



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Π.Μ.Σ Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Μορφές ενδοοικογενειακής βίας.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης»

Βράντση Σοφία

Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαρία Τριγώνη

ΠΑΤΡΑ, Ιούνιος, 2024.

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Βράντση Σοφίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Μορφές ενδοοικογενειακής βίας.  
Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης»

Σοφία Βράντση

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Μαρία Τριγώνη»

«Σύμβουλος καθηγήτρια ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής/Συν-

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μπελλαλή Θάλεια

«Σύμβουλος καθηγήτρια ΕΑΠ»

Πάτρα Ιούνιος 2024

### *«Ευχαριστίες»*

*Με αφορμή την περάτωση της διπλωματική μου εργασίας, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του ΕΑΠ στην «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Τριγώνη Μαρία, για την άψογη συνεργασία μεταξύ μας και την καθοδήγηση που μου παρείχε, όλο αυτό το χρονικό διάστημα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους συναδέλφους μου στο Μποδοσάκειο Νοσοκομείο, για την υπομονή, την ενθάρρυνση και την ανοχή τους, για την ολοκλήρωση αυτού του όμορφου μαθησιακού ταξιδιού.*

## Περίληψη

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι επαγγελματίες υγείας, συνιστούν τους ανθρώπους κλειδί, για την αναγνώριση, διαχείριση και υποστήριξη των ασθενών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης ευρύτερα. **Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι, να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας Γ. Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο», αναφορικά με το μείζον ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας, τον ρόλο που οι ίδιοι μπορούν να διαδραματίσουν στην διαχείριση τέτοιων περιστατικών, αλλά και την προώθηση τους στις κατάλληλες δομές και υπηρεσίες, στον βαθμό στον οποίο το επιτρέπει η υφιστάμενη εκπαίδευση τους. **Μεθοδολογία:** Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 150 επαγγελματίες υγείας από το σύνολο των τμημάτων του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια: το RADAR και το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς των Nicholaedes και συνεργατών (2005), κατά το χρονικό διάστημα από 01.02.2024 – 01.03.2024. **Αποτελέσματα:** Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (79,3%), ηλικίας 46-55 ετών (42,7%). Το 34% των συμμετεχόντων μπορεί να αναγνωρίσει σχεδόν πάντα ή πάντα ένα θύμα ενδοοικογενειακής βίας, ενώ το 48% υποστήριξε ότι η κακοποίηση κάποιες φορές μπορεί να συνιστά αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων. Το 38% ανέφερε ότι γνωρίζει ακριβώς τις ενέργειες στις οποίες θα πρέπει να προβούν, όταν έρθουν σε επαφή στο Νοσοκομείο με θύμα κακοποίησης και το 68,7% θεωρεί ότι η αναγνώριση των θυμάτων κακοποίησης εμπίπτει στις αρμοδιότητές τους. Το 58% των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι δεν τους γίνεται σχετική εκπαίδευση και ενημέρωση για το πώς θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να βοηθούν σωστά τα θύματα κακοποίησης. Τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί είναι ο φόβος για προσβολή ασθενούς κατά την διατύπωση ερωτήματος (31,3%), η δυσκολία στην απομόνωση του ασθενούς (31,4%), η έλλειψη επαρκούς χρόνου για διερεύνηση ασθενών για βία (28,6%), τα μέσα και γνώση για την διαχείριση μαρτυρίας θύματος κακοποίησης (22,7%), η αλλαγή κατάστασης ασθενούς θύμα κακοποίησης (22,6%). Οι γυναίκες έναντι των αντρών θεωρούν ότι δεν είναι στην αρμοδιότητα του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει θύματα κακοποίησης ( $2,15 \pm 0,8$  έναντι  $2,52 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ , ότι κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης ( $3,13 \pm 1,1$  έναντι  $3,58 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ). Στατιστική σημαντική διαφορά επίσης παρατηρείτε στους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έναντι των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι δεν αισθάνονται ότι μπορούν να βοηθήσουν μία/ έναν

ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης ( $2,48 \pm 1,1$  έναντι  $2,05 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ), ότι δεν έχουν τα μέσα και την γνώση να αντιμετωπίσουν έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται ( $2,89 \pm 1,1$  έναντι  $2,27 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ) και ότι κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης ( $3,61 \pm 1,1$  έναντι  $3,11 \pm 1,2$ ,  $p < 0,05$ ). Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την αναγνώριση θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας ( $r = 0,201$ ,  $p = 0,013$ ). **Συμπεράσματα:** Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείριση των ασθενών - θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, είναι καθοριστικής σημασίας. Ωστόσο, δεν φαίνεται να έχει δοθεί η δέουσα προσοχή από την επιστημονική και ερευνητική κοινότητα, όσον αφορά την εκπαίδευση – επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις στρατηγικές οι οποίες θα μπορούσαν να ακολουθηθούν για την υποστήριξη των θυμάτων βίας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Βία, ενδοοικογενειακή βία, ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, δομές υποστήριξης.

## Abstract

According to the literature, health professionals are the key people for the identification, management and support of ill victims of domestic violence and abuse more broadly. **Aim:** The purpose of this paper is to investigate the views of the health professionals of "Bodosakeio" General Hospital of Ptolemaida, regarding the major issue of domestic violence, the role they can play in the management of such incidents, but also their promotion in the appropriate structures and services, to the extent that their existing training allows. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted in which 150 health professionals participated from all the departments of the "Bodosakeio" General Hospital of Ptolemais, using the questionnaires: the RADAR and the self-report questionnaire of Nicholaedes et al. (2005), during the period from 01.02.2024 – 01.03 .2024. **Results:** The majority of participants were women (79.3%), aged 46-55 years (42.7%). 34% of participants can almost always or always identify a victim of domestic violence, while 48% stated that abuse can sometimes be the cause of other medical problems. 38% reported that they know exactly what actions they should take when they come into contact with a victim of abuse in the Hospital and 68.7% consider that the identification of victims of abuse falls within their competence. Totally, 58% of the participants claimed that they are not given relevant training and information on how to properly recognize and help victims of abuse. The most important barriers faced by healthcare professionals when investigating or providing care to people who have been abused are the difficulty in isolating the patient (31.4%), fear of offending a patient when asking a question (31.3%) , lack of sufficient time to investigate patients for violence (28.6%), the means and knowledge for managing the testimony of a victim of abuse (22.7%), the change of status of a patient victim of abuse (22.6%). Women versus men consider that it is not within the health professional's competence to recognize victims of abuse ( $2.15 \pm 0.8$  vs.  $2.52 \pm 0.9$ ,  $p < 0.05$ ), that every patient can be a victim of abuse ( $3.13 \pm 1.1$  vs.  $3.58 \pm 1.1$ ,  $p < 0.05$ ). Higher education graduates agree to a significantly greater extent than secondary education graduates that they do not feel they can help a patient. who is in an abusive relationship ( $2.48 \pm 1.1$  vs.  $2.05 \pm 0.8$ ,  $p < 0.05$ ), that they do not have the means and knowledge to deal with a patient who discloses the abuse he is suffering ( $2.89 \pm 1.1$  vs  $2.27 \pm 0.9$ ,  $p < 0.05$ ) and that every patient can be a victim of abuse ( $3.61 \pm 1.1$  vs  $3.11 \pm 1.2$ ,  $p < 0.05$ ). Age was positively correlated with recognition of domestic violence victims ( $r = 0.201$ ,  $p = 0.013$ ).

**Conclusions:** The role of health professionals in the recognition and management of patients - victims of domestic violence, is of crucial importance. However, it seems that due attention has not been given by the scientific and research community, regarding the education - training of health professionals, as well as the strategies that could be followed to support the victims of violence.

**Key-Words:** Violence, domestic violence, health professionals, hospital patients, support structures.



## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα συμμετεχόντων .....	50
Πίνακας 4.2. Ικανότητα αναγνώρισης επαγγελματιών υγείας των περιστατικών βίας .....	52
Πίνακας 4.3. Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση των περιστατικών βίας .....	53
Πίνακας 4.4. Απόψεις επαγγελματιών υγείας για τα καθήκοντά τους αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία .....	57
Πίνακας 4.5. Στάσεις επαγγελματιών υγείας για θέματα ενδοοικογενειακής βίας .....	60
Πίνακας 4.6. Εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί .....	62
Πίνακας 4.7. Εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας .....	64
Πίνακας 4.8. Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την ενδοοικογενειακή βία .....	68
Πίνακας 4.9. Ενέργειες στην διαπίστωση της ύπαρξης ασθενή – θύμα βίας	71
Πίνακας 4.10. Υπόδειξη υπηρεσίας παραπομπής θύματος βίας .....	72
Πίνακας 4.11. Εμπόδια των επαγγελματιών υγείας .....	73
Πίνακας 4.12. Καθοδήγηση και πρόσβαση επαγγελματιών υγείας σε υπηρεσίες κακοποίησης .....	75
Πίνακας 4.13. Διαθέσιμες υπηρεσίες για ζητήματα κακοποίησης σε τοπικό επίπεδο .....	75
Πίνακας 4.14. Απόψεις επαγγελματιών υγείας για τις δομές υποστήριξης	77
Πίνακας 4.15. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων .....	80
Πίνακας 4.16. Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση .....	83

Πίνακας 4.17. Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο .....	84
Πίνακας 4.18. Συσχετίσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών .....	85

## Περιεχόμενα

<b>Περίληψη .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>7</b>
<b>Περιεχόμενα Πινάκων.....</b>	<b>9</b>
<b>Εισαγωγή .....</b>	<b>13</b>
<b>Κεφάλαιο 1. Ενδοοικογενειακή βία .....</b>	<b>15</b>
1.1. Ιστορική αναδρομή .....	15
1.2. Εννοιολογική προσέγγιση της βίας.....	18
1.3. Μορφές βίας.....	18
1.3.1. Σωματική βία .....	22
1.3.2. Σεξουαλική βία.....	23
1.3.3. Ψυχολογική βία.....	24
1.3.4. Οικονομική βία .....	25
1.3.5. Η έκταση του φαινομένου στην Ελλάδα και διεθνώς.....	27
1.4. Ενδοοικογενειακή βία .....	29
1.4.1. Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	30
1.5. Επιδημιολογία της ενδοοικογενειακής βίας.....	32
1.5.1. Παράγοντες κινδύνου .....	34
1.6. Επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας .....	35
<b>Κεφάλαιο 2. Επαγγελματίες υγείας και ενδοοικογενειακή βία .....</b>	<b>36</b>
2.1. Ενδοοικογενειακή βία: ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας .....	36
2.2. Εμπόδια και παράγοντες διαμόρφωσης ετοιμότητας επαγγελματιών υγείας ...	39
2.3. Πρόληψη και αντιμετώπιση .....	41
<b>Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία Έρευνας.....</b>	<b>44</b>
3.1. Σκοπός Μελέτης.....	44
3.3. Ερευνητικά Ερωτήματα .....	44
3.4. Σχεδιασμός έρευνας – ερευνητικά εργαλεία.....	45
<b>3.5. Στατιστική Ανάλυση .....</b>	<b>47</b>
3.5.1. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων.....	47
3.5.2. Επιλογή δείγματος .....	48
3.5.3. Ηθική και δεοντολογία.....	48

3.5.4. Περιορισμοί .....	49
<b>Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα Έρευνας.....</b>	<b>50</b>
4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	50
4.2 Ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενδοοικογενειακή βία .....	51
4.3 Δομές Υποστήριξης.....	73
4.4. Συσχετίσεις .....	78
<b>Συζήτηση .....</b>	<b>86</b>
<b>Συμπεράσματα.....</b>	<b>94</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>96</b>
<b>Παράρτημα Ι – Ερωτηματολόγιο .....</b>	<b>103</b>
Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά:.....	104
Β. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενδοοικογενειακή βία: .....	105
Γ. Δομές Υποστήριξης: .....	111
<b>Παράρτημα ΙΙ – Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου .....</b>	<b>114</b>
<b>Παράρτημα ΙΙΙ – Άδεια επιστημονικής επιτροπής Νοσοκομείου.....</b>	<b>115</b>

## Εισαγωγή

Κυρίως την τελευταία δεκαετία, οι παγκόσμιες πολιτικές έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στην επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας (Domestic Violence). Αυτό το «κακό χαοτικό πρόβλημα», όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία, απαιτεί μια σύνθετη διατομεακή προσέγγιση, ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί και αντίστοιχα ένα καθολικό σύστημα υγείας που να μπορεί να εντοπίζει έγκαιρα και να προσαρμόζει τις απαντήσεις, στις συνθήκες των πληγείσων οικογενειών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει εντοπίσει τον κρίσιμο ρόλο ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας, στη μείωση της εκτεταμένης βλάβης από την DVA (Hegarty et al., 2020).

Η ενδο-οικογενειακή βία παρουσιάζει υψηλά ποσοστά επιπολασμού και σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία των γυναικών, των ανδρών, των παιδιών, των ευρύτερων οικογενειακών δικτύων και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Εκτιμάται ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, μία στις τρεις γυναίκες βιώνει σωματική ή σεξουαλική βία από τους συντρόφους της.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων, το 2021 η Ελλάδα κατατάχθηκε στην τελευταία θέση μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), όσον αφορά την ισότητα των φύλων, με αυτή τη βαθμολογία να παραμένει σχετικά σταθερή την τελευταία δεκαετία (EIGE, 2021a).

Σχεδόν καθημερινά, πολλά από τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας οδηγούνται στις υγειονομικές μονάδες (επείγοντα), με σκοπό την παροχή πρώτων βοηθειών, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η κατάσταση τους καθιστά αναγκαία την παροχή αυξημένης φροντίδας υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, τόσο από το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι επιτακτική. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να στοχεύουν στην αντιμετώπιση των άμεσων πρακτικών αναγκών των γυναικών που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία, παρέχοντας μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και υποστήριξη, εστιάζοντας στην αλλαγή των πολιτιστικών κανόνων και αντιλήψεων που προωθούν την αποδοχή και σε κάποιες περιπτώσεις ενθαρρύνουν τη βία κατά των γυναικών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας του Γ.Ν Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο», αναφορικά με το μείζον ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας και τον ρόλο που οι ίδιοι μπορούν να

διαδραματίσουν στην διαχείριση τέτοιων περιστατικών, στον βαθμό στον οποίο το επιτρέπει η υφιστάμενη εκπαίδευση τους.

Με σκοπό την καλύτερη προσέγγιση του υπό μελέτη θέματος, η παρούσα ερευνητική εργασία δομείται σε πέντε κεφάλαια και επιμέρους ενότητες. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή το εισαγωγικό σημείωμα, επιδιώκει να δώσει μια γενική πληροφόρηση αναφορικά με το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας και την αναγκαιότητα για βέλτιστη διαχείρισης των ασθενών θυμάτων κακοποίησης από τους επαγγελματίες στις μονάδες υγείας.

Στην συνέχεια, το πρώτο κεφάλαιο και οι επιμέρους ενότητες αυτού, εστιάζουν λεπτομερώς στις μορφές βίας που απαντώνται, στις επιπτώσεις της βίας στο άτομο αλλά και στα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα.

Παράλληλα, το δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας ερευνητικής μελέτης, ασχολείται με τους επαγγελματίες υγείας και την ενδοοικογενειακή βία. Δηλαδή στον ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην διαχείριση των θυμάτων βίας όταν αυτά αναζητούν φροντίδα υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα όλων των βαθμίδων, καθώς και στα εμπόδια που απαντώνται στην παροχή βοήθειας και στην καθοδήγηση τους προς τις αρμόδιες υπηρεσίες, ή τις δομές φιλοξενίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία αναδύθηκαν μέσω ενδελεχούς βιβλιογραφικής έρευνας, το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη, τα μέσα συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Ενώ, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα τα οποία αναδύθηκαν μέσω της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, με την μορφή περιγραφικών πινάκων και γραφημάτων.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα, γενικά και ειδικά, στα οποία οδηγήθηκε η παρούσα έρευνα, ενώ γίνεται μια συζήτηση και κατατίθενται προτάσεις για μελλοντική έρευνα, πάνω στο υπό μελέτη ζήτημα.

## Κεφάλαιο 1. Ενδοοικογενειακή βία

### 1.1. Ιστορική αναδρομή

Παρότι που οι προϊστορικοί άνθρωποι εξακολουθούν να γίνονται αντιληπτοί στη λαϊκή φαντασία, ως βίαια όντα σε διαρκή σύγκρουση, το ερώτημα που αναδύεται είναι αν πράγματι αυτές οι κοινωνίες, ήταν τόσο βίαιες όσο αυτές σήμερα. Σε αυτή την περίπτωση, μόνο τα αρχαιολογικά κατάλοιπα μπορούν να δώσουν απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα. Για να χαρακτηρίσουν μια βίαιη πράξη, οι ειδικοί συνηθίζουν να μελετούν τις επιπτώσεις των βλημάτων και των τραυματισμών στα ανθρώπινα οστά, αξιολογούν την κατάσταση διατήρησης των σκελετών και αναλύουν το περιβάλλον στο οποίο αυτοί ανακαλύφθηκαν (UNESCO, 2023).

Τα αρχαιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι μια μορφή βίας υπήρχε ήδη στην παλαιολιθική εποχή, κυρίως σε τελετές που αφορούσαν κανιβαλισμό. Αλλά μέχρι στιγμής δεν έχουν βρεθεί επαρκή στοιχεία για συλλογική βία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων που διατηρήθηκαν και μελετήθηκαν (εκτός του πλαισίου του κανιβαλισμού), μόνο ένα άτομο έπεσε θύμα βίας – κάτι που μπορεί να αντικατοπτρίζει την ύπαρξη διαπροσωπικών συγκρούσεων (οι οποίες σπάνια ήταν θανατηφόρες) ή τελετουργικών θυσιών (UNESCO, 2023).

Στην πρώιμη ρωμαϊκή κοινωνία, μια γυναίκα θεωρούνταν ιδιοκτησία του συζύγου της και γι' αυτό υπαγόταν στον έλεγχο του. Σύμφωνα με το πρώιμο ρωμαϊκό δίκαιο, ένας άνδρας μπορούσε να χτυπήσει, να χωρίσει ή να δολοφονήσει τη γυναίκα του για αδικήματα που διέπραξε αυτή, τα οποία προσβάλλαν την τιμή του ή απειλούσαν τα περιουσιακά του δικαιώματα. Ωστόσο, αυτού του είδους τα θέματα λογίζονταν ως ιδιωτικά και δεν ελέγχονταν δημόσια (Heger, 2000).

Η ενδοοικογενειακή βία στην Ευρώπη μεταξύ του 1500 και 1800, θα πρέπει να κατανοηθεί εντός του πλαισίου της σύγχρονης δόμησης του νοικοκυριού, η οποία αποτελείται από έναν άνδρα αρχηγό της οικογένειας, τη σύζυγό και τα παιδιά τους, αλλά μπορεί επίσης να περιλαμβάνει μια σειρά από άλλα εξαρτώμενα άτομα, όπως ηλικιωμένους συγγενείς έως ποικιλία υπαλλήλων διαφορετικών καθηκόντων. Η εμφάνιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας σε τέτοια νοικοκυριά, ήταν κατανοητή με βάση αυτό που η Maddern (1992) αποκάλεσε ως η «ηθική ιεραρχία της βίας». Δηλαδή, οι υπεύθυνοι του νοικοκυριού είχαν την ηθική εξουσία να ασκούν βία, προκειμένου να πειθαρχούν τους ανθρώπους που καταλαμβάνουν υφιστάμενες θέσεις

από αυτούς. Ενώ, οι υφιστάμενοι, με τη σειρά τους, αναμενόταν να δεχτούν οποιαδήποτε μορφής πειθαρχία με παραίτηση ή και υπομονή, ακόμα κι αν κατά καιρούς θα μπορούσαν να το θεωρήσουν αδικαιολόγητο ή υπερβολικό. Οι έννοιες της βίας ήταν επομένως συνάρτηση της θέσης που κατείχε ένα άτομο στην κοινωνική ιεραρχία του νοικοκυριού. Αντίθετα, οι ανύπαντρες γυναίκες και άνδρες που ζούσαν εκτός των οικιακών δομών και ασκούσαν βία, έτειναν να ελέγχονται ιδιαίτερα προσεκτικά οι πράξεις τους και ήταν λιγότερο πιθανό να θεωρηθούν δικαιολογημένες (Hall & Malcom, 2020).

Για τους προτεστάντες ή τους καθολικούς, στο μοντέλο του ιδανικού ευσεβούς νοικοκυριού, οι άνδρες θα έπρεπε να έχουν εξουσία στα εξαρτώμενα μέλη τους και να κυβερνάν το σπίτι τους με σύνεση και χωρίς την άσκηση βίας. Εντούτοις, η μεγαλύτερη ταπείνωση και ντροπή ενός συζύγου, θα ήταν αν επέτρεπε να υποταχθεί, να κυβερνηθεί και να κατακριθεί από μια γυναίκα. Δηλαδή, όποιος άνδρας αποτύγχανε να διατηρήσει τον έλεγχο της συζύγου του ή των άλλων μελών του νοικοκυριού, ήταν πιθανό να βρει υπονομευμένη τη θέση του στην κοινότητα (Amussen, 1994).

Ακόμη και με το κίνημα για τα δικαιώματα των γυναικών στα τέλη του 1800, οι γυναίκες συνέχισαν να κακοποιούνται από τους συζύγους, τους πατέρες και τους φίλους τους. Ωστόσο, μόλις τα τελευταία χρόνια, η κοινωνία άρχισε να βλέπει την ενδοοικογενειακή βία ως πρόβλημα (TISOVA, 2020).

Μέχρι τον 19ο αιώνα, δεν υπήρχαν νομικές συνέπειες για τους άνδρες που κακοποίησαν σωματικά τις γυναίκες ή τις συντρόφους τους. Στην πραγματικότητα, μέχρι τη δεκαετία του 1970, ήταν όχι μόνο νόμιμο αλλά και κοινωνικά αποδεκτό οι σύζυγοι να χτυπούν τις γυναίκες τους (TISOVA, 2020).

Συνεπώς, η ενδοοικογενειακή βία λάμβανε χώρα πάντα, διαχρονικά και σε κοινότητες σε όλο τον κόσμο. Ιστορικά, η κακοποίηση μιας συζύγου ή ενός συντρόφου έχει θεωρηθεί ως φυσιολογική συμπεριφορά στο εσωτερικό γάμο ή μια οικεία σχέση, και ως μια εμπειρία που οι γυναίκες πρέπει να περιμένουν ή να ανεχθούν. Μόνο πρόσφατα η ενδοοικογενειακή βία θεωρείται παραβίαση του νόμου και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η πρώτη καταγεγραμμένη φορά που οι γυναίκες προσπάθησαν να καταδικάσουν την ενδοοικογενειακή βία ήταν στις αρχές του 1800, όταν το φεμινιστικό κίνημα άρχισε να συζητά τα δικαιώματα των γυναικών, όπως το δικαίωμα ψήφου και



τη δίωξη ανδρών που χτυπούσαν τις γυναίκες τους. Το 1850, το Τενεσί έγινε η πρώτη πολιτεία στις Ηνωμένες Πολιτείες που απαγόρευσε ρητά τον ξυλοδαρμό της συζύγου (Kleinberg, 1999). Αργότερα, το 1878, ο νόμος περί συζυγικών αιτιών του Ηνωμένου Βασιλείου επέτρεψε στις γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο να επιδιώξουν νομικό χωρισμό από έναν σύζυγο που κακοποιούσε (Abrams, 1999).

Τέλος, στις αρχές του 1900, οι γυναίκες κέρδισαν το δικαίωμά να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, απέναντι στη στάση των συζύγων τους και μπορούσαν να καλέσουν την αστυνομία να επέμβει όποτε ένιωθαν ότι απειλούνται. Η δυνατότητα δίωξης του δράστη, ωστόσο, δεν είχε επιτευχθεί μέχρι τη δεκαετία του 1990, όταν η ενδοοικογενειακή βία θεωρήθηκε τελικά έγκλημα και μπορούσαν να κινηθούν νομικά εναντίον του δράστη. Μετά από αυτή την αλλαγή, τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες επέλεξαν να ποινικοποιήσουν την ενδοοικογενειακή βία και αναγνωρίζουν την ανάγκη νομικής υποστήριξης των θυμάτων (TISOVA, 2020).

Η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να εμφανιστεί με πολλές μορφές, και στα δύο φύλα, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και σε κάθε είδους σχέσεις, ενώ μια νέα πτυχή της ενδοοικογενειακής βίας, είναι αυτή της κακοποίησης ηλικιωμένων, ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζει μια συνεχώς ανησυχητικά αυξανόμενη τάση διεθνώς. Καθώς οι κοινωνίες εξελίσσονται, οι άνθρωποι και οι ερευνητές συνειδητοποιούν ολοένα και περισσότερο ότι, η κακοποίηση που βιώνουν οι ηλικιωμένοι από τους φροντιστές και τα μέλη της οικογένειάς τους, είναι κάτι που πρέπει να φροντίζεται και να προλαμβάνεται. Μέχρι το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα, η βία κατά των ηλικιωμένων παρέμενε μια καθαρά ιδιωτική υπόθεση, κρυφή από τη δημόσια θέα. Αρχικά, θεωρήθηκε ως ζήτημα κοινωνικής πρόνοιας και στη συνέχεια ως πρόβλημα γηράσκων. Μόνο αργότερα, με την εμφάνιση πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση της κακοποίησης παιδιών και άλλων μορφών οικογενειακής βίας, έχει εξελιχθεί σε ανησυχία για τη δημόσια υγεία και την ποινική δικαιοσύνη (TISOVA, 2020).

## 1.2. Εννοιολογική προσέγγιση της βίας

Το 1996, στην 49<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, η βία αναδείχθηκε ως ένα μείζον και συνεχώς αυξανόμενο ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η αναγκαιότητα για πρόληψη από κοινού, τοποθέτησε τη βία στην κορυφή της ατζέντας για την δημόσια υγεία. Αντίστοιχα, σημαντική ανησυχία προκάλεσε η βία με βάση το φύλο, ο έλεγχος των πυροβόλων όπλων και η βία των νέων. Εντός αυτού του πλαισίου, η βία ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Παγκόσμια Έκθεση για τη Βία και την Υγεία (World Report on Violence and Health) ως η σκόπιμη χρήση σωματικής βίας ή δύναμης, απειλούμενης ή πραγματικής, εναντίον του εαυτού μας, ενός άλλου ατόμου ή εναντίον μιας ομάδας ή κοινότητας, που είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε έχει μεγάλη πιθανότητα να οδηγήσει σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, κακή ανάπτυξη ή στέρηση (Rutherford et al., 2007).

Ο παραπάνω ορισμός καταδεικνύει ότι, ένα άτομο ή μια ομάδα πρέπει να σκοπεύει να χρησιμοποιήσει βία ή δύναμη εναντίον άλλου ατόμου ή ομάδας, προκειμένου μια πράξη να χαρακτηριστεί βίαιη. Έτσι, η βία διακρίνεται από τον τραυματισμό ή τη βλάβη που προκύπτει από ακούσιες ενέργειες και περιστατικά. Ο συγκεκριμένος ορισμός στρέφει επίσης την προσοχή όχι μόνο στη χρήση σωματικής βίας αλλά και στη μεταχείριση απειλούμενης ή πραγματικής δύναμης. Μια τέτοια δύναμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναντίον του εαυτού, εναντίον ενός ατόμου ή εναντίον μιας ομάδας ή κοινότητας, όπως στη βία συμμοριών ή την καταστολή εθνοτικών ομάδων. Η βία ορίζεται εδώ όχι μόνο ως το αποτέλεσμα σωματικού τραυματισμού, αλλά ως παρούσα όταν συμβαίνει ψυχολογική βλάβη, κακή ανάπτυξη ή στέρηση. Ως εκ τούτου, οι πράξεις παράλειψης ή παραμέλησης και όχι μόνο διάπραξης, μπορούν να χαρακτηριστούν ως βίαιες (Rutherford et al., 2007).

## 1.3. Μορφές βίας

Η Παγκόσμια Έκθεση για τη Βία και την Υγεία (World Report on Violence and Health) διαχώρισε τη βία σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το ποιος είναι αυτός που προβαίνει σε μια κακοποιητική πράξη: αυτό-κατευθυνόμενη, διαπροσωπική ή συλλογική, καθώς και σε τέσσερις επιμέρους κατηγορίες ανάλογα με τη φύση της βίας: σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή που περιλαμβάνει στέρηση ή παραμέληση (Krug et al., 2002).

Ωστόσο, πολλές μορφές βίας δύναται να συμβαίνουν ταυτόχρονα, χωρίς να αποκλείει η μια την άλλη. Για παράδειγμα, η βία από στενούς συντρόφους μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και η συλλογική βία συχνά περιλαμβάνει τη χρήση του βιασμού ως όπλο πολέμου (Bouta et al., 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η **διαπροσωπική βία** (Interpersonal violence), περιλαμβάνει πράξεις βίας και εκφοβισμού που συμβαίνουν μεταξύ των μελών της οικογένειας, μεταξύ οικείων συντρόφων ή μεταξύ ατόμων, είτε αυτοί είναι γνωστοί ή όχι μεταξύ τους, και όπου η βία δεν προορίζεται ειδικά για την προώθηση των στόχων οποιασδήποτε ομάδας ή αιτίας. Παράλληλα, αυτή η κατηγορία βίας περιλαμβάνει την παιδική κακοποίηση, τη νεανική βία, ορισμένες μορφές σεξουαλικής βίας, αλλά και την κακοποίηση ηλικιωμένων (Waters et al., 2004).

Η **συλλογική βία** έχει οριστεί ως η συνεργατική χρήση βίας από άτομα που αυτο-προσδιορίζονται ως μέλη μιας ομάδας, εναντίον μιας άλλης ομάδας ή ενός συνόλου ατόμων, προκειμένου να επιτευχθούν πολιτικοί, οικονομικοί ή κοινωνικοί στόχοι». Η συλλογική βία περιλαμβάνει καταστείς όπως ο πόλεμος, η τρομοκρατία, και οι βίαιες πολιτικές συγκρούσεις μεταξύ ή εντός κρατών, βία που διαπράττεται από κράτη (γενοκτονία, βασανιστήρια, συστηματικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων) και το οργανωμένο βίαιο έγκλημα όπως ο πόλεμος συμμοριών. Μπορεί να περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες βίας, είτε αυτές είναι σωματικές, σεξουαλικές, ψυχολογικές ή χαρακτηρίζονται από παραμέληση ή διακρίσεις (Zwi et al., 2002).

Από την άλλη πλευρά, η **σεξουαλική βία**, μπορεί να λάβει χώρα σε διαπροσωπικό ή συλλογικό επίπεδο. Η σεξουαλική βία ενσωματώνει τη μη συναινετική σεξουαλική επαφή και τις μη συναινετικές πράξεις σεξουαλικής φύσης, όπως η ηδονοβλεψία και η σεξουαλική παρενόχληση. Οι πράξεις που δύναται να χαρακτηριστούν ως σεξουαλική βία, όταν διαπράττονται εναντίον κάποιου που δεν μπορεί να συναινέσει ή να αρνηθεί, όπως για παράδειγμα λόγω ηλικίας, αναπηρίας, κατάχρησης εξουσίας, βίας ή απειλών βίας (Kalra & Bhugra, 2013).

Μεγάλο μέρος της προσωπικότητας ενός ατόμου, σήμερα διαμορφώνεται από την κουλτούρα στην οποία γεννιέται και ζει μέσα από την απόκτηση πολιτιστικών αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Ο πολιτισμός καθορίζει τους ορισμούς και τις περιγραφές της κανονικότητας και της ψυχοπαθολογίας. Ο πολιτισμός παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ορισμένοι πληθυσμοί και κοινωνίες βλέπουν,

αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται τις σεξουαλικές πράξεις καθώς και τη σεξουαλική βία (Kalra & Bhugra, 2013).

Σε αυτή την περίπτωση, ένα σημαντικό στοιχείο στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), αναφορικά με την σεξουαλική βία είναι, η χρήση «εξαναγκασμού» ή βίας και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές σε σχέση με αυτό που χαρακτηρίζεται ως «αναγκαστική» σεξουαλική επαφή. Δηλαδή, διάφοροι πολιτισμοί περιγράφουν ορισμένες μορφές σεξουαλικής βίας που καταδικάζονται και άλλες μορφές που μπορεί να γίνουν ανεκτές ως ένα βαθμό, οι πολιτιστικά νομιμοποιημένες μορφές βίας δίνοντας έτσι την αφορμή για μια συνέχεια στον παραβατικό καταναγκασμό είτε σε έναν ανεκτό καταναγκασμό από την άλλη (Kalra & Bhugra, 2013).

**Η βία με βάση το φύλο (Gender - based violence)**, συνιστά έναν όρο ο οποίος χρησιμοποιείται για την αναγνώριση της βίας η οποία αναδύθηκε στο πλαίσιο της υποδεέστερης θέσης των γυναικών και των κοριτσιών στην κοινωνία, ενώ χρησιμεύει στη διατήρηση αυτής της άνισης ισορροπίας δυνάμεων (Watts & Zimmerman, 2002). Η βία με βάση το φύλο χρησιμοποιείται μερικές φορές εναλλακτικά με τη «βία κατά των γυναικών», αν και η τελευταία συνιστά μια πιο περιορισμένη έννοια. Εντός αυτού του πλαισίου, τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν τη βία κατά των γυναικών ως «κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο, που οδηγεί ή είναι πιθανό να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή ταλαιπωρία σε γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων απειλών για τέτοιες πράξεις, εξαναγκασμού ή αυθαίρετων στερήσεων της ελευθερίας. Είτε αυτό λαμβάνει χώρα στη δημόσια ή στην ιδιωτική ζωή (United Nations, 1993).

Συνεπώς, η βία με βάση το φύλο περιλαμβάνει τη βία κατά των γυναικών που λαμβάνει χώρα εντός της οικογένειας, γεωγραφικά ή πολιτισμικά συγκεκριμένες μορφές κακοποίησης, όπως ο ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων, «δολοφονίες τιμής» και βία που σχετίζεται με την προίκα, καθώς και διάφορες μορφές σεξουαλικής βίας, συμπεριλαμβανομένου του βιασμού κατά τη διάρκεια του πολέμου, εμπορία γυναικών και καταναγκαστική πορνεία (Krantz & Garcia – Moreno, 2005).

Η βία κατά των γυναικών συνιστά ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο ζήτημα παγκοσμίως, καθώς εκφράζει την άνιση κατανομή της δύναμης ανάμεσα στα δύο φύλα, αλλά και την παθογένεια της κοινωνίας η οποία θέτει τις γυναίκες σε καθεστώς υποτέλειας, περιθωριοποίησης και διακρίσεων. Η βία κατά των γυναικών απαντάται με

πολλές διαφορετικές μορφές σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής και παραβιάζει κατάφωρα τα ανθρώπινα δικαιώματα τους (Krantz & Garcia – Moreno, 2005).

**Βία οικείου συντρόφου.** Αυτή η μορφή βίας, ασκείται συνήθως από νυν ή πρώην σύντροφο ή σύζυγο, προκαλώντας σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη. Αυτό το είδος βίας μπορεί να συμβεί μεταξύ ετεροφυλόφιλων ή ομόφυλων ζευγαριών και δεν απαιτεί σεξουαλική οικειότητα. Αν και οι γυναίκες μπορεί να είναι κάποιες φορές βίαιες κατά των ανδρών συντρόφων τους και η βία μπορεί να εντοπιστεί σε συντροφικές σχέσεις ανδρών και γυναικών, εντούτοις είναι ευρέως αποδεκτό ότι το συντριπτικό ποσοστό της βίας από τον σύντροφο παγκοσμίως, βαρύνει κυρίως τις γυναίκες στα χέρια των ανδρών (Krug et al., 2002).

Εντός αυτού του πλαισίου, οι φεμινίστριες θεωρητικοί έχουν μελετήσει τους δεσμούς μεταξύ αρρενωπότητας και βίας και έχουν εντοπίσει τους τρόπους με τους οποίους η βία χρησιμοποιείται ως μέσο για την ενίσχυση των αντρικών ταυτοτήτων, ιδιαίτερα σε καταστάσεις φτώχειας, καθώς και οι συνέπειες αυτού σε μια προσπάθεια για την ευρύτερη κατανόηση του φαινομένου της βίας παγκοσμίως (Brienes et al., 2000).

Αντίθετα, η **οικογενειακή βία (Family Violence)** αναφέρεται στην παιδική κακοποίηση, τη βία μεταξύ αδελφών, βία από στενούς συντρόφους και κακοποίηση ηλικιωμένων. Η έννοια της οικογενειακής βίας χρησιμοποιείται ολόένα και περισσότερο για να επιστήσει την προσοχή στο πώς καθένας από τους υποτύπους της οικογενειακής βίας μπορεί να προκαλέσει ή να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για τους άλλους υποτύπους και πώς μπορεί να υπάρχουν κοινοί υποκείμενοι παράγοντες κινδύνου στα επίπεδα της οικογένειας και τη σχέση μεταξύ της οικογένειας, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας και κοινωνίας. Με τη σειρά του, αυτό καταδεικνύει τις ευκαιρίες πρόληψης που μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου όλων των τύπων βίας μέσα στην οικογένεια, αντιμετωπίζοντας το οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα. Η διασύνδεση της οικογενειακής βίας, της αυτοκτονίας, του εγκλήματος και της κατάχρησης ναρκωτικών και αλκοόλ ως εκδηλώσεις τραύματος μεταξύ των γενεών και η σημασία της κατανόησης ιστορικών πλαισίων που προκαλούν οικογενειακή βία έχουν τονιστεί σε πολλές κοινότητες παγκοσμίως (Rutherford et al., 2007).

### 1.3.1. Σωματική βία

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης (2024), η σωματική βία είναι μια πράξη που επιχειρεί να προκαλέσει ή να οδηγήσει σε πόνο ή/και σωματικό τραυματισμό. Όπως συμβαίνει με όλες τις μορφές βίας, ο κύριος στόχος του δράστη δεν είναι μόνο –ή μπορεί να μην είναι πάντα– η πρόκληση σωματικού πόνου, αλλά και να περιορίσει την αυτοδιάθεση του άλλου. Η σωματική βία στέλνει ένα ξεκάθαρο μήνυμα στο θύμα από τον δράστη: «Μπορώ να σου κάνω πράγματα που δεν θέλεις να συμβούν». Μια τέτοια βία καταδεικνύει διαφορές κοινωνικής δύναμης ή μπορεί να σκοπεύει στην προώθηση συγκεκριμένων απαιτήσεων, μερικές φορές τακτικά, μέσω του εξαναγκασμού. Η σωματική βία στις στενές σχέσεις, που συχνά αναφέρεται ως ενδοοικογενειακή βία, εξακολουθεί να αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο σε κάθε χώρα.

Η σωματική βία περιλαμβάνει πράξεις όπως ο ξυλοδαρμός, το κάψιμο, κλωτσιές, γροθιές, δαγκώματα, ακρωτηριασμό, δολοφονία, χρήση αντικειμένων ή όπλων. Στην κατηγορία αυτή της σωματικής βίας, μπορεί να συμπεριληφθούν επίσης η εμπορία ανθρώπων και η δουλεία, δεδομένου ότι ο αρχικός εξαναγκασμός συχνά βιώνεται και οι εμπλεκόμενοι καταλήγουν να γίνονται θύματα περαιτέρω βίας, ως αποτέλεσμα της υποδούλωσης τους (Council of Europe, 2024).

Η σωματική βία στην ιδιωτική της διάσταση, φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικά μεγάλο βαθμό τους νέους. Ενώ, η μαρτυρία της κακοποίησης ενός γονέα από έναν άλλο, οδηγεί σε σοβαρή ψυχολογική βλάβη στα παιδιά. Συχνά, τα παιδιά και οι νέοι που είναι παρόντες κατά τη διάρκεια μιας πράξης συζυγικής κακοποίησης τραυματίζονται επίσης, άλλοτε τυχαία και άλλοτε επειδή προσπαθούν να παρέμβουν. Οι νεαροί άνδρες μερικές φορές διαπράττουν ποινικά αδικήματα κατά του υβριστή γονέα (κυρίως πατέρων), προκειμένου να προστατεύσουν τη μητέρα και τα αδέρφια τους, και τα παιδιά γίνονται τακτικά θύματα μιας πράξης εκδίκησης από τον θύτη εναντίον της μητέρας. Στην πραγματικότητα, για πολλές μητέρες ένα πρωταρχικό κίνητρο για να παραμείνουν σε μια καταχρηστική σχέση είναι, ότι ο θύτης απειλεί να βλάψει ή να σκοτώσει τα παιδιά εάν προσπαθήσει να φύγει (Council of Europe, 2024).

Η σωματική βία εμφανίζεται και στις στενές σχέσεις των νέων. Το γεγονός ότι μπορεί να μην ζουν μαζί, συχνά θέτει εμπόδιο στο να μιλήσουν γι' αυτό. Ενώ, η

δημόσια βία με βάση το φύλο συχνά σχετίζεται με υποθέσεις και προσδοκίες αναφορικά με τους ρόλους των φύλων (Council of Europe, 2024).

### 1.3.2. Σεξουαλική βία

Η σεξουαλική βία είναι οποιαδήποτε σεξουαλική συμπεριφορά στην οποία ένα άτομο δεν έχει συναινέσει και που προκαλεί το άτομο αυτό να αισθάνεται άβολα, να φοβάται ή να εκφοβίζεται περιλαμβάνεται στην κατηγορία της σεξουαλικής επίθεσης. Η σωματική σεξουαλική παρενόχληση συμβαίνει όταν κάποιος αγγίζει οποιοδήποτε μέρος του σώματος άλλου ατόμου με σεξουαλικό τρόπο, ακόμη και μέσα από ρούχα, χωρίς τη συγκατάθεση του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης ενδεικτικά της αναγκαστικής σεξουαλικής επαφής (βιασμός), του σοδομισμού (στοματική ή πρωκτική σεξουαλική πράξη), της παιδικής παρενόχλησης, αιμομιξία, χάδια και απόπειρα βιασμού.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Δικαιοσύνης των ΗΠΑ, σχεδόν 300.000 Αμερικανοί άνδρες και γυναίκες πέφτουν θύματα σεξουαλικής βίας κάθε χρόνο (Truman & Langton, 2015). Επιπλέον, περίπου μία στις πέντε γυναίκες (18,3%) και ένας στους 71 άνδρες (1,4%) στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν βιαστεί κάποια στιγμή στη ζωή τους (Black et al., 2014).

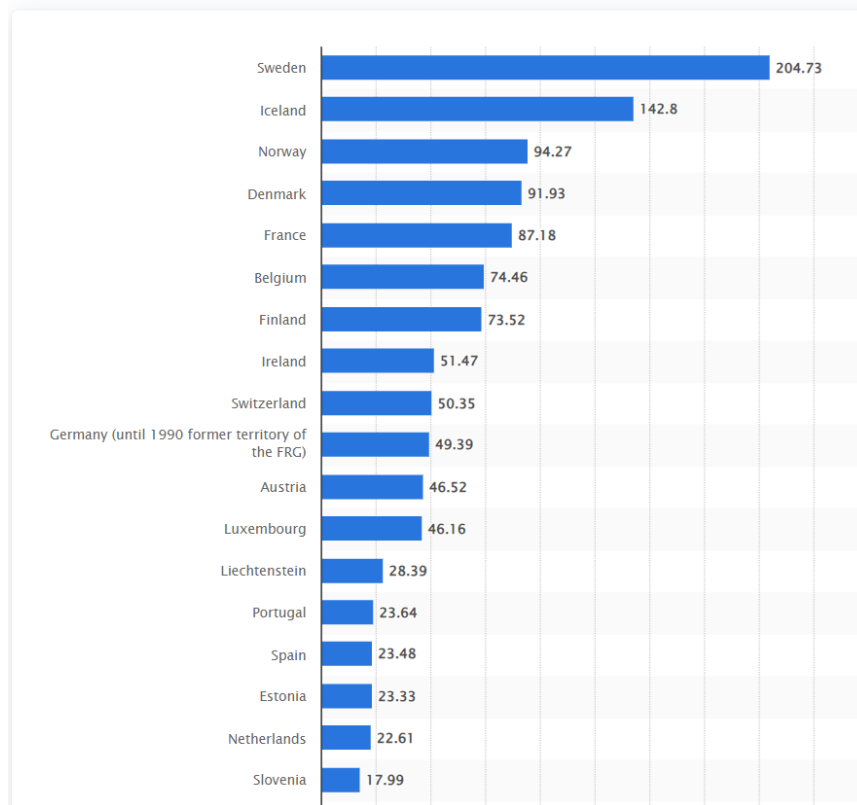
Έρευνες σε επίπεδο πληθυσμού που βασίζονται σε αναφορές θυμάτων, εκτιμούν ότι μεταξύ του 0,3% και 11,5% των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική βία. Η σεξουαλική βία έχει σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στη σωματική, ψυχική, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των θυμάτων και των παιδιών τους, όπως περιγράφεται στην υφιστάμενη βιβλιογραφία. Εάν διαπραχθεί κατά την παιδική ηλικία, η σεξουαλική βία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κάπνισμα, κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ και επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές στη μετέπειτα ζωή. Συνδέεται επίσης με τη διάπραξη βίας και το να είσαι θύμα βίας

Όπως προκύπτει από τα αρχεία της ευρωπαϊκής στατιστικής αρχής, το 2020 οι τέσσερις σκανδιναβικές χώρες, η Σουηδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Δανία είχαν το υψηλότερο ποσοστό αναφερόμενης σεξουαλικής βίας στην Ευρώπη. Ενώ, περισσότερα από 200 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους αναφέρθηκαν στη Σουηδία,

η οποία βρίσκεται στην πρώτη θέση της κατάταξης, σε αντίθεση με την Ελλάδα η οποία βρίσκεται στην τελευταία θέση μαζί με την Κύπρο (Statista, 2023).

Γράφημα 1.1. Ποσοστό αναφερόμενης σεξουαλικής βίας στην Ευρώπη

(per 100,000 inhabitants)



Πηγή: Statista, 2023.

### 1.3.3. Ψυχολογική βία

Η ψυχολογική βία συνιστά μια κοινή μορφή βίας με βάση το φύλο που περιλαμβάνει οποιαδήποτε σκόπιμη συμπεριφορά που βλάπτει την ψυχολογική ακεραιότητα ενός άλλου ατόμου μέσω εξαναγκασμού ή απειλών (Council of Europe, 2011). Η ψυχολογική βία συχνά συνυπάρχει ή προηγείται άλλων μορφών βίας, όπως η σωματική, η σεξουαλική και η οικονομική βία (European Institute for Gender Equality, 2022). Ενώ, μπορεί να λάβει τη μορφή, εξαναγκασμού, δυσφήμισης, λεκτικής προσβολής ή παρενόχλησης (European Institute for Gender Equality, 2017).

Παραδείγματα ψυχολογικής βίας περιλαμβάνουν, την συναισθηματική κακοποίηση (Emotional abuse), τις καταναγκαστικές και ελεγκτικές συμπεριφορές, την καταδίωξη και παρενόχληση, χωρίς ωστόσο να περιορίζονται σε αυτές. Πιο



συγκεκριμένα, η συναισθηματική κακοποίηση εμπεριέχει συμπεριφορές οι οποίες αποβλέπουν στη δημιουργία συναισθηματικής βλάβης ή απειλής βλάβης, όπως η υποτίμηση, η ταπείνωση, η απειλή ή ο εκφοβισμός του θύματος. Παραδείγματα συναισθηματικής κακοποίησης είναι η λεκτική κακοποίηση, ο εκφοβισμός, η προσβολή (Martin – Fernandez et al., 2019).

Εντός αυτού του πλαισίου, η μελέτη των Karakurt και Silver (2013), απέβλεπε στην διερεύνηση των ρυθμιστικών ρόλων του φύλου και της ηλικίας στη συναισθηματική κακοποίηση εντός των στενών σχέσεων. Στην μελέτη την οποία συμμετείχαν 250 νέοι με μέση ηλικία τα 27 έτη, διαπιστώθηκε ότι, η συναισθηματική κακοποίηση ήταν πιο συχνή στους νεότερους συμμετέχοντες. Οι νεότερες γυναίκες βίωσαν υψηλότερα ποσοστά απομόνωσης και η συνολική εμπειρία των γυναικών για υλικές ζημιές ήταν υψηλότερη από αυτή των ανδρών και αυξανόταν με την ηλικία.

Από την άλλη πλευρά, πολύ λίγα είναι γνωστά για την κατάσταση της ψυχολογικής βίας από γυναίκες προς άνδρες, καθώς οι περισσότερες μελέτες για το θέμα έχουν επικεντρωθεί σε γυναίκες θύματα. Εντός αυτού του πλαισίου, η μελέτη των Dim και Elabor-Idemudia (2017), επιδίωξε να κατανοήσει τις πρόσφατες τάσεις και την επικράτηση της ψυχολογικής βίας στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών και γυναικών προς άνδρα στον Καναδά. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα της Γενικής Κοινωνικής Έρευνας (Θυματοποίηση) του 2014, αναλύθηκαν οι παράγοντες κινδύνου για ψυχολογική βία από γυναίκες προς άνδρες. Τα ευρήματα της ανάλυσης αποκάλυψαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επικράτηση της ψυχολογικής βίας μεταξύ των θυμάτων όταν λαμβάνεται υπόψη το φύλο. Ενώ, παράλληλα αποκάλυψε ότι η παιδική θυματοποίηση, η παιδική έκθεση στην ενδοοικογενειακή βία, η χρήση ουσιών και το μορφωτικό επίπεδο, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της ψυχολογικής βίας από γυναίκες προς άνδρες.

#### 1.3.4. Οικονομική βία

Σύμφωνα με την φιланθρωπική οργάνωση με την ονομασία «Surviving Economic Abuse (SEA)» στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK), που είναι αφιερωμένη στην ευαισθητοποίηση και στην ανταπόκριση στην οικονομική βία, η οικονομική κακοποίηση είναι μια νομικά αναγνωρισμένη μορφή ενδοοικογενειακής βίας και εμπεριέχεται στο νομικό πλαίσιο για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Συχνά

εμφανίζεται στο πλαίσιο της βίας από στενό σύντροφο και περιλαμβάνει τον έλεγχο των χρημάτων και των οικονομικών ενός συντρόφου ή πρώην συντρόφου, καθώς και των πραγμάτων που μπορούν να αγοράσουν τα χρήματα. Η οικονομική κατάχρηση μπορεί να περιλαμβάνει την άσκηση ελέγχου στα έσοδα, τις δαπάνες, τους τραπεζικούς λογαριασμούς, τους λογαριασμούς και τον δανεισμό. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τον έλεγχο της πρόσβασης και της χρήσης πραγμάτων όπως οι μεταφορές και η τεχνολογία, που μας επιτρέπουν να εργαζόμαστε και να παραμένουμε συνδεδεμένοι, καθώς και περιουσιακά και καθημερινά είδη πρώτης ανάγκης, όπως τρόφιμα και ρούχα. Ενώ, μπορεί να περιλαμβάνει την καταστροφή αντικειμένων και την άρνηση συνεισφοράς στο κόστος του νοικοκυριού.

Η οικονομική κακοποίηση εμφανίζεται παράλληλα με άλλες μορφές κακοποίησης και συνήθως αποτελεί μέρος ενός προτύπου συμπεριφοράς μέσω του οποίου οι θύτες επιδιώκουν να ελέγξουν τα θύματά τους. Ενώ, φαίνεται ότι η κακοποίηση περιορίζει τις επιλογές και την ικανότητα των γυναικών να έχουν πρόσβαση στην ασφάλεια. Αυτό το είδος κακοποίησης συνιστά μια μορφή καταναγκαστικής και ελεγκτικής συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να συνεχιστεί πολύ μετά την αποχώρηση και μπορεί να έχει δια βίου αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, η οικονομική κακοποίηση σπάνια συμβαίνει μεμονωμένα, αλλά συνήθως παράλληλα με άλλες μορφές κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής κακοποίησης. Το 95% των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής κακοποίησης αφορούν οικονομική κακοποίηση. Αυτός ο τύπος κακοποίησης έχει σχεδιαστεί για να δημιουργήσει οικονομική αστάθεια και/ή να καταστήσει έναν εταίρο οικονομικά εξαρτημένο από τον άλλο, γεγονός που περιορίζει την ελευθερία του. Χωρίς πρόσβαση σε χρήματα και πράγματα που μπορούν να αγοράσουν με αυτά, είναι δύσκολο το θύμα να αφήσει τον κακοποιότη του καταχραστή και να έχει πρόσβαση σε ασφαλές περιβάλλον. Κάποιος που βιώνει αυτό το είδος κακοποίησης μπορεί να παγιδευτεί σε μια σχέση με τον θύτη, ανίκανος να αντισταθεί στον έλεγχο του, κινδυνεύοντας να υποστεί περαιτέρω βλάβη. Με αυτόν τον τρόπο, η οικονομική ασφάλεια στηρίζει τη φυσική ασφάλεια (Surviving Economic Abuse,

Ο αντίκτυπος της οικονομικής κακοποίησης θέτει σημαντικές προκλήσεις στην ανοικοδόμηση εκ νέου της ζωής των θυμάτων. Πολλές γυναίκες φεύγουν χωρίς τίποτα—χωρίς χρήματα ούτε για τα απαραίτητα—και πρέπει να ξεκινήσουν ξανά από την αρχή. Πολλά θύματα-επιζώντες φεύγουν με μεγάλα ποσά χρέους και κακές

αξιολογήσεις πιστοληπτικής ικανότητας, επηρεάζοντας τη μακροπρόθεσμη οικονομική τους σταθερότητα και πολλοί δεν είναι σε θέση να διατηρήσουν αποταμιεύσεις που παρέχουν οικονομική ασφάλεια.

Όπως προκύπτει από τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία, σχετικά με την διεθνή επικράτηση της οικονομικής κακοποίησης, από την ηλικία των 16 ετών, μία στις έξι γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει βιώσει κάποιας μη σωματική μορφή βίας (οικονομική, ή συναισθηματική), από μια τρέχουσα ή προηγούμενη σχέση (Refuge, 2020). Ωστόσο, οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να αναφέρουν ότι έχουν υποστεί οικονομική κακοποίηση από τους άνδρες: μία στις πέντε γυναίκες βιώνουν οικονομική κακοποίηση σε σύγκριση με έναν στους επτά άνδρες, σύμφωνα με τον Ιστότοπο Έρευνας Εγκλήματος για την Αγγλία και την Ουαλία (CSEW, 2019). Ενώ, μόλις ένας στους τρεις επιζώντες - θύματα, αναφέρεται στην οικονομική κακοποίηση την οποία έχει βιώσει, κυρίως σε φιλικά πρόσωπα και λιγότερο στην οικογένεια (Women's Aid, 2015).

#### 1.3.5. Η έκταση του φαινομένου στην Ελλάδα και διεθνώς

Κυρίως η βία κατά των γυναικών έχει τις ρίζες της στην άνιση θέση των γυναικών στην κοινωνία και αυτή η θέση αντανakλά την ανισόρροπη κατανομή της κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής εξουσίας μεταξύ των γυναικών και των ανδρών στην κοινωνία. Είναι μια από τις πιο διάχυτες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της εποχής μας και μια μορφή παραβίασης διάκριση που έχει ως αποτέλεσμα ή είναι πιθανό να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη ή ταλαιπωρία σε γυναίκες (Council of Europe, 2011).

Σε κάθε περίπτωση, η βία κατά των γυναικών υπονομεύει την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα τους και επιφέρει σοβαρές βλάβες στις οικογένειες, τις κοινότητες και τις κοινωνίες ευρύτερα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 2014 1 στις 3 γυναίκες (ή 61 εκατομμύρια από τα 185 εκατομμύρια) είχαν βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία, ή και τα δύο, από την ηλικία των 15 ετών (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Ωστόσο, η πλήρης έκταση της βίας κατά των γυναικών είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς εξακολουθεί να υποδηλώνεται και να στιγματίζεται, πράγμα που σημαίνει ότι αυτό που στην πραγματικότητα αναφέρεται είναι μόνο ένα μικρό δείγμα

της πραγματικότητας. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2016), διαπιστώθηκε ότι το 66 % του πληθυσμού τείνει να εμπιστεύεται την αστυνομία (European Commission, 2016). Εντούτοις, στον Δείκτη Ισότητας των Φύλων του EIGE για το 2015, διαπιστώθηκε ότι όπου οι άνθρωποι τείνουν να έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους θεσμούς της δικαιοσύνης, τα επίπεδα της βίας που αποκαλύπτονται είναι υψηλότερα. Ενώ, το 2014 εκτιμάται ότι στην Ελλάδα το 25% των γυναικών είχαν υποστεί κάποιας μορφής βία, δηλαδή 8 % χαμηλότερα από ό,τι στην Ε.Ε. συνολικά (European Institute for Gender Equality, 2013).

Στην μελέτη των Chatzisyμεonoglou και Kioskli (2013), στα πλαίσια της οποίας διερευνήθηκε τα ποσοστά εγκληματικότητας της οικογενειακής βίας σε ολόκληρη τη χώρα και αντίστοιχα το προφίλ των δραστών και των θυμάτων με βάση τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και την μεταξύ τους σχέση. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι, κυρίως οι μεσήλικες Έλληνες άντρες ήταν μεταξύ των δραστών διάπραξης ενδοοικογενειακής βίας, ενώ οι Ελληνίδες μικρότερης ηλικίας ήταν τα βασικά θύματα αυτών των περιστατικών. Παράλληλα, διαπιστώθηκε μια αυξητική τάση όσον αφορά το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας στην Ελλάδα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις αφορούν σοβαρές εγκληματικές πράξεις. Ενώ, οι συνεχώς αυξανόμενοι αριθμοί, πρακτικά αντικατοπτρίζουν ότι η ακραία βία μέσα στις ελληνικές οικογένειες είναι βαθιά ριζωμένη εδώ και χρόνια.

Το 2022 το Γραφείο Τύπου του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, σε σχετική ανακοίνωση του επεσήμανε ότι, καταγράφηκε αύξηση των καταγγελιών στην Τηλεφωνική Γραμμή SOS 15900, σχετικά με περιστατικά έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας. Αντίστοιχα σημαντικός φαίνεται ότι είναι ο αριθμός των γυναικών που αναγκάζονται να αφήσουν την οικογενειακή τους εστία, προκειμένου να αποφύγουν τον κίνδυνο κατά της ζωής τους και να φιλοξενηθούν σε ασφαλείς χώρους. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, το πρώτο εξάμηνο του 2021 η Γραμμή SOS 15900, που απευθύνεται σε γυναίκες και παιδιά θύματα κακοποίησης δέχθηκε πάνω από 4 χιλιάδες κλήσεις, εκ των οποίων οι 2.869 αφορούσαν σε περιστατικά βίας. Ενώ, σύμφωνα με την ίδια πηγή το 2023 αναφέρεται ότι, η Γραμμή SOS, δέχθηκε 8.500 κλήσεις, τα οποία αφορούσαν περιστατικά σε εξέλιξη ή είχαν συμβεί λίγα λεπτά πριν.

Σε διεθνές επίπεδο, έχει υπολογιστεί ότι σχεδόν μισό εκατομμύριο θύματα και επιζώντες ενδοοικογενειακής κακοποίησης αναζητούν βοήθεια από επαγγελματίες

γιατρούς κάθε χρόνο. Η καθοδήγηση για τους επαγγελματίες υγείας λέει ότι «η ενδοοικογενειακή βία και η κακοποίηση είναι τόσο διαδεδομένες στην κοινωνία μας που το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας και το λοιπό προσωπικό παρόχων, θα έρχονται σε επαφή με ενήλικες και παιδιά θύματα (και θύτες) σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας (UK Parliament, 2021).

#### 1.4. Ενδοοικογενειακή βία

Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας συνιστά ένα περίπλοκο, πολυπαραγοντικό και διαχρονικό κοινωνικό φαινόμενο. Σε αρκετές περιπτώσεις λαμβάνει πολλές διαφορετικές διαστάσεις, χωρίς να αναγνωρίζει φύλο, ηλικία, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Σε παγκόσμιο επίπεδο η βία ανάγεται στις μέρες μας σε ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και αψηφά την απλή ανάλυση (Mshweshwe, 2020).

Ο ορισμός της βίας με διαφορετικούς τρόπους έχει τόσο ηθικές όσο και υλικές συνέπειες, όπως αν διώκεται ή όχι ένας δράστης, αν χρηματοδοτείται ένα πρόγραμμα πρόληψης ή πώς κατανοεί το θύμα την κατάστασή του (Mshweshwe, 2020). Σε αυτή την περίπτωση, είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας να κατανοούν το ευρύ φάσμα της βίας και να είναι σε θέση να προσδιορίζουν σημεία και πτυχές αυτού, για επιτυχή παρέμβαση και πρόληψη της, των επιπτώσεών της στην υγεία και την κοινωνία ευρύτερα (Rutherford et al., 2007).

Η «ενδοοικογενειακή βία» (Domestic violence) χρησιμοποιείται συχνά εναλλακτικά με τη «βία από οικείο σύντροφο». Η ενδοοικογενειακή βία περιλαμβάνει σωματική κακοποίηση, λεκτική, οικονομική και κοινωνική κακοποίηση. Οι Hegarty και συνεργάτες (2000) επεσήμαναν ότι, «η ενδοοικογενειακή βία» μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή ως ένα χρόνιο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται όχι μόνο από επεισόδια σωματικής βίας αλλά και από συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση, την οποία χρησιμοποιούν οι δράστες προκειμένου να διατηρήσουν τον έλεγχο των συντρόφων τους.

Η ενδοοικογενειακή κακοποίηση, μπορεί να οριστεί ως ένα μοτίβο συμπεριφοράς σε οποιαδήποτε σχέση που χρησιμοποιείται για την απόκτηση ή τη διατήρηση εξουσίας και ελέγχου σε έναν στενό σύντροφο (Feder et al., 2020).

Η πρώτη γνωστή χρήση του όρου ενδοοικογενειακή βία σε ένα σύγχρονο πλαίσιο, που σημαίνει βία στο σπίτι, ήταν σε μια ομιλία του Jack Ashley στο

Κοινοβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου το 1973. Ο όρος προηγουμένως αναφερόταν κυρίως στην πολιτική αναταραχή, την ενδοοικογενειακή βία από το εσωτερικό μιας χώρας σε αντίθεση με τη διεθνή βία που διαπράττεται από μια ξένη δύναμη (New York Times, 2014).

Η ενδοοικογενειακή βία (DV), ορίζεται ως κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο, που οδηγεί ή είναι πιθανό να οδηγήσει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη, ή ταλαιπωρία σε γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων απειλών για τέτοιες πράξεις εξαναγκασμού ή αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας, εμφανιζόμενη στη δημόσια ή στην ιδιωτική ζωή και αποτελεί σοβαρή παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (United Nations, 1993).

Η ενδοοικογενειακή βία (Family Violence) έχει οριστεί ως συμπεριφορά που απευθύνεται σε ένα μέλος της οικογένειας ή σε κάποιον με τον οποίο έχουν μια στενή σχέση όπως ο πρώην ή ο νυν σύζυγος ή ο μη έγγαμος σύντροφος που είναι σωματικά, σεξουαλικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά ή οικονομικά καταχρηστική ή καταναγκαστική (Benbow et al., 2018)

Όσον αφορά τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, ως υψίστης σημασίας λογίζεται η άμεση αναγνώριση τους από τους επαγγελματίες (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) εντός των συστημάτων υγείας. Η συμπεριφορά τους δεν θα πρέπει να είναι επικριτική, αλλά αντίθετα να υποστηρίζει τις γυναίκες που έχουν υπάρξει θύματα φυσικής, ψυχολογικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις υπάρχουσες οργανώσεις υποστήριξης των κακοποιημένων γυναικών και η παραπομπή αυτών στις αρμόδιες υπηρεσίες κρίνεται απαραίτητη (Βιβιλάκη και συν., 2008).

#### 1.4.1. Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Δεδομένης της απουσίας επαρκούς νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα, τα εγκλήματα που είχαν διαπραχθεί μεταξύ συγγενών μέχρι το 2006 δεν κατηγορούνταν βάσει ειδικής νομοθεσίας. Όλες αυτές οι υποθέσεις ενέπιπταν στις διατάξεις του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα και δεν έλαβαν το αντάλλαγμα που απαιτούσαν. Δύο χρόνια μετά την διεξαγωγή της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών το 2004 για την εξάλειψη του ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών (UN General Assembly, 2004), το ελληνικό κράτος αντιλήφθηκε την κρισιμότητα του εν λόγω θέματος και

προχώρησε στην λήψη νομικών μέτρων και διαδικασιών, με σκοπό την αποκατάστασης της δικαιοσύνης κατά της ενδοοικογενειακής βίας.

Η παραπάνω πρωτοβουλία οδήγησε στη ψήφιση του Νόμου 3500/2006 για την «αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας», συνιστώντας ουσιαστικά το πρώτο νομοθέτημα στην Ελλάδα, βάσει του οποίου εγκλήματα όπως τραυματισμοί σώματος, απειλές, βιασμοί εξαναγκασμού και σεξουαλική κακοποίηση άρχισαν να τιμωρούνται αυστηρά μέσω των άρθρων 6-9 (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2006). Ειδικότερα, το άρθρο 6 του νόμου 3500, αν και ρύθμιζε το σύνολο των διαφορετικών τύπων σωματικών βλαβών, εντούτοις έκανε αναφορά στις σωματικές βλάβες που είχαν ως αποτέλεσμα το θάνατο του θύματος. Το σοβαρό αυτό έγκλημα ρυθμίστηκε από τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα, βάσει του άρθρου 311, περιεγράφηκε ως σοβαρή σωματική βλάβη που τελικά καταλήγει στο θάνατο του θύματος. Επιπλέον, το άρθρο 9 του Ν. 3500 καθόριζε το αδίκημα της σεξουαλικής κακοποίησης, που αφορούσε κάθε μορφή σεξουαλικής συμπεριφοράς ή σεξουαλικής πράξης, εκτός από σεξουαλική επαφή, με οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας χωρίς τη συγκατάθεσή του. Ωστόσο, , το έγκλημα της σεξουαλικής κακοποίησης σε βάρος ατόμων με αναπηρία, ρυθμίστηκε μέσω του άρθρου 8 παρ. 2 του Ν. 350 (Giovanoglou, 2011).

Από το 2006 έως το 2018, σημειώθηκε καθοριστική πρόοδος στην ελληνική νομοθεσία όσον αφορά τη διαχείριση και την τιμωρία της ενδοοικογενειακής βίας. Συγκεκριμένα, το 2006, η σεξουαλική παρενόχληση και η επίθεση αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα ως ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση και βιασμός, εντός του οικογενειακού πλαισίου αντίστοιχα. Το 2018, το ελληνικό κράτος θέσπισε το Ν.4531/2018, με σκοπό την κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης, σχετικά με την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2011). Συγκεκριμένα, ο νόμος αυτός τροποποίησε το άρθρο 1 του ν. 3500/2006 στο οποίο η συμβίωση παραβατών και θυμάτων ήταν μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την ενεργοποίησή του. Σήμερα, αυτή η απαίτηση έχει καταργηθεί.

Παράλληλα με την εξέλιξη της ελληνικής νομοθεσίας, η Ελληνική Αστυνομία και συγκεκριμένα το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη, υπό το πρίσμα των συμβατικών αρμοδιοτήτων της χώρας ως επίσημου μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προχώρησε σε οργανωτικές μεταρρυθμίσεις, προκειμένου να καταστεί περισσότερο αποτελεσματική. Σε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών της Ελληνικής Αστυνομίας να ανταποκριθούν με τον βέλτιστο δυνατό

τρόπο στην αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, ίδρυσε το 2019 στο Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας στην πρώτη κεντρική υπηρεσία με την ονομασία «Τμήμα Οικογενειακής Βίας». Την ίδια χρονιά ιδρύθηκαν 72 νέα γραφεία σε όλη τη χώρα, ενώ το 2021 ξεκίνησαν να λειτουργούν έξι νέα γραφεία (πέντε στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη (Chatzisyneonidis & Kioskli, 2023).

Με σκοπό την περαιτέρω καταπολέμηση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, το οποίο την τελευταία τριετία λαμβάνει ανεξέλεγκτες διαστάσεις, η ελληνική πολιτεία προχώρησε σε παρεμβάσεις στο ποινικό κώδικα και αντίστοιχα στον κώδικα ποινικής δικονομίας – Ν.5090/2024 (ΦΕΚ Α 30 – 23.02.2024), με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του υφιστάμενου νομοθετικού πλαισίου.

Ενώ, μόλις πριν από ένα μήνα, τέθηκε σε εφαρμογή η Οδηγία 1385/2024 της Ε.Ε με προθεσμία ενσωμάτωσης από τα κράτη μέλη έως τις 14/5/2027, με σκοπό την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών, με διατάξεις που αφορούν την προστασία των θυμάτων και την αποτροπή της θυματοποίησης τους εκ νέου.

Σημαντικό εργαλείο στην πρόληψη και στην καταπολέμηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας συνιστά το «panic button», το οποίο βρίσκεται σε λειτουργία από τον Μάρτιο του 2023, για την ώρα μόνο σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία της ελληνικής αστυνομίας, μέχρι το τέλος του προηγούμενου έτους 915 γυναίκες είχαν εγγραφεί στην εφαρμογή, ενώ εστάλησαν 187 αυτοματοποιημένα μηνύματα από γυναίκες που κινδύνευαν προς τις αρμόδιες αστυνομικές υπηρεσίες.

### 1.5. Επιδημιολογία της ενδοοικογενειακής βίας

Η ενδοοικογενειακή βία συνιστά πλέον ένα σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας. Περίπου 1 στις 3 γυναίκες και 1 στους 10 άνδρες 18 ετών και άνω βιώνουν ενδοοικογενειακή βία. Κάθε χρόνο, η ενδοοικογενειακή βία ευθύνεται για περισσότερους από 1500 θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Harland et al., 2021).

Σύμφωνα με την Γραμματεία του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of the European Union, 2024), 2 στις 10 γυναίκες στην Ευρώπη έχουν υποστεί σωματική ή/και σεξουαλική βία από σύντροφο ή φίλο, 3 στους 10 από συγγενή ή μέλος της οικογένειάς τους, 10 στις 20 γυναίκες έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση, ενώ τουλάχιστον 2 γυναίκες δολοφονούνται καθημερινά από οικείο σύντροφο ή μέλος της



οικογένειάς τους. Εντός αυτού του πλαισίου, στις 8 Μαρτίου του 2022, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε μια νέα οδηγία (COM/2022/105 final) με σκοπό την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας. Μέσω αυτής της οδηγίας επετεύχθη η ποινικοποίηση μιας σειράς αδικημάτων, συμπεριλαμβανομένης της βίας στον κυβερνοχώρο. Ενώ, για τα θύματα εξασφαλίζεται πρόσβαση στην δικαιοσύνη, δικαίωμα διεκδίκησης αποζημίωσης και πρόσβαση σε δωρεάν γραμμές βοήθειας (European Union, 2024).

Παράλληλα, οι ευρωπαίοι πολίτες πιστεύουν σε ποσοστό 85% ότι η ενδοοικογενειακή βία δεν συνιστά ιδιωτικό ζήτημα, το 98% αυτών καταδικάζει την ενδοοικογενειακή βία τόσο κατά των γυναικών όσο και των ανδρών, ενώ πιστεύει σε ποσοστό 88% ότι βία κατά των γυναικών και των ανδρών δεν είναι αποδεκτή και θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να τιμωρείται από τον Νόμο (European Union, 2024).

Ενώ, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission), περισσότερες από 3.000 γυναίκες δολοφονούνται κάθε χρόνο στην Ευρώπη από συντρόφους ή μέλη της οικογένειας και αμέτρητες περισσότερες βλάπτονται και παρενοχλούνται. Η βία κατά των γυναικών και των κοριτσιών αποτελεί απειλή για τη μισή ανθρωπότητα, τόσο εντός όσο και εκτός του διαδικτύου. Επηρεάζει όλες τις γυναίκες και λαμβάνει πολλές μορφές, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, καθώς και οικονομικής κακοποίησης και εκμετάλλευσης (European Union, 2024).

Όσον αφορά την Ελλάδα, όπως προκύπτει από τα αρχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, τα τελευταία χρόνια τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας αυξάνονται διαρκώς, ενώ στην πλειονότητα τους αφορούν τον γυναικείο πληθυσμό της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, το 2020 καταγράφηκαν 5.413 περιστατικά ενώ στις αρχές του 2023 και μέχρι το τέλος του έτους έγιναν 9.860 καταγγελίες για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, από τα οποία 8.409 αφορούσαν γυναίκες. Εντός αυτού του πλαισίου, το 2021 η Ελληνική Αστυνομία προχώρησε στην συγκρότηση των γραφείων ενδοοικογενειακής βίας στα μεγάλα κυρίως αστικά κέντρα και οι γυναίκες αστυνομικοί που υπηρετούν σε αυτά έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση, σχετικά με την διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας (Ελληνική Αστυνομία, 2023).

### 1.5.1. Παράγοντες κινδύνου

Υπάρχουν πολλές θεωρίες (Loue, 2001) αναφορικά με τους λόγους οι οποίοι ωθούν τους ανθρώπους ώστε να κακοποιούν τους άλλους. Οι περισσότερες από αυτές τις θεωρίες εστιάζουν στο ανδρικό φύλο ως κακοποιό, καθώς η αναλογία ανδρών προς γυναίκες υπόπτων είναι περίπου δέκα προς ένα (Kyriacou et al., 2017).

Στις ψυχοδυναμικές θεωρίες, ως πρωταρχική πηγή της εκδήλωσης κακοποιητικής συμπεριφοράς αναφέρονται τα παθολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του δράστη ή/και του θύματος, τα οποία παρουσιάζονται ως το αποτέλεσμα υστερημάτων και καθηλώσεων κατά την ψυχική και νοητική αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, κατά την πρώιμη παιδική του ηλικία. Έχει αποδειχθεί η ύπαρξη θετικής ψυχοπαθολογικής σύνδεσης μεταξύ καθορισμένων διαταραχών και της κακοποιητικής συμπεριφοράς (Μπαχαράκη, 2021-2022, Loue, 2001).

Στις γνωστικές θεωρίες, ως παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης βίας παρουσιάζεται η γνωσιακή ασυμφωνία του θύτη αναφορικά με την εικόνα του εαυτού του ή/και ο τρόπος πραγματοποίησης σκηνών σωματικής επιθετικότητας και σεξουαλικής κυριαρχίας, ως απόρροια των προσωπικών του φαντασιώσεων. Ενώ, στις συμπεριφορικές θεωρίες, η κακοποιητική συμπεριφορά πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα επιβράβευσης ή τιμωρίας του θύτη, σε περίπτωση άσκησης ή αποφυγής της αντίστοιχα. Σε αυτή την περίπτωση ο δράστης αυτό - επιβραβεύεται μέσω της συμπεριφοράς του, τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, κατά την άσκηση καταχρηστικής συμπεριφοράς (Μπαχαράκη, 2021-2022).

Σύμφωνα με την Θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η άσκηση βίαιης ή κακοποιητικής συμπεριφοράς, πηγάζει μέσω της μαθησιακής διαδικασίας και της κοινωνική αλληλεπίδρασης. Συγκεκριμένα, η κακοποιητική συμπεριφορά φαίνεται ότι ταυτίζεται με τις αρνητικές εμπειρίες - βιώματα του ατόμου κατά την παιδική του ηλικία, την οποία αναπαράγει έχοντας ως πρότυπο τους γονείς του, κατά τη ενήλικη ζωή του. Η μεταβολή στη συμπεριφορά ενός ατόμου συντελείται μέσω της παρατήρησης και στη συνέχεια της μίμησης της συμπεριφοράς των άλλων, της συμβολικής σκέψης και της αυτό-καθοδήγησης. Σε αυτή την περίπτωση, ο δράστης τείνει να δικαιολογεί την βίαιη συμπεριφορά του ηθικά και συμπεριφορικά (Μπαχαράκη, 2021-2022, Loue, 2001).

Η Θεωρία της κοινωνικής συναλλαγής αφορά στην Θεωρία της συμπεριφοράς και συγκεκριμένα άπτεται των εννοιών της επιβράβευσης και της τιμωρίας συγκεκριμένων συμπεριφορών. Σε αυτή την περίπτωση, οι διαπροσωπικές σχέσεις πλάθονται δια μέσου της ανάλυσης του κόστους – οφέλους μεταξύ των υποκειμένων και αντίστοιχα των εναλλακτικών που προσφέρονται. Στην περίπτωση της απουσίας οφέλους, οι ισορροπίες ανατρέπονται και χάνεται ή αδρανεί ο κοινωνικός έλεγχος, ο οποίος θέτει όρια και περιορισμούς στην συμπεριφορά του ατόμου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη βίαιων και συνάμα κακοποιητικών συμπεριφορών εντός της οικογένειας και της κοινότητας. Ειδικότερα όταν το σύστημα απονομής δικαιοσύνης δεν λειτουργεί αποτρεπτικά για τους δράστες, δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για την τέλεση τέτοιων πράξεων (Μπαχαράκη, 2021-2022).

Παράλληλα, η Θεωρία των συναισθηματικών δεσμών, επισημαίνει ότι η καλλιέργεια μιας σταθερής και ουσιώδους σχέσης μεταξύ του γονέα και του παιδιού κατά την παιδική του ηλικία, συμβάλλει στην εξελικτική του πορεία έως την ενηλικίωση του. Σε αντίθετη περίπτωση, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών, δυσχερύνει την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων στην ενήλικη ζωή του, οδηγώντας προοδευτικά σε εναντιωματικές και κακοποιητικές συμπεριφορές. Όπως αντίστοιχα, η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, συμβάλλει στην ανάπτυξη συγκρούσεων και ματαιώσεων, οι οποίες οδηγούν συνεπακόλουθα σε πράξεις βίας (Μπαχαράκη, 2021-2022).

#### 1.6. Επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας

Οι επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στην υγεία, εμπεριέχουν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων σωματικής και ψυχικής υγείας, σε άτομα που βιώνουν μια κακοποιητική συμπεριφορά, επιζώντες, αυτουργούς και τα παιδιά τους (Sharma & Borah, 2022). Ωστόσο, τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, καταδεικνύουν ότι τα αποτελέσματα σωματικής και ψυχικής υγείας που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία, διαφοροποιούνται μεταξύ ανδρών και γυναικών (Hayes & Kopp, 2019). Συγκεκριμένα, οι άνδρες που εκτέθηκαν σε βία από στενό σύντροφο, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν εξωτερικευμένα θέματα ψυχικής υγείας όπως π.χ διαταραχές συμπεριφοράς και διαταραχή χρήσης ουσιών (Afifi et al., 2009). Αντίθετα, οι γυναίκες

θύματα ενδοοικογενειακής βίας, αναφέρουν σωματικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Benbow et al., 2018).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις κυμαίνονται από εμπειρίες με άγχος, απογοήτευση, θυμό, μειωμένη κοινωνική λειτουργία έως σοβαρή κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες και τάσεις αυτοκτονίας (Benbow et al., 2018). Αντίθετα, η έκθεση των παιδιών σε κακοποιητικές συμπεριφορές – ενδοοικογενειακή βία, μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικά, συμπεριφορικά, συναισθηματικά και γνωστικά προβλήματα (Hooker et al., 2020). Ενώ, αυτού του είδους τα αποτελέσματα συχνά επιμένουν μέχρι την ενηλικίωση και αυξάνουν την πιθανότητα τα παιδιά θύματα κακοποίησης, να αναπτύξουν αντίστοιχες συμπεριφορές, ή να προβούν σε πράξεις βίας προς τους φίλους, συντρόφους, οικογένεια κ.α. (Montesanti et al., 2023).

Από την άλλη πλευρά, προγενέστερες μελέτες σε άτομα με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας, κατέδειξαν αυξημένη χρήση υγειονομικής περίθαλψης (Arias & Corso, 2005), σύμφωνα με τα αρχεία νοσοκομείων, μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μονάδων ψυχικής υγείας. Οι γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε σωματική και σεξουαλική βία, αποδεδειγμένα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά χρήσης φροντίδας ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν είχαν βιώσει ποτέ κάποιο περιστατικό βίας (Bonomi et al., 2009). Ενώ, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι γυναίκες που υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση, είναι πιθανό να εμφανίσουν εκ νέου προβλήματα αναπαραγωγικής, γαστρεντερικής, καρδιαγγειακής και σεξουαλικής υγείας (Basile et al., 2022).

## **Κεφάλαιο 2. Επαγγελματίες υγείας και ενδοοικογενειακή βία**

### **2.1. Ενδοοικογενειακή βία: ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας**

Η ενδοοικογενειακή βία, όπως επισημάνθηκε εκτενώς στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, αποτελεί ένα σύνθετο και πολύπλοκο φαινόμενο, το οποίο πλήττει σημαντικά την υγεία και την ευημερία των ατόμων σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της συχνής επαφής τους με το κοινό και την πρωτογενή φροντίδα που παρέχουν, βρίσκονται σε μοναδική θέση να μπορούν να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Ο ρόλος τους είναι κρίσιμος, καθώς η πρώτη επαφή με τα θύματα βίας, μπορεί να καθορίσει την μετέπειτα πορεία της

αντιμετώπισης του προβλήματος τους, την έναρξη της θεραπείας και το επίπεδο ψυχολογικής στήριξης που θα λάβουν (Montesanti et al., 2023).

Εντός αυτού του πλαισίου, ως καθοριστικής σημασίας λογίζεται η πρόωρη εκτίμηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από τους επαγγελματίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να έχουν επικριτική αλλά αντίθετα υποστηρικτική στάση απέναντι στα θύματα κακοποίησης, τα οποία τις περισσότερες φορές είναι γυναίκες. Ενώ, οφείλουν να παρέχουν την αναγκαία για τα θύματα πληροφόρηση και καθοδήγηση, ώστε αυτά να λάβουν υποστήριξη από τις υφιστάμενες αρμόδιες υπηρεσίες και δομές (Βιβιλάκη και συν., 2008).

Εντούτοις, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί καθώς αρκετά θύματα ενδοοικογενειακής βίας και κυρίως γυναίκες, με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό προφίλ, συνηθίζουν να αποκρύπτουν επιμελώς το γεγονός της κακοποίησης τους. Ιδιαίτερα αυτά τα άτομα, που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, θα πρέπει να τους δίδεται πρόσβαση από τους επαγγελματίες υγείας, σε ανάλογες για την περίπτωση τους υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ, θα πρέπει να τους παρέχονται κατευθυντήριες οδηγίες, με σκοπό την επαρκή ενημέρωση και υποστήριξη τους, από τις αρμόδιες υπηρεσίες και οργανώσεις για κακοποιημένες γυναίκες, ή θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Βιβιλάκη και συν., 2008).

Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να καταγράφουν στον φάκελο υγείας των ασθενών γυναικών θύματα κακοποίησης, παρατηρήσεις σχετικά με το κοινωνικό ιστορικό τους. Ενώ, για τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας που δεν ομιλούν την ελληνική γλώσσα, θα πρέπει να παρέχεται διερμηνέας, με σκοπό την διευκόλυνση της επικοινωνίας τους με τους επαγγελματίες υγείας, την απομάκρυνση των συντρόφων και συγγενών τους κατά την διάρκεια της συνέντευξης με τους αρμόδιους φορείς και την παραπομπή τους στις κατάλληλες για αυτούς/ αυτές δομές φιλοξενίας (Βιβιλάκη και συν., 2008).

Σε αυτή την περίπτωση, οι μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αναγνωρίζονται ως ένα περιβάλλον, που διαθέτει ένα μοναδικό τρόπο εντοπισμού του κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων για την ενδοοικογενειακή βία, ως σημείο εισόδου στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ένα πρώτο ή μοναδικό σημείο επαφής των οικογενειών με επαγγελματίες, οι οποίοι μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα και υποστήριξη (Bradley et al., 2020).

Αναμφίβολα, οι οικογενειακοί γιατροί και οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές έχουν περισσότερη επαφή με άτομα που πλήττονται από βία και κακοποίηση, σε σχέση με άλλες υπηρεσίες υγείας (Beynon et al., 2012). Ωστόσο, η υφιστάμενη διαθέσιμη βιβλιογραφία, σχετικά με τα εμπόδια στον προ συμπτωματικό έλεγχο και την αξιολόγηση της ενδοοικογενειακής βίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εστιάζει κυρίως σε μεμονωμένα ζητήματα όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ των γενικών ιατρών τόσο στην αναγνώριση της βίας όσο και στην γνώση για την διατύπωση ενός ερωτήματος απευθείας στους ασθενείς (Ramsay et al., 2012), η έλλειψη χρόνου με τον ασθενή και η απουσία εκπαίδευσης ή κατάλληλων δεξιοτήτων σχετικών με το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας (Hudspeth et al., 2022), παρά σε παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα και την οργάνωση, που εμποδίζουν την άμεση ικανότητα του παρόχου να ανταποκριθεί σε ένα περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας (Montesanti et al., 2022).

Επιπρόσθετα, στην διαθέσιμη βιβλιογραφία φαίνεται ότι μελετήθηκαν τα εμπόδια με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ την περίοδο της πανδημίας του Covid-19, κατά τον αξιολογικό έλεγχο περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας σε εικονικά περιβάλλοντα, δεδομένων των περιορισμών που επιβλήθηκαν στις μονάδες υγείας, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση του ιού. Αυτού του είδους οι περιορισμοί διαπιστώθηκε ότι είχαν σημαντικές επιπτώσεις στη σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, στο επίπεδο ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην εμπιστευτικότητα (Montesanti et al., 2022).

Ενώ, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ποια στοιχεία παρέμβασης είναι απαραίτητα για τη διευκόλυνση του προ-συμπτωματικού ελέγχου και της αξιολόγησης των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι ολοκληρωμένες παρεμβάσεις ενδοοικογενειακής βίας που ενσωματώνουν πολλαπλά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης σε επίπεδο ιδρύματος ή συστήματος, υποστήριξης της παραπομπής και εκπαίδευσης των παρόχων, έχει διαπιστωθεί ότι έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στην αύξηση των ποσοστών ελέγχου και αναγνώρισης της οικογενειακής βίας, καθώς στην βελτιωμένη παροχή φροντίδας από τις παρεμβάσεις (O 'Campo et al., 2011).

Από την άμεση αναγνώριση των σωματικών και ψυχολογικών ενδείξεων κακοποίησης μέχρι την κατευθυνόμενη παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης, οι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν μια σειρά από δράσεις που επηρεάζουν άμεσα τη ζωή των θυμάτων. Επομένως, είναι σημαντικό να είναι

εξοπλισμένοι με την απαραίτητη γνώση και εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ένα ασφαλές περιβάλλον, να ενθαρρύνουν την αποκάλυψη της βίας και να διαχειρίζονται τα περιστατικά με ευαισθησία και διακριτικότητα (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Αξίζει να επισημανθεί ότι, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή για την εντοπισμό γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και συγκεκριμένα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, είτε όταν αυτές απευθύνονται σε δομές ΠΦΥ μετά ίσως από έναν πιθανό τραυματισμό ή πρόβλημα στην κύηση τους, ή σε δομές ψυχικής υγείας (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

## 2.2. Εμπόδια και παράγοντες διαμόρφωσης ετοιμότητας επαγγελματιών υγείας

Μολονότι, τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας καταφεύγουν αρκετά συχνά στις δομές υγείας (Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια), προκειμένου να λάβουν υγειονομική φροντίδα, είτε για να ζητήσουν βοήθεια, εντούτοις οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να τους θέσουν ερωτήματα για πιθανή ενδοοικογενειακή βία απευθείας. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα θύματα κακοποίησης να μην αναγνωρίζονται και να μην αντιμετωπίζονται ορθά οι υποκείμενες αιτίες των προβλημάτων υγείας τους (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας σε αρκετές περιπτώσεις ενστερνίζονται την άποψη ότι οι ίδιοι οι πάσχοντες συνιστούν το βασικό εμπόδιο στην παροχή καλύτερης περίθαλψης στο άτομο τους, καθώς δεν κατανοούν ότι συνιστούν μέρος ενός άλλου προβλήματος, δηλαδή μιας κακοποιητικής συμπεριφοράς – άσκηση βίας. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στον βαθμό ικανότητας και προθυμίας των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, λόγω επαγγελματικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, προσωπικών και θεσμικών ζητημάτων, τα οποία περιπλέκουν το ζήτημα της παροχής βοήθειας (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο εμπόδιο στην βέλτιστη διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας από τους επαγγελματίες υγείας είναι η έλλειψη επαρκούς κατάρτισης, η οποία συχνά του αποτρέπει να ζητούν – συμβουλεύουν τα θύματα (είναι κυρίως γυναίκες) να καταθέσουν - μοιραστούν την εμπειρία τους, καθώς οι ίδιοι δεν

αισθάνονται έτοιμοι ή ικανοί να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Δεδομένου ότι, οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετά συχνά την πεποίθηση ότι η βία συνιστά ένα θέμα αυστηρά ιδιωτικό και μπορεί να επιβαρύνουν ψυχολογικά τους ασθενείς με την διατύπωση ερωτήματος για ενδοοικογενειακή βία, αποφεύγουν να ανιχνεύσουν την πιθανή ύπαρξη της. Ωστόσο, έτσι συνεχίζουν να αναπαράγονται σε αρκετά μεγάλο βαθμό οι υφιστάμενες και καλά παγιωμένες κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις, σχετικά με το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Εντός αυτού του πλαισίου, πλήθος οργανισμών που ασχολούνται με την ενδοοικογενειακή βία και την γυναικεία κακοποίηση, υποστηρίζουν ότι ο έλεγχος ρουτίνας (screening) κατά πρόσωπο, θα πρέπει να συνιστά το σημείο εκκίνησης των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να καταστεί δυνατή η ανίχνευση κακοποιητικών συμπεριφορών, η ταυτοποίηση των θυμάτων και η παροχή κατάλληλης φροντίδας – παρέμβαση (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009).

Σε σχετική μελέτη των Hegarty και συνεργατών (2020), διερεύνησαν τους παράγοντες οι οποίοι δύναται να συμβάλλουν στην ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας, για την αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης. Εντός αυτού του πλαισίου διαπιστώθηκε ότι, μεταξύ αυτών ήταν η δέσμευση, η υιοθέτηση μιας προσέγγισης υπεράσπισης, η εμπιστοσύνη στη σχέση, η συνεργασία με μια ομάδα και η υποστήριξη από το σύστημα υγείας – ηγεσία μονάδων υγείας. Ενώ, φαίνεται να μην έχει δοθεί η δέουσα προσοχή στις εσωτερικές πεποιθήσεις και στα συστήματα αξιών των επαγγελματιών, τα οποία θα μπορούσαν να τους παρακινήσουν να αναλάβουν το περίπλοκο έργο του εντοπισμού και της ανταπόκρισης στην ενδοοικογενειακή βία. Σύμφωνα με τους McLindon και συνεργάτες (2018), η δέσμευση μέσω της προσωπικής εμπειρίας αποδεικνύεται, σε μια περίπτωση όπου το προσωπικό του νοσοκομείου παρακολουθώντας εκπαίδευση και παροχή κλινικής πρακτικής υψηλού επιπέδου για θύματα ενδοοικογενειακής βίας, κατάφερε να προσφέρει βοήθεια στον πληθυσμό αυτό, μέσω της ορθής αναγνώρισης και κατεύθυνσης τους στις αρμόδιες υπηρεσίες.



### 2.3. Πρόληψη και αντιμετώπιση

Πλήθος στρατηγικών πρόληψης έχουν υιοθετηθεί σε βάθος χρόνου, έχοντας ένα μικρό όπως διαπιστώνεται ποσοστό επιτυχίας, χωρίς ωστόσο σημαντικές μειώσεις των περιστατικών, όπως αναμενόταν. Η πρωτογενής πρόληψη, σε τομείς όπως η εκπαίδευση, ή οι εκστρατείες δημοσιότητας, αν και συνιστούν μια καλή τακτική, μέχρι στιγμής φαίνεται να στερούνται έμπρακτης υποστήριξης (Phillips et al., 2015).

Στην πραγματικότητα, το πιο σημαντικό εμπόδιο για την αξιολόγηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της ενδοοικογενειακής βίας είναι η έλλειψη κατάλληλων κριτηρίων για τη μέτρηση των επιθυμιών, των προτιμήσεων και των στόχων των γυναικών, εκτός από τις δυνατότητες και τη δύναμή τους. Η δύναμη και η ενδυνάμωση ενός ατόμου επηρεάζει την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους του και να συντονίζει τις ενέργειές του. Συνεπώς, η επιτυχή εφαρμογή μιας παρέμβασης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (Goodman et al., 2015).

Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2017), με σκοπό την μείωση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, κατέδειξε την αναγκαιότητα για: ελαχιστοποίηση της έκθεσης των παιδιών στη βία, βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας μέσω της κατάρτισης, ενίσχυση της οικονομικής στήριξης των οικογενειών, αλλαγή και αμφισβήτηση των κοινωνικών κανόνων που επεκτείνουν την εξουσία των ανδρών στις γυναίκες, την ενδυνάμωση και εκπαίδευση των γυναικών και των παιδιών – κορίτσια, την εξάλειψη των διακρίσεων λόγω φύλου στους τομείς της απασχόλησης και της εκπαίδευσης και την δημιουργία ασφαλών περιβαλλόντων.

Ενώ, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) χρησιμοποιούν ένα κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο τεσσάρων επιπέδων για την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών: ατομικό επίπεδο, επίπεδο σχέσης, επίπεδο κοινότητας και κοινωνικό επίπεδο.

Συνήθως πολιτικές οι οποίες αποβλέπουν στον έγκαιρο εντοπισμό και την υποστήριξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές και εξαρτήσεις από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να συμβάλλουν στην πρόληψη εκδήλωσης κακοποιητικών συμπεριφορών στο στενό οικογενειακό και συντροφικό περιβάλλον. Επιπλέον, παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην εκπαίδευση των γονέων, μέσω κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων, για την ανατροπή κοινωνικών στερεότυπων

που αναπαράγουν πρότυπα συντροφικής βίας δίνουν ελπίδες για τον περιορισμό της (Kiss et al., 2015).

Ενώ, για τους εφήβους, οι ειδικές ηλεκτρονικές πλατφόρμες που έχουν δημιουργηθεί και τα ποικίλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα ενδυνάμωσης της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού, που έχουν σχεδιαστεί, μπορούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους τους και να προάγουν τον σεβασμό προς το γυναικείο φίλο (Draucker, 2020).

Στην Ελλάδα, με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, η Εισαγγελία του Αρείου Πάγου, εξέδωσε σχετική εγκύκλιο με θέμα την εφαρμογή των νέων νομοθετικών ρυθμίσεων και συγκεκριμένα του ν.5090/2024, με ισχύ από την 1η Μαΐου του 2024 (εγκύκλιος ΕισΑΠ 6/2024). Όπως επισημαίνεται στην εγκύκλιο της, οι πρόσφατες και περισσότερο στοχευμένες νομοθετικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και την καταπολέμηση της ενδοοικογενειακής βίας, θέτουν νέες βάσεις τις οποίες οφείλει να βάλει ένα σύγχρονο κράτους δικαίου απέναντι στα θύματα, τόσο σε επίπεδο καταστολής όσο και πρόληψης.

Στον διεθνή χώρο, το έργο το οποίο υλοποιήθηκε στην Κροατία με την ονομασία ««Ζώντας μια ζωή χωρίς βία», στόχευε στους εφήβους, ηλικίας 13-14 ετών, μέσα από διαδραστικά σεμινάρια στο σχολικό περιβάλλον, εννοιολογικά καλλιτεχνικά προγράμματα και διαδραστικές συζητήσεις. Επιπλέον, το έργο περιελάμβανε μια γενική εκστρατεία ευαισθητοποίησης με τη συμμετοχή κορυφαίων τοπικών προσωπικοτήτων της κοινότητας και διάσημων καλλιτεχνών. Ο στόχος του έργου ήταν η δημιουργία ενός διαφορετικού τρόπου σκέψης απέναντι στη βία και την ανοχή, με την ανταλλαγή γνώσεων σχετικά με τις αιτίες και τις συνέπειες της βίας. Ενώ, συζητήθηκαν τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται προληπτικά, για την αντιμετώπιση της βίας ή των αρνητικών περιστατικών. Το έργο εξέταζε επίσης τις διαπροσωπικές σχέσεις μέσα από την προσωπική συμμετοχή για την καταπολέμηση της βίας ώστε να προλαμβάνεται η μετάδοση της βίας από τη μια γενιά στην επόμενη (EUCPN, 2013).

Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το έργο «From Boys to Men», το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Συμβούλιο Οικονομικής και Κοινωνικής Έρευνας (ESRC), επιδίωξε να διερευνήσει τους λόγους οι οποίοι ωθούν ορισμένα αγόρια να γίνονται δράστες ενδοοικογενειακής κακοποίησης, ενώ άλλα όχι. Στόχος της έρευνας ήταν να

διαπιστωθεί τι περισσότερο μπορεί να γίνει, ώστε να μειωθεί προοδευτικά ο αριθμός των νεαρών ανδρών που γίνονται θύτες (EUCPN, 2013).

Αναμφίβολα, στην πρώτη γραμμή για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας βρίσκονται οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι οφείλουν να διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και ικανότητες, για τον εντοπισμό των ασθενών – θυμάτων που έχουν υποστεί κακοποίηση. Θα πρέπει να μπορούν να εκτιμούν ορθά την κατάσταση των θυμάτων μέσω ενδεδειγμένου ελέγχου (screening) και να υλοποιούν πλανά φροντίδας με σεβασμό και διακριτικότητα (Duarte et al., 2015).

Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, ο σχεδιασμός προγραμμάτων με σκοπό την ενημέρωση των γυναικών, οι οποίες έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία, μπορούν να συμμετέχουν ενεργά, με στόχο την αλλαγή του υφιστάμενου κοινωνικού περιβάλλοντος. Παράλληλα, η υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων από τους κοινοτικούς νοσηλευτές, παρουσία των αρμόδιων επισκεπτών υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην παροχή συμβουλών, σε δομές και σπίτια, με στόχο την πρόληψη. Βάσει μελετών έχει διαπιστωθεί ότι, τα θύματα αναπτύσσουν μια θεραπευτική σχέση με τους φροντιστές τους, η οποία βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στον ουσιαστικό διάλογο, βοηθώντας καθοριστικά στην ενδυνάμωση και την βελτίωση της ψυχικής τους υγείας (Jack et al, 2017).

## Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία Έρευνας

### 3.1. Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο», αναφορικά με το μείζον ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας, τον ρόλο που οι ίδιοι μπορούν να διαδραματίσουν στην διαχείριση τέτοιων περιστατικών, αλλά και την προώθηση τους στις κατάλληλες δομές και υπηρεσίες, στον βαθμό στον οποίο το επιτρέπει η υφιστάμενη εκπαίδευση τους.

### 3.2. Αναγκαιότητα μελέτης

Αναμφίβολα, η ενδοοικογενειακή βία συνιστά ένα φαινόμενο το οποίο έχει αρχίσει και λαμβάνει τα τελευταία χρόνια ανησυχητικές διαστάσεις. Πλήθος ερευνών στον διεθνή χώρο, την τελευταία δεκαετία έχουν μελετήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας. Παράλληλα, η επιστημονική κοινότητα προσπάθησε να διερευνήσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Ωστόσο, καμία έρευνα στη συγκεκριμένη Υγειονομική Περιφέρεια, δεν διερεύνησε τον ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας, στην αναγνώριση των περιστατικών βίας και πιο συγκεκριμένα των ασθενών – θυμάτων ενδοοικογενειακής κακοποίησης, κατά την προσέλευση τους στις μονάδες υγείας, για την ζήτηση περίθαλψης, αρκετές φορές με διαφορετική αιτιολογία.

Εντός αυτού του πλαισίου, η παρούσα ερευνητική μελέτη, επιδίωξε να διερευνήσει τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, στην αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, αλλά και στην καθοδήγηση τους για την επικοινωνία με τις αρμόδιες υπηρεσίες.

### 3.3. Ερευνητικά Ερωτήματα

Μέσω της βιβλιογραφικής έρευνας η οποία διενεργήθηκε, τόσο στην διεθνή όσο και στην ελληνική διαθέσιμη βιβλιογραφία, αναδείχθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι αντιλήψεις και τα προσωπικά βιώματα των επαγγελματιών υγείας;
2. Ποιος ο βαθμός κατανόησης του επαγγελματία υγείας της κατάστασης του ασθενή – θύμα κακοποίησης;
3. Έχουν την ικανότητα οι επαγγελματίες υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας;
4. Σε ποιο βαθμό η ύπαρξη ελλειμμάτων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζει τον τρόπο αντιμετώπισης των θυμάτων κακοποίησης;
5. Ποια τα εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα και κατά πόσο η υφιστάμενη οργάνωση των δομών υποστήριξης, είναι κατάλληλη για την φιλοξενία των θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας;
6. Υπάρχει συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα θύματα κακοποίησης;

#### 3.4. Σχεδιασμός έρευνας – ερευνητικά εργαλεία

Όσον αφορά τον σχεδιασμό ο οποίος επιλέχθηκε για την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης έχει ως εξής: Σε πρώτο χρόνο, για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα επαγγελματιών υγείας του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας, διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήματα σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ιδιότητα, τα έτη προϋπηρεσίας και το ωράριο απασχόλησης τους.

Σε δεύτερο χρόνο, για τις ανάγκες της μελέτης επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς των Nicolaidis και συνεργατών (2005). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα για τις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας, από τις ερευνήτριες Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα (2008), τον οποίων ζητήθηκε και δόθηκε η γραπτή συγκατάθεση, για την χρήση του στην παρούσα μελέτη (Παράρτημα Ι).

Μέσω του παραπάνω ερωτηματολογίου, είναι δυνατή η εξέταση έξι διαφορετικών πεδίων. Συγκεκριμένα εξετάζεται: α) η στάση του επαγγελματία υγείας απέναντι στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του,

όπου του ζητείται να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας η διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα που τέθηκε, σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), β) ο βαθμός κατανόησης του επαγγελματία υγείας της κατάστασης του ασθενή – θύμα κακοποίησης, όπου του ζητείται να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας η διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα που τέθηκε, σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), γ) Επαγγελματίες Υγείας και εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), δ) Ικανότητα επαγγελματιών υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια κλίμακα τριών βαθμών τύπου Likert (δηλ. δεν νοιώθω καθόλου σιγουριά, νοιώθω λίγη σιγουριά, νοιώθω πολύ σιγουριά), ε) Διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας σε συνεντεύξεις «παθολογικών» καταστάσεων, όπου ζητείται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας και διαφωνίας, στον οποίο τους εξέφραζε κάθε θέμα σε μια εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (δηλ. ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, σχεδόν πάντα, πάντα, δεν απαντώ), και στ) Διερεύνηση προσωπικών στάσεων και θεραπευτικών απόψεων ως προς την ενδοοικογενειακή βία, όπου υπάρχουν 5 ανοιχτές ερωτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 32 ερωτήματα και δομείται σε τρία μέρη. Περισσότερο αναλυτικά:

Το πρώτο σκέλος του ερωτηματολογίου επιδιώκει την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, των συμμετεχόντων στην έρευνα επαγγελματιών υγείας, του «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας. Το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου, εστιάζει στον ρόλο των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και τις διαδικασίες αξιολόγησης που ακολουθούνται στο Νοσοκομείο για την παραπομπή των θυμάτων στους κατάλληλους φορείς. Ενώ, το τρίτο σκέλος του ερωτηματολογίου, επικεντρώνεται στην ύπαρξη και λειτουργία δομών υποστήριξης για θύματα ενδοοικογενειακής βίας και εξετάζει την συνεργασία αυτών των δομών με τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, προσδιορίζει τη

διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε αυτές τις υποστηρικτικές δομές στην περιοχή, καθώς και την επάρκεια τους να καλύψουν τις ανάγκες των κακοποιημένων ατόμων. Ο δείκτης Cronbach  $\alpha$  υπολογίστηκε σε 0,868 που σημαίνει ότι το ερωτηματολόγιο έχει υψηλή αξιοπιστία.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο «RADAR, αυτό δημιουργήθηκε το 1997 και αναθεωρήθηκε το 2004, στην ιατρική κοινότητα της Μασαχουσέτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ) από την Laurie Crawford, για τις ανάγκες του εκπαιδευτικού προγράμματος «RADAR» (R: Routinely inquire about current and past violence – A: Ask direct questions – D: Document findings – A: Assess safety – R: Review options and referrals / M: Μελέτη ρουτίνας για τωρινή και παρελθοντική βία- Δ: Διατύπωση διαφορετικών ερωτήσεων- E: Ευρήματα- A: Ασφάλεια αξιολόγησης- E: Εκδοχές επανεξέτασης και αναφορές) και αφορά Επαγγελματίες Υγείας που εργάζονται άμεσα ή έμμεσα με άτομα που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία.

### 3.5. Στατιστική Ανάλυση

#### 3.5.1. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων για την έρευνα σχετικά με την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας ενδοοικογενειακή βία στο Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας "Μποδοσάκειο" πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από επαγγελματίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ηλεκτρονικά μέσω email από την ερευνήτρια, εξασφαλίζοντας την άμεση και αποτελεσματική διανομή τους στους εμπλεκόμενους υγειονομικούς.

Αφού ολοκληρώθηκε η συμπλήρωση, τα ερωτηματολόγια επεστράφησαν στην ερευνήτρια, η οποία ανέλαβε την αρχειοθέτηση και την προετοιμασία των δεδομένων για στατιστική ανάλυση. Η διαδικασία περιλάμβανε την κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη μεταφορά τους σε αρχεία Excel για την ευκολία της επεξεργασίας.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο της IBM SPSS v.26.0. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση εστίασε στην καταγραφή συχνοτήτων και ποσοστών, επειδή όλες οι μεταβλητές ήταν κατηγορικές. Στη συνέχεια έγινε επαγωγική στατιστική. Αρχικά, ελέγχθηκε η κανονικότητα των δεδομένων με Kolmogorov Smirnov test. Στην συνέχεια έγινε t-test (σύγκριση 2

μεταβλητών μεταξύ τους) και one way Anova analysis (σύγκριση περισσότερων από 2 μεταβλητών μεταξύ τους) για τις μεταβλητές εκείνες που ακολουθούν κανονική κατανομή και Mann Whitney test (σύγκριση 2 μεταβλητών μεταξύ τους) και Kruskal Wallis (σύγκριση περισσότερων από 2 μεταβλητών μεταξύ τους) για τις μεταβλητές εκείνες που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα της IBM SPSS v. 26.0.

### 3.5.2. Επιλογή δείγματος

Όπως υποστήριξε ο Anderson και οι συνεργάτες (2009), τα δεδομένα μιας δειγματοληπτικής έρευνας αποτελούνται από πληροφορίες και συμβάντα τα οποία συλλέγονται, αναλύονται και μετέπειτα συνοψίζονται με τρόπο κατάλληλο ώστε να μπορέσουν να παρουσιαστούν και αντίστοιχα να ερμηνευτούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Το συνολικό δείγμα θα πρέπει να έχει ένα ικανοποιητικό μέγεθος, δεδομένου ότι η συλλογή ορισμένων δειγμάτων σε αρκετές περιπτώσεις είναι είτε μη εφικτή ή εξαιρετικά πολυδάπανη, καθιστώντας την ανάκτηση της πληροφορίας από τα συγκεκριμένα δείγματα μη επαρκής.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και παραϊατρικό προσωπικό), το «Μποδοσάκειου» Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας στην Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας οι οποίοι ανέρχονται σε 444. Από αυτούς απάντησαν οι 150, ποσοστό ανταπόκρισης 33,78%.

### 3.5.3. Ηθική και δεοντολογία

Αξίζει να επισημανθεί ότι, η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου υπήρξε εθελοντική και τηρήθηκε αυστηρά η ανωνυμία τους. Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα λαμβάνοντας υπόψη τους δεοντολογικούς κανόνες (συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση), χωρίς να υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για τους συμμετέχοντες είτε για το Νοσοκομείο. Ενώ, για την διεξαγωγή της έρευνας, ζητήθηκε και δόθηκε η έγγραφη συγκατάθεση του Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου (Παράρτημα II).



#### 3.5.4. Περιορισμοί

Κατά την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης, δεν προέκυψαν σημαντικά εμπόδια και περιορισμοί όσον αφορά την συμμετοχή και την συλλογή των αναγκαίων δεδομένων. Ωστόσο, ο μοναδικός περιορισμός που εντοπίζεται, είναι πιθανά το μικρό δείγμα συμμετεχόντων. Δεδομένου του χρονικού περιορισμού για την υλοποίησης της μελέτης, στην έρευνα δεν συμμετείχαν οι επαγγελματίες υγείας των υπολοίπων δομών υγείας της Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας, ώστε να υπάρχει μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα, αναφορικά με τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας.

## Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα Έρευνας

### 4.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες (79,3%), ηλικίας 46-55 ετών (42,7%), έγγαμοι (66,7%), απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (49,3%), νοσηλευτικό προσωπικό (53,3%), είχαν προϋπηρεσία πάνω από 20 έτη (42%) και εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο (70%). Τα δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1.

**Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα συμμετεχόντων**

Μεταβλητή		N	%
Φύλο	Άρρεν	31	20,7
	<b>Θήλυ</b>	<b>119</b>	<b>79,3</b>
Ηλικία, έτη	18-25	1	0,7
	26-32	13	8,7
	33-45	46	30,7
	<b>46-55</b>	<b>64</b>	<b>42,7</b>
	56-67	25	16,7
	Άνω των 68	1	0,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	30	20,0
	<b>Έγγαμος -η</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>
	Διαζευγμένος -η	16	10,7
	Χήρος -α	4	2,7
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος / η Λυκείου	10	6,7
	Απόφοιτος / η ΙΕΚ	27	18,0
	<b>Απόφοιτος / η ΑΕΙ – ΤΕΙ</b>	<b>74</b>	<b>49,3</b>

	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	35	23,3
	Κάτοχος Διδακτορικού	4	2,7
Επαγγελματική ιδιότητα / θέση	Βοηθητικό προσωπικό	22	14,7
	<b>Νοσηλευτικό προσωπικό</b>	<b>80</b>	<b>53,3</b>
	Προϊστάμενος – η	8	5,3
	Ιατρικό προσωπικό	20	13,3
	Διευθυντής κλινικής / τμήματος	5	3,3
	Εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό	15	10,0
Έτη προϋπηρεσίας	0-5 έτη	20	13,3
	6-10 έτη	18	12,0
	11-15 έτη	23	15,3
	16-20 έτη	26	17,3
	<b>Πάνω από 20 έτη</b>	<b>63</b>	<b>42,0</b>
Κυκλικό Ωράριο	<b>Ναι</b>	<b>105</b>	<b>70,0</b>
	Όχι	45	30,0

#### 4.2 Ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενδοοικογενειακή βία

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας υποστήριξαν ότι κάποιες φορές μπορούν να αναγνωρίσουν ένα περιστατικό βίας κατά των γυναικών (61,3%) και ένας στους τρεις περίπου μπορούν να το αναγνωρίσουν σχεδόν πάντα ή πάντα (34%). Ακόμη, οι μισοί περίπου συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι η κακοποίηση μόνο «Κάποιες φορές» μπορεί να συνιστά αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων (48%), ενώ το 37,3% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η κακοποίηση «Σχεδόν πάντα» συνιστά αιτία άλλων ιατρικών ζητημάτων που αντιμετωπίζει το θύμα (πίνακας 4.2).

**Πίνακας 4.2.** Ικανότητα αναγνώρισης επαγγελματιών υγείας των περιστατικών βίας

	<b>Ποτέ</b>	<b>Σχεδόν Ποτέ</b>	<b>Κάποιες Φορές</b>	<b>Σχεδόν Πάντα</b>	<b>Πάντα</b>
Ικανότητα αναγνώρισης περιστατικού βίας	2 1,3%	5 3,3%	92 61,3%	45 30%	6 4%
Κακοποίηση ως αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων	5 3,3%	7 4,7%	72 48%	56 37,3%	10 6,7%

Επιπλέον, μέσω των απαντήσεων που δόθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους, φαίνεται ότι διατηρούν μια ουδέτερη και επιφυλακτική στάση, αναφορικά με το αν γνωρίζουν πως θα πρέπει να ενεργήσουν, κατά την επαφή τους με θύμα κακοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι «Ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν» σε ποσοστό 43,3%, ότι γνωρίζουν ακριβώς στις ενέργειες στις οποίες θα πρέπει να προβούν, όταν έρθουν σε επαφή στο Νοσοκομείο με θύμα κακοποίησης. Δηλαδή, δεν έχουν καθαρή άποψη για το αν γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν όταν έρχονται σε επαφή με ένα θύμα κακοποίησης. Γεγονός το οποίο υποδηλώνει την ύπαρξη ενός σημαντικού ποσοστού αβεβαιότητας μεταξύ των επαγγελματιών, το οποίο μπορεί να αποδοθεί είτε σε ελλιπή εκπαίδευση ή εμπειρία, σχετικά με την ορθή διαχείριση τέτοιων καταστάσεων. Αντίθετα, το 38% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, δήλωσε σίγουρο για το πως ακριβώς πρέπει να ενεργήσει (Πίνακας 4.3).

Οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας υποστήριξαν κατά το ήμισυ (50.67%) ότι, «Διαφωνούν απόλυτα» με την άποψη ότι, η αναγνώριση των θυμάτων κακοποίησης δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητές τους και το 18% απλά «Διαφωνεί». Το γεγονός αυτό καταδεικνύει σε κάθε περίπτωση το υψηλό αίσθημα ευθύνης που διακατέχει τους επαγγελματίες υγείας απέναντι στον συνάνθρωπο και πολύ περισσότερο για τα θύματα – γυναίκες ενδοοικογενειακής βίας. Ενώ, το 6,7% αυτών φαίνεται να «Συμφωνεί» ότι δεν είναι αρμοδιότητα τους η αναγνώριση των θυμάτων κακοποίησης (Πίνακας 4.3).

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν την άποψη στην πλειοψηφία τους (42,7%) ότι, στο εργασιακό τους περιβάλλον επικρατεί μια ουδέτερη στάση αναφορικά με την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης, καθώς ούτε

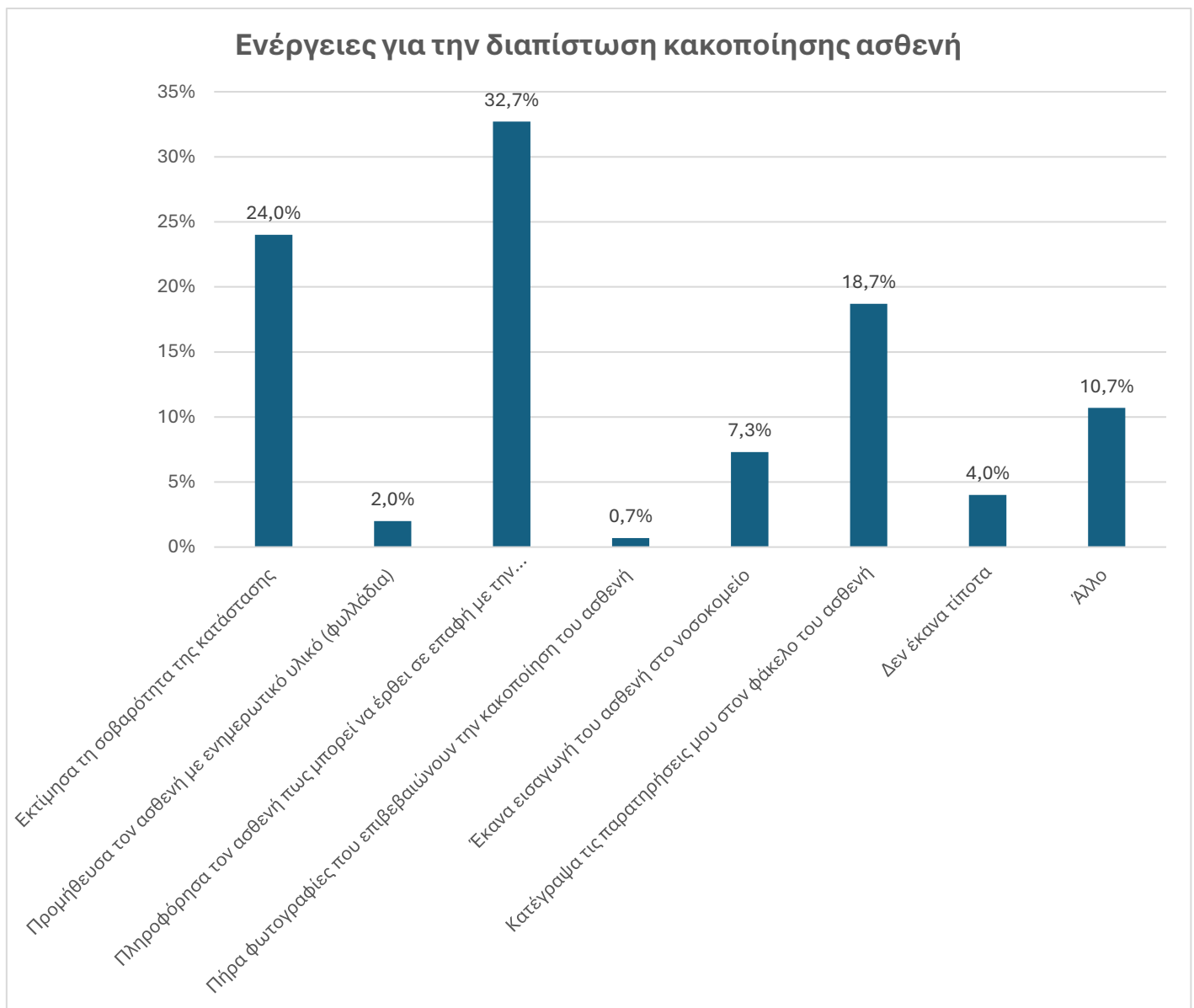
ενθαρρύνονται ούτε αποτρέπονται από το λοιπό προσωπικό ή την ηγεσία. Ενώ, το ένα τρίτο αυτών (35%) δήλωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν λαμβάνουν την αναγκαία για αυτούς υποστήριξη, σχετικά με την διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Μόνο το 15,3% των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας, δήλωσε ότι λαμβάνουν υποστήριξη για την διαχείριση περιστατικών κακοποίησης (Πίνακας 4.3).

Αναμφίβολα, η συνεχής εκπαίδευση / επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την απόκτηση γνώσεων για την βέλτιστη για την αναγνώσιμή και διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, εντός των μονάδων υγείας, θεωρείται σχεδόν επιβεβλημένη στις μέρες μας. Εντός αυτού του πλαισίου, οι συμμετέχοντες υποστήριξαν στην πλειοψηφία τους (38,7%) ότι, «Δεν συμφωνούν» ότι τους γίνεται σχετική εκπαίδευση και ενημέρωση, για το πώς θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να βοηθούν σωστά τα θύματα κακοποίησης. Το 26,7% των ερωτώμενων «Ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί» με την παραπάνω άποψη, ενώ το 12,7% συμφωνεί ότι λαμβάνουν την αναγκαία για αυτούς εκπαίδευση και ενημέρωση (Πίνακας 4.3).

**Πίνακας 4.3.** Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση των περιστατικών βίας

	<b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
Γνώση των ενεργειών στις οποίες θα πρέπει να προβεί	21 14%	-	65 43,3%	57 38%	7 4,7%
Αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας, αναγνώριση θυμάτων κακοποίησης	76 50,7%	27 18%	35 23,3%	10 6,7%	2 1,3%
Υποστήριξη για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης	53 35,3%	6 4%	64 42,7%	23 15,3%	4 2,7%
Εκπαίδευση και ενημέρωση για την αναγνώριση θυμάτων κακοποίησης	58 38,7%	29 19,3%	40 26,7%	19 12,7%	4 2,7%

Οι επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου που συμμετείχαν στην έρευνα, υποστήριξαν σε ποσοστό 32,7% ότι όταν κατά την διάρκεια της εργασίας τους, όταν διαπίστωσαν ότι ο ασθενής που προσήλθε ήταν πιθανά θύμα κακοποίησης, φρόντισαν να του παρέχουν πληροφόρηση για το πως μπορεί ο ίδιος/ίδια να έρθει σε επαφή με την αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία σε τοπικό επίπεδο, ή τις υπηρεσίες αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης. Ενώ, το 24% των επαγγελματιών υγείας, επιδίωξε σε πρώτο χρόνο να εκτιμήσει την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή και το 18,7% να καταγράψει τις παρατηρήσεις του στον φάκελο / καρτέλα υγείας ασθενή. Αντίθετα, το 4% αυτών, δεν προέβη σε καμία κίνηση, δείχνοντας αδιαφορία (Σχήμα 4.1).



**Σχήμα 4.1.** Ενέργειες για την διαπίστωση κακοποίησης ασθενή

Αναφορικά με τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν στην πλειονότητα τους (30,7%) ότι, «Δεν συμφωνούν» με την άποψη πως μεταξύ των καθηκόντων τους θα πρέπει να είναι ο έλεγχος των γυναικών ασθενών για ενδοοικογενειακή βία, σε κάθε επίσκεψη ρουτίνας για την πρόοδο της υγείας τους. Ενώ, με επιφύλαξη υποστήριξαν ότι, θα πρέπει να ελέγχουν το σύνολο των ασθενών με χρόνιο πόνο, σχετικά με την πιθανότητα να υφίστανται ενδοοικογενειακή βία (Πίνακας 4.4).

Αντίθετα, οι ίδιοι συμφωνούν στην πλειοψηφία τους (42%) ότι θα πρέπει να ρωτάνε τον ασθενή ενδελεχώς για την πιθανότητα ύπαρξης ενδοοικογενειακής βίας, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει ο ίδιος κατά την προσέλευση του στο Νοσοκομείο (Πίνακας 4.4).

Ενώ, οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας παρουσιάζονται διστακτικοί (38% ούτε συμφωνεί / ούτε διαφωνεί), είτε «Διαφωνούν απόλυτα» (33,3%), με την άποψη για το αν θα πρέπει κατά την διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων τους, να ρωτάνε τους ασθενείς συστηματικά σε κάθε επίσκεψη, για την πιθανή εκδήλωση βίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Σε αυτή την περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας φοβούνται μήπως χωρίς να το επιδιώκουν πιέσουν υπέρμετρα τους ασθενείς συναισθηματικά ή ψυχολογικά και επιφέρουν αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Πίνακας 4.4).

Αντίθετα, σε ποσοστό 37,3% οι επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου έρευνας, «Συμφωνούν» με την άποψη ότι θα πρέπει να μεριμνούν άμεσα για την παροχή καταφυγίου σε κακοποιημένα άτομα, είτε την φιλοξενία τους σε ξενώνα φροντίδας, αν αυτό αποκαλυφθεί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την ύπαρξη ενός ισχυρού αισθήματος κοινωνικής ευθύνης και αφοσίωσης από τους επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, καθώς και υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Ενώ, αυτή η δήλωση τους πιστεύεται ότι αντανακλά την επιθυμία για ενεργό συμμετοχή στην προστασία και υποστήριξη των θυμάτων κακοποίησης (Πίνακας 4.4).

Επίσης, οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 38,7% «Συμφωνούν απόλυτα» και αντίστοιχα «Συμφωνούν» (34,7%) με την άποψη ότι, μεταξύ των καθηκόντων / αρμοδιοτήτων τους είναι η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ενημερώνοντας τα ότι η βίαιη

συμπεριφορά του συντρόφου τους δεν θα πρέπει να συνιστά αποδεκτή πράξη από τους ίδιους. Ενώ, στην πλειονότητα τους οι επαγγελματίες υγείας «Συμφωνούν απόλυτα» (43,3%) και «Συμφωνούν» (39,3%) με την άποψη ότι, θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς θύματα βίας, σχετικά με τις επιπτώσεις αυτών των συμπεριφορών στην ψυχική τους υγεία μακροπρόθεσμα (Πίνακας 4.4).

Αναμφίβολα, θα ήταν επωφελής η παρακολούθηση της πορείας των ασθενών – θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας από κάποιους επαγγελματίες υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι ερωτώμενοι επαγγελματίες υγείας, φαίνεται ότι «Συμφωνούν» σε ποσοστό 34,7% ότι, μεταξύ των καθηκόντων τους είναι η παρακολούθηση της πορείας του ασθενή, μετά την παραπομπή του σε σχετικό φορέα, δείχνοντας μια δέσμευση για συνεχιζόμενη φροντίδα και υποστήριξη των ασθενών τους (Πίνακας 4.4).

Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (25,3%) των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, φαίνεται πως δεν μπορεί να τοποθετηθεί σαφώς για το αν συμφωνεί ή διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, πιθανόν λόγω αβεβαιότητας για το ρόλο τους σε αυτού του είδους τις καταστάσεις, είτε λόγω ανησυχιών σχετικά με τις πρακτικές δυσκολίες της εφαρμογής τέτοιας παρακολούθησης. Ενώ, μόνο το 20.0% αυτών διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, καθώς μπορεί να αισθάνονται ότι τέτοιες υποχρεώσεις εκτείνονται πέρα από τις βασικές τους αρμοδιότητες και απαιτούν επιπλέον πόρους ή εκπαίδευση (Πίνακας 4.4).

Προς την ίδια κατεύθυνση, οι ερωτώμενοι επαγγελματίες υγείας, δήλωσαν ότι «Συμφωνούν απόλυτα» στην πλειονότητα τους (40,7%) και αντίστοιχα «Συμφωνούν» (30%) ότι, εμπεριέχεται στα βασικά τους καθήκοντα, η ενημέρωση των ασθενών – θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, για την αναγκαιότητα να επιδιώκουν να αποχωρούν από μια κακοποιητική σχέση, που είναι απ' όλες τα πλευρές επιβλαβής (Πίνακας 4.4).



**Πίνακας 4.4.** Απόψεις επαγγελματιών υγείας για τα καθήκοντά τους αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία

	<b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
Καθήκοντα επαγγελματιών υγείας – συνεχής έλεγχος ασθενών	46 30,7%	14 9,3%	42 28%	31 20,7%	17 11,3%
Έλεγχος ασθενών με χρόνιο πόνο για ενδοοικογενειακή βία	32 21,3%	9 6%	52 34,7%	42 28%	15 10%
Διατύπωση ερωτήματος για ενδοοικογενειακή βία στον ασθενή	22 14,7%	8 5,3%	31 20,7%	63 42%	26 17,3%
Διατύπωση ερωτήματος για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη	50 33,3%	19 12,7%	57 38%	15 10%	9 6%
Μέριμνα για τους ασθενείς – θύματα κακοποίησης	10 6,7%	5 3,3%	39 26%	56 37,3%	40 26,7%
Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας	8 5,3%	6 4%	26 17,3%	52 34,7%	58 38,7%
Παροχή ενημέρωσης για τις επιπτώσεις της βίας στην ψυχική υγεία	5 3,3%	7 4,7%	14 9,3%	59 39,3%	65 43,3%
Παρακολούθηση της εξέλιξης του ασθενή – θύμα κακοποίησης	24 16%	6 4%	38 25,3%	52 34,7%	30 20%
Ενημέρωση ασθενών – θύματα ενδοοικογενειακής βίας	9 6%	7 4,7%	28 18,7%	45 30%	61 40,7%

Στην συνέχεια της έρευνας, οι ερευνητές εξέλαβαν ως δεδομένο ότι, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν περισσότερο εύκολα να κατανοήσουν τις επιλογές κάποιων ασθενών. Εντός αυτού του πλαισίου, κλήθηκαν να απαντήσουν για το πόσο εύκολο ή δύσκολο θα ήταν για τους ίδιους, να κατανοήσουν την απόφαση ενός / μιας ασθενή / ασθενούς, η οποία θα επέλεγε να παραμείνει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία, λαμβάνοντας υπόψη έναν συγκεκριμένο τύπο ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση μιας γυναίκας – ασθενούς, με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο, που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφο της, οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους (30%) υποστήριξαν ότι θα τους ήταν «Εύκολο» να κατανοήσουν την επιλογή της, να παραμείνει σε αυτή την σχέση, λόγω αδυναμίας της ίδιας να σταθεί στα πόδια της. Ωστόσο, το 20,7% των ερωτώμενων υποστήριξε ότι θα τους ήταν «Δύσκολο» και αντίστοιχα «Πολύ δύσκολο» για το 20% αυτών, να κατανοήσει την επιλογή της γυναίκας αυτής, πιθανά με το σκεπτικό ότι υπάρχουν δομές φιλοξενίας ή αρμόδιοι φορείς, με τους οποίους θα μπορούσε να επικοινωνήσει, ώστε να λάβει την αναγκαία για αυτήν υποστήριξη, χωρίς να χρειάζεται να υπομένει την βίαιη συμπεριφορά του συντρόφου της (Πίνακας 4.5).

Στον αντίποδα, οι επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου, υποστήριξαν ότι θα τους ήταν «Πολύ δύσκολο» σε ποσοστό 32,7%, να κατανοήσουν την επιλογή μιας γυναίκας με καλό μορφωτικό επίπεδο, μεσαίας οικονομικής τάξης και μητέρας δύο παιδιών, να παραμείνει σε μια κακοποιητική σχέση, με γνώμονα ότι προέχει η ασφάλεια των παιδιών και η προστασία της ψυχικής τους υγείας. Παράλληλα, το 26% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας δήλωσε ότι «Δεν ξέρει», τους λόγους οι οποίοι δύναται να οδηγήσουν μια γυναίκα αυτής της τάξης, να επιλέγει να παραμείνει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία. Όπως αντίστοιχα στο 22,7% των συμμετεχόντων του είναι «Δύσκολο» να κατανοήσει την επιλογή αυτή της γυναίκας (Πίνακας 4.5).

Αντίστοιχα, η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας της έρευνας (35,3%) υποστήριξε ότι τους είναι «Δύσκολο» και «Πολύ δύσκολο» (32%) να κατανοήσουν, τους λόγους που ένας άγαμος ή μια άγαμη επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα, επιλέγουν να παραμείνουν σε μια κακοποιητική σχέση. Ενώ, «Δεν ξέρει» τους λόγους το 16% των συμμετεχόντων. Αντίθετα, Ενώ, μπορεί να κατανοήσει τους λόγους παραμονής «Εύκολα» το 15,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα (Πίνακας 4.5).

Όμοια, «Δύσκολο» είναι για το 30% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, να κατανοήσει και «Πολύ δύσκολα» για το 29,3% αυτών, τους λόγους παραμονής ενός ή μιας μορφωμένου/νης ομοφυλόφιλου/ης, σε μια κακοποιητική για αυτούς σχέση (Πίνακας 4.5).

Ωστόσο, έκπληξη προκαλεί η στάση των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, καθώς φαίνεται πως δεν μπορούν να κατανοήσουν σε ποσοστό 24,7%, του λόγους που μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη, επιλέγει να παραμείνει σε μια κακοποιητική σχέση. Εύκολα αλλά και δύσκολα μπορεί να κατανοήσει αυτή την στάση το 23,3% των συμμετεχόντων. Ενώ, μόνο το 8% αυτών φαίνεται ότι μπορεί «Πολύ εύκολα» να κατανοήσει τους λόγους (Πίνακας 4.5).

Πραγματικά είναι «Πολύ δύσκολο» για την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου, να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους, ένας έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα, επιλέγει να παραμείνει σε μια βίαιη σχέση. Ενώ, «Δύσκολα» μπορεί να κατανοηθεί μια τέτοια απόφαση από το 26,7%) των ερωτώμενων. Δεν ξέρει και δεν απαντάει το 20% των ερωτώμενων, σε αντίθεση με το 14,7% των επαγγελματιών υγείας, που δηλώνει πως «Εύκολα» μπορεί να κατανοήσει τους πιθανούς λόγους παραμονής (Πίνακας 4.5).

Όμοια, έκπληξη προκαλεί η απάντηση των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, οι οποίοι σε ποσοστό 25,3%, δεν φαίνεται να κατανοούν, είτε τους είναι δύσκολο να αντιληφθούν (21,3%) τους λόγους για τους οποίους μια γυναίκα ασθενής, η οποία αντιμετωπίζει σοβαρές σωματικές αναπηρίες, επιλέγει να παραμείνει σε μια σχέση με βία. Αντίθετα, το 21,3% κατανοεί εύκολα την δύσκολη θέση στην οποία βρίσκεται η συγκεκριμένη γυναίκα (Πίνακας 4.5).

Όμοια, στην περίπτωση ενός άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες, οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 23,3%, δεν φαίνεται ότι μπορούν να κατανοήσουν είτε δεν γνωρίζουν τους πραγματικούς λόγους, οι οποίοι οδηγούν αυτόν τον άνθρωπο να παραμένει σε μια σχέση η οποία εμπεριέχει βία και μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω τόσο την ψυχολογική όσο και την σωματική του κατάσταση (Πίνακας 4.5).

**Πίνακας 4.5.** Στάσεις επαγγελματιών υγείας για θέματα ενδοοικογενειακής βίας

	<b>Πολύ Δύσκολο</b>	<b>Δύσκολο</b>	<b>Δεν ξέρω Δεν απαντώ</b>	<b>Εύκολο</b>	<b>Πολύ Εύκολο</b>
Γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο	31 20,7%	30 20%	29 19,3%	45 30%	15 10%
Μορφωμένη γυναίκα μεσαίας τάξης, μητέρα δύο παιδιών	49 32,7%	34 22,7%	39 26%	20 13,3%	8 5,3%
Άγαμος/μη επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα	48 32%	53 35,3%	24 16%	23 15,3%	2 1,3%
Ένας/ Μια μορφωμένος/νη ομοφυλόφιλος	44 29,3%	45 30%	39 26%	16 10,7%	6 4%
Μια γυναίκα με σοβαρή κατάθλιψη	35 23,3%	30 20%	37 24,7%	35 23,3%	13 8,7%
Έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα	51 34%	40 26,7%	30 20%	22 14,7%	7 4,7%
Γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες	32 21,3%	31 20,7%	38 25,3%	32 21,3%	17 11,3%
Άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες	33 22%	34 22,7%	35 23,3%	33 22%	15 10%

Από την άλλη πλευρά, είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια όταν πρέπει να διερευνήσουν ή να παράσχουν φροντίδα σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί. Εντός αυτού του πλαισίου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επαγγελματίες υγείας, κλήθηκαν να διατυπώσουν την άποψη τους για μια σειρά ερωτήσεων, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σύμφωνα με την υφιστάμενη εκπαίδευση και εμπειρία τους.

Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα υποστήριξαν ότι, διαφωνούν απόλυτα στην πλειοψηφία τους (32,7%) με την άποψη ότι, δεν έχουν αρκετό χρόνο για να διερευνήσουν τους ασθενείς, για ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας. Σε αντίθεση με το 26,7% που διατηρεί μια ουδέτερη στάση, αποφεύγοντας να απαντήσει ή δηλώνοντας άγνοια (Πίνακας 4.6).

Οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, φαίνεται ότι «Διαφωνούν απόλυτα» στην πλειονότητα τους (34%), με την άποψη ότι, φοβούνται πως θα προσβάλουν τον ασθενή – θύμα βίας, αν τον ρωτήσουν σχετικά με την ύπαρξη ζητήματος ενδοοικογενειακής βίας. μπορεί να τον προσβάλλει. Ενώ, συμφωνεί το 29,3% των συμμετεχόντων, πως μια τέτοια ερώτηση είναι προσβλητική για τον ασθενή (Πίνακας 4.6).

Επίσης, «Διαφωνούν απόλυτα» οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 29,3% με την άποψη ότι, είναι δύσκολα να απομονώσουν έναν/μία ασθενή που συνοδεύεται από τον/την σύντροφο του/της, ώστε να διερευνηθεί η περίπτωση κακοποιητικής συμπεριφοράς προς το άτομο του. Ωστόσο, αντίθετη άποψη φαίνεται πως έχει το 26,7% αυτών, καθώς «Συμφωνεί» ότι είναι δύσκολη η απομόνωση του ασθενή και η διατύπωση ερωτημάτων χωρίς την παρουσία του/της συντρόφου, σχετικά με την εκδήλωση κακοποιητικής συμπεριφοράς. Ενώ, ουδέτερη στάση διατηρεί το 27,3% των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 4.6).

Σε καμία περίπτωση δεν φαίνεται να συμφωνούν οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας στην πλειοψηφία τους (47,3%) με την άποψη ότι, μια θετική μαρτυρία ασθενούς για ενδοοικογενειακή βία θα δαπανήσει πολύ από τον διαθέσιμο χρόνο τους, για την παροχή φροντίδας υγείας προς τους άλλους ασθενείς του νοσοκομείου (Πίνακας 4.6).

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών της έρευνας (42%) δεν φαίνεται να συμφωνεί με την άποψη πως, πως δεν αισθάνονται ικανοί να βοηθήσουν μια / έναν ασθενή που βρίσκεται σε μια σχέση κακοποίησης (Πίνακας 4.6).

Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν με την άποψη ότι οι ασθενείς που κακοποιούνται δεν μπορούν να αλλάξουν εύκολα την κατάσταση που βιώνουν (37%) (Πίνακας 4.37) και σε καμία περίπτωση η προσφορά βοήθειας προς τους ασθενείς - θύματα που παραμένουν σε μια κακοποιητική σχέση δεν είναι σπατάλη χρόνου (46%) (Πίνακας 4.38). Δηλαδή, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η παροχή κατάλληλης βοήθειας προς τους ασθενείς – θύματα είναι υποχρέωση τους και

θα μπορούσε να συμβάλει στην αναγνώριση της κατάστασης την οποία βιώνουν και στην καθοδήγηση τους προς την αναζήτηση βοήθειας (Πίνακας 4.6).

Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους και συγκεκριμένα σε ποσοστό 34%, εμφανίζονται διστακτικοί, όσον αφορά τις γνώσεις και τα μέσα που διαθέτουν, για την διαχείριση ενός ασθενούς που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται. Το 31% των συμμετεχόντων διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, σε αντίθεση με το 16% που συμφωνεί (Πίνακας 4.6).

Διαφωνεί απόλυτα το 46% των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας με την άποψη ότι, δε υπάρχει η κατάλληλη υπηρεσία ή οργανισμός για να κατευθύνει έναν / μια ασθενή θύμα κακοποίησης, όπως αντίστοιχα με την άποψη (43%) ότι τους ενδιαφέρει περισσότερο η κατάσταση τη υγείας των ασθενών και λιγότερο τα προσωπικά τους ζητήματα (Πίνακας 4.6).

**Πίνακας 4.6.** Εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Έλλειψη επαρκούς χρόνου για διερεύνηση ασθενών για βία	49 32,7%	18 12%	40 26,7%	35 23,3%	8 5,3%
Φόβος για προσβολή ασθενούς κατά την διατύπωση ερωτήματος	51 34%	15 10%	37 24,7%	44 29,3%	3 2%
Δυσκολία στην απομόνωση του / της ασθενούς	44 29,3%	18 12%	41 27,3%	40 26,7%	7 4,7%
Δαπάνη πολύτιμου χρόνου σε περίπτωση μαρτυρίας	70 46,7%	32 21,3%	36 24%	9 6%	3 2%
Αίσθημα παροχής βοήθειας ασθενούς θύμα βίας	63	26	41	15	5

	42%	17,3%	27,3%	10%	3,3%
	<b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
Αλλαγή κατάστασης ασθενούς θύμα κακοποίησης	56 37,3%	22 14,7%	38 25,3%	32 21,3%	2 1,3%
Σπατάλη χρόνου, η παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς – θύματα βίας	69 46%	38 25,3%	29 19,3%	13 8,7%	1 0,7%
Μέσα και γνώση για την διαχείριση μαρτυρίας θύματος κακοποίησης	47 31,3%	18 12%	51 34%	24 16%	10 6,7%
Μη ύπαρξη υπηρεσίας για την παραπομπή ασθενή – θύμα βίας	69 46%	30 20%	31 20,7%	18 12%	2 1,3%
Ενδιαφέρον κυρίως για την υγείας και όχι τα προσωπικά ζητήματα	65 43,3%	30 20%	39 26%	14 9,3%	2 1,3%

Στην συνέχεια, οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, κλήθηκαν να δηλώσουν την άποψη τους σχετικά με το πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, ρωτήσανε έναν ασθενή για ενδοοικογενειακή βία, όταν παρατήρησαν κάποια από μια σειρά καταστάσεων. Διαπιστώθηκε ότι το 58% των επαγγελματιών υγείας δεν κλήθηκε να αντιμετωπίσει κάποιο ασθενή – θύμα ενδοοικογενειακής βίας, όταν παρατήρησε κάποιον τραυματισμό, ενώ το 15% αυτών μόνο κάποιες φορές χρειάστηκε να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση και να ρωτήσει σχετικά με την ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας (Πίνακας 4.7).

Αντίστοιχα, δεν χρειάστηκε να ρωτήσει κάποιον ασθενή για την ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας το 61,3% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, όταν παρατήρησαν έναν ασθενή με χρόνιο πυελικό άλγος, ή σχεδόν ποτέ το 14% αυτών. Δεν χρειάστηκε να απευθύνει κάποιο ερώτημα το 57,3% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, κατά την ύπαρξη ασθενούς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, σε ασθενή με

πονοκέφαλο το 54%, ασθενή με κατάθλιψη ή ανησυχία (54,7%) παρά μόνο κάποιες φορές το 14%, είτε με ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών (61,3%) (Πίνακας 4.7).

Ενώ, δεν χρειάστηκε να ρωτήσει το 58% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας ασθενή για ενδοοικογενειακή βία τον τελευταίο μήνα πριν την διεξαγωγή της έρευνας, σε κάποια εξέταση ρουτίνας (check-up) και ποτέ δεν ρώτησε όπως δήλωσε το 16,7%. Αντίστοιχα, το 61,3% των ερωτώμενων της έρευνας, δεν χρειάστηκε να διατυπώσει ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη ενδοοικογενειακής έρευνας, σε κάποιον ασθενή κατά την διάρκεια προγεννητικού ελέγχου (Πίνακας 4.7). Σύμφωνα με την υφιστάμενη βιβλιογραφία κατά την διενέργεια αυτών των δύο παραπάνω εξετάσεων, είναι πιο εύκολο να διαπιστωθεί από τους επαγγελματίες υγείας η ύπαρξη ενδοοικογενειακής κακοποίησης.

**Πίνακας 4.7.** Εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας για περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας

	<b>Ποτέ</b>	<b>Σχεδόν ποτέ</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Σχεδόν Πάντα</b>	<b>Πάντα</b>	<b>Δεν απαντώ</b>
Τραυματισμοί (μώλωπες, αμυχές, κ.α.)	15 10%	13 8,7%	23 15,3%	7 4,7%	5 3,3%	87 58%
Χρόνιο πυελικό άλγος	17 11,3%	21 14%	16 10,7%	3 2%	1 0,7%	92 61,3%
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	20 13,3%	17 11,3%	19 12,7%	7 4,7%	1 0,7%	86 57,3%
Πονοκέφαλοι	21 14%	20 13,3%	18 12%	7 4,7%	3 2%	81 54%
Κατάθλιψη/ ανησυχία	13 8,7%	14 9,3%	21 14%	17 11,3%	3 2%	82 54,7%
Ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών	22 14,7%	21 14%	9 6%	5 3,3%	1 0,7%	92 61,3%
Εξέταση ρουτίνας (check-up)	25 16,7%	17 11,3%	14 9,3%	3 2%	2 1,3%	89 59,3%
Προγεννητικός έλεγχος	21 14%	18 12%	12 8%	5 3,3%	2 1,3%	92 61,3%



Στην συνέχεια, οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, κλήθηκαν να δώσουν απαντήσεις, σχετικά με το αν συμφωνούν σε μια σειρά προτάσεων. Πιο συγκεκριμένα, το 36% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας υποστήριξε ότι, συμφωνούν με την άποψη πως ο ρόλος τους είναι περιορισμένος, σχετικά με την βοήθεια που δύναται να παρέχουν στα θύματα κακοποίησης, κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, ή την προσέλευση τους σε κάποια μονάδα υγείας. Ωστόσο, το 27,3% αυτών διατηρεί μια ουδέτερη στάση και το 24% διαφωνεί αναφορικά με τις δυνατότητες που έχουν, για την παροχή βοήθειας στους ασθενείς – θύματα κακοποίησης (Πίνακας 4.8).

Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου, δήλωσαν πως «Συμφωνούν» σε ποσοστό 37,3% ότι, έχουν την δυνατότητα να συγκεντρώσουν τις αναγκαίες πληροφορίες, προκειμένου να μπορέσουν να αναγνωρίσουν την κακοποίηση, ως υποβόσκουσα αιτία σωματικής πάθησης. Ενώ, το 35,3% διατηρεί μια ουδέτερη στάση, ως προς αυτή την άποψη (Πίνακας 4.8).

Ενώ, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας 40%, φαίνεται να γνωρίζει πως να ενεργήσει όταν έρθει σε επαφή με ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης. Εντούτοις, δεν νιώθει άνετα με τους ασθενείς του το 38% των ερωτώμενων, όταν συζητάει μαζί τους για βία, όταν αυτοί προέρχεται από στενό σύντροφο των ασθενών τους (Πίνακας 4.8).

Αναφορικά με το αν οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση περιστατικών κακοποίησης, στην πλειοψηφία τους (41,3%) υποστήριξαν ότι διατηρούν μια ουδέτερη στάση προς αυτή την άποψη. Το γεγονός αυτό πιθανά καταδεικνύει μια μετριοφροσύνη από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και την πεποίθηση πως μεταξύ των αρμοδιοτήτων τους, είναι η άμεση αναγνώριση της κατάστασης υγείας ενός ασθενή (screening), καθώς και η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Πίνακας 4.8).

Σε κάθε περίπτωση, οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας συμφωνούν στην πλειονότητα τους (39,9%) με την άποψη ότι, η βέλτιστη αντιμετώπιση των περιστατικών βίας από τους ίδιους, στέλνει το μήνυμα στην κοινότητα ότι η βία δεν συνιστά μια αποδεκτή πράξη. Ενώ, φαίνεται ότι διατηρούν μια ουδέτερη στάση σχετικά με τον αν είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την αναγνώριση θυμάτων κακοποίησης (41,3%). Ενώ, το 29,3% αυτών διαφωνεί με την παραπάνω άποψη (Πίνακας 4.8).

Επιπρόσθετα, δεν συμφωνεί αλλά ούτε διαφωνεί το 47,3% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας, αναφορικά με το αν μπορούν / ή είναι σε θέση να κατευθύνουν ορθά τα θύματα κακοποίησης προς τις αρμόδιες υπηρεσίες, σε αντίθεση με το 22% αυτών, οι οποίοι πιστεύουν ότι μπορούν να φέρουν τα θύματα κακοποίησης σε επαφή με τις κατάλληλες υπηρεσίες (Πίνακας 4.8).

Ενώ, οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας πιστεύουν στην πλειονότητα τους 42%, ότι πιθανά θα χρειαζόταν να καταβάλουν αρκετές προσπάθειες, προκειμένου να βοηθήσουν έναν/μία ασθενή να αναγνωρίσει ότι, η σχέση την οποία διατηρεί είναι κακοποιητική και βλαπτική για αυτόν/αυτήν. Δεν φαίνεται να συµμερίζεται την παραπάνω άποψη το 35,3% αυτών, διατηρώντας μια ουδέτερη στάση. Ενώ, το 10,7% διαφωνεί με αυτή την άποψη, καθώς αισθάνονται σίγουροι ότι χωρίς πολύ προσπάθεια θα μπορούσαν να προσφέρουν την αναγκαία για έναν ασθενή υποστήριξη, ώστε να αναγνωρίσει μια σχέση βίας (Πίνακας 4.8).

Οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, εμφανίζονται ουδέτεροι σε ποσοστό 45,3% σχετικά με το αν μπορούν ή όχι να αναγνωρίσουν τα θύματα κακοποίησης, σε αντίθεση με το 33,3% αυτών που συμφωνεί ότι μπορεί να τα αναγνωρίσει. Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επαγγελματίες υγείας, σε ποσοστό 36% διαφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι δεν έχουν επαρκή χρόνο για να διερευνήσουν την πιθανότητα κακοποίησης ενός ατόμου (άνδρας ή γυναίκα), κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων (Πίνακας 4.8).

Ωστόσο, το 36% των επαγγελματιών της έρευνας υποστήριξε ότι, δεν είναι σίγουροι αν υπάρχουν στρατηγικές τις οποίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν, προκειμένου να καταφέρουν να ενθαρρύνουν τα θύματα κακοποίησης, να αναζητήσουν βοήθεια σε δομές και υπηρεσίες. Αντίθετα το 27,3% αυτών διαφωνεί απόλυτα για την ύπαρξη στρατηγικών ενθάρρυνσης των θυμάτων (Πίνακας 4.8).

Ενώ, 36% των επαγγελματιών υγείας, είναι επιφυλακτικοί όσον αφορά την δυνατότητα πρόσβασης των ιδίων σε δομημένες υπηρεσίες της κοινότητας, που ασχολούνται με την κακοποίηση. Αντίθετα, το 27,3% διαφωνεί απόλυτα ότι έχουν πρόσβαση σε δομημένες υπηρεσίες. Πολύ ορθά οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, διαφωνούν σε ποσοστό 37,3% και διαφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 36% με την άποψη ότι, μπορεί κάποιος, άνδρας ή γυναίκα, να πέσει θύμα κακοποίησης μόνο εφόσον ο ίδιος/ίδια το επιλέξει (Πίνακας 4.8).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, σε ποσοστό 37,3% υποστήριξαν ότι δεν φοβούνται πως θα προσβάλουν τον ασθενή, αν τον ρωτήσουν για την ύπαρξη πιθανότητας να είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας. Οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας δεν είναι απόλυτα σίγουροι (41,3%) ότι έχουν ασθενείς με προσωπικότητες επιρρεπείς στην βία, ενώ το 26,7% αυτών διαφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη. Αντίθετα, το 20,7% αυτών φαίνεται να συμφωνεί για την ύπαρξη τέτοιων ασθενών (Πίνακας 4.8).

Οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας, ούτε συμφωνούν / ούτε διαφωνούν σε ποσοστό 38%, ότι έχουν αρκετή υποστήριξη από την υπηρεσία / τμήμα τους για την αντιμετώπιση των θυμάτων βίας. Επικρατεί δηλαδή ένα ουδέτερο κλίμα. Επίσης, ούτε συμφωνούν / ούτε διαφωνούν οι επαγγελματίες υγείας στην πλειονότητα τους με την άποψη ότι (38,7%), συνηθίζουν να καταγράφουν τις δηλώσεις των ασθενών για τον τρόπο πρόκλησης των τραυμάτων τους, όταν αυτά σχετίζονται με βίαιες συμπεριφορές. Αντίθετα, το 31,3% αυτών συμφωνεί ότι συνηθίζει να καταγράφει την αιτία πρόκλησης των τραυμάτων που φαίνεται να σχετίζονται με βίαιες συμπεριφορές (Πίνακας 4.8).

Σε κάθε περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν στην πλειοψηφία τους (42%) με την άποψη ότι, οι σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με ενδοοικογενειακή βία, υπαγορεύουν την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για προς την πρόληψη αυτών. Ενώ, ουδέτερη στάση διατηρεί το 30% των επαγγελματιών υγείας της έρευνας με την άποψη ότι, κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης (Πίνακας 4.8).

Δεν είναι σίγουροι οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 37,3%, εάν υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες στις οποίες μπορούν να προβούν, προκειμένου να βοηθήσουν έναν ασθενή, ώστε να μπορέσει να αναγνωρίσει την βία- κακοποίηση. Αντίθετα, το 35,3% αυτών είναι σίγουροι ότι υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες τις οποίες μπορούν να υιοθετήσουν οι επαγγελματίες υγείας, για να υποστηρίξουν έναν ασθενή. Δεν συμμερίζεται την άποψη η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας της έρευνας (40%) ότι, το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητας των ανθρώπινων δικαιωμάτων του (Πίνακας 4.8)

**Πίνακας 4.8.** Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την ενδοοικογενειακή βία

	<b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα</b>
Περιορισμένος ρόλος στην παροχή βοήθειας	36 24%	12 8%	41 27,3%	54 36%	7 4,7%
Η κακοποίηση ως υποβόσκουσα αιτία σωματικής πάθησης	19 12,7%	9 6%	53 35,3%	56 37,3%	13 8,7%
Γνώση των ενεργειών σε περίπτωση με ασθενή – θύμα κακοποίησης	60 40%	13 8,7%	43 28,7%	29 19,3%	5 3,3%
Αμηχανία κατά την συζήτηση με ασθενή – θύμα βίας	59 38,6%	18 11,8%	54 35,3%	18 11,8%	4 2,6%
Σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση περιστατικών κακοποίησης	38 25,3%	16 10,7%	62 41,3%	26 17,3%	8 5,3%
Διαχείριση περιστατικών κακοποίησης – μη αποδεκτή πράξη	18 12%	9 6%	36 24%	61 40,7%	26 17,3%
Μη υπεύθυνοι για την αναγνώριση θυμάτων κακοποίησης	44 29,3%	16 10,7%	62 41,3%	21 14%	7 4,7%
Κατεύθυνση θυμάτων βίας στις κατάλληλες υπηρεσίες	26 17,3%	7 4,7%	71 47,3%	33 22%	13 8,7%
Προσπάθεια για βοήθεια ασθενή να αντιληφθεί την βία στην σχέση του	16 10,7%	8 5,3%	53 35,3%	63 42%	10 6,7%
Αναγνώριση θυμάτων κακοποίησης	21 14%	6 4%	68 45,3%	50 33,3%	5 3,3%

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ		Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Μη διαθέσιμος χρόνος για την αναγνώριση κακοποίησης	54 36%	13 8,7%	42 28%	33 22%	8 5,3%
Γνώση στρατηγικών για την κατεύθυνση των θυμάτων κακοποίησης	41 27,3%	25 16,7%	54 36%	25 16,7%	5 3,3%
Πρόσβαση σε δομημένες υπηρεσίες	41 27,3%	25 16,7%	54 36%	25 16,7%	5 3,3%
Θύμα κακοποίησης από επιλογή	54 36%	56 37,3%	31 20,7%	8 5,3%	1 0,7%
Φόβος για προσβολή ασθενή	54 36%	56 37,3%	31 20,7%	8 5,3%	1 0,7%
Ασθενείς επιρρεπείς στην αποδοχή της βίας	40 26,7%	10 6,7%	62 41,3%	31 20,7%	7 4,7%
Υποστήριξη από την υπηρεσία	32 21,3%	10 6,7%	57 38%	39 26%	12 8%
Καταγραφή της αιτίας πρόκλησης τραύματος	20 13,3%	12 8%	58 38,7%	47 31,3%	13 8,7%
Εναισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας	24 16%	10 6,7%	37 24,7%	63 42%	16 10,7%
Κάθε ασθενής πιθανό θύμα κακοποίησης	22 14,7%	5 3,3%	45 30%	43 28,7%	35 23,3%
Ενέργειες για την αναγνώριση της βίας από τον ασθενή – θύμα	17 11,3%	11 7,3%	56 37,3%	53 35,3%	13 8,7%
Διατύπωση ερωτήματος, προσβολή της ιδιωτικότητας	60 40%	20 13,3%	53 35,3%	10 6,7%	7 4,7%

Εντός αυτού του πλαισίου, οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 52,7%, υποστήριξαν ότι, τους τελευταίους 6 μήνες, δεν διαπίστωσαν ότι κάποιος από τους ασθενείς του νοσοκομείου, ήταν θύμα κακοποίησης (Σχήμα 4.2). Αντίθετα, το 26,7% αυτών δεν ήταν σίγουροι και σε ποσοστό 20,7% υποστήριξαν ότι διαπίστωσαν την ύπαρξη ασθενών – θύματα κακοποίησης στο νοσοκομείο (1-5 άτομα σύμφωνα με το 30% των επαγγελματιών υγείας όπως φαίνεται στο Σχήμα 4.3) κατά το τελευταίο εξάμηνο.



**Σχήμα 4.2.** Αναγνώριση θύματος κακοποίησης τους τελευταίους 6 μήνες



**Σχήμα 4.3.** Αριθμός θυμάτων κακοποίησης που αναγνωρίστηκαν το τελευταίο 6μηνο

Σε αυτή την περίπτωση, προκαλεί μεγάλη έκπληξη και προβληματισμό το γεγονός ότι, στην πλειονότητα τους οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας (31,3%) δεν προέβησαν σε καμία ενέργεια, όταν διαπίστωσαν την ύπαρξη ασθενή – θύματος κακοποίησης στον χώρο του Νοσοκομείου. Αντίθετα, το 27,3% αυτών προσπάθησαν να εκτιμήσουν την κατάσταση της υγείας του ασθενή – θύματος κακοποίησης (screening) και το 19,3% αυτών υπέδειξαν στον ασθενή κάποια άλλη υπηρεσία, περισσότερο κατάλληλη και αρμόδια για την υποστήριξη τους. Ενώ, το 16,7% αυτών πληροφόρησαν τον ασθενή για το πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα- διευθύνσεις) (Πίνακας 4.9).

**Πίνακας 4.9.** Ενέργειες στην διαπίστωση της ύπαρξης ασθενή – θύμα βίας

	<b>N</b>	<b>%</b>
Υπέδειξα στον ασθενή άλλη υπηρεσία	29	19,3
Εκτίμησα την σοβαρότητα της κατάστασης	41	27,3
Προμήθευσα τον ασθενή με ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια)	2	1,3
Πληροφόρησα τον ασθενή πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα- διευθύνσεις)	25	16,7
Έκανα εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο	3	2
Κατέγραψα τις παρατηρήσεις μου στον φάκελο του ασθενή	3	2
Δεν έκανα τίποτα	47	31,3

Στην περίπτωση που οι επαγγελματίες υγείας, αναγνώρισαν έναν ασθενή – θύμα κακοποίησης που προσήλθε στο Νοσοκομείο, στην πλειονότητα τους (57,3%) φαίνεται ότι επέλεξαν να ειδοποιήσουν τον κοινωνικό λειτουργό του Νοσοκομείου. Αντίθετα, το 28,7% δεν υπέδειξε καμία υπηρεσία στο θύμα (Πίνακας 4.10).

**Πίνακας 4.10.** Υπόδειξη υπηρεσίας παραπομπής θύματος βίας

	<b>N</b>	<b>%</b>
Κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου	86	57,3
Δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας	5	3,3
Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών	3	2
Υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων	3	2
Αστυνομία	5	3,3
Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες	1	0,7
Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων	2	1,3
Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης	2	1,3
Καμία	43	28,7

Το μεγαλύτερο εμπόδιο που συνάντησαν οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας σε ποσοστό 51,3%, κατά την αναγνώριση ενός ασθενή – θύματος κακοποίησης στο περιβάλλον του Νοσοκομείου, ήταν η άρνηση του ασθενή να μιλήσει για την κακοποίηση του. Το 16,7% των επαγγελματιών υγείας υποστήριξαν ότι, δεύτερο εμπόδιο αποτέλεσε ο φόβος του ασθενή – θύμα για πιθανές συνέπειες κατά την αναφορά του ζητήματος της κακοποίησης του στις αρμόδιες υπηρεσίες και αντίστοιχα σε ποσοστό 16,7% η έλλειψη εκπαίδευσης ώστε να αναγνωρίσουν οι ασθενείς ότι ήταν θύματα κακοποίησης (Πίνακας 4.11).



**Πίνακας 4.11.** Εμπόδια των επαγγελματιών υγείας

	N	%
Ο ασθενής δεν ήθελε να μιλήσει για την κακοποίηση	77	51,3
Ο ασθενής αρνήθηκε την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού	14	9,3
Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως αίτια του τραυματισμού	25	16,7
Δεν υπάρχουν αρμόδιες υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων κακοποίησης στην περιοχή μου	9	6
Φόβο για τις πιθανές συνέπειες της αναφοράς της κακοποίησης	25	16,7

#### 4.3 Δομές Υποστήριξης

Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης μελέτης και αξιολόγησης των πρακτικών και των δομών που επιχειρούν να αντιμετωπίσουν και να μετριάσουν τις συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας, στο τρίτο και τελευταίο σκέλος του ερωτηματολογίου, οι επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου που επέλεξαν να συμμετέχουν στην έρευνα, ρωτήθηκαν αναφορικά με τις δομές υποστήριξης, για τους ασθενείς – θύματα κακοποιητικών συμπεριφορών / θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και δομών υποστήριξης που παρέχονται στα θύματα σε τοπικό κυρίως επίπεδο. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για μια ολιστική και συνεκτική προσέγγιση, αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου προσδοκά να κατανοήσει καλύτερα τις υπάρχουσες προκλήσεις, τα κενά και τις ευκαιρίες για βελτίωση στην υποστήριξη των θυμάτων.

Ωστόσο, οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να δίστανται αναφορικά με την λειτουργία ή όχι υπηρεσιών για κακοποιημένα άτομα εντός του Νοσοκομείου, καθώς το 54,7% αυτών υποστήριξαν την μη ύπαρξη υπηρεσιών και το 45,3% την ύπαρξη τους (Σχήμα 4.4), γεγονός το οποίο γεννά έντονους προβληματισμούς.



**Σχήμα 4.4.** Υπηρεσίες στο νοσοκομείο για κακοποιημένα άτομα

Δεν είναι σίγουροι οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας σε ποσοστό 46%, εάν μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να κατευθύνει σωστά τα θύματα κακοποίησης, προς τις αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να λάβουν την αναγκαία για αυτά υποστήριξη, μολονότι το 35,3% αυτών συμφωνεί ότι ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να παρέχει σωστή καθοδήγηση (Πίνακας 4.12).

Στην πλειονότητα τους 44,7% οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας δεν φαίνεται να γνωρίζουν εάν οι ίδιοι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες κακοποίησης σε τοπικό επίπεδο. Αντίθετα, το 30,7% αυτών, συμφωνεί ότι έχουν πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες, ενώ το 18% αυτών διαφωνεί. Γεγονός το οποίο καταδεικνύει ακόμα μια φορά ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλιπή ενημέρωση, σχετικά με το ζήτημα της διαχείρισης των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και την παροχή καθοδήγησης (Πίνακας 4.12).

**Πίνακας 4.12. Καθοδήγηση και πρόσβαση επαγγελματιών υγείας σε υπηρεσίες κακοποίησης**

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ / Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Παροχή καθοδήγησης από τον επαγγελματία υγείας	14 9,3%	2 1,3%	69 46%	53 35,3%	12 8%
Πρόσβαση επαγγελματιών σε υπηρεσίες κακοποίησης στην κοινότητα	27 18%	4 2,7%	67 44,7%	46 30,7%	6 4%

Σε τοπικό επίπεδο – Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, οι υπηρεσίες κακοποίησης οι οποίες μπορούν να διαχειριστούν τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου είναι, σε ποσοστό 76% ο κοινωνικός λειτουργός του Νοσοκομείου και η αστυνομία (60%). Ωστόσο, το 11,3% δεν γνωρίζει ποιες υπηρεσίες είναι αρμόδιες (Πίνακας 4.13).

**Πίνακας 4.13. Διαθέσιμες υπηρεσίες για ζητήματα κακοποίησης σε τοπικό επίπεδο**

	N	%
Κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου	114	76
Δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας	5	3,3
Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών	3	2
Υπηρεσία προστασίας ενηλίκων	2	1,3
Αστυνομία	7	4,7
Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων	1	0,7
Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης	1	0,7
Δεν ξέρω/ Δεν είμαι σίγουρος/ή	17	11,3

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές δεν είναι επαρκείς σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για την εξυπηρέτηση των γυναικών που υφίστανται βία, αφού το 27,3% απάντησε καθόλου, το 38,7% λίγο και το 28% μέτρια. Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας κρίνουν λίγο (35,3%) έως μέτρια (38%) ικανοποιητική την εφαρμογή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα για το θέμα της Ποινικής Διαμεσολάβησης. Στα ίδια πλαίσια, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα είναι λίγο (40,7%) και μέτρια (28,7%) πληροφορημένες για την ύπαρξη δομών υποστήριξης των θυμάτων βίας. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν λίγο (28,7%) ή μέτρια (42,7%) επιστημονική γνώση και κατάρτιση ώστε να ανταποκριθούν στην επίλυση δύσκολων και σύνθετων καταστάσεων. Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας κρίνουν λίγο (38%) και μέτρια (31,3%) ικανοποιητική την ανταπόκριση των υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, νοσοκομεία, Δικαιοσύνη) σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης έκφυλης βίας.

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν λίγο (37,3%) και μέτρια (34%) στην οριζόντια επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης την ενδοοικογενειακής βίας και των αντίστοιχων φορέων (ΓΠΦ, ΚΕΘΙ, ΔΗΜΟΙ, οργανώσεις γυναικών) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό αλλά και σε παρεμφερείς τομείς π.χ. παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μετανάστριες και γυναίκες πρόσφυγες. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι υπάρχει λίγη (30%) και μέτρια (42%) επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των αστυνομικών αρχών, λίγη (31,3%) και μέτρια (42%) επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των υπηρεσιών υγείας, λίγη (34%) και μέτρια (40,7%) επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των νομικών υπηρεσιών. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι υπάρχει λίγη (32,7%) και μέτρια (40%) διασύνδεση των καθ' ύλην αρμόδιων φορέων για την αντιμετώπιση και πρόληψη των θεμάτων βίας με την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνία των πολιτών (πίνακας 4.14).

**Πίνακας 4.14.** Απόψεις επαγγελματιών υγείας για τις δομές υποστήριξης

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Απόλυτα</b>
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές είναι επαρκείς σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για την εξυπηρέτηση των γυναικών που υφίστανται βία.	41 27,3%	58 38,7%	42 28%	7 4,7%	2 1,3%
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την εφαρμογή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα για το θέμα της Ποινικής Διαμεσολάβησης;	25 16,7%	53 35,3%	57 38%	9 6%	6 4%
Πόσο πληροφορημένες είναι οι γυναίκες στην Ελλάδα για την ύπαρξη δομών υποστήριξης των θυμάτων βίας;	29 19,3%	61 40,7%	43 28,7%	13 8,7%	4 2,7%
Πιστεύεται ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν πλήρη επιστημονική γνώση και επαρκή κατάρτιση ώστε να ανταποκριθούν στην επίλυση δύσκολων και σύνθετων καταστάσεων;	17 11,3%	43 28,7%	64 42,7%	23 15,3%	3 2%
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την ανταπόκριση των υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, νοσοκομεία, Δικαιοσύνη) σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης έκφυλης βίας;	24 16%	57 38%	47 31,3%	16 10,7%	6 4%
Η οριζόντια επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης την ενδοοικογενειακής βίας και των αντίστοιχων φορέων (ΓΓΙΦ, ΚΕΘΙ, ΔΗΜΟΙ, οργανώσεις γυναικών) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό αλλά και σε παρεμφερείς τομείς π.χ. παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μετανάστριες και γυναίκες πρόσφυγες.	22 14,7%	56 37,3%	51 34%	15 10%	6 4%

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Απόλυτα</b>
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των αστυνομικών αρχών.	16 10,7%	45 30%	63 42%	19 12,7%	7 4,7%
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των υπηρεσιών υγείας.	15 10%	47 31,3%	63 42%	20 13,3%	5 3,3%
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των νομικών υπηρεσιών.	16 10,7%	51 34%	61 40,7%	18 12%	4 2,7%
Η διασύνδεση των καθ' ύλην αρμόδιων φορέων για την αντιμετώπιση και πρόληψη των θεμάτων βίας με την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνία των πολιτών.	20 13,3%	49 32,7%	60 40%	15 10%	6 4%

#### 4.4. Συσχετίσεις

##### Φύλο

Φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικό το φύλο με τους άντρες έναντι των γυναικών να δείξουν κατανόηση για μία γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφο της να παραμείνει σε μία σχέση που εμπεριέχει βία ( $3,42 \pm 1,1$  έναντι  $2,76 \pm 1,3$ ,  $p=0,011$ ), όπως επίσης και για μια μορφωμένη μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών ( $2,84 \pm 1,1$  έναντι  $2,36 \pm 1,1$ ,  $p=0,037$ ), έναν/ μια άγαμο επαγγελματία με σπουδαία καριέρα ( $2,58 \pm 1,1$  έναντι  $2,04 \pm 1,1$ ,  $p=0,016$ ), ένα/ μια μορφωμένο ομοφυλόφιλο ( $2,81 \pm 1,1$  έναντι  $2,16 \pm 1,1$ ,  $p=0,004$ ), μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη ( $3,32 \pm 0,9$  έναντι  $2,71 \pm 1,3$ ,  $p=0,017$ ), ένα έγγαμο άνδρα με σταθερό εισόδημα ( $2,94 \pm 0,8$  έναντι  $2,22 \pm 1,2$ ,  $p=0,002$ ), μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ( $3,35 \pm 1,1$  έναντι  $2,71 \pm 1,3$ ,  $p=0,013$ ) και έναν άνδρα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ( $3,29 \pm 1,1$  έναντι  $2,61 \pm 1,3$ ,  $p=0,009$ ). Επίσης, οι άνδρες έναντι των γυναικών ανησυχούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θετική θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο τους ( $2,52 \pm 0,9$  έναντι  $2,10 \pm 0,8$ ,  $p=0,019$ ), τους ενδιαφέρει σημαντικά

περισσότερο να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των ασθενών τους παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις ( $2,90 \pm 0,9$  έναντι  $2,16 \pm 0,9$ ,  $p=0,001$ ), θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν θα έπρεπε να είναι υπεύθυνοι να αναγνωρίσουν θύματα κακοποίησης ( $3,10 \pm 0,9$  έναντι  $2,63 \pm 0,9$ ,  $p=0,019$ ), υποστηρίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι υπάρχουν στο νοσοκομείο υπηρεσίες για κακοποιημένα άτομα ( $1,71 \pm 0,5$  έναντι  $1,50 \pm 0,5$ ,  $p=0,041$ ) και ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές είναι επαρκείς σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για την εξυπηρέτηση των γυναικών που υφίστανται βία ( $2,61 \pm 0,9$  έναντι  $2,02 \pm 0,9$ ,  $p=0,001$ ). Επιπλέον, οι άντρες έναντι των γυναικών κρίνουν σημαντικά περισσότερο ικανοποιητική την εφαρμογή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα για το θέμα της Ποινικής Διαμεσολάβησης ( $2,77 \pm 0,8$  έναντι  $2,37 \pm 0,9$ ,  $p=0,039$ ), θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα είναι καλά πληροφορημένες για την ύπαρξη δομών υποστήριξης των θυμάτων βίας ( $3,00 \pm 0,9$  έναντι  $2,18 \pm 0,9$ ,  $p=0,001$ ), πιστεύουν σημαντικά περισσότερο ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν πλήρη επιστημονική γνώση και επαρκή κατάρτιση ώστε να ανταποκριθούν στην επίλυση δύσκολων και σύνθετων καταστάσεων ( $3,16 \pm 0,9$  έναντι  $2,55 \pm 0,9$ ,  $p=0,001$ ), κρίνουν σημαντικά πιο ικανοποιητική την ανταπόκριση των υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, νοσοκομεία, Δικαιοσύνη) σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης έκφυλης βίας ( $3,00 \pm 0,9$  έναντι  $2,35 \pm 0,9$ ,  $p=0,001$ ) και αξιολόγησαν με σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την οριζόντια επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης την ενδοοικογενειακής βίας και των αντίστοιχων φορέων (ΓΠΦ, ΚΕΘΙ, ΔΗΜΟΙ, οργανώσεις γυναικών) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό αλλά και σε παρεμφερείς τομείς π.χ. παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μετανάστριες και γυναίκες πρόσφυγες ( $2,84 \pm 1,1$  έναντι  $2,43 \pm 0,9$ ,  $p=0,040$ ), την επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των νομικών υπηρεσιών ( $3,00 \pm 1,0$  έναντι  $2,52 \pm 0,9$ ,  $p=0,010$ ) και τη διασύνδεση των καθ' ύλην αρμόδιων φορέων για την αντιμετώπιση και πρόληψη των θεμάτων βίας με την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνία των πολιτών ( $2,97 \pm 1,1$  έναντι  $2,49 \pm 0,9$ ,  $p=0,014$ ).

Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφεται με τις γυναίκες έναντι των αντρών ότι δεν είναι στην αρμοδιότητα του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει θύματα κακοποίησης ( $2,15 \pm 0,8$  έναντι  $2,52 \pm 0,9$ ,  $p=0,037$  , ότι κάθε ασθενής μπορεί να

είναι θύμα κακοποίησης ( $3,13 \pm 1,1$  έναντι  $3,58 \pm 1,1$ ,  $p=0,047$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 4.15.

**Πίνακας 4.15.** Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>p-value</b>
Δεν είναι στην αρμοδιότητα του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει θύματα κακοποίησης (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	$2,52 \pm 0,9$	$2,15 \pm 0,8$	0,037
Μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφο της (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$3,42 \pm 1,1$	$2,76 \pm 1,3$	0,011
Μια μορφωμένη μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$2,84 \pm 1,1$	$2,36 \pm 1,1$	0,037
Ένας/ Μια άγαμος επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$2,58 \pm 1,1$	$2,04 \pm 1,1$	0,016
Ένας/ Μια μορφωμένος ομοφυλόφιλος (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$2,81 \pm 1,1$	$2,16 \pm 1,1$	0,004
Μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$3,32 \pm 0,9$	$2,71 \pm 1,3$	0,017
Ένας έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$2,94 \pm 0,8$	$2,22 \pm 1,2$	0,002
Μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$3,35 \pm 1,1$	$2,71 \pm 1,3$	0,013
Ένας άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες (1=Πολύ δύσκολο, 5=Πολύ εύκολο)	$3,29 \pm 1,1$	$2,61 \pm 1,3$	0,009
Ανησυχώ ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θετική θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο μου (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	$2,52 \pm 0,9$	$2,10 \pm 0,8$	0,019



	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>p-value</b>
Με ενδιαφέρει περισσότερο, να αντιμετωπίσω τα προβλήματα υγείας των ασθενών μου παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,90±0,9	2,16±0,9	0,001
Δεν θα έπρεπε να είμαι υπεύθυνος για να αναγνωρίσω θύματα κακοποίησης (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,10±0,9	2,63±0,9	0,019
Κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,13±1,1	3,58±1,1	0,047
Υπάρχουν στο νοσοκομείο υπηρεσίες για κακοποιημένα άτομα; (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	1,71±0,5	1,50±0,5	0,041
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές είναι επαρκείς σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για την εξυπηρέτηση των γυναικών που υφίστανται βία (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	2,61±0,9	2,02±0,9	0,001
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την εφαρμογή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα για το θέμα της Ποινικής Διαμεσολάβησης; (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	2,77±0,8	2,37±0,9	0,039
Πόσο πληροφορημένες είναι οι γυναίκες στην Ελλάδα για την ύπαρξη δομών υποστήριξης των θυμάτων βίας; (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	3,00±0,9	2,18±0,9	0,001
Πιστεύεται ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν πλήρη επιστημονική γνώση και επαρκή κατάρτιση ώστε να ανταποκριθούν στην επίλυση δύσκολων και σύνθετων καταστάσεων; (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	3,16±0,9	2,55±0,9	0,001
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την ανταπόκριση των υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, νοσοκομεία, Δικαιοσύνη) σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης έκφυλης βίας; (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	3,00±0,9	2,35±0,9	0,001
Η οριζόντια επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης την ενδοοικογενειακής βίας και των αντίστοιχων φορέων (ΓΓΙΦ, ΚΕΘΙ, ΔΗΜΟΙ, οργανώσεις γυναικών) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό αλλά και σε παρεμφερείς	2,84±1,1	2,43±0,9	0,040

τομείς π.χ. παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μετανάστριες και γυναίκες πρόσφυγες. (1=Καθόλου, 5=Πάντα)			
	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>p-value</b>
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των νομικών υπηρεσιών. (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	3,00±1,0	2,52±0,9	0,010
Η διασύνδεση των καθ' ύλην αρμόδιων φορέων για την αντιμετώπιση και πρόληψη των θεμάτων βίας με την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνία των πολιτών. (1=Καθόλου, 5=Πάντα)	2,97±1,1	2,49±0,9	0,014

### Οικογενειακή κατάσταση

Οι άγαμοι έναντι των υπολοίπων με στατιστικά σημαντική διαφορά απαντούν ότι πρέπει να ελέγχουν όλους τους ασθενείς με χρόνιο πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίσταται ενδοοικογενειακή βία ( $p=0,041$ ), να ρωτάνε για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη ( $p=0,043$ ), εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, να μεριμνήσουν αμέσως για καταφύγιο/ ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων ( $p=0,006$ ) και να καταγράφουν τις δηλώσεις των ασθενών για το πώς προκλήθηκαν τραύματα σχετιζόμενα με βίαιες συμπεριφορές ( $p=0,036$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 4.16.

**Πίνακας 4.16.** Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση

	Έγγαμοι	Άγαμοι	Διαζευγμένοι / Χήροι	p-value
Να ελέγχει όλους τους ασθενείς με χρόνια πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίσταται ενδοοικογενειακή βία (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,14±1,1	3,47±0,9	2,7±0,7	0,041
Να ρωτάει για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,53±1,1	3,07±1,1	2,70±0,7	0,043
Εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, να μεριμνήσει αμέσως για καταφύγιο/ ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,60±1,1	4,27±0,7	3,90±0,7	0,006
Καταγράφω τις δηλώσεις των ασθενών για το πώς προκλήθηκαν τραύματα σχετιζόμενα με βίαιες συμπεριφορές (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,04±1,1	3,53±1,1	3,45±0,8	0,036

### Μορφωτικό επίπεδο

Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό έναντι των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ότι στο χώρο εργασίας τους οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετή υποστήριξη ώστε να αντιμετωπίζουν τα θύματα κακοποίησης (3,00±0,8 έναντι 2,66±0,8, p=0,035).

Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό έναντι των αποφοίτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι δεν αισθάνονται ότι μπορούν να βοηθήσουν μία/ έναν ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης (2,48±1,1 έναντι 2,05±0,8, p=0,022), ότι δεν έχουν τα μέσα και την γνώση να αντιμετωπίσουν έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται (2,89±1,1 έναντι 2,27±0,9, p=0,002) και ότι κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης (3,61±1,1 έναντι 3,11±1,2, p=0,018). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 4.17.

**Πίνακας 4.17.** Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας	Απόφοιτοι Τριτοβάθμιας	p-value
Στον χώρο εργασίας τους οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετή υποστήριξη ώστε να αντιμετωπίζουν τα θύματα κακοποίησης; (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,00±0,8	2,66±0,8	0,035
Δεν αισθάνομαι ότι μπορώ να βοηθήσω μία/ έναν ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης. (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,05±0,8	2,48±1,1	0,022
Δεν έχω τα μέσα και την γνώση να αντιμετωπίσω έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται. (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,27±0,9	2,89±1,1	0,002
Κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	3,11±1,2	3,61±1,1	0,018

#### **Νοσηλευτές έναντι ιατροί**

Οι νοσηλευτές φοβούνται σημαντικά περισσότερο ότι θα προσβάλουν την/ τον ασθενή αν τον ρωτήσουν για ενδοοικογενειακή βία (2,92±1,1 έναντι 2,28±0,7, p=0,005), τους είναι σημαντικά πιο δύσκολο να απομονώσουν την /τον ασθενή όταν συνοδεύεται από τον σύντροφό του (2,91±1,1 έναντι 2,40±1,1, p=0,033) και θεωρούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητας των ανθρώπινων δικαιωμάτων του (2,55±0,9 έναντι 2,04±0,9, p=0,014). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 4.18.

**Πίνακας 4.18.** Συσχετίσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών

	<b>Νοσηλευτές</b>	<b>Ιατροί</b>	<b>p-value</b>
Φοβάμαι πως θα προσβάλω την/ τον ασθενή αν τον ρωτήσω για ενδοοικογενειακή βία. (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,92±1,1	2,28±0,7	0,005
Μου είναι δύσκολο να απομονώσω την /τον ασθενή όταν συνοδεύεται από τον σύντροφό του. (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,91±1,1	2,40±1,1	0,033
Το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητας των ανθρώπινων δικαιωμάτων του. (1=Διαφωνώ απόλυτα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)	2,55±0,9	2,04±0,9	0,014

**Αναγνώριση θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας**

Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την αναγνώριση θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας ( $r=0,201$ ,  $p=0,013$ ).

## Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα, αναφορικά με τον ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε πολλαπλά επίπεδα, όπως στην παραδοχή της κατάστασης των ασθενών - θύματα ενδοοικογενειακής βίας, η παροχή υποστήριξης για την αναγνώριση των κακοποιητικών συμπεριφορών / σχέσεων, καθώς και η καθοδήγηση ή παραπομπή τους προς τις αρμόδιες υπηρεσίες και οργανώσεις, προκειμένου να λάβουν την αναγκαία για τους ίδιους και τις οικογένειες στους στήριξη.

Το 79,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες, ηλικίας 46-55 ετών, έγγαμες, με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας. Εύρημα το οποίο έρχεται να επιβεβαιώσει την διαχρονική επικράτηση του υψηλά καταρτισμένου γυναικείου φύλου που απαντάται στον τομέα των μονάδων υγείας – νοσοκομεία, όπως επαληθεύεται στην μελέτη των Σακελλαρόπουλου και συνεργατών (2012), η οποία διενεργήθηκε κατά το παρελθόν από το τμήμα ερευνών του Κοινωνικού Πολύκεντρου της ΑΔΕΔΥ. Σε δειγματοληπτικό έλεγχο για την στελέχωση 25 δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα αυτές που ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, υπερτερούσαν αριθμητικά των ανδρών, ενώ ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων.

Όσον αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, το πρώτο αναφέρεται στις αντιλήψεις και τα προσωπικά βιώματα των επαγγελματιών υγείας. Διερευνώντας τις αντιλήψεις, τα προσωπικά βιώματα των επαγγελματιών υγείας, αλλά και την στάση τους απέναντι στους ασθενείς - θύματα ενδοοικογενειακής βίας εντός του Νοσοκομείου, διαπιστώθηκε αρχικά ότι, οι επαγγελματίες σε ποσοστό 61,3% είναι ικανοί να αναγνωρίσουν ένα περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας. Δηλαδή, έχουν πιθανά τις απαραίτητες γνώσεις και την εμπειρία, ώστε να αναγνωρίσουν έναν ασθενή – θύμα κακοποίησης το οποίο προσέρχεται σε κάποιο τμήμα του Νοσοκομείου, προκειμένου να λάβει φροντίδα υγείας.

Διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους διατηρούν μια ουδέτερη και επιφυλακτική στάση 43,3%, αναφορικά με το αν γνωρίζουν πως θα πρέπει να ενεργήσουν, κατά την επαφή τους με θύμα κακοποίησης και δεν έχουν καθαρή άποψη για το αν γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν όταν έρχονται σε επαφή με ένα θύμα

κακοποίησης. Γεγονός το οποίο υποδηλώνει την ύπαρξη ενός σημαντικού ποσοστού αβεβαιότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται σε αρκετές περιπτώσεις ιδιαίτερα επιφυλακτικοί αναφορικά με τις ενέργειες στις οποίες θα πρέπει να προβούν κάθε φορά, κατά την επαφή τους με τον ασθενή – θύμα βίας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει πιθανά την ανεπάρκεια γνώσεων, εκπαίδευσης και εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου, όσον αφορά την διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, αλλά και την έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών από το σύστημα υγείας είτε το νοσηλευτικό ίδρυμα. Την απάντηση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα θύματα κακοποίησης, έρχεται να δώσει το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, το οποίο κοινοποίησε στους επαγγελματίες υγείας του Εθνικού Συστήματος, σχετική εγκύκλιο και κατευθυντήριες οδηγίες (με τίτλο «Ανταπόκριση στην ενδοοικογενειακή κακοποίησης»), ώστε να μπορούν να εντοπίσουν πιθανά θύματα, να ξεκινήσουν μια ευαίσθητη τακτική έρευνα και να ανταποκριθούν σε αποκαλύψεις κακοποίησης. Ενώ, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την αριστεία φροντίδας, επισημαίνει ότι το ζήτημα της διαχείρισης της βίας, απαιτεί την συνεργασία πολλών υπηρεσιών.

Ενώ, στην μελέτη των Λιόνη και συνεργατών (2013) αντίστοιχα με την παρούσα έρευνα, διαπιστώθηκε η αναγκαιότητα για την δημιουργία δυνατοτήτων εκπαίδευσης στους επαγγελματιών υγείας σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, την ανάγκη οριζόντιας διασύνδεσης των δομών ΠΦΥ, την υιοθέτηση εργαλείων διάγνωσης και διεπιστημονικών πρωτοκόλλων, τα οποία θα αποσκοπούν στην στήριξη της κλινικής απόφασης, αλλά και στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας στην καθημερινή άσκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι μισοί επαγγελματίες υγείας δεν ήταν σίγουροι εάν μπορούν να κατευθύνουν σωστά τα θύματα κακοποίησης, προς τις αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να λάβουν την αναγκαία για αυτά υποστήριξη και μάλιστα απάντησαν ότι δεν γνώριζαν εάν οι ίδιοι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες κακοποίησης σε τοπικό επίπεδο. Αυτό το αποτέλεσμα τονίζει την ελλιπή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα διαχείρισης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας και την παροχή καθοδήγησης στα θύματα και προκύπτει η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και η διασύνδεση των νοσοκομείων με ειδικές υπηρεσίες υποστήριξης.

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα ερευνάται ο βαθμός κατανόησης του επαγγελματία υγείας της κατάστασης του ασθενή – θύμα κακοποίησης. Στην ερώτηση

πόσο εύκολο ή δύσκολο είναι στους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν την απόφαση ενός / μιας ασθενή / ασθενούς να παραμείνει σε μια σχέση που εμπεριέχει βία σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες κατανοούν τις γυναίκες με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο, ενώ το ένα τρίτο περίπου κατανοεί τις γυναίκες με σοβαρή κατάθλιψη και με σοβαρές σωματικές αναπηρίες. Σε πολύ μικρότερο ποσοστό οι συμμετέχοντες κατανοούν τις μορφωμένες γυναίκες μεσαίας τάξης, μητέρες δύο παιδιών, τις άγαμες/μη επαγγελματίες με σπουδαία καριέρα, τις μορφωμένες ομοφυλόφιλες και τους έγγαμους άνδρες με σταθερό εισόδημα. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δυσκολεύεται να κατανοήσει τις αποφάσεις των θυμάτων να παραμείνουν σε βίαιες σχέσεις. Γεγονός το οποίο υποδηλώνει μια έλλειψη πλήρους ενσυναίσθησης ή ελλιπούς γνώσης όσον αφορά το προφίλ των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας. Πραγματικότητα η οποία επαληθεύει την ανάγκη για βελτιωμένη και συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τις ψυχολογικές και κοινωνικές δυναμικές που εμπλέκονται στην ενδοοικογενειακή βία.

Όπως επισημάνθηκε από το Κέντρο Γυναικείων Μελετών και Ερευνών «ΔΙΟΤΙΜΑ» (2007-2013), τα θύματα και κυρίως οι γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία, η οικονομική ένδεια και εξάρτηση, δύναται να περιορίσουν τόσο την ικανότητά των θυμάτων όσο και την επιδίωξή τους να φύγουν από τις εστίες τους, εξωθώντας πλήθος γυναικών θύματα κακοποίησης, να παραμένουν ή να επιστρέφουν σε επικίνδυνες για την ασφάλεια τους καταστάσεις.

Αντίστοιχα στην μελέτη των Heron και συνεργατών (2022), όπου εξετάστηκαν οι λόγοι για τους οποίους ένα δείγμα γυναικών από το Ηνωμένο Βασίλειο, παραμένει ή επιλέγει να εγκαταλείψει τις καταχρηστικές σχέσεις. Οι λόγοι που φαίνεται ότι ωθούν τις γυναίκες να παραμείνουν σε μια καταχρηστική σχέση είναι συνήθως, η επένδυση συναισθηματική ή οικονομική σε έναν γάμο, λόγοι εγκυμοσύνης και η προσπάθεια διατήρησης της οικογένειας. Το δεύτερο θέμα ήταν αυτό της παγίδευσης, το οποίο περιείχε ζητήματα οικονομικής εξάρτησης, φυσική παγίδευση/κοινωνική απομόνωση, μαθημένη αδυναμία/αντιμετώπιση μηχανισμούς και θρησκευτικές/πολιτιστικές πεποιθήσεις. Ενώ, ο τρίτος λόγος ήταν η αγάπη για τον σύντροφο. Από την άλλη πλευρά, οι λόγοι που φαίνεται ότι συμβάλουν ώστε μια γυναίκα να επιλέξει να φύγει από μια κακοποιητική σχέση είναι, η παροχή βοήθειας από τρίτους εξωτερικά - επαγγελματική υποστήριξη είτε άτυπη υποστήριξη, ο φόβος για την πρόκληση βλάβης - για αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και σωματική βλάβη, καθώς και για την προστασία των



παιδιών. Ενώ, στην περίπτωση γυναικών εθνοτικών μειονοτήτων, εμφανίστηκαν περισσότεροι συγκεκριμένοι λόγοι που αναγκάζουν την παραμονή τους, μεταξύ των οποίων οι θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα όσον αφορά την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας για διάγνωση, ανταπόκριση, παραπομπή και τεκμηρίωση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας βρέθηκε πως το 32,7% των συμμετεχόντων όταν κατά την διάρκεια της εργασίας τους διαπίστωσαν ότι ο ασθενής που προσήλθε ήταν πιθανά θύμα κακοποίησης, φρόντισαν να του παρέχουν πληροφόρηση για το πως μπορεί ο ίδιος/ίδια να έρθει σε επαφή με την αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία σε τοπικό επίπεδο ή τις υπηρεσίες αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης.

Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας φροντίζουν να καθοδηγούν τους ασθενείς – θύματα ενδοοικογενειακής βίας, παρέχοντας την αναγκαία για αυτούς πληροφόρηση, για το πως μπορούν οι ίδιοι να έρθουν σε επαφή με την αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία σε τοπικό επίπεδο, όταν αισθανθούν έτοιμοι. Ενώ, προσπαθούν να εκτιμήσουν άμεσα την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή (screening) και να καταγράψουν τις παρατηρήσεις του στον φάκελο / καρτέλα υγείας του. Ωστόσο, δεν συμφωνούν» με την άποψη πως θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος των γυναικών ασθενών για ενδοοικογενειακή βία, σε κάθε επίσκεψη ρουτίνας για την πρόοδο της υγείας τους, με γνώμονα ότι αυτό μπορεί να επιφορτίσει ψυχολογικά την ήδη επιβαρυνμένη συναισθηματική τους κατάσταση.

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τον σημαντικό τους ρόλο στην καταπολέμηση της κακοποίησης, εκφράζοντας θετικές απόψεις για τη δυνατότητά τους να παρέχουν υποστήριξη και να επηρεάσουν θετικά τις κοινωνικές αντιλήψεις για την αποδοχή της βίας. Ωστόσο, υπάρχει και ένα μέρος των επαγγελματιών που αισθάνεται άβολα στο να ανοίγει συζητήσεις σχετικά με τη βία από στενούς συντρόφους, αντανakλώντας πιθανή έλλειψη εκπαίδευσης ή αυτοπεποίθησης για την αντιμετώπιση τέτοιων ζητημάτων.

Όμοια με την παρούσα έρευνα, η μελέτη των Dwivedi και συνεργατών (2023) διαπίστωσε ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο αντιμετώπισης και υποστήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, καθώς είναι οι πρώτοι οι οποίοι τους προσφέρουν φροντίδα. Σε κάθε περίπτωση, η

εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να μετασχηματίσει τις απόψεις και τις στάσεις τους απέναντι στα θύματα κακοποίησης, καθώς τον τρόπο υποστήριξης τους.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο αφορά τον βαθμό που η ύπαρξη ελλειμμάτων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει τον τρόπο αντιμετώπισης των θυμάτων κακοποίησης, η παρούσα μελέτη διαπίστωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν μια ουδέτερη και επιφυλακτική στάση, αναφορικά με το αν γνωρίζουν πως θα πρέπει να ενεργήσουν, κατά την επαφή τους με θύμα κακοποίησης, το οποίο υποδηλώνει την ύπαρξη αβεβαιότητας μεταξύ των επαγγελματιών, το οποίο μπορεί να αποδοθεί είτε σε ελλιπή εκπαίδευση ή εμπειρία. Σε αυτή την γραμμή οι ίδιοι οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι δεν τους παρέχεται εκπαίδευση στον τρόπο αναγνώρισης θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και στον τρόπο διαχείρισής τους, ενώ ένας στους δέκα ήταν αυτοί που υποστήριξαν ότι είχαν εκπαίδευση.

Όπως επισημαίνει η μελέτη των Divakar και συνεργατών (2019), περίπου το 80% των επαγγελματιών υγείας δεν έχουν λάβει ποτέ καμία εκπαίδευση, σχετικά με τη διαχείριση αυτού του μείζονος ανησυχίας για τη δημόσια υγεία. Ενώ, κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ψηφιακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην ενδοοικογενειακή βία, σε σύγκριση με αυτή των παραδοσιακών τρόπων ή της μη παρέμβασης, φάνηκε ότι έχει πολλά να προσδώσει στους επαγγελματίες υγείας σε επίπεδο διαχείρισης.

Στο πέμπτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο αναφέρεται στα εμπόδια στη διερεύνηση ή παροχή φροντίδας σε κακοποιημένα άτομα και κατά πόσο η υφιστάμενη οργάνωση των δομών υποστήριξης, είναι κατάλληλη για την φιλοξενία των θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ανησυχία πως η εξέταση για ενδοοικογενειακή βία θα καταναλώσει υπερβολικό χρόνο, δεν φαίνεται να απασχολεί τους περισσότερους. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών εκφράζει φόβο για την πιθανότητα προσβολής του ασθενούς κατά την ενδελεχή διερεύνηση του θέματος. Αυτό καταδεικνύει την ανάγκη για ανάπτυξη στρατηγικών και τεχνικών που θα επιτρέψουν την ασφαλή και διακριτική διερεύνηση τέτοιων καταστάσεων, χωρίς να προσβάλλεται η αξιοπρέπεια των ασθενών και να παραβιάζεται η ιδιωτικότητάς τους. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας αντιμετωπίζει δυσκολίες ως προς την απομόνωση των ασθενών όταν αυτοί συνοδεύονται. Άποψη η οποία αναδεικνύει τη σημασία ύπαρξης κατάλληλων χώρων και μεθόδων, που θα εξασφαλίζουν

την διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών σε ευαίσθητες καταστάσεις, κάτι που είναι κρίσιμο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας.

Σε σχετική έρευνα η οποία δημοσιεύτηκε στο *British Journal of Nursing* τον Ιούλιο του 2020, προβλήθηκαν τα πιθανά εμπόδια που δεν επιτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας να ελέγχουν τις γυναίκες για ενδοοικογενειακή κακοποίηση, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η «έλλειψη κατάρτισης και εκπαίδευσης» ήταν τα πιο διαδεδομένα.

Τέλος για το έκτο ερευνητικό ερώτημα και τη συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με την αναγνώριση θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και μάλιστα όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι οι συμμετέχοντες στη μελέτη, τόσο περισσότερο σύμφωνοι είναι ότι μπορούν να αναγνωρίσουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Ωστόσο, δεν φαίνεται να έχουν διερευνηθεί στην υφιστάμενη βιβλιογραφία – διεθνή και εγχώρια, οι παράγοντες οι οποίοι ενισχύουν την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να μπορούν να αναγνωρίσουν ένα περιστατικό βίας. Έχει μελετηθεί σε κάποιο βαθμό κυρίως το επίπεδο ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας, για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης (Renner et al., 2019, Hegarty et al., 2020).

Από την άλλη πλευρά, μέσω των συσχετίσεων που διενεργήθηκαν στα πλαίσια της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, διαπιστώθηκε η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ του φύλου των επαγγελματιών υγείας, με την ικανότητα τους να αναγνωρίσουν έναν ασθενή – θύμα κακοποίησης. Δηλαδή, το φύλο σχετίζεται με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν ένα θύμα ενδοοικογενειακής βίας. Το παραπάνω εύρημα ταυτίζεται με τα αποτελέσματα της μελέτης των Yousefnia και συνεργατών (2018), που έδειξαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της καλύτερης κατανόησης των θυμάτων βίας, είτε της αίσθησης ευθύνης έναντι των κοινωνικών βλαβών. Αντίθετα, υπήρξε θετική σχέση μεταξύ της εργασιακής εμπειρίας και της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε η ύπαρξη μη σύνδεσης του μορφωτικού επιπέδου των επαγγελματιών υγείας, με την ικανότητα τους για αναγνώριση ενός περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας στον χώρο του Νοσοκομείου. Αντίθετα, διαπιστώθηκε ότι, η ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζει την ικανότητα τους να αναγνωρίσουν πιο γρήγορα και εύστοχα ένα περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας στον

χώρο του Νοσοκομείου. Αυτό φαίνεται και στην μελέτη των Notko και συνεργατών (2021), όπου διαπιστώθηκε ότι, κάθε επαγγελματική ομάδα αντιλαμβάνεται την ενδοοικογενειακή βία από τη δική της οπτική γωνία, που συνδέεται με τη θέση της στον τομέα, τα βασικά της καθήκοντα, τις θεσμικές πρακτικές και τις οργανωτικές δομές. Αντίστοιχα και οι επαγγελματίες υγείας, ανάλογα με την ιδιότητα τους. Ενώ, επιβεβαιώνεται για πολλαπλή φορά πως, η επιτυχημένη διεπαγγελματική συνεργασία εντός των μονάδων υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την αναγνώριση και διαχείριση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Απαιτεί ολοκληρωμένη γνώση και εκπαίδευση για την ενδοοικογενειακή βία ως φαινόμενο, για τα καθήκοντα των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, καθώς ανοχή και ευελιξία στις κοινές προσπάθειές τους.

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι υπηρετούν στο Μποδοσάκειο Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, υποστήριξαν ότι η αναγνώριση των θυμάτων κακοποίησης, ο συνεχής έλεγχος των ασθενών – θυμάτων και ιδιαίτερα των γυναικών, η διατύπωση ερωτημάτων σε κάθε επίσκεψη και η παροχή καθοδήγηση και συμβουλών, εμπίπτει στις αρμοδιότητές τους, Ωστόσο, δεν θεωρούν ότι λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη και ενθάρρυνση από το εργασιακό τους περιβάλλον. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι, η ηγεσία των μονάδων υγείας, θα πρέπει να ενθαρρύνει περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας για άμεση αναγνώριση των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, την παροχή βοήθειας κατά προτεραιότητα, όπως αντίστοιχα για την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας, ώστε το θύμα να κατανοήσει ότι αυτές οι συμπεριφορές είναι μη αποδεκτές και μη ασφαλείς για την υγεία και ευημερία τους. Εύρημα το οποίο επαληθεύεται στην μελέτη των Kujala και συνεργατών (2019), οι οποίοι κατέδειξαν ότι μολονότι η αποτελεσματική ηγεσία στην υγεία συνιστά παράγοντα κλειδί, για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των επαγγελματιών υγείας, εντούτοις λίγη προσοχή έχει δοθεί στον ρόλο των ηγετών.

Συνεπώς, αναμφίβολα μέσω της παρούσας ερευνητικής μελέτης γίνεται πλήρως κατανοητό ότι, οι ποικίλες προκλήσεις που δημιουργεί το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, στην αναγνώριση και βέλτιστη αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης εντός των μονάδων υγείας, απαιτούν άμεσα προσαρμοσμένες προσεγγίσεις και στοχευμένες πολιτικές, με σκοπό την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας, μέσω ειδικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης, όπως αντίστοιχα την ενίσχυση των πρωτοκόλλων δράσης.

Παράλληλα, διαπιστώνεται η ανάγκη συνεχούς βελτίωσης - αναβάθμισης των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και συγκεκριμένων νοσοκομειακών τμημάτων, τα οποία έρχονται πρώτα σε επαφή με τους ασθενείς κατά την προσέλευση τους σε αυτά (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εξωτερικά ιατρεία, μαιευτικές κλινικές). Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα για την ενίσχυση της συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτές οι βελτιώσεις πιστεύεται ότι είναι υψίστης κρίσιμης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και την παροχή της καλύτερης δυνατής υποστήριξης στα θύματα, εντός των μονάδων υγείας όλων των βαθμίδων.

## Συμπεράσματα

Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, κρίνεται αναγκαία η παροχή σαφούς καθοδήγησης προς τους επαγγελματίες υγείας, να εντοπίσουν πιθανά θύματα, να ξεκινήσουν μια ευαίσθητη τακτική έρευνα και να φωτίσουν κάποιες πτυχές της κακοποίησης. Εντός αυτού του πλαισίου, το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας (NHS), το 2017 δημοσίευσε ένα εγχειρίδιο με τίτλο «Απάντηση στην ενδοοικογενειακή κακοποίηση: Πηγή για επαγγελματίες υγείας», το οποίο βασίζεται στις συστάσεις που διατυπώνονται στην κατευθυντήρια γραμμή του Εθνικού Ινστιτούτου για την Υγεία και την Αριστεία Φροντίδας (NICE):, αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία και την κακοποίηση: εργασία πολλών φορέων. Ο πόρος απευθύνεται σε όλο το προσωπικό του NHS και σε όσους παρέχουν υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από αυτό.

Όπως διαπιστώνεται μέσω πολυάριθμων μελετών στην διεθνή βιβλιογραφία, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση και διαχείρισης των ασθενών - θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, είναι καθοριστικής σημασίας. Ωστόσο, δεν φαίνεται να έχει δοθεί η δέουσα προσοχή από την επιστημονική και ερευνητική κοινότητα, όσον αφορά την εκπαίδευση – επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, ανάλογα με την ειδικότητα τους (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) και το τμήμα στο οποίο απασχολούνται στις μονάδες υγείας, καθώς και τις στρατηγικές οι οποίες θα μπορούσαν να ακολουθηθούν για την υποστήριξη των θυμάτων βίας.

Συνεπώς, μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υφιστάμενων προγραμμάτων και των κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς και στον βαθμό που αυτές συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας, στην βέλτιστη διαχείρισης περιστατικών κακοποίησης, εντός του νοσοκομείου. Απώτερος σκοπός είναι η σχεδίαση νέων περισσότερο στοχευμένων και καινοτόμων προγραμμάτων εσωτερικής επιμόρφωσης - κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, ανάλογα με την ειδικότητα και το τμήμα εργασίας τους.

Ενώ, θα ήταν ωφέλιμο να μελετηθεί ο βαθμός επίδρασης της εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά την ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των περιστατικών βίας, καθώς και στην ενίσχυση του επιπέδου ενσυναίσθησης και κατανόησης των ψυχολογικών και κοινωνικών δυναμικών που εμπλέκονται. Μια τέτοιου είδους έρευνα, θα μπορούσε να υλοποιηθεί πρωτίστως στις δημόσιες μονάδες

ΠΦΥ της χώρας και σε δεύτερο χρόνο στις μονάδες υγείας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματικές εκπαιδευτικές στρατηγικές παρεμβάσεις, ώστε να βελτιωθεί η ικανότητα απόκρισης των επαγγελματιών υγείας σε περιστατικά βίας, όπως αντίστοιχα να διευκολυνθεί η ορθή καθοδήγηση - προώθηση των θυμάτων στις κατάλληλες υπηρεσίες και δομές προστασίας.

Ενώ, σημαντικό πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος συνιστά η μελέτη της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών φορέων (υγεία, αστυνομία, δικαιοσύνη, κοινωνικές υπηρεσίες) για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να προσφέρει σημαντικά ευρήματα. Η έρευνα αυτή θα μπορούσε να επικεντρωθεί στις προκλήσεις και τις βέλτιστες πρακτικές για τη βελτίωση της διατομεακής συνεργασίας. Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιο συντονισμένες και αποτελεσματικές προσπάθειες για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, βελτιώνοντας τη συνολική απόκριση του συστήματος υγείας και της κοινωνίας.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

Βιβιλάκη, Β., Δάγλα, Μ., & Πατελάρου, Ε. (2008). Βία κατά των γυναικών. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. *Νοσηλευτική*, 47(2), 175-180.

Ελληνική Αστυνομία. (2023). Στατιστική Επετηρίδα Ελληνικής Αστυνομίας. Πρόσβαση την 6/07/2024. Διαθέσιμο από: <https://www.astynomia.gr/file/2024/04/epetirida2023.pdf>

Λιόνης, Χ., Πετρίδου, Ε., Κογεβίνας, Μ., Φιλαλήθης, Α., Τζανάκης, Ν., Μπάστα, Μ., & Παπαγεωργίου, Π. (2013). Η εμπλοκή των υπηρεσιών ΠΦΥ στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας και στην βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. [Διδακτορική Διατριβή], Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.

Μπαχαράκη, Γ. (2021-2022). Ενδοοικογενειακή βία : Οι ψυχικοί παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση βίας. Χαρακτηριστικά θύτη. Οι επιπτώσεις της πανδημίας σε αυτούς. [Διπλωματική Εργασία], Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.

Παπαγιαννοπούλου, Ε., & Γκούβα, Μ. (2009). Οι επαγγελματίες υγείας και η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. *Interscientific Health Care*, 1(2), 51-55.

Σακελλαρόπουλος, Θ., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε., Θωμάς, Δ., Κυριαζής, Σ., & Φιλιοπούλου, Μ. (2012). Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Αθήνα: Κοινωνικό Πολύκεντρο.

### Ξενόγλωσση

Abrams, L. (1999). Crime against marriage? Wife-beating, the law and divorce in nineteenth-century Hamburg. In M. Arnot, C. Usborne (Ed.). *Gender and crime in modern Europe*. London: Routledge

Afifi, T.O., MacMillan, H., & Cox, B. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398-417.

Arias, I., & Corso, P. (2005). Average cost per person victimization by an intimate partner of the opposite gender: A comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4), 379-91.



- Amussen, S.D. (1994). Being stirred to much unquietness: Violence and domestic violence in Modern England. *Journal of Women's History*, 6(2), 70-89.
- Basile, K., Smith, S., Wang, J., & Friar, N. (2022). Characteristics and impacts of sexual violence and stalking victimization by the same perpetrator using nationally representative sample. *Journal of Aggress Maltreat Trauma*, 32(9), 1271-1284.
- Benbow, S., Bhattacharyya, S., & Kingston, P. (2018). What's in name? Family violence involving older adults. *The Journal of Adult Protection*, 20(56), 187-192.
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC public health*, 12, 473.
- Black, M., Basile, K., Breiding, M., & Ryan, G. (2014). Prevalence of sexual violence against woman in 23 States and two US territories. *Violence Against Woman*, 20(5), 485-499.
- Bonomi, A., Anderson, M. Reid, J., Rivara, F., Carrell, D., & Thompson, R. (2009). Medical and psychological diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 7-1692.
- Bradley, N. L., DiPasquale, A. M., Dillabough, K., & Schneider, P. S. (2020). Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(22), E609–E610.
- Brienes, I., Connell, R., & Eide, I. (2000). *Male roles, masculinity and violence*. Paris: UNESCO.
- Bouta, T., Frerks, G., & Bannon, I. (2005). *Gender, conflict, and development*. Washington: The World Bank.
- Chatzisyneonidis, S., & Kioskli, K. (2023). An observational study of domestic violence in Greece during Covid-19 through police records: The profile of heinous crimes between nuclear and extended family relationships. *Policing*, 17(1), 1-17.
- Council of Europe (2011). Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention).

Council of Europe (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, and its explanatory report. *Council of Europe Treaty*, Series No 10.

Dim, E.E., & Elabor-Idemudia, P. (2018). Prevalence and predictors of psychological violence against male victims in Canada. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 27(8), 546-866.

Divakar, U. et al. (2019). Digital education of health professionals on the management of domestic violence: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13868.

Draucker, C. B. (2020). A Feasibility Test of an Online Intervention to Prevention Dating Violence in Emerging Adults. *Archives of Psychiatry Nursing*, 33(1), 37–45.

Duarte, M.C. et al. (2015). Gender and violence against women in nursing literature: a review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. pp.297-303.

EUCPN (2013). Ευρωπαϊκό δίκτυο πρόληψης του εγκλήματος. Αντιμετώπιση ενδοοικογενειακής βίας στην Ε.Ε. – πολιτικές και πρακτικές. Βρυξέλλες: Γραμματεία EUCPN.

European Commission (2016). Eurobarometer. Available at: <http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/PublicOpinion/index.cfm/Chart/getChart/themeKy/18/groupKy/88>

EIGE (2017). Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence.

European Institute for Gender Equality (2013). Gender Equality Index — Report

European Institute for Gender Equality (2022). Combating coercive control and psychological violence against women in the EU Member Stat.

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey — Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Union (2024). Violence against women and domestic violence.

Feder, G., Lucas d'Oliveira, A. F., Rishal, P., & Johnson, M. (2021). Domestic violence during the pandemic. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n722.

- Giovanoglou, S. (2011). Prosecutors as Mediators in Domestic Violence Misdemeanors and the Alteration of a Restorative Justice Practice. In A.E. Chalkia (ed.). *The Contemporary Criminality, Its Confrontation and the Science of Criminology*. Essays in Honor of Professor James Farsedakis. Athens: Nomiki Bibliothiki.
- Goodman, L.B., Cattaneo, K., Thomas, J., Woulfe, S.K., & Chong, K.F. Smyth (2015). Advancing domestic violence program evaluation: Development and validation of the Measure of Victim Empowerment Related to Safety (MOVERS). *Psychology of Violence*, 5(4), 355.
- Jack, S. et al. (2017). 'Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 1-22.
- Hall, D., & Malcom, E. (2020). Sexual and family violence in Europe. In: R, Antony., Carroll, S., & Pennock C.D. (2020). *The Cambridge world history of violence*. Cambridge: University Press.
- Harland, K.K., Peek-Asa, C., & Saftlas, A.F. (2021). Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors Experienced by Emergency Department Patients: Differences by Sexual Orientation and Gender Identification. *Journal of Interpersonal Violence* 36(11-12), 125-143.
- Hayes, B., & Kopp, P.M. (2019). Gender differences in the effect of past year victimization on self-reported physical and mental health: Findings from the 2010 national intimate partner and sexual violence survey. *American Journal of Criminal Justice*, 45, 293-312.
- Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Heger, D. (2000). Violence Against Women Act 1994. University of Missouri. USA.
- Heron, R., Eisma, M., & Browne, K. (2022). Why do female domestic violence victims remain in or leave abusive relationships? A qualitative study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(5), 677-694.
- Hooker, L. (2020). Health practitioner's readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *Plos One*, 15(6), 1-26.
- Hudspeth, N., Cameron, J., Baloch, S., Tarzia, L., & Hegarty, K. (2022). Health practitioners' perceptions of structural barriers to the identification of intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 22(1), 96.

- Kalra, G., & Bhugra, D. (2013). Sexual violence against women: Understanding cross-cultural intersections. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 244-249.
- Karakurt, G., & Silver, K. (2013). Emotional abuse in intimate relationships: The role of gender and age. *Violence and Victims*, 28(5), 804-821.
- Kleinberg, S. J. (1999). The Industrial Era. In Kleinberg, S. J. *Women in the United States, 1830– 1945* (p. 143). New Jersey: Rutgers University Press
- Krantz, G., & Garcia – Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(10), 818-821.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J. et al (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A., ... & Kraus, J. F. (2017). Risk factors for injury to women from domestic violence. In *Domestic Violence* (pp. 145-151). Routledge.
- Loue, S. (2001). Theories of causation. *Intimate Partner Violence: Societal, Medical, Legal, and Individual Responses*, 21-35.
- Maddern, P. (1992). *Violence and Social Order: East Anglia*. Oxford: Clarendon Press.
- Martín-Fernández, M., Gracia, E., & Lila, M. (2019). Psychological intimate partner violence against women in the European Union: A cross-national invariance study', *BMC Public Health*, 19(1739), 1–11.
- McLindon, E., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2018). «It happens to clinicians too”: an Australian prevalence study of intimate partner and family violence against health professionals. *BMC Women's Health*, 18 (1), 113.
- Montesanti, S., Goveas, D., Bali, K., & Campbell, S. (2023). Exploring factors shaping primary health care readiness to respond to family violence: Findings from a rapid evidence assessment. *Journal of Family Violence*,
- Mshweshwe, L. (2020). Understanding domestic violence: masculinity, culture, traditions. *Heliyon*, 6(10), 1-5.
- New York Times (2014). "Domestic violence in the Times: From civil unrest to spouse abuse”.

- Nicolaidis, C., Raymaker, D. M., Ashkenazy, E., McDonald, K. E., Dern, S., Baggs, A. E., Kapp, S. K., Weiner, M., & Boisclair, W. C. (2015). "Respect the way I need to communicate with you": Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism: the international journal of research and practice*, 19(7), 824–831.
- Notko, M., Husso, M., Piipo, S., Fagerlund, M., & Houtsonen, J. (2021). Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of Interprofessional Care*, 36(1), 15-23.
- Phillips, J., Dunkley, A., Lorimer, C., Muller, D. (2015). Domestic violence in Australia: issues and policy challenges. Parliamentary library. ISSN 2203-5249.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(602), e647–e655.
- Renner, L., Wang, Q., & Clark, C. (2019). Heath care providers' readiness to identify and repond to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36, 19-20.
- Rutherford, A., Zwi, A., Grove, N., & Butchart, A. (2007). Violence: a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 676-680.
- Sharma, A., & Borah, S.B. (2022). Covid-19 and domestic violence: an indirect path to social and economic crisis. *Journal of Family Violence*, 37, 759-765.
- Waters, H.R., Hyder, A.A., Rajkotia, Y., Basu, S., Butchart, A. (2004). The costs of interpersonal violence – an international review. *Health Policy*, 73(3), 303-315.
- Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359(9113), 1232-1237.
- United Nations (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*. United Nations General Assembly.
- TISOVA (2020). *Analytical Report on Abuse of Older Women in Selected European Countries*. Erasmus + Programme of the European Union.
- Waters, H., Hyder, A., Rajkotia, Y. *et al* (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization.

World Health Organization (2017). Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030).

Yousefnia, N., Nekuei, N., & Farajzadegan, Z. (2018). The relationship between healthcare providers' performance regarding women experiencing domestic violence and their demographic characteristics and attitude towards their management. *Journal of Injury and Violence*, 10(2), 113-118.

Zwi, A., Garfield, R., & Loretto, A. (2002). Collective violence. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, *et al* eds. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

## Παράρτημα Ι – Ερωτηματολόγιο

---

### Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη

---

Αγαπητέ/η,

Καλείστε να συμμετάσχετε στη μελέτη που διεξάγεται για την υλοποίηση της Διπλωματικής μου Εργασίας, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), με θέμα «*Μορφές ενδοοικογενειακής βίας. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης*» και αποτελεί την μου εργασία, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Τριγώνη Μαρία .

**Σκοπός** της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι, η ανίχνευση του βαθμού στον οποίο, οι αντιλήψεις και τα προσωπικά βιώματα των επαγγελματιών υγείας καθώς και η στάση τους απέναντι στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας. Ενώ εξετάζεται κατά πόσο η ύπαρξη ελλειμμάτων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, επιδρά στην αντιμετώπιση των θυμάτων κακοποίησης. Όπως αντίστοιχα, κατά πόσο η οργάνωση των υφιστάμενων δομών υποστήριξης\, είναι η κατάλληλη για την φιλοξενία των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας

Σε κάθε περίπτωση, η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, θα διατηρηθεί η ανωνυμία σας και τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Δεδομένου ότι, η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης, θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα που τίθενται.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

- ☐ Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη
- ☐ Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

**Βράντση Σοφία**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΕΑΠ**

**Μέλος**

## **A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά:**

### **1. Ποιο είναι το φύλο σας;**

- i) Άνδρας
- ii) Γυναίκα

### **2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;**

- i) 18-25
- ii) 26-32
- iii) 33-45
- iv) 46-55
- v) 56-67
- vi) Πάνω από 68

### **3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- i) Άγαμος-η
- ii) Έγγαμος-η
- iii) Διαζευγμένος-η
- iv) Χήρος-α

### **4. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;**

- i) Απόφοιτος γυμνασίου
- ii) Απόφοιτος λυκείου
- iii) Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης(π.χ. ΙΕΚ, Επαγγελματικές σχολές)
- iv) Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
- v) Κάτοχος μεταπτυχιακού
- vi) Κάτοχος Διδακτορικού

### **5. Ποια είναι η επαγγελματική σας θέση;**

- i) Βοηθητικό προσωπικό
- ii) Νοσηλευτικό προσωπικό
- iii) Προϊστάμενος-η
- iv) Γιατρός
- v) Διευθυντής

### **6. Η επαγγελματική εμπειρία σας σε έτη είναι:**

- i) 0-5
- ii) 5-10
- iii) 10-15
- iv) 15-20
- v) Πάνω από 20



**7. Το ωράριο εργασίας σας είναι κυλιόμενο;**

- i) Ναι
- ii) Όχι

**B. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενδοοικογενειακή βία:**

**8. Μπορείτε να αναγνωρίσετε ένα περιστατικό βίας κατά των γυναικών;**

- Ποτέ
- Σχεδόν ποτέ
- Κάποιες φορές
- Σχεδόν πάντα
- Πάντα

**9. Μπορεί η κακοποίηση να αποτελεί αιτία άλλων ιατρικών προβλημάτων;**

- Ποτέ
- Σχεδόν ποτέ
- Κάποιες φορές
- Σχεδόν πάντα
- Πάντα

**10. Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν, αν έρθουν σε επαφή με ένα θύμα κακοποίησης;**

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

**11. Δεν είναι στην αρμοδιότητα του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει θύματα κακοποίησης.**

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

**12. Στον χώρο εργασίας τους οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρκετή υποστήριξη ώστε να αντιμετωπίζουν τα θύματα κακοποίησης;**

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

**13. Ποιες από τις παρακάτω ήταν οι ενέργειες που κάνατε όταν διαπιστώσατε κακοποίηση σε ασθενή( Οι απαντήσεις μπορεί να είναι παραπάνω από μία).**

- Εκτίμησα τη σοβαρότητα της κατάστασης
- Προμήθευσα τον ασθενή με ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια)
- Πληροφόρησα τον ασθενή πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα/διευθύνσεις)
- Πήρα φωτογραφίες που επιβεβαιώνουν την κακοποίηση του ασθενή
- Έκανα εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο
- Κατέγραψα τις παρατηρήσεις μου στον φάκελο του ασθενή
- Δεν έκανα τίποτα
- Άλλο

**14. Γίνεται η σχετική εκπαίδευση και ενημέρωση στους επαγγελματίες υγείας πώς να αναγνωρίζουν και να βοηθούν σωστά τα θύματα κακοποίησης.**

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

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

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Να ελέγχει τις γυναίκες ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη για έλεγχο ρουτίνας της υγείας τους.					

Να ελέγχει όλους τους ασθενείς με χρόνιο πόνο σχετικά με την πιθανότητα να υφίσταται ενδοοικογενειακή βία.					
Να ρωτάει για ενδοοικογενειακή βία, κάθε φορά που παρουσιάζεται τραύμα, άσχετα με την αιτία που δηλώνει ο/η ασθενής.					
Να ρωτάει για ενδοοικογενειακή βία σε κάθε επίσκεψη.					
Εάν η/ο ασθενής έχει αποκαλύψει περιστατικό κακοποίησης, να μεριμνήσει αμέσως για καταφύγιο/ ξενώνα φροντίδας κακοποιημένων ατόμων.					
Να δηλώσει στον/ στην ασθενή ότι η συμπεριφορά βίας του συντρόφου του δεν είναι αποδεκτή.					
Να ενημερώνει τον ασθενή ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για την υγεία του/ της.					
Να παρακολουθεί την εξέλιξη του ασθενή μετά την παραπομπή του σε σχετικό φορέα.					
Να ενημερώνει τον/ την ασθενή για την αναγκαιότητα να αφήσει μια σχέση που εμπεριέχει βία.					

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

	Πολύ Δύσκολο	Δύσκολο	Δεν ξέρω Δεν απαντώ	Εύκολο	Πολύ Εύκολο
Μια γυναίκα με χαμηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο που είναι εξαρτημένη οικονομικά από τον σύντροφο της.					
Μια μορφωμένη μεσαίας τάξης μητέρα δύο παιδιών.					
Ένας/ Μια άγαμος επαγγελματίας με σπουδαία καριέρα.					
Ένας/ Μια μορφωμένος ομοφυλόφιλος.					
Μια γυναίκα που πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη.					
Ένας έγγαμος άνδρας με σταθερό εισόδημα.					
Μια γυναίκα με σοβαρές σωματικές αναπηρίες.					
Ένας άνδρας με σοβαρές σωματικές αναπηρίες.					

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

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Δεν έχω αρκετό χρόνο να διερευνήσω τους ασθενείς για ενδοοικογενειακή βία.					
Φοβάμαι πως θα προσβάλω την/ τον ασθενή αν τον ρωτήσω για ενδοοικογενειακή βία.					
Μου είναι δύσκολο να απομονώσω την /τον ασθενή όταν συνοδεύεται από τον σύντροφό του.					
Ανησυχώ ότι μια μαρτυρία για ενδοοικογενειακή βία θετική θα ξοδέψει πολύ από τον χρόνο μου.					
Δεν αισθάνομαι ότι μπορώ να βοηθήσω μία/ έναν ασθενή που βρίσκεται σε σχέση κακοποίησης.					
Πιστεύω ότι οι ασθενείς που κακοποιούνται δύσκολα μπορούν να αλλάξουν την κατάστασή τους.					
Θα νιώσω ότι έχω σπαταλήσει τον χρόνο μου, αν προσπαθήσω να βοηθήσω έναν ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης κι αυτός/η παραμένει στην σχέση του.					
Δεν έχω τα μέσα και την γνώση να αντιμετωπίσω έναν ασθενή που αποκαλύπτει την κακοποίηση που υφίσταται.					
Δεν υπάρχει υπηρεσία/οργανισμός στον οποίο μπορώ να κατευθύνω έναν ασθενή που έχει πέσει θύμα βίας.					
Με ενδιαφέρει περισσότερο, να αντιμετωπίσω τα προβλήματα υγείας των ασθενών μου παρά τις προσωπικές τους (δύσκολες) σχέσεις.					

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

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Σχεδόν Πάντα	Πάντα	Δεν απαντώ
Τραυματισμοί (μώλωπες, αμυχές, κ.α.)						
Χρόνιο πνευλικό άλγος						
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου						

Πονοκέφαλοι						
Κατάθλιψη/ ανησυχία						
Ασθένεια στεφανιαίων αρτηριών						
Εξέταση ρουτίνας (check-up)						
Προγεννητικός έλεγχος						

**19. Πόσο σύμφωνοι είστε με τις ακόλουθες δηλώσεις; Παρακαλούμε να σημειώσετε την απάντηση που αντιπροσωπεύει περισσότερο την γνώμη σας.**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι περιορισμένος αναφορικά με την βοήθεια που μπορεί να παρέχει σε θύματα κακοποίησης.					
Έχω τη δυνατότητα να συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως υποβόσκουσα αιτία σωματικής πάθησης.					
Αν έρθω σε επαφή με ασθενή που είναι θύμα κακοποίησης, δεν ξέρω τι να κάνω.					
Νιώθω άνετα να συζητάω για βία που προέρχεται από στενό σύντροφο με τους ασθενείς μου.					
Διαδραματίζω σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση περιστατικών κακοποίησης.					
Με το να αντιμετωπίζω περιστατικά κακοποίησης, στέλνω ένα μήνυμα στην κοινότητα, ότι η βία δεν είναι αποδεκτή.					
Δεν θα έπρεπε να είμαι υπεύθυνος για να αναγνωρίσω θύματα κακοποίησης.					
Μπορώ να κατευθύνω σωστά θύματα κακοποίησης σε αρμόδιες υπηρεσίες.					
Πιθανότατα θα χρειαζόταν να κάνω αρκετές προσπάθειες για να βοηθήσω έναν ασθενή να αναγνωρίσει μια σχέση βίας.					
Μπορώ να αναγνωρίσω τα θύματα κακοποίησης.					
Δεν έχω τον χρόνο να διερευνήσω την πιθανότητα κακοποίησης κατά την άσκηση του επαγγέλματος μου.					
Υπάρχουν στρατηγικές που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να ενθαρρύνω τα θύματα κακοποίησης να αναζητούν βοήθεια.					
Έχω πρόσβαση σε δομημένες υπηρεσίες της κοινότητας που ασχολούνται με την κακοποίηση.					
Μπορεί κάποιος να πέσει θύμα κακοποίησης μόνο εφόσον το επιλέξει.					
Φοβάμαι πως θα προσβάλω τον ασθενή αν τον ρωτήσω για την πιθανότητα να είναι θύμα κακοποίησης.					

Έχω ασθενείς με προσωπικότητες επιρρεπείς στην αποδοχή της βίας.					
Στην εργασία μου δεν παρέχεται αρκετή υποστήριξη στην αντιμετώπιση θυμάτων κακοποίησης.					
Καταγράφω τις δηλώσεις των ασθενών για το πώς προκλήθηκαν τραύματα σχετιζόμενα με βίαιες συμπεριφορές.					
Οι σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με ενδοοικογενειακή βία, υπαγορεύουν την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως προς την πρόληψη αυτών.					
Κάθε ασθενής μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης.					
Υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω ένα ασθενή να αναγνωρίσει την βία- κακοποίηση.					
Το να ρωτάς έναν ασθενή για την πιθανότητα ενδοοικογενειακής βίας είναι προσβολή της ιδιωτικότητας των ανθρώπινων δικαιωμάτων του.					

**20. Τους τελευταίους 6 μήνες, έχετε διαπιστώσει ότι κάποιος ασθενής έχει πέσει θύμα κακοποίησης;**

- i) Ναι
- ii) Όχι
- iii) Δεν είμαι σίγουρος

**21. Αν ναι, πόσοι;**

- a. Κανένα
- b. 1-5
- c. 6-10
- d. 11-20
- e. Πάνω από 20

**22. Τι από τα παρακάτω κάνατε;(Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις)**

- a. Υπέδειξα στον ασθενή άλλη υπηρεσία
- b. Εκτίμησα την σοβαρότητα της κατάστασης
- c. Προμήθευσα τον ασθενή με ενημερωτικό υλικό (φυλλάδια)
- d. Πληροφόρησα τον ασθενή πως μπορεί να έρθει σε επαφή με την τοπική αρμόδια συμβουλευτική υπηρεσία ή υπηρεσίες αντιμετώπισης κρίσης (τηλέφωνα- διευθύνσεις)
- e. Πήρα φωτογραφίες που επιβεβαιώνουν την κακοποίηση του ασθενή
- f. Έκανα εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο
- g. Κατέγραψα τις παρατηρήσεις μου στον φάκελο του ασθενή
- h. Δεν έκανα τίποτα

**23. Αν υποδείξατε κάποια υπηρεσία, τότε ποια ήταν αυτή;**

1. Κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου
2. Δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας
3. Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών
4. Υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων
5. Αστυνομία
6. Νομική βοήθεια, Ιδιώτες δικηγόροι
7. Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες
8. Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων
9. Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης
10. Καμία

**24. Ποια από τα παρακάτω εμπόδια συναντήσατε;**

1. Ο ασθενής δεν ήθελε να μιλήσει για την κακοποίηση
2. Ο ασθενής αρνήθηκε την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού
3. Δεν είχα την απαραίτητη εκπαίδευση για να αναγνωρίσω την κακοποίηση ως αιτία του τραυματισμού
4. Δεν υπάρχουν αρμόδιες υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων κακοποίησης στην περιοχή μου
5. Φόβο για τις πιθανές συνέπειες της αναφοράς της κακοποίησης

**Γ. Δομές Υποστήριξης:**

**25. Υπάρχουν στο νοσοκομείο υπηρεσίες για κακοποιημένα άτομα;**

- Ναι  
Όχι

**26. Μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να κατευθύνει σωστά τα θύματα κακοποίησης σε αρμόδιες υπηρεσίες;**

- a. Διαφωνώ απόλυτα
- b. Διαφωνώ
- c. Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- d. Συμφωνώ
- e. Συμφωνώ απόλυτα

**27. Έχουν πρόσβαση οι επαγγελματίες υγείας σε υπηρεσίες της κοινότητας που ασχολούνται με την κακοποίηση;**

- a. Διαφωνώ απόλυτα
- b. Διαφωνώ
- c. Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ
- d. Συμφωνώ
- e. Συμφωνώ απόλυτα

**28. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες υποδείξατε στον ασθενή μετά τη διαπίστωση κακοποίησης( Οι απαντήσεις μπορεί να είναι παραπάνω από μία).**

- a. Κοινωνικοί λειτουργεί του νοσοκομείου
- b. Δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- c. Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών
- d. Υπηρεσία προστασίας ενηλίκων
- e. Αστυνομία
- f. Νομική βοήθεια, ιδιώτες δικηγόροι
- g. Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες
- h. Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων
- i. Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης
- j. Δεν ξέρω/ Δεν είμαι σίγουρος/ή

**29. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στην περιοχή σας.( Οι απαντήσει μπορεί να είναι παραπάνω από μία).**

- 1. Κοινωνικοί λειτουργεί του νοσοκομείου
- 2. Δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- 3. Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών
- 4. Υπηρεσία προστασίας ενηλίκων
- 5. Αστυνομία
- 6. Νομική βοήθεια, ιδιώτες δικηγόροι
- 7. Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες
- 8. Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων
- 9. Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης
- 10. Δεν ξέρω/ Δεν είμαι σίγουρος/ή

**30. Σε ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες έχουν πρόσβαση οι επαγγελματίες υγείας. ( Οι απαντήσει μπορεί να είναι παραπάνω από μία).**

- a. Κοινωνικοί λειτουργεί του νοσοκομείου
- b. Δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- c. Καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών
- d. Υπηρεσία προστασίας ενηλίκων
- e. Αστυνομία
- f. Νομική βοήθεια, ιδιώτες δικηγόροι
- g. Άλλες κοινοτικές υπηρεσίες
- h. Υπηρεσίες βοήθειας θυμάτων
- i. Τηλεφωνική γραμμή βοήθειας θυμάτων κακοποίησης
- j. Δεν ξέρω/ Δεν είμαι σίγουρος/ή

**31. Αξιολογήστε από το 1(=Καθόλου) μέχρι το 5(=Πάντα/Απόλυτα) κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις, ανάλογα με το τι πιστεύεται για κάθε μια από αυτές.**

	1	2	3	4	5
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες και δομές είναι επαρκείς σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για την εξυπηρέτηση των γυναικών που υφίστανται βία.					
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την εφαρμογή της υπάρχουσας νομοθεσίας για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα για το θέμα της Ποινικής Διαμεσολάβησης;					



Πόσο πληροφορημένες είναι οι γυναίκες στην Ελλάδα για την ύπαρξη δομών υποστήριξης των θυμάτων βίας;					
Πιστεύεται ότι οι εμπλεκόμενοι φορείς έχουν πλήρη επιστημονική γνώση και επαρκή κατάρτιση ώστε να ανταποκριθούν στην επίλυση δύσκολων και σύνθετων καταστάσεων;					
Πόσο ικανοποιητική κρίνεται την ανταπόκριση των υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, νοσοκομεία, Δικαιοσύνη) σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης έκφυλης βίας;					

**32. Αξιολογήστε από το 1(=Καθόλου) μέχρι το 5(=Πάντα/Απόλυτα) κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις, ανάλογα με το τι πιστεύεται για κάθε μια από αυτές.**

	1	2	3	4	5
Η οριζόντια επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης την ενδοοικογενειακής βίας και των αντίστοιχων φορέων (ΓΓΙΦ, ΚΕΘΙ, ΔΗΜΟΙ, οργανώσεις γυναικών) που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό αλλά και σε παρεμφερείς τομείς π.χ. παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε μετανάστριες και γυναίκες πρόσφυγες.					
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των αστυνομικών αρχών.					
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των υπηρεσιών υγείας.					
Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας και των νομικών υπηρεσιών.					
Η διασύνδεση των καθ' ύλην αρμόδιων φορέων για την αντιμετώπιση και πρόληψη των θεμάτων βίας με την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινωνία των πολιτών.					

**Σας ευχαριστώ για τον χρόνο σας!**

## Παράρτημα II – Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

----- Forwarded message -----

Από: **Mary Gouna** <[gouna@uoi.gr](mailto:gouna@uoi.gr)>  
Date: Πέμ 15 Φεβ 2024 στις 9:24 π.μ.  
Subject: Re:  
To: Σοφία βραντση <[vrantsisof@gmail.com](mailto:vrantsisof@gmail.com)>  
Cc: ΕΥΡΙΔΙΚΗ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ <[epapagian@uoi.gr](mailto:epapagian@uoi.gr)>

Αγαπητή Σοφία καλημέρα  
εύχομαι τα καλύτερα για τη μελέτη σου. Είναι ένα θέμα ιδιαίτερα σημαντικό και τα αποτελέσματά σου θα έχουν ιδιαίτερη αξία.  
Μπορείς να χρησιμοποιήσεις το ερωτηματολόγιο και όπως μίλησα με την κ. Παπαγιαννοπούλου θα είναι μεγάλη μας χαρά να σε βοηθήσουμε σε ότι χρειαστείς.  
με εκτίμηση  
Μαίρη Γκούβα

----- Forwarded message -----

Από: **ΕΥΡΙΔΙΚΗ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ** <[epapagian@uoi.gr](mailto:epapagian@uoi.gr)>  
Date: Τετ 14 Φεβ 2024 στις 10:02 π.μ.  
Subject: Re:  
To: Σοφία βραντση <[vrantsisof@gmail.com](mailto:vrantsisof@gmail.com)>

Αγαπητή κα Σοφία Βράντση  
με μεγάλη μου χαρά σας δίνω την άδεια να χρησιμοποιήσετε το Ερωτηματολόγιο με τίτλο « Nicolaidis et al.(2005)-  
RADAR» και σας εύχομαι  
καλή επιτυχία στην εργασία σας και είμαι στη διάθεσή σας για οτιδήποτε χρειαστείτε.

Καλή συνέχεια  
Ευριδίκη Παπαγιαννοπούλου

## Παράρτημα ΙΙΙ – Άδεια επιστημονικής επιτροπής Νοσοκομείου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Από τα πρακτικά της 2<sup>ης</sup> Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

Σήμερα 20 Φεβρουαρίου 2024 ημέρα Τρίτη και ώρα 09:30 συνήλθε το Επιστημονικό Συμβούλιο σε τακτική συνεδρίαση μετά από πρόσκληση της κ. Αντωνιάδου Καλλιόπης Προέδρου του Συμβουλίου.

Πρόεδρος : ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Μέλη: ΓΙΑΝΝΟΥΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ  
ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΠΙΣΑΝΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΤΣΙΠΟΥΡΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ  
ΚΑΛΑΪΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία η πρόεδρος κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου και προχώρησε στη συζήτηση και λήψη αποφάσεων επί του παρακάτω θέματος:

**Απόφαση 15/20-02-2024**

**Θέμα 5<sup>ο</sup>: «Αίτημα έγκρισης εκπόνησης διπλωματικής εργασίας κ. Βράντση Σοφίας».**

Η Πρόεδρος ανέγνωσε στα μέλη την υπ' αριθμ. αίτηση 1659/16-02-2024 (Α.Π/Ε.Σ. 13/16-02-2024) σχετικά με την έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, της κ. Βράντση Σοφίας, με θέμα: «Μορφές ενδο-οικογενειακής βίας: Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο μετά την ενημέρωση, γνωμοδοτεί θετικά με την προϋπόθεση ότι δεν παραβιάζεται ο νόμος περί προσωπικών δεδομένων και δεν υπάρχει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Το παρόν απόσπασμα να κοινοποιηθεί στην 3<sup>η</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας για περαιτέρω ενέργειες.

Η Γραμματέας

ΚΑΛΕΡΙΔΟΥ ΗΣΑΪΑ

Η Πρόεδρος

ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
3η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

#### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Από τα πρακτικά της 3<sup>ης</sup> Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας «ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ»

Σήμερα 19 Μαρτίου 2024 ημέρα Τρίτη και ώρα 10:00 συνήλθε το Επιστημονικό Συμβούλιο σε τακτική συνεδρίαση μετά από πρόσκληση της κ. Αντωνιάδου Καλλιόπης Προέδρου του Συμβουλίου.

**Πρόεδρος :** ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ  
**Μέλη:** ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΓΙΑΝΝΟΥΛΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ  
ΚΑΛΑΪΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΤΣΙΠΟΥΡΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ

Αφού διαπιστώθηκε ότι υπάρχει νόμιμη απαρτία η πρόεδρος κήρυξε την έναρξη της συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου και προχώρησε στη συζήτηση και λήψη αποφάσεων επί του παρακάτω θέματος:

**Απόφαση 22/19-03-2024**

**Θέμα 5<sup>ο</sup>: «Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας κ. Βράντση Σοφίας».**

Η Πρόεδρος ανέγνωσε στα μέλη το υπ' αριθμ. 11525/07-03-2024 (Α.Π.Ε.Σ. 22/12-03-2024) έγγραφο της 3<sup>ης</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας σχετικό με την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της κ. Βράντση Σοφίας, με θέμα: «Μορφές ενδο-οικογενειακής βίας. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο έλαβε γνώση.

Η Γραμματέας

  
ΚΑΛΕΡΙΔΟΥ ΗΣΑΙΑ

Η Πρόεδρος

  
ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ



0000289705

Επιστ. Συμβ.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Γ.Ν. ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ 'ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ' 12/03/2024

Α. Π.: Εισερχ. 2285

Α. Π. Αποστολέα: 11525/07-03-2024

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ημ/νία Αποστολής: 12/03/2024

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 07/03/2024  
ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 11525ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣΔΙΟΙΚΗΣΗ 3<sup>ης</sup> ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ  
Πληροφορίες: Θυμωσάδη Αικ.  
Τηλέφωνο : 2313305233  
E-mail : education@3ype.gr

Προς:  
Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας  
«Μποδοσάκειο»

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της κ. Βράντση Σοφίας.  
ΣΧΕΤ.: Το με αριθμ. πρωτ. 1659/16-02-2024/29-02-2024 έγγραφό σας.

Με το ανωτέρω σχετικό μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά αναφορικά με την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας της κ. Βράντση Σοφίας, φαιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Η ερευνητική εργασία θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με θέμα «Μορφές ενδο-οικογενειακής βίας. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των δομών υποστήριξης». Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ. Τριγώνη Μαρία.

Σας ενημερώνουμε ότι, έγκριτα από:

- α) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστείλατε,
- β) την αξιολόγηση των δεδομένων που θα αντληθούν (σε συνάρτηση με τον σκοπό διενέργειας της έρευνας),
- γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου σας),
- δ) τη λήψη της θετικής γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας αναφορικά με την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας [29/02-2024 (θέμα 5<sup>ο</sup>, απόφαση 15<sup>η</sup>) Συνεδρίαση],

και υπό τις προϋποθέσεις ότι :

1. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19
2. δεν θα υπάρξει καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του Φορέα σας κατά τη διεξαγωγή ή εξαίτησης της ερευνητικής εργασίας
3. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα της μη παρακώλυσης της λειτουργίας του Νοσοκομείου
4. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν

εγκρίνουμε την αίτηση της κ. Βράντση Σοφίας, εφιστώντας την προσοχή, τόσο εκ μέρους της Υπηρεσίας σας όσο και εκ μέρους της ιδίας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή-ερευνητή.

Παρακαλούμε να ενημερώσετε σχετικά την αιτούσα.

Ο Διοικητής της 3<sup>ης</sup> ΥΠΕ (Μακεδονίας)

Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης  
PANAGIOTIS BOUJATZIDIS  
11.03.2024 08:01