαταραχών όπως διαταραχές προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές, χρήση ουσιών και αυτό-καταστροφική συμπεριφορά (Dutton,1995, Van der Kolt et al., 1996).

Η απομόνωση, η έλλειψη προσωπικών επαφών, με τους φίλους και την οικογένεια, δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερο άγχος. Πολύ συχνά η απομόνωση επιβάλλεται από το σύντροφο περιορίζοντας την γυναίκα με την χρήση βίας, απειλών και στερώντας της την πρόσβαση σε βοήθεια ή ακόμα και ιατρική φροντίδα. Πολλές φορές βέβαια επιβάλλει η ίδια η γυναίκα την απομόνωση στον εαυτό της, εξαιτίας της ντροπής για αυτό που της συμβαίνει αλλά και της απροθυμίας της να το αποκαλύψει (Χατζηφωτίου, 2005).

Η βία και η διαρκής κριτική οδηγούν σε απώλεια του αυτοσεβασμού και της αυτοπεποίθησης. Αν μια γυναίκα ακούει συνέχεια ότι είναι ανάξια και άχρηστη μπορεί να το πιστέψει και να αρχίσει και να αρχίσει να κατηγορεί τον εαυτό της για

την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Μακροπρόθεσμα αρχίζει να πιστεύει ότι είναι τελείως ανίκανη για οποιαδήποτε αντίδραση και έτσι συνηθίζει σε μία κατάσταση παθητικής αντιμετώπισης και ένα αίσθημα πλήρους αδυναμίας. Επίσης, μια κακοποιημένη γυναίκα μπορεί να αισθάνεται ένοχη και να θεωρεί πως η δική της συμπεριφορά είναι υπεύθυνη για αυτό που της συμβαίνει. Αυτό είναι μία από τις συνέπειες που έχει στη συναισθηματική υγεία και σταθερότητα της γυναίκας η άδικη ευθύνη που συχνά της αποδίδεται για έναν αποτυχημένο γάμο (Χατζηφωτίου, 2005).

Τα μακροπρόθεσμα συμπτώματα είναι σημάδια και αλλαγές στην συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τις σχέσεις, την κοινωνική ζωή, τα προσωπικά χαρακτηριστικά, τις συνθήκες διαβίωσης και/ή την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Τα ψυχολογικά τραύματα του θύματος κακοποίησης εκδηλώνονται ως συμπτώματα ψυχικής διαταραχής, η οποία εντάσσεται στην διαγνωστική κατηγορία «Διαταραχή Μετά-τραυματικού Στρες» που συναντάμε στο D.S.M III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) και καλείται «Σύνδρομο Κακοποιημένης Γυναίκας» (Σπανού, 2005).

Μετατραυματικό στρες (PTSD) είναι μια ιατρική διάγνωση που αφορά μακροπρόθεσμα συμπτώματα που δημιουργούνται από επαναλαμβανόμενα συμβάντα που περιέχουν απειλές θανάτου, σοβαρούς σωματικούς τραυματισμούς ή απειλές για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Επαναλαμβανόμενες επιθέσεις, φυσική εγγύτητα με τον στρεσογόνο παράγοντα (=επιτιθέμενος, θύτης) και η αντίληψη ότι τα πράγματα είναι εκτός ελέγχου και πρόβλεψης από το, θύμα, αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης του μετατραυματικού στρες.

Στα παιδιά

Συνέπειες της συντροφικής κακοποίησης υπάρχουν και για τα παιδιά των θυμάτων, τα οποία είναι πιθανόν να υποστούν τραύματα κατά την διάρκεια περιστατικών συντροφικής βίας μεταξύ των γονέων τους. Υπάρχουν εκτιμήσεις σύμφωνα με τις οποίες το 50% των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης συνοδεύονται από παράλληλη βία προς την μητέρα των παιδιών (McKibben et al., 1989) αλλά ακόμη κι όταν τα παιδιά δεν είναι τα άμεσα θύματα, είναι πιθανόν να υποφέρουν σημαντικά από την μαρτυρία της βίας μεταξύ των γονιών τους. Αυτό έχει τεκμηριωθεί μέσα από αρκετές μελέτες που αναφέρουν ότι η μαρτυρία ή η προσωπική εμπειρία σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης συνδέεται με σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση κατά την ενήλικη ζωή (Diaz-Olavarrieta et al., 2001; Jewkes et al., 2002; Martin et al., 2002; Oriel & Fleming, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το οικολογικό μοντέλο αρχικά χρησιμοποιήθηκε στην παιδική κακοποίηση (Garbarino & Crouter, 1978) και σταδιακά στη νεανική βία (Tolan & Guerra, 1994) ενώ πρόσφατα οι ερευνητές το χρησιμοποίησαν για την κατανόηση της συντροφικής βίας (Chaulk & King, 1998, Heise, 1998) και της κακοποίησης των ηλικιωμένων (Schiamberg & Gans, 1999).

Το περισσότερο αποδεκτό μοντέλο ερμηνείας της βίας από το 1980 και μετά είναι το οικολογικό σύμφωνα με το οποίο τέσσερις ομάδες παραγόντων αλληλεπιδρούν δυναμικά. Οι τέσσερις ομάδες παραγόντων είναι:

- Τα ατομικά χαρακτηριστικά (του δράστη ή του θύματος)
- Η οικογένεια ή το μικροσύστημα
- Το εξωσύστημα ή η διευρημένη οικογένεια
- Το μακροσύστημα ή η κοινωνία

(Garbarino & Crouter, 1978)

Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά σύμφωνα με τον Carlson (1984) αυτά είναι:

- Η ηλικία (έφηβοι γονείς)
- Οικογενειακή κατάσταση (ανύπαντροι γονείς)
- Εκπαίδευση
- Εισόδημα

- Διαταραχές προσωπικότητας
- Χρήση ουσιών
- Ιστορικό βίας
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οικογένεια ή μικροσύστημα

Στον παράγοντα αυτό υπάγονται οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των δύο συντρόφων και της οικογένειας οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο για υποδοχή ή άσκηση βίας (Gelles, 1983).

Το εξωσύστημα ή η διευρυμένη οικογένεια

Σημαντικός είναι ο ρόλος του σχολείου, του περιβάλλοντος εργασίας, της γειτονιάς και οι πολιτικές του κράτους για την στήριξη των ατόμων με προβλήματα π.χ απουσία κοινωνικών δικτύων υποστήριξης ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως φτώχεια και ανεργία (Heise, 1998).

Το μικροσύστημα ή η κοινωνία

Στον τέταρτο και τελευταίο παράγοντα έχουν συνδεθεί με την κακοποίηση, οι σεξιστικές αντιλήψεις και τα στερεότυπα για τους ρόλους των δύο φύλων και η κυριαρχία του άντρα στην γυναίκα δηλαδή η θεώρηση της ως υποδεέστερη. Επίσης, στις κύριες πολιτισμικές αντιλήψεις που επικρατούν ευρέως στην κοινωνία και επηρεάζουν τη συχνότητα της συντροφικής βίας περιλαμβάνονται οι νόμοι, οι κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές και οι πολιτισμικές νόρμες (Heise, 1998).

Οι Ατομικές Προσεγγίσεις

Όσον αφορά τις ατομικές θεωρίες, κάποιες δίνουν έμφαση στην εξέλιξη και τα γενετικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν το άτομο στη βία και άλλες εστιάζουν στη δομή του εγκεφάλου, σε χημικές ανισορροπίες και σε ορμονικούς παράγοντες όπως η τεστοστερόνη. Άλλη ερμηνεία που έχει δοθεί είναι αυτή που αποδίδεται στην ψυχοπαθολογία του δράστη, ο οποίος είναι αδύναμος, με παθολογική ζήλεια, χαμηλή αυτοπεποίθηση και ανασφάλεια. Αυτές οι θεωρίες, έχουν δεχθεί έντονη κριτική, καθώς φαίνεται να μην είναι πλήρεις και δεν προσφέρουν πολλά στη βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της βίας (Χατζηφωτίου, 2005).

Οι Ψυχαναλυτικές ή Ψυχολογικές Προσεγγίσεις

Στην ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, διατυπώνεται η άποψη ότι ο άνθρωπος διαθέτει μία ιδιαίτερη επιθετική ορμή, την «ορμή του θανάτου ή της καταστροφής», αντίθετη από αυτή του «έρωτα». Η «ορμή του θανάτου» κατευθύνει τον άνθρωπο στον θάνατο της ζωντανής ύπαρξης. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η επιθετικότητα είναι μία ανεξάρτητη ορμή του ατόμου, η οποία αναλογικά με τις άλλες ορμές, του «έρωτα» και του «Εγώ», εξωτερικεύεται εναντίον άλλων ατόμων ή αντικειμένων αλλά και εναντίον του ίδιου του ατόμου (Ζάχαρης, 2003).

Μία άλλη θεωρία, συγγενής της θεωρίας του Freud, είναι η θεωρία του πεπρωμένου, του ψυχαναλυτή L. Szondi. Σύμφωνα με αυτήν, υπάρχουν στον άνθρωπο δύο αντίρροπες δυνάμεις, αυτή που τον ωθεί να φονεύει, βρισκόμενος σε παροξυσμική κατάσταση κι εκείνη που τον ωθεί να επιβάλλει το νόμο κατά του φόνου. Ο Szondi αναφέρει ότι στον άνθρωπο συνυπάρχουν το κακό και το καλό, τα

οποία αλληλοσυμπληρώνονται. Η συμπεριφορά του ανθρώπου καθορίζεται και από εξωγενείς, κληρονομικούς παράγοντες (Ζάχαρης, 2003).

Η μιμητική μάθηση του Bandura δεν περιέχει την έννοια της ενίσχυσης. Στη θεωρία αυτή η μάθηση πραγματοποιείται από την παρατήρηση της συμπεριφοράς ενός προτύπου και τη μίμηση της ίδιας της συμπεριφοράς. Η μίμηση της συμπεριφοράς ενός προτύπου συνήθως γίνεται ασυνείδητα (Γατσάς, 2006). Άλλοι ερευνητές των ατομικών και των ψυχολογικών θεωριών αποδίδουν την ανδρική βία σε πτυχές της προσωπικότητας ή της συμπεριφοράς του θύματος, μια κλασική περίπτωση ενοχοποίησης του θύματος. Γενικά, και αυτή η θεωρία αποδοκιμάστηκε από τον ευρύ επιστημονικό και ερευνητικό χώρο (Χατζηφωτίου, 2005).

Οι Κοινωνικές-Δομικές Προσεγγίσεις

Μία άλλη θεωρία είναι αυτή της κοινωνικής μάθησης, η οποία ενώ επικεντρώνεται ατομικά στους δράστες, εισάγει ένα κοινωνικό στοιχείο προσπαθώντας να εξηγήσει την βία ως επίκτητη συμπεριφορά. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως «διαγενετική μεταβίβαση βίας». Αυτό που στοχεύει να δείξει η συγκεκριμένη θεωρία, είναι ότι όσοι γίνονται μάρτυρες βίας ανάμεσα στους γονείς τους ή βίωσαν οι ίδιοι τη βία ως παιδιά, καταφεύγουν στη βία ως ενήλικες (Strauss et al., 1980). Η συγκεκριμένη θεωρία, επιβεβαιώνεται μέσα από πειράματα, αλλά και από τα αποτελέσματα πολιτιστικών και ανθρωπολογικών ερευνών που δείχνουν ότι η άποψη για τη φυσική επιθετική τάση των ανθρώπων ανατρέπεται, αφού βρέθηκαν πολιτισμοί χωρίς επιθετική συμπεριφορά, όπως οι Γροιλανδοί Εσκιμώοι και οι Arapesh, και μάλιστα στις γλώσσες τους απουσιάζουν οι υβριστικές λέξεις (Παπαδόπουλος, 1992).

Οι Φεμινιστικές Προσεγγίσεις

Οι φεμινιστικές ερμηνείες της ενδοοικογενειακής βίας είναι καθαρά πολιτικής φύσης. Στον πυρήνα των φεμινιστικών ερμηνειών βρίσκεται η άποψη ότι η βία είναι μια αντανάκλαση των σχέσεων που δεν είναι ισότιμες από άποψη εξουσίας: η ενδοοικογενειακή βία αντανακλά την άνιση δύναμη των ανδρών και των γυναικών στην κοινωνία, καθώς και στις προσωπικές σχέσεις. Η ανδρική βία ή απειλή θεωρείται ως μέσο για τον έλεγχο των γυναικών και για τη διατήρηση της κυριαρχίας των ανδρών και της υποταγής των γυναικών. Οι φεμινιστικές αναλύσεις έχουν συμβάλει πολύ στην κατανόηση της ενδοοικογενειακής βίας εξετάζοντας την από τη σκοπιά της εξουσίας στη συντροφική σχέση, και της γενικότερης θέσης των γυναικών στην κοινωνία. Το κύριο μήνυμα του φεμινιστικού μοντέλου είναι ότι η βία θα συνεχίσει όσο αρνούνται στις γυναίκες την ισότητα δικαιωμάτων με τους άνδρες (Χατζηφωτίου, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Νομικό Πλαίσιο στον Διεθνή Χώρο

Το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών απασχολήσε έντονα τη διεθνή κοινότητα. Από τη δεκαετία του 1980, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως και οι δημόσιοι, ιδιωτικοί φορείς, ενέτειναν τις προσπάθειες και τον ενδιαφέρον για τις κακοποιημένες γυναίκες όπου μέχρι εκείνο το σημείο, οι περισσότερες κυβερνήσεις, θεωρούσαν την κακοποίηση της γυναίκας, σαν ιδιωτικό θέμα μεταξύ των ατόμων και όχι ως ένα κυρίαρχο πρόβλημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που απαιτεί την κρατική παρέμβαση.

Η νομοθεσία αποτελεί τον δείκτη του βαθμού συναίσθησης της κρατικής ευθύνης και της πολιτικής βούλησης, για την αναγνώριση του προβλήματος της κακοποίησης των γυναικών από τους συντρόφους τους και τη δημιουργία νομικών μηχανισμών για προστασία και άμυνα των γυναικών, οι οποίες είναι θύματα αυτής της βίας. Παρόλο που τόσο ο ποινικός όσο και ο αστικός νόμος, αναφέρονται στις μορφές βίας που αναγνωρίζονται, στις πράξεις που αποτελούν βία και στα τυχόν μέτρα προστασίας, υπάρχει ένα τεράστιο χάσμα μεταξύ γράμματος και συγκεκριμένης εφαρμογής του νόμου. Ωστόσο, η νομοθεσία από μόνη της δεν διαθέτει δείκτη για τον τρόπο αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών, για την δομή των σχετικών μηχανισμών ή για τις δυνατότητες προσεγγίσεις του συστήματος εκ μέρους των γυναικών («Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο για τον έλεγχο προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών»).

Οι διεθνείς πολιτικές και δράσεις που οδήγησαν στην θέσπιση νόμων για την προστασία της κακοποιημένης γυναίκας είναι οι εξής (ιστορική αναδρομή):

- **Η πρώτη Συνθήκη για την αποβολή όλων των μορφών διάκρισης εναντίον των γυναικών έγινε το 1979, από την Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών**, όπου συνχά περιγράφεται ως διεθνής λογαριασμός των δικαιωμάτων για τις γυναίκες που καθορίζει ποια συμπεριφορά συνιστά διάκριση κατά των γυναικών και οργανώνει μία ημερήσια διάταξη για την εθνική δράση ούτως ώστε να πάψει να υφίσταται αυτή η διάκριση. Έως τον Μαίο του 2004 την Συνθήκη είχαν επικυρώσει, 177 κράτη μέλη (cedau.org.gr).
- **Τον Σεπτέμβριο του 1992**, η Επιτροπή Ηνωμένων Εθνών δημιούργησε μία ειδική ομάδα εργασίας και της έδωσε εξουσιοδότηση να συντάξει μία δήλωση σχεδίων σχετικά με τη βία ενάντια στις γυναίκες. Τον επόμενο χρόνο, η Επιτροπή Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα στο ψήφισμα 1993/46 3^{ης} Μαρτίου καταδίκασε όλες τις μορφές βίας και τις παραβιάσεις δικαιωμάτων που κατευθύνονται συγκεκριμένα ενάντια στις γυναίκες. Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, πολλά ήταν τα κράτη που έλαβαν σημαντικότερα μέτρα προς τη βελτίωση των νόμων σχετικά με τη βία ενάντια στις γυναίκες. Στην Αυστραλία π.χ καθιερώθηκε καθιερώθηκε Εθνική Επιτροπή για τη βία κατά των γυναικών με σκοπό να αναπτυχθεί κάποια πολιτική, να επιβληθεί νομοθεσία, να πραγματοποιηθεί κοινοτική εκπαίδευση για τη βία ενάντια στις γυναίκες, όπως επίσης και ο Καναδάς ενίσχυσε το νομικό του πλαίσιο για να παρέχει φιλοξενία στις κακοποιημένες

γυναίκες κ.α. (Law and legal issues στο human rights, questions and answers.gr).

- **Η Διάσκεψη κορυφής της Βιέννης το 1993**, για να αναγνωρισθούν τα δικαιώματα των γυναικών ως θεμελιώδη δικαιώματα, επειδή μέχρι τότε επικρατούσε η αντίληψη ότι η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αφορά μόνο τις σχέσεις του ατόμου με το Κράτος ή τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται στον δημόσιο χώρο, συνεπώς δεν αναγνωρίζονταν οι παραβιάσεις στον ιδιωτικό χώρο (Law and

legal issues στο human rights, questions and answers.gr).

- **Η 4^η Παγκόσμια Διάσκεψη για τις γυναίκες στο Πεκίνο το 1995**, κατά την οποία επιβεβαιώθηκε το γεγονός ότι οι γυναίκες πρέπει να χαίρουν πλήρως και ισότιμα όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών τους και αυτό να αποτελεί προτεραιότητα των Κυβερνήσεων και των Ηνωμένων Εθνών («4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, Κίνα, Σεπτέμβριος 1995: Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου»).

- **Η Ευρωπαϊκή κοινότητα και συγκεκριμένα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή,**

περιλαμβάνει το θέμα της βίας των γυναικών σε ένα από τα κύρια θέματα του πολιτικού προγράμματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στόχοι της είναι να συντονίζει τα κράτη-μέλη, να υποστηρίζει της Μ.Κ.Ο (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό, να περιορισθούν οι επιπτώσεις άσκησης βίας ενάντια στις γυναίκες κ.α. («4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, Κίνα, Σεπτέμβριος 1995: Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου»).

- **Το 1997**, το Ευρωπαϊκό Γυναικείο Λόμπι, ίδρυσε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πολιτικής και Δράσης για την κακοποίηση των γυναικών, το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της εθνικής και διεθνούς δράσης στον τομέα της κακοποίησης (Law and legal issues στο [human rights, questions and answers.gr](http://humanrights.questionsandanswers.gr)).
- **Οι διασκέψεις των διεθνών εμπειρογνομόνων στην Κολονία και τη Βιέννη, τον Δεκέμβριο του 1999**, πρότειναν ένα σύνολο 62 προτύπων και συστάσεων για το πώς θα καταπολεμηθεί η κακοποίηση γυναικών από τους άντρες. Μια 3^η διάσκεψη με θέμα τη βία κατά των γυναικών πραγματοποιήθηκε τον Νοέμβριο υπό την εποπτεία της φιλανδικής προεδρίας. Η εκστρατεία ολοκληρώθηκε με διάσκεψη που διοργανώθηκε σε συνεργασία με την πορτογαλική προεδρία, τον Μάιο του 2000. Όλες αυτές οι παραγωγικές διασκέψεις επηρέασαν την πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο θέμα της κακοποίησης των γυναικών (Law and legal issues στο [human rights, questions and answers.gr](http://humanrights.questionsandanswers.gr)).

Έτσι αποτέλεσμα των παραπάνω πρωτοβουλιών ήταν η θέσπιση νόμων που θα προστατεύουν την κακοποιημένη γυναίκα. Σχετικά λοιπόν με την διεθνή νομική πρακτική μπορούμε να αναφέρουμε ότι ισχύουν τα εξής:

- **Η Αυστριακή νομοθεσία**, θεωρεί για την ενδοοικογενειακή βία μοντέλο καλής πρακτικής. Θεσπίστηκε το 1994 και εξουσιοδοτεί την Αστυνομία να απομακρύνει τον δράστη των βίαιων πράξεων από την κατοικία του για ένα διάστημα των 7 ημερών. Το τοπικό δικαστήριο μπορεί να χορηγήσει μία προσωρινή δικαστική εντολή άμεσης εφαρμογής και διάρκεια 3 ετών, εάν το θύμα επιθυμεί να παρατείνει την περίοδο απομάκρυνσης. Μέσα από αυτό τον τύπο νομοθεσίας, όπου ο δράστης απομακρύνεται, επιτρέπει την αναστροφή του βάρους της απόδειξης και εξασφαλίζει στην γυναίκα τη συνεχή στήριξη με την καταχώρηση της περίπτωσης της στο ‘Σχέδιο παρέμβασης σε θέματα Οικογενειακής βίας’ της Αστυνομίας. Όμως, πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές απαλλάσσουν τις γυναίκες – θύματα βίας από το βάρος της απόδειξης, με αποτέλεσμα να αυξάνονται για τις γυναίκες οι πιθανότητες χρήσης δικαστικών μέτρων («Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο για τον έλεγχο προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών»).
- **Ο Ιταλικός Ποινικός Κώδικας και το άρθρο 572**, σχετικά με την κακομεταχείριση στο πλαίσιο της οικογένειας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει ένα σύνολο βίαιων, σωματικών, και ψυχολογικών ενεργειών, προβλέπει αναγκαία την ύπαρξη αποδεικτικών στοιχείων εναντίον του δράστη, τα οποία πρέπει να επιβεβαιώνουν την επανειλημμένη διάπραξη βίας, προκειμένου να ασκηθεί ποινική δίωξη (Βλάχου, 2003).
- **Στην Φιλανδία**, ο νόμος προβλέπει την απομάκρυνση του άντρα – δράστη κακοποίησης από το σπίτι, ενώ στη **Σουηδία**, η εκδήλωση βίας

στο πλαίσιο της οικογένειας, θεωρείται αξιόποινη πράξη («Ευρωπαϊκή Εκστρατεία κατά της βίας στην οικογένεια, ‘Σπάζοντας τη σιωπή’»).

- Στην **Ολλανδία**, έπειτα από πιέσεις της ‘Κοινότητα για ανεξάρτητη Κοινωνική Κατάσταση’, στην νομοθεσία συμπεριλήφθηκαν πρόσθετα κριτήρια για τη χορήγηση άδειας παραμονής, για ανθρωπιστικούς λόγους, στις γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία στο πλαίσιο της σχέσης τους και δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την απόκτηση ανεξάρτητης νομικής κατάστασης με πλήρη δικαιώματα («Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο για τον έλεγχο προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών»).
- Στο **Βερολίνο**, το Πρόγραμμα Παρέμβασης εναντίον της οικογενειακής βίας, συνέστησε μία λίστα ελέγχου για την καθοδήγηση της Αστυνομίας σχετικά με την βελτίωση των αστυνομικών στα περιστατικά βίας και στην στενή παρακολούθηση ανάλογων περιστατικών. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται οι υποθέσεις για τους δημόσιους κατηγορούς, οι οποίοι υιοθετούν της αναφορές της Αστυνομίας, χωρίς να απαιτούν την κατάθεση μηνύσεων εκ μέρους των γυναικών-θυμάτων («Προς ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο για τον έλεγχο προόδου στον αγώνα εναντίον της βίας κατά των γυναικών»).

Θα πρέπει να αναφέρουμε σχετικά με τον συζυγικό βιασμό συγκεκριμένα, ότι γύρω στο 1900, διωκόταν σε 43 κράτη, ενώ το 1/3 των κρατών στις Η.Π.Α κατήγγησαν την εξαίρεση του συζυγικού βιασμού. Όπως επίσης τον κατήγγησαν στο Ισραήλ, στον Καναδά, στη Σκωτία, στη Νέα Ζηλανδία, τμήμα της Αυστραλίας και πιο πρόσφατα στην Μεγάλη Βρετανία. Άλλα και σε πολλά κράτη τα ανώτατα δικαστήρια καταδίκασαν την εξαίρεση του συζυγικού βιασμού ως αντισυνταγματική αποστέρηση

των δικαιωμάτων για ισότητα των γυναικών. Αν ο βιασμός για μία άγαμη γυναίκα συνιστά έγκλημα, τότε η αρχή της ισότητας συνιστά έγκλημα και για μία έγγαμη γυναίκα (Allison, Wrightsman, 1993).

Εν κατακλείδι, σήμερα οι χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαθέτουν νομοθεσία και διαδοχικούς νόμους, για την βία εναντίον των γυναικών, οι οποίοι συμπληρώνουν τα κενά και βελτιώνουν συνεχώς το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Όλες αυτές οι χώρες, τιμωρούν τη σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική βία, είτε ως αυτοτελές ποινικό δίκαιο είτε ως επιβαρυντική περίσταση των βασικών αδικημάτων που προβλέπουν οι γενικές διατάξεις του ποινικού τους δικαίου, αλλά ακόμα έχουν ποινικοποιήσει τον συζυγικό βιασμό. Πολλές νομοθεσίες όπως εκείνες της Γερμανίας, Αυστρίας, Ισπανίας, Κύπρου, Ιρλανδίας, Βελγίου κ.α αναγνωρίζουν την δυνατότητα και υποχρέωση των ποινικών δικαστηρίων να διατάσσουν την απομάκρυνση του δράστη από την οικογενειακή στέγη μετά από αίτηση του θύματος, καθώς και άλλα περιοριστικά μέτρα όπως, απαγόρευση επικοινωνίας με το θύμα, απαγόρευση προσέγγισης του θύματος εντός συγκεκριμένης ακτίνας, απαγόρευση προσέγγισης των σχολείων των παιδιών κ.τ.λ.. Τέλος, κάποιοι νομοθέτες με βάση τη Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουν προβλέψει στις εθνικές νομοθεσίες τη δυνατότητα του θύματος να στραφεί κατά του κράτους αξιώνοντας από αυτό αποζημίωση, όταν ο δράστης είναι άγνωστος ή αφερέγγυος (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., 2005).

Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Για την Ελληνική Νομοθεσία, μέχρι το 1983, οριζόταν ο άντρας για τα οικονομικά της οικογένειας και ανέθετε στις γυναίκες τις οικιακές υποχρεώσεις. Ίσχυε

δηλαδή γενικότερα, ο άντρας στην παραγωγή και η γυναίκα στην αναπαραγωγή. Τα τελευταία όμως 50 χρόνια, η θέση της γυναίκας όσον αφορά τον κοινωνικό της ρόλο άλλαξε. Όροι όπως, ισότητα, δικαιώματα γυναικών, ίσες ευκαιρίες, συμμετοχή στην πολιτική ζωή, ίση μεταχείριση κ.α. αποτελούν πλέον ένα από τα σημαντικά σημεία της ημερήσιας διάταξης, της Εθνικής και Ελληνικής Νομοθεσίας. Ο νόμος που ουσιαστικά άλλαξε τις σχέσεις των συζύγων μεταξύ τους αλλά και τις σχέσεις των παιδιών με τους γονείς τους, είναι **1329 ΦΕΚ 25-18.02.1983**, κατά τον οποίο αναγνωρίζεται η ελευθερία επαγγελματικής δραστηριότητας των γυναικών και ιδιαίτερα των έγγαμων, χωρίς την συναίνεση του συζύγου. Μέσα από τον συγκεκριμένο νόμο, προστατεύεται η μητρότητα, απαγορεύουν την νυχτερινή εργασία στην γυναίκα και παρέχουν το δικαίωμα της οικογενειακής άδειας στην μητέρα αλλά και στον πατέρα, σε μια προσπάθεια αλλαγής της αντίληψης που ταυτίζει μόνο την γυναίκα με την φροντίδα της οικογένειας.

Οι Νόμοι μέσα από τους οποίους η Ελληνική Νομοθεσία, ρυθμίζει και αντιμετωπίζει τη βία κατά των γυναικών είναι οι παρακάτω:

- **Νόμος 1419 ΦΕΚ 14.03.1984**, κατά τον οποίο ορίζεται ως κακούργημα το έγκλημα βιασμού και καθιερώθηκε η αυτεπάγγελτη δίωξη για το έγκλημα του βιασμού.
- **Νόμος 3064, ΦΕΚ 248-15.10.2002**, που αφορά την καταπολέμηση της εμπορίας ανθρώπων, των εγκλημάτων κατά της γενετήσιας ελευθερίας, της πορνογραφίας ανηλίκων και γενικότερα της οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής και αρωγή στα θύματα των πράξεων αυτών. Το άρθρο 8 του Νόμου, ποινικοποιεί την σωματεμπορία, ενώ το άρθρο 12, παρ. 1., προβλέπει τη σύσταση Προεδρικού Διατάγματος για τη ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν την

αρωγή προς τα θύματα. Ακόμα, ισχύει η σύσταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τις 27/11/91, για την προστασία αντρών και γυναικών κατά την εργασία και η νομολογία που έχει διαμορφωθεί σε βάρος εργοδοτών που παρενόχλησαν σεξουαλικά τους υπαλλήλους τους.

- **Νόμος 3488 ΦΕΚ 191-11.9.2006**, που προβλέπει την αρχή της ίσης μεταχείρισης αντρών και γυναικών, όσον αφορά την πρόσβαση στην απασχόληση, στην επαγγελματική εκπαίδευση και ανέλιξη, στους όρους και στις συνθήκες εργασίας και άλλες συναφείς διατάξεις.
- **Νόμος 3500 ΦΕΚ 232-24/10/2006 για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας/ Γενικές Διατάξεις:**
 - **Για τον παρόντα νόμο θεωρείται ενδοοικογενειακή βία**, η τέλεση αξιόποινης πράξης, σε βάρος μέλους της οικογένειας, σύμφωνα με τα άρθρα 6, 7, 8, και 9 του παρόντος και τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα.
 - **Οικογένεια ή κοινότητα που αποτελείται από συζύγους ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους.** Στην οικογένεια περιλαμβάνονται, εφόσον συνοικούν, συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει ορισθεί μέλος της οικογένειας, καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια.
 - **Οι διατάξεις του παρόντος νόμου εφαρμόζονται και στη μόνιμη σύντροφο του άντρα ή στο μόνιμο σύντροφο της γυναίκας και**

στα τέκνα, κοινά ή ενός εξ αυτών, εφόσον τα πρόσωπα αυτά συνοικούν, ως και στους τέως συζύγους.

- **Θύμα ενδοοικογενειακής βίας** κάθε πρόσωπο της προηγούμενης παραγράφου σε βάρους του οποίου τελείται αξιόποινη πράξη κατά τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του παρόντος. Θύμα είναι και το μέλος, στην οικογένεια του οποίου τελέσθηκε αξιόποινη πράξη, κατά τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα, καθώς και ο ανήλικος κατά την παράγραφο 2, ενώπιον του οποίου τελείται μία από τις αξιόποινες πράξεις της παρούσας
- **Άρθρο 2:** Απαγόρευση χρήσης βίας. Η άσκηση βίας κάθε μορφής μετξύ των μελών της οικογένειας απαγορεύεται.
- **Άρθρο 3:** Η ενδοοικογενειακή βία ως τεκμήριο κλονισμού τους γάμου.

➤ Ποινικές Διατάξεις

- Το μέλος της οικογένειας το οποίο προξενεί σε άλλο μέλος αυτής σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του, υπό την έννοια του εδαφίου α' της παρ. 1 του άρθρου 308 του Ποινικού Κώδικα, ή με συνεχή συμπεριφορά προξενεί εντελώς ελαφρά κάκωση ή βλάβη της υγείας του, με την έννοια του εδαφίου β' της παραπάνω διάταξης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους.
- Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου είναι δυνατόν να προκαλέσει στο θύμα κίνδυνο για τη ζωή του ή βαριά σωματική βλάβη, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών. Αν επακολουθήσει βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση του θύματος,

επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 ετών. Αν ο υπαίτιος επεδίωκε ή γνώριζε και αποδέχθηκε το αποτέλεσμα της πράξης του, τιμωρείται με κάθειρξη.

- **Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου τελέσθηκε σε βάρος εγκύου ή σε βάρος μέλους της οικογένειας το οποίο, από οποιαδήποτε αιτία, είναι ανίκανο να αντισταθεί,** τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών και αν η πράξη τελέσθηκε ενώπιον ανήλικου μέλους της οικογένειας, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον ενός έτους.
- **Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου συνιστά μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης επικίνδυνης για την υγείας, ή ψυχικού πόνου ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος,** επιβάλλεται κάθειρξη. Αν το θύμα είναι ανήλικος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών.
- **Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εφαρμόζονται αντίστοιχα και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας,** η δε πράξη του στρέφεται σε βάρος προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού.
- **Άρθρο 7: Ενδοοικογενειακή παράνομη βία και απειλή.** Το μέλος της οικογένειας το οποίο εξαναγκάζει άλλο μέλος χρησιμοποιώντας βία ή απειλή με σπουδαίο και άμεσο κίνδυνο σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή χωρίς το θύμα να υποχρεούται προς τούτο τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών, ανεξάρτητα από το αν το απειλούμενο κακό στρέφεται εναντίον του ίδιου του θύματος ή

κάποιου από τους οικείους του υπό την έννοια της περίπτωσης β' του άρθρου 13 του Ποινικού Κώδικα. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προκαλεί τρόμο ή ανησυχία σε άλλο μέλος της οικογένειας, απειλώντας το με βία ή άλλη παράνομη πράξη ή παράλειψη, τιμωρείται με φυλάκιση.

- **Άρθρο 8: Βιασμός και κατάχρηση σε ασέλγεια:** Η παρ. 1 του άρθρου 336 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής: Όποιος με σωματική βία ή με απειλή σπουδαίου και άμεσου κινδύνου εξαναγκάζει άλλον σε συνουσία ή σε άλλη ασελγή πράξη ή σε ανοχή της, τιμωρείται με κάθειρξη. Η παρ. 1 του άρθρου 338 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής: Όποιος με κατάχρηση της παραφροσύνης άλλου ή της από οποιαδήποτε αιτία παρερχόμενης ανικανότητας του να αντισταθεί, ενεργεί επί αυτού συνουσία ή άλλη ασελγή πράξη, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

- **Άρθρο 9: Ενδοοικογενειακή προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας.** Το μέλος της οικογένειας το οποίο προσβάλλει της αξιοπρέπεια άλλου μέλους της, με ιδιαίτερα ταπεινωτικό λόγο ή έργο που ανάγεται στην γενετήσια ζωή του, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 2 ετών. Με φυλακισι τουλάχιστον έξι μηνών μέχρι 3 ετών τιμωρείται η πράξη της προηγούμενης παραγράφου, αν ο παθών είναι ανήλικος. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εφαρμόζονται αντίστοιχα και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα κοινωνικής μέριμνας, η δε πράξη του στρέφεται σε βάρος προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού.

- **Άρθρο 10: Παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης.** Όποιος σε υπόθεση ενδοοικογενειακής απειλεί μάρτυρα ή μέλος της οικογένειας του ή ασκεί βία εναντίον του ή τον δωροδοκεί, με σκοπό την παρακώλυση απονομής της δικαιοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι τριών ετών.

➤ Αρωγή των θυμάτων:

1. Τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δικαιούνται ηθική συμπαράστασης και της αναγκαίας υλικής συνδρομής από νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, που λειτουργούν ειδικά για τους σκοπούς αυτούς υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από κοινωνικές υπηρεσίες των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης.
 2. Οι αστυνομικές αρχές που επιλαμβάνονται, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, υποθέσεων ενδοοικογενειακής βίας υποχρεούνται, εφόσον το ζητήσει το θύμα, να ενημερώσουν αυτό και τους παραπάνω φορείς, ώστε να παρασχεθεί αμέσως η απαραίτητη, κατά περίπτωση, αρωγή.
- **Άρθρο 22: Ευεργέτημα πείνας.** Στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία ζητούν τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων για προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης, εξαιτίας του συγκεκριμένου περιστατικού, παρέχεται το ευεργέτημα της πείνας με μόνη την απόδειξη του

περιστατικού βίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρων 194 επί του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, αν αδυνατούν να καταβάλουν έστω και προσωρινά τις απαιτούμενες δικαστικές δαπάνες.

Σε περίπτωση που η γυναίκα υποστεί κακοποίηση μπορεί:

1. Να υποβάλει μήνυση κατά του δράστη (προφορική ή γραπτή) σε οποιοδήποτε αστυνομικό τμήμα, να ζητήσει την καταγραφή του περιστατικού κακοποίησης στο βιβλίο συμβάντων του αστυνομικού τμήματος και να ζητήσει αντίγραφο.
2. Να ζητήσει από έναν εισαγγελέα υπηρεσίας να δώσει έγγραφη εντολή στο αρμόδιο αστυνομικό τμήμα να καλέσουν τον δράστη προκειμένου να του γίνουν «συστάσεις» (εάν δεν θέλει να υποβάλει μήνυση εναντίον του).
3. Να ζητήσει από τον εισαγγελέα να δώσει εντολή στον αρμόδιο ιατροδικαστή να υποβληθεί σε ιατροδικαστική εξέταση. Αφού μεταβεί στην ιατροδικαστική υπηρεσία και υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις μπορεί να ζητήσει να λάβει αντίγραφο της ιατροδικαστικής εξέτασης.
4. Αν πάει σε νοσοκομείο μπορεί να ζητήσει να καταγραφεί το περιστατικό στο βιβλίο συμβάντων ως κακοποίηση και να κρατήσει αντίγραφο. Μπορεί ακόμα, να ζητήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, η οποία μπορεί να την στηρίξει σε ένα πρώτο επίπεδο, καθώς και να την

ενημερώσει ή και να την παραπέμψει στους κατάλληλους φορείς.

5. Εάν δεν επιθυμεί να επιστρέψει στην συζυγική στέγη μπορεί να μετακομίσει προσωρινά με τα ανήλικα της. Καλό όμως είναι να έχει ζητήσει προηγουμένως την καταγραφή του γεγονότος της κακοποίησης στο βιβλίο συμβάντων της αστυνομίας ή να στείλει μια εξώδικο δήλωση που να ανακοινώνει στον σύζυγο τη μετοίκηση τη δική της ή των παιδιών της (Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών).

Νομικά δικαιώματα θύματος:

1. Το δικαίωμα να ενημερώνεται, να είναι παρών και να εισακουστεί για οτιδήποτε σχετικό με τις νομικές διαδικασίες απόδοσης δικαιοσύνης κατά την διάρκεια όλων των κρίσιμων σταδίων καθώς και να ξέρει πως μπορεί να συμμετέχει στις διαδικασίες αυτές.
2. Έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για τον ρόλο της στο σύστημα απονομής της δικαιοσύνης συμπεριλαμβανομένου τι μπορεί να περιμένει από το σύστημα και τι το σύστημα να περιμένει από εκείνη.
3. Έχει το δικαίωμα να ζητήσει αποζημίωση μέσα από το Πρόγραμμα Αποζημίωσης Θύματος.
4. Έχει το δικαίωμα να προστατευτεί από τον εκφοβισμό.
5. Έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί για την σύλληψη του κατηγορούμενου.

6. Έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί για τυχόν αλλαγές στο Πρόγραμμα.
7. Έχει το δικαίωμα να υποβάλλει Μηνυτήρια Αναφορά στο δικαστήριο και να επιδιώξει δικαστική αποκατάσταση από τον προσβάλλον.
8. Έχει το δικαίωμα στην άμεση και έγκαιρη κατάθεση της υπόθεσης.
9. Έχει το δικαίωμα στην εκ των προτέρων γνωστοποίηση σχετικά με την απελευθέρωση του κατηγορούμενου ή για οποιαδήποτε αλλαγή στους περιοριστικούς όρους, συμπεριλαμβανομένου την απόδραση του κατηγορουμένου.
10. Έχει το δικαίωμα να απαιτήσει βοήθεια στο να εξηγήσει σε εργοδότες και πιστωτικές για το χαμένο χρόνο και/ή για σοβαρή χρηματική απώλεια που συνέβη ως άμεσο αποτέλεσμα του εγκλήματος ή της συνεργασίας της στην υπόθεση.
11. Έχει το δικαίωμα να απαιτήσει την παρουσία Συνηγόρου θύματος κατά την διάρκεια των σταδίων των νομικών δράσεων.

Αν σκέφτεται να πάρει διαζύγιο:

1. Μπορεί να επιδιώξει την έκδοση συναινετικού διαζυγίου εάν συμφωνεί και ο σύζυγος της.

2. Μπορεί να επιδιώξει την έκδοση διαζυγίου ανεξάρτητα με το αν επιθυμεί ο σύζυγος τη.

Είτε έχει υποστεί κακοποίηση είτε όχι

1. Δικαιούται να ζητήσει διατροφή η οποία μπορεί να αναπροσαρμόζεται ανά δυο χρόνια με δικαστική απόφαση για τα παιδιά της εάν είναι ανήλικα ή σπουδάζουν ή για εκείνη εάν δεν μπορεί να εργαστεί.
2. Δικαιούται να ζητήσει τη ρύθμιση της χρήσης της οικογενειακής στέγης, δηλαδή το δικαίωμα να συνεχίζει να διαμένει στο χώρο που χρησιμοποιείται ως οικογενειακή στέγη ακόμα και αν ανήκει στον σύζυγο.
3. Δικαιούται να ζητήσει την επιμέλεια των παιδιών. Για την άμεση ικανοποίηση των παραπάνω δικαιωμάτων μπορεί να ασκήσει αίτηση ασφαλιστικών μέτρων με την οποία θα ρυθμιστούν τα παραπάνω ζητήματα.
4. Εάν τα περιουσιακά στοιχεία που αποκτήθηκαν μετά τον γάμο ανήκουν στο σύζυγο μπορεί να διεκδικήσει μετά από τρία χρόνια διάστασης, ή μετά την έκδοση του διαζυγίου το 1/3 τουλάχιστον από αυτά.
5. Εάν ο σύζυγος δεν υπακούσει σε οποιαδήποτε δικαστική απόφαση (μη καταβολή διατροφής, παραβίαση διατάξεων για την επικοινωνία με τα παιδιά κ.α.) διαπράττει ποινικό αδίκημα που τιμωρείται με ποινή φυλάκισης (Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών).

Ανθρώπινα Δικαιώματα

Υπάρχουν πολλές λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την κακοποίηση των γυναικών. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζουν τόσο τις κακοποιημένες γυναίκες όσο και την κοινή γνώμη και τους φορείς. Σύμφωνα με στοιχεία τα οποία προέκυψαν από έρευνες στην Ε.Ε οι γυναίκες, που αποτελούν το 52% του πληθυσμού, είναι καλύτερα μορφωμένες όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν και ολοένα περισσότερες μπαίνουν στο χώρο της εργασίας. Ωστόσο, η ίση συμμετοχή τους σε ανώτερες θέσεις της κοινωνικής ιεραρχίας, στη βιομηχανία και στην πολιτική εξακολουθεί να αποτελεί εξαίρεση.

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τον ορισμό περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τα ανθρώπινα δικαιώματα που σχετίζονται με το θέμα μας. Επιπλέον γίνεται αναφορά σε ορισμένα σημαντικά άρθρα για την κακοποίηση των γυναικών. Στη συνέχεια επισυνάπτονται σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό και γίνεται αναφορά στην καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της γυναίκας (Διεθνής Αμνηστία - Ελληνική Επιτροπή, 1997:18-20).

Ορισμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Διακηρύξεις περί Κακοποίησης

Τα ανθρώπινα δικαιώματα υπονοούν σχέση ατόμου και κράτους, δηλαδή το κράτος υποχρεούται να σέβεται και να υλοποιεί τα δικαιώματα των ατόμων.

Για δεκαετίες όμως τα κράτη εμποδίζουν την θεώρηση της βίας κατά των γυναικών άρα και της βίας στην οικογένεια σαν θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Έτσι, φαινόμενα κακοποίησης γυναικών όπως τα λεγόμενα εγκλήματα τιμής, οι υποχρεωτικοί γάμοι για γυναίκες και ανήλικα κορίτσια, το κόψιμο των γεννητικών οργάνων των κοριτσιών και γυναικών, η αιμομιξία, το κάψιμο των γυναικών μετά το θάνατο του άνδρα τους, η στέρηση τροφής από τα κορίτσια σε άλλες περιοχές και η υποχρεωτική και με φυσική βία σίτιση των κοριτσιών, η υποχρεωτική έκτρωση θηλυκών εμβρύων, ο βιασμός στο γάμο, η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, η κακοποίηση του γυναικείου προσωπικού στα σπίτια, και άλλα τέτοια φαινόμενα, ξεφεύγουν από κάθε έννοια κρατικής ευθύνης.

Τα τέλη της δεκαετίας του '80 οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που είχαν ήδη δημιουργήσει ένα σημαντικό δίκτυο άρχισαν μια διεθνή καμπάνια που έγραψε πραγματική ιστορία. Εκατοντάδες χιλιάδες υπογραφές συγκεντρώθηκαν απ' όλο τον κόσμο, από γυναίκες κάθε κοινωνικής τάξης από καθηγήτριες πανεπιστημίου μέχρι γυναίκες που υπέγραψαν με τα δακτυλικά τους αποτυπώματα, γυναίκες κάθε φυλής, θρησκείας η πολιτικής απόχρωσης.

Η διακήρυξη αυτή κατατέθηκε στον Ο.Η.Ε. το 1993 στην παγκόσμια διάσκεψη της Βιέννης. Η αίτηση αναφερόταν στην οικουμενική διακηρύξει για τα ανθρώπινα δικαιώματα που μεταξύ άλλων εγγυάται το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου και την προστασία κατά των βασανιστηρίων και κάθε απάνθρωπης μεταχείρισης.

Η αίτηση κατήγγειλε τη βία κατά των γυναικών με παραδείγματα {α} από τις ΗΠΑ, όπου η κακοποίηση γυναικών από άνδρες είναι η μμεγαλύτερη

αιτία τραυματισμού των γυναικών μ ε περίπου 4000 θάνατοι το χρόνο σαν αποτέλεσμα ξυλοδαρμού από τους συντρόφους τους {β} από την Ινδία όπου τα κορίτσια 2 έως 4 χρονών πεθαίνουν σε διπλάσιο ρυθμό απ' ότι τα αγόρια σαν αποτέλεσμα συστηματικού υποσιτισμού και παραμελήσεις {γ} τα 84 εκατομμύρια γυναικών στον κόσμο που έχουν υποβληθεί σε κόψιμο των γενετικών οργάνων.

Έτσι μέσα από την κινητοποίηση αυτή επιτεύχθηκε το εξής:

{α} Το θέμα της βίας κατά των γυναικών, είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική σφαίρα, ανακηρύχθηκε σαν θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων {β} οι κυβερνήσεις κλήθηκαν να πατάξουν έθιμα πρακτικές ή άλλες θρησκευτικές ή πολιτισμικές συνήθειες που καταπατούν τα δικαιώματα των γυναικών.

Επίσης το 1993 η γενική συνέλευση του ΟΗΕ υιοθέτησε την διακήρυξη εναντίον της βίας των γυναικών. Σύμφωνα με το άρθρο {1} ο όρος «βία κατά των γυναικών» σημαίνει κάθε πράξεις βίας με βάση το φύλο που έχει ή μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα σωματική, σεξουαλική, ή ψυχολογική βλάβη ή οδύνη για τη γυναίκα, συμπεριλαμβανομένης και της απειλής τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας, είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή.

Η επιτροπή του Ο.Η.Ε. για την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών υιοθέτησε την σύσταση για την βία κατά των γυναικών όπου δήλωνε μεταξύ άλλων, ότι: «Η βία μ ε βάση το φύλο που ακυρώνει ή εμποδίζει την απόλαυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και βασικών ελευθεριών που βασίζονται στο γενικό Διεθνές Δίκαιο ή στις συγκεκριμένες συνθήκες των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αποτελεί διάκριση, σύμφωνα με το άρθρο 4 της συνθήκης».

Σύμφωνα με το άρθρο {2} της διακηρύξεις αναφέρει ενδεικτικά ένα κατάλογο των πράξεων που καθιστούν την βία κατά των γυναικών όπως η σωματική ή σεξουαλική βία μέσα στην οικογένεια, ο βιασμός μέσα στο γάμο. Επίσης περικλείει τη σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία που διαπράττεται ή παραβλέπεται από το κράτος. Η διακηρύξει απαιτεί από τα κράτη όχι μόνο να απέχουν από την άσκηση βίας κατά των γυναικών, αλλά και να ασκούν την απαιτούμενη επιμέλεια, ώστε να προλαμβάνουν να ερευνούν δικαστικά και να τιμωρούν πράξεις βίας κατά των γυναικών, είτε αυτές διαπράττονται από το κράτος είτε από ιδιώτες.

Επίσης η διακηρύξει ζητά από τα κράτη να προωθούν την έρευνα και τη συλλογή στατικών στοιχείων για το θέμα, καθώς και τα αίτια, τη φύση και τις επιπτώσεις της βίας και να προωθούν μέτρα πρόληψης και αποκατάστασης και να δίνονται αυτές οι στατιστικές και τα αποτελέσματα των ερευνών στην δημοσιότητα (<http://www.unicef.gr/oldpress/2000/21-2000.htm>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η Εγκυμοσύνη ως Παράγοντας Κινδύνου Εμφάνισης Συντροφικής Κακοποίησης

Από τις πρώτες μελέτες που διερεύνησαν την κακοποίηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αναδείχτηκε η σύνδεση και η εμφάνιση της κακοποίησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με τους Noel and Yam (1992), η περίοδος της εγκυμοσύνης μπορεί να ταυτιστεί με μια περίοδο επιδείνωσης των προβλημάτων στο ζευγάρι και να καταστεί ένα διάστημα αυξημένου κινδύνου ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο σύντροφος είναι εν γένει βίαιος.

Σύμφωνα με τον Bullok και McFarlane (1989), οι οποίοι ήταν από τους πρώτους που μελέτησαν τις επιπτώσεις της κακοποίησης στην σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, αναδείχνοντας τις επιπτώσεις γέννησης νεογνών δύο έως τέσσερις φορές πιθανότερα λιποβαρή, σε σχέση με τις έγκυες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση. τα πρώτα σημάδια κακοποίησης κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης. Σε αντίστοιχη μελέτη του Campell (1992), σε συνολικό δείγμα 12.300 ενηλίκων γυναικών, το 51% ανέφερε πως είχε βιώσει ένα επεισόδιο σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, εκ των οποίων το 21% των γυναικών κακοποιήθηκαν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Αντίστοιχες μελέτες των Gelles (1974), Stark & Flitcraft (1995) και Stewart (1994) εξετάζοντας τις συνέπειες της κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο νεογνό, υπογραμμίζουν την περίοδο εγκυμοσύνης ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση βίας μεταξύ συντρόφων, συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών που υφίστανται βία για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αρκετά σημαντικό από 3,8% έως 40%, όπως περιγράφεται και στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1. Έναρξη κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες.

Συγγραφείας/ Συγγραφείς (έτος)	Κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης			Ιστορικό κακοποίησης
	Έναρξη της βίας %	Ιστορικό βίας %	Λήξη βίας %	Συνέχιση βίας %
Helton et al. (1987)	12,5	87,5	52,3	47,7
Stewart and Cecutti (1993)	13,9	86,1	...	...
Martin et al. (2001)	29,0	71,0	45,8	54,2
Valladares et al. (2002)	40,0	60,0	...	...
Saltzman et al. (2003)	26,8	73,2	55,6	44,4
Bohn et al. (2004)	3,8	96,2	68,7	31,3
Dunn and Oths (2004)	18,8	81,2	40,9	59,1
Guo et al. (2004)a	23,0	77,0	67,4	32,6

Janssen et al. (2003)b	...	...	30,8	69,2
Renker and Tonkin (2006)c	30,8	69,2	39,4	60,6

Σε πιο πρόσφατες έρευνες, αναπτυσσόμενων χωρών, που χρησιμοποίησαν δείγμα σε εθνικό επίπεδο, θέτοντας το ερώτημα εμφάνισης της συντροφικής κακοποίησης ως παράγοντας κινδύνου κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης, παρατηρήθηκε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών να αναφέρουν έναρξη της συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη του Bohn (2004), σε δείγμα 1.004 γυναικών, το 15.9% ανέφεραν πως είχαν υποστεί κακοποίηση εκ των οποίων το 5.2% των γυναικών δήλωσε έναρξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν στις μελέτες των Bacchus (2004), Charles & Perreira (2007) και Renker (2006). Ακόμη έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από Κέντρα Πρόληψης και Ελέγχου ασθενών στο Phoenix περισσότερες από το 13% των γυναικών που δέχονται προγεννητική φροντίδα είχαν ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης (Coonrod et al., 2007).

Ερευνητικές μελέτες στην Κίνα, την Αίγυπτο, την Αιθιοπία, το Μεξικό, την Ινδία, τη Νικαράγουα, το Πακιστάν, τη Σαουδική Αραβία και τη Νότια Αφρική έδειξε ότι η εμφάνιση της κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αγγίζει το 3,4%-11,0%, ενώ στις βιομηχανικές χώρες εκτός της Βορείου Αμερικής κυμαίνεται από 3,8% έως 31,7% στις αναπτυσσόμενες χώρες (Campbell et al. 2004).

Αν και οι παραπάνω μελέτες χρησιμοποίησαν αντιπροσωπευτικά δείγματα, καθώς δεν είχαν σχεδιαστεί για να εξετάσουν συγκεκριμένα το ζήτημα της εγκυμοσύνης ως παράγοντα εμφάνισης κακοποίησης, δεν έχουν συμπεριληφθεί οι απαραίτητες ερωτήσεις για να αποτυπώσουν μια πλήρη εικόνα της σχέσης κακοποίησης και εγκυμοσύνης. Η μελέτη του Gelles (1990) και οι μελέτες των Jasinski et al. (2001), παραδείγματος χάρι, χρησιμοποίησαν ως περιόδους αναφοράς το προηγούμενο έτος όταν αναφέρθηκαν στην εγκυμοσύνη και την άσκηση βίας του συντρόφου. Ωστόσο δεν τέθηκε καμία άλλη ερώτηση σχετικά με τη κακοποίηση στην εγκυμοσύνη. Καταλήγοντας πως πρόκειται για ένα πεδίο που δεν έχει επαρκώς μελετηθεί και δημιουργώντας ένα νέο πεδίο προς περαιτέρω διερεύνηση.

Προγνωστικοί Παράγοντες για την Συντροφική Βία κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Εντοπίστηκαν σε πλήθος μελετών συγκεκριμένοι προγνωστικοί δείκτες για την συντροφική βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης βίας κατά την εγκυμοσύνη γυναικών που ζουν σε φτωχές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, έχουν ανεπιθύμητη ή απρογραμματίστη εγκυμοσύνη και που βρίσκονται στην περίοδο της εφηβείας (McFarlane 1992, Dye 1995, Gazmararian 1995, Goodwin 2000, Hedin and Janson 2000, Saurel - Cubizolles 1997).

Αριθμός Κυήσεων

Ο αριθμός των κυήσεων φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την συντροφική κακοποίηση. Η κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με

αυξημένο αριθμό κυήσεων καθώς επίσης μελέτες έδειξαν πως πολύτεκνες μητέρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης σε σχέση με μητέρες που βρίσκονται στην πρώτη εγκυμοσύνη (Heaman, 2005). Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη των Lipsky et al, 2005 ήταν λιγότερο πιθανό να κακοποιηθεί η έγκυος στο πρώτο παιδί σε όλες τις κακοποιημένες ομάδες εγκύων, ενώ ανιχνεύθηκε κακοποίηση μετά το 2ο παιδί σε σύγκριση με τις μη κακοποιημένες εγκύους. Οι γυναίκες που υπέστησαν σωματική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν επίσης πιο πιθανό να είχαν ιστορικό έστω μίας έκτρωσης και ένα θάνατο εμβρύου σε σύγκριση με τις μη κακοποιημένες. Σε μία μελέτη με δείγμα γυναικών από το Πακιστάν, ο αριθμός των ζωντανών νεογνών συσχετίστηκε με τη σωματική και/ή συναισθηματική κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη (αφού συνεξετάστηκαν κι άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία ερωτώμενης και του συντρόφου, το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό εισόδημα) συμπεραίνοντας πως κάθε επιπλέον εγκυμοσύνη αύξανε τον κίνδυνο βίας κατά 34% (Farid et al. 2008).

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Οι Charles and Perreira (2007) αναφέρουν πως ο βαθμός επιθυμίας μιας εγκυμοσύνης έχει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση συντροφικής κακοποίησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, καθώς η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη συσχετίζεται με την εκδήλωση κακοποίησης κατά τη διάρκεια της. Αντίστοιχες μελέτες των Gao et al (2008) Perales et al (2009) επιβεβαιώνουν το γεγονός αυτό καθώς σε δείγμα 1.088 γυναικών εξετάστηκε το ζήτημα αν είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη, το 68,7% των ερωτηθέντων γυναικών που εντοπίστηκαν να έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη.

Οι Villadares et al (2002) αναφέρουν πως οι γυναίκες που βιώνουν κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανό ο σύντροφος τους να μην επιθυμεί την εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με τους συντρόφους που δεν έχουν κακοποιητική σχέση. Καθώς επίσης οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναφέρουν πως η εγκυμοσύνη τους ήταν ανεπιθύμητη σε σχέση με τις μη κακοποιημένες γυναίκες. Η κύρια αιτία είναι οι συγκρούσεις που βιώνει με τον σύντροφο και οι οικονομικές δυσκολίες.

Μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη

Οι Stewart and Cecutti, (1993) αναφέρουν πως οι γυναίκες που δεν είχαν προγραμματισμένη εγκυμοσύνη ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να υποστούν κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη τους σε σύγκριση με τις γυναίκες που η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη. Έρευνα στη Νέα Ζηλανδία, έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό των μη προγραμματισμένων κύσεων ανάμεσα στις γυναίκες με σημάδια σωματικής κακοποίησης σε ποσοστό 68,7%, ενώ στις μη κακοποιημένες σε ποσοστό 55,1% (Gao et al. 2008). Μελέτες με βάση τον πληθυσμό σε 14 πολιτείες της Αμερικής έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που αναφέρουν μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη ήταν κατά προσέγγιση 2,5 φορές πιο πιθανό να βιώσουν κακοποίηση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σύγκριση με γυναίκες με προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (Goodwin et al. 2000), (Saltzman et al. 2003). Συγκεκριμένα οι Goodwin et al., (2000) στην Αμερική ανέφεραν ότι ο συσχετισμός ανάμεσα στον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και τη σωματική βία καθοριζόταν από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εγκύου. Ο προγραμματισμός της εγκυμοσύνης εφαρμόζοταν περισσότερο από γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, μορφωμένες, μη καπνίστριες και λευκές. Χαρακτηριστικά που έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερα

επίπεδα κακοποίησης. Συμπερασματικά ο επιπολασμός της κακοποίησης σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες ίσως να είναι υψηλότερος, ασχέτως με τον προγραμματισμό ή όχι της εγκυμοσύνης.

Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη έχει συσχετιστεί από πολλές μελέτες με τη παρουσία ενδοσυντροφικής κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη (Dietz et al. 1999), (Guard, 1997). Σύμφωνα με μελέτη της Lau (2005), οι έγκυες γυναίκες που αναφέρουν ότι είχαν τυχαίες και μη προγραμματισμένες κησείς είχαν 2,13 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση σε σύγκριση με τις έγκυες γυναίκες που είχαν προγραμματίσει την παρούσα εγκυμοσύνη τους.

Τέλος, στην έρευνα των Rodrigues et al., (2007) η ομάδα των κακοποιημένων εγκύων σε ποσοστό 81,3% δήλωσαν ότι η παρούσα εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη αλλά τυχαία, σε αντίθεση με την ομάδα των μη κακοποιημένων εγκύων που η συντριπτική τους πλειοψηφία 77,5% δήλωσε ότι είχε προγραμματίσει την παρούσα εγκυμοσύνη.

Επιπτώσεις της συντροφικής κακοποίησης στην έγκυο και το έμβρυο

Η εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να σηματοδοτήσει οξείες κρίσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε καταχρηστική συμπεριφορά, είτε πρόκειται για την κυοφορία ενός ανεπιθύμητου παιδιού, είτε για το επερχόμενο άγχος για τη φροντίδα του και τη κάλυψη των αναγκών του, είτε για τη 1πυροδότηση ζήλιας στο σύντροφο/ σύζυγο εξαιτίας της μεγάλης προσοχής που δίνει η γυναίκα στο παιδί (Parker et al. 1993).

Η ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη, είναι πιο συχνή από την προεκλαμψία εγκυμοσύνης, τον διαβήτη εγκυμοσύνης και την δίδυμη εγκυμοσύνη.

Είναι πιθανό οι επιπλέον επιδράσεις που τυχόν υπάρχουν από περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας να είναι έμμεσες, όπως για παράδειγμα το στρες, οι εξαρτήσεις, οι απόπειρες αυτοκτονίας, η κατάθλιψη και οι μαιευτικές και γυναικολογικές επιπλοκές (Dunkle et al. 2004).

Η συντροφική κακοποίηση έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στην έγκυο όσο στο έμβρυο. Η κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με διάφορες δυσμενείς εμβρυϊκές εκβάσεις συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού βάρους γέννησης του νεογνού, του χαμηλού βάρους της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λοίμωξης των νεφρών, της επιλόχειας αιμορραγίας, της αποβολής εμβρύου, και του θανάτου του εμβρύου (Cokkinides et al. 1999), (Covington et al. 2001), (Fried et al. 2008), (Janssen et al. 2003), (Moraes et al. 2006), (Murphy et al. 2001), (Nasir et al. 2003).

Οι σωματικές επιπτώσεις κακοποίησης στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι οι εξής: ανεπαρκής πρόσληψη βάρους, λοιμώξεις νεφρού κόλπου και τραχήλου, κολπική αιμορραγία, έξαρση των χρόνιων ασθενειών, επιπλοκές κατά την διάρκεια του τοκετού, καθυστέρηση προγεννητικής φροντίδας, αποβολή, χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης βρέφους, ρήξη μεμβρανών, αποκόλληση του πλακούντα, λοίμωξη μήτρας, εμβρυικοί μώλωπες, κατάγματα και αιματώματα, θάνατος (Newbarger, 1992)

Εκτός από τις σωματικές συνέπειες που αναφέρθηκαν, η συντροφική κακοποίηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει και ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι έγκυες γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί από τους συντρόφους τους έχουν υψηλότερο κίνδυνο για παθήσεις όπως το στρες, η κατάθλιψη, ο εθισμός στον καπνό, στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά.

Πολλές βλάβες έχουν προκληθεί σε αγέννητα βρέφη από εθισμό στις ουσίες. Ο εθισμός αυτός είναι εύκολο να προσδιοριστεί ως επίπτωση σε αντίθεση με τις

ψυχολογικές συνέπειες και την κατάθλιψη που δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια γενική απώλεια ενδιαφέροντος από την πλευρά της μητέρας για την υγείας της και για την υγεία του νεογνού της, τόσο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και αφότου γεννηθεί το παιδί (Newberger, 1992).

Οι κακοποιημένες έγκυες γυναίκες φαίνεται να καπνίζουν και να κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ περισσότερο συχνά από τις γυναίκες που δεν έχουν εμπειρίες βίας (από έρευνες των Dye 1995, McFarlane 1996, Grimstad 1998, Renker 1999, Goodwin 2000). Όσον αφορά την γέννηση λιποβαρών βρεφών, δεν φαίνεται να υπάρχουν σταθερά αποτελέσματα. Ωστόσο, μερικές μελέτες βρίσκουν μια αντιστοιχία ανάμεσα στην κακοποίηση και τα λιποβαρή βρέφη (McFarlan 1996, Renker, 1999), ενώ άλλες δεν βρίσκουν καμία τέτοια σχέση (Grimstad, 1999). Οι εγκυμοσύνες που προέρχονται από βιασμούς αποτελούν περίπου το 5-18% (Heise, 1994). Μια Γερμανική μελέτη που διεξήχθη από την Susanne Heynen το 2000 βασισμένη σε ποιοτική έρευνα με 445 γυναίκες, ανέδειξε ότι όλες οι γυναίκες που κακοποιήθηκαν και βιάστηκαν από τους συντρόφους τους και είχαν μαζί τους παιδιά, έμειναν έγκυες από αυτούς μετά από βιασμό. Κάποιες από αυτές γέννησαν το παιδί ενώ κάποιες άλλες έκαναν άμβλωση.

Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που κακοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 2,5 φορές πιθανότερο να εκφράσουν καταθλιπτικά συναισθήματα (Dunn and Oths, 2004) και να παρουσιάσουν τελικά κατάθλιψη (Martin et al. 2006) σε σχέση με τις μη κακοποιημένες εγκύους, σύμφωνα με ερευνητές των πανεπιστημίων της Νέας Υόρκης και του Μίσιγκαν. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο ο επαγγελματίας υγείας κατά τη λήψη ιστορικού από την έγκυο, να ζητά πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για ενδοσυντροφική βία ενώ να είναι κατάλληλα καταρτισμένος ώστε να προσφέρει την κατάλληλη παρέμβαση.

Μία ακόμη διακριτή συνέπεια του φαινομένου είναι ότι η γυναίκα που κακοποιείται τείνει να είναι ασυνεπής στην προγεννητική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που επηρεάζει την υγεία του εμβρύου, όπως ανέδειξε μελέτη στην Καλιφόρνια, για τις έγκυες γυναίκες που νοσηλεύτηκαν (Suellentrop et al. 2006). Ακόμη, σύμφωνα με τους Dietz et al., (1997) οι γυναίκες που είχαν βιώσει σωματική βία από το σύντροφό τους τελευταίους 12 μήνες πριν από τον τοκετό ήταν 1,8 φορές πιο πιθανό να καθυστέρησαν να προβούν σε προγεννητικό έλεγχο. Επίσης, οι Lipsky et al., (2005), ανέφεραν ότι οι γυναίκες που βιώνουν οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση από το σύντροφο τους ήταν πιο πιθανό να λαμβάνουν ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα, δηλαδή λιγότερο από 50% των προγραμματισμένων επισκέψεων προγεννητικής φροντίδας, σε σύγκριση με μη κακοποιημένες γυναίκες. Επιπλέον, η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα διέφερε σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο κακοποίησης, αλλά όλες οι κακοποιημένες ομάδες εγκύων γυναικών είχαν ανεπαρκή φροντίδα σε σχέση με τις μη κακοποιημένες.

Είναι ένα εγχείρημα που βρίσκει σύμφωνες και τις ίδιες τις εγκύους. Σε μελέτη περίπου 200 γυναικών που διερευνήθηκαν συστηματικά (screening) για κακοποίηση στη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας, το 97% των εγκύων ανέφερε ότι δεν αισθανόταν στενοχώρια, θυμό ή προσβολή κατά την διενέργηση ερωτήσεων (Renker and Tonkin, 2006) σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο μεγαλύτερο ναυτικό μαιευτήριο των Η.Π.Α. και έδειξε ποσοστό κακοποίησης 14,5% σε πληθυσμό 1.162 εγκύων.

Για την βελτίωση της παροχής υγείας και εξαιτίας του κινδύνου εμφάνισης βίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο McFarlane (1992), προτείνει την βελτίωση τεχνικών αξιολόγησης για την πρόωμη ανίχνευση της κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τρεις ερωτήσεις ανίχνευσης του επαγγελματία υγείας (ιατρού) ως

προς την έγκυο, μπορούν να αποκαλύψουν 1/6 περιστατικά κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η έκταση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης στην εγκυμοσύνη σε αναπτυσσόμενες και λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες

Από τα αποτελέσματα εθνικών ερευνών σε αναπτυσσόμενες χώρες προκύπτουν σημαντικές πληροφορίες για τις επιπτώσεις της συντροφικής κακοποίησης στην εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Εθνικής Συμμαχίας στις Η.Π.Α. για την συντροφική κακοποίηση τα περιστατικά βίας είναι συνήθη στην εγκυμοσύνη, σε ποσοστό 4% ως 8% των γυναικών, που έχουν πέσει θύματα βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Gazamarian, 2000). Οι επιπτώσεις της βίας κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να είναι καταστροφικές τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Η συντροφική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, την χρήση ουσιών, το κάπνισμα, την αναιμία, την αιμορραγία πρώτου και δεύτερου τριμήνου και τη μείωση του βάρους του νεογέννητου (Parker et al. 1996). Δυστυχώς, καθώς σπάνια οι γυναίκες υποβάλλονται σε συμπτωματικούς ελέγχους σχετικά με το κατά πόσο έχουν πέσει θύματα βίας κατά τη διάρκεια προγεννητικών εξετάσεων, αυτός ο θανάσιμος κίνδυνος προσπερνάτε συχνά χωρίς να έχει ανιχνευθεί.

Κάθε χρόνο περίπου 1,5 εκατομμύρια γυναίκες στις ΗΠΑ βιάζονται ή πέφτουν θύματα σωματικής βίας από τον σύντροφό τους. Ο αριθμός αυτός περιλαμβάνει περισσότερες από 324.000 γυναίκες οι οποίες ήταν έγκυες όταν υπέστησαν βίαια χτυπήματα (Gazamarian et al. 2000).

Μεταξύ των γυναικών των οποίων η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή, το 5,3% ανέφερε κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε αντίθεση με το 12,6% των κακοποιημένων γυναικών που ανέφεραν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν άκαιρη και

με το 15,3% των κακοποιημένων γυναικών των οποίων η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη (Parsons et al. 2003). Το 50-70% των κακοποιημένων γυναικών πριν την εγκυμοσύνη, κακοποιούνται και κατά τη διάρκεια αυτής (Saltzman et al. 2003).

Όσον αφορά το πληθυσμό εγκύων εφήβων γυναικών, το 26% αυτών ανέφερε ότι κακοποιούταν σωματικά από τους συντρόφους του. Σχεδόν οι μισές από αυτές είπαν ότι τα χτυπήματα άρχισαν και εντάθηκαν αφού έμαθαν για την εγκυμοσύνη (Brustein, 1995).

Τα ποσοστά επικράτησης της σωματικής κακοποίησης σε λιγότερο αναπτυγμένες χώρες κυμαίνονται από 1,3% σε 12,6% (Diaz-Olavarrieta et al. 2007), (Farid et al. 2008), (Guo et al. 2004), (Leung et al. 2001). Μελέτες που διενεργήθηκαν στην Κίνα ανέδειξαν ότι η ψυχολογική κακοποίηση είναι η συχνότερη μορφή κακοποίησης που υφίστανται οι γυναίκες στην Κίνα, γεγονός που δικαιολογεί τα χαμηλά ποσοστά σωματικής κακοποίησης των εγκύων (Leung et al. 2002). Αν και καταγράφηκε από την έρευνα των Leung et al (2002), ποσοστό 4,3% εμφάνισης του φαινομένου της κακοποίησης στην Κίνα, οι πράξεις άσκησης σωματικής κακοποίησης περιορίζονταν σε απειλές βίας και μόνο μία περίπτωση χειροδικίας αναφέρθηκε σε ολόκληρο το δείγμα των συμμετεχόντων εγκύων. Πολιτισμικές διαφορές και ο βαθμός ισότητας των δύο φύλων τις εκάστοτε κοινωνίας συμβάλλουν στη διακύμανση των ποσοστών κακοποίησης που καταγράφηκαν στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Σύμφωνα με μελέτη του Khurram et al, (2003) η εμφάνιση της βίας προς εγκύους στις αναπτυσσόμενες χώρες κυμαίνεται από 4-29%. Η μελέτη αυτή συμπεραίνει τους εξής παράγοντες κινδύνου κακοποίησης κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης: το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και των δύο συντρόφων και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Συμπερασματικά οι ερευνητικές μελέτες επεσήμαναν ότι τα επίπεδα της κακοποίησης στην εγκυμοσύνη σε διαφορετικά περιβάλλοντα φαίνεται να επηρεάζονται από τις πολιτιστικές νόρμες και κανόνες. Αυτές οι διαφορές είναι εμφανείς όταν συγκρίνονται τα επίπεδα βίας στην εγκυμοσύνη μεταξύ της Αιθιοπίας και του Περού, δύο χώρες στις οποίες η βία από τον σύντροφο είναι αρκετά υψηλή. Στις αγροτικές περιοχές της Αιθιοπίας, το 49% των γυναικών έχουν υποστεί σωματική βία από τον σύντροφό τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους, και στο Κούσκο του Περού, το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 61% των γυναικών (Gossaye et al. 2003). Ωστόσο, το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ διαφορετικό: το 8% των Αιθιόπων γυναικών αναφέρει κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη (15% των γυναικών δεν έχει ποτέ κακοποιηθεί) σε σύγκριση με το 28% των εγκύων γυναικών στο Περού (44% των γυναικών δεν έχει κακοποιηθεί ποτέ).

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Κεντρική Ιάβα, αν και 10% των γυναικών ανέφερε ότι είχε κακοποιηθεί από τον σύζυγό τους, λιγότερο από το 1% είχε υποστεί βία κατά την εγκυμοσύνη (Hakimi et al. 2002). Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι σε ορισμένες κοινωνίες η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος σχετικής προστασίας από τη σωματική βία, ενώ σε άλλες, η κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη είναι ευρέως διαδεδομένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Πρωτόκολλα Διασύνδεσης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης των Εγκύων Γυναικών: Διεθνής Πρακτικές

Σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Αμνηστίας (2005), τουλάχιστον μία στις τρεις γυναίκες έχει κακοποιηθεί – είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά, είτε σεξουαλικά – κατά την διάρκεια της ζωής της, με σύνηθες δράστη κάποιο μέλος της οικογένειάς της ή κάποιο άλλο γνώριμο σε αυτήν πρόσωπο, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002) αναφέρει ότι σε ποσοστό μέχρι και 70% των περιπτώσεων δολοφονιών γυναικών, τα θύματα δολοφονήθηκαν από τους άνδρες συζύγους/ συντρόφους τους.

Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της συντροφικής βίας ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών και κοινωνικών προτύπων και των διαφορετικών ορισμών της συντροφικής βίας που υιοθετούνται κατά περίπτωση. Τα πιο σημαντικά επιδημιολογικά ευρήματα για την συντροφική βία προέρχονται από τις Η.Π.Α και αφορούν τις δύο τελευταίες δεκαετίες, ενώ σε άλλα μέρη του κόσμου υπάρχει ανάγκη καλύτερης και πιο συστηματικής προσέγγισης του φαινομένου.

Για όλους τους παραπάνω λόγους αναπτύχθηκαν, ανά τον κόσμο, πρωτόκολλα αναγνώρισης και διαχείρισης της βίας κατά των γυναικών.

Τα πρωτόκολλα αυτά είναι τα εξής:

1. The Ohio Domestic Violence Protocol for Health Care Providers:

Standards of Care, του Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee Ohio Chapter.

2. **Medical Protocol/Guidelines for Management of Victims of Gender Based Violence (including sexual violence)**, του Ministry of Health και του UNFPA (United Nations Population Fund).
3. **Protocol on the Multi – Sectoral Management of Sexual Abuse and Violence in Zimbabwe**, του Judicial Service Commission.
4. **Guideline for Responding to Family and Domestic Violence 2014**, του Department of Healthy State of Western Australia (2014).
5. **Multisectoral Cooperation Institutional Response to Violence Against Violence**, του Republic of Serbia, Ministry of Labour Employment and Social Policy.

Τα παραπάνω πρωτόκολλα παρέχουν πρότυπα φροντίδας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τις υπηρεσίες και τους οργανισμούς για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών που αναζητούν ιατρική περίθαλψη και είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Τα βασικά συστατικά των πρωτοκόλλων περιλαμβάνουν την κατανόηση του σωματικού, συναισθηματικού, οικονομικού αντίκτυπου της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και συγκεκριμένες οδηγίες για τον έλεγχο, αξιολόγηση, παρέμβαση, τεκμηρίωση των περιστατικών κακοποίησης.

Η Διεπιστημονική και Διατομεακή Αντιμετώπιση της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Χώρες της Ευρώπης

Μερικές τοπικές αρχές αρχίζουν να συντονίζουν τις πρωτοβουλίες για να απαντήσουν στην οικογενειακή βία μέσω της εκπαίδευσης μιας συνδυαστικής ερευνητικής πρακτικής, με τα δύο μέρη να συνεργάζονται σε συγκεκριμένα θέματα και ερευνητικές πρωτοβουλίες με τοπικά ακαδημαϊκά ιδρύματα. Οι περισσότερες από αυτές τις πρωτοβουλίες συγκεντρώνουν μια ποικιλία από τμήματα υπηρεσιών και μη-θεσπισμένες υπηρεσίες της ίδιας γεωγραφικής περιοχής, με στόχο να βεβαιώσουν ότι η πολιτική και οι πρακτικές εφαρμόζονται με ένα συνεχόμενο και με καλή πληροφόρηση τρόπο. Στην θεωρία αυτή φαίνεται σωστό, στην πράξη, να υπάρχουν θέματα συγκρουόμενων συμφερόντων, επαγγελματική αντιπαλότητα και κατανομή πόρων μέσα αλλά και ανάμεσα στις υπηρεσίες. Αυτές οι πρωτοβουλίες, όπως και σε άλλες περιοχές συνεργασίας, μπορούν να κάνουν την διαδικασία της διυπηρεσιακής συνεργασίας, πολύ περίπλοκη. Υπάρχει μια επιπλέον υποβόσκουσα δυσκολία που συνδέει την κατανόηση της φύσης της οικογενειακής βίας και την πιο κατάλληλη ανταπόκριση σε αυτήν.

Το 1991, η NALGO, εξέδωσε μια αναφορά συμπεριλαμβάνοντας τις πρωτοβουλίες των τοπικών αρχών για να καταπολεμήσουν τη βία προς τις γυναίκες. Ο τίτλος της αναφοράς «Αντιδρώντας με τις υπηρεσίες: Πρωτοβουλίες των τοπικών υπηρεσιών για να αντιμετωπιστεί η βία κατά των γυναικών», προτείνει μια προσέγγιση βασισμένη στην προετοιμασία, πριν την δράση, και τα περιεχόμενα της αναφοράς δίνουν ένα χρήσιμο σχεδιάγραμμα, με παραδείγματα, του πως μερικές τοπικές αρχές έχουν διαμορφώσει και εκτελέσει πρωτοβουλίες. Το έγγραφο, σημειώνει ότι οι επιτυχημένες διυπηρεσιακές πρωτοβουλίες χαρακτηρίζονται από δύο στοιχεία: θέληση να μοιραστούν την πείρα τους και να δημιουργήσουν επαφές, και ξεκάθαρες και ρεαλιστικές εργασίες.

Προτείνεται για παράδειγμα. Ότι μια προσέγγιση θα μπορούσε να περιορίσει τις δραστηριότητες των διυπηρεσιακών ομάδων στην ανταλλαγή πληροφοριών και να συντονίσει την υπάρχουσα ανταπόκριση των υπηρεσιών στην οικογενειακή βία. Άλλη προσέγγιση είναι να χωριστούν οι ευθύνες σε κάθε συνεργαζόμενη πλευρά ή ομάδα και να εξεταστεί η ανταπόκριση κάθε υπηρεσίας, που παίρνει μέρος, στην κάθε ευθύνη.

Ο λονδρέζικος δήμος του Hammersmith and Fulham, δίνει ένα παράδειγμα μιας τέτοιας προσέγγισης. Το 1987 η κοινότητα και επιτροπή της αστυνομίας μελέτησαν τα περιστατικά της οικογενειακής βίας στην γεωγραφική τους περιοχή και την αντίδραση όλων των τοπικών υπηρεσιών σχετικά με αυτό το θέμα. Η αναφορά που βγήκε από την έρευνα των παραπάνω δήμων, δημιούργησε τη βάση ευρύτατων αλλαγών στην πολιτική του συμβουλίου σχετικά με την παροχή στέγασης και κοινωνικών υπηρεσιών για τις γυναίκες και τα παιδιά που βίωσαν την οικογενειακή βία. Μετά ακολούθησε το 1989, μια διυπηρεσιακή ομάδα που μελέτησε ειδικά τις προσφυγές στην αστυνομία γι' αυτό το θέμα. Αντιπρόσωποι της αστυνομίας, της Women's Aid, της Υποστήριξης θυμάτων, ένα τοπικό δικηγορικό γραφείο, υπάλληλοι της υπηρεσίας « γυναίκες και ίσες ευκαιρίες» και μια ειδική μονάδα της αστυνομίας, έλαβαν μέρος. Μαζεύτηκαν πληροφορίες, τις οποίες ανέλυσαν, όλες με σκοπό να καλυτερεύσουν την ανταπόκριση των υπηρεσιών στις γυναίκες που βρίσκονται σε βίαιες σχέσεις.

Το ερέθισμα για πρωτοβουλία από συνεργαζόμενες υπηρεσίες μπορεί να έρθει από οποιαδήποτε πηγή. Μεμονωμένοι κοινωνικοί λειτουργοί που ενδιαφέρονται για την οικογενειακή βία, μια εργασία για την υγεία των γυναικών, η αστυνομία, ένα τοπικό περιστατικό, ή η αυξημένη προσοχή των μέσων μαζικής

ενημέρωσης, όλα αυτά παίζουν ρόλο. Μια ημερίδα είναι χρήσιμο μέσο για να ξεκινήσουν οι συζητήσεις μεταξύ πολλών υπηρεσιών και να αρχίσει η αφύπνιση σε θέματα που σχετίζονται με τη βία κατά των γυναικών. Τέτοια περιστατικά μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική εκπαίδευση. Ένα καλό παράδειγμα έρχεται από το Εδιμβούργο όπου, κατά τα έτη 1992-1993, μια σειρά συνεδριών, δημόσιου αντιλόγου και μια πού ορατή καμπάνια με αφίσες υποκινήθηκαν από το περιφερειακό συμβούλιο σε συνδυασμό με τοπικούς οργανισμούς, ομάδες κοινοτήτων και ακαδημαϊκούς. Η συνδυαστική καμπάνια ονομάζεται «Καμιά Ανοχή/ Ανοχή μηδέν» και αντλώντας εμπειρία από τον Καναδά, πήρε σαν κύριο θέμα της την απλή ιδέα ότι η βία κατά των γυναικών και των παιδιών δεν θα πρέπει να γίνεται ανεκτή σε καμιά πολιτισμένη κοινωνία. Ένα αριθμός συνεδριών σχεδιάστηκαν και ανοίχτηκαν στο κοινό. Διαπραγματεύτηκαν μια μεγάλη ποικιλία θεμάτων σχετικά με την οικογενειακή βία και άλλα είδη βίας κατά των γυναικών. Προκλήθηκε ανταπόκριση από τις υπηρεσίες και συζητήθηκαν πιθανές λύσεις. Ταυτόχρονα η καμπάνια με τις αφίσες, που χρησιμοποίησε απλές και άμεσες εικόνες σε τοποθεσίες – κλειδιά σε όλη την πόλη, έδειχνε το μέγεθος της βίας κατά των γυναικών και παιδιών στη Σκωτία. Η καμπάνια αυτή ήταν η πρώτη διαφημιστική καμπάνια στη Βρετανία με στόχο να προσπαθήσει να προκαλέσει τις κοινωνικές συμπεριφορές σχετικά με τη σωματική και σεξουαλική παρενόχληση από τους άνδρες προς τις γυναίκες. Επίσης έδωσε ένα δυνατό μήνυμα για την ανάγκη των ανδρών να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/r86.pdf>).

Την καμπάνια αυτή άρχισαν και άλλες Σκοτσέζικες τοπικές αρχές, οδηγούμενες από μονάδες γυναικών ή ίσων ευκαιριών. Στο Λονδίνο αναμορφώθηκε για να εστιάσει μόνο στην οικογενειακή βία και εικόνες που χρησιμοποιούνται είναι από άνδρες δράστες παρά από τις γυναίκες που

κακοποιούνται. Αυτό δημιούργησε σοβαρή αντιπαράθεση σχετικά με την αντίθεση στις εικόνες του Εδιμβούργου, με την ενδυναμωτική παρουσίαση των γυναικών και των παιδιών σε καθημερινές περιπτώσεις, και στις εικόνες του Λονδίνου, από δράστες που είναι από θυμωμένοι ως παθητικοί. Είναι και μια ουσιαστική διαφορά στα σλόγκαν που χρησιμοποιούνται από τις δύο πόλεις. Οι αφίσες του Εδιμβούργου έχουν την ατάκα: «Η αντρική κατάχρηση της δύναμης τους είναι έγκλημα», ενώ οι αφίσες του Λονδίνου έχουν υιοθετήσει ένα πιο ελαφρύ σλόγκαν: «Δεν είναι μόνο ένα γεγονός της ζωής, είναι ένα έγκλημα.» Ένα τελευταίο σημείο είναι ότι η καμπάνια του Εδιμβούργου, σκόπιμα ξεκίνησε με ένα θέμα που ήταν αδύνατο για το κοινό ή τα ιδρύματα να φέρουν αντίθεση και σταδιακά οδήγησε στο τελικό σλόγκαν με επαγωγικό και ενδιαφέρον τρόπο. Όπως αναφέρεται, η οικογενειακή βία, ήταν αποδεκτή για αιώνες. Χρειάζεται πειστική προσέγγιση, όχι περιγραφική για να πραγματοποιηθεί πραγματική αλλαγή. Μια αξιολόγηση της καμπάνιας του Εδιμβούργου, συμπέρανε ότι ήταν πετυχημένη γιατί τράβηξε την προσοχή και γενίκευσε το διάλογο για τα θέματα που τονίζει. Επίσης βοήθησε τους ανθρώπους να συλλογιστούν τη δύναμη που έχουν σαν ενήλικες και σαν άντρες και ήταν πρόκληση σχετικά με κάποιες λάθος αντιλήψεις για την οικογενειακή βία και την παιδική κακοποίηση.

Οι τοπικές αρχές στη Σκοτία δημιούργησαν μια σύνθετη αναφορά με μερικές προτάσεις σε σχέση με την ανταπόκριση όλων των τοπικών αρχών και υπηρεσιών προς την οικογενειακή βία. Η αναφορά, έλεγε ότι έγιναν πολύ λίγα σχετικά με την εκτίμηση της έντασης που έχει η οικογενειακή βία στη Σκοτία. Οντως μια μόνο περιφερειακή αρχή είχε κάνει κάποια συστηματική προσπάθεια για να μαζέψει πληροφορίες τέτοιου είδους. Οι περισσότερες αρχές βρίσκονται στις αναφορές της Women's Aid σαν οδηγό, ενώ γνωρίζουν ότι αυτά τα νούμερα αποτελούν μόνο ένα μικρό κομμάτι του προβλήματος. Αναζητώντας

συλλογική ανταπόκριση, η αναφορά έδωσε κάποιες προτάσεις για μια θετική διωπηρεσιακή ανταπόκριση. Αυτές περιλαμβάνουν: την παραγωγή ενημερωτικού φυλλαδίου για την ποικιλία υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες για τις γυναίκες που επηρεάζονται από την ενδοοικογενειακή βία. Την έναρξη έρευνας για την εκτίμηση της έντασης του προβλήματος σε κάθε γεωγραφική περιοχή πριν να εκτιμηθεί η πιο κατάλληλη διωπηρεσιακή ανταπόκριση. Τον ορισμό των στόχων για δράση μέσα και μεταξύ των υπηρεσιών και την υποκίνηση ενός συστήματος ελέγχου και επιθεώρησης.. Η ενθάρρυνση της εξέλιξης της διωπηρεσιακής προσέγγισης συμπεριλαμβάνοντας ειδικούς υγείας, το παράρτημα κοινωνικής ασφάλειας και του εθελοντικού τομέα. Την πρόληψη μέσω της εκπαίδευσης στα σχολεία και στην κοινότητα.

Η αλλαγή στον τρόπο που οι οργανώσεις ανταποκρίνονται στο θέμα της βίας κατά των γυναικών ήταν και θα συνεχίσει να είναι αργή, αλλά η αλλαγή συμβαίνει. Μια άλλη πιθανή περιοχή για καινοτομίες είναι στην ενιαία εκπαίδευση στελεχών και ομαδική δουλειά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί και η αστυνομία ήδη αναλαμβάνουν ομαδικές έρευνες στον τομέα της παιδικής κακοποίησης. Προς το παρόν, υπάρχουν λίγα στοιχεία ότι αυτό θα συμβεί και στην οικογενειακή βία, αλλά η καθιέρωση μονάδων με ειδικούς μέσα στις δυνάμεις της αστυνομίας μπορεί να δείξει το δρόμο. Τώρα, αυτές οι μμονάδες εμμένουν στα δύο μμοντέλα, είτε της έρευνας για την σεξουαλική παραπτωματικότητα των ενηλίκων ή σαν μμονάδες έρευνας με ειδικούς σχετικά με την παιδική κακοποίηση. Στη Σκοτία καμία από αυτές τις μμονάδες δεν έχει δικαιοδοσία σε θέματα οικογενειακής βίας, αν και υπάρχουν ξεχωριστές μμονάδες γι' αυτό το σκοπό σε μερικές αστυνομικές δυνάμεις της Αγγλίας (Pyrgos M, 2002: 220 - 222).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός και Στόχοι Ερευνητικής Μελέτης

Σκοπός της εκπόνησης της ερευνητικής μελέτης ήταν η τρίμηνη πιλοτική εφαρμογή, σε αγροτικά και αστικά κέντρα, ενός πρωτοκόλλου ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας, για την έγκαιρη αναγνώριση και την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποίησης των εγκύων γυναικών καθώς και την καλύτερη πληρέστερη ανταπόκριση αυτών στην κοινότητα.

Στόχος ήταν η βελτίωση της αναγνώρισης και της πρώιμης διάγνωσης των περιπτώσεων κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη, η διασφάλιση των δικαιωμάτων των θυμάτων, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της τρέχουσας διαχείρισης μιας περίπτωσης. Μακροπρόθεσμα, η εφαρμογή του οδηγού από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στόχευε στη διασφάλιση της ποιότητας των παροχών υπηρεσιών καθώς και την ενίσχυση και αποσαφήνιση των ρόλων και των ευθυνών μεταξύ των παροχών υπηρεσιών, την παροχή φροντίδας στην κοινότητα, η προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων. Για την προστασία των θυμάτων, την στήριξη, την πρόσβαση στη δικαιοσύνη και την αποκατάσταση όλων των θυμάτων συντροφικής βίας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- I. Αυξήθηκε ο αριθμός διαπιστωμένων περιπτώσεων θυματοποίησης εγκύων γυναικών κατά τη διάρκεια της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού ‘ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας’;
- II. Ενισχύθηκαν οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την συντροφική κακοποίηση των εγκύων γυναικών κατά την εφαρμογή του οδηγού;
- III. Ενισχύθηκε η αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ως προς την διαχείριση των περιπτώσεων συντροφικής κακοποίησης κατά της εγκύου γυναίκας;
- IV. Αναπτύχθηκε διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων στις πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας ως προς την πρόληψη και διαχείριση της κακοποίησης των εγκύων και με ποιο τρόπο;
- V. Βελτιώθηκε η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιων μονάδων φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της κακοποίησης των εγκύων γυναικών με την εφαρμογή του οδηγού και με ποιο τρόπο;

Μεθοδολογία

Για την ανάπτυξη του οδηγού ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας χρησιμοποιήθηκε ποσοτική και ποιοτική έρευνα αξιοποιώντας τα

αποτελέσματα προηγούμενης ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Ανάπτυξη πρωτοκόλλου ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» που πραγματοποιήθηκε το 2016, στα πλαίσια της προπτυχιακής μελέτης, για τη διερεύνηση των αναγκών ενημέρωσης των επαγγελματιών σε διαφορετικά πεδία που αφορούν στην ανίχνευση, την εκτίμηση και τη διαχείριση της κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη. Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας των Κέντρων Υγείας Ν. Ηρακλείου και ιδιωτικών επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έρχονται σε επαφή με την κακοποιημένη έγκυο. Εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος έρευνας με τη χρήση ημι-δομημένης συνέντευξης. Η συλλογή των στοιχείων έγινε μέσω εμπειρικών συνεντεύξεων σε τέσσερις εκπροσώπους που ορίστηκαν από το κάθε Κέντρο Υγείας που εντοπίστηκαν προηγουμένως με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Οι εκπρόσωποι αυτοί ορίστηκαν με βάση τη δραστηριοποίησή τους στην υποστήριξη των εγκύων γυναικών που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης στο φορέα που υπηρετούν.

Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα δομημένου ερωτηματολογίου με χρήση τακτικής κλίμακας που απευθυνόταν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας της 1^η ΤΟΜΥ (n= 12), 4^η ΤΟΜΥ (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=19) που μπορούν να έρθουν σε επαφή με την κακοποιημένη έγκυο, για την μέτρηση και καταγραφή εμπειριών, γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών σχετικά με την συντροφική κακοποίηση κατά την έγκυο γυναίκα, πριν την έναρξη εφαρμογής του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας».

Στην συνέχεια για την αποδοτικότερη υιοθέτηση του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας» οι επαγγελματίες υγείας που

στελεχώνουν την 1^η TOMY (n= 12), 4^η TOMY (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=19) της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου έλαβαν την απαραίτητη εκπαίδευση σε 1 συνάντηση 3ωρών, με τις παρακάτω θεματικές ενότητες: α) μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης των εγκύων γυναικών στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου του κάθε επαγγελματία, β) τρόπους αναγνώρισης και υποστήριξης των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, γ) εργαλεία και τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, δ) δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο κάθε επαγγελματίας ως προς το δικό του αντικείμενο αλλά και στο πλαίσιο της υπηρεσίας/φορέα που υπηρετεί. Για την αποδοτικότερη υιοθέτηση του οδηγού από τους επαγγελματίες κατά την καθημερινή πρακτική.

Πραγματοποιήθηκε η τρίμηνη πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας» από τους επαγγελματίες υγείας των τριών αγροτικών και αστικών κεντρών της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου, την 1^η TOMY (n= 12), 4^η TOMY (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=19).

Μετά το πέρας δύομισι μηνών της πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» στην 1^η TOMY (n= 12), 4^η TOMY (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=19), υλοποιήθηκε ποιοτική έρευνα, για την αξιολόγηση και βελτίωση του οδηγού, μέσω ημιδομημένης συνέντευξης σε δύο εκπροσώπους-συντονιστές που ορίστηκαν από κάθε μία πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας. Οι εκπρόσωποι αυτοί ορίστηκαν με βάση τη δραστηριοποίησή τους στην υποστήριξη των εγκύων γυναικών κατά την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού. Τέλος υλοποιήθηκε ποσοτική έρευνα δομημένου ερωτηματολογίου με χρήση τακτικής κλίμακας από τις έγκυες γυναίκες για την

αξιολόγηση των παρερχόμενων υπηρεσιών φροντίδας στα πλαίσια της εφαρμογής του οδηγού.

Πεδίο Μελέτης

Πεδίο μελέτης της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής αποτέλεσαν από τα έξι αγροτικά κέντρα υγείας της Περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου, το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβαράς εξαιτίας της μεγαλύτερης γεωγραφικής κάλυψης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, της πληθέστερης προσέλευσης ασθενών και το μεγαλύτερο αριθμό στελέχωσης επαγγελματιών υγείας, με μη τυχαία δειγματοληπτική μέθοδο. Ακόμη επιλέχθηκαν δύο από τα επτά αστικά κέντρα υγείας, η 1^η και 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου, εξαιτίας της γεωγραφικής θέσης σε περιοχές χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών, με μη τυχαία δειγματοληπτική μέθοδο.

Στρατολόγηση Συμμετεχόντων

Από την 1^η Τοπική Μονάδα Υγείας η οποία στελεχώνεται με 9 υγειονομικούς παρόχους (4 Γεν. Ιατροί, 1 Παθολόγος, 2 Νοσηλευτές, 1 Επισκέπτη Υγείας, 1 Κοινωνικό Λειτουργό), έλαβαν εκπαίδευση για την καλύτερη εφαρμογή του οδηγού ‘Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας’, εφάρμοσαν και οι εννιά υγειονομικοί πάροχοι για τρεις μήνες τον οδηγό. Από την 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας η οποία στελεχώνεται με 9 υγειονομικούς πάροχους (3 Γεν. Ιατροί, 1 Παιδίατρος, 1 Κοινωνική Λειτουργός, 2 Νοσηλευτές, 2 Επισκεπτών Υγείας) συμμετείχαν και οι εννιά επαγγελματίες υγείας στην διαδικασία εκπαίδευσης για την καλύτερη εφαρμογή

του οδηγού, και εφάρμοσαν τον οδηγό για το διάστημα τριών μηνών. Από το Κέντρο Υγείας Αγ. Βαρβάρας το οποίο στελεχώνεται με 27 υγειονομικούς πάροχους (7 Γεν. Ιατροί, 1 Παιδίατρο, 2 Μαίες, 1 Οδοντίατρο, 1 Μικροβιολόγο, 1 Κοινωνικό Λειτουργό, 6 Νοσηλευτές, 8 Π. ιατρεία), έλαβαν εκπαίδευση για την καλύτερη εφαρμογή του οδηγού και εφάρμοσαν για τρεις μήνες 19 επαγγελματίες υγείας από το σύνολο των 27, δηλαδή εκτός εκείνων υγειονομικών παρόχων των περιφερειακών ιατρείων.

Επιλέξιμες για συμμετοχή στη μελέτη εφαρμογής του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών», ήταν όλες οι ενήλικες έγκυες γυναίκες, χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ της μελέτης που έδιναν συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη.

Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας

Για λόγους ερευνητικής ηθικής λήφθηκε έγκριση για την διεξαγωγή της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης (7^η ΥΠΕ) Ηρακλείου (βλέπε παράρτημα), κατόπιν κατάθεσης των απαραίτητων δικαιολογητικών (Αρ. πρωτ. 7277/08-04-19).

Σχέδιο Παρέμβασης

Πραγματοποιήθηκε στις 1^ης Τοπικής Μονάδας Υγείας, 4^ης Τοπικής Μονάδας Υγείας και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου, πριν την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής (μήνας 0), αρχειακή έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί ο καταγεγραμμένος αριθμός εγκύων γυναικών που έχουν ελεγχθεί από τους επαγγελματίες υγείας και έχουν υποστεί ενδοσυντροφική βία για χρονικό διάστημα 6 μηνών πριν από την έναρξη της μελέτης. Με στόχο την σύγκριση των αποτελεσμάτων του αριθμού διαπιστωμένων περιπτώσεων θυματοποίησης πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις πρωτοβάθμιες μονάδες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας».

Πραγματοποιήθηκε ακόμη, πριν την έναρξη της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής (μήνας 0), ποσοτική έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με τακτική κλίμακα, αυτοσυμπληρούμενα, για την καταγραφή γνώσεων και δεξιοτήτων των υγειονομικών παρόχων που στελεχώνουν το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας, της 1^ης Τοπικής Μονάδας Υγείας και 4^ης Τοπικής Μονάδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν στο επιστημονικό προσωπικό πριν λάβουν την απαραίτητη ενημέρωση για την καλύτερη εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» και την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής. Προηγουμένως οι επαγγελματίες υγείας λάμβαναν έντυπο ενημέρωσης, εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

Στην συνέχεια για την αποδοτικότερη υιοθέτηση, πριν την έναρξη εφαρμογής του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας» οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν την 1^η ΤΟΜΥ (n= 12), 4^η ΤΟΜΥ (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=19) της περιφερειακής

ενότητας Ηρακλείου έλαβαν την απαραίτητη ενημέρωση σε 1 συνάντηση διάρκειας 3ωρών, με τις παρακάτω θεματικές ενότητες: α) μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης των εγκύων γυναικών στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου του κάθε επαγγελματία, β) τρόπους αναγνώρισης και υποστήριξης των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, γ) εργαλεία και τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα, δ) δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο κάθε επαγγελματίας ως προς το δικό του αντικείμενο αλλά και στο πλαίσιο της υπηρεσίας/φορέα που υπηρετεί.

Ακολούθησε η τρίμηνη πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» στην 1^η ΤΟΜΥ, 4^η ΤΟΜΥ, και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου από τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας, και η παρακολούθηση της εξέλιξης όλης της παρέμβασης.

Έπειτα από την τρίμηνη πιλοτική εφαρμογή του οδηγού υλοποιήθηκε α) αρχειακή έρευνα για τη διερεύνηση του αριθμού των εγκύων γυναικών που ανιχνεύτηκε κατά το διάστημα των 3 μηνών της πιλοτικής εφαρμογής, β) ποιοτική έρευνα με ημιδομημένη συνέντευξη, σε δύο εκπροσώπους-συντονιστές από την 1^η Τοπική Μονάδα Υγείας, την 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας, και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της πιλοτικής παρέμβασης και της βελτίωσης γνώσεων, δεξιοτήτων, διεπιστημονικής συνεργασίας, διαχείρισης περιπτώσεων κατά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου, γ) ποσοτική έρευνα, με αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, για τη διερεύνηση της ικανοποίησης από την ποιότητα φροντίδα που δέχτηκαν οι έγκυες συμμετέχουσες στην πιλοτική εφαρμογή.

Πίνακας 1. Σχεδιάγραμμα παρέμβασης

<u>Πριν την Παρέμβαση</u>	<u>Κατά την Παρέμβαση</u>			<u>Μετά την Παρέμβαση</u>
<u>Μήνας 0</u>	<u>Μήνας 1</u> Δεκέμβριος	<u>Μήνας 2</u> Ιανουάριος	<u>Μήνας 3</u> Φεβρουάριος	<u>Μήνας 4</u>
Αρχειακή έρευνα για την διαπίστωση κακοποιημένων εγκύων γυναικών τους περασμένους 6 μήνες στην 1 ^η 4 ^η ΤΟΜΥ και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της ΠΕ Ηρακλείου	Παρέμβαση Εφαρμογή Πρωτοκόλλου Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις 1 ^η 4 ^η ΤΟΜΥ και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της ΠΕ Ηρακλείου			Αρχειακή έρευνα για την προσελευσημότητα των εγκύων γυναικών κατά το διάστημα των 3 μηνών της πιλοτικής εφαρμογής

Ποσοτική έρευνα για την καταγραφή γνώσεων και δεξιοτήτων στους υγειονομικούς πάροχους των 1η 4η ΤΟΜΥ και κέντρου υγείας Αγ. Βαρβάρας της ΠΕ Ηρακλείου	Παρακολούθηση εξέλιξης της παρέμβασης			Συλλογή δεδομένων μέσω ποιοτικής έρευνας (ημιδομημένης συνέντευξης) σε δύο εκπροσώπους-συντονιστές από την κάθε υπηρεσία για την αξιολόγηση του οδηγού και βελτίωση γνώσεων, δεξιοτήτων, διεπιστημονικής συνεργασίας, διαχείρισης περιπτώσεων κατά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου
Ενημέρωση υγειονομικών παρόχων των 1^η 4^η ΤΟΜΥ και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της ΠΕ Ηρακλείου και παρουσίαση οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών»				Συλλογή δεδομένων μέσω ποσοτικής έρευνας (με ερωτηματολόγιο) για την ικανοποίηση της ποιότητας φροντίδας των εγκύων που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην πιλοτική εφαρμογή του οδηγού

Περιεχόμενο Παρέμβασης

Πρωτόκολλο

Το Πρωτόκολλο «Ανίχνευσης και Διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας» αναπτύχθηκε για την πρόληψη ανίχνευση και την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποίησης των εγκύων γυναικών, την διασφάλιση της ποιότητας των παροχών υπηρεσιών καθώς και την υποστήριξη, ενίσχυση και αποσαφήνιση των ρόλων και των ευθυνών μεταξύ των παροχών υπηρεσιών. Ο οδηγός περιλαμβάνει:

α) μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης των εγκύων γυναικών στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου του κάθε επαγγελματία. Όπως με ποια χαρακτηριστικά και ποιες κατηγορίες εγκύων γυναικών θα πρέπει να ελέγχονται. Ακόμη διαμορφωμένες φυσικές και διακριτικές ερωτήσεις εξέτασης που θα μπορούσαν να ασκήσουν επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή με μία έγκυο γυναίκα που πιθανόν έχει υποστεί συντροφική βία.

β) τρόπους αναγνώρισης και υποστήριξης των εγκύων γυναικών θυμάτων συντροφικής βίας που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα. Όπως δείκτες και πιθανές ενδείξεις σωματικών τραυματισμών, “κόκκινες σημαίες” στο ιατρικό ιστορικό φακέλου της ασθενούς και κατά την παρουσία της εγκύου στην υπηρεσία υγείας. Προτάσεις εκτεταμένης αξιολόγησης συνοδών προβλημάτων υγείας.

γ) εργαλεία και τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων που απευθύνονται στην εκάστοτε υπηρεσία/φορέα. Αναφέρονται αναλυτικά μέθοδοι και τεχνικές ελέγχου, αξιολόγησης, παρέμβασης και τεκμηρίωσης στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς. Ενώ παράλληλα παρέχονται συγκεκριμένα έντυπα καταγραφής της συντροφικής βίας κατά την έγκυο.

δ) Αποσαφήνιση επαγγελματικών ρόλων και δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο κάθε επαγγελματίας ως προς το δικό του αντικείμενο αλλά και στο πλαίσιο της υπηρεσίας/φορέα που υπηρετεί. Ο οδηγός παρέχει συγκεκριμένες οδηγίες που θα πρέπει να ακολουθηθούν από τον κάθε επαγγελματία ξεχωριστά βάση της ειδικότητας του.

Διαδικασίες που περιλάμβανε η Πιλοτική Εφαρμογή

Αναγνώριση-Προσυμπτωματικός Έλεγχος

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που στελέχωναν 1^η TOMY, 4^η TOMY, και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου, είτε κατά την άμεση συνάντησή τους με μια έγκυο γυναίκα σε προγραμματισμένο ραντεβού, είτε έμμεσης συνάντησης με μία έγκυο γυναίκα ως συνοδό ασθενούς, προέβαιναν σε λήψη συγκεκριμένων κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων της εγκύου και πραγματοποιούσαν συγκεκριμένες ερωτήσεις ανίχνευσης και διερεύνησης πιθανής θυματοποίησης της εγκύου γυναίκας.

Εκτίμηση-Διαχείριση

Στην περίπτωση που η έγκυος γυναίκα αρνούνταν την κακοποίηση, και ο επαγγελματίας υγείας έκρινε να μην υπάρχουν ενδείξεις συντροφικής κακοποίησης σύμφωνα με την ιατρική της εικόνα κατά την φυσική εξέταση, ο επαγγελματίας υγείας καταχωρούσε τα παραπάνω ευρήματα στον φάκελο της ασθενούς.

Στην περίπτωση που η έγκυος γυναίκα αρνούνταν την συντροφική βία, ενώ ο επαγγελματίας υγείας είχε διαπιστώσει σαφείς ενδείξεις κακοποίησης κατά την φυσική εξέταση, τότε δεν ασκούσε περισσότερη πίεση. Διαβεβαίωνε την έγκυο γυναίκα ότι η υπηρεσία υγείας μπορεί να της προσφέρει υποστήριξη και της πρόσφερε συγκεκριμένο ενημερωτικό φυλλάδιο με όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται για την συντροφική κακοποίηση. Ο επαγγελματίας υγείας κατέγραφε τα ευρήματα στον ιατρικό φάκελο.

Στην περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας διέκρινε σαφείς ενδείξεις συντροφικής κακοποίησης κατά την φυσική εξέταση της ασθενούς και η έγκυος γυναίκα αποκάλυπτε την συντροφική βία, ο επαγγελματίας υγείας έπραττε ανάλογα με το στάδιο ετοιμότητας αλλαγής που βρισκόταν η έγκυος γυναίκα. Διαβεβαίωνε την έγκυο γυναίκα πως δεν ευθύνεται εκείνη για ότι της συμβαίνει και έκφραζε την ανησυχία του για την ασφάλεια της εγκύου και ολοκλήρωναν μαζί την «αξιολόγηση κινδύνου». Ωστε η έγκυος γυναίκα να αναγνωρίσει την παρουσία κινδύνου στην ζωή της και να πάρει τις ανάλογες αποφάσεις για την ασφάλεια της. Και ολοκληρωνόταν εκτίμηση της «κοινωνικής κατάστασης» της εγκύου, για την τρέχουσα οικονομική της κατάσταση και το δίκτυο υποστήριξης που διαθέτη από το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον της. Ο επαγγελματίας υγείας κατέγραφε τα ευρήματα και την συμβουλευτική/υποστήριξη που παρείχε στον φάκελο της ασθενούς.

Καταγραφή-Τεκμηρίωση στον Ιατρικό Φάκελο

Οι επαγγελματίες υγείας κατέγραφαν στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την συντροφική κακοποίηση. Τόσο στην περίπτωση αποκάλυψης της συντροφικής βίας της εγκύου γυναίκας όσο στην άρνηση της ο επαγγελματίας υγείας κατέγραφε αυτολεξεί την αποκάλυψη, κατέγραφε στον φάκελο της ασθενούς περιγραφικά τις ενδείξεις, τους πιθανούς σωματικούς τραυματισμούς. Τεκμηρίωναν με την χρήση φωτογραφικής κάμερας αν ήταν εφικτό τους τραυματισμούς και τα αποτελέσματα της ιατρικής εξέτασης. Οι επαγγελματίες υγείας τεκμηρίωναν και κατέγραφαν στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς όλα τα ευρήματα και τις ενδείξεις συντροφικής βίας και στην περίπτωση άρνησης της συντροφικής βίας της εγκύου γυναίκας.

Υποστήριξη

Οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να ακολουθήσουν συγκεκριμένες οδηγίες υποστηρικτικών δηλώσεων που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν καθ' όλη την διάρκεια του ραντεβού τους με την έγκυο γυναίκα. Ακόμη είχαν υπόψη τους διάφορες ειδικές περιπτώσεις αντίδρασης της εγκύου που θα μπορούσαν να έρθουν σε επαφή, σημαντικά σημεία της συνέντευξης, επιβλαβείς δηλώσεις που θα έπρεπε να αποφύγουν.

Παραπομπή

Ο επαγγελματίας υγείας ενημέρωνε την έγκυο γυναίκα θύμα συντροφικής κακοποίησης για το είδος των υπηρεσιών που θα μπορούσε να παραπεμφθεί ανάλογα με τις ανάγκες της όπως συμβουλευτικές/ υποστηρικτικές υπηρεσίες, νομικές υπηρεσίες, ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών, καταφύγια/ξενώνες. Έπειτα λάμβανε την συγκατάθεση της εγκύου γυναίκας για παραπομπή.

Έντυπο 'Συμμετέχουμε στην προσπάθεια βίωσης σχέσεων αλληλοκατανόησης σιγουριάς και αγάπης με τον σύντροφο μας. Κατευθύνσεις για τις γυναίκες που βιώνουν ενδοσυντροφική βία'

Το έντυπο 'Συμμετέχουμε στην προσπάθεια βίωσης σχέσεων αλληλοκατανόησης σιγουριάς και αγάπης με τον σύντροφο μας. Κατευθύνσεις για τις γυναίκες που βιώνουν ενδοσυντροφική βία' δημιουργήθηκε από το εργαστήριο Υγείας και Οδικής Ασφαλείας του ΕΛΜΕΑ Κρήτης. Προσφερόταν από τους επαγγελματίες υγείας στις έγκυες γυναίκες που αρνούσαν την κακοποίηση αλλά υπήρχε η υποψία βίας στοχεύοντας στην συνειδητοποίηση της κακοποίησης και την ζήτηση βοήθειας. Το έντυπο αποτελείται από δέκα μέρη.

Μετρήσεις/Αξιολόγηση Πιλοτικής Εφαρμογής

Πριν την Πιλοτική Εφαρμογή

Αρχειακή έρευνα

Πριν την έναρξη της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής στην 1η Τοπική Μονάδα Υγείας, 4η Τοπική Μονάδα Υγείας και κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας της Περιφερειακής Ένωσης Ηρακλείου πραγματοποιήθηκε αρχειακή έρευνα για την καταγραφή ανίχνευσης και διαχείρισης περιστατικών συντροφικής κακοποίησης κατά την έγκυο γυναίκα, τους περασμένους έξι μήνες.

Ερωτηματολόγιο μέτρησης γνώσεων των επαγγελματιών υγείας (Premis)

Υλοποιήθηκε ποσοτική έρευνα μέσω δομημένου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου (Premis) με τακτική κλίμακα, για την συλλογή δεδομένων όσον αφορά τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν στο επιστημονικό προσωπικό του κέντρου υγείας Αγ. Βαρβάρας, της 1ης Τοπικής Μονάδας Υγείας και 4ης Τοπικής Μονάδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου πριν λάβουν την απαραίτητη ενημέρωση για την καλύτερη εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» και την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής. Προηγουμένως οι επαγγελματίες υγείας λάμβαναν έντυπο ενημέρωσης, εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα.

Μετά την Πιλοτική Εφαρμογή

Έντυπο Αξιολόγησης/Τεκμηρίωσης κακοποιημένης εγκύου

Η διαδικασία εκτίμησης και καταγραφής δεδομένων όσων αναφορά την Αξιολόγηση/Τεκμηρίωση της συντροφικής βίας κατά την έγκυο γυναίκα πραγματοποιήθηκε από ειδικά διαμορφωμένο δομημένο έντυπο καταγραφής πληροφοριών του επαγγελματία υγείας, αυτοσυμπληρούμενο, κατόπιν της συνάντησης του με την έγκυο γυναίκα. Συμπληρωνόταν από τον επαγγελματία υγείας που στελέχωνε το κέντρο υγείας Αγ.

Βαρβάρας, της 1^{ης} Τοπικής Μονάδας Υγείας και 4^{ης} Τοπικής Μονάδας Υγείας της ΠΕ Ηρακλείου, κατόπιν συνάντησης, ανεξαρτήτου αποκάλυψης ή όχι της βίας από την έγκυο. Βασισμένο στην διεθνή βιβλιογραφία περιλάμβανε κατευθυντήριες οδηγίες για τους επαγγελματίες υγείας και το χάρτη σώματος για την καταγραφή συγκεκριμένων πληροφοριών. Το έντυπο των επαγγελματιών υγείας περιλάμβανε 26 ερωτήματα (βλέπε παράρτημα). Οι θεματικές ενότητες ήταν οκτώ και αφορούσαν κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία εγκύου, διερεύνηση της ύπαρξη βίας παρέχοντας παραδείγματα φυσικών ερωτήσεων, αξιολόγηση της έντασης-τόπου της κακοποίησης, αξιολόγηση της ασφάλειας της εγκύου γυναίκας, επιλογή παραπομπής σε υπηρεσίες στήριξης για την κακοποιημένη γυναίκα και το παιδί, σε νομικό σύμβουλο, στη αστυνομία, στην εισαγγελία. Πληροφορίες αναφοράς περιστατικού βίας σε άλλες υπηρεσίες, συγκατάθεση εγκύου γυναίκας για τη λήψη φωτογραφικού υλικού των τραυματισμών. Τέλος το έντυπο περιλάμβανε χώρο για την περιγραφή καταγραφή της παρέμβασης που ακολούθησε ο επαγγελματίας υγείας.

Έντυπο ικανοποίησης εγκύων γυναικών

Το έντυπο αξιολόγησης της ικανοποίησης των υπηρεσιών (βλέπε παράρτημα) που έλαβαν οι έγκυες γυναίκες πραγματοποιήθηκε μέσω αυτοσημπληρούμενου δομημένου ερωτηματολογίου με τακτική κλίμακα, βασισμένο στην διεθνή βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από τις έγκυες γυναίκες κατόπιν την συνάντησης με τον επαγγελματία υγείας και τοποθετούνταν σε ειδικό κουτί που είχε δημιουργήσει η εκάστοτε πρωτοβάθμια μονάδα φροντίδας υγείας. Προηγουμένως λάμβαναν έντυπο ενημέρωσης, εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή τους στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο των εγκύων περιλάμβανε πέντε μέρη και συνολικά 33 ερωτήματα. Αντλούσε στοιχεία για τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων συμμετεχόντων, την ποιότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας. Καταμετρούσε την πρόθεση αλλαγής στην ζωή των εγκύων θυμάτων συντροφικής βίας κατόπιν της συνάντησης τους με τον επαγγελματία υγείας, την ικανοποίηση της εγκύου γυναίκας από τη συνάντησης με τον επαγγελματία υγείας.

Συνέντευξη συντονιστών των υπηρεσιών ΠΦΥ

Για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την αξιολόγηση και τις προτάσεις βελτίωσης του οδηγού υλοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη, σε δύο συντονιστές-εκπροσώπους επαγγελματίες υγείας από κάθε πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας που εφάρμοσαν τον οδηγό μετά το πέρασμα των τριών μηνών της πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού, δηλαδή την 1^η Τοπική Μονάδα Υγείας, 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας. Οι θεματικές ενότητες της συνέντευξης ήταν έξι και αφορούσαν την ανίχνευση αλλαγών στη διαχείριση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη, τη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων ως προς τη διαχείριση ενός περιστατικού, την τεκμηρίωση/καταγραφή της συντροφικής βίας κατά την έγκυο γυναίκα στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς, τη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, τη διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την καλύτερη υποστήριξη και αντιμετώπιση ενός περιστατικού και τέλος τις προτάσεις βελτίωσης και τα σχόλια των επαγγελματιών για τον οδηγό «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Αποτελέσματα ερωτηματολογίου γνώσεων επαγγελματιών υγείας

Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν αριθμούνται σε 26 συνολικά. Συμπληρώθηκαν από επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, όπου εργάζονταν σε φορείς δημοσίου δικαίου. Πιο συγκεκριμένα από επαγγελματίες υγείας όπου απασχολούνται στην 1^η Τοπική Μονάδα Υγείας (n= 12), 4^η Τοπική Μονάδα Υγείας (n=9), και το κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=18) της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Από τις απλές κατανομές (**Πίνακας 1**) προκύπτει ότι 8 (30.8%) ήταν άνδρες και 18 (69.2%) γυναίκες. Η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών ήταν 44,6 έτη (9,6 Τ.Α.). Όσον αφορά την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας, Γενικοί Ιατροί ήταν 7 (26.9%), Νοσηλευτές ήταν 7 (26.9%), Μαιές ήταν 2 (7.7%), Κοινωνικοί Λειτουργοί ήταν 3 (11.5%), Επισκεπτριών υγείας ήταν 3 (11.5%), Τεχνολόγος Ιατρικών εργαστηρίων ήταν 1 (3.8%), Παιδίατροι ήταν 3 (11.5%). Η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας ήταν 42.6 (9,6 Τ.Α.).

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ επαγγελματιών υγείας

N=61	N	%
Φύλο		
Ανδρες	8	30.8
Γυναίκες	18	69.2
Ηλικία	44.6*	9.6*

Επάγγελμα/Ειδικότητα		
Γεν. Ιατρός	7	26.9
Νοσηλεύτης	7	26.9
Μαία	2	7.7
Κοινωνικός Λειτουργός	3	11.5
Επισκέπτης Υγείας	3	11.5
Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων	1	3.8
Παιδίατρος	3	11.5
Έτη Προϋπηρεσίας	42.6*	9.6*
Ωρες προηγούμενης εκπαίδευσης στην συντροφική βία	14.4*	10.3*

*Μέση τιμή, Τυπική Απόκλιση

Αποτελέσματα ερωτηματολογίου εγκύων γυναικών

Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν αριθμούνται σε 2 συνολικά. Συμπληρώθηκαν από έγκυες γυναίκες ασθενείς των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών 1^{ης} Τοπικής Μονάδας Υγείας (n= 12), 4^{ης} Τοπικής Μονάδας Υγείας (n=9), και του κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας (n=18) της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Από τις απλές κατανομές (**Πίνακας 2**) φαίνεται ότι η μέση τιμή ηλικίας των εγκύων γυναικών ήταν 32 έτη (4.2 Τ.Α.). Απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 2, επαγγέλλονταν η πρώτη δασκάλα δημοτικού σχολείου και η δεύτερη ειδικευόταν στα οικονομικά τοπικής αυτοδιοίκησης. Η μέση τιμή των μηνών κύησης στις δύο έγκυες γυναίκες ήταν 8 (Τ.Α. 1.4). Μία στις δύο περιπτώσεις αποτελούσε

πρώτη επίσκεψη στην πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας, ενώ η δεύτερη είχε επισκεφτεί την υπηρεσία ακόμη πέντε φορές στο παρελθόν. Προγραμματισμένη επίσκεψη αποτελούσε και στις δύο περιπτώσεις των εγκύων γυναικών. Η οικογενειακή κατάσταση των εγκύων γυναικών ήταν έγγαμες. Μία στις δύο διανούσε την πρώτη της εγκυμοσύνη, ενώ η δεύτερη είχε ακόμη δύο παιδιά. Αιτία επίσκεψης ήταν ο προγραμματισμένος έλεγχος εγκυμοσύνης και των δύο περιπτώσεων. Ασφαλιστικός φορέας κάλυψης ήταν το ΙΚΑ και τις δύο περιπτώσεις.

Κατόπιν της Πιλοτικής Εφαρμογής

Αλλαγές στην Ανίχνευση και την Διαχείριση θυματοποιημένων εγκύων γυναικών

Ανίχνευση/Προσυμπτωματικός Έλεγχος

Διαχείριση/Εκτίμηση/Τεκμηρίωση

Από τα αποτελέσματα της αρχειακής έρευνας έξι μήνες πριν τη πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας», δεν ανιχνεύθηκε από τους επαγγελματίες υγείας, ούτε αποκαλύφθηκε από έγκυο ασθενή καμία νέα διάγνωση συντροφικής κακοποίησης (N=26 100%). Μετά τους τρεις μήνες της πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού εντοπίστηκαν δύο έγκυες. Μια στις δύο έγκυες συμμετέχοντες που εξετάστηκαν, ανιχνεύτηκαν με ενδείξεις συντροφικής κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας, στην οποία κρίθηκε απαραίτητο να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση κινδύνου, και περαιτέρω συμβουλευτική υποστήριξη.

Η ηλικία των εγκύων γυναικών ήταν τα 32 έτη, έγγαμες, απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, η μία εκ των δύο εκπαιδευτικός Α'θμιας Εκπαίδευσης και η δεύτερη διαχειριζόταν την οικονομική υπηρεσία της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι δύο έγκυες γυναίκες ήταν στον 8ο μήνα κύησης. Για τη μια ήταν η πρώτη επίσκεψη στην υπηρεσία ΠΦΥ, ενώ για τη δεύτερη ήταν η 6η επίσκεψη. Η επίσκεψη ήταν

προγραμματισμένη και για τις δύο περιπτώσεις. Για τη μια συμμετέχουσα ήταν η πρώτη της εγκυμοσύνη, ενώ για την άλλη η τρίτη εγκυμοσύνη. Ασφαλιστικός φορέας και για τις δύο ήταν το ΙΚΑ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εγκύων γυναικών πραγματοποιήθηκαν ερωτήσεις ανίχνευσης συντροφικής βίας από τους υγειονομικούς παρόχους και στις δυο περιπτώσεις εγκύων. Ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα των επαγγελματιών υγείας πριν την πιλοτική εφαρμογή, δεν πραγματοποιούσαν ερωτήσεις ανίχνευσης της συντροφικής βίας σε όλους τους ασθενείς (N=8 30.8%), και αισθάνονταν ‘καθόλου προετοιμασμένοι’ να ασκήσουν κατάλληλες ερωτήσεις σχετικά με την συντροφική βία σε μία έγκυο γυναίκα (N=7 29.9%). Έκφρασαν ουδέτερη στάση όσον αναφορά το κατά πόσο άνετα αισθάνονται να συζητήσουν ζητήματα συντροφικής βίας μαζί με την έγκυο ασθενή, και ανεπαρκείς των απαραίτητων δεξιοτήτων συζήτησης συντροφικής βίας με την έγκυο ασθενή (N=8 30.8%), (N=6 23.1%).

Πριν την πιλοτική εφαρμογή η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δήλωσε πως αναγνωρίζουν, ανάμεσα σε άλλα, ως προειδοποιητικά σημάδια μόνο τους συχνούς τραυματισμούς (N=21 80.8%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, με την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών», ανιχνεύθηκαν ενδείξεις συντροφικής κακοποίησης ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες του ‘προσυμπτωματικού ελέγχου’.

Ενώ και οι δυο περιπτώσεις των εγκύων γυναικών που συμμετείχαν στην πιλοτική εφαρμογή του οδηγού δήλωσε να μην ανήκει στην κατηγορία που να έχει υποστεί συντροφική βία, μία στις δύο περιπτώσεις δήλωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας πραγματοποίησαν ερωτήσεις αξιολόγησης της ασφάλειας των παιδιών τους. Παράλληλα ο επαγγελματίας υγείας κατέγραψε θετικά στο έντυπο Αξιολόγησης/Τεκμηρίωσης της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη ότι μία από τις δύο περιπτώσεις των εγκύων υπήρξε ‘υποψία κακοποίησης’, η εγκυμοσύνη που διένυε ήταν απρογραμμάτιστη αλλά επιθυμητή, και πως πραγματοποίησε αξιολόγηση της ασφάλειας της εγκύου ασθενή.

Οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πριν την έναρξη της πιλοτική εφαρμογή ‘καθόλου προετοιμασμένοι’ να διεξάγουν εκτίμηση της ασφάλειας της ασθενούς και των παιδιών της (N=8 30.8%), ελλιπής γνώσης του ρόλου τους για την ανίχνευση της συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη (N=7 26.9%) και

ανεπαρκής γνώσεων σε ότι αφορά τον προσδιορισμό του κινδύνου για μια ασθενή που βιώνει συντροφική κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη. Ακόμη άσκησαν ερωτήσεις ετοιμότητας αλλαγής της κατάστασης στην οποία βιώνουν μέχρι σήμερα ενώ πριν την πιλοτική εφαρμογή οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν στη πλειοψηφία τους ‘καθόλου έτοιμοι’ να εκτιμήσουν την ετοιμότητα για αλλαγή του θύματος (N=9 34.6%), και πως οι γνώσεις τους είναι αμελητέες σχετικά με την σχέση μεταξύ της συντροφικής βίας και της εγκυμοσύνης (9 34.6%). Ανικανότητα συλλογής απαραίτητων πληροφοριών αναγνώρισης της συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη (N=6 23.1%), αναγνώρισης της συντροφικής βίας στην έγκυο χωρίς να ρωτήσουν και να υπάρξει αποκάλυψη (N=8 30.8%).

Μία στις δύο έγκυες γυναίκες δήλωσε στο πίνακα μέτρησης ετοιμότητας της αλλαγής στην ζωή της, κατόπιν του ραντεβού της με τον επαγγελματία υγείας, ‘καθόλου έτοιμη να προβεί σε αλλαγές’ στο άμεσο μέλλον. Ενώ αποτυπώθηκε από τους επαγγελματίες υγείας, πριν την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής, πλήρη σύγχυση σχετικά με το στάδιο αλλαγής και την εξέλιξη των σταδίων που βιώνει κάθε έγκυος κακοποιημένη γυναίκα προκειμένου να προβεί σε αλλαγές στην ζωή της (N=.26 100%).

Αξιολόγηση Πιλοτικής Εφαρμογής του Οδηγού από συμμετέχοντες έγκυες γυναίκες

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αξιολόγησης των παρερχόμενων υπηρεσιών των κατευθυντήριων οδηγιών που προσέδιδε ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» από τις έγκυες γυναίκες συμμετέχοντες, οι επαγγελματίες υγείας πραγματοποίησαν ερωτήσεις ανίχνευσης της συντροφικής βίας κατά την έγκυο γυναίκα. Σύμφωνα με τα περαιτέρω στοιχεία όσον αναφορά τη διαχείριση της συντροφικής βίας οι έγκυες γυναίκες συμμετέχουσες δήλωσαν πως δεν ανήκαν στην κατηγορία που να είχαν υποστεί συντροφική βία. Διφορούμενα δεδομένα προέκυψαν αναφορικά με τις ερωτήσεις αξιολόγησης

της ασφάλειας των παιδιών και παροχής συμβουλευτικής των εγκύων γυναικών όπου μία από τις δύο δέχτηκε από τους επαγγελματίες.

Στο σύνολο των εγκύων γυναικών συμμετεχόντων, έμειναν απόλυτα ικανοποιημένες από την παροχή υπηρεσιών των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα από την εμπιστοσύνη που τις ενέπνευσε, την στήριξη που πρόσφεραν, την επικοινωνία ανάμεσα τους, το ενδιαφέρον, την ευγενική συμπεριφορά, και την προθυμία των επαγγελματιών σχετικά με το θέμα της συντροφικής κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη κατά το ραντεβού.

Όσον αναφορά τον αριθμό πρόθεσης ή σκέψης για αλλαγή των εγκύων κατόπιν της συνάντησης τους με τον επαγγελματία υγείας, μία από τις δύο περιπτώσεις δεν ανήκαν στην κατηγορία θυμάτων, ενώ η δεύτερη δήλωσε καθόλου έτοιμη για αλλαγή. Οι έγκυες γυναίκες, συμμετέχουσες, δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένες κατόπιν του ραντεβού τους για την εμπιστοσύνη που αισθάνθηκαν, της στήριξη που προσφέρθηκε, την επικοινωνία, το ενδιαφέρον και την ευγενική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, μία στις δύο έγκυες γυναίκες έμεινε απόλυτα ικανοποιημένη από τις πληροφορίες που της πρόσφεραν για την συντροφική κακοποίηση και τη συμβουλευτική που της παρείχε ο επαγγελματίας υγείας ακόμη και κατά την άρνηση για συντροφική κακοποίηση, ενώ η δεύτερη δεν ανήκε σε αυτή την κατηγορία.

Αξιολόγηση Πιλοτικής Εφαρμογής του Οδηγού από υγειονομικούς πάροχους

Συνέντευξη

Αξιολόγηση αντίκτυπου πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού στην αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ως προς την ανίχνευση και την διαχείριση περιστατικών θυματοποίησης εγκύων γυναικών

Οι επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία, χαρακτήρισαν τον οδηγό, σύμφωνα με όσα ειπώθηκαν, ως μια ‘καλή καθοδήγηση’ ‘βοηθητικό στην ανίχνευση’ που ‘φυσικά και ναι’ πρόσφερε αυτοπεποίθηση και

σιγουριά κατά το χειρισμό για τη καλύτερη διαχείριση ενός περιστατικού σε σχέση με πριν την πιλοτική εφαρμογή που δεν είχαν στην διάθεση τους κατευθυντήριες οδηγίες. Οι οδηγίες συγκεκριμενοποίησης εστίασης σε ζητήματα συντροφικής βίας κατά την έγκυο, προκειμένου να ανιχνεύσουν και να διαχειριστούν περιστατικά θυματοποίησης εγκύων γυναικών, απλοποίησε και εξόπλισε την καθημερινή ανταπόκριση τους στις ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα έκφρασαν θετικά σχόλια ενίσχυσης της σιγουριάς, μέσω των κατάλληλων και φυσικών ερωτήσεων που διέθετε ο οδηγός υποστηρίζοντας τους στην κατανόηση της συντροφικής βίας ακόμη και σε περιπτώσεις απόκρυψης από την έγκυο σύμφωνα με τα λεγόμενα ‘Ναι με έκανε να αισθανθώ σιγουριά και αυτοπεποίθηση για το πώς να χειριστώ τον τρόπο προσέγγισης, ποιες ερωτήσεις να κάνω, το πώς να καταλάβω ενδεχομένως ότι μπορεί να υποκρύπτεται κακοποίηση στο περιστατικό’.

Ακόμη χαρακτηρίστηκε ένα ιδιαίτερα λεπτό ευαίσθητο ζήτημα η συντροφική βία που η λανθασμένη διατύπωση ερωτήσεων, αδιάκριτη προσέγγιση, προσβολή της ασθενούς σε περίπτωση λανθασμένης εντύπωσης, απέτρεπε και αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα στους επαγγελματίες υγείας τη διερεύνηση της συντροφικής βίας. Με τις κατευθυντήριες οδηγίες προσέγγισης της εγκύου γυναίκας κάμθηκε ο δισταγμός των επαγγελματιών υγείας και ενισχύθηκε η αυτοπεποίθηση και η σιγουριά του τρόπου προσέγγισης της εγκύου για την ανίχνευση της συντροφικής βίας. Σύμφωνα με τα λεγόμενα: ‘Δεν γνωρίζω τι πρέπει να πω και τι να μην πω, για να μην την φέρω σε δύσκολη θέση ακόμη και με μια πολύ απλή ερώτηση για τη διερεύνηση κακοποίησης. Δεν γνώριζα, και δεν ένιωθα ποτέ σίγουρος/η πώς να εκφραστώ. Ακόμη και στη περίπτωση λάθους εντύπωσης, πώς να μην την προσβάλλω. Ενώ ο οδηγός περιέχει πολύ διακριτικές και κατάλληλες ερωτήσεις που με κάνει να νιώθω τη σιγουριά πως δεν θα πω κάτι λάθος, δεν θα προσβάλλω, δεν θα παραβιάσω την ιδιωτικότητα, ρωτώντας εν μέρει κάτι τόσο προσωπικό αλλά δημόσιο πρόβλημα πόσο μάλλον σε μια έγκυο γυναίκα’.

Διφορούμενες απόψεις εκφράστηκαν από δύο επαγγελματίες όπου σύμφωνα με τα λεγόμενα ‘ήταν καλός ο οδηγός με την έννοια ότι πήρα κάποιες πληροφορίες για το πώς να προσεγγίσω, όμως είναι ένα θέμα πολύ λεπτό και δεν μπορώ να πω πως είμαι σίγουρη.... Αν έχω την σιγουριά που απαιτείται για να διαχειριστώ μια τέτοια κατάσταση’. Ακόμη εκφράστηκε η ανάγκη ολοκληρωμένης επιμόρφωσης σε συνδυασμό με την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαχείρισης ενός περιστατικού θυματοποίησης ώστε να καλλιεργηθεί και να ενισχυθεί η σιγουριά κατά την

επαφή με μια έγκυο γυναίκα θύμα συντροφικής βίας. Όπως αναφέρθηκε ‘πιστεύω ότι χρειαζόμαστε όλοι οι επαγγελματίες επιμόρφωση, (και αυτοί που δεν είναι επαγγελματίες υγείας π.χ. καθαρίστρια μπορεί να παρατηρήσει κάτι στην αναμονή των ΤΕΠ, αλλά εργάζονται στο χώρο-κέντρο υγείας), για να αισθανθούμε σιγουριά και να συνεργαστούμε κατάλληλα κατά την αντιμετώπιση μιας περίπτωσης συντροφικής βίας κατά την έγκυο. Διότι έχουμε έλλειψη στο κομμάτι της ψυχικής υγείας και της παρέμβασης ακόμη και από κοινωνικό λειτουργό σε ένα χώρο όπως είμαστε εδώ του κέντρου υγείας, ως αποτέλεσμα τα περιστατικά να είναι πολύ εύκολο να διαφύγουν’.

,

Αξιολόγηση αντίκτυπου πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων επαγγελματιών υγείας ως προς την ανίχνευση και την διαχείριση περιστατικών συντροφικής κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη

Στο σύνολο τους οι επαγγελματίες υγείας αξιολόγησαν την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού ως ένα εργαλείο αρωγό και θετικό ενισχυτή στις γνώσεις και τις δεξιότητες στην ανίχνευση και τη διαχείριση της συντροφικής βίας κατά την έγκυο γυναίκα. Σύμφωνα με λεγόμενα ‘προηγουμένως δε θα άγγιζα καθόλου ένα τέτοιο θέμα’. Έκφρασαν πως είχαν τις απαραίτητες κατευθυντικές πληροφορίες στην διάθεση τους να ακολουθήσουν για οποιαδήποτε αντίδραση της εγκύου προέκυπτε.

Επισημάνθηκαν και αξιολογήθηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες οι οδηγίες «κόκκινες σημαίες» του οδηγού που περιλάμβαναν ακριβή σημεία εστίασης των επαγγελματιών υγείας προς τις έγκυες γυναίκες. Σύμφωνα με τα λεγόμενα ‘πριν δεν είχα ούτε τις γνώσεις πώς να το διαχειριστώ και να το κατευθύνω και είχα και κάποιες ελλείψεις γνώσεις στο να καταλάβω κάποια σημεία ‘καμπανάκια’ τα οποία συνάντησα στον οδηγό και κατάλαβα που πρέπει να δίνω σημασία. Τώρα με βάση τις κόκκινες σημαίες του οδηγού νομίζω ότι μου συμπλήρωσε τις γνώσεις ότι μπορώ να τσιμπήσω κάποιο περιστατικό που θα μου διάφευγε διαφορετικά’, ‘ήταν εξαιρετικές οι κόκκινες σημαίες κακοποίησης, μου έδωσε στοιχεία για το που να στρέψω αμέσως την προσοχή μου’.

Επαγγελματίες υγείας καταρτισμένοι στο ζήτημα της συντροφικής βίας ανέφεραν πως αγνοούσαν σημαντικές πληροφορίες. Σύμφωνα με τα λεγόμενα ‘ήταν τρομερά χρήσιμες οι ερωτήσεις που παρείχε ο οδηγός. Καθώς δεν είναι ακριβώς το ίδιο όλα αυτά, με όλα αυτά που εγώ πίστευα για το πώς να διαχειριστώ μια περίπτωση συντροφικής κακοποίησης, σύμφωνα με την επαφή που είχα με το θέμα. Υπήρχε διαφοροποίηση. Ο οδηγός ήταν πολύ συγκεκριμένος εκεί ακριβώς που έπρεπε’.

Αξιολόγησης διαδικασίας τεκμηρίωσης και καταγραφής της συντροφικής κακοποίησης στο ιατρικό φάκελο της εγκύου γυναίκας ασθενή

Διφορούμενες απόψεις αξιολόγησης εκφράστηκαν από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» στην καταγραφή της συντροφικής βίας. Τρεις στις έξι περιπτώσεις των επαγγελματιών έκφρασαν ευαισθητοποίηση στο ζήτημα καταγραφής κατόπιν του οδηγού, ενώ στο παρελθόν απέφευγαν να καταγράψουν στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς τις ενδείξεις, υποψίες ή τους φανερούς τραυματισμούς. Σύμφωνα με τα λεγόμενα στο παρελθόν ‘Ίσως σκεφτόμουν είναι βαριά όλα αυτά για να τα καταγράψω, αλλά και πάλι δεν ήταν ανάγκη μου να τα καταγράψω. Μένω στα καθήκοντα της εργασίας μου δηλαδή να λάβω ένα γυναικολογικό ιστορικό, και επίσης δεν θα το μοιραστώ με κάποιον άλλον επαγγελματία υγείας, δε θα το κοινωνήσω σε κάποιον, θα την δώ μόνο εγώ πάλι και κανείς άλλος. Ίσως να το σημειώσω για να το θυμηθώ εγώ την επόμενη φορά’. Κατόπιν της πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού σύμφωνα με τα λεγόμενα ‘τώρα όμως μετά τον οδηγό καταλαβαίνω ότι είναι αναγκαία η καταγραφή για να μεταφερθεί κάπου όλο αυτό’.

Ακόμη ειπώθηκε από τους επαγγελματίες υγείας η καταγραφή της συντροφικής βίας στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς με κίνητρο τη μεταφορά της ευθύνης υποστήριξης του περιστατικού εξαιτίας συνταξιοδότησης του επαγγελματία. Δυσλειτουργικότητα στην διεπιστημονική ομάδα στελέχωσης, για την αντιμετώπιση περιστατικών συντροφικής βίας. Σύμφωνα με όσα είπαν ‘θα κατέγραφα φυσικά πλέον σύμφωνα με τον οδηγό οτιδήποτε αναγνώριζα σχετικά με τη συντροφική βία, αλλά ελλείψη ‘ομάδας’ και κοινωνικής υπηρεσίας όπως περιέγραψα, δεν είμαι σίγουρη για την εξέλιξη-έκβαση της περίπτωσης. Βέβαια

ίσως να το κατέγραφα γιατί δεν είμαι και σίγουρη ότι θα την ξαναδώ εγώ προσωπικά επειδή μπορεί να αποχωρήσω στα επόμενα χρόνια λόγω συνταξιοδότησης και να αναλάβει κάποιος άλλος’.

Ακόμη εκφράστηκε δισταγμός καταγραφής της συντροφικής βίας στον φάκελο της εγκύου γυναίκας και αποφυγή αντιμετώπισης περιστατικών βίας εξαιτίας του στιγματισμού μιας κλειστής κοινωνίας που θα μπορούσε να έρθει αντιμέτωπη, παρά την τήρηση του απορρήτου σύμφωνα με όσα είπαν ‘είναι και κλειστή κοινωνία, άλλη μια δυσκολία που πρέπει να αντιμετωπίσουμε για να μη αισθανθούν ότι στιγματίζονται. Είναι ταμπού γενικά η είσοδος των γυναικών στο κέντρο υγείας (πχ για πιο λόγο έρχονται, τι κάνουν κτλ). Οπότε και ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιπτώσεις βίας’.

Εκφράστηκε καταγραφή της βίας στον ιατρικό φάκελο μόνο στην περίπτωση διαβεβαίωσης και αποκάλυψης από την έγκυο γυναίκα, ακόμη έντονος δισταγμός καταγραφής εξαιτίας άγνοιας της νομικής κάλυψης του υγειονομικού παρόχου σε μια τέτοια περίπτωση. Σύμφωνα με όσα είπαν ‘και πριν αν το καταλάβαινα θα το κατέγραφα, πόσο μάλλον ακόμη περισσότερο και τώρα με τον οδηγό. Απλά αν διαπίστωνα ένα περιστατικό κακοποίησης δε θα φοβόμουν να το καταγράψω και να το συζητήσω, εφόσον και εκείνη το επιβεβαίωνε προφανώς θα μου έδινε την επιλογή/δυνατότητα να το διαχειριστούμε. Αν η ίδια το αρνούταν δε θα κατέγραφα κάτι. Τις υποψίες κακοποίησης θα τις έθετε με την ίδια, την άμεσα ενδιαφερόμενα άτομο, αν αρνούταν δε θα το κατέγραφα γιατί θα μπορούσα να έκανα λάθος’, ‘δεν ξέρω αν θα το κατέγραφα γιατί δεν ξέρω αν νομικά υπερβαίνω κάτι, ενώ εκείνη μου το αρνείται. Έστω ότι φτάνει σε μια ασφαλιστική εταιρεία ο φάκελος της, υποψία και όχι τεκμηριωμένα με στοιχεία, θα έρθω σε δύσκολη θέση γιατί στον ιατρικό φάκελο καταγράφονται μόνο τεκμηριωμένα ζητήματα. Δεν γνωρίζω αν θα ήμουν καλυμμένος νομικά να το κάνω ή θα είχα συνέπειες και εγώ’.

Αξιολόγηση διεπιστημονικής συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας και διυπηρεσιακής διαχείρισης

Στο σύνολο οι επαγγελματίες υγείας έκφρασαν ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας εξαιτίας πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών». Δήλωσαν πως κινητοποιήθηκαν όλοι μαζί, συζήτησαν τους ρόλους τους για την από κοινού αντιμετώπιση περιστατικού συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Κάποιοι ανέφεραν πως συνεργάστηκαν διυπηρεσιακά στο παρελθόν μόνο τοποθετώντας αφίσες για την ευαισθητοποίηση των γυναικών σε ζητήματα κακοποίησης, με την πιλοτική εφαρμογή ανέπτυξαν εντονότερα συνεργασίες, προβληματίστηκαν, καθώς διέθεταν ένα εργαλείο για την καλύτερη αντιμετώπιση ενός περιστατικού συντροφικής βίας. Σύμφωνα με όσα

είπαν ‘θέσαμε τους τρόπους που θα μπορούσαμε να συνεργαστούμε μεταξύ μας για καλύτερη αντιμετώπιση. Συνεργαζόμαστε πάντα καλά, απλά τώρα δόθηκε ένα βήμα, ένας τρόπος παραπάνω, ειδικά για το συγκεκριμένο θέμα. Γιατί για το συγκεκριμένο θέμα μάλλον μπορούσαμε να το χάσουμε πιο εύκολα πριν. Τώρα έχουμε και ευαισθητοποιηθεί εκτός από την μεταξύ μας συνεργασία’, ‘τόρα θα το συζητούσαμε και θα το διαχειριζόμασταν διαφορετικά, αν προέκυπτε περιστατικό. Είχαμε περισσότερες πληροφορίες ώστε να το διαχειριστούμε όλοι μαζί. Και να προσεγγίζουμε εμείς’, ‘Αναπτύχθηκαν συνεργασίες μεταξύ ειδικοτήτων, που στο παρελθόν δεν υπήρχαν’.

Αξιολόγηση οδηγού για τη διαδικασία διασύνδεσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τα λεγόμενα του συνόλου των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βία κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας», ενίσχυσε τις γνώσεις τους γύρω από δομές υποστήριξης θυμάτων συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη, προσφέροντας τους κατευθυντήριες οδηγίες προς τα πού να απευθυνθούν και επιλογές, σε περίπτωση ανίχνευσης περιστατικού συντροφική βίας κρινόμενο άμεσης επέμβασης. Σύμφωνα με όσα είπαν ‘Μέσω του οδηγού ενημερώθηκα για επιλογές υπηρεσιών που θα μπορούσα να απευθυνθώ και δεν γνώριζα. Στο παρελθόν έψαχνα μόνη μου υπηρεσίες και επικοινωνούσα προκειμένου να υποστηρίξω μια ασθενή, ενώ τώρα γνωρίζω που μπορώ να απευθυνθώ. Και έχω επιλογές παραπομπής’. Ο οδηγός δημιούργησε θετική στάση ανάπτυξης συνεργασιών της υπηρεσίας που στελεχώνουν με άλλες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υποστήριξης του θύματος συντροφικής βίας και αισθήματα ασφάλειας της διαδικασίας παραπομπής. Σύμφωνα με όσα είπαν ‘Ναι θα ήμουν θα ήμουν πολύ θετική αναπτύξω συνεργασία γιατί αισθάνομαι ασφάλεια και με καλύπτει για να δημιουργήσω μια τέτοια συνεργασία’, ‘Τώρα θα αναπτύσσαμε συνεργασία βάση του οδηγού’. Ακόμη ο οδηγός ήταν

Προτάσεις βελτίωσης και εμπόδια που εντόπισαν του οδηγού «Ανίχνευσης και Διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών»

Από μερικούς επαγγελματίες υγείας εκφράστηκε ως πρόταση βελτίωσης η επιμόρφωση και εμπειριστατωμένη εκπαίδευση σε ζητήματα ανίχνευσης και διαχείρισης της συντροφικής βίας κατά την έγκυο γυναίκα σε συνδυασμό με την πιλοτική εφαρμογή για την καλύτερη εφαρμογή του οδηγού. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των επαγγελματιών ‘Ο οδηγός είναι εξαιρετικός, πριν τον οδηγό θα έπρεπε ίσως να γίνει ένα άλλο βήμα. Όπως μια υποχρεωτική εμπειριστατωμένη εκπαίδευση. Και μετά να κουμπώσει ο οδηγός’, ‘ήταν καλό που συζητήσαμε και ενημερωθήκαμε αλλά ήταν αναγκαίο τελικά να υπάρξει εκπαίδευση’.

Συζήτηση- Αδυναμίες της έρευνας

Η βία κατά των γυναικών, και πιο συγκεκριμένα κατά των εγκύων είναι διαδεδομένη σε όλο τον κόσμο με σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Οι κακοποιημένες γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό ανεπιθύμητων και δυσμενών εγκυμοσύνων, αμβλώσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε σύγκριση με μη κακοποιημένες συνομηλίκους (W.H.O., 2017).

Στην Ελλάδα οι γνώσεις και οι πληροφορίες που έχουμε για την αντιμετώπιση περιστατικών βίας είναι ελλιπείς, ενώ παράλληλα ο αριθμός κακοποιημένων γυναικών ολοένα και αυξάνεται. Σε έρευνα που διεξήχθη το 2012 από το Πανεπιστήμιο Κρήτης (Papadakaki et al., 2012) επιδιώχθηκε να καταδειχθεί η αμεσότητα στη διαχείριση της συντροφικής βίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλους τους νομούς της Κρήτης. Ο σκοπός της έρευνας αφορούσε το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενώ έχουν αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και είναι σε θέση να εκτιμήσουν τη σωματική και ψυχική υγεία τους συνδέοντας τα σωματικά συμπτώματα με υποκείμενη κακοποίηση. Παρόλα αυτά σπάνια εκτιμούν τη βία και τεκμηριώνουν τις υποθέσεις με ιατρικά στοιχεία. (Papadakaki et al., 2012). Ως αποτέλεσμα οι γυναίκες θύματα κακοποίησης, να ταλαιπωρούνται από την ανεπαρκή ανταπόκριση των υπηρεσιών και από την αποσπασματικότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν για το ίδιο πρόβλημα από διαφορετικούς επαγγελματίες. Οι επαγγελματίες, διαχειρίζονται αποσπασματικά, χωρίς να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις διαχείρισης περιστατικών κακοποίησης με αποτέλεσμα να διαιωνίζουν το πρόβλημα και πολλές φορές να αισθάνονται οι ίδιοι αναποτελεσματικοί και ανεπαρκείς. Η δε σύγκρουση ρόλων, εν έλλειψη καθηκοντολογίου μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων και μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών είναι καταλυτική στην αποτελεσματική ανταπόκριση του συστήματος στην πρόληψη και αντιμετώπιση της συντροφικής βίας (Papadakaki et al., 2012).

Κατά τη παρούσα ερευνητική μελέτη αναπτύχθηκε και πραγματοποιήθηκε η πιλοτική εφαρμογή ενός πρωτόκολλου ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε πρωτοβάθμιες μονάδες

φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας για διάστημα τριών μηνών ως απάντηση στην υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη πιθανή αντιμετώπιση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» αναπτύχθηκε βάση καλών πρακτικών από το διεθνή χώρο, της αναζήτησης κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης της κακοποίησης σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, σε μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο.

Πραγματοποιήθηκε οριστικοποίηση και αναθεώρηση του πρωτοκόλλου από εμπειρογνώμονες, οι οποίοι πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια. Οι εμπειρογνώμονες κλήθηκαν να αναφέρουν παρατηρήσεις και προτάσεις σχετικά με το πρωτόκολλο καθώς και τη προσαρμογή του στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών.

Ορίστηκε ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας» και εφαρμόστηκε για το διάστημα τριών μηνών στο κέντρο υγείας Αγ. Βαρβάρας, στην 1^η ΤΟ.Μ.Υ και 4^η ΤΟ.Μ.Υ της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου Κρήτης. Οι υγειονομικοί πάροχοι ακολούθησαν τον οδηγό στην καθημερινή πρακτική κατά την επαφή τους με μια έγκυο γυναίκα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αρχειακής έρευνας, πριν την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού από τους επαγγελματίες υγείας, δεν ανιχνεύθηκε κανένα περιστατικό συντροφικής κακοποίησης. Ενώ μετά την πιλοτική εφαρμογή εξετάστηκαν δύο περιστατικά εγκύων γυναικών εκ των οποίων σε ένα από τα δύο διαπιστώθηκαν ενδείξεις συντροφικής κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας, κατά την αξιοποίηση των εργαλείων του οδηγού. Ακόμη σύμφωνα με τα αποτελέσματα αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι έγκυες γυναίκες ανέφεραν απόλυτη ικανοποίηση για την τρόπο διαχείρισης, ανταπόκρισης και το ενδιαφέρον των επαγγελματιών, ενώ και στα δύο περιστατικά εγκύων ασκήθηκαν κατάλληλες ερωτήσεις πρώιμης ανίχνευσης της συντροφικής βίας κατά την έγκυο (2/2). Από την άλλη πλευρά οι επαγγελματίες υγείας (N=26) πριν την εφαρμογή του οδηγού συγκέντρωσαν χαμηλό σκορ, σύμφωνα με την ποσοτική έρευνα, όσον αφορά τις γνώσεις τους σε ζητήματα συντροφικής κακοποίησης (80.2%), έντονο δισταγμό στην ανίχνευση (34.6%), αναστολές στην τεκμηρίωση και καταγραφή του περιστατικού στον ιατρικό φάκελο (38.5%).

Σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας, αξιολόγησης του οδηγού από τους εκπροσώπους συντονιστές κάθε αστικών και αγροτικού κέντρου υγείας, προέκυψε σημείο αναφοράς ο οδηγός «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας», επαρκών πληροφοριών και στοχευόμενων κατευθυντήριων οδηγιών για την ανίχνευση και τη διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την έγκυο. Εξοπλίστηκαν με εργαλεία προσφέροντας επαρκή ανταπόκριση στα περιστατικά θυματοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας ευαισθητοποιήθηκαν περισσότερο και απέκτησαν θετικότερη στάση σε ένα ζήτημα που αντιμετώπιζαν πολλές δυσκολίες μέχρι πρότινος και για το λόγο αυτό απέυγεφαν να το θίξουν. Ένωσαν την απαιτούμενη ασφάλεια ώστε να εφαρμόσουν ένα πλέγμα ελέγχου για συντροφική βία κατά την έγκυο, θέμα ταμπού. Ενισχύθηκε η διεπιστημονική συνεργασία αποφεύγοντας τη σύγκρουση ρόλων, λειτουργώντας ενθαρρυντικά, μέσω του καθηκοντολογίου μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων. Στο κομμάτι της διασύνδεσης καθώς δεν αποκαλύφθηκε συντροφική κακοποίηση δεν κρίθηκε αναγκαίο να δημιουργεί ή να ενισχυθεί μια συνεργασία με κάποια άλλη πρωτοβάθμιας υπηρεσία υποστήριξης, ιδιαίτερα όταν στα δύο από τα τρία κέντρα υπήρχαν ήδη συνεργασίες με κέντρα υποστήριξης θυμάτων συντροφικής βίας.

Συμπερασματικά κατά την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» στις 1^η ΤΟΜΥ, 4^η ΤΟΜΥ και κέντρου υγείας Αγ. Βαρβάρας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας ικανοποιήθηκε η ανάγκη των θυμάτων συντροφικής βίας, να ξεπεραστούν υλικοτεχνικά και ατομικά εμπόδια κατά την πρόσβαση των εγκύων γυναικών θυμάτων κακοποίησης στις υπηρεσίες. Διασφαλίστηκαν τα δικαιώματα των εγκύων γυναικών, βελτιώθηκε η αποτελεσματικότητα της τρέχουσας διαχείρισης ενός περιστατικού συντροφικής κακοποίησης κατά την έγκυο, με την πρώιμη διάγνωση αλλά και την θέσπιση μοντέλων παραπομπής των περιστατικών. Διασφάλισε τη ποιότητα των παροχών υπηρεσιών καθώς και την ενίσχυση και αποσαφήνιση των ρόλων και των ευθυνών μεταξύ των παροχών υπηρεσιών, την παροχή φροντίδας στην κοινότητα, την προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων. Εκφράστηκε η ανάγκη για μια

εμπεριστατωμένη επιμόρφωση από μεριάς των επαγγελματιών για τον τρόπο ανίχνευσης, διαχείρισης, τεκμηρίωσης και καταγραφής των ευρημάτων στον ιατρικό φάκελο της ασθενούς. Παράλληλα με την χρήση του οδηγού για την καλύτερη εφαρμογή του εργαλείου από τους ίδιους.

Αδυναμίες της έρευνας εντοπίστηκαν στο δείγμα των εγκύων συμμετεχόντων καθώς ήταν ιδιαίτερα μικρό (2 έγκυες γυναίκες συμμετέχοντες), ίσως εξαιτίας του μικρού χρονικού διαστήματος της πιλοτικής εφαρμογής (3 μήνες). Έτσι κατά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων των εγκύων γυναικών για την αξιολόγηση των παροχών υπηρεσίας του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» δεν διευκρινιστήκαν πληροφορίες που αφορούσαν την διαδρομή παραπομπής που θα ακολουθούσαν οι επαγγελματίες υγείας κατά την αποκάλυψη συντροφικής βίας και διασύνδεσης μεταξύ των υπηρεσιών πρωτοβάθμιων μονάδων φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της κακοποίησης των εγκύων γυναικών με την εφαρμογή του οδηγού.

Μακροπρόθεσμα, η πρωτοβουλία αυτή στοχεύει στην καθιέρωση της χρήσης του οδηγού «Ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών» από μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας και την περαιτέρω βελτίωση του οδηγού για την υποστήριξη των επαγγελματιών και την εκπαίδευση αυτών κατά την καθημερινή πρακτική με έγκυες γυναίκες που έχουν υποστεί συντροφική βία, και την καλύτερη ανταπόκριση αυτών στην κοινότητα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έπειτα από την περάτωση της τρίμηνης πιλοτικής εφαρμογής του οδηγού «Ανάπτυξη πρωτοκόλλου ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», της βιβλιογραφικής ανασκόπησης διεθνούς βιβλιογραφίας και πιο συγκεκριμένα διεθνών πρωτοκόλλων του εξωτερικού και του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας προέκυψαν οι εξής προτάσεις:

- Εντοπίστηκαν κενά στις γνώσεις και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας αναδεικνύοντας την ανάγκη προγραμμάτων εκπαίδευσης για την αναθεώρηση των γνώσεων και την εντατικότερη τριβή των επαγγελματιών σε θέματα της συντροφικής βίας, ιδιαίτερα κατά την έγκυο γυναίκα, καθώς τα δεδομένα που προέκυψαν ήταν λιγότερα του αναμενομένου.
- Η διασφάλιση της συνηγορίας, υποστήριξης και ενδυνάμωσης των εγκύων γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας σε περιοχές με χαμηλό βιοτικό και οικονομικό υπόβαθρο, μέσω ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης.
- Δημιουργία περισσότερων καταφυγίων για τις κακοποιημένες γυναίκες και τα παιδιά τους.
- Η δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης εγκύων γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση σε θέματα συντροφικής βίας.
- Δημιουργία κατάλληλου ενημερωτικού υλικού και άλλων εργαλείων που θα παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας στις έγκυες γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση.
- Η δημιουργία εμπειριστατωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ανίχνευσης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών.
- Υλικοτεχνική υποστήριξη των επαγγελματιών και παροχή κατάλληλων μέσων για την τεκμηρίωση τραυματισμών των εγκύων γυναικών θυμάτων συντροφικής βίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαμάκη, Ν., 2001. *Εγχειρίδιο για τις κακοποιημένες γυναίκες*. Αθήνα: Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ)

Αθανασοπούλου, Μ., Καμπά, Ε., 2009. *Η ανίχνευση της συντροφικής βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα*. Βήμα Ασκληπιού.

Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης Ι., 2003. *Ενδο-οικογενειακή βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. Αθήνα: ΚΕΘΙ

Παπαδακάκη, Μ., 2012. *Η εμπλοκή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας και στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

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

Χατζηφωτίου, Σ., 2005. *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και των παιδιών. Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την Κοινωνική εργασία*. Θεσσαλονίκη: Τζίολα.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

Hirigoyen, F. M., 2005. *Η Κακοποιημένη Γυναίκα: Η Βία μέσα στο ζευγάρι*. Αθήνα: Πατάκη.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Bacchus, L., Mezey, G. Bewley, S., 2004. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health, *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology*, 113 pp. 6–11
- Bergen, R., K., 1996. *Wife Rape. Understanding the Response of Survivors and battering*. American Journal of Public Health. 90: 553-559.
- Bohn, D.K., Tebben, J.G. Campbell, J.C., 2004. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy, *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 pp. 561–571
- Brustin, S., 1995. “Legal response to teen Dating Violence”, *Family Law Quarterly*, 29 (2) pp. 333-334.
- Bullock, L., McFarlane J., 1989. The birth-weight/ battering connection, *American Journal of Nursing*, 89 pp.1153-1155
- Campbell, J.C., Garcia-Moreno, C., Sharps, P., 2004. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence against Women*, 10 pp. 770-789.
- Charles, P., Perreira, K.M., 2007. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum, *Journal of Family Violence*, 22 pp. 609–619
- Coonrod, D.V., Bay, R.C., Mills, 2007. T.E.: Asymptomatic bacteriuria and intimate partner violence in pregnant women, *Am J Obstet Gynecol*, pp. 196.
- Cokkinides, V.E., Coker, A.L., Sanderson, M., Addy, C., Bethea, L., 1999. Physical violence during pregnancy maternal complication and birth outcomes, *Obstetrics and Gynecology*, 93 pp. 661–666.
- Covington, D.L., Hage, M., Hall, T. and Mathis, M., 2001. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy, *The Journal of Reproductive Medicine*, 46 pp. 1031–1039.
- Díaz-Olavarrieta, C., Paz, F., Abuabarak, K., Martínez-Ayala, H.B., Kolstad, K., Palermo, T., 2007. Abuse during pregnancy in Mexico City, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 97 pp. 57–64.
- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamson, D.F., McMahon, P.M., Santelli, J.S., Nordenberg, D.F., Felitti, V.J., Kendrick, J.S., 1999. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood, *Journal of American Medical Association*, 282 (14) pp. 1359-1364.
- Dietz, P.M., Gazmararian, J.A., Goodwin, M.M., Bruce, F.C., Johnson, C.H., RoCHAT, R.W., 1997. Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence, *Obstetrics and Gynecology*, 90 (2), pp. 221–224.
- Dunn, L.L., Oths, K.S., 2004. Prenatal predictors of intimate partner violence, *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 pp. 54–63.

Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E. and McIntyre, J.A., 2004. Transactional sex among women in Soweto, South Africa prevalence, risk factors and association with HIV infection, *Social Science and Medicine*, 59, pp 1581–1592.

Dye, T.D., Tolliver, N.J., Lee, R.V., Kenney, C.J., 1995. *Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia*. Pediatric and Perinatal Epidemiology.

Farid, M., Saleem, S., Karim, M.S., Hatcher, J., 2008. Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101 pp. 141–145.

Fried, L. E., Cabral, H., Amaro, H., and Aschengrau A., 2008. Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53, pp. 522–528.

Family Violence Prevention Fund, 1999. Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.

Filley, C., Price, B., Nell, V., Antoinette, T., Morgan, A., Bresnahan, J., 2001. Toward an understanding of violence: Neurobehavioral aspects of unwarranted physical aggression: Aspen Neurobehavioral Conference consensus statement. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 14(1),pp. 1-14.

Finkelhor, D., Yllo, K., 1995. *Types of Marital Rape*. In Searles, P. & Bergen R. J.

Gao, W., Paterson, J., Carter, S., Iusitini, L., 2008. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Family Study, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100 pp. 109–115.

Gazmararian, J.A., Peterson, R., Spitz, A.M., Goodwin, M.M., Saltzman, L.E., Marks, J.S., 2000. Violence and Reproductive Health: Current knowledge and Future Research Directions, *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 4, No2 pp. 329-353.

Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., Marks, J.S., 1995. Prevalence of violence against pregnant women. *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 24, pp. 1915-1920.

Gelles R., J., Harrop, J., W., 1991. The Risk of Abusive Violence among Children with Nongenetic Caretakers. National Council on Family Relations, 40, pp78-83.

Gelles, R. J., 1974. *The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives*. Vol. 13. Beverly Hills, CA.

Grimstand, H., Shei, B., Backe B., Jacobsen, G., 1999. *Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight*. Journal of Women's Health & Gender – Based Medicine 6 pp. 847-853.

Goodwin, MM., Gazmararian, JA., Johnson, CH., Gilbert, B.C., Saltzman, LE., 2000. tPRAMS Working Group. *Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the pregnancy risk assessment monitoring system 1996-1997*. Maternal and Child Health Journal.

Goodwin, M.M., Gazmararian, J.A., Johnson, C.H., Gilbert, B.C. Saltzman L.E., 2000. PRAMS Working Group, *Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996–1997*, *Maternal and Child Health Journal*, 4 (2) pp. 85–92.

Grimstand, H., Shei, B., Backe B., Jacobsen, G., 1999. *Interpersonal conflict and physical abuse in relation to pregnancy and infant birth weight*. Journal of Women's Health & Gender – Based Medicine 6, pp. 847-853.

Guard, A., 1997. *Violence and teen pregnancy a resource guide for MCH practitioners*, Newton (Children's Safety Network - National Violence Prevention Resource Center and Educational Development Center).

Gossaye, Y., Deyessa, N., Berhane, Y., et al., 2003. Women's health and life events study in rural Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 17 Second Special Issue pp. 1-49.

Guo, S.F., Wu, J.L., Qu, C.Y., and Yan, R.Y., 2004. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 84 pp. 281–286.

Hakimi, M., Nur Hayati, E., Ellsberg, M., Winkvist, A., 2002. *Silence for the Sake of Harmony: Domestic Violence and Health in Central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Indonesia: Gadjah Mada University, PATH, Rifka Annisa (Umeå Univeristy).

Heaman, M.I., 2005. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba, *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34 pp. 721–731.

Hedin, L.W. and Jansson, P.O., 2000. Domestic violence in pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance abuse, abortions and miscarriages». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol 8, pp. 625-630

Heise, L., 1994. *Gender-based violence and women's reproductive health in: International Journal of Gynecology*.

Hunt, SC., Martin, AM., 2001. *Pregnant Women Violent Men. What Midwives Need to Know*. Butterworth-Heinemann, Oxford: Books for Midwives.

Janssen, P.A., Holt, V.L., Sugg, N.K., Emanuel, I., Critchlow, C.M., Henderson, A.D., 2003. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188 (5) pp.1341–1347.

Jasinski, J.L. and Kaufman Kantor, G., 2001. Pregnancy, stress and wife assault: Ethnic differences in prevalence, severity, and onset in a national sample, *Violence and Victims*, 16 (3) pp. 219–232.

Khurram, N., Hyder, A.A., 2003. Violence against pregnant women in developing countries, *The European Journal of Public Health*, 13(2) pp. 105-107.

Koenig, A. M., Stephenson, R., Ahmed, S., Jejeebhoy, J. S., Campbell, J., 2006. Individual and Contextual Determinants of Domestic Violence in North India. *American journal of public health*, 96, pp.135-136.

Krug, E., G., Dahlberg, L., L., Mercy, A., J., Zwi, B., A., Lozano, R., 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Lau, Y., 2005. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women?, *Social Science and Medicine*, 61 pp. 365-377.

Leung, W. C., Wong, Y. Y. M., Leung, T. W., Ho, P. C. 2001. Pregnancy outcomes following domestic violence in a Chinese community, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 72 pp. 79–80.

Leung, T.W., Leung, W.C., Chan, P.L., and Ho, P.C., 2002. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 77 (1) pp. 47-54.

Lipsky, S., Holt, V.L., Easterling, T.R., Critchlow, C.W., 2005. Police-reported intimate partner violence during pregnancy: Who is at risk?, *Violence and Victims*, 20 (1) pp. 69–86.

Martin, S.L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L. L., and Cloutier, S., 2006. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy, *Violence Against Women*, 12 pp. 221–239.

McCaw, B., Golding, M. J., Farley, M., Minkoff, R. J., 2007. Domestic Violence and Abuse, Health Status, and Social Functioning. *Journal Women and Health*, 45, pp. 15-20.

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Bullock, L., 1992. Assessing for abuse during pregnancy, *Journal of the American Medical Association*, 267(23) pp.3176-3178.

McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H., K., Ryden, J., Bass, E., B., Derogatis, L., R. 1996. *The “battering syndrome: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*. *Annals of Internal Medicine*. 123 pp. 737-746.

Moraes, C.L., Amorim, A.R., and Reichenheim, M.E., 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 95 pp. 254–260.

- Murphy, C. C., Schei, B., Myhr, T. L., DuMont, J., 2001. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analyses, *Canadian Medical Association Journal*, 164 pp. 1567–1572.
- Nasir, K., and Hyden, A.A., 2003. Violence against pregnant women in developing countries, *European Journal of Public Health*, 13 pp. 105–107.
- National Coalition against Domestic Violence, USA, www.ncadv.org (επίσκεψη στις 11 Απριλίου 2019)
- Newberger, E., Barkan, S., Lieberman, E., McCormick, M., Yllo, K., Gary, L., Schechter, S., 1992. *Abuse of Pregnant Woman and Adverse Birth Outcome*. Journal of the American Medical Association
- Noel, N.L., Yam, M., 1992. Domestic violence: The pregnant battered woman, *Women's Health*, 27 (4) pp. 871–884.
- Pagelow, M.D., Pagelow, L. W., 1984. *“Family violence”*. Praeger: U.S.A.
- Papadakaki, M., Prokopiadou, D., Petridou, E., Kogevinas, M., Lionis, C., 2012. Defining physicians readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Evaluation and the Health Professions*, 35(2), pp.199- 220.
- Papadakaki, M., Kastrinaki, E., Drakaki, R., Chliaoutakis, J., 2013a. Managing Intimate Partner Violence at the Social Services Department of a Greek University hospital. *Journal of Social Work*, doi, 10 pp.11:45-54.
- Papadakaki, M., Petridou, E., Kogevinas, M., Lionis, C., 2013b. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC, Medical Education*, 28 13 pp. 46:13-46.
- Papadakaki, M., Petridou, E., Petelos, E., Germenis, E., Kogevinas, M., Lionis, C., 2014. Management of Victimized Patients in Greek Primary Care Settings: A Pilot Study. *Journal of Family Violence*, 10 pp. 59-63.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Torres, T., Campell, D., 1993. Physical and Emotional Abuse in Pregnancy: A Comparison of Adult and Teenage Women, *Nursing Research*, 42, pp. 173-177.

Parker, B., McFarlane, J. et Al., 1996. Physical Abuse, Smoking and Substance Abuse During Pregnancy: Prevalence, Interrelationships and Effects on Birthweight, *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, Vol. 25 pp. 313-20.

Parsons, L., Goodwin, M.M., Petersen, R., 2003. Violence Against Women and reproductive Health: Toward Defining a Role for Reproductive Health Care Services, *Maternal and Child Journal*, Vol. pp. 31-42.

Perales, M.T., Cripe, S.M., Lam, N., Sanchez, S.E., Sanchez, E., Williams, M.A., 2009. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru, *Violence Against Women*, 15 (2) pp. 224–250.

Renker, P.R., 1999. *Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents*. *Journal of Obstetric and Neonatal Nursing* 4, pp. 377-388.

Renker, P.R., Tonkin, P., 2006. Women's views of prenatal violence screening: Acceptability and confidentiality issues, *Obstetrics and Gynecology*, Volume 107 - Issue 2, Part 1 pp. 348-354.

Rodrigues, T., Rocha, L., Barros, H., 2007. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198 (2) pp. 171 e1-e6.

Russell, D., 1990. *Rape in Marriage*. U.S.A.: Indiana University Press.

Saltzman, L.E., Johnson, C.H. Gilbert B.C. Goodwin, M.M., 2003. Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risk factors in 16 states, *Maternal and Child Health Journal*, 7 (1) pp. 31–43.

Saurel-Cubizolles, M.J., 1997. Violence conjugale après une naissance, in: *Contraception Fertilité Sexualité*, pp. 159-164

Stark, E., Flitcraft, A. H., Frazier, W., 1979. Medicine and patriarchal violence: the social construction of a private event. *International Journal of Health Services*, 9, pp. 461–93.

Stark, E., Flitcraft, A., 1995. Killing the beast within: Woman battering and female suicidality, *International Journal of Health Services*, 25(1) pp. 43-64.

Stewart, D.E., 1994. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 151(11) pp. 1601-1604.

Stewart, D., Cecutti, A., 1993. Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 149(9) pp. 1257-1263.

Straus, M., A., Sweet, S., 1992. *Verbal/symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics*. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 346-357.

Suellentrop, K., Morrow, B., Williams, L., D'Angelo, D., 2006. Monitoring progress toward achieving maternal and infant Healthy People 2010 objectives—19 states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000–2003, *MMWR Surveill Summ* 55(SS09), pp.1-11.

Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., Rivara, F. P., 2006. Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 30 pp. 447-457.

U.S. Department of Justice, 2000. Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence: Research Report iii.

Valladares E., M. Ellsberg, R. Peña, V. Höberg and L.A. 2002. Persson, Physical partner abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua, *Obstetrics and Gynecology*, 100 (4) pp. 700–705.

Walker, E., L., 1997. Όταν η αγάπη σκοτώνει, μτφρ. Μοσχοπούλου Π. Αθήνα: Φυτράκης

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

World Health Organization, 2014. World Report of violence and Health. Geneva: WHO pp. 89-90.

World Health Assembly, 1997. Prevention of violence. Geneva: World Health Organization, (ASO/NF.DOC/4).

Webster, J., Chandler, J., Battistutta, D., 1996. Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 174 pp. 7–760.

ΕΚΘΕΣΕΙΣ

Αθανασοπούλου, Μ., Καμπά, Ε., 2009. *Η ανίχνευση της συντροφικής βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα*. Βήμα Ασκληπιού.

«Προς ένα Κοινό Ευρωπαϊκό Πλαίσιο για τον έλεγχο της Προόδου στον Αγώνα εναντίον της Βίας κατά των Γυναικών». Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών, ανατύπωση και έκδοση στα ελληνικά από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας, ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., Αθήνα, 2003

«Πόρισμα της Ομάδας Εργασίας του ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α. για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και της βίας κατά συνοικούντων προσώπων», Γενική Γραμματεία Ισότητας, ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., Αθήνα, 11/04/2019.

«Αν κάτι συμβεί. Οδηγός αντιμετώπισης περιστατικών βίας», Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών.

Sirkka Perttu, Verena Kaselitz, 2006. *«Προσεγγίζοντας την Συντροφική Βία, Κατευθύνσεις για τους Επαγγελματίες Υγείας στις Μαιευτικές Κλινικές»*, Ελλάδα: χ.ε.

Ξενώνας για τη κακοποιημένη γυναίκα και το παιδί «Σύνδεσμος μελών γυναικείων σωματείων Ηρακλείου και Νομού Ηρακλείου»

Σπανού, Α., 2005. *«Ενδοοικογενειακή βία: διερεύνηση του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών στο πλαίσιο της συζυγικής και της ερωτικής σχέσης»*. Αθήνα: χ.ε.

Ηνωμένα Έθνη (Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης), «4η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών, Κίνα, Σεπτέμβριος 1995: Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου»

Office on Violence Against Women, 2006. *“Awareness and attitudes about domestic Violence”*. U.S.

Research and Training Institute, 2000-2003. *“Focus Group Guidelines”*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας

Ερωτηματολόγιο μέτρησης και καταγραφής εμπειριών, γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Παρακαλείται η συμπλήρωση του από όλους τους επαγγελματίες υγείας πριν την έναρξη της πιλοτικής εφαρμογής (1^η Δεκεμβρίου) του οδηγού αναγνώρισης και διαχείρισης της βίας κατά των εγκύων γυναικών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις Κρίσης στην Οικογένεια»

Ανάπτυξη και Πιλοτική Εφαρμογή Οδηγού Αναγνώρισης και Διαχείρισης της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηρακλείου Κρήτης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηράκλειο 2019

Έντυπο ενημέρωσης

Το παρόν ερωτηματολόγιο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί ως ερευνητικό τεκμήριο, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με θέμα «Ανάπτυξη και Πιλοτική Εφαρμογή Οδηγού Αναγνώρισης και Διαχείρισης της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηρακλείου Κρήτης».

Μέσω του ερωτηματολογίου εξετάζονται οι εμπειρίες, οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως προς την διαχείριση περιστατικών κακοποίησης κατά των εγκύων γυναικών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλλουν στην γνωστοποίηση και κατανόηση στάσεων και συμπεριφορών των υγειονομικών παρόχων ως προς την διαχείριση περιστατικών κακοποίησης κατά των εγκύων γυναικών πριν την πιλοτική εφαρμογή του οδηγού Αναγνώρισης και Διαχείρισης της βίας καθώς και στην ενδεχόμενη αλλαγή μετά το διάστημα τριών μηνών εφαρμογής του πρωτοκόλλου.

Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

- A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.
- B) Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά και θα είμαστε στη διάθεση σας για περισσότερες διευκρινήσεις

1. **Φύλο:** Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. **Ηλικία:** _____ έτη

3. **Επάγγελμα/ειδικότητα:**

4. **Έτη προπηρεσίας :**

5. **Εκτιμώμενος συνολικός αριθμός ωρών προηγούμενης εκπαίδευσης στη συντροφική βία**

6. Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα πόσο προετοιμασμένος/η αισθάνεστε να εκτελέσετε τα ακόλουθα:

1=Καθόλου προετοιμασμένος, 2=Ελάχιστα, 3=Λίγο, 4=Μέτρια, 5=Σχετικά καλά, 6=Καλά, 7=Αρκετά καλά προετοιμασμένος

	<i>Καθόλου Αρκετά καλά</i>	
A Να ρωτήσετε κατάλληλες ερωτήσεις σχετικά με τη συντροφική βία στην έγκυο γυναίκα	1 3 5	2 4 6
	7	
B Να ανταποκριθείτε κατάλληλα σε αποκαλύψεις κακοποίησης από την έγκυο γυναίκα	1 3 5	2 4 6
	7	
Γ Να αναγνωρίσετε δείκτες συντροφικής βίας κατά την περίοδο εγυμοσύνης βασιζόμενοι στο ιστορικό του ασθενή και στη φυσική εξέταση	2 4 6	1 3 5 7
Δ Να εκτιμήσετε την ετοιμότητα του θύματος συντροφικής βίας κατά τη εγυμοσύνη για αλλαγή	1 3 5	2 4 6
	7	
E Να βοηθήσετε μια έγκυο γυναίκα θύμα συντροφικής βίας να εκτιμήσει τον κίνδυνο θανάτου του	1 3 5	2 4 6
	7	
ΣΤ Να διεξάγετε εκτίμηση της ασφάλειας για τα παιδιά του θύματος	2 4 6	1 3 5 7
Z Να βοηθήσετε ένα θύμα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη να δημιουργήσει ένα σχέδιο ασφαλείας	1 3 5	2 4 6
	7	
H Να τεκμηριώσετε το ιστορικό συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη και τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης στο φάκελο ασθενούς	2 4 6	1 3 5 7
Θ Να πραγματοποιήσετε τις κατάλληλες παραπομπές για συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη	1 3 5	2 4 6
	7	

Πόσα αισθάνεστε ότι γνωρίζετε σχετικά με:

1=Τίποτα, 2=Πολύ λίγα, 3=Λίγα, 4=Μέτρια, 5=Σχετικά πολλά, 6=Αρκετά, 7=Πάρα πολλά

Τίποτα

Πάρα πολλά

A Τις νομικές απαιτήσεις αναφοράς για:

-Τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη 1 2
3 4
5 6

7

Την παιδική κακοποίηση 1
2 3
4 5
6 7

B Σημάδια ή συμπτώματα της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1
2 3
4 5
7

Γ Πώς να τεκμηριώνετε τη συντροφική βία σε φάκελο ασθενούς 1
2 3
4 5
6 7

Δ Πηγές παραπομπής για θύματα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1
2 3
4 5
6 7

E Δράστες συντροφικής βίας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης 1
2 3
4 5
6 7

ΣΤ Σχέση μεταξύ της συντροφικής βίας και της εγκυμοσύνης 1
2 3
4 5
6 7

Z Αναγνώριση των επιδράσεων της τέλεσης συντροφικής βίας ενώπιον ενός ατόμου κατά την παιδική του ηλικία 1 2
3 4
5 6

7

ΗΤι ερωτήσεις να κάνετε για να αναγνωρίσετε τη συντροφική βία στην έγκυο γυναίκα 1 2
3 4
5 6

7

ΘΓιατί ένα θύμα μπορεί να μην αποκαλύψει τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη

	1	2
	3	4
	5	6
	7	
I Ο ρόλος σας στην ανίχνευση της συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη	1	
	2	3
	4	5
	6	7
K Τι να πείτε και τι να μην πείτε με ένα ασθενή σε καταστάσεις συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη	1	2
	3	4
	5	6
	7	
Λ Προσδιορισμός του κινδύνου για μια ασθενή που βιώνει συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη	1	2
	3	4
	5	6
	7	
M Ανάπτυξη σχεδίου ασφαλείας με μια έγκυο γυναίκα, θύμα συντροφικής βίας	1	
	2	3
	4	5
	6	7
N Τα στάδια που βιώνει μια έγκυος γυναίκα, θύμα συντροφικής βίας, στην κατανόηση και την αλλαγή της κατάστασής της	1	2
	3	4
	5	6
	7	

Σημειώστε μια απάντηση ανά ερώτηση εκτός αν έχετε διαφορετική υπόδειξη

1. Ποιος είναι ο μοναδικός ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για να γίνει μια έγκυος γυναίκα θύμα συντροφικής βίας;

- ☐ () Η ηλικία (<30 ετών)
- ☐ () Σύντροφος που κάνει κατάχρηση αλκοόλ / ναρκωτικών
- ☐ () Το φύλο – θήλυ
- ☐ () Το οικογενειακό ιστορικό κακοποίησης
- ☐ () Δε γνωρίζω

2. Ποιο από τα παρακάτω είναι γενικά αληθινό σχετικά με τους δράστες ξυλοδαρμού

- ☐ () Έχουν δυσκολία να ελέγξουν το θυμό τους
- ☐ () Χρησιμοποιούν τη βία ως ένα μέσο ελέγχου των συντρόφων τους
- ☐ () Είναι βίαιοι/ες επειδή πίνουν ή χρησιμοποιούν ναρκωτικά
- ☐ () Τσακώνονται με οποιονδήποτε

3. Ποια από τα παρακάτω είναι προειδοποιητικά σημάδια ότι μια έγκυος γυναίκα μπορεί να έχει κακοποιηθεί από τον σύντροφό της; (Σημειώστε όσα ισχύουν)

- ☐ () Χρόνιος ανεξήγητος πόνος
- ☐ () Άγχος
- ☐ () Κατάχρηση ουσιών
- ☐ () Συχνοί τραυματισμοί
- ☐ () Κατάθλιψη

4. Ποιοί από τους παρακάτω είναι λόγοι εξαιτίας των οποίων μια έγκυος γυναίκα, θύμα συντροφικής βίας, πιθανόν να μην είναι ικανό να εγκαταλείψει μια βίαιη σχέση; (Σημειώστε όσα ισχύουν)

- ☐ () Φόβος ανταπόδοσης
- ☐ () Οικονομική εξάρτηση από το/τη δράστη
- ☐ () Θρησκευτικές πεποιθήσεις
- ☐ () Ανάγκες των παιδιών
- ☐ () Αγάπη για το/τη σύντροφο
- ☐ () Απομόνωση

5. Ποιοι από τους παρακάτω είναι οι πιο κατάλληλοι τρόποι να ρωτήσετε για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη; (Σημειώστε όσα ισχύουν)

- () Είστε θύμα συντροφικής βίας;
() Σας έχει ποτέ πληγώσει ή απειλήσει ο/η σύντροφός σας;
() Έχετε ποτέ φοβηθεί το/τη σύντροφό σας;
() Σας έχει ποτέ χτυπήσει ή πληγώσει ο/η σύντροφός σας;

6. Ποιο/ά από τα παρακάτω είναι γενικά αληθινό/ά; (Σημειώστε όσα ισχύουν)

- () Υπάρχουν συχνές, χωρίς τραυματισμούς, εμφανίσεις κακοποιημένων ασθενών
() Υπάρχουν συμπεριφορικά πρότυπα σε ζευγάρια που μπορεί να υποδεικνύουν συντροφική βία
() Συγκεκριμένες περιοχές του σώματος γίνονται πιο συχνά στόχος σε περιπτώσεις συντροφικής βίας
() Υπάρχουν κοινά πρότυπα τραυματισμού που σχετίζονται με τη συντροφική βία
() Τραυματισμοί σε διαφορετικά στάδια ανάρρωσης μπορεί να υποδεικνύουν κακοποίηση

7. Παρακαλώ χαρακτηρίστε τις παρακάτω περιγραφές συμπεριφορών και συναισθημάτων εγκύων γυναικών με ιστορικό συντροφικής βίας, με το κατάλληλο στάδιο αλλαγής

1. Προκαταρκτική περισυλλογή, 2. Περισυλλογή, 3. Προετοιμασία, 4. Δράση, 5. Διατήρηση.

- | | | |
|---|---|-----|
| A | Αρχίζει να κάνει σχέδια για την εγκατάλειψη του/της βίαιο/η συντρόφου | () |
| B | Αρνείται ότι υπάρχει πρόβλημα | () |
| Γ | Αρχίζει να σκέφτεται ότι η ακοποίηση δεν είναι δικό της/του φταίξιμο | () |
| Δ | Συνεχίζει να αλλάζει συμπεριφορές | () |
| E | Αποσπά εντολή προστασίας | () |

8. Κυκλώστε το Α για «Αληθινό», το Λ για «Λάθος» ή το ΔΓ αν «Δε γνωρίζετε» την απάντηση στα παρακάτω:

Α Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο μοναδικός μεγαλύτερος προβλεπτικός παράγοντας της πιθανότητας συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη	Σ
	ΔΓ
Β Υπάρχουν καλοί λόγοι για να μην εγκαταλείψεις μια βίαιη σχέση κατά την εγκυμοσύνη	Σ
	Λ
	ΔΓ
Γ Λόγοι ανησυχίας σχετικά με τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε ένα φάκελο ασθενούς εάν αυτή δεν αποκαλύψει τη βία	Σ
	ΔΓ
Δ Όταν οι γιατροί ρωτούν τις ασθενείς για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη, θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις λέξεις «κακοποιημένη» ή «ξυλοδαρμένη»	Σ
	ΔΓ
Ε Το να είσαι υποστηρικτικός/ή στην επιλογή της εγκύου ασθενούς να παραμείνει σε μια βίαιη σχέση, θα απενοχοποιούσε την κακοποίηση	Σ
	ΔΓ
ΣΤ Τα θύματα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη είναι ικανά να κάνουν κατάλληλες επιλογές σχετικά με το πώς να χειριστούν την κατάστασή τους	Σ
	ΔΓ
Ζ Οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να πιάσουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι ζουν σε μια βίαιη σχέση	Σ
	Λ
	ΔΓ
Η Τα θύματα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού όταν εγκαταλείπουν τη σχέση	Σ
	ΔΓ
Θ Τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη	Σ
	Λ
	ΔΓ
Ι Το να επιτρέψεις σε συντρόφους ή φίλους να είναι παρόντες κατά τη λήψη του ιστορικού ασθενούς και τη φυσική εξέταση, διασφαλίζει την ασφάλεια για ένα θύμα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη	Σ
	Λ
	ΔΓ
Κ Ακόμη και αν το παιδί δε βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο οι γιατροί στην Ελλάδα είναι υποχρεωμένοι να αναφέρουν στις υπηρεσίες παιδικής προστασίας μια περίπτωση ενός παιδιού, ενώπιον του οποίου έχει τελεστεί συντροφική βία	Σ
	ΔΓ

9. Για καθεμία από τις παρακάτω δηλώσεις παρακαλώ υποδείξτε την απάντησή σας στην κλίμακα από «Διαφωνώ έντονα» (1) έως «Συμφωνώ έντονα» (7)

Διαφωνώ έντονα

Συμφωνώ έντονα

1 Εάν ένα θύμα δεν αναγνωρίσει την κακοποίηση, υπάρχουν πολύ λίγα που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω 1 2 3 4 5 6

2 Πρωτάω όλους τους νέους ασθενείς σχετικά με τη κακοποίηση στη σχέση τους 1 2 3 5 6 7

3 Ο χώρος εργασίας μου με ενθαρρύνει να ανταποκρίνομαι στη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7

4 Μπορώ να κάνω κατάλληλες παραπομπές σε υπηρεσίες στην κοινότητα για τα θύματα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7

5 Είμαι ικανός να αναγνωρίσω τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη, χωρίς να ρωτήσω την ασθενή μου γι' αυτή 1 2 3 4 5 6 7

6 Δεν έχω επαρκή εκπαίδευση για να βοηθήσω γυναίκες να χειριστούν καταστάσεις συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7

7 Ασθενείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών είναι πιθανόν να έχουν ιστορικό συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7

8 Τα θύματα κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη έχουν το δικαίωμα να πάρουν τις ικές τους αποφάσεις σχετικά με το αν θα πρέπει το προσωπικό του νοσοκομείου να παρέμβει 1 2 3 4 5 6 7

9 Αισθάνομαι άνετα να συζητήσω για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη με τις ασθενείς μου 1 2 3 4 5 6 7

10 Δεν έχω τις απαραίτητες δεξιότητες να συζητήσω για την κακοποίηση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης με ένα θύμα συντροφικής βίας που είναι:

α) γυναίκα 1 2 3 4 5 6 7

11 γ) από διαφορετικό πολιτισμικό/εθνικό υπόβαθρο 1 2 3 4 5 6 7

12 Εάν τα θύματα της κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη παραμένουν στη σχέση μετά από επανειλημμένα επεισόδια βίας πρέπει να δεχθούν την ευθύνη για τη βία 1 2 3 4 5 6 7

- 13 Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν το χρόνο να βοηθήσουν τις έγκυες ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη συντροφική βία 1 2 3 4 5 6 7
- 14 Είμαι ικανός να συλλέξω τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσω τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη, την υποβόσκουσα αιτία νόσησης του/της ασθενούς (π.χ. κατάθλιψη, ημικρανίες) 1 2 3 4 5 6 7
- 15 Εάν μια έγκυος ασθενής αρνείται να συζητήσει σχετικά με την κακοποίηση, το προσωπικό μπορεί μόνο να περιποιηθεί τα τραύματα της ασθενούς 1 2 3 4 5 6 7
- 16 Τα θύματα κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη θα μπορούσαν να εγκαταλείψουν τη σχέση αν το ήθελαν 1 2 3 4 5 6 7
- 17 Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ευθύνη να ρωτούν όλες τις έγκυες ασθενείς σχετικά με τη συντροφική βία 1 2 3 4 5 6 7
- 18 Το πλαίσιο εργασίας μου, μου επιτρέπει επαρκή χρόνο να ανταποκριθώ στα έγκυα θύματα συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7
- 19 Έχω κάνει επαφές με υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα προκειμένου να εδραιώσω παραπομπές για τα έγκυα θύματα συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7
- 20 Η κατάχρηση αλκοόλ είναι μια κυρίαρχη αιτία συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7
- 21 Τα έγκυα θύματα κακοποίησης έχουν συχνά σοβαρούς λόγους για να παραμείνουν στη βίαιη σχέση 1 2 3 4 5 6 7
- 21 Είμαι υπερβολικά απασχολημένος/η για να συμμετέχω σε μια διεπιστημονική ομάδα που αντιμετωπίζει περιπτώσεις συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7
- 22 Ο έλεγχος διαλογής για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη είναι πιθανόν να προσβάλει εκείνους που ελέγχονται 1 2 3 4 5 6 7
- 23 Υπάρχει επαρκής ιδιωτικός χώρος προκειμένου να παρέχω φροντίδα σε έγκυα θύματα συντροφικής βίας 1 2 3 4 5 6 7
- 24 Είμαι ικανός να συλλέξω την απαραίτητη πληροφορία για να αναγνωρίσω τη συντροφική βία στην έγκυο γυναίκα ως την υποβόσκουσα αιτία των τραυματισμών της ασθενούς (π.χ. μελανιές, κατάγματα) 1 2 3 4 5 6 7
- 25 Γυναίκες οι οποίες επιλέγουν να παρεκτραπούν από τους παραδοσιακούς ρόλους αποτελούν κύρια αιτία συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5 6 7
- 26 Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τη γνώση να βοηθήσουν τις έγκυες ασθενείς

να αντιμετωπίσουν τη συντροφική βία 1 2 3 4 5 6 7

27 Μπορώ να αντιστοιχίσω θεραπευτικές παρεμβάσεις με την ετοιμότητα για
αλλαγή ενός ασθενή συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4
5 6 7

28 Κατανοώ γιατί τα έγκυα θύματα συντροφικής βίας δε συμμορφώνονται πάντα με
τις συστάσεις του προσωπικού 1 2 3 4 5 6 7

29 Η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών σχετίζεται με την δημιουργία
θυμάτων συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη 1 2 3 4 5
6 7

30 Μπορώ να αναγνωρίσω τα θύματα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη από
τον τρόπο που συμπεριφέρονται 1 2 3 4 5 6 7

1. Πόσες νέες διαγνώσεις (εντοπίσατε μια περίπτωση σε οξεία φάση, ξεσκεπάσατε εξελισσόμενη κακοποίηση, ή μια έγκυος ασθενής σας αποκάλυψε ένα προηγούμενο ιστορικό) θα εκτιμούσατε ότι έχετε κάνει τους τελευταίους 6 μήνες;

() Καμία

() 1-5

() 6-10

() 11-20

() 21 ή περισσότερες

() Δεν αντιστοιχεί– Δεν εργάζομαι

2. Σημειώστε τις καταστάσεις που είναι καταγεγραμμένες παρακάτω, στις οποίες την τρέχουσα περίοδο διενεργείτε έλεγχο διαλογής για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη. («Έλεγχος διαλογής» σημαίνει να ρωτάτε σχετικά με τη συντροφική βία κατά την απουσία συγκεκριμένων δηλώσεων από την έγκυο ασθενή που αποκαλύπτει τη συντροφική βία- σημειώστε όσα ισχύουν)

- () Δεν αντιστοιχεί – Δεν εργάζομαι
- () Την τρέχουσα περίοδο δεν κάνω έλεγχο διαλογής
- () Κάνω έλεγχο διαλογής σε όλους τους καινούριους ασθενείς
- () Κάνω έλεγχο διαλογής σε όλες τις καινούριες γυναίκες ασθενείς
- () Κάνω έλεγχο διαλογής σε όλες τις γυναίκες ασθενείς κατά τη χρονική στιγμή της ετήσιας εξέτασής τους
- () Κάνω έλεγχο διαλογής σε όλες τις έγκυες ασθενείς σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές της εγκυμοσύνης τους

- () Κάνω έλεγχο διαλογής σε όλες τις γυναίκες ασθενείς περιοδικά
- () Κάνω έλεγχο διαλογής μόνο σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (Σημειώστε παρακάτω)

- () Εφήβους
- () Νεαρές ενήλικες γυναίκες (κάτω των 30 ετών)
- () Άγαμες ή διαζευγμένες γυναίκες
- () Έγγαμες γυναίκες
- () Γυναίκες με κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών
- () Άγαμες μητέρες
- () Μαύρες ή ισπανόφωνες γυναίκες
- () Μετανάστριες
- () Λεσβίες
- () Γυναίκες σε κατάθλιψη ή με αυτοκτονικές τάσεις
- () Έγκυες
- () Τις μητέρες όλων των παιδιατρικών ασθενών μου (Εάν αντιστοιχεί)
- () Τις μητέρες των παιδιατρικών ασθενών που δείχνουν σημάδια από συντροφική βία που τελέσθηκε ενώπιόν τους
- () Τις μητέρες παιδιών με επιβεβαιωμένη ή με υποψία παιδικής κακοποίησης, παραμέλησης
- () Άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε: _____

3. Πόσο συχνά κατά τους περασμένους 6 μήνες ρωτήσατε σχετικά με την πιθανότητα συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη όταν είδατε ασθενείς με τα παρακάτω:

	Σπάνια Σχεδόν πάντα	Δεν αντιστοιχεί	Ποτέ Ορισμένες φορές Πάντα
A	Τραυματισμούς		1
	2		3
	4		5
		6	
B	Χρόνιο πυελικό πόνο		1
	2		3
	4		5
		6	
Γ	Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου		1
	2		3
	4		5
		6	
Δ	Πονοκεφάλους		1
	2		3
	4		5
		6	
E	Κατάθλιψη/ άγχος		1
	2		3
	4		5
		6	
ΣΤ	Υπέρταση		1
	2		3
	4		5
		6	
Z	Διαταραχές πρόσληψης τροφής		1
	2		3
	4		5
		6	

4. Κατά τους προηγούμενους 6 μήνες ποιες από τις παρακάτω ενέργειες κάνατε όταν αναγνωρίσατε τη συντροφική βία σε μια έγκυο γυναίκα; (Σημειώστε όσα ισχύουν)

- () Δεν έχω αναγνωρίσει συντροφική βία κατά τους προηγούμενους 6 μήνες
- () Παρείχα πληροφορίες (τηλεφωνικούς αριθμούς, φυλλάδια, άλλες πληροφορίες) στον/στην ασθενή
- () Συμβούλεψα τον/την ασθενή σχετικά με τις επιλογές που ενδεχομένως έχει
- () Διεξήγαγα εκτίμηση της ασφάλειας του θύματος
- () Διεξήγαγα εκτίμηση της ασφάλειας των παιδιών του θύματος
- () Βοήθησα τον/την ασθενή να αναπτύξει ένα προσωπικό σχέδιο ασφαλείας
- () Παρέπεμψα τον ασθενή σε:
 - () Ατομική θεραπεία
 - () Υπηρεσίες παιδικής προστασίας
 - () Θεραπεία ζεύγους
 - () Νομικό συνήγορο / συνήγορο θυμάτων μαρτύρων
- () Θεραπεία παιδιού/ομάδα στήριξης
- () Επιτόπιο κοινωνικό λειτουργό/ συνήγορο
- () Θρησκευτικό ηγέτη /οργάνωση
- () Πρόγραμμα/καταφύγιο ξυλοδαρμένων γυναικών
- () Ομάδα υποστήριξης ξυλοδαρμένων γυναικών
- () Συμβουλευτική για την κατάχρηση αλκοόλ/ ουσιών
- () Εθνική τηλεφωνική γραμμή άμεσης δράσης για την ενδοοικογενειακή βία /συντροφική βία
- () Τοπική τηλεφωνική γραμμή άμεσης δράσης για την ενδοοικογενειακή βία /συντροφική βία
- () Αστυνομία ή άλλη τοπική αρχή επιβολής του νόμου
- () Στεγαστική, εκπαιδευτική, εργασιακή, ή οικονομική υποστήριξη
- () Άλλη παραπομπή (Περιγράψτε):
- () Άλλη ενέργεια (Περιγράψτε):

5. Υπάρχει πρωτόκολλο στην κλινική/πλαίσιο εργασίας σας, για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη; (Σημειώστε ένα)

- ☐ Ναι, και χρησιμοποιείται ευρέως
- ☐ Ναι, και χρησιμοποιείται μέχρι κάποιο βαθμό
- ☐ Ναι, αλλά δε χρησιμοποιείται
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η
- ☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου
- ☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την τρέχουσα περίοδο

6. Είστε εξοικειωμένος με τις πολιτικές του ιδρύματός σας όσον αφορά στον έλεγχο διαλογής και τη διαχείριση των θυμάτων συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη.

- ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν αντιστοιχεί

7. Υπάρχει διαθέσιμη φωτογραφική μηχανή στο πλαίσιο εργασίας σας για τη φωτογράφιση των τραυματισμών των θυμάτων συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη;

- ☐ Ναι – Τύπος:
 - ☐ Polaroid ή άλλη στιγμιαία φωτογραφική μηχανή,
 - ☐ Ψηφιακή,
 - ☐ Άλλη
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η
- ☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου
- ☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την τρέχουσα περίοδο

8. Εργάζεστε σε κράτος όπου υπάρχει νομική υποχρέωση αναφοράς των περιπτώσεων συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη όπου εμπλέκονται ικανοί (μη-ευπαθείς) ενήλικες;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η

9. Για κάθε έγκυο γυναίκα, θύμα συντροφικής βίας, που αναγνωρίσατε κατά τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά:

		Ποτέ
		Ορισμένες φορές
		Πάντα
		Δεν αντιστοιχεί
		Σπάνια
		Σχεδόν πάντα
A	Τεκμηριώσατε τις δηλώσεις του ασθενούς στο φάκελο	1
	2	3
	4	5
	6	
B	Χρησιμοποίησατε χάρτη σώματος για να τεκμηριώσετε τους τραυματισμούς του/της ασθενούς	1
	3	4
	5	6
Γ	Φωτογραφήσατε τα τραύματα της εγκύου για να τα συμπεριλάβετε στο φάκελο	1
	2	3
	4	5
	6	
Δ	Ειδοποιήσατε τις κατάλληλες αρχές όταν ήσασταν υποχρεωμένοι	1
	2	3
	4	5
	6	
E	Διεξάγατε εκτίμηση της ασφάλειας της εγκύου	1
	2	3
	4	5
	6	
ΣΤ	Διεξάγατε εκτίμηση της ασφάλειας των παιδιών του θύματος	1
	2	3
	4	5
	6	
Z	Βοηθήσατε μια έγκυο γυναίκα, θύμα συντροφικής βίας να αναπτύξει ένα σχέδιο ασφαλείας	1
	3	4
	5	6
Η	Έρθατε σε επαφή με έναν παροχέα υπηρεσιών για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη	1
	3	4
	5	6
Θ	Προσφέρατε συγκαταβατικές ή υποστηρικτικές δηλώσεις	1
	2	3
	4	5
	6	
I	Παρείχατε βασικές πληροφορίες σχετικά με τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη	1
	2	3
	4	5
	6	
K	Παρείχατε πληροφορίες για παραπομπές και/ή μέσα	1
	2	3
	4	5

10. Υπάρχει διαθέσιμη στο πλαίσιο εργασίας σας εκπαίδευση ασθενών στη διαχείριση της συντροφικής βίας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή ενημερωτικό υλικό (αφίσες, φυλλάδια, κτλ.) (Σημειώστε ένα)

- ☐ Ναι, σωστά εκτιθεμένα και προσβάσιμα για τους ασθενείς
- ☐ Ναι, σωστά εκτιθεμένα, αλλά μη προσβάσιμα για τους ασθενείς
- ☐ Ναι, αλλά όχι σωστά εκτιθεμένα
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η
- ☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου
- ☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την τρέχουσα περίοδο

11. Παρέχετε στις κακοποιημένες έγκυες ασθενείς εκπαίδευση για τη συντροφική βία ή ενημερωτικό υλικό; (Σημειώστε ένα)

- ☐ Ναι, σχεδόν πάντα
- ☐ Ναι, όταν είναι ασφαλές για τον/την ασθενή
- ☐ Ναι, αλλά μόνο με αίτημα του/της ασθενούς
- ☐ Όχι, λόγω ανεπαρκών μέσων παραπομπής στην κοινότητα
- ☐ Όχι, επειδή δεν αισθάνομαι ότι αυτό το υλικό είναι χρήσιμο γενικότερα
- ☐ Όχι, άλλος λόγος (διευκρινίστε): _____
- ☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου
- ☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την τρέχουσα περίοδο

12. Αισθάνεστε ότι έχετε επαρκή μέσα παραπομπής της συντροφικής βίας εγύων γυναικών, για τους ασθενείς στο χώρο εργασίας σας (συμπεριλαμβανομένων των παραπομπών ψυχικής υγείας);

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η
- ☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την παρούσα περίοδο
- ☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου

13. Αισθάνεστε ότι έχετε επαρκή γνώση των πηγών παραπομπής στην κοινότητα για ασθενείς (συμπεριλαμβανομένων καταφυγίων ή ομάδων υποστήριξης) για έγκυα θύματα συντροφικής βίας;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν είμαι σίγουρος/η

☐ Δεν εξασκώ το επάγγελμα την παρούσα περίοδο

☐ Δεν αντιστοιχεί στον πληθυσμό των ασθενών μου

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου

©2006 Medical Directions, Inc

Ερωτηματολόγιο εγκύων γυναικών

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών που έλαβαν οι έγκυες γυναίκες

Παρακαλείται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις έγκυες γυναίκες κατόπιν την συνάντησης με τον επαγγελματία υγείας

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε καταστάσεις Κρίσης στην Οικογένεια»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηράκλειο 2019

Έντυπο ενημέρωσης

Το παρόν ερωτηματολόγιο πρόκειται να χρησιμοποιηθεί ως ερευνητικό τεκμήριο, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με θέμα «Ανάπτυξη και Πιλοτική Εφαρμογή Οδηγού Αναγνώρισης και Διαχείρισης της Βίας κατά των Εγκύων Γυναικών σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηρακλείου Κρήτης».

Μέσω του ερωτηματολογίου εξετάζεται η ικανοποίηση των εγκύων γυναικών από την παροχή φροντίδας υγείας έπειτα από την ολοκλήρωση του ραντεβού.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλλουν στην υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας στην καθημερινή επαγγελματική πράξη, στην πρόιμη ανίχνευση της συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην αποτελεσματική διαχείριση της. Για την προστασία των θυμάτων, την στήριξη, την πρόσβαση στη δικαιοσύνη και την αποκατάσταση όλων των θυμάτων συντροφικής βίας.

Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

Α) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.

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

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

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά και θα είμαστε στη διάθεση σας για περισσότερες διευκρινήσεις.

Με εκτίμηση,

Η επιβλέπουσα
Παπαδακάκη Μαρία
Επίκουρη καθηγήτρια

ΕΛΜΕΠΑ Κρητης

5. *Ηλικία:* ____ έτη
6. *Εκπαίδευση:* _____
7. *Επάγγελμα/ειδικότητα:* _____
8. *Μήνας εγκυμοσύνης:* _____
9. *Πρώτη επίσκεψη στην υπηρεσία:* _____ *Αν όχι ποιά:* _____
5.1 Προγραμματισμένη επίσκεψη: Ναι/Όχι
10. *Οικογενειακή κατάσταση:*
Σε συμβίωση
Διαζευγμένη
Έγγαμη
Άλλο _____
11. *Εγκυμοσύνη στο πρώτο παιδί:* _____
7.1 Αριθμός και άλλων παιδιών:
12. *Αιτία επίσκεψης:*
Προγραμματισμένος έλεγχος εγκυμοσύνης
Τοκετός
Παρακολούθηση υγείας άλλου εξαρτημένου μέλους
Έκτακτο γεγονός
Άλλο:
13. *Ασφαλιστικό Ταμείο:* _____

14. Παρακαλούμε δηλώστε αν κατά την συνάντησή σας οι πάροχοι υγείας :

		<i>Ναι</i>	<i>Δεν ανήκω σε αυτή την κατηγορία</i>	<i>Όχι</i>
A	Έκαναν ερωτήσεις σχετικά με τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη			

B	Στην περίπτωση που αποκαλύψατε κάποιο συμβάν κακοποίησης κατά την εγκυμοσύνη οι επαγγελματίες σας βοήθησαν να μιλήσετε για αυτό			
Γ	Αναγνώρισαν πως έχετε δεχτεί βία εξαιτίας του ιστορικού σας και της εξέτασης που έκαναν			
Δ	Έκαναν ερωτήσεις για να καταλάβουν πόσο έτοιμη αισθάνεστε να αλλάξετε την κατάσταση στην οποία ζείτε			
E	Σας βοήθησαν να κατανοήσετε τον πιθανό κίνδυνο θανάτου εξαιτίας της βίας που δέχεστε ενώ είστε έγκυες			
ΣΤ	Έκαναν ερωτήσεις για να κατανοήσουν πόσο ασφαλή είναι τα παιδιά σας			
Z	Σας βοήθησαν να δημιουργήσετε ένα σχέδιο ασφαλούς απομάκρυνσης σας από το περιβάλλον που είναι επικίνδυνο για εσάς			
H	Αποθήκευσαν όσα περιγράψατε εσείς σχετικά με την βία που δέχεστε και όσα ανακάλυψαν κατά την εξέταση της κατάστασης υγείας σας στο ιστορικό/φάκελο σας			
Θ	Σας παρέπεμψαν/σύστησαν σε κατάλληλες υπηρεσίες προκειμένου να σας προσφέρουν περαιτέρω υποστήριξη κατά την συντροφική βία στην εγκυμοσύνη			

0.

15. Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα μετά το ραντεβού σας με τον επαγγελματία υγείας κατά πόσο σκέφτεστε ή έχετε την πρόθεση να:

1=Καθόλου 7=Αρκετά έτοιμη/πρόθυμη

		Καθόλου			Δεν ανήκω σε αυτή την κατηγορία	Αρκετά έτοιμη/πρόθυμη			
A	Σκέφτεστε να κάνετε αλλαγές στην ζωή σας	1	2	3		4	5	6	7

B	Είστε έτοιμη να κάνετε αλλαγές στην ζωή σας	1	2	3		4	5	6	7
---	---	---	---	---	--	---	---	---	---

16. Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την ικανοποίηση που αισθανθήκατε μετά το ραντεβού σας από την παροχή φροντίδας υγείας:

1=Καθόλου ικανοποιημένη 7=Αρκετά ικανοποιημένη

		Καθόλου			Δεν ανήκω σε αυτή την κατηγορία	Αρκετά ικανοποιημένη			
A	Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τους επαγγελματίες υγείας	1	2	3		4	5	6	7
B	Τη στήριξη που σας πρόσφεραν οι πάροχοι φροντίδας υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας	1	2	3		4	5	6	7
Γ	Την επικοινωνία που είχατε με τους επαγγελματίες υγείας	1	2	3		4	5	6	7
Δ	Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της συντροφικής κακοποίησης	1	2	3		4	5	6	7
Ε	Την ευγενική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	1	2	3		4	5	6	7
ΣΤ	Την προθυμία των επαγγελματιών για την αντιμετώπιση της συντροφικής κακοποίησης	1	2	3		4	5	6	7

17. Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την ικανοποίηση που αισθανθήκατε μετά το ραντεβού σας από την παροχή φροντίδας υγείας:

1=Καθόλου ικανοποιημένη 7=Αρκετά ικανοποιημένη

		<i>Καθόλου</i>			<i>Δεν ανήκω σε αυτή τη κατηγορία</i>	<i>Αρκετά καλά</i>			
A	Τις πληροφορίες που σας πρόσφεραν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την συντροφική κακοποίηση	1	2	3		4	5	6	7
B	Τη συμβουλευτική που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας ακόμη και κατά την άρνηση σας για συντροφική κακοποίηση	1	2	3		4	5	6	7
Γ	Το τρόπο που σας αντιμετώπισαν οι επαγγελματίες όταν μιλήσατε για το πρόβλημα σας	1	2	3		4	5	6	7
Δ	Τις ερωτήσεις που έκαναν οι επαγγελματίες για να καταλάβουν τη κατάσταση (υγείας/κινδύνου) όσον αναφορά εσάς και το έμβρυο	1	2	3		4	5	6	7
E	Τις πληροφορίες που σας πρόσφεραν οι επαγγελματίες υγείας για τους κινδύνους υγείας σε εσάς και στο έμβρυο εξαιτίας τις κακοποιητικής σχέσης	1	2	3		4	5	6	7
ΣΤ	Τις επιλογές και τα βήματα που πρέπει να κάνετε για να λύσετε το πρόβλημα σας	1	2	3		4	5	6	7
Z	Τα βήματα που πρέπει να κάνετε για να διορθώσετε τη σχέση σας που αποφασίσατε μαζί με τους επαγγελματίες υγείας	1	2	3		4	5	6	7

Έντυπο υποστήριξης επαγγελματιών υγείας

Σωματικές επιπτώσεις κακοποίησης στην εγκυμοσύνη:

Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους

Λοιμώξεις νεφρού κόλπου και τραχήλου

Κολπική αιμορραγία

Έξαρση των χρόνιων ασθενειών

Επιπλοκές κατά την διάρκεια του τοκετού

Καθυστέρηση προγεννητικής φροντίδας

Αποβολή

Χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης βρέφους

Ρήξη μεμβρανών

Αποκόλληση του πλακούντα

Λοίμωξη μήτρας

Εμβρυικοί μώλωπες, κατάγματα και αιματώματα

Εμφάνιση εγκύων γυναικών:

Ένδυση που δεν ταιριάζει με την παρούσα εποχή (πολιτισμική διαφορετικότητα)

Συμπεριφορά συντρόφου της εγκύου:

Ο σύντροφος της επιμένει να παρίσταται κατά την εξέταση και απαντά στις ερωτήσεις για

Ειδικές περιπτώσεις

Όταν η γυναίκα αρνείται ότι είναι θύμα κακοποίησης ο επαγγελματίας δεν επιμένει και δεν ασκεί περαιτέρω πίεση. Εξηγεί γιατί νομίζει ότι είναι θύμα κακοποίησης και εξηγεί ότι μπορεί να την ξαναδεί για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστεί σε περίπτωση που ξαναβρεθεί σε ανάλογη περίπτωση.

Όταν η γυναίκα είναι εχθρική απέναντί στον επαγγελματία. Ο θυμός συχνά είναι συνέπεια του τραύματος και της εξουθένωσης που δημιουργείται από την κακοποίηση, αλλά και πιθανά από την έλλειψη παροχής βοήθειας, π.χ. εξαιτίας της ανεπαρκούς ανταπόκρισης των επαγγελματιών. Για το λόγο αυτό ο επαγγελματίας σέβεται το θυμό της.

Άμεσες λεκτικές ερωτήσεις

- «Είστε σε μια σχέση με κάποιον άνθρωπο που σας χτυπάει σωματικά ή σας απειλεί;»
- «Φοβάστε κάποιες φορές τον σύντροφο σας; Νιώθετε ότι βρίσκεστε σε κίνδυνο;»
- «Νιώθετε (ή νιώθατε ποτέ) να σας ελέγχει ή να σας απομονώνει ο σύντροφος σας;»



Διαχείριση (Management)/Εκτίμηση/Τεκμηρίωση

Αν αναγνωριστεί και αποκαλυφθεί η κακοποίηση στην έγκυο γυναίκα

- ο Αφήστε την να γνωρίζει πως δεν είναι υπεύθυνη για αυτό που της συμβαίνει. Πείτε της ότι δεν είναι μόνη και ότι υπάρχει

Έντυπο αξιολόγησης της συντροφικής κακοποίησης κατά την έγκυο

Έντυπο καταγραφής πληροφοριών του επαγγελματία υγείας κατόπιν της συνάντησης του με την έγκυο γυναίκα

Συμπληρώνεται κατόπιν της συνάντησης, από τον επαγγελματία υγείας ανεξαρτήτου αποκάλυψης ή όχι της βίας από την έγκυο.

Έντυπο Αξιολόγησης/Τεκμηρίωσης της Κακοποίησης της εγκύου γυναίκας

Έλεγχος Ε.Β

Ημερομηνία:

☐ Ε.Β + (Θετικό)

ID ασθενή:

☐ Ε.Β ; (Υποψία Ε.Β)

A1) Ηλικία _____

A2) Εθνικότητα: (1) Ελληνική _____ ☐ Άλλη _____ ☐

A3) Τόπος κατοικίας: (1) Πόλη ☐ (2) Κωμόπολη ☐ (3) Χωριό ☐

A4) Οικογενειακή κατάσταση

(1) Άγαμη ☐ (2) Έγγαμη ☐ (3) Διαζευγμένη ☐ (4) Χήρα ☐ (5) Σε διάσταση ☐

A5) Αριθμός παιδιών _____

A6) Μορφωτικό Επίπεδο _____

B1) Μήνας κύησης _____

B2) Βάρος _____ κιλά

B3) Ύψος _____ μέτρα

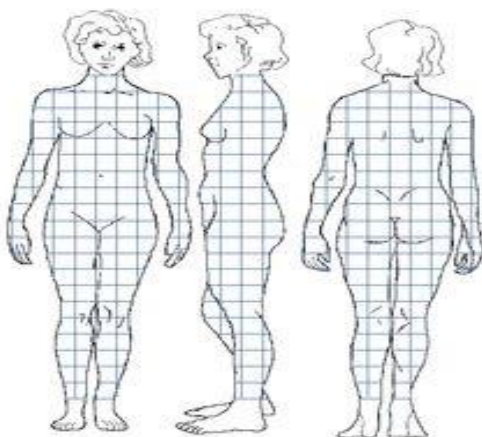
B4) Ήταν η εγκυμοσύνη προγραμματισμένη; (1) Ναι ☐ (0) Όχι ☐

B5) Ήταν η εγκυμοσύνη επιθυμητή; (1) Ναι ☐ (0) Όχι ☐

B6) Προηγούμενες αποβολές: (1) Ναι ☐ (0) Όχι ☐ (B6.1) Αριθμός αποβολών _____

B7) Προηγούμενες εκτρώσεις: (1) Ναι ☐ (0) Όχι ☐ (B7.1) Αριθμός Εκτρώσεων _____

B8) Έναρξη κακοποίησης πριν την εγκυμοσύνη: (1) Ναι ☐ (0) Όχι ☐ (B8.1) Αν όχι πότε _____



Διερευνώντας την ύπαρξη βίας

«Γνωρίζουμε ότι η βία στο σπίτι επηρεάζει πολλές γυναίκες και μάλιστα επηρεάζει άμεσα την υγεία τους. Μήπως έχετε βιώσει ποτέ βία στο σπίτι και εσείς;»

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- ☐ Σας έχουν ποτέ χτυπήσει, χαστουκίσει, κλωτσήσει ή βλάψει με οποιοδήποτε τρόπο σωματικά;
- ☐ Ποιός;
- ☐ Σας έχει βλάψει κάποιος σωματικά τον προηγούμενο μήνα;
- ☐ Σας έχει εξαναγκάσει ποτέ σε ανεπιθύμητες σεξουαλικές δραστηριότητες;
- ☐ Ποιός;
- ☐ Σας έχει εξαναγκάσει ποτέ σε ανεπιθύμητες σεξουαλικές δραστηριότητες τον προηγούμενο μήνα;
- ☐ Ποιός;
- ☐ Φοβάστε κάποιον;
- ☐ Ποιόν;
- ☐ Σας έχει κάποιος κριτικάρει, σας έχει κάνει να αισθανθείτε άσχημα για τον εαυτό σας ή να έχει προσπαθήσει να σας ελέγξει;
- ☐ Ποιός;

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ

- _ Ναι Όχι _ Είναι ο δράστης εδώ τώρα;
- _ Ναι Όχι _ Φοβάστε τον σύντροφο σας;
- _ Ναι Όχι _ Φοβάστε να πάτε σπίτι σας;
- _ Ναι Όχι _ Έχει αυξηθεί η σωματική βία;
- _ Ναι Όχι _ Έχει ο δράστης κακοποιήσει τα παιδιά;
- _ Ναι Όχι _ Ήταν ποτέ τα παιδιά μάρτυρες κακοποίησης;
- _ Ναι Όχι _ Απειλές ανθρωποκτονίας;
- Από ποιον: _____
- _ Ναι Όχι _ Απειλές αυτοκτονίας;
- Από ποιον: _____

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ☐ Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία
- ☐ Παραπομπή σε υπηρεσία στήριξης για την κακοποιημένη γυναίκα και το παιδί
- ☐ Παραπομπή σε νομικό σύμβουλο
- ☐ Παραπομπή στη αστυνομία
- ☐ Παραπομπή στην εισαγγελία
- ☐ Άλλη παραπομπή

Περιγράψτε: _____

ΑΝΑΦΟΡΑ

- ☐ Αναφορά στην αστυνομία
- ☐ Αναφορά στην εισαγγελία
- ☐ Αναφορά σε υπηρεσία υποστήριξης για την κακοποιημένη γυναίκα και το παιδί

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

_ Ναι Όχι _ Πήρατε συγκατάθεση για λήψη φωτογραφιών;

_ Ναι Όχι _ Κάνατε λήψη φωτογραφιών;

Συμπεριλάβετε στον φάκελο τις φωτογραφίες και το έγγραφο συγκατάθεση της ασθενούς.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

_ Ναι Όχι _ Συζητήθηκε ένα πλάνο ασφαλείας