

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ / ΣΥΖΥΓΟ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Μαρία Πενταράκη, Αικατερίνη Παχή,
Βασιλική Καπέτση, Κωνσταντίνα Αποστολοπούλου¹**

Περίληψη

Στην παρούσα δημοσίευση παρουσιάζονται οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας ενός Γενικού Νοσοκομείου στο ευρύτερο λεκανοπέδιο της Αττικής σε θέματα συντροφικής/συζυγικής βίας κατά των γυναικών, οι πρακτικές και οι δυσκολίες παρέμβασής τους. Επιπλέον, κατατίθενται προτάσεις για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών-θυμάτων συντροφικής/συζυγικής βίας και παρουσιάζεται ο ρόλος των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών προς αυτήν την κατεύθυνση.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε κάποια σημεία είναι ελλιπείς. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (10%) των ερωτώμενων θεωρεί ότι το νοσοκομειακό πλαίσιο δεν είναι αρμόδιο για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ως εκ τούτου, καθίσταται αναγκαία η θεσμική ανάπτυξη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της συντροφικής/συζυγικής βίας που υφίστανται οι γυναίκες. Αντίστοιχες έρευνες έχουν εκπονηθεί διεθνώς και τα αποτελέσματά τους έχουν αξιοποιηθεί στην ανάπτυξη της δυνατότητας των μονάδων υγείας να χειρίζονται αποτελεσματικότερα περιπτώσεις βίας κατά των γυναικών.

1. Μ. Πενταράκη (Ph.D):Επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας, κύρια ερευνήτρια, επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Α. Παχή (Ph.D):Επόπτρια έρευνας στο ερευνητικό πλαίσιο και μέλος της ερευνητικής ομάδας, προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», επιστημονική συνεργάτης του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Αθήνας.

Β. Καπέτση: Κοινωνική λειτουργός, ερευνήτρια, Κοινωνική Υπηρεσία και Τμήμα Ερευνών της Εταιρείας Προστασίας Σπαστικών.

Κ. Αποστολοπούλου: Κοινωνική λειτουργός, ερευνήτρια.

Εισαγωγή

Η βία κατά των γυναικών από τους συντρόφους/συζύγους τους² αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Ο κλάδος της κοινωνικής εργασίας έχει ασχοληθεί σε διεθνές επίπεδο με την πρόληψη, την αντιμετώπιση και τη λύση του (Edleson, 1991· Hamilton & Coates, 1993 αναφορά στο Eisikovits και συν 2000) σε πολλαπλά πλαίσια (N.A.S.W., 2002· Σ.Ε.Κ.Ε., 2008· Danis, 2003). Ένα από αυτά είναι το πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας (Trabold, 2007· Πενταράκη, 2004). Η δέσμευση του κλάδου στην αξία της κοινωνικής αλλαγής επιβάλλει στους κοινωνικούς λειτουργούς να διαδραματίσουν έναν πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος της βίας που βιώνουν οι γυναίκες από τον σύντροφο/σύζυγό τους (N.A.S.W., 2002). Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε διάφορα μέρη του κόσμου εμπλέκονται ενεργά σε προγράμματα καταπολέμησης της βίας κατά των γυναικών, σε προγράμματα μείωσης της καταπίεσης και εκμετάλλευσης των γυναικών και εργάζονται προς την κατεύθυνση της ισότητας ανάμεσα στα δύο φύλα και της ισότιμης κατανομής των πόρων (Anand, 2009:97)³. Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται η παρούσα έρευνα, επιδιώκοντας την καταγραφή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν, αποβλέποντας στην ανάπτυξη προτάσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Η βία που υφίστανται οι γυναίκες από τους συζύγους/συντρόφους τους δεν είναι μόνον ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με παγκόσμια διάσταση αλλά και ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (W.H.O., 2002). Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O., 2002:89), σε 48 επιδημιολογικές μελέτες που διεξήχθησαν στο διεθνή χώρο αναφέρεται ότι μεταξύ 10% και 69% των γυναικών έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από τον βίαιο σύντροφό τους τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Τα ερευνητικά πορίσματα επισημαίνουν ότι περίπου το 50% των γυναικών έχει βιώσει

2. Στην παρούσα δημοσίευση η βία κατά των γυναικών από τους συντρόφους/συζύγους (συντροφική βία) αφορά μία μορφή της ενδο-οικογενειακής βίας και ως εκ τούτου εναλλάσσεται η χρήση των όρων.

3. Παράλληλα όμως, υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές που επισημαίνουν ότι ενώ η πρακτική και η δεοντολογία της κοινωνικής εργασίας επιτάσσουν την ενασχόληση με την κοινωνική αλλαγή και την κοινωνική δικαιοσύνη, που σημαίνει την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν έχουν διαδραματίσει έναν ουσιαστικό ρόλο προς αυτήν την κατεύθυνση (βλέπε ενδεικτικά: Χατζηφωτίου, 2005· Danis & Lockhart, 2003· Kanuha, 1998· Pyles & Postmus, 2004). Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ότι οφείλεται στην ιστορική παγίδα που παραδοσιακά βρίσκεται η κοινωνική εργασία όταν εστιάζει στο άτομο αντί στις κοινωνικές δομικές αιτίες των κοινωνικών προβλημάτων (Black, 2003 αναφορά στο Pyles & Postmus, 2004:386). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Dobash και Dobash (1992:34, αναφορά στο Χατζηφωτίου, 2005:156) οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση από τον σύζυγο/σύντροφό τους αντιμετωπίζονται από τους/τις κοινωνικούς λειτουργούς σαν «πελάτες που χρειάζονται θεραπεία και όχι σαν άνθρωποι που χρειάζονται εναλλακτικές λύσεις και επιλογές».

ψυχολογική βία και το 20% με 33% έχει βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία. Στην Ελλάδα, η βία από το σύζυγο/σύντροφο κατά των γυναικών, τα τελευταία μόνο χρόνια έχει αναγνωριστεί ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών γυναικών (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003· Πενταράκη, 2003· Chatzifotiou, 2003). Υπάρχουν γυναίκες που απευθύνονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για νοσηλεία εξαιτίας άμεσων ή έμμεσων συμπτωμάτων από τη συντροφική βία (Kim and Motsei, 2002). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 2002:101) οι συνέπειες στην υγεία τους ταξινομούνται σε σωματικές, σεξουαλικές και αναπαραγωγικές· ψυχολογικές και συμπεριφοράς· καθώς και σε θανάσιμες συνέπειες. Ανάμεσα στα κλινικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται: σωματικά τραύματα, κατάθλιψη, υπερβολικό άγχος, χρόνιος πόνος στη μήτρα, πονοκέφαλος, σπαστική κολίτιδα, ενδο-κοιλιακός πόνος, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σεξουαλικά νοσήματα, ευπάθεια στις ασθένειες, κατάχρηση αλκοόλ & ναρκωτικών, επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους και άλλα. Παρά τα σοβαρά εντοπισμένα προβλήματα υγείας, μόνο ένα 3% με 25% των γυναικών που υφίστανται βία διαγιγνώσκονται ως θύματα στις μονάδες παροχής ιατρικής φροντίδας (Lydon, 1996· Thompson et al, 1998· Hadley, 1992, αναφορά στο σύγγραμμα της Corbally, 2001· Sugg et al, 1999).

Οι παράγοντες παρεμπόδισης μίας αποτελεσματικής παρέμβασης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες: α) σε προσωπικού τύπου εμπόδια που σχετίζονται με τους/τις επαγγελματίες υγείας και περιλαμβάνουν στερεότυπες αντιλήψεις σχετικά με την κοινωνική θέση της γυναίκας ή/και τη βία, β) σε συναισθηματικού τύπου εμπόδια, όπως για παράδειγμα ότι οι ερωτήσεις τους θα προσβάλλουν τις ασθενείς ή/και τους δράστες (Kim & Motsei, 2002· Chung et al, 1996· Mazza et al, 2000) και γ) σε θεσμικού τύπου εμπόδια που περιλαμβάνουν τις αδυναμίες και τα κενά του συστήματος (Mazza et al, 2000· Ανδρουλάκη και συν., 2007)⁴.

Η αδυναμία ανίχνευσης της βίας εμποδίζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να διαδραματίσει έναν ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της. (Schraiber and d' Oliveira, 2002). Οι ασθενείς-θύματα συντροφικής βίας που δεν έχουν τύχει επαρκούς υγειονομικής περίθαλψης από τους αρμόδιους επαγγελματίες αποτελούν μία χαμένη ευκαιρία παρέμβασης, η οποία θα μπορούσε να προλαμβάνει ή/και να αποκαθιστά τα σωματικά και ψυχικά τραύματα και να προλαμβάνει ακόμα και το θάνατο (Phelan, 2007). Βασισόμενοι σε αυτά τα συμπεράσματα, αρκετοί επιστημονικοί οργανισμοί, όπως ο Ιατρικός Σύλλογος των Η.Π.Α., έχουν προχωρήσει σε συστά-

4. Αντίστοιχες έρευνες για τις αντιλήψεις των κοινωνικών λειτουργών στα πλαίσια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν διεξαχθεί. Αλλά, όπως παρουσιάζεται σε σχετική υποσημείωση της παρούσας δημοσίευσης και οι κοινωνικοί λειτουργοί διακατέχονται από στερεότυπες αντιλήψεις.

σεις προς τα μέλη τους για την αναγκαιότητα ανίχνευσης των περιστατικών συντροφικής βίας (American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992). Στην ίδια κατεύθυνση είναι προσανατολισμένες και οι επαγγελματικές, επιστημονικές ή επιμορφωτικές οργανώσεις του κλάδου της κοινωνικής εργασίας μέσω της διοργάνωσης είτε συναντήσεων κορυφής (N.A.S.W., 2002) είτε επιμορφωτικών σεμιναρίων (Σ.Ε.Κ.Ε. 2008). Επίσης, η κοινή επιτροπή της πιστοποίησης των οργανισμών παροχής υγείας των Η.Π.Α. έχει επιβάλλει στους οργανισμούς υγείας να αναπτύξουν πολιτικές και διαδικασίες για να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της βίας από τον σύντροφο/σύζυγο (Joint Commission of Accreditation of Health care Organizations, 2009:3-4· Punukollu, 2003· Valenti, 1995· Zachary, Schechter, Kaplan, & Mulvihill, 2002, αναφορά στο σύγγραμμα της Trabold, 2007).

Εμπειρική διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ενός Γενικού Νοσοκομείου στη διάγνωση και αντιμετώπιση της ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών

Η παρούσα έρευνα αποτελεί προϊόν συνεργασίας ακαδημαϊκών και επαγγελματιών του κλάδου της κοινωνικής εργασίας σε πεδίο της κοινωνικής εργασίας. Τέτοιου τύπου συνεργασίες προωθούν τους αναστοχασμούς και ενισχύουν το γνωστικό πεδίο της κοινωνικής εργασίας (Joubert, 2006:152). Η συνεργασία ανάμεσα σε κλινικούς επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και σε ακαδημαϊκούς μπορεί να μειώσει την απόσταση που υπάρχει ανάμεσα στην έρευνα και στις εφαρμοσμένες παρεμβάσεις, συμβάλλοντας και ενισχύοντας στο γνωστικό πεδίο της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας και ανάγοντας τους/τις νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς σε ικανούς/ες ερευνητές/τριες που χρησιμοποιούν την έρευνα για στοχευμένες παρεμβάσεις.

Αντικείμενο-Σκοπός έρευνας

Αντικείμενο της συγκεκριμένης ποσοτικής έρευνας ήταν η καταγραφή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη συντροφική/συζυγική βία που υφίστανται οι ασθενείς τους, τόσο κατά τη διαγνωστική διαδικασία όσο και κατά την παροχή φροντίδας. Επίσης διερευνήθηκαν παράγοντες παρεμπόδισης των επιβεβλημένων παρεμβάσεων και της κατάλληλης αντιμετώπισης των ασθενών που έχουν υποστεί συντροφική/συζυγική βία και ενδεικτικές αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ισότητας των δύο φύλων και σε θέματα συντροφικής βίας γενικότερα. Με τη διεξαγωγή αυτής ή παρόμοιων μελετών η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας αποκτά έγκυρα επιστημονικά δεδομένα ώστε να καταστεί ικανή να παρέμβει στην αλληλεπίδραση του ατόμου (στην προκειμένη περίπτωση αναφερόμαστε στην κακοποιημένη γυναίκα/ασθενή) με το περιβάλλον του (εν προκειμένω τη νοσοκομειακή μονάδα και όχι μόνο) με στόχο τη βελτίωσή αυτής της αλληλεπίδρασης (Keigher, 2000 · Peculonis, Cornelius and Parrish, 2003).

Στη χώρα μας δεν έχει διεξαχθεί αντίστοιχη έρευνα στις βασικές ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας. Η μοναδική έρευνα που έχει διεξαχθεί αφορά νοσηλευτικό προσωπικό υγείας (Ανδρουλάκη και συν 2007).

Πληθυσμός-Δείγμα

Ο πληθυσμός στον οποίο διεξήχθη η έρευνα⁵ είναι οι επαγγελματίες υγείας ενός Γενικού Νοσοκομείου της ευρύτερης περιοχής του Λεκανοπεδίου Αττικής. Οι ερωτώμενοι/ες είναι ιατροί, νοσηλευτές/τριες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτες/πτρίες υγείας, δηλαδή ειδικότητες που έρχονται σε επαφή με γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί βία εκ του συντρόφου/συζύγου. Σε διάστημα 4 μηνών (Ιανουάριος 2007-Μάρτιος 2007) προσεγγίστηκαν όλοι/ες οι επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου, συνολικά 605, είτε κατά τη διάρκεια της πρωινής είτε κατά τη διάρκεια της απογευματινής τους βάρδιας. Στους/στις ερωτώμενους/ες μοιράστηκαν αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και μετά από συνεχείς υπενθυμίσεις συγκεντρώθηκαν δεδομένα από 386 επαγγελματίες (ή το 63,80% του συνολικού πληθυσμού των 605 επαγγελματιών υγείας).

Ερευνητικό εργαλείο

Το μέσο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και προκατασκευασμένων εναλλακτικών απαντήσεων. Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς κοινότητας (Gerbert et al 2002· Kim and Motsei, 2002· Chung, et al, 1996), σε εφαρμοσμένα προγράμματα (Peltzer et al, 2003) καθώς και στην κλινική και ακαδημαϊκή εμπειρία μελών της ερευνητικής ομάδας.

Μέθοδος ανάλυσης αποτελεσμάτων – Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε κυρίως με βάση το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών, S.P.S.S.

Αποτελέσματα της έρευνας

1) Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας

Απόψεις σχετικά με τη συχνότητα προσέλευσης

Σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται το νοσοκομείο γυναίκες ασθενείς που έχουν υποστεί συντροφική/συζυγική βία και χρήζουν φροντίδας σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας ($n=168$, 43.50%) θεωρεί ότι προσέρχονται

5. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Β. Καπέτη και Κ. Αποστολοπούλου στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Πάτρας με υπεύθυνη καθηγήτρια την Μ. Πενταράκη.

λίγοι ασθενείς. Ανησυχητικό είναι επίσης το γεγονός ότι το 3,1% θεωρεί ότι καμία γυναίκα ασθενής δεν χρήζει ιατρικής φροντίδας εξαιτίας ενδο-οικογενειακής βίας. Δυστυχώς αυτή η άποψη επιβεβαιώνεται και από τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα της διεθνούς κοινότητας (Lydon, 1996· Hadley, 1992 αναφορά στο σύγγραμμα της Corbally, 2001· Sugg et al, 1999).

Εκτίμηση της έκτασης βίας στον ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό

Οι εκτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας για την έκταση της συντροφικής βίας κατά των γυναικών συγκρίθηκαν με τα διαθέσιμα διεθνή ερευνητικά δεδομένα (βλέπε παραπάνω: WHO, 2002:89) και βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ερωτώμενων γενικά υποεκτιμά την έκταση των διαφόρων μορφών ενδο-οικογενειακής βίας στον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό. (βλ.πίνακα 1).

Συγκεκριμένα, το 58% των ερωτώμενων θεωρεί ότι τα περιστατικά σωματικής βίας κυμαίνονται σε ποσοστά χαμηλότερα των καταγεγραμμένων πορισμάτων. Ομοίως, το 66% θεωρεί ότι η ψυχολογική βία υφίσταται σε μικρότερη έκταση από τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου. Σχετικά με τη σεξουαλική βία, το 62,4% του δείγματος ανέφερε ότι αφορά λιγότερο από το 19% του γυναικείου πληθυσμού.

Πίνακας 1. Εκτίμηση έκτασης βίας στον ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό (n=386)

Ποσοστιαία κλίμακα	Σωματική βία		Ψυχολογική βία		Σεξουαλική βία	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Δεν απάντησαν	9	2.3	7	1.8	18	4.7
0%	2	0.5	0	0.0	7	1.8
1 – 5 %	16	4.1	9	2.3	66	17.1
6 – 10 %	34	8.8	16	4.1	92	23.8
11 – 19 %	70	18.1	13	3.4	58	15.0
20 – 25 %	96	24.9	45	11.7	59	15.3
26 – 33 %	83	21.5	69	17.9	39	10.1
34 – 49 %	55	14.2	96	24.9	32	8.3
50 – 60 %	21	5.4	131	33.9	15	3.9
Σύνολο	386	100.0	386	100.0	386	100.0

Περαιτέρω ανάλυση της ικανότητας που θεωρούν ότι έχουν οι επαγγελματίες υγείας, ανά ειδικότητα και φύλο, για την αναγνώριση της συντροφικής βίας σε ασθενείς (βλέπε Πίνακα 2) καταδεικνύει ότι το φύλο παίζει έναν καθοριστικό ρόλο. Έτσι, στο σύνολο των ερωτώμενων, οι άνδρες επαγγελματίες υγείας φαίνεται να εκτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους, τόσο την έκταση της σωματικής όσο και της ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας. Όσον αφορά την αναγνώριση της ενδοοικογενειακής/συντροφικής βίας ανά ειδικότητα, προέκυψε ότι όλες οι ειδικότητες υποεκτιμούν τουλάχιστον μία ή περισσότερες εκφάνσεις του φαινομένου. Βρέθηκε ότι η ειδικότητα των κοινωνικών λειτουργών, παρουσιάζει την πιο έγκυρη γνώση σχετικά με την έκταση της σωματικής βίας, ενώ η ειδικότητα των ψυχολόγων παρουσιάζει την πιο έγκυρη γνώση σχετικά με την έκταση της σεξουαλικής βίας σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες. Στην ψυχολογική βία, ένα μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού προσεγγίζει τη σωστή έκταση έναντι των άλλων ειδικοτήτων.

Πίνακας 2. Δηλωθείσα ικανότητα αναγνώρισης συντροφικής βίας σε ασθενείς ανά ειδικότητα και φύλο (ν=381)

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Σύνολο	ΣΩΜΑΤΙΚΗ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΙΑΤΡΟΣ	68	62 91,18%	40 58,82%	11 16,18%
ΑΝΔΡΑΣ	ΙΑΤΡΟΣ	91	82 90,11%	41 45,05%	22 24,18%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5	5 100,00%	5 100,00%	4 80,00%
ΑΝΔΡΑΣ	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	1	1 100,00%	1 100,00%	1 100,00%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2	2 100,00%	2 100,00%	0 0,00%
ΑΝΔΡΑΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	2	2 100,00%	1 50,00%	0 0,00%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	168	146 86,90%	81 48,21%	27 16,07%
ΑΝΔΡΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	38	36 94,74%	16 42,11%	9 23,68%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ	6	6 100,00%	4 66,67%	4 66,67%
	Σύνολο	381			

Γνώση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας

Ο 1 στους 2 επαγγελματίες υγείας μπορεί να αναγνωρίζει τα σωματικά τραύματα ($n=187$, 48.4%), την κατάθλιψη ή/και το υπερβολικό άγχος ($n=148$, 38.3%), ενώ ο 1 στους 3 αναγνωρίζει την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ($n=138$, 35.8%) ως συμπτώματα της βίας από το σύντροφο/σύζυγο (βλ. πίνακα 3). Αν και οι μισοί δήλωσαν πως προβαίνουν εύκολα στην ανίχνευση κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας, όταν τους ζητήθηκε να δηλώσουν ποια συμπτώματα συγκεκριμένα αναγνωρίζουν, δήλωσαν, κυρίως, μόνο τέσσερα από τα δώδεκα προγραφόμενα.

Πίνακας 3. Δηλωθείσα γνώση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας

Κλινικά συμπτώματα	ΟΧΙ		ΝΑΙ	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Σωματικά τραύματα	3	0.8	187	48.4
Κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος	40	10.4	148	38.3
Χρόνιος πόνος στη μήτρα	142	36.8	25	6.5
Πονοκέφαλος	93	24.1	82	21.2
Σπαστική κολίτιδα	133	34.5	34	8.8
Ενδο-κοιλιακός πόνος	124	32.1	42	10.9
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	80	20.7	92	23.8
Σεξουαλικά νοσήματα	87	22.5	81	21.0
Ευπάθεια στις ασθένειες	125	32.4	38	9.8
Κατάχρηση αλκοόλ & ναρκωτικών	37	9.6	138	35.8
Επιβλαβείς συμπερ. ελέγχου βάρους	83	21.5	88	22.8
Όλα τα παραπάνω	3	0.8	9	2.3
Κανένα από τα παραπάνω	3	0.8	2	0.5

Όταν δε εξετάζουμε τη γνώση των κλινικών συμπτωμάτων με βάση το φύλο και την ειδικότητα των ερωτώμενων (βλ. πίνακα 4) παρατηρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να αναγνωρίζει το χαμηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων από όλες τις ειδικότητες, ενώ οι γυναίκες επαγγελματίες παρουσιάζονται πιο ενημερωμένες στην ανίχνευση και την αναγνώριση των κλινικών ευρημάτων σε σχέση με τους άνδρες.

Πίνακας 4. Δηλωθείσα γνώση των κλινικών συμπτωμάτων για την αναγνώριση της συντροφικής βίας ανά ειδικότητα και ανά φύλο

ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓ-ΓΕΛΑ	Σύνολο	Σωματικά τραύματα	Κατάθληση	Πόνος στη μέση πόνος	Πονο-κέφαλος	Σπαστική κολίδα	Ενδο-κοιτακός μυσση	Υπερρία εγκυ-νοσημια	Ανεπιθ. νοσήματα	Σεξουαλ. στις ασθέν.	Ευπάθ.α αλκοόλ	Κατάχρηση συμπεριφ.	Επιβλ. βάρους	Όλα τα παραπάνω	Κανένα από τα παραπάνω
ΓΥΝ.	ΙΑΤΡΟΣ	66	35 53,03%	31 46,97%	7 10,61%	15 22,73%	8 12,12%	10 15,15%	24 36,36%	17 25,76%	14 21,21%	5 7,58%	23 34,85%	22 33,33%	3 4,55%	1 1,52%
ΑΝΤ.	ΙΑΤΡΟΣ	89	44 49,44%	33 37,08%	6 6,74%	17 19,10%	13 14,61%	14 15,73%	29 32,58%	18 20,22%	17 19,10%	10 11,24%	33 37,08%	19 21,35%	2 2,25%	1 1,12%
ΓΥΝ.	Κ. ΛΕΙΤ.	5	3 60,00%	3 60,00%			1 20,00%	1 20,00%	2 40,00%	3 60,00%	1 20,00%	1 20,00%	3 60,00%	1 20,00%		0,00%
ΑΝΤ.	Κ. ΛΕΙΤ.	1	1 100,00%	1 100,00%	1 100,00%					1 100,00%			1 100,00%			0,00%
ΓΥΝ.	ΨΥΧΟΛ.	2	2 100,00%	1 50,00%					1 50,00%				1 50,00%	1 50,00%		0,00%
ΑΝΤ.	ΨΥΧΟΛ.	2													2 100,00%	0,00%
ΓΥΝ.	ΝΟΣΗΛ.	163	16 9,82%	12 7,36%	2 1,23%	7 4,29%	2 1,23%	3 1,84%	14 8,59%	7 4,29%	6 3,68%	2 1,23%	12 7,36%	5 3,07%		0,00%
ΑΝΤ.	ΝΟΣΗΛ.	38	1 2,63%	1 2,63%		1 2,63%	1 2,63%		1 2,63%	1 2,63%	1 2,63%	1 2,63%			2,63%	2,63%
ΓΥΝ.	ΕΠΙΣΚ Υ*	6														

* Δεν έχουμε στοιχεία για την εν λόγω ειδικότητα.

II) Πρακτικές των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της βίας από τον σύντροφο/σύζυγο

Σχετικά με τις τεχνικές παρέμβασης για τις οποίες ερωτήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας (βλ. πίνακα 5) βρέθηκε ότι περίπου ο 1 στους 10 δηλώνει ότι προβαίνει στην αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του με στόχο την ασφάλειά του, στη σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς, στην παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, στην πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας, στην παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, στην καταγραφή των τραυματισμών των ασθενών, στην παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, στην ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με άλλες υπηρεσίες. Επίσης, ο 1 στους 20 δηλώνει ότι προβαίνει στην ανίχνευση στα πλαίσια λήψης του ιστορικού, στην παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς, στην παραπομπή σε εισαγγελέα. Ενώ υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που δηλώνει ότι δεν κάνουν παρέμβαση, αν δεν εμπίπτει στα καθήκοντά τους.

Ο πίνακας περιλαμβάνει πολλαπλές απαντήσεις των ερωτώμενων.

Πίνακας 5. Τεχνικές Παρέμβασης

Παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	(55), 14.2%
Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου	(53), 13.7%
Παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες και λοιπούς επαγγελματίες υγείας	(50), 13.0%
Αξιολόγηση του κινδύνου του θύματος και της κατάστασής του	(47), 12.2%
Καταγραφή των τραυματισμών της	(45), 11.7%
Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης	(43), 11.1%
Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με άλλες υπηρεσίες	(39), 10.1%
Πραγματοποίηση διεπιστημονικής συνεργασίας	(33), 8.5%
Ανίχνευση στα πλαίσια λήψης ιστορικού	(26), 6.7%
Παροχή έντυπου υλικού πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά της ασθενούς	(19), 4.9%
Σχεδίαση ατομικού πλάνου ασφαλείας της ασθενούς	(17), 4.4%
Παραπομπή σε εισαγγελέα	(15), 3.9%
Δεν κάνω παρέμβαση, αν δεν εμπίπτει στα καθήκοντά μου	(5), 1.3%

Από τον προηγούμενο πίνακα, συμπεραίνουμε πως οι επαγγελματίες υγείας παρεμβαίνουν κυρίως με την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, την παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες και λοιπούς επαγγελματίες υγείας και στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Αυτά τα πορίσματα αντικατοπτρίζουν τις υπάρχουσες δυνατότητες του συστήματος υγειονομικής φροντίδας.

III) Εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας με περιπτώσεις ασθενών που υφίστανται συντροφική κακοποίηση

Τα εμπόδια που μπορεί να αποθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας στο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιπτώσεις ασθενών που έχουν υποστεί βία από τον σύζυγο/σύντροφο κατηγοριοποιούνται σε θεσμικού τύπου και προσωπικού τύπου εμπόδια. Τα εμπόδια που δηλώνονται συχνότερα και καταλαμβάνουν τις δύο πρώτες θέσεις είναι θεσμικού τύπου (βλ. πίνακα 6). Αναλυτικά, η πλειονότητα των ερωτηθέντων/θεισών ($n=314$, 81.35%) τονίζουν ότι *η έλλειψη κατάλληλων υποδομών* τους αποθαρρύνει να ασχοληθούν με το θέμα. Αμέσως μετά δηλώνεται *η έλλειψη γνώσης και πρακτικών δεξιοτήτων* ($n=284$, 73.58%). Έπεται ένα εμπόδιο που μπορεί να ταξινομηθεί και ως θεσμικό και ως προσωπικό, το οποίο αφορά την *απροθυμία των ασθενών για συνεργασία* ($n=280$, 72.54%). Αυτή η αντίληψη έχει αποτυπωθεί και στην έρευνα των Kurz and Stark (1988) όπου αναφέρουν ότι το προσωπικό υγείας θεωρεί ότι όλες οι κακοποιημένες γυναίκες αποσιωπούν τη βία και αποφεύγουν να την αναλύσουν σε βάθος. Αμέσως μετά ακολουθεί ο *υπερβολικός φόρτος εργασίας των εργαζομένων* στο νοσοκομείο ($n=260$, 67.36%) που είναι αυτονόητο εάν λάβουμε υπόψη την υπο-στελέχωση που συναντάται στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Η υπο-στελέχωση επίσης, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ευθύνεται για τους χρονικούς περιορισμούς ($n=257$, 66.58%) που δηλώνεται ως εμπόδιο διερεύνησης της βίας. Ακόμη, πολλοί συμφωνούν με την πρόταση ότι *δεν πραγματοποιείται διεπιστημονική συνεργασία στο νοσοκομείο*. Η πλειοψηφία (60%), επίσης προσδιορίζει την *απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάστασή της* ως βασικό εμπόδιο ($n=232$, 60.10%). Κάποιοι ($n=186$, 48.19%) επισημαίνουν πως σημαντικό εμπόδιο είναι και *η παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη* καθώς και *οι φόβοι των νομικών επιπτώσεων* ($n=160$, 41.45%). Επιπλέον, φαίνεται ότι το 1/3 ($n=136$, 35.23%) δεν ασχολούνται με το ζήτημα, αφού *δεν εξαναγκάζονται από το νόμο*. Το 33.16% ($n=128$) έχουν συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι στη ζωή της γυναίκας ακόμα και αν ασχοληθούν διεξοδικά με το πρόβλημά της. Τέλος, το 1/4 ($n=95$, 24.61%) δηλώνουν πως *φοβούνται την αντεκδίκηση* από το σύντροφο της κακοποιημένης γυναίκας.

Οι ερωτώμενοι έδωσαν πολλαπλές απαντήσεις.

Πίνακας 6. Εμπόδια στην παρέμβαση

	Είδος Εμποδίου	N	%
Έλλειψη καταλλήλων υποδομών	Θεσμικό	314	81.35
Έλλειψη γνώσης και πρακτικών δεξιοτήτων	Θεσμικό	284	73.58
Απροθυμία της ασθενούς να συνεργαστεί μαζί μας	Θεσμικό/προσωπικό	280	72.54
Υπερβολικός φόρτος εργασίας	Θεσμικό	260	67.36
Χρονικοί περιορισμοί στη διερεύνηση της βίας	Θεσμικό	257	66.58
Μη ύπαρξη διεπιστημονικής συνεργασίας στο νοσοκομείο	Θεσμικό/προσωπικό	253	65.54
Απροθυμία της ασθενούς να αλλάξει την κατάσταση	Θεσμικό/προσωπικό	232	60.10
Παρουσία του συντρόφου στην κλινική επίσκεψη	Θεσμικό	186	48.19
Φόβοι νομικών επιπτώσεων	Θεσμικό/προσωπικό	160	41.45
Νόμος που δεν επιτρέπει να το κάνω	Θεσμικό	136	35.23
Συναισθήματα μειωμένης ελπίδας ότι θα αλλάξει κάτι	Προσωπικό	128	33.16
Φόβος αντεκδίκησης από το σύντροφο	Προσωπικό	95	24.61

IV) Τεχνικές ενθάρρυνσης της ασθενούς για συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας

Στην ερώτηση τι θα διευκόλυνε την ασθενή ώστε να ζητήσει βοήθεια για τη βία που υφίσταται και να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας (βλ. πίνακα 7) οι περισσότερες απαντήσεις (87.05%) αφορούν τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς, ενώ επίσης υψηλό ποσοστό απαντήσεων συγκεντρώνουν οι τεχνικές «να κάνουν ερωτήσεις στις γυναίκες με ευαισθητοποιημένο χειρισμό» (86,53%) και «χρειάζονται επαναλαμβανόμενες προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας» (86,01%). Η επίδειξη και ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων προτείνεται από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας (84,20%). Ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα και πρέπει να σεβαστούν την αυτονομία της ασθενούς, ακόμη και αν δεν συμφωνούν μαζί της, πρεσβεύει το 61,40% του δείγματος. Τέλος, παρατηρείται και ένα 10.10% που δηλώνουν ότι δεν υπάρχει τρόπος ενθάρρυνσης των κακοποιημένων ασθενών να συνεργαστούν μαζί τους διότι το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας. Έτσι ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων έχουν διάθεση να ενθαρρύνουν τις ασθενείς να συνεργαστούν μαζί τους, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (10%) το οποίο δεν δέχεται το νοσοκομείο ως αρμόδιο φορέα για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πίνακας 7: Τεχνικές ενθάρρυνσης της ασθενούς για συνεργασία

	N	%
Δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης με τις ασθενείς	336	87.05
Ευαισθητοποιημένος χειρισμός ερωτήσεων που γίνονται	334	86.53
Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες επαγγελματιών υγείας	332	86.01
Επίδειξη & ανάρτηση αφισών, φυλλαδίων και εγχειριδίων	325	84.20
Αποδοχή ότι δεν υπάρχει απλή λύση στο πρόβλημα	237	61.40
Με κανένα γιατί το νοσοκομείο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας	39	10.10

V) Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα συντροφικής βίας διαπιστώνεται ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων/θεισών έχει λάβει σχετική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, το 7,3% (n=28) δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο, ενώ μόνο το 11,4% (n=44) δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει κάποιο σχετικό μάθημα. Όσον αφορά την εκπαίδευση σε θέματα βίας ανά ειδικότητα, από τις απαντήσεις του δείγματος φαίνεται ότι η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών (83.3%) έχει παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο, ακολουθεί η ειδικότητα των επισκεπτών/τριών υγείας με ποσοστό 66.7%, οι ψυχολόγοι με ποσοστό 50%, έπεται η ειδικότητα των νοσηλευτών/τριών ενώ το μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει η ειδικότητα των γιατρών με 3.77%. Σχετικά τώρα με τη διδασκαλία της συντροφικής βίας μέσω μαθήματος, σύμφωνα με την έρευνα, το 50% των ψυχολόγων, το 33.3% των επισκεπτριών/των υγείας, το 16.66% των κοινωνικών λειτουργών, το 10.62% των νοσηλευτριών/των και το 10.69% των ιατρών δηλώνουν ότι έχουν παρακολουθήσει σχετικό μάθημα. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι λίγοι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους γεγονός που καθιστά αναγκαία την ένταξη της ενδο-οικογενειακής βίας ως ενότητα διδασκαλίας στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών σε όλες τις ειδικότητες. Η ειδικότητα δε που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ανάγκη επιμόρφωσης είναι η ιατρική και ακολουθεί η νοσηλευτική.

VI) Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών για τη βία από το σύντροφο/σύζυγο και την ισότητα των δυο φύλων

Σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών για τη βία από το σύντροφο και την ισότητα των δύο φύλων γενικότερα, παρατηρούμε ότι υπάρχουν αντιλήψεις που πρέπει να αποτελέσουν σημείο παρέμβασης μέσω επιμορφωτικών προγραμμάτων. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον πίνακα 8, ο 1 στους 3 (31.1%) θεωρεί ότι στις σχέσεις που ασκείται κακοποίηση από το σύντροφο, η ευθύνη βαρύνει εξίσου και τους δυο συντρόφους, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνουν ευρήματα αντίστοιχων ερευ-

νών (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, Thomas, 2001). Επίσης, περίπου ο 1 στους 3 (29.8%) θεωρεί ότι η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων. Ένα ακόμα ανησυχητικό εύρημα είναι ότι ο 1 στους 10 ερωτώμενους/ες θεωρεί ότι η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνετε από την έρευνα των Chung, Wong, Yiu (1996). Επίσης, σχεδόν το 1/4 των ερωτώμενων (n=95, 24.6%) δηλώνουν ότι η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία. Στην έρευνα των Chung, Wong, Yiu (1996) παρουσιάστηκε ότι το 45% των νοσηλευτριών συμφώνησαν ότι η οικογενειακή μονάδα πρέπει να διατηρηθεί πάση θυσία. Τέλος, αρκετά ανησυχητικό είναι ότι ο 1 στους 20 (6.5%) πιστεύει ότι η άσκηση βίας μπορεί να αποτελέσει έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων (βλ. πίνακα 8).

Πίνακας 8: Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών για τη βία από το σύντροφο/σύζυγο και την ισότητα των δυο φύλων

Δηλώσεις	Διαφωνώ	Αδιαφορώ	Συμφωνώ
Στις σχέσεις που ασκείται βία από το σύντροφο, η ευθύνη ανήκει εξίσου και στους δύο συντρόφους	220 57,0%	41 10,6%	120 31,1%
Η άσκηση συντροφικής βίας είναι έγκλημα	19 4,9%	11 2,8%	351 90,9%
Η ύπαρξη συντροφικής βίας είναι προσωπικό θέμα του ζευγαριού, που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ίδιο το ζευγάρι	302 78,2%	37 9,6%	41 10,6%
Η οικογένεια πρέπει να παραμένει ενωμένη πάση θυσία	226 58,5%	58 15,0%	95 24,6%
Η άσκηση βίας είναι ανεπίτρεπτη για οποιοδήποτε λόγο	21 5,4%	6 1,6%	350 90,7%
Η άσκηση βίας μπορεί να αποτελέσει έναν αποδεκτό τρόπο επίλυσης προβλημάτων	348 90,2%	4 1,0%	25 6,5%
Η συντροφική βία είναι φαινόμενο των κατώτερων κοινωνικών, μορφωτικών και οικονομικών στρωμάτων	201 52,1%	66 17,1%	115 29,8%
Σε μια σχέση ή σε ένα γάμο, ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα	295 76,4%	27 7,0%	58 15,0%
Για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της	202 52,3%	74 19,2%	104 26,9%
Η γυναίκα πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα με τον άντρα σε όλους τους τομείς της ζωής της	11 2,8%	15 3,9%	354 91,7%
Η κοινωνία αντιμετωπίζει τις γυναίκες και τους άντρες ισότιμα	283 73,3%	46 11,9%	49 12,7%
Οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους	120 31,1%	79 20,5%	182 47,2%

Όσον αφορά τις απόψεις τους σχετικά με τη θέση των δύο φύλων παρατηρούνται αντιλήψεις που αντικατοπτρίζουν πατριαρχικού τύπου στάσεις που αντιμετωπίζουν άνισα τις γυναίκες με τους άντρες. Ενδεικτικά αναφέρεται η θέση τους στα παρακάτω θέματα: Για τη γυναίκα ο γάμος πρέπει να είναι πιο σημαντικός από την καριέρα και την κοινωνική ζωή της ($n=104$, 26.9%). Σε μια σχέση ή σε ένα γάμο ο άντρας μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων από τη γυναίκα ($n=58$, 15%). Οι γυναίκες επαγγελματίες στο χώρο της υγείας τα καταφέρνουν καλύτερα στο να παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και ηλικιωμένους, ($n=182$, 47.2%). Οι δηλώσεις αυτές επιβεβαιώνουν ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας έχουν στερεότυπες αντιλήψεις σε θέματα ισότητας των δύο φύλων (βλ. πίνακα 8).

Περιορισμοί της έρευνας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης προήλθε από ένα μόνο νοσοκομείο και επομένως τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Μπορεί η οργανωτική δομή ή/και η κουλτούρα του συγκεκριμένου νοσοκομείου να έχουν επηρεάσει τα ευρήματα, γι' αυτό χρειάζεται να μελετηθούν και άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον η έρευνα αυτή περιλάμβανε ποικιλία ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας αλλά το σύνολο του δείγματος σε κάποιες ειδικότητες ήταν πάρα πολύ μικρό με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στη σύγκριση και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων ανά ειδικότητα. Η ειδικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού περιελάμβανε εκτός από νοσηλεύτριες και βοηθούς νοσηλευτών και οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφοροποιημένη επιστημονική κατάρτιση. Επιπρόσθετα η έρευνα στηριζόταν στην υποκειμενική κατανόηση της βίας κατά των γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας και αυτό μπορεί να οδήγησε στην υποτιμημένη αντίληψη και γνώση της έκτασης και των παραμέτρων της βίας. Τέλος, το ποσοστό απαντητικότητας στην έρευνα στο σύνολο του υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου ανέρχεται σε 64%, ποσοστό αντίστοιχο με έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε άλλα νοσοκομεία, αλλά είναι πιθανόν οι ερωτηθέντες/θείσες να ήταν αυτοί που ενδιαφερόντουσαν περισσότερο για το θέμα σε σχέση με αυτούς που δεν απάντησαν.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002) το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επιβάλλεται να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών. Πολλές γυναίκες που υφίστανται βία στη συντροφική τους σχέση απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας για βοήθεια. Όπως επισημαίνουν όμως οι Schraiber and d' Oliveira (2002), οι προσπάθειές τους είναι συχνά ανεπιτυχείς και λαμβάνουν λίγη ή καθόλου υποστήριξη από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και γενικά τους οργανισμούς στους οποίους στρέφονται.

Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν σημαντικά κενά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση ασθενών που έχουν υποστεί

συντροφική/συζυγική βία, με αποτέλεσμα οι γνώσεις τους τόσο σε θέματα ανίχνευσης όσο και σε θέματα χειρισμού και υποστήριξης να είναι περιορισμένες. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ενώ η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχει υποστεί συντροφική βία χρήζει νοσοκομειακής φροντίδας, το συγκεκριμένο δείγμα επαγγελματιών υγείας της έρευνάς μας σε ποσοστό 47% αποφάνθηκε ότι περιορισμένος αριθμός γυναικών χρήζει νοσοκομειακής φροντίδας. Επιπλέον από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, το 10% ισχυρίζεται ότι το νοσοκομειακό πλαίσιο δεν είναι ο αρμόδιος φορέας για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Αυτού του τύπου τα ευρήματα έχουν καταγραφεί και σε άλλες έρευνες (Cann et al, 2001· Groth et al, 2001· Peckover, 2003) γεγονός που καταδεικνύει την αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Στον τομέα των στάσεων και αντιλήψεων σχετικά με το φαινόμενο της συντροφικής/συζυγικής βίας κατά των γυναικών η έρευνα κατέγραψε αξιοσημείωτα ποσοστά επαγγελματιών υγείας να εμφορούνται από στερεότυπες αντιλήψεις, οι οποίες μπορεί να παρεμποδίζουν την επαγγελματική τους ικανότητα στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικών-ασθενών που έχουν υποστεί συντροφική/συζυγική βία. Η σχέση ανάμεσα στις στερεότυπες αντιλήψεις και στην αντιμετώπιση των ασθενών πρέπει να μελετηθεί περισσότερο μελλοντικά.

Αντίστοιχα ευρήματα έχουν καταγράψει και έρευνες των Ανδρουλάκη και συν (2007), Kim and Motsei, (2002), και Chung, Wong, Yiu (1996) γεγονός που ενισχύει την ανάγκη παρέμβασης για την τροποποίηση των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας (όπως για παράδειγμα το απαραβίαστο των οικογενειακών υποθέσεων) που λειτουργούν ανασταλτικά στην ανίχνευση της βίας.

Επίσης εντοπίστηκαν θεσμικού τύπου εμπόδια που αφορούν στις αδυναμίες και τα κενά του συστήματος (Mazza et al, 2000· Harwell et al, 1998· Ανδρουλάκη και συν. 2007). Οι δυσκολίες παρέμβασης που αναφέρονται συχνότερα από τους/τις ερωτηθέντες/θείσες και σχετίζονται με θεσμικού τύπου εμπόδια είναι κυρίως η έλλειψη κατάλληλων υποδομών (81,35%) και η έλλειψη γνώσεων και πρακτικών δεξιοτήτων (73,58%).

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης λοιπόν, επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα επιμόρφωσης όλων των εμπλεκόμενων με το θέμα φορέων γεγονός που έχει υποστηριχθεί από πλήθος άλλων ερευνών όπως Ανδρουλάκη και συν (2007), Kim and Motsei (2002), Chung, Wong, Yiu (1996) καθώς και από την πλατφόρμα δράσης του Πεκίνου, από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας και το Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα, από την ΠΟΥ, και από επιστημονικούς οργανισμούς άλλων χωρών, όπως στις ΗΠΑ.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Με βάση τα προηγούμενα καθίσταται αναγκαία η συνεχόμενη επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ανίχνευσης και χειρισμού των ασθενών που έχουν υποστεί βία από τον σύζυγο/σύντροφο όπως και η ευαισθητοποίησή τους σε θέματα

ισότητας των δύο φύλων. Επίσης, καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη της θεσμικής δυνατότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας που υφίστανται οι γυναίκες. Η εν λόγω εκπαίδευση και επιμόρφωση θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι ενός ολοκληρωμένου μοντέλου παρέμβασης στο υγειονομικό σύστημα.

Η πλειονότητα των προτεινόμενων μοντέλων και των επιτυχημένων παρεμβάσεων (Shipway, 2004· Stevens, 2002· Livi-Bacci, 2002· Kass-Bartelmes, 2004· Friscik, 2007) λειτουργούν στο πλαίσιο ορισμένων βασικών αρχών. Κάποιες ενδεικτικές αρχές αφορούν στη θεσμοθετημένη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών βασισόμενη σε κατάλληλη κατάρτισή τους, περιγραφή θέσεων εργασίας (καθήκοντα-ευθύνες), και σε θεσμοθετημένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης της βίας, στην επάρκεια των υπηρεσιών⁶, στην άμεση προσβασιμότητα των υπηρεσιών καθώς και στη βελτίωση της νομοθεσίας.

Με βάση την εμπειρία εφαρμογής μοντέλων παρέμβασης (Laughlin and McCartney, 1998· O'Connor, 1998· Hadley, Short, Lezin, Zook, 1995· Kass-Bartelmes, 2004· Friscik, 2007), οι παραπάνω αρχές πρέπει να στοχεύουν στον σχεδιασμό δράσεων με κύριο γνώμονα την προστασία των αναγκών των θυμάτων βίας. Η διεπιστημονική συνεργασία⁷ μέσω της ανάπτυξης ενός δικτύου καθώς και η ανάπτυξη και η εφαρμογή πρωτοκόλλων αποτελούν κεντρικά σημεία παρέμβασης οποιουδήποτε επιτυχημένου μοντέλου παρέμβασης. Η ανάπτυξη της ενδοτομεακής

6. Στην Ελλάδα, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη επαρκών υπηρεσιών για να καταστεί δυνατή η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος αντιμετώπισης της βίας (Πενταράκη, 2008· Κανδυλάκη, 2005· Χατζηφωτίου, 2005)

7. Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών έχουν καταγράψει ότι αυτή μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από παράγοντες όπως το άνισο επαγγελματικό γόνητρο της κάθε ειδικότητας (Ben-Sira, Szyf, 1992), καθώς και από την αδυναμία κάποιων ειδικοτήτων να κατανοήσουν τον ρόλο των άλλων ειδικοτήτων. Για παράδειγμα, οι ιατροί δεν μπορούν πλήρως να κατανοήσουν τον ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι κοινωνικοί λειτουργοί γεγονός που εναποθέτει ευθύνες στους κοινωνικούς λειτουργούς για να αναδείξουν τον ρόλο τους (Mizrahi, & Abramson, 2000). Επίσης, έχουν καταγραφεί δυσκολίες ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό και στους/στις κοινωνικούς λειτουργούς ως αποτέλεσμα διαφορετικών ιστοριών, αξιών και κοινωνικοποιήσεων των δύο ειδικοτήτων (Abramson, Mizrahi, 1986). Το ιατρικό προσωπικό για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίσει τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν την υγεία γεγονός που σημαίνει ότι πρέπει να στηρίζονται στους κοινωνικούς λειτουργούς ως συνέταιρους στη βελτίωση της υγείας των ασθενών τους (Mizrahi, & Abramson, (2000:20). Σημαντικό ρόλο προς την κατεύθυνση άμβλυνσης των εν λόγω προβλημάτων μπορεί να παίξει η ανάπτυξη και θέσπιση πρωτοκόλλων συνεργασίας που θα διασαφηνίζουν τον ρόλο και τα καθήκοντα της κάθε ειδικότητας, καθώς και ο επανασχεδιασμός των αναλυτικών προγραμμάτων σπουδών ώστε να συμπεριλαμβάνουν μάθημα σχετικά με την αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας.

ικανότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να συνοδεύεται και από την ανάπτυξη ενός ευρύτερου συστήματος.⁸ Αυτό αναγνωρίζεται και από τις συστάσεις της Επιτροπής των Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των γυναικών ενάντια στη βία, οδηγία 5 (2002), που υιοθετήθηκε από την επιτροπή των υπουργών στις 30 Απριλίου 2002, στην 794^η συνάντηση των αναπληρωτών υπουργών και πιο συγκεκριμένα από:

- το άρθρο IV που συστήνει στα κράτη μέλη να ενθαρρύνουν όλους τους εμπλεκόμενους με τη βία κατά των γυναικών φορείς/θεσμούς (όπως την αστυνομία, το ιατρικό προσωπικό και το προσωπικό των κοινωνικών υπηρεσιών) να σχεδιάσουν μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα σχέδια δράσης τα οποία παρέχουν δράσεις για την πρόληψη της βίας και την προστασία των θυμάτων⁹
- το άρθρο 27 που συστήνει στα κράτη μέλη να προωθούν την συνεργασία με την αστυνομία, τις υπηρεσίες υγείας, τις κοινωνικές υπηρεσίες και το δικαιοδοτικό σύστημα για να εξασφαλιστούν συντονισμένες δράσεις και να ενισχύουν την ανάπτυξη ενός συνεργαζόμενου δικτύου μη κυβερνητικών οργανώσεων (παράρτημα, Ενότητα «Αρωγή και Προστασία των Θυμάτων» άρθρο 27)
- το άρθρο 58 που προωθεί την ανάπτυξη υποχρεωτικών πρωτοκόλλων στα κράτη μέλη και συστήνει την προώθηση ενεργής μεθοδολογικής προσέγγισης θυμάτων από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες από τη στιγμή που κατατίθεται μία αναφορά στην αστυνομία, καθώς και τη συνεργασία με όλες τις εμπλεκόμενες

8. «Η ΕΕ έχει δεσμευτεί να καταπολεμήσει όλες τις μορφές βίας. Οι γυναίκες είναι τα κύρια θύματα της βίας με βάση το φύλο. Πρόκειται για μια παραβίαση του θεμελιώδους δικαιώματος στη ζωή, την ασφάλεια, την ελευθερία, την αξιοπρέπεια και τη φυσική και συναισθηματική ακεραιότητα. Δεν πρέπει να υπάρχει ανοχή ούτε καμία δικαιολογία για την παραβίαση των δικαιωμάτων αυτών. Η πρόληψη έχει ουσιαστική σημασία και απαιτεί εκπαίδευση και γνώσεις, την ανάπτυξη της δικτύωσης και της συνεργασίας και την ανταλλαγή ορθών πρακτικών». Βλέπε: Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των Περιφερειών - *Χάρτης πορείας για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών 2006-2010* {SEC(2006) 275}/* COM/2006/0092 τελικό */ Ανάκτηση από την ιστοσελίδα: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX: 52006DC0092: EL:NOT>. (Ανάκτηση στις 15/1/2009).

9. Στην Ελλάδα, η Γενική Γραμματεία Ισότητας με βάση τον 2ο Άξονα Δράσης των Εθνικών Προτεραιοτήτων Πολιτικής για την Ισότητα των Φύλων 2004 - 2008 “Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας με θύματα τις γυναίκες” (βλέπε: <http://www.isotita.gr/index.php/docs/c29/>), πραγματοποιεί δράσεις που, μεταξύ άλλων, αφορούν στην εντατική προσπάθεια για ενημέρωση, επιμόρφωση και εκπαίδευση των στελεχών κρατικών και εθελοντικών κοινωνικών υπηρεσιών που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της κακοποιημένης γυναίκας η οποία παραμένει σημαντικός στόχος για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτές οι δράσεις λήφθηκαν υπόψη στην κατάρτιση του εθνικού στρατηγικού σχεδίου ανάπτυξης 2007-2013 (ΕΣΣΑ) και συγκεκριμένα στον άξονα 3 *Αναβάθμιση και προστασία του περιβάλλοντος και πρόληψη κινδύνων* (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης 2007).

υπηρεσίες (παράρτημα, ενότητα «Λοιπά Μέτρα σχετικά με τη Ενδο-οικογενειακή Βία», άρθρο 58 παράγραφοι c, d, e, f)

- τα άρθρα 23 έως 33 που συστήνουν στα κράτη μέλη να προωθούν την άμεση και ολοκληρωμένη βοήθεια (παράρτημα, ενότητα «Βοήθεια στα Θύματα» άρθρα 23 έως 33)

Στην ανάπτυξη και εφαρμογή των προηγούμενων προτάσεων ουσιαστικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να αναλάβουν έναν συντονιστικό και επιμορφωτικό ρόλο. Η ικανότητα τους αυτή απορρέει από το γεγονός ότι αυτοί οι ρόλοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την ειδικότητά τους. Η ικανότητά τους να αναλάβουν τους παραπάνω ρόλους ενισχύεται από την εκπαίδευσή τους σε θέματα διεπιστημονικής συνεργασίας καθώς και την εκπαίδευσή τους στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της ασθένειας που υποστηρίζει την ολιστική προσέγγιση των εξυπηρετούμενων, σε αντίθεση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που η εκπαίδευσή του βασίζεται κυρίως στο βιοϊατρικό μοντέλο (Παπαϊωάννου, 1998· Kitchen and Brook, 2005· Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2006) . Ακόμα, απορρέει από την εκπαίδευσή τους σε θέματα κοινωνικού σχεδιασμού και κοινοτικής ανάπτυξης (Ιατρίδης, 1989, 2005). Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχοντας διδαχθεί τα παραπάνω μπορούν να αναπτύξουν την κατάλληλη συνεργασία με αρμόδιες υπηρεσίες της κοινότητας σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης διαφόρων μορφών ενδο-οικογενειακής βίας (NASW, 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με τις συστάσεις¹⁰ της συνδιάσκεψης κορυφής για τη βία προς τους κοινωνικούς λειτουργούς των Η.Π.Α. (NASW, 2002), η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στη διαμόρφωση πολιτικής και κατάλληλης νομοθεσίας για την αντιμετώπιση της βίας είναι επιβεβλημένη. Δεν πρέπει να ξεχνάμε εξάλλου ότι η κοινωνική εργασία ως επαγγελματικός κλάδος είναι δεσμευμένη στην ανάπτυξη μίας ισότιμης και δίκαιας κοινωνίας (Anand, 2009) γεγονός που απαιτεί την παρέμβαση της στην προσπάθεια εξάλειψης της βίας κατά των γυναικών.

10. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιες επιπλέον συστάσεις της εν λόγω συνάντησης που αφορούν την ένταξη ενοτήτων ενδο-οικογενειακής βίας στα αναλυτικά προγράμματα κοινωνικής εργασίας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο σπουδών, τον εμπλουτισμό των πλαισίων πρακτικής άσκησης με υπηρεσίες για την αντιμετώπιση θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας, την επικέντρωση των προγραμμάτων πρόληψης και των στρατηγικών παρέμβασης στη βία ως κοινωνικού φαινομένου και όχι ως ατομικού προβλήματος. Για το σύνολο των συστάσεων, βλέπε NASW, 2002.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ανδρουλάκη, Ζ. και συν (2007). Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη. *Νοσηλευτική*, 46 (4). 545-553.
- Αρτινοπούλου, Β., Φαρσεδάκης, Ι., (2003). *Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα*. ΚΕΘΙ: Αθήνα.
- Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών, (2007). *Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΠΣΑ)*. Ανάρτηση από την ιστοσελίδα: www.espa.gr/Shared/Download.aspx?cat=electroniclib&fileid=26. Ανάρτηση στις 15/1/2009. Αθήνα: Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης
- Γενική Γραμματεία Ισότητας του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Τάξης και Αποκέντρωσης, (2005). *Βασικές προτεραιότητες ανάπτυξης της ισότητας των φύλων ενόψει της κατάρτισης του εθνικού στρατηγικού σχεδίου ανάπτυξης 2007-2013 (ΕΣΣΑ)*. Ανάρτηση από την ιστοσελίδα: <http://www.isotita.gr/index.php/docs/c3/>. Ανάρτηση στις 15/1/2009. Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Τάξης και Αποκέντρωσης Γενική Γραμματεία Ισότητας
- CEDAW (2007). *Επιτροπή για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών*. 37η συνεδρίαση, C/GRC/CO/6: Καταληκτικά σχόλια της Επιτροπής για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών, Ελλάδα, 15 Ιανουαρίου-2 Φεβρουαρίου 2007. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα: www.isotita.gr/index.php/news/472. (Ανάκτηση στις 5/4/2008).
- Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., (2006) «Η Εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας», στο: Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ σε συνεργασία με τους Ταυλαρίδου-Καλούτση, Α και Μουζακίτη, Χ, (επιμ.) *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας: Από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση* (2006), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Ιατρίδης, Δ., (1989) «Κοινωνική Εργασία και Υγεία», *Κοινωνική Εργασία*, 4(15), 71-89.
- Ιατρίδης, Δ., (2005) *Οργανισμοί Κοινωνικής Φροντίδας: Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής για Ανάπτυξη*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Κανδυλάκη, Α., (2005). Αντιμετωπίζοντας τη βία στην οικογένεια μέσα από δίκτυα υπηρεσιών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στο βιβλίο *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς Ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες*, επιμέλεια έκδοσης Κανδυλάκη Α. και Ζαϊμάκης Γ. εκδ. Κριτική.
- Παπαϊωάννου, Κ., (1998) *Κλινική Κοινωνική Εργασία – Κοινωνική Εργασία με Άτομα*, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.
- Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(6), 627-639.
- Πενταράκη, Μ., (2009). Φορείς αρωγής θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας και η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου υπηρεσιών σε επίπεδο κοινότητας για την κατάλληλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Στο βιβλίο *Οικογένεια και Νέες Μορφές Συντροφικότητας*, επιμέλεια έκδοσης Κ.Σαμαρτζή και Ν. Παπαχριστόπουλος, εκδόσεις Opportuna, σελ. 209-228.
- Πενταράκη, Μ., (2004). Σωματικές συνέπειες της συντροφικής βίας στις κακοποιημένες γυναίκες και η αναγκαιότητα παρέμβασης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 74, σελίδες:101-114
- Πενταράκη, Μ., (2003). *Έκταση, μορφές και συνέπειες της βίας που υφίστανται οι έφηβες, μαθή-*

τριες λυκείου, στις συντροφικές τους σχέσεις, Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Συμβούλιο Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία, (Σ.Ε.Κ.Ε.), (2008). *Ενδο-οικογενειακή Βία: Διεπιστημονική Προσέγγιση στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση*. Πρακτικά σεμιναρίου 2005. Αθήνα: Σ.Ε.Κ.Ε.

Χατζηφωτίου Σ. (2005). *Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών: Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία*. Θεσσαλονίκη: εκδ. Τζιόλας.

Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης. (2007). *Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΠΣΑ)*. Ανάρτηση από την ιστοσελίδα: www.espa.gr/Shared/Download.aspx?cat=electroniclib&fileid=26
<http://www.isotita.gr/index.php/docs/c3/>. Ανάρτηση στις 15/1/2009. Αθήνα: Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abramson, J. S., & Mizrahi, T., (1986). Strategies for enhancing collaboration between social workers and physicians. *Social Work in Health Care*, 12, 1-21.

Anand, Meenu (2009). Gender in Social Work Education and Practice in India, *Social Work Education*, 28:1,96 – 105

American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs, (1992). Physicians and Domestic Violence: Ethical Considerations. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3190–3193.

Ben-Sira, Z., Szyf, M., (1992). Status inequality in the social worker-nurse collaboration in hospitals. *Soc Sci Med*, 34 (4), 365-374.

Black, C. J. (2003). Translating principles into practice: Implementing the feminist and strengths perspectives in work with battered women. *Affilia*, 18, 332-349.

Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas J., (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers, *Public Health*, vol. 115, pp.89-95.

Chatzifotiou, S., (2003). Violence against women and institutional responses: the case of Greece, *European Journal of Social Work*, 6:3, 241 – 256.

Chung, M., Wong, T., Yiu, J., (1996). Wife battering in Hong Kong: Accident and Emergency nurses' attitudes and beliefs, *Accident and Emergency Nursing*, vol.4, pp.152-155.

Council of Europe (2002) *Recommendation Rec (2002)5 of the Committee of Ministers to member States on the protection of women against violence adopted on 30 April 2002 and Explanatory Memorandum*. Strasburg: Directorate General of Human Rights and Legal Affairs. Ανάκτηση από: [www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/rec2002\(5\)_en.doc](http://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/rec2002(5)_en.doc). Ανάκτηση στις 5/4/2008.

Corbally, M., (2001). Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review, *Accident and Emergency Nursing*, vol.9, pp.27-37.

- Danis, F., (2003). Social Work Response to Domestic Violence: Encouraging News from a New Look, *Affilia*, 18, 177 - 191.
- Danis, F. S., & Lockhart, L., (2003). Domestic Violence and Social Work Education: What do we know, what do we need to know? *Journal of Social Work Education*, 39, 215-224.
- Eisikovits, Z., Griffel, A., Grinstein, M., & Azaiza, F., (2000). Attitudes of Israeli Arab social workers concerning woman battering: The relationship between responsibility, societal reactions and legitimization of violence. *Journal of Social Service Research*, 26(3), 23-47.
- Friscik, J., (2007). Linking professional groups, state agencies and non governmental organizations: examples of multisectoral approaches, in the Proceedings of the regional seminar of the Council of Europe Campaign to Combat Violence against Women, including Domestic Violence titled *Protection and Specialized Support by the Police, Health Care Professionals and Social Workers for Victims of Domestic Violence*. Skopje, 11-12 September 2007. Strasburg: Directorate General of Human Rights and Legal Affairs. pages: 71-72.
- Gerbert, B., Gansky, S., Tang, J., McPhee, S., Carlton, R., Herzig, K., Danley, D., Caspers, N., (2002). Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians' beliefs and behaviours, *American Journal of Preventive Medicine*, vol.23, no.2, pp.82-90.
- Groth, B., Chelmoski, MK., Batson, TP., (2001). Domestic violence: level of training, knowledge base and practice among Milwaukee physicians, *Wisconsin Medical Journal*., vol. 100, no 1, pp.24-36.
- Hadley SM, Short LM, Lezin N, Zook E., (1995). WomanKind: An innovative model of health care response to domestic abuse. *Womens Health Issues*.5:189-198.
- Harwell, T., Casten, R., Armstrong, K., Dempsey, S., Coons, H., Davis, M., (1998) Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group "Results of a Domestic Violence Training Program Offered to the Staff of Urban Community Health Centers", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, no.3, pp.235-242.
- Joint Commission of Accreditation of Health care Organizations (2009:3-4). History Tracking Report: 2008 to 2009 Requirements Accreditation Program: Office-Based Surgery Chapter: Provision of Care, Treatment, and Services. Ανάκτηση από: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/363E95D8-4478-424F-834D-2E1847EC0C96/0/OBS_PC_08_to_09.pdf. Ανάκτηση στις 16/1/2009.
- Joubert, L., (2006). Academic Practice Partnerships in Practice Research. A cultural shift for Health, *Social Work in Health Care*. 43 (2/3), 151-161
- Kass-Bartelmes, BL., (2004). *Women and Domestic Violence: Programs and Tools That Improve Care for Victims*. Research in Action Issue 15. AHRQ Publication No. 04-0055. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/research/domviolria/domviolria.htm>
- Kanuha, V., (1998). Professional social work and the battered women's movement: Contextualizing the challenges of domestic violence work. *Professional Development*, 1(2), 4-18.
- Keigher, S.M., (2000) Knowledge Development in Health and Social Work *Health and Social Work*, 25(1), 3-8.

- Kim, J., Motsei, M., (2002). Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa, *Social Science and Medicine*, vol.54, no. 8, pp.1243-1254.
- Kitchen, A and Brook, J., (2005) Social Work at the Heart of the Medical Team, *Social Work in Health Care*, 40(4), 1-18.
- Kurz, D. and Stark, E., (1988). *Not-So-Benign Neglect: The Medical Response to Battering*, Rethinking Clinical Approaches, Feminist approaches on Wife Abuse, pp.249-266.
- Laughlin, S., McCartney, S., (1998). Strategic approach to influencing health services in a city. WHO Regional Office for Europe, (1998). European strategies to combat violence against women. Report of the first technical meeting, EUR/ICP/FMLY 05 03 02, Copenhagen, Denmark, 11–13 December. 1997. <http://www.euro.who.int/document/e61935.pdf>
- Livi-Bacci, N., (2002). Women's crisis centers and shelters in Italy: working with battered women and with healthcare providers, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1 S65–S66.
- Mazza, D., Lawrence, J., Roberts, G., Knowlden, S., (2000). *What can we do about domestic violence?*, *The Medical Journal of Australia (MJA)*, vol.173, pp.532-535.
- Mizrahi, T. & Abramson, J.S., (2000). Collaboration Between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case. *Social Work in Health Care* 31(3): 1-24
- N.A.S.W., (2002). *Social Work Summit on Violence against Women. Equity: Practice Update* from the National Association of Social Workers, 1 (1), March 2002.
- O'Connor, M., (1998). Helping health services: report on a pilot project in Dublin. WHO Regional Office for Europe, (1998). European strategies to combat violence against women. Report of the first technical meeting, EUR/ICP/FMLY 05 03 02, Copenhagen, Denmark, 11–13 December. 1997. <http://www.euro.who.int/document/e61935.pdf>
- Peckover, S., (2003). Health visitors' understandings of domestic violence, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, no. 2, pp. 200-208.
- Peculonis, E.V, Cornelius, L and Parrish, M., (2003) The Future of Health Social Work, *Social Work in Health Care*, 37(3), 1-15.
- Phelan, M., (2007). Screening for Intimate Partner Violence in Medical Settings, *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 8, no. 2, pp. 199-213.
- Pyles L. and Postmus J., (2004). Addressing the Problem of Domestic Violence: How Far Have We Come? *Affilia* ; 19; 376
- Schraiber, L., d' Oliveira, A., (2002). Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services, *International Journal Gynecology and Obstetrics*, vol. 78, pp. 21-25.
- Shipway, L., (2004). *Domestic Violence: A Handbook for Health Professionals*. New York: Routledge.
- Stevens, L., (2002). A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers' developed by the UN Population Fund. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 78 Suppl. 1 (2002) S111–S117

- Sugg, N. K., Thompson, R.S., . Thompson, D. C., Mauro, R., Rivara, F.P., (1999). Domestic Violence and Primary Care: Attitudes, Practices, and Beliefs. *Archives of Family Medicine*, 8, σ.σ. 301–306.
- Trabold, N., (2007). Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care Setting: A Systematic Review of the Literature. *Social Work in Health Care*, Vol. 45(1) 2007
- W.H.O., (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneve: World Health Organization.