



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας  
σε γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας**

Μάριος Νικολάου

Καθηγητής: Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ  
ΜΑΡΤΙΟΣ 2015

**"Είναι αναγκαίο να κάνουμε πόλεμο μόνο με πέντε πράγματα: στις αρρώστιες του σώματος, στην άγνοια του πνεύματος, στα πάθη του σώματος, στα στραβά της πόλης και στη διχόνοια των οικογενειών."**

**(Πυθαγόρας)**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Α΄ ΜΕΡΟΣ

Περιεχόμενα	3
Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Εισαγωγή	8

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ορισμός βίας κατά των γυναικών, επιδημιολογικά στοιχεία, υγειονομικά πρωτόκολλα για θύματα ενδοοικογενειακής βίας, υφιστάμενη κατάσταση στην Κύπρο

1.1	Ορισμός βίας κατά των γυναικών	16
1.2	Επιδημιολογικά στοιχεία	18
1.3	Υγειονομικά πρωτόκολλα για τις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας στην ΕΕ	19
1.4	Ενδοοικογενειακή Βία στην Κύπρο: Νομικό Πλαίσιο και Πολιτικές	22
1.4.1	Νομοθεσία	22
1.4.2	Διατμηματικές Διαδικασίες	24
1.4.3	Υφιστάμενη κατάσταση	25
1.4.3.1	Πρακτική αντιμετώπιση περιστατικών βίας κατά των γυναικών	26

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ευθύνες, πρακτικές, δυσκολίες και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

2.1	Ο ρόλος και οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών	28
2.2	Πρακτικές: Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Βίας	31
2.2.1	Η χρήση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης	31
2.2.1.1	Παραδείγματα που βοηθούν στον εντοπισμό της βίας κατά τη χρήση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης	32
2.3	Δυσκολίες και εμπόδια των Επαγγελματιών Υγείας στην αναγνώριση και διερεύνηση ενδοοικογενειακής Βίας κατά των γυναικών	33

2.4	Εκπαίδευση, Εποπτεία και άλλες Υποστηρικτικές Τακτικές για τους επαγγελματίες στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας	35
-----	--	----

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1	Διαδικασία	39
3.2	Θέματα Ηθικής	39
3.3	Ερωτηματολόγιο	40
3.4	Ανάλυση	41
3.5	Δείγμα	41

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1	Περίληψη Αποτελεσμάτων	42
4.2	Εμπειρίες κατά την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας	42
4.2.1	Επισκέπτες Υγείας	44
4.2.2	Τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ)	46

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1	Συζήτηση των Αποτελεσμάτων	47
5.2	Περιορισμοί της Έρευνας	48
5.3	Εισηγήσεις για Περαιτέρω Βελτίωση	49
5.3.1	Προτάσεις	50

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	53
-------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55
--------------	----

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας διατριβής, με την οποία ολοκληρώνω τη φοίτηση μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος Δρ. Μάμα Θεοδώρου για την καθοδήγηση του. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στη συνάδελφο Δρ. Μαριλένα Κυριακίδου για την πολύτιμη βοήθεια και τα εποικοδομητικά σχόλια της. Επίσης να ευχαριστήσω θερμά τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα. Χωρίς τη δική τους συμμετοχή η έρευνα αυτή δεν θα μπορούσε να γίνει.

Τέλος, επιθυμώ να αφιερώσω αυτή τη διατριβή στους γονείς μου, Γιώργο και Έλλη, οι οποίοι μόχθησαν στη ζωή για να δώσουν στα παιδιά και τα εγγόνια τους όσα αυτοί στερήθηκαν.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Υπηρεσίες Υγείας είναι ένα από τα κυριότερα σημεία εισόδου των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας στο υπάρχον κρατικό και μη κρατικό υποστηρικτικό σύστημα. Με τον όρο υποστηρικτικό σύστημα εννοείται το νομικό σύστημα καθώς και το σύστημα προστασίας και στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας το οποίο κατά κύριο λόγο αποτελούν μαζί με τις Υπηρεσίες Υγείας, οι αστυνομικές αρχές, οι Υπηρεσίες κοινωνικής ευημερίας, τα καταφύγια και τα συμβουλευτικά κέντρα.

Η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να διαχειριστούν ικανοποιητικά τα περιστατικά αυτά αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα τόσο για τις ίδιες τις Υπηρεσίες Υγείας όσο και για την καλύτερη δυνατή πρόληψη και αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού προβλήματος. Η παρούσα έρευνα στόχο είχε να μελετήσει πώς οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται τα περιστατικά οικογενειακής βίας μέσα από τις απόψεις των θυμάτων, τα οποία προσέρχονται στις Υπηρεσίες Υγείας. Τα θέματα που διερευνήθηκαν ήταν η λεκτική και ιατρική προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας, η πληροφόρηση και οι παραπομπές και το τι θεωρούσαν οι γυναίκες σημαντικό κατά την παρουσία τους στις Υπηρεσίες Υγείας. Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μεθοδολογία με ημιδομημένες συνεντεύξεις που έγιναν με 12 γυναίκες, οι οποίες έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας και είχαν φιλοξενηθεί στο καταφύγιο θυμάτων βίας στην οικογένεια του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια. Η ανάλυση περιεχομένου των 12 συνεντεύξεων ανέδειξε, όσο αφορά την λεκτική προσέγγιση, ενδείξεις ότι αυτή ήταν ανεπαρκής και προβληματική, ενώ η ιατρική φροντίδα χαρακτηρίστηκε ικανοποιητική από τις συμμετέχουσες.

Σε αντίθεση, η πληροφόρηση και οι παραπομπές σε αρμόδιες υπηρεσίες εμφανίζονται φτωχές, άστοχες και σε κάποιες περιπτώσεις λανθασμένες. Ως προς το τι θα ήθελαν κατά την παραμονή τους στις Υπηρεσίες Υγείας τα θύματα έθιξαν την απουσία ειδικού χώρου για ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν θέματα τα οποία μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά. Η έρευνα συμπεραίνει ότι χρειάζεται να δοθεί σημασία και να επενδυθεί χρόνος στις Υπηρεσίες Υγείας ως προς τη συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών με έμφαση στη βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας με τα θύματα αλλά και τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους για την παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες. Εξίσου σημαντικό είναι να ληφθούν υπόψη οι επιθυμίες των θυμάτων για δημιουργία ενός κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου όπου θα μπορούν να μιλήσουν για την κατάσταση τους.

Περαιτέρω έρευνες και συνεχής παρακολούθηση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της κατάστασης.

## ABSTRACT

Health services are one of the main entry points for victims of domestic violence in existing government and non-government support system. With the term support system we mean the legal system and the system for protection and support of victims of domestic violence, which mainly are the health services, the police, the social welfare services, the shelters and the counselling centres.

The inability of health professionals to adequately manage the domestic violence cases is a major disadvantage for the health services and also for the prevention and handling of this social problem. This research was aimed to study how health professionals manage incidents of domestic violence through the views of the victims, who come to health services. The issues investigated were verbal and medical approach of health professionals, information and referrals, and what the women considered important during their presence in the health services. A qualitative methodology with semi-structured interviews was used to conduct 12 women who used health services and were accommodated in the domestic violence shelter of the Association for the prevention and handling of violence in the family. The content analysis of 12 interviews showed an indication that the verbal approach was inefficient and problematic, while the medical care was characterized satisfactory from the women.

In contrast, information and referrals to appropriate services appear poor, misguided and in some cases incorrect. As to what they would like during their presence in the health services, victims raised the absence of a specific space for psycho-emotional support. The results indicate issues that can be improved significantly. The research comes to the conclusion that there should be more time and attention for the training of health professionals with emphasis on improving the way of communication with victims and increases their knowledge about the referral to relevant services. It is equally important to take into account the wishes of the victims for an appropriate room where they can speak about their situation. Further research and ongoing monitoring of services offered by health professionals can help to improve the situation.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Στέλλα<sup>1</sup>, 26 χρονών παντρεμένη και μητέρα μίας πεντάχρονης κόρης, προσήλθε για την καθιερωμένη γυναικολογική εξέταση φορώντας ένα κολάρο στο λαιμό. Το τραύμα προκλήθηκε μετά από σωματική βία που της ασκήθηκε από το σύζυγο της, κάτι πολύ συχνό στα πέντε χρόνια της σχέσης και μετέπειτα του γάμου τους. Η γιατρός αφιέρωσε σημαντικό χρόνο για να συζητήσει με τη Στέλλα για την κακοποίηση που δέχεται και τις επιπτώσεις που η βία προκαλεί τόσο στην ίδια όσο και στο παιδί. Η Στέλλα αξιοποίησε την ευκαιρία που της έδωσε η γιατρός, εκφράζοντας ανησυχίες και φόβους που την διακατείχαν όλο αυτό το διάστημα που δεχόταν την κακοποίηση από το σύντροφο και μετέπειτα σύζυγο της. Αυτή η συζήτηση βοήθησε τη Στέλλα να κατανοήσει τους κινδύνους που αντιμετώπιζε και να αναζητήσει εξειδικευμένη βοήθεια για να σταματήσει την κακοποίηση.

Ιστορίες σαν και αυτή της Στέλλας είναι συχνό φαινόμενο στις Υπηρεσίες Υγείας. Αυτό που φαίνεται να μην είναι συχνό είναι η στάση και συμπεριφορά που επέδειξε η συγκεκριμένη γιατρός. Υπάρχουν ενδείξεις πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δε βοηθά με τη στάση της τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας ώστε αυτά να πάρουν την απόφαση να μιλήσουν και πιθανόν ακολούθως να αναζητήσουν βοήθεια για την κακοποίηση που βιώνουν. Αν και πολυάριθμοι οργανισμοί παροχής υγείας υποστηρίζουν την ανάγκη ελέγχου για συντροφική/συζυγική βία, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα πραγματικά ποσοστά ελέγχου παραμένουν χαμηλά στην κλινική πράξη (Waalén, Goodwin et al, 2000). Μία μελέτη που εξέτασε τη συχνότητα ελέγχου για συντροφική/συζυγική βία βρήκε ότι μόνο το 13% θυμάτων που παρουσιάστηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ρωτήθηκε από τον ιατρό ή το νοσηλεύτη για βία. Άλλοι μελετητές έχουν βρει ότι μόνο το 1,5% έως το 12% των ασθενών στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ερωτώνται για πιθανή κακοποίηση (Waalén, Goodwin et al, 2000).

Η αντιμετώπιση των τραυματισμών ή άλλων προφανών συνεπειών της ενδοοικογενειακής βίας χωρίς να αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος οδηγεί συχνά σε ανεπαρκή φροντίδα. Τα θύματα συνεχίζουν να παραμένουν τραυματισμένα, συνεχίζουν να απαιτούν όλο και περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις, η υγεία τους επιδεινώνεται και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται (Ganley, Fazio et al, 1998).

---

<sup>1</sup> Στέλλα είναι ένα τυχαίο γυναικείο όνομα



Για την παροχή κατάλληλης φροντίδας προς τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν, αξιολογούν και παρεμβαίνουν με κατάλληλους τρόπους τόσο για το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής βίας όσο και για τις άμεσες συνέπειες για την υγεία τους. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, αλλά και στην προσπάθεια να σταματήσει η ενδοοικογενειακή βία μέσα από τη συμμετοχή τους σε μια συντονισμένη ανταπόκριση και άλλων υπηρεσιών. Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και η αντιμετώπιση της απαιτεί τις προσπάθειες όλων των υπηρεσιών και θεσμικών οργάνων που ασχολούνται με το κοινωνικό αυτό φαινόμενο.

Παρά το γεγονός ότι υπήρξαν κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες, η εκπαίδευση για τους επαγγελματίες υγείας δεν έχει συμπεριλάβει το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής βίας και των πολλαπλών επιπτώσεων της στην υγεία. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν έχουν την εκπαίδευση που χρειάζονται για να προσδιορίσουν ή να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες που έχουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Ganley, Fazio et al, 1998).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής για τις κακοποιημένες γυναίκες καθώς καταφεύγουν στις Υπηρεσίες Υγείας για περίθαλψη των τραυμάτων τους ή/και άλλων συμπτωμάτων που προκύπτουν από την άσκηση βίας εις βάρος τους. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες διστάζουν να αποκαλύψουν τη βία στους επαγγελματίες υγείας ελλείψει συγκεκριμένων ερωτήσεων (Hayden, Barton, 1997). Η χρήση δομημένων ερωτήσεων ελέγχου από επαγγελματίες υγείας έχει βρεθεί να αυξάνει σημαντικά το ποσοστό ανίχνευσης της ενδοοικογενειακής βίας (Feldhaus, Koziol et al, 1997). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκφράσουν προς τα θύματα την επιθυμία τους να ακούσουν για τη βία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με απλούς τρόπους όπως είναι η παροχή γραπτών πληροφοριών (ενημερωτικά φυλλάδια και αφίσες) σε χώρους αναμονής αλλά και υποβάλλοντας συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με τη βία. Φαίνεται ότι, αν και η ενδοοικογενειακή βία έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό ζήτημα για την υγεία, πολλοί επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν ρωτάνε για τις εμπειρίες κακοποίησης. Στην Κύπρο δεν υπάρχουν έρευνες δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά (peer reviewed journals) οι οποίες να μελετούν το υπό παρουσίαση θέμα. Η παρούσα έρευνα ευελπιστεί να μελετήσει πώς αντιμετωπίζονται τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας από τις Υπηρεσίες Υγείας στην Κύπρο.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η δημιουργία, στις Υπηρεσίες Υγείας, ενός προγράμματος πρώιμης διάγνωσης των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή που είναι σε κίνδυνο να υποστούν κάποια μορφή βίας, θα είχε τεράστια ευεργετική επίδραση στη σωστή διαχείριση του φαινομένου, στη μείωσή του, αλλά και στην καλύτερη προσφορά υπηρεσιών υγείας βασισμένων στις πραγματικές ανάγκες των γυναικών αυτών (Androulaki, Merkouris et al, 2007). Η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος θα αύξανε σημαντικά τις πιθανότητες τόσο για τον εντοπισμό περιπτώσεων κακοποίησης όσο και για το σχεδιασμό αποδοτικών παρεμβάσεων. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των ιατρών, των νοσηλευτών, των επισκεπτριών υγείας, των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων που καλούνται να αναλάβουν έναν ιδιαίτερο ρόλο μέσα από μια συντονισμένη και διεπιστημονική προσέγγιση του φαινομένου.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικός, ιδιαίτερα αν ενστερνιστούμε τις απόψεις των ειδικών, που αναφέρουν ότι οι γυναίκες που προσέρχονται στις Υπηρεσίες Υγείας θα πρέπει από την αρχική προσέγγιση και εκτίμηση να αντιμετωπίζονται ως πιθανά θύματα κακοποίησης. Συχνά όμως η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων είναι ανέφικτη λόγω της έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων για την προσέγγιση των περιστατικών που αφορούν κακοποιημένες γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα την αδυναμία εντοπισμού και αξιολόγησης των περιστατικών αυτών (Androulaki, Merkouris et al, 2007).

Στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση του τρόπου που οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται τα περιστατικά οικογενειακής βίας σε χώρους όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία και τα τμήματα πρώτων βοηθειών, μέσα από τις απόψεις των θυμάτων. Τέθηκαν πέντε ερευνητικές ερωτήσεις, τις οποίες μελετούσε η παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα: α. πώς οι επαγγελματίες υγείας προσέγγισαν λεκτικά τα θύματα, β. ποιά ήταν η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που προσφέρθηκε στα θύματα, γ. αν τα θύματα παραπέμφθηκαν σε αρμόδιες υπηρεσίες όσο αφορά το θέμα της οικογενειακής βίας και δ. τί θα ήθελαν τα θύματα από τις Υπηρεσίες Υγείας και δεν το βρήκαν. Η τελευταία ερευνητική ερώτηση αποσκοπούσε στη σύγκριση των υπηρεσιών που διερευνήθηκαν στις πρώτες τέσσερις ερωτήσεις μεταξύ των εξωτερικών ιατρείων, των τμημάτων πρώτων βοηθειών και των επισκεπτών υγείας.

Η υπόθεση για την πρώτη ερευνητική ερώτηση ήταν ο εντοπισμός ελλείψεων και αδυναμιών στη λεκτική προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας κατά την επαφή τους με τα θύματα

ενδοοικογενειακής βίας καθώς και η πιθανή χρήση από τους επαγγελματίες υγείας του ελέγχου ρουτίνας (screening) για τον εντοπισμό βίαιων συζυγικών / συντροφικών σχέσεων (SOCG Clinical Practice Guidelines, 2005). Για τη δεύτερη ερευνητική ερώτηση η υπόθεση ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της εκπαίδευσης που έλαβαν, ήταν σε θέση να παρέχουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα όπως περίθαλψη τραυμάτων, περαιτέρω εξετάσεις (π.χ. ακτινογραφίες) ή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. αγχολυτικά, ηρεμιστικά). Για την τρίτη ερευνητική ερώτηση η υπόθεση ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα γνώριζαν και θα παρέπεμπαν τα θύματα στις αρμόδιες υπηρεσίες ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσής που έχουν λάβει και η οποία προβλέπεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια του 2009. Για την τέταρτη ερευνητική πρόταση η υπόθεση ήταν ότι τα θύματα θα αναζητούσαν το αίσθημα της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Υγείας, κάποιο ιδιωτικό χώρο για την περίθαλψή τους, την ευκαιρία να εκφράσουν τις εμπειρίες και ανησυχίες τους καθώς και την ανάγκη της παρουσίας ψυχολόγου ή κοινωνικού λειτουργού στο χώρο. Ο εντοπισμός θετικών και αρνητικών στοιχείων στις Υπηρεσίες Υγείας αποσκοπούσε στην παρουσίαση εισηγήσεων για περαιτέρω βελτίωση της συμπεριφοράς και των χειρισμών των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας στην Κύπρο.

Η υπό παρουσίαση μελέτη γυναικών που βίωσαν ενδοοικογενειακή βία και ήρθαν σε επαφή, λόγω της κακοποίησης που είχαν δεχθεί, με τις Υπηρεσίες Υγείας, έγινε με τη χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας, αφού κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη για τη διερεύνηση αυτού του θέματος. Ο στόχος ήταν να καταγραφούν και αξιολογηθούν οι εμπειρίες τους κατά την αναζήτηση βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας. Διεξήχθησαν συνεντεύξεις με ημιδομημένο ερωτηματολόγιο, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στα γραφεία του Συνδέσμου για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Βίας στην Οικογένεια και στο χώρο φιλοξενίας θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας του αναφερόμενου Συνδέσμου για όσες γυναίκες φιλοξενούνταν εκεί κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Το δείγμα αποτελείτο από 12 γυναίκες που είχαν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και αναζήτησαν βοήθεια από τις Υπηρεσίες Υγείας. Οι συνεντεύξεις έγιναν κατά τους μήνες Μάρτιο, Απρίλιο, Ιούνιο και Ιούλιο του 2014 και αφού προηγουμένως οι γυναίκες είχαν ενημερωθεί για το αντικείμενο της μελέτης και συμφώνησαν στη συμμετοχή τους.

Στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο δίδεται ο ορισμός της βίας κατά των γυναικών, φαινόμενο το οποίο παρουσιάζει ανησυχητικές διαστάσεις και εμφανίζεται ολοένα με πιο σκληρό και αποτρόπαιο

πρόσωπο με αποκορύφωμα τους ενδοοικογενειακούς φόνους. Για το έτος 2014 σημειώθηκαν επτά ενδοοικογενειακοί φόννοι παρουσιάζοντας τα υψηλότερα ποσοστά από της ιδρύσεως της Κυπριακής Δημοκρατίας (Γραφείο χειρισμού θεμάτων βίας στην οικογένεια της Αστυνομίας, 2015). Η βία κατά των γυναικών εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνίες ανεξαρτήτως οικονομικών, κοινωνικών ή εκπαιδευτικών δεδομένων και κατατάσσεται, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως ένα ιδιαίτερος σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας για το οποίο χρειάζεται τα κράτη να προχωρήσουν σε ενέργειες για αξιολόγηση, έρευνα, πρόληψη και αντιμετώπιση του. Στοιχεία από την Ευρώπη, τις ΗΠΑ και τον υπόλοιπο κόσμο καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος μέσα από τα ιδιαίτερα ψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακής κακοποίησης γυναικών. Το κεφάλαιο συνεχίζει με αναφορά στα υγειονομικά πρωτόκολλα που εφαρμόζουν τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως αυτά παρουσιάζονται στα βασικά πορίσματα για την υποστήριξη των γυναικών θυμάτων βίας της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ το 2013. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την υφιστάμενη κατάσταση στην Κύπρο. Γίνεται αναφορά στην κυπριακή νομοθεσία για τη Βία στην Οικογένεια, η οποία αποτελούσε και ακόμα αποτελεί πρότυπο για αρκετές χώρες εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αρχικά, ο πρώτος νόμος είχε ψηφιστεί το 1994 και ακολούθησαν τροποποιήσεις με τους Περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία των Θυμάτων) Νόμους του 2000 και 2004. Τέλος, περιγράφονται οι ευθύνες και αρμοδιότητες για τις Υπηρεσίες Υγείας σε ότι αφορά την ενδοοικογενειακή βία. Σε ότι αφορά τα καθήκοντα και υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας, οι πρόνοιες δεσμεύουν όλους τους επαγγελματίες, ώστε να γνωρίζουν και να θέτουν σε εφαρμογή τις διαδικασίες χειρισμού των περιστατικών βίας στην οικογένεια. Γίνεται σαφές μέσα από τις διαδικασίες ότι πρωταρχικό καθήκον των επαγγελματιών υγείας είναι η προστασία των ανηλικών παιδιών – θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας. Σε ότι αφορά την προστασία των ενήλικων θυμάτων που έρχονται σε επαφή με τις Υπηρεσίες Υγείας δεν υπάρχει συγκεκριμένη αναφορά αλλά υπάρχει σαφής γνωμάτευση του Γενικού Εισαγγελέα.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφεται αναλυτικά ποιος θα πρέπει να είναι ο ρόλος και οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση και πρόληψη του φαινομένου. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εστιάζεται στην έγκαιρη αναγνώριση των θυμάτων βίας και στην έναρξη διαδικασίας για παροχή προστασίας. Η συνεργασία μεταξύ Υπηρεσιών Υγείας και των άλλων αρμόδιων Υπηρεσιών όπως είναι η Αστυνομία, οι υπηρεσίες κοινωνικής ευημερίας και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, κρίνεται απαραίτητη ώστε ο επαγγελματίας υγείας να αισθάνεται μέρος ενός ολοκληρωμένου πλαισίου για παροχή υποστήριξης.

Οι δυσκολίες που εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικές και μπορούν να συνοψιστούν κυρίως στα θέματα εκπαίδευσης τους για έγκαιρη αναγνώριση και σωστή διαχείριση των περιπτώσεων. Το μεγαλύτερο ίσως εμπόδιο είναι η έλλειψη κατάρτισης στα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας, γεγονός που δεν επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη στήριξη στα θύματα. Ακόμα και όταν αυτό γίνεται αντιληπτό, η έλλειψη κατάρτισης τους αποθαρρύνει από το να ζητήσουν από τις γυναίκες να μιλήσουν για τη βία που δέχονται, καθώς οι ίδιοι αισθάνονται ανέτοιμοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων. Τέλος, καταγράφονται καλές πρακτικές προς βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης με κυριότερη την εφαρμογή του ελέγχου ρουτίνας (screening), ο οποίος για πολλούς ερευνητές αποτελεί το σημείο εκκίνησης των επαγγελματιών υγείας για την προσέγγιση της ενδοοικογενειακής βίας.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο δίδονται τα βασικά χαρακτηριστικά της έρευνας. Η συλλογή των απόψεων και εμπειριών των κακοποιημένων γυναικών σχετικά με την επαφή τους με τις Υπηρεσίες Υγείας έγινε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων που διεξήχθησαν με ημιδομημένο ερωτηματολόγιο. Λόγω της ευαισθησίας του θέματος και πέραν της επεξήγησης του σκοπού της έρευνας, οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για τη δυνατότητα που είχαν είτε να αρνηθούν συμμετοχή στη συγκεκριμένη έρευνα ή να διακόψουν ανά πάσα στιγμή τη διαδικασία της συνέντευξης. Συνολικά, συμμετείχαν 12 γυναίκες που έκαναν χρήση των Υπηρεσιών Υγείας εξ αιτίας κακοποίησης τους και φιλοξενήθηκαν, μαζί με τα παιδιά τους, στο μοναδικό καταφύγιο θυμάτων βίας στην οικογένεια που λειτουργεί στην Κύπρο με πρωτοβουλία του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιλαμβάνουν δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και τις εμπειρίες τους κατά την αναζήτηση βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον χειρισμό των περιπτώσεων τους. Έγινε ανάλυση των θεμάτων όπως αυτά δόθηκαν από τις συμμετέχουσες αφού χωρίστηκαν σε ομάδες (grouping analysis) βάσει τεσσάρων ερευνητικών ερωτήσεων που αφορούσαν: α. τη λεκτική προσέγγιση, β. την ιατρική φροντίδα, γ. τις παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες και δ. τι θα ήθελαν οι συμμετέχουσες από τους επαγγελματίες υγείας. Μετά την ομαδοποίηση των απαντήσεων, οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε αυτές που αναφέρονταν γενικά στους επαγγελματίες υγείας και μετά πιο εξειδικευμένα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) και στους επισκέπτες υγείας. Αυτός ο διαχωρισμός μεταξύ της γενικής ομάδας (επαγγελματίες υγείας) και των πιο εξειδικευμένων

ομάδων (ΤΑΕΠ και επισκεπτών υγείας) προέκυψε από τις απαντήσεις των συμμετεχουσών καθώς τα ίδια τα θύματα έκαναν αυτόν τον διαχωρισμό.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Κυριότερο συμπέρασμα που προέκυψε όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας, οι γυναίκες δήλωσαν ως λιγότερο υποστηρικτικό το προσωπικό στα ΤΑΕΠ σε σύγκριση με τους επισκέπτες υγείας στο θέμα της ανταπόκρισης τους για την ενδοοικογενειακή βία. Επιπροσθέτως, η έλλειψη εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας, η συνέχεια στην περίθαλψη και οι χρονικοί περιορισμοί ήταν κυρίαρχα θέματα που προέκυψαν από τις επαφές των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας. Πολύ λίγες γυναίκες ανέφεραν οικειοθελώς την ενδοοικογενειακή βία σε έναν επαγγελματία υγείας και ακόμη λιγότερες ρωτήθηκαν άμεσα για την ενδοοικογενειακή βία.

Στο 5<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και η παρούσα διατριβή ολοκληρώνεται με εισηγήσεις για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Οι γυναίκες δεν ερωτήθηκαν ευθέως για την ενδοοικογενειακή βία από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να εκπαιδευτούν κατάλληλα έτσι ώστε να μπορούν να συζητήσουν για την ενδοοικογενειακή βία με τις γυναίκες που αναλαμβάνουν να φροντίσουν και επίσης να αποδείξουν ότι διαθέτουν επαρκή γνώση και κατανόηση του θέματος για να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της περίπτωσης. Σχεδόν κανένας από τους επαγγελματίες υγείας στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκε ότι έχει παράσχει πληροφορίες σχετικά με υπηρεσίες και άλλες πηγές στήριξης των γυναικών όπως είναι καταφύγια, συμβουλευτικοί σταθμοί και νομικές συμβουλές. Η ανάγκη για προστασία της ιδιωτικής ζωής, τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και την κατανόηση των ζητημάτων γύρω από την ενδοοικογενειακή βία ήταν κοινά θέματα που προέκυψαν από τις επαφές των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας.

Για την περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας από τις Υπηρεσίες Υγείας χρειάζεται να αναπτυχθούν δράσεις που να προωθούν τα θέματα εκπαίδευσης και υιοθέτησης πρωτοκόλλων. Σημαντικές δράσεις αποτελούν η κατάρτιση - επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα βίας στην οικογένεια και ο καθορισμός ξεκάθαρων διαδικασιών χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια ώστε όλοι οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τις διαδικασίες που οφείλουν να ακολουθούν για τον χειρισμό των περιστατικών βίας. Επίσης, πολύ σημαντική και επωφελής είναι η διεξαγωγή

προληπτικών προγραμμάτων στα σχολεία, οι κατ οίκον επισκέψεις στις εγκυμονούσες όπως και η διοχέτευση ενημερωτικού υλικού για την ενδοοικογενειακή βία στις Υπηρεσίες Υγείας. Τέλος, η τήρηση αρχείου με στατιστικά στοιχεία είναι πολύ σημαντική ώστε οι πολιτικές και τα σχέδια δράσης να βασιστούν σε μεγάλο βαθμό στα στατιστικά στοιχεία και την ανάλυση τους.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

#### ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗΝ Ε.Ε ΓΙΑ ΘΥΜΑΤΑ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑ, ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

##### 1.1 Ορισμός βίας κατά των γυναικών

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως βία εναντίον των γυναικών κάθε απειλή ή βίαιη πράξη βασισμένη στο φύλο, που προκαλεί ή είναι πιθανό να προκαλέσει σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη ή πόνο στις γυναίκες – συμπεριλαμβανομένου του εξαναγκασμού ή της αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας – είτε εμφανίζεται στην ιδιωτική είτε στη δημόσια ζωή (WHO, 1994).

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό, επίκαιρο και πολύπλευρο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο εκδηλώνεται και συντηρείται λόγω πολλών παραγόντων που απαιτούν διερεύνηση, ερμηνεία και αντιμετώπιση. Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και πιο συγκεκριμένα το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής κακοποίησης γυναικών παρουσιάζει αυξητικές τάσεις και έχει λάβει διαστάσεις ενός πολύ σοβαρού κοινωνικού προβλήματος. Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών αφορά ένα σύνολο συμπεριφορών που μπορεί να ξεκινούν από τις απειλές για άσκηση βίας και να φτάνει μέχρι τον σοβαρό τραυματισμό ή/και τη δολοφονία. Η βία κατά των γυναικών μπορεί να εκδηλωθεί μέσω διαφόρων μορφών όπως είναι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, η λεκτική βία, η ψυχολογική κακομεταχείριση, η οικονομική βία και η κοινωνική κακομεταχείριση. Η ενδοοικογενειακή κακοποίηση των γυναικών επιφέρει σωματικές, κοινωνικές, οικονομικές και ατομικές αρνητικές επιπτώσεις και αποτελεί μία από τις πλέον συχνές μορφές παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αφού προσβάλλει την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια, την αυτοεκτίμηση, την ισότητα καθώς και το δικαίωμα στις θεμελιώδεις ελευθερίες (Krug et al, 2002).

Η βία κατά των γυναικών εμφανίζεται σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό πλαίσιο, την κοινωνική τάξη, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, την εθνικότητα και την



ηλικία. Ακόμη και αν οι περισσότερες κοινωνίες κηρύσσουν έκνομη τη βία κατά των γυναικών, στην πραγματικότητα οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους «νομιμοποιούνται» με τη δικαιολογία πολιτισμικών πρακτικών και κανόνων ή μέσω παρερμηνειών των αρχών διαφόρων θρησκευτικών δογμάτων. Όταν μάλιστα η βία ασκείται μέσα στο σπίτι, η καταχρηστική αυτή συμπεριφορά «συγχωρείται» με τη σιωπή από την πλευρά των γυναικών που υφίστανται τη βία και με τη στάση ανοχής που επιδεικνύει πολλές φορές η Πολιτεία και οι μηχανισμοί τυπικής και άτυπης κοινωνικής αντίδρασης (Unicef, 2000).

Αναμφισβήτητα, η πολύμορφη κακοποίηση που ασκείται στις γυναίκες αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφοροι επιστήμονες και ερευνητές/-τριες, οι πολιτικές ηγεσίες των χωρών, καθώς και οι διεθνείς οργανισμοί. Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις μορφές βίας που εμφανίζονται εντός των «οικογενειακών τειχών» με το επιχείρημα ότι θεσμοί, όπως ο γάμος και η οικογένεια, είναι δυνατόν να διατηρήσουν ή και να υποθάλψουν την εκδήλωση του συγκεκριμένου φαινομένου (Βλάχου, 2006).

Οι περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών οι οποίες αναφέρονται στις αρμόδιες υπηρεσίες παρουσιάζουν αυξητική τάση, γεγονός που προκαλεί μεν ανησυχία αλλά φανερώνει και την τάση ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι να αποφασίζουν να σπάσουν τη σιωπή τους και να μιλήσουν γι αυτό το θλιβερό φαινόμενο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι περισσότερες περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας αφορούν βία από τους άντρες προς τις γυναίκες και από τους ενήλικες προς τα παιδιά ενώ σε πολύ λίγες περιπτώσεις η βία ασκείται από τις γυναίκες προς τους άντρες (WHO, 1996). Το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε τις σοβαρές επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στην υγεία των θυμάτων και ειδικότερα στην υγεία των γυναικών και των παιδιών που εμφανίζεται να είναι τα πιο συχνά θύματα του φαινομένου αυτού (Krug et al, 2002). Κατέταξε μάλιστα τη βία ως σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και προέτρεψε τα κράτη μέλη να προχωρήσουν σε ενέργειες για αξιολόγηση, έρευνα, πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος.

## 1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Αμερική, ένα ποσοστό 17% – 30% των γυναικών που επισκέφθηκαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων είχαν πέσει θύματα κακοποίησης, ενώ προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι 1 στις 5 γυναίκες παγκοσμίως έχουν πέσει θύματα ξυλοδαμού από το σύντροφό τους και 1 στις 3 γυναίκες θα βιώσουν μέσα στη σχέση τους κάποια μορφή κακοποίησης (Androulaki, Merkouris et al, 2007). Τα ποσοστά κακοποίησης σε αρκετές χώρες παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις, αφενός επειδή δεν υπάρχει σαφής ορισμός της βίας και αφετέρου επειδή η συχνότητα διαφέρει ανάλογα με την πηγή των στοιχείων (αστυνομία, νοσοκομεία, μη κυβερνητικοί οργανισμοί).

Παρά την υψηλή όμως επίπτωση του φαινομένου, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν θύματα βίας. Όπως αναφέρουν διάφορες έρευνες μόνο ένα μικρό ποσοστό των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας ενημερώνουν για τα πραγματικά γεγονότα τους επαγγελματίες υγείας. Οι έρευνες συμφωνούν στο ότι η εκμυστήρευση της ενδοοικογενειακής κακοποίησης δε γίνεται από όλα τα θύματα και ότι μόνο ένα ποσοστό από τα ενήλικα θύματα σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής κακοποίησης εκμυστηρεύονται την κακοποίηση τους.

Στοιχεία που προέκυψαν από την πανευρωπαϊκή έρευνα του Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA) για τη βία κατά των γυναικών και η οποία παρουσιάστηκε στις 5 Μαρτίου 2014, καταδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών που είναι θύματα βίας δεν αναφέρουν τις εμπειρίες τους στις υπηρεσίες (αστυνομία, νοσοκομεία, οργανώσεις υποστήριξης θυμάτων, κλπ). Έρευνες μας πληροφορούν ότι μόνο 25% των γυναικών που ζητούν ιατρική βοήθεια μετά από τραυματισμό τους αναφέρουν στους επαγγελματίες υγείας ότι έχουν κακοποιηθεί (WHO, 1999).

Εκτιμάται ότι στην Αγγλία λιγότερο από 10% των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτό από γιατρούς και νοσηλευτές. Στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται από 7% – 25%, ακόμα και όταν υπάρχουν συνθήκες αυξημένου κινδύνου, όπως τραυματισμός και κατάθλιψη, ενώ 60–90% των ασθενών έχουν στη συνέχεια ανεπαρκή υποστήριξη (Androulaki, Merkouris et al, 2007). Έρευνες από την Αυστραλία δείχνουν ότι μόνο 11%-

25% των πιθανών θυμάτων κακοποίησης καταγγέλλουν την κακοποίηση τους στην αστυνομία (Queensland Government, 2001).

Μία εθνική έρευνα στην Αμερική παραχώρησε ενδείξεις ότι ένα ποσοστό μικρότερο του 5% των βιασμών ή απόπειρας βιασμών αναφέρθηκαν στις διωκτικές αρχές (Fisher, Cullen et al, 2000). Μία έρευνα του 1985 έδειξε ότι 48% των γυναικών που πιθανόν να κακοποιούνται δεν ανέφεραν σε κανέναν αυτή τους την εμπειρία (Koss, 1985). Το 89% των γυναικών που φιλοξενήθηκαν σε καταφύγια είχαν λάβει ιατρικές υπηρεσίες εξ αιτίας της βίας που είχαν υποστεί. Από τις γυναίκες αυτές, σχεδόν οι μισές απέκρυψαν το γεγονός της κακοποίησής τους από ντροπή και από φόβο για την πιθανότητα να το μάθει ο σύζυγος / σύντροφός τους και τα πράγματα να εξελιχθούν χειρότερα ή επειδή δεν βρήκαν την απαιτούμενη κατανόηση από τους επαγγελματίες υγείας (British Medical Association, 1998).

Σε ότι αφορά την Κύπρο, τα στατιστικά δεδομένα του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια (ΣΠΑΒΟ) δείχνουν ότι τη διετία 2011 – 2012 ποσοστό 15,4% (213 περιπτώσεις) όσων επικοινωνήσαν με την Εθνική Γραμμή Στήριξης 1440 του ΣΠΑΒΟ ανέφεραν ότι επισκέφθηκαν το Τμήμα Πρώτων Βοηθειών της επαρχίας τους μετά από περιστατικό κακοποίησης. Ποσοστό 68,4% (949 περιπτώσεις) ανέφερε ότι δεν κατέφυγαν στις Υπηρεσίες Υγείας ενώ για ποσοστό 16,2% (225 περιπτώσεις) δεν κατέστη δυνατή η εξασφάλιση της συγκεκριμένης πληροφορίας.

### 1.3 Υγειονομικά πρωτόκολλα για τις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας στην ΕΕ

Η ΕΕ έχει δεσμευθεί να καταπολεμήσει τη βία κατά των γυναικών. Η δέσμευση αυτή επιβεβαιώνεται στον Χάρτη των Γυναικών (2010), στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών (2010–2015) και στο Πρόγραμμα της Στοκχόλμης για την περίοδο 2010–2014. Παρά τις μέχρι σήμερα δεσμεύσεις και προσπάθειες, η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών παραμένει διαδεδομένη, εμφανίζεται ολοένα με πιο σκληρό και βάνανσο τρόπο ενώ τα περιστατικά βίας που καταγγέλλονται ή αναφέρονται στις αρμόδιες αρχές των κρατών μελών υπολείπονται σημαντικά του πραγματικού αριθμού περιστατικών (Επισκόπηση της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ, 2013).

Στα 27 κράτη μέλη και στην Κροατία υπήρχε επείγουσα ανάγκη για αξιόπιστα και συγκρίσιμα στοιχεία σχετικά με τις υπηρεσίες υποστήριξης γυναικών θυμάτων βίας. Η ανάλυση που έκανε το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων (EIGE) το 2013 κάλυψε αυτή την ανάγκη, καθώς παρείχε μια εις βάθος επισκόπηση της ποιότητας των υπηρεσιών στις οποίες οι γυναίκες θύματα βίας έχουν πρόσβαση όπως είναι τα καταφύγια γυναικών, Υπηρεσίες Υγείας, υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, γραμμές βοήθειας που λειτουργούν 24 ώρες το 24ωρο, υπηρεσίες νομικής συνδρομής και άλλες υπηρεσίες. Τα πορίσματα της επισκόπησης έδειξαν ότι οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστήριξης που παρέχουν τα κράτη μέλη είναι ανεπαρκείς και άνισα κατανομημένες, η δε χρηματοδότησή τους είναι σποραδική. Η επισκόπηση φανέρωσε ωστόσο και κάποιες ενδείξεις προόδου στα κράτη μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία των κρατών μελών έχει εκπονήσει και εφαρμόζει εθνικά σχέδια δράσης για την καταπολέμηση της ενδοοικογενειακής βίας και την ποινικοποίηση της συζυγικής / συντροφικής βίας, ενώ έχει θεσπίσει και εντολές προστασίας (Επισκόπηση της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ, 2013).

Τα υγειονομικά πρωτόκολλα θέτουν τα πρότυπα που διέπουν τις διαδικασίες εξέτασης, παραπομπής, παρέμβασης, τεκμηρίωσης και αξιολόγησης. Τα υγειονομικά πρωτόκολλα αποτελούν τις αποκρίσεις των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, πρέπει δε κατά την κατάρτισή τους να λαμβάνονται υπόψη οι ειδικές ανάγκες της συγκεκριμένης κατηγορίας γυναικών. Οι Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται βάσει αυτών των πρωτοκόλλων είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διακρίνονται για την υψηλή τους ποιότητα, να διασφαλίζουν την ασφάλεια των γυναικών και να τις βοηθούν να ανακάμψουν.

Ένδεκα κράτη μέλη (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία, Ισπανία, Κύπρος, Λετονία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σλοβακία, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο) και η Κροατία ανέφεραν ότι εφαρμόζουν εθνικά υγειονομικά πρωτόκολλα. Οκτώ κράτη μέλη (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ισπανία, Κύπρος, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σλοβακία και Ηνωμένο Βασίλειο) εφαρμόζουν εθνικά πρωτόκολλα σε όλα τα αναγνωρισμένα υγειονομικά ιδρύματα: νοσοκομεία, κέντρα εξυπηρέτησης έκτακτων περιστατικών, κέντρα υπηρεσιών μητρότητας, κέντρα υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας, κέντρα υπηρεσιών γενικών ιατρών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εννέα κράτη μέλη (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία,

Ισπανία, Κύπρος, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σλοβακία και Ηνωμένο Βασίλειο) και η Κροατία εφαρμόζουν εθνικά υγειονομικά πρωτόκολλα στα νοσοκομεία και στα κέντρα εξυπηρέτησης έκτακτων περιστατικών. Η Λετονία εφαρμόζει εθνικά υγειονομικά πρωτόκολλα μόνο στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας, η δε Φινλανδία μόνο στις υπηρεσίες μητρότητας.

Η Κροατία και η Ιρλανδία δεν εφαρμόζουν υγειονομικά πρωτόκολλα στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας και στις υπηρεσίες γενικών ιατρών. Επιπλέον, η Κροατία δεν εφαρμόζει υγειονομικά πρωτόκολλα στις υπηρεσίες μητρότητας και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Επισκόπηση της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ, 2013).

Τέλος, η ανάλυση που έκανε το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων (EIGE) το 2013 έδωσε σχετικές συστάσεις προς τα κράτη μέλη, οι οποίες αφορούν την ανάγκη θέσπισης εθνικών υγειονομικών πρωτοκόλλων για την παροχή υπηρεσιών από συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, ιδίως από τους γενικούς ιατρούς, το προσωπικό των νοσοκομείων, τους ψυχολόγους/ψυχιάτρους, τους παρέχοντες υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού όπως είναι οι μαίες και τους επισκέπτες νοσηλευτές. Οι γενικοί ιατροί / οικογενειακοί ιατροί πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να εντοπίζουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες των γυναικών θυμάτων βίας και χρειάζεται να εξοικειώνονται με τη χρήση των υγειονομικών πρωτοκόλλων. Σε κάθε νοσοκομείο πρέπει να υπάρχει ένα ειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού που θα μεριμνά προκειμένου το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι κατάλληλα εξοπλισμένο για τον εντοπισμό και τη δέουσα ανταπόκριση στις ανάγκες της σωματικής και ψυχικής υγείας γυναικών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία, να διαθέτει βασικές γνώσεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και να γνωρίζει τα πρωτόκολλα παρέμβασης ή προστασίας.

Πρέπει να παρέχεται σε τακτική βάση κατάρτιση στο προσωπικό σχετικά με τη χρήση και επωφελή εφαρμογή πρωτοκόλλων. Τα πρωτόκολλα πρέπει να καθορίζουν πρότυπα για την έρευνα, εκτίμηση και αξιολόγηση των περιπτώσεων, τα έντυπα τεκμηρίωσης, τα θέματα της εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας με στόχο τη διασφάλιση της ασφάλειας και της προστασίας των γυναικών θυμάτων βίας. Χρειάζεται επίσης να θεσπιστούν εκείνα τα πρότυπα για την αποθήκευση αρχείων, την προστασία της ιδιωτικής ζωής, τη χρησιμοποίηση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στο πλαίσιο δικαστικών διαδικασιών, την υποβολή

εκθέσεων σχετικά με περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας στις αρμόδιες αρχές. Τέλος, στο πλαίσιο της βασικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας πρέπει να παρέχεται κατάρτιση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και τη βία κατά των γυναικών με νομοθετική κατοχύρωση της σχετικής υποχρέωσης (Επισκόπηση της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ, 2013).

#### 1.4 Ενδοοικογενειακή Βία στην Κύπρο: Νομικό Πλαίσιο και Πολιτικές

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών έχει συγκεντρώσει την περισσότερη υποστήριξη από την Κυπριακή Δημοκρατία, κάτι που εν μέρει μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι στην Κύπρο, όπως και στην Ευρώπη αλλά και σε όλο τον κόσμο, η βία κατά των γυναικών-συζύγων ή γυναικών-συντρόφων είναι η πιο συχνή και περισσότερο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών. Εντούτοις, θα πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό το γεγονός ότι οι άλλες μορφές βίας κατά των γυναικών (σεξουαλική, ψυχολογική, οικονομική) τυγχάνουν ελάχιστης ή καθόλου προσοχής, κάτι που καταδεικνύει τη γενικότερη έλλειψη ευαισθητοποίησης και κατανόησης του εύρους και της φύσης της βίας κατά των γυναικών, καθώς και την έλλειψη πραγματικής πολιτικής βούλησης για την καταπολέμηση του φαινομένου.

Η Κύπρος διαθέτει εκτενές νομικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια, το οποίο έχει αποτελέσει τη βάση για κάθε δράση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία μέχρι σήμερα. Οι Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται στην Κύπρο προς τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας συνδέονται με το ισχύον νομικό πλαίσιο και τις διατμηματικές διαδικασίες. Η νομοθεσία και οι διατμηματικές διαδικασίες καθορίζουν το ρόλο, τις ευθύνες και τα καθήκοντα των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας.

##### 1.4.1 Νομοθεσία

Η Κυπριακή Νομοθεσία για τη Βία στην Οικογένεια αποτελεί πρότυπο για αρκετές χώρες εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αρχικά, ο πρώτος νόμος που είχε ψηφιστεί το 1994 χαρακτηρίστηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης ως πρότυπο νόμου και ως η καλύτερη νομοθεσία που αντιμετωπίζει την ενδοοικογενειακή βία στην Ευρώπη (Λοιζίδου, 1999). Ακολούθησαν τροποποιήσεις με τους Περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία

των Θυμάτων) Νόμους του 2000 και 2004, οι οποίοι καθορίζουν την ευθύνη του κράτους έναντι των θυμάτων βίας (ανήλικα και ενήλικα) και ποινικοποιούν την άσκηση βίας στην οικογένεια από οποιοδήποτε μέλος της. Οι τροποποιήσεις περιλαμβάνουν πιο αυστηρές ποινές για τους δράστες αλλά και βοήθεια προς αυτούς με την πρόνοια για ένταξη τους σε θεραπευτικά προγράμματα. Ο Νόμος καταδικάζει, μεταξύ άλλων, κάθε πράξη βίας μέσα στην οικογένεια, αυξάνει σημαντικά τις ποινές για τη βία, παρέχει προστασία στα θύματα κυρίως δίνοντας στο Δικαστήριο την αρμοδιότητα έκδοσης διατάγματος αποκλεισμού, διευκρινίζει ότι μπορεί να διαπραχθεί βιασμός εντός του γάμου, διευκολύνει την καταγγελία βίαιων περιστατικών, προβλέπει τον διορισμό Οικογενειακών Συμβούλων, τη σύσταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την παρακολούθηση της εφαρμογής του Νόμου, τη λήψη οπτικογραφημένης κατάθεσης από θύματα βίας, την ίδρυση στέγης προστασίας για τα θύματα, την προστασία των θυμάτων και των μαρτύρων και καθιστά τον/την σύζυγο ικανό μάρτυρα εάν το θύμα είναι άλλο μέλος της οικογένειας. Τέλος, μια πολύ σημαντική τροποποίηση αφορά το άρθρο 35Α σύμφωνα με το οποίο καθορίζεται η ευθύνη οποιουδήποτε πολίτη που γνωρίζει για κακοποίηση ανήλικου ή εύλωτου προσώπου, να το καταγγέλλει στις αρμόδιες αρχές ενώ η παράλειψη καταγγελίας συνιστά ποινικό αδίκημα (Λοιζίδου, 1999).

Μία ακόμα εξέλιξη είναι η έγκριση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια (2010-2015) από το Υπουργικό Συμβούλιο, ενός σχεδίου το οποίο είναι αρκετά φιλόδοξο, τόσο όσον αφορά τους καθορισμένους στόχους όσο και τις προβλεπόμενες δράσεις. Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι να παρακολουθεί το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής βίας στην Κύπρο, να προβαίνει στην ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού και των επαγγελματιών με διάφορα μέσα, περιλαμβανομένων ειδικών συνεδρίων, επιμορφωτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων, να προωθεί επιστημονικές έρευνες σχετικές με τη βία στην οικογένεια, να προωθεί τις υπηρεσίες για την αντιμετώπιση όλων των πτυχών του προβλήματος της βίας στην οικογένεια και συγκεκριμένα της υποστήριξης και της προστασίας των θυμάτων, να παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα των σχετικών υπηρεσιών που λειτουργούν, καθώς και την εφαρμογή και τήρηση της σχετικής νομοθεσίας (Μεσογειακό Ινστιτούτο Μελετών Κοινωνικού Φύλου, 2010).

Η έγκριση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης μπορεί να θεωρηθεί ως ένα βήμα προς την ανάληψη δράσης για την καταπολέμηση της ενδοοικογενειακής βίας στην Κύπρο. Εντούτοις, υπάρχουν περιορισμοί που αμφισβητούν τη δυνατότητα πλήρους εφαρμογής του. Ο

σοβαρότερος από αυτούς τους περιορισμούς είναι, πρώτον, η έλλειψη συγκεκριμένων χρονοδιαγραμμάτων για την εφαρμογή των προβλεπόμενων δράσεων και, δεύτερον, η μη διάθεση συγκεκριμένου προϋπολογισμού για την εφαρμογή του. Κάθε Υπουργείο είναι υπεύθυνο για να συμπεριλάβει τις δαπάνες στον αντίστοιχο ετήσιο προϋπολογισμό του, έτσι ώστε να είναι ικανό να εφαρμόσει τις δραστηριότητες το επόμενο έτος. Η οικονομική κρίση έχει επιφέρει σημαντικές μειώσεις στους προϋπολογισμούς κάθε Υπουργείου, με τις συνέπειες να αγγίζουν και τις δαπάνες υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης από τους εμπλεκόμενους φορείς (Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, 2010).

#### **1.4.2 Διατμηματικές Διαδικασίες**

Μέσα από τη Νομοθεσία προβλέφθηκε η σύσταση Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, η οποία ανέλαβε με τη σειρά της να ετοιμάσει σχέδιο με το οποίο θα καθορίζονταν οι ευθύνες και αρμοδιότητες για κάθε Υπηρεσία σε ότι αφορά την ενδοοικογενειακή βία. Η ετοιμασία και θεσμοθέτηση του εγχειριδίου Διατμηματικών Διαδικασιών για το Χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια είναι αποτέλεσμα της εργασίας και διαβούλευσης όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Σε ότι αφορά τα καθήκοντα και υποχρεώσεις των υπηρεσιών υγείας, γίνεται ξεχωριστή αναφορά στο κεφάλαιο 6 των διατμηματικών διαδικασιών. Οι πρόνοιες αφορούν το προσωπικό και δεσμεύουν όλους τους επαγγελματίες, ώστε να γνωρίζουν και να θέτουν σε εφαρμογή τις διαδικασίες χειρισμού των περιστατικών βίας στην οικογένεια. Γίνεται σαφές μέσα από τις διαδικασίες ότι πρωταρχικό καθήκον των επαγγελματιών υγείας είναι η προστασία των ανηλίκων παιδιών.

Σε ότι αφορά τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και την προστασία των ενήλικων θυμάτων που έρχονται σε επαφή με τις Υπηρεσίες Υγείας καθώς και στο ρόλο που χρειάζεται να έχουν οι Υπηρεσίες Υγείας δεν υπάρχει καμία συγκεκριμένη αναφορά στο εγχειρίδιο των διατμηματικών διαδικασιών.



### 1.4.3 Υφιστάμενη κατάσταση

Παρά το γεγονός ότι σε πολλές χώρες η βία κατά των γυναικών και ιδιαίτερα η ενδοοικογενειακή βία θεωρείται ζήτημα δημόσιας υγείας, το ίδιο δεν συμβαίνει στην Κύπρο και έτσι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν διαδραματίζουν σχεδόν κανένα ρόλο στη συλλογή δεδομένων, στην πρόληψη (όσον αφορά στον εντοπισμό, την αύξηση της ευαισθητοποίησης κ.λπ.) και στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας.

Η αντιμετώπιση, εκ μέρους των Υπηρεσιών υγείας, των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας εις βάρος ενήλικων ατόμων δεν διέπεται από οποιαδήποτε εγκεκριμένη διαδικασία και ούτε υπάρχουν, έστω σε ανεπίσημο επίπεδο, καταγεγραμμένες οι ενδεδειγμένες οδηγίες στις περιπτώσεις που ένας επαγγελματίας υγείας βρίσκεται αντιμέτωπος με περιστατικό κακοποίησης ενήλικου προσώπου. Δεν υπάρχουν γραπτές οδηγίες ούτε εγκύκλιος για το χειρισμό των περιστατικών βίας ούτε τηρείται αρχείο καταγραφής στατιστικών στοιχείων. Εναπόκειται στη γνώση και ευαισθησία του επαγγελματία υγείας να αναγνωρίσει ένα περιστατικό ενδοοικογενειακής κακοποίησης ενήλικου προσώπου και να προχωρήσει στην παραπομπή του σε άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες που μπορεί να βοηθήσουν (υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης, φιλοξενία σε καταφύγια, Αστυνομία, νομικούς, κλπ).

Είναι ευρέως αναγνωρισμένο το γεγονός ότι οι Υπηρεσίες Υγείας μπορούν να διαδραματίσουν πολύ σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση της κακοποίησης, στην παροχή της απαραίτητης θεραπείας στα θύματα και στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας στις γυναίκες για την αποφυγή της κλιμάκωσης της βίας και των βραχυπρόθεσμων αλλά και μακροπρόθεσμων συνεπειών της. Σύμφωνα με μια αξιολόγηση του ρόλου των υπηρεσιών υγείας στην αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν ούτε τον χρόνο, ούτε την εκπαίδευση για να αναλάβουν πλήρως τη φροντίδα των θυμάτων. Πράγματι, οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν γενική έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις αιτίες και τις συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας και τείνουν να δικαιολογούν τις πράξεις των θυτών και να μεταφέρουν την ευθύνη στα θύματα. Δεν υπάρχει συστηματικό πρόγραμμα για την εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και οι ίδιοι οι επαγγελματίες νιώθουν ότι δεν είναι επαρκώς καταρτισμένοι ώστε να αναγνωρίζουν τα θύματα των περιστατικών βίας ή να επεμβαίνουν αποτελεσματικά (Μεσογειακό Ινστιτούτο Μελετών Κοινωνικού Φύλου, 2010).

Επιπλέον, υπάρχει γενική έλλειψη ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στις υπάρχουσες υπηρεσίες υποστήριξης για τα θύματα και, συνεπώς, δεν είναι σε θέση να παραπέμψουν τα θύματα στις κατάλληλες υπηρεσίες. Τα πολιτιστικά εμπόδια εξακολουθούν να αποτελούν αιτία ανεπαρκούς αναγνώρισης πιθανών θυμάτων βίας και περιλαμβάνουν την έλλειψη γνώσης της γλώσσας του θύματος και άλλους πολιτιστικούς παράγοντες που δεν επιτρέπουν την ανοιχτή συζήτηση του θέματος.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την ενδοοικογενειακή βία, οι Υπηρεσίες Υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας μέσω της υλοποίησης σεμιναρίων γονικής μέριμνας για νέα ζευγάρια, της ενσωμάτωσης της ενδοοικογενειακής βίας στο πρόγραμμα ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γυναικολόγων, παιδιάτρων, γενικών ιατρών, μαιών κ.λπ. όπως επίσης και των ιατρών πρώτων βοηθειών (Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, 2010).

#### *1.4.3.1 Πρακτική αντιμετώπιση περιστατικών βίας κατά των γυναικών*

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση συνήθως αναζητούν βοήθεια στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών. Η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών ξεκινά και τελειώνει με την επίσκεψη των γυναικών στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών, όπου αφού λάβουν ιατρική περίθαλψη θα απολυθούν χωρίς οποιαδήποτε άλλη διαδικασία ή βοήθεια. Στις περιπτώσεις όπου μια κακοποιημένη γυναίκα καταφεύγει στο Τμήμα Πρώτων Βοηθειών, εάν χρειαστεί, καλείται εφημερεύων γυναικολόγος και ο ιατροδικαστής. Η εξέταση γίνεται συνήθως με παρουσία μάρτυρα του ιατρικού / νοσηλευτικού προσωπικού και στη συνέχεια συντάσσεται έκθεση. Προϋπόθεση όλων αυτών είναι ότι έγινε καταγγελία στη Αστυνομία. Εάν η γυναίκα δεν παραδέχεται ότι τα τραύματα ήταν συνέπεια κακοποίησης και δεν καλείται η Αστυνομία, τότε το περιστατικό αντιμετωπίζεται όπως ένα οποιαδήποτε άλλο ατύχημα και καταγράφεται η αιτία τραυματισμού που το θύμα αναφέρει, με την πλέον συνηθισμένη εξήγηση να είναι η αναφορά για πτώση.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα τραύματα από κακοποίηση μπορούν να γίνουν αντιληπτά από τους επαγγελματίες υγείας καθώς συχνά διαφέρουν στα σημεία τραυματισμού

σε σχέση με τραύματα που προέρχονται από πτώσεις ή άλλα ατυχήματα. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που προσέρχεται για περίθαλψη έχοντας κτύπημα στο μάτι είναι πιθανόν το κτύπημα αυτό να είναι αποτέλεσμα σωματικής κακοποίησης παρά πτώσης καθώς στην πτώση το πρώτο πράγμα που θα επηρεαστεί στο πρόσωπο είναι σημεία τα οποία εξέχουν όπως είναι η μύτη και όχι το μάτι που βρίσκεται σε κοιλότητα. Επίσης, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει παραδοχή του θύματος, η κακοποίηση μπορεί να γίνει αντιληπτή καθώς οι δικαιολογίες που τα θύματα δίδουν για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται δε συνάδουν με την εικόνα τους. Δίδονται εξηγήσεις οι οποίες δε δικαιολογούν την ιατρική τους κατάσταση, δηλαδή προσπαθούν να δικαιολογήσουν τα πολλαπλά τους τραύματα αναφέροντας ότι είναι αποτέλεσμα μιας απλής πτώσης.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνει αναφορά στις οδηγίες του Γενικού Εισαγγελέα οι οποίες φαίνεται να αγνοούνται από την πλειοψηφία των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Σύμφωνα με την Εγκύκλιο του Γενικού Εισαγγελέα (αρ.Φακ.50 (Γ)/1992/Ν.42 ημερ.11.06.1998), με θέμα «Παράπονα/καταγγελίες/υποθέσεις σχετικά με βία στην οικογένεια» αναφέρεται ξεκάθαρα ότι οι λειτουργοί των Υπουργείων Εργασίας (Κοινωνικοί Λειτουργοί), Υγείας, Παιδείας και Αστυνομίας έχουν οδηγίες «όπως αμέσως, και όχι αργότερα των 7 ημερών μετά από παράπονο / καταγγελία σ' αυτούς, να υποβάλουν έκθεση με την οποία να ενημερώνουν το Γραφείο του Εισαγγελέα». Είναι, συνεπώς, σαφές ότι *δε χρειάζεται γραπτή καταγγελία* από το ενήλικο θύμα για να ενημερωθεί η Εισαγγελία και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα.

Η αναφορά στην παρούσα παράγραφο γίνεται για να εξηγηθεί η σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας για την αναγνώριση και τον χειρισμό των περιστατικών βίας αλλά κυρίως για να τονιστεί η αδυναμία των τελευταίων να δράσουν όταν το θύμα δε συνεργάζεται για τους δικούς του λόγους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΕΥΘΥΝΕΣ, ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Ο ρόλος και ευθύνες των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό ζήτημα και ένα σοβαρό θέμα ανησυχίας για τη δημόσια υγεία. Ακόμη και οι πιο ειρηνικές, πλούσιες και αναπτυγμένες χώρες έχουν προβλήματα που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία. Ωστόσο, ακόμη και σε χώρες που μπορούν να χαρακτηρίζονται ως κράτη πρόνοιας, το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας συχνά παραγνωρίζεται και παρερμηνεύεται (Collins, 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας είναι συχνά οι πρώτοι που καλούνται να βοηθήσουν τις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας, οι οποίες καταφεύγουν στις Υπηρεσίες Υγείας ζητώντας βοήθεια για τους τραυματισμούς τους. Ως εκ τούτου, είναι σε θέση - κλειδί για να εντοπίσουν, αντιμετωπίσουν και να παρέμβουν σε περιστατικά βίας (Krug et al, 2002).

Σε πάρα πολλές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας δε ρωτάνε, δεν αναγνωρίζουν και δεν καταγγέλλουν τη βία, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου η κακοποίηση είναι προφανής. Έτσι, το κεντρικό πρόβλημα είναι όχι μόνο η επικράτηση της βίας αλλά και η αδυναμία για αναγνώριση και παρέμβαση για να σταματήσει. Αυτό εξηγεί εν μέρει τα ψηλά ποσοστά στα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη βία και τη μακρά διάρκεια που χαρακτηρίζει το θέμα αυτό (LeppaKoski, 2007).

Ενώ ο αριθμός των μελετών σχετικά με τις προκλήσεις που θέτει η αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και τις δυνατότητες για παρέμβαση της υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη για πιο βαθιά εμπειρική και θεωρητική έρευνα για το θέμα αυτό. Αφετηρία μας εδώ είναι η παρατήρηση ότι οι Υπηρεσίες Υγείας αδυνατούν να αναγνωρίσουν τη βία και να παρέμβουν αποτελεσματικά για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της.

Η τάση για υποτίμηση της βίας ως ένα σοβαρό και επείγον πρόβλημα είναι χαρακτηριστικό του τρόπου με τον οποίο οι Υπηρεσίες Υγείας προσεγγίζουν και τελικά διαχειρίζονται το θέμα της άσκησης ενδοοικογενειακής βίας.

Οι επαγγελματίες υγείας, ως εκ της θέσεως τους, μπορούν να αναγνωρίσουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Οι εξετάσεις ρουτίνας, οι επισκέψεις για αντιμετώπιση μιας ασθένειας, οι επισκέψεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αποτελούν ευκαιρία για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν εκείνες τις ενδείξεις που υποδηλώνουν τη ενδοοικογενειακή βία. Επιπλέον, πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εχεμύθεια που διέπει την επαγγελματική σχέση με τους εξυπηρετούμενους και η οποία αποτελεί μια πολύ καλή βάση συζήτησης με τις γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία.

Τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στο να μιλήσουν για ότι τους συμβαίνει και συχνά αποκρύβουν την κακοποίηση τους, ακόμα και αν τα σημάδια της κακοποίησης τους δεν μπορούν να αμφισβητηθούν ή δικαιολογηθούν με άλλο τρόπο, για λόγους που σχετίζονται κυρίως με το φόβο και την ανησυχία εκ μέρους του θύματος να κάνει κάτι για να σταματήσει τη βία. Ως εκ τούτου, η ανάληψη πρωτοβουλίας εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για να βοηθήσουν τα άτομα αυτά και να μιλήσουν για τις εμπειρίες βίας είναι πολύ σημαντική (Bacchus, Mezey et al, 2002).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εστιάζεται βασικά στην έγκαιρη αναγνώριση των θυμάτων βίας και στην έναρξη διαδικασίας για παροχή προστασίας και στήριξης. Είναι γι' αυτό το λόγο που η συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών υγείας και των άλλων αρμόδιων Υπηρεσιών (Αστυνομία, Κοινωνικές Υπηρεσίες, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) κρίνεται απαραίτητη ώστε να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο υποστηρικτικό πλαίσιο.

Οι ευθύνες των επαγγελματιών υγείας συνοψίζονται στη αναγνώριση των ενδείξεων κακοποίησης, την ανάληψη πρωτοβουλίας για να βοηθηθεί το θύμα να μιλήσει, στην παροχή περίθαλψης και ετοιμασία λεπτομερούς έκθεσης για το περιστατικό, στο να κρατηθούν οποιαδήποτε αποδεικτικά στοιχεία (τραυματισμοί, φωτογραφίες, ψυχολογικά προβλήματα, κλπ), στην άμεση αναφορά στην Αστυνομία εφόσον η βία συμπεριλαμβάνει πέραν των ενήλικων ατόμων και ανήλικα άτομα, στην ενημέρωση και παραπομπή των θυμάτων σε άλλες υποστηρικτικές Υπηρεσίες και στην ενημέρωση και επίδειξη θετικής στάσης στη

συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. Η βοήθεια και υποστήριξη των θυμάτων βίας αποτελεί ύψιστη ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας.

Η βία είναι άμεσα συνδεδεμένη με μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία των θυμάτων και οι Υπηρεσίες Υγείας αποτελούν ένα από τους πιο σημαντικούς σταθμούς της συνολικής προσπάθειας για διαχείριση του φαινομένου. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο αφού καλούνται να αντιμετωπίσουν τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχολογικές – συναισθηματικές επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας. Καθίσταται δε σαφές πως η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος μπορεί να μειώσει σημαντικά τις σοβαρές συνέπειες αλλά και την πιθανότητα επανάληψης της βίας.

Παρά το γεγονός ότι η ενδοοικογενειακή βία αναγκάζει άμεσα ή έμμεσα εκατομμύρια γυναίκες κάθε χρόνο να ζητήσουν βοήθεια σε διαφορετικά συστήματα υγείας, σε διαφορετικά σημεία του πλανήτη, οι παροχείς υπηρεσιών υγείας φροντίζουν αυτές τις γυναίκες χωρίς συχνά να ρωτήσουν για ενδεχόμενη κακοποίηση, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζουν και να μην αντιμετωπίζουν τις υποκείμενες αιτίες των προβλημάτων υγείας τους (Dearwater, Coben et al, 1998).

Οργανισμοί που ασχολούνται με την ενδοοικογενειακή βία θεωρούν ότι τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν για να εμποδίσουν άλλα χρόνια προβλήματα υγείας, μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά και στις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας (The Family Violence Prevention, 1999).

Ο έλεγχος ρουτίνας (screening), για πολλούς ερευνητές, αποτελεί το σημείο εκκίνησης των επαγγελματιών υγείας για την προσέγγιση της ενδοοικογενειακής βίας. Οι ίδιοι χρησιμοποιούν συστηματικά το screening για μια σειρά από κοινές παθήσεις, όπου η επίπτωση είναι παρόμοια με εκείνη της ενδοοικογενειακής βίας (SOCG Clinical Practice Guidelines, 2005). Ο έλεγχος ρουτίνας (screening) από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όταν διεξάγεται πρόσωπο με πρόσωπο, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για εντοπισμό της βίαιης σχέσης και πιθανόν την έναρξη της διαδικασίας υποστήριξης.

Παρόλο που θα μπορούσε να υπάρχει γενική συμφωνία ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και η συστηματική ανίχνευση (screening) είναι απαραίτητο εργαλείο προς την επίτευξη αυτού του σκοπού,

τίθενται τα εξής ερωτήματα: ποιος θέτει τις ερωτήσεις, σε τι πλαίσιο και έπειτα από ποια ειδική εκπαίδευση (Garcia-Moreno, 2002).

Η διασφάλιση της ασφάλειας των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας είναι θέμα πρωταρχικής σημασίας, καθώς ο τρόπος προσέγγισης δε θα πρέπει να είναι επικριτικός αλλά να πραγματοποιείται μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.

## 2.2 Πρακτικές: Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Βίας

Το μεγαλύτερο ποσοστό θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας δεν αναφέρει την κακοποίηση στους επαγγελματίες υγείας, ενώ την ίδια ώρα η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν ρωτάει τα θύματα για την πιθανότητα αυτή και έτσι οι περισσότερες περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας παραμένουν άγνωστες (Bacchus, Mezey et al, 2002).

Τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης της βίας αποτελούν μέρος της ιατρικής εξέτασης και είναι χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας ή/και των κοινωνικών λειτουργών για τον εντοπισμό και καταγραφή της κακοποίησης (Perttu, Kaselitz, 2006). Το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης επικεντρώνεται στην τρέχουσα κατάσταση μεταξύ του θύματος και του υπόπτου με ερωτήσεις που αφορούν την άσκηση σωματικής και σεξουαλικής βίας καθώς και συμπεριφορές ελέγχου και γενικότερα άσκησης ψυχολογικής βίας, η οποία συχνά εμφανίζεται στην αρχή της βίαιης σχέσης και εξελίσσεται σε σωματική ή/και σεξουαλική βία στην πορεία. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται επίσης ερωτήσεις για τα παιδιά και τις εμπειρίες τους ως μάρτυρες της βίας ή ακόμα και της βίας που πιθανόν να ασκείται εις βάρος τους. Οι ερωτήσεις που αφορούν τα παιδιά είναι πολύ σημαντικές και χρειάζεται να συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο καθώς είναι δυνατόν να αποτελούν το σημείο κλειδί για επέμβαση των αρμόδιων υπηρεσιών στις περιπτώσεις που το θύμα αρνείται να συνεργαστεί ή ακόμα και να παραδεχθεί το πρόβλημα κακοποίησης του.

### 2.2.1 Η χρήση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης

Κατά τη διάρκεια ανίχνευσης της βίας είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η ασφάλεια του θύματος και φυσικά η διαδικασία αυτή να διεξαχθεί χωρίς την παρουσία του υπόπτου για άσκηση της βίας, καθώς σε αντίθετη περίπτωση τίθεται σοβαρός κίνδυνος τόσο για την

αλλοίωση της διαδικασίας όσο και για την ασφάλεια του θύματος αφού θα αυξηθεί η πιθανότητα για νέο επεισόδιο βίας. Σοβαρή δυσκολία για χρήση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης είναι η «υπερπροστασία» και υψηλή αφοσίωση που επιδεικνύει ο ύποπτος προς το θύμα κατά την μεταφορά του στο Νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό δεν αφήνει πολλά περιθώρια για να βρεθεί μόνο του το θύμα με το γιατρό και έτσι η πιθανότητα να εκμυστηρευτεί την κακοποίηση του μειώνεται δραματικά. Προς αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού, θα μπορούσε να υιοθετηθεί πολιτική στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών ή στις Γυναικολογικές κλινικές για αυστηρά ατομικές συναντήσεις, με απαγόρευση παρουσίας οποιουδήποτε άλλου προσώπου.

Επιπλέον, σημεία προσοχής είναι ο τρόπος που υποβάλλονται οι ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις χρειάζεται να υποβάλλονται ήρεμα και όχι βιαστικά ώστε να δίδεται επαρκής χρόνος στο θύμα να σκεφτεί και να τις κατανοήσει ενώ είναι πιθανόν το θύμα να χρειάζεται βοήθεια για να κατανοήσει τις ερωτήσεις. Η χρήση παραδειγμάτων για κάθε ορισμό που χρησιμοποιείται θα βοηθήσει όπως για παράδειγμα η επεξήγηση όρων όπως «ελεγκτική συμπεριφορά» ή «παθολογική ζήλια» του υπόπτου. Η καταγραφή της ιστορίας που θα αφηγηθεί το θύμα είναι μέρος του ερωτηματολογίου και σε αυτήν μπορεί να περιλαμβάνονται: α. τα ακριβή λόγια και εκφράσεις που χρησιμοποίησε το θύμα και β. τα αποδεικτικά στοιχεία που συνοδεύουν την εξέταση καθώς είναι πολύ πιθανόν αυτά να χρειαστούν στην περίπτωση που το θύμα αποφασίσει να προχωρήσει με καταγγελία στην Αστυνομία και λήψη νομικών μέτρων. Τέλος, το θύμα έχει δικαίωμα να διαβάσει το ερωτηματολόγιο και τις σημειώσεις ώστε να είναι βέβαιο ότι σωστά έχουν καταγραφεί όσα έχει αναφέρει και να έχει αντίγραφο εφόσον το επιθυμεί (Perttu, Kaselitz, 2006).

#### *2.2.1.1 Παραδείγματα που βοηθούν στον εντοπισμό της βίας κατά τη χρήση του ερωτηματολογίου ανίχνευσης*

Παραθέτουμε πιο κάτω κάποια λεκτικά παραδείγματα που βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να ξεκινήσουν τη διαδικασία ανίχνευσης και στον εντοπισμό πιθανής κακοποίησης.

Παράδειγμα 1: «Στην κλινική μας συνήθως μιλάμε στις γυναίκες για τις εμπειρίες τους στις συντροφικές τους σχέσεις, και πιο συγκεκριμένα ρωτάμε για περιπτώσεις βίας στο ζευγάρι. Ο λόγος που το κάνουμε αυτό είναι γιατί από την εμπειρία μας γνωρίζουμε ότι κάτι τέτοιο



συμβαίνει αρκετά συχνά. Για αυτό λοιπόν χρησιμοποιούμε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο το οποίο θα ήθελα να ρωτήσω εάν δεν έχετε αντίρρηση» (Perttu, Kaselitz, 2006).

Παράδειγμα 2: «Στις γυναικολογικές κλινικές θεωρούμε σημαντικό να προσέχουμε την υγεία και την ακεραιότητα της γυναίκας και του παιδιού, τα οποία μπορούν να επηρεαστούν από ένα πλήθος παραγόντων. Η βία είναι ένας από αυτούς τους παράγοντες που μπορεί να απειλήσει την υγεία σας και αυτή των παιδιών σας. Για τον λόγο αυτό έχουμε ξεκινήσει μια πολιτική κατά την οποία ερωτάμε κάθε έγκυο γυναίκα για τις εμπειρίες της στην συντροφική/συζυγική της σχέση. Χρησιμοποιούμε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργηθεί ειδικά για τα θέματα βίας στις σχέσεις μας» (Perttu, Kaselitz, 2006).

Παράδειγμα 3: «Στην κλινική μας θεωρούμε σημαντικό να συζητάμε μαζί σας θέματα σχετικά με τις συντροφικές σας σχέσεις και έτσι ρωτάμε την κάθε γυναίκα που έρχεται εδώ. Χρησιμοποιούμε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο το οποίο θα ήθελα τώρα να σας ρωτήσω εάν δεν υπάρχει πρόβλημα εκ μέρους σας. Φυσικά θα μπορούμε να συζητήσουμε τα θέματα αυτά με περισσότερες λεπτομέρειες όποτε θέλετε» (Perttu, Kaselitz, 2006).

Σε κάθε περίπτωση η χρήση του ερωτηματολογίου είναι μόνο η αρχή μιας υποστηρικτικής διαδικασίας προς τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας και φυσικά δεν επαρκεί από μόνη της. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες στην κοινότητα και οι επαγγελματίες υγείας και/ή κοινωνικοί λειτουργοί να συνεργάζονται μαζί τους (Perttu, Kaselitz, 2006).

### 2.3 Δυσκολίες και εμπόδια των Επαγγελματιών Υγείας στη Αναγνώριση και διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά θεωρούν πως τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη τους. Την ίδια στιγμή όμως αδυνατούν να κατανοήσουν πως αποτελούν και οι ίδιοι μέρος του προβλήματος. Μια σειρά παραγόντων που αφορούν τις προσωπικές αντιλήψεις και επαγγελματικά ζητήματα, σχετίζονται άμεσα με την ικανότητα και την προθυμία των επαγγελματιών υγείας να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών (Center for Health and Gender Equity for Population Reports, 1999).

Εκ των μεγαλύτερων εμποδίων, αν όχι το μεγαλύτερο, είναι η έλλειψη κατάρτισης στα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας. Το γεγονός αυτό εμποδίζει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν το πρόβλημα αλλά και όταν αυτό γίνεται αντιληπτό, η έλλειψη κατάρτισης τους αποθαρρύνει από το να ζητήσουν από τις γυναίκες να μιλήσουν για τη βία που δέχονται, καθώς οι ίδιοι αισθάνονται ανέτοιμοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων.

Οι προσωπικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ιδιωτικό ζήτημα και πως οποιαδήποτε συζήτηση ή ερώτηση για το ζήτημα αυτό θα ενοχλήσει ή αναστατώσει τον εξυπηρετούμενο, συντηρούν ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα. Η στάση των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας διαμορφώνεται, σε σημαντικό βαθμό, από τις ίδιες λανθασμένες αντιλήψεις που κυριαρχούν στην κοινωνία. Οι αντιλήψεις αυτές αναφέρουν, μεταξύ άλλων, πως τα θύματα αξίζουν την κακοποίηση τους ή ευθύνονται για τα βίαια ξεσπάσματα του θύτη. Περαιτέρω, αναφέρεται πως η άσκηση βίας αφορά κυρίως τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, συγκεκριμένες εθνικότητες και θρησκείες. Ακόμη και στις κοινωνίες που η ενδοοικογενειακή βία θεωρείται απαράδεκτο κοινωνικό φαινόμενο, οι αναφερόμενες αντιλήψεις είναι βαθιά ριζωμένες και είναι πολύ δύσκολο να ξεπεραστούν. Αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να περιθάλψουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, αμφιβάλλοντας για την αξιοπιστία των όσων αναφέρουν και για την ευθύνη της κατάστασής τους (Center for Health and Gender Equity for Population Reports, 1999).

Μερικοί άνδρες επαγγελματίες υγείας διστάζουν να δεχθούν ότι οι γυναίκα βρίσκεται σε μια καταχρηστική σχέση, γιατί ταυτίζονται με το δράστη (Rittmayer, Roux, 1999). Επιπλέον, γυναίκες επαγγελματίες υγείας, που οι ίδιες έχουν βιώσει βία σε μια σχέση, επιβαρύνονται ψυχολογικά και αποφεύγουν να συζητήσουν το θέμα με τις ασθενείς τους. Μελέτες έχουν καταγράψει ότι μία στις τρεις γυναίκες επαγγελματίες υγείας έχουν οι ίδιες υποστεί βία (Center for Health and Gender Equity for Population Reports, 1999).

Πολλές φορές, οι ανάγκες των θυμάτων παραμελούνται εξαιτίας των γραφειοκρατικών κενών ή ανεπαρκούς συντονισμού των τομέων υγείας και του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης. Μια άλλη σημαντική παράμετρος που εμποδίζει την αποτελεσματική αντιμετώπιση, από πλευράς συστήματος υγείας, της ενδοοικογενειακής βίας είναι η απροθυμία και η άρνηση των θυμάτων να μιλήσουν για τη βία που δέχονται και κατ' επέκταση να συνεργαστούν.

## 2.4 Εκπαίδευση, Εποπτεία και άλλες Υποστηρικτικές Τακτικές για τους επαγγελματίες υγείας στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών

Ο επαγγελματίας υγείας είναι σημαντικό να αναγνωρίζει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την αποδοτικότητα κατά την εκτέλεση της εργασίας του. Η διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί σοβαρή και δύσκολη πρόκληση για οποιοδήποτε επαγγελματία, καθώς πρόκειται για περιπτώσεις ιδιαίτερες λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που επιφέρουν.

Ο επαγγελματίας υγείας πολύ πιθανόν να μην είναι επαρκώς ενημερωμένος για τις σοβαρές επιπτώσεις της βίας στα θύματα και να θεωρεί τις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας δύσκολες προς αντιμετώπιση. Συνήθως, οι γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας χαρακτηρίζονται από παθητικότητα, εξάρτηση, έλλειψη αποφασιστικότητας και αναζητούν συνεχώς την επιστροφή τους και πάλι στη βίαιη σχέση. Είναι συχνό το φαινόμενο της επαγγελματικής αγανάκτησης του επαγγελματία υγείας με το θύμα καθώς βλέπει ότι παρά τις συμβουλές που του παρέχει, εκείνο δεν παίρνει μέτρα αλλαγής της ζωής του, απομάκρυνσης από το βίαιο σύντροφο και προστασίας των παιδιών του μέσα από την εγκατάλειψη του συντρόφου ή / και την καταγγελία της κακοποίησης στην αστυνομία.

Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να αναγνωριστούν. Ο τρόπος σκέψης, προσέγγισης, απόφασης και δράσης ακολουθεί τις κυρίαρχες κοινωνικές στάσεις, αντιλήψεις, αρχές και αξίες για την οικογένεια, τη θέση των γυναικών σε αυτή και την άσκηση βίας. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξετάζουν την αντικειμενικότητα της αντίληψης και προσέγγισης τους, ώστε να είναι σε θέση να αποφεύγουν συμπεριφορές ή αποφάσεις που πιθανά έχουν παρθεί με βάση τα κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις για το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα που βοηθά στην κατανόηση των πιο πάνω είναι πως δεν πρέπει να καταδικάζεται μια γυναίκα και να χαρακτηρίζεται ως μαζοχίστρια επειδή δεν αποφάσισε να εγκαταλείψει το βίαιο σύζυγό της. Όλοι οι επαγγελματίες που βρίσκονται σε επαφή με τα άτομα αυτά, έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρίες, πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες που μια γυναίκα αντιμετωπίζει και που την αναγκάζουν να μη μπορεί να φύγει από τη σχέση νωρίτερα (Schornstein, 1997).

Τα πιο συνήθη συναισθήματα των επαγγελματιών που εργάζονται με περιστατικά βίας είναι ανησυχία για την ασφάλεια και την ακεραιότητα των θυμάτων, φόβος για το θύτη και την εκδήλωση επιθετικότητάς εναντίον τους, θυμός ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του θύματος ή του θύτη. Είναι πιθανόν να αναπτυχθούν συναισθήματα μίσους για την κοινωνία γενικότερα καθώς βλέπουν πως η ζωή είναι άδικη, συναισθήματα ακύρωσης και αγανάκτησης εάν η κακοποίηση συνεχίζεται και το θύμα πηγαиноέρχεται, ζητώντας βοήθεια χωρίς όμως να υπάρχει βελτίωση της κατάστασης (π.χ. λόγω έλλειψης ειδικών υπηρεσιών για τη βία, καταφυγίων, νομικής στήριξης, κλπ.). Μη ρεαλιστική εκτίμηση των δυνατοτήτων του για την επίλυση του προβλήματος άμεσα, υποτίμηση των δυνατοτήτων για παροχή βοήθειας προς βελτίωση της κατάστασης και συγκρουόμενα συναισθήματα όπως ελπίδα και απογοήτευση.

Η επαφή με περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας φέρνει τους επαγγελματίες αντιμέτωπους με τις προσωπικές τους πληγές και αντοχές. Για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες αυτές είναι ωφέλιμο να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους σε συναντήσεις εποπτείας, όπου θα βοηθηθούν από τους επόπτες και τους συναδέλφους τους προκειμένου να προστατέψουν τον εαυτό τους και να γίνουν πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες αυτές περιπτώσεις.

Είναι πολύ σημαντική η γνώση των αιτιών και επιπτώσεων της βίας καθώς όσο περισσότερα γνωρίζει ο επαγγελματίας τόσο περισσότερο αποτελεσματικός θα είναι κατά το χειρισμό περιστατικών της ενδοοικογενειακής βίας. Στις περιπτώσεις χρήσης εργαλείων ανίχνευσης της βίας, ενδείκνυται όπως οι επαγγελματίες τύχουν της κατάλληλης εκπαίδευσης και ενημερωθούν για τα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα για τη συντροφική/συζυγική βία.

Πολύ σημαντική είναι η ανάπτυξη συνεργασίας με δίκτυο άλλων υποστηρικτών υπηρεσιών σε τοπικό και εθνικό επίπεδο (συμβουλευτικοί σταθμοί, καταφύγια, αστυνομία, δικηγόροι, κ.ά.) ώστε εφόσον χρειαστεί να μπορεί να προχωρήσει σε παραπομπή του θύματος. Η ετοιμασία σχεδίου ασφαλείας στο χώρο εργασίας ώστε να αντιμετωπιστούν περιστατικά και τυχόν απειλές ή παρεμβάσεις, οι οποίες θα εμποδίσουν την παροχή βοήθειας προς το θύμα αποτελεί επίσης μια αρκετά βοηθητική τακτική

Η παροχή βοήθειας προς τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αποτελεί ευθύνη μόνο του επαγγελματία υγείας, αλλά θα πρέπει να μοιράζεται σε μια διεπιστημονική ομάδα. Η

διεξαγωγή εποπτικών συναντήσεων και η πρόσβαση σε υπηρεσίες εποπτείας είναι απαραίτητη για όσους επαγγελματίες εργάζονται σε επαγγέλματα φροντίδας και πρόνοιας του ανθρώπου. Ακόμη περισσότερο αναγκαία θεωρείται για τους επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν περιστατικά βίας.

Η συνεχής εκπαίδευση – επιμόρφωση είναι απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας που πρέπει να λαμβάνουν συμπληρωματική εκπαίδευση για την πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν σωστά το φαινόμενο. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν στην διάθεσή τους αρκετό χρόνο για ξεκούραση και ανάκαμψη από το βαρύ φορτίο των περιπτώσεων βίας που διαχειρίζονται, διαφορετικά η δουλειά που κάνουν καταντά δυσβάστακτη. Είναι πάντα πιο εύκολο και αποδοτικό να διαχειρίζονται τα προβλήματα των άλλων ανθρώπων όταν η προσωπική τους ζωή βρίσκεται σε ισορροπία.

## Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΈΡΕΥΝΑ

Στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση, μέσα από τις απόψεις των γυναικών θυμάτων βίας στην οικογένεια, του πώς οι επαγγελματίες υγείας διαχειρίζονται τα περιστατικά οικογενειακής βίας σε υπηρεσίες όπως είναι τα τμήματα πρώτων βοηθειών, τα εξωτερικά ιατρεία και άλλες υπηρεσίες. Η παρούσα έρευνα μελέτησε πέντε ερευνητικές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν πώς οι επαγγελματίες υγείας προσέγγισαν λεκτικά τα θύματα, ποιά ήταν η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που προσφέρθηκε στα θύματα, ακολούθως αν τα θύματα παραπέμφθηκαν σε αρμόδιες υπηρεσίες όσο αφορά το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας και τί θα ήθελαν οι γυναίκες αυτές από τις Υπηρεσίες Υγείας και δεν το βρήκαν. Η τελευταία ερευνητική ερώτηση είχε σκοπό να συγκρίνει τις υπηρεσίες που διερευνήθηκαν στις πρώτες τέσσερις ερευνητικές ερωτήσεις μεταξύ των εξωτερικών ιατρείων, στα τμήματα πρώτων βοηθειών και από τους επισκέπτες υγείας.

Η υπόθεση για την πρώτη ερευνητική ερώτηση ήταν ο εντοπισμός ελλείψεων και αδυναμιών στη λεκτική προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας κατά την επαφή τους με τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας καθώς και η πιθανή χρήση από τους επαγγελματίες υγείας του ελέγχου ρουτίνας (screening) για τον εντοπισμό βίαιων συζυγικών / συντροφικών σχέσεων (SOCG Clinical Practice Guidelines, 2005). Για τη δεύτερη ερευνητική ερώτηση η υπόθεση ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της εκπαίδευσης που έλαβαν, να παρέχουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα όπως περίθαλψη τραυμάτων, περαιτέρω εξετάσεις (π.χ.

ακτινογραφίες) ή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. αγχολυτικά, ηρεμιστικά). Για την τρίτη ερευνητική ερώτηση η υπόθεση ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα γνώριζαν και θα παρέπεμπαν τα θύματα στις αρμόδιες υπηρεσίες ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσής που έχουν λάβει και η οποία προβλέπεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια του 2009). Για την τέταρτη ερευνητική πρόταση η υπόθεση ήταν ότι τα θύματα θα αναζητούσαν το αίσθημα της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Υγείας, ιδιωτικό χώρο για την περίθαλψή τους, την ευκαιρία να εκφράσουν τις εμπειρίες και ανησυχίες τους καθώς και την παρουσία ψυχολόγου ή κοινωνικού λειτουργού στο χώρο.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

##### 3.1 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Μαρτίου - Ιουλίου 2014 στη Λευκωσία. Η συλλογή των απόψεων και εμπειριών των κακοποιημένων γυναικών σχετικά με την επαφή τους με τις Υπηρεσίες Υγείας έγινε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων που διεξήχθησαν με τη χρήση ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης.

Ο τελικός αριθμός των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (12) καθορίστηκε από δύο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία οι γυναίκες είχαν κάνει χρήση των Υπηρεσιών υγείας, επιλέγοντας να επικοινωνήσω με όσες γυναίκες είχαν πρόσφατη εμπειρία. Το αρχείο του καταφυγίου ξεκινά από το 1997 αλλά θεώρησα σκόπιμο να μην ανατρέξω σε τόσο παλιές υποθέσεις αφενός γιατί δεν θα εξυπηρετούσε σε τόσο σημαντικό βαθμό την έρευνα η κατάσταση που επικρατούσε στις Υπηρεσίες Υγείας πριν 10-15 χρόνια και αφενός γιατί η παρέλευση τόσων χρόνων θα δημιουργούσε την πιθανότητα να δοθούν λανθασμένα ή ανεπαρκή στοιχεία. Ο δεύτερος παράγοντας που καθόρισε τον τελικό αριθμό ήταν η άρνηση αριθμού γυναικών να συμμετέχουν στην έρευνα κυρίως λόγω της ευαισθησίας του θέματος της ενδοοικογενειακής βίας.

Οι γυναίκες ερωτήθηκαν κατά πόσο επιθυμούσαν να συμμετέχουν στη μελέτη και να παραχωρήσουν τη συνέντευξη σε χώρο του Συνδέσμου ή όπου αλλού οι ίδιες μπορούσαν και ένιωθαν βολικά. Πριν την έναρξη των συνεντεύξεων ενημερώνονταν ότι αυτή θα μαγνητοφωνείται και παραλάμβαναν έντυπο στο οποίο αναφερόταν ρητά η δέσμευση του ερευνητή για διατήρηση της ανωνυμίας, εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας.

Η διάρκεια για κάθε συνέντευξη κυμάνθηκε από 35 μέχρι 60 λεπτά. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε κατάλληλο χρόνο και τόπο για τη γυναίκα (π.χ. στα γραφεία του Συνδέσμου κατά την ώρα που τα παιδιά βρίσκονταν στο σχολείο).

### 3.2 Θέματα Ηθικής & Δεοντολογίας

Τόσο κατά την πρώτη επαφή και ενημέρωση των γυναικών για πιθανή συμμετοχή τους στη μελέτη όσο και πριν την έναρξη των συνεντεύξεων, οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τον τρόπο με τον οποίο τα αποτελέσματα της μελέτης θα αξιοποιούνταν. Επιπλέον, τους αναφέρθηκε ότι μπορούσαν να αρνηθούν συμμετοχή τους στη μελέτη ή ακόμα και να διακόψουν ανά πάσα στιγμή τη διαδικασία της συνέντευξης. Τέλος, ενημερώθηκαν πως εάν το επιθυμούσαν θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τις Υπηρεσίες του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια για στήριξη ή για επανέναρξη κάποιας υποστηρικτικής διαδικασίας (συμβουλευτικής, ψυχοσυναισθηματικής, κλπ).

Δόθηκαν όλες οι διαβεβαιώσεις για την ασφάλεια και εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που θα εξασφαλιζόνταν από τις συνεντεύξεις. Οι γυναίκες έδωσαν την προφορική συγκατάθεση τους η οποία ηχογραφήθηκε μετά την ανάγνωση ειδικού εντύπου που ετοιμάστηκε για το σκοπό αυτό. Οι συνεντεύξεις ήταν μαγνητοφωνημένες με εξαίρεση κάποια αποσπάσματα συνεντεύξεων τα οποία καταγράφηκαν χωρίς τη χρήση μαγνητοφώνου μετά από επιθυμία των γυναικών.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιλάμβαναν επίσης τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και τις εμπειρίες τους κατά την αναζήτηση βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον χειρισμό των περιπτώσεων τους.

### 3.3 Ερωτηματολόγιο

Ο Οδηγός συνέντευξης περιλάμβανε ερωτήσεις ανοικτού τύπου που είχαν ομαδοποιηθεί ώστε να καλύψουν τις ακόλουθες διαστάσεις της εμπειρίας των γυναικών στις Υπηρεσίες Υγείας: α. η εμπειρία με Υπηρεσίες Υγείας (συχνότητα επισκέψεων, προσέγγιση επαγγελματιών υγείας), β. η ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, γ. η κάλυψη αναγκών και δ. η υποβολή εισηγήσεων.



### 3.4 Ανάλυση

Έγινε ανάλυση περιεχομένου (content analysis) των 12 συνεντεύξεων που έδωσαν οι συμμετέχουσες. Η ποιοτική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε ήταν θεματική ανάλυση του περιεχομένου και ομαδοποίηση θέματος (grouping analysis). Η θεματική ανάλυση και η ομαδοποίηση θέματος είναι μία ευρέως αποδεκτή ερευνητική μέθοδος στις κοινωνικές επιστήμες (Creswell, 2007)

Στη θεματική ανάλυση τα θέματα που αναφέρονταν από τους συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες (grouping analysis) οι οποίες δημιουργήθηκαν πρώτα με βάση τις τέσσερις ερευνητικές ερωτήσεις, δηλαδή θέματα που αφορούσαν: α. την λεκτική προσέγγιση, β. την ιατρική φροντίδα, γ. τις παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες και δ. τι θα ήθελαν οι συμμετέχοντες από τους επαγγελματίες υγείας. Καινούργιες ομάδες δημιουργήθηκαν όταν θεωρείτο απαραίτητο. Για παράδειγμα οι προβληματικές γνώσεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την οικογενειακή βία. Μετά την ομαδοποίηση των απαντήσεων σε αυτές τις ομάδες, οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε αυτές που αναφέρονταν πρώτον γενικά στους επαγγελματίες υγείας και δεύτερον πιο εξειδικευμένα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ) και στους επισκέπτες υγείας. Αυτός ο διαχωρισμός μεταξύ της γενικής ομάδας (επαγγελματίες υγείας) και των πιο εξειδικευμένων ομάδων (ΤΑΕΠ και επισκεπτών υγείας) προέκυψε από τις απαντήσεις των συμμετεχουσών καθώς τα ίδια τα θύματα έκαναν αυτόν τον διαχωρισμό.

### 3.5 Δείγμα

Συνολικά, συμμετείχαν 12 γυναίκες που έκαναν χρήση των Υπηρεσιών Υγείας εξ αιτίας κακοποίησης τους και φιλοξενήθηκαν, μαζί με τα παιδιά τους, στο μοναδικό καταφύγιο θυμάτων βίας στην οικογένεια που λειτουργεί στην Κύπρο με πρωτοβουλία του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια.

Η μέση ηλικία του δείγματος των 12 γυναικών ήταν 31,4 χρόνια (τυπική απόκλιση 7,3). Σε ότι αφορά την εθνικότητα οι γυναίκες ήταν Κυπριακής, Ρουμανικής, Ουκρανικής, Ρωσικής και Μαροκινής εθνικότητας. Επτά γυναίκες ήταν παντρεμένες, τρεις συζούσαν και οι δύο ήταν σε σχέση χωρίς να συγκατοικούν. Πέντε γυναίκες είχαν ένα παιδί, τέσσερις είχαν δύο παιδιά και οι υπόλοιπες δεν είχαν παιδιά. Πέντε γυναίκες ήταν άνεργες και επτά είχαν αμειβόμενη απασχόληση. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι οκτώ από τις 12 γυναίκες ήταν ακόμη σε σχέση με το βίαιο σύντροφό τους

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 4.1 Περίληψη Αποτελεσμάτων

Το κυριότερο συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση είναι ότι όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας, οι γυναίκες δήλωσαν ως λιγότερο υποστηρικτικό το προσωπικό στα ΤΑΕΠ σε σύγκριση με τους επισκέπτες υγείας στο θέμα της ανταπόκρισης τους για την ενδοοικογενειακή βία. Επιπροσθέτως, η έλλειψη εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας, η συνέχεια στην περίθαλψη και οι χρονικοί περιορισμοί ήταν κυρίαρχα θέματα που προέκυψαν από τις επαφές των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας. Πολύ λίγες γυναίκες ανέφεραν οικειοθελώς την ενδοοικογενειακή βία σε έναν επαγγελματία υγείας και ακόμη λιγότερες ρωτήθηκαν άμεσα για την ενδοοικογενειακή βία.

Αυτά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες της υγείας να διερευνούν με ευαισθησία περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και η ανταπόκριση τους πρέπει να λαμβάνει υπόψη την πολυπλοκότητα των αναγκών μιας γυναίκας που έχει υποστεί κακοποίηση. Η εκπαίδευση σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας είναι απαραίτητη για να εξοπλίσει τους επαγγελματίες υγείας με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που χρειάζονται για να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στα περιστατικά αυτά.

#### 4.2 Εμπειρίες κατά την αναζήτηση βοήθειας από επαγγελματίες υγείας

Μόνο τέσσερις γυναίκες είχαν μιλήσει στους επαγγελματίες υγείας για την ενδοοικογενειακή βία, τρεις από αυτές το έκαναν χωρίς να ερωτηθούν και μία μετά που της ζητήθηκε άμεσα από γιατρό. Οι περισσότερες δήλωσαν ότι ήταν πάρα πολύ λυπημένες, φοβισμένες και ντρέπονταν να αναφέρουν το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας. Ωστόσο, είπαν ότι θα μπορούσαν να συζητήσουν τις εμπειρίες τους, αν ο επαγγελματίας ξεκινούσε τη συζήτηση. *«Είπα στην γιατρό μια φορά τι είχε συμβεί και με έστειλε σε συμβουλευτικό κέντρο. Κατ' ακρίβεια με ρώτησε πρώτη για το συμβάν και μετά ήταν λιγότερο δύσκολο για μένα να μιλήσω. Νομίζω είναι περισσότερο πιθανόν αν βλέπεις τον ίδιο γιατρό να μιλήσεις για την*

*ενδοοικογενειακή βία, αλλά και πάλι, ο γιατρός θα πρέπει να ξεκινήσει τη συζήτηση. Χρειάζεται να έχεις χρόνο μαζί τους».*

Οι τέσσερις γυναίκες που είχαν αναφέρει ότι είχαν υποστεί ενδοοικογενειακή βία στους επαγγελματίες ήταν γενικά δυσαρεστημένες με την ανταπόκριση που έλαβαν. Ένας γιατρός παρέπεμψε μια γυναίκα σε σύμβουλο η οποία ωστόσο δε ήταν σε θέση να προσφέρει καμία βοήθεια αφού το θέμα ήταν πέραν της εξειδίκευσης της. Μια άλλη γυναίκα έλαβε συμβουλή από το γιατρό που την εξέτασε για να ξεκουραστεί ή να διευθετήσει διακοπές. Σε καμία από τις γυναίκες που αποκάλυψαν την ενδοοικογενειακή βία δεν δόθηκαν οποιεσδήποτε πληροφορίες σχετικά με αρμόδιες υπηρεσίες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ή να γίνει αναφορά της περίπτωσης τους σε Κυβερνητικές ή Μη Κυβερνητικές υπηρεσίες. Οι περισσότερες γυναίκες θεώρησαν ότι ήταν πιο πιθανό να ανταποκριθούν εάν τους απευθύνονταν ευθείες ερωτήσεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και όχι αόριστες και ανοιχτές ερωτήσεις: *«Μερικές φορές πας στους γιατρούς όχι μόνο για ιατρικούς λόγους αλλά και για κοινωνικούς λόγους. Από τη στιγμή που αρχίζουν να ασχολούνται μόνο με το θέμα υγείας, σε βγάζουν από τη σκέψη να μιλήσεις για κάτι άλλο. Είχα καταλήξει να προσποιούμαι ότι είχα πονοκέφαλο για να δικαιολογήσω την επίσκεψη μου στο γιατρό».* Μερικές γυναίκες εξέφρασαν την έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητα των επαγγελματιών να κατανοήσουν την κατάστασή τους και πιστεύουν ότι δεν είναι κατάλληλα ενημερωμένοι και εξοπλισμένοι για να ασχοληθούν με το θέμα.

Οι γυναίκες που δεν είχαν μιλήσει στους επαγγελματίες για την ενδοοικογενειακή βία περιγράφουν μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι τους αποθάρρυναν να το κάνουν. Η επαφή που είχαν με τους επαγγελματίες θεωρήθηκε από τις γυναίκες πολύ σύντομη για να ασχοληθεί κάποιος με ένα τόσο πολύπλοκο ζήτημα όπως η ενδοοικογενειακή βία. Η έλλειψη συνέχειας της φροντίδας έγινε αντιληπτή ως εμπόδιο για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Η πιθανότητα να χαθεί ο έλεγχος και να παρθούν αποφάσεις που δε θα προκύπτουν από δική τους επιθυμία, εφόσον αποκαλυφθεί η ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας, φάνηκε να ήταν μια επιπλέον πηγή ανησυχίας. Μερικοί γιατροί θεωρήθηκαν αρνητικά διακείμενοι σε κοινωνικά προβλήματα, εκτός αν αυτά είχαν διατυπωθεί με τη μορφή σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος υγείας. *«Σπάνια θα δεις τον ίδιο γιατρό και όταν αυτό συμβαίνει είναι πάντα απασχολημένοι, ώστε να έχουν χρόνο για να καθίσουν και να ακούσουν όλα σου τα προβλήματα».*

*«Εγώ έχω χάσει την πίστη μου προς τους επαγγελματίες της υγείας, επειδή είχα πολύ κακή εμπειρία μαζί τους. Μερικοί γιατροί είναι τόσο αλαζόνες. Θα σου πούνε πώς αισθάνεσαι πριν καν σε ακούσουν. Απλά βιάζονται για να προλάβουν όλους τους ασθενείς».*

*«Κάθε φορά που πάω στα εξωτερικά ιατρεία βλέπω διαφορετικό γιατρό, δεν υπάρχει ένας γιατρός συνέχεια για μένα. Μπορεί να πω σε ένα γιατρό για το πρόβλημά μου και την επόμενη εβδομάδα πρέπει να αρχίσω να λέω ξανά την ίδια ιστορία σε διαφορετικό γιατρό». «Στις Υπηρεσίες Υγείας δε θα συναντήσεις ανθρώπους που θα μπορούσαν να σε βοηθήσουν για την κατάθλιψη ή για τη βία. Αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς ανθρώπους και δε δίνουν δεκάρα αν είσαι κακοποιημένη».*

Οι συμπεριφορές και οι αντιδράσεις των επαγγελματιών της υγείας, θεωρήθηκαν οι πιο σημαντικές και αυτές που επηρεάζουν την προθυμία των γυναικών να αποκαλύψουν τις εμπειρίες κακοποίησης. Ωστόσο, ορισμένες γυναίκες εξέφρασαν επίσης επιφυλάξεις σχετικά με την αποκάλυψη της ενδοοικογενειακής βίας σε άνδρες επαγγελματίες της υγείας.

Τα ακόλουθα σχόλια αντικατοπτρίζουν την ποικιλία των απόψεων που εκφράζονται: *«Δεν έχω ποτέ μιλήσει με το γιατρό μου. Κατ' αρχήν είναι άντρας, νομίζω ότι γυναίκα προς γυναίκα είναι πιο εύκολο. Αυτό που με κάνει να μη θέλω να μιλήσω σε άντρα είναι αν ένας άντρας με ρωτήσει για την ενδοοικογενειακή βία. Νομίζω ότι οι γυναίκες είναι καλύτερες σε αυτά τα θέματα». «Δεν έχει σημασία αν ένας άνδρας επαγγελματία υγείας σε ρωτήσει. Αν έχει συμπόνια, σε ακούει προσεκτικά και δεν κάνει κριτική σε σένα ή στον άντρα σου τότε είναι εντάξει».*

#### **4.2.1 Επισκέπτες Υγείας**

Σημαντικές είναι οι αναφορές γυναικών που είχαν την ευκαιρία να δεχθούν στο σπίτι τους επισκέπτες υγείας. Κάποιες είχαν την εμπειρία αυτή μετά την γέννηση των παιδιών τους. Δύο γυναίκες είχαν συζητήσει για τη βία με τον επισκέπτη υγείας, αφού προηγουμένως είχαν ερωτηθεί ευθέως. Οι γυναίκες μετά την αποκάλυψη της βίας έλαβαν συμβουλές και πληροφορίες σχετικά με οργανισμούς που μπορούσαν να αποταθούν. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι θα ήταν επιτρεπτό για τους επισκέπτες υγείας να ρωτούν σχετικά για την ενδοοικογενειακή βία. Περιγράφουν τις επαφές τους με τους επισκέπτες υγείας ως λιγότερο τυπικές σε σχέση με τους γιατρούς και αισθάνονται ότι οι επισκέπτες υγείας είναι

σε καλύτερη θέση να παρέχουν στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας συνεχή βοήθεια και υποστήριξη. Οι ιατρικοί επισκέπτες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν στις γυναίκες περισσότερο χρόνο από ότι οι γιατροί, τις επισκέπτονταν στο σπίτι και ως εκ τούτου ήταν σε θέση να κατανοήσουν καλύτερα την πολυπλοκότητα του προβλήματος.

Οι γυναίκες αισθάνθηκαν ότι οι επισκέπτες υγείας ήταν πολύ δεκτικοί στις ανάγκες τους και μπορούσαν να τους εμπιστευθούν ότι θα ενεργούσαν προς το συμφέρον τους. *«Οι επισκέπτες υγείας είναι καλοί επειδή έρχονται στο σπίτι και ζοδεύουν περισσότερο χρόνο μαζί σου. Μπορώ να καθίσω και να τους μιλήσω, αυτό δε μπορεί να γίνει στα Νοσοκομεία γιατί οι γιατροί και οι νοσοκόμοι τρέχουν να δουν το επόμενο ασθενή. Μπορείς να δημιουργήσεις μια καλή σχέση με τον επισκέπτη υγείας».*

*«Η επισκέπτης υγείας έμαθε για το πρόβλημά μου όταν ήμουν έγκυος τη δεύτερη φορά. Ήξερε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά και με ρώτησε γι 'αυτό. Της μίλησα πολύ για όσα μου συνέβαιναν. Ήταν πολύ καλή και ήξερε να με καθοδηγήσει γιατί έκανε σεμινάρια για το θέμα αυτό. Μου είπε τι θα μπορούσα να κάνω και με βοήθησε να κάνω αίτηση για να παίρνω επίδομα στέγασης. Μου εξήγησε τα δικαιώματά μου και ότι μπορούσα αν ήθελα να φύγω από αυτόν χωρίς να χάσω το μωρό μου».*

Μερικές γυναίκες σχολίασαν σχετικά με την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων για τη συζήτηση ευαίσθητων θεμάτων με τους επισκέπτες υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι πρώτες επαφές με τους επισκέπτες υγείας έγιναν σε ανοιχτούς χώρους όπου άλλα άτομα θα μπορούσαν να ακούσουν τις συνομιλίες. Το παρακάτω σχόλιο δείχνει πώς μία επισκέπτρια υγείας αναγνώρισε την ανάγκη για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και προσέγγισε διακριτικά και έξυπνα γυναίκα για ενδοοικογενειακή βία: *«Δεν έτυχε σε μένα αλλά στην αδελφή μου όταν γέννησε το πρώτο της παιδί και πήγε στο σπίτι να τη δει. Είδε το περιβάλλον που ζούσε, τον άντρα της και κάτι έκανε κλικ μέσα της. Όταν έφυγε της έστειλε επιστολή με το ταχυδρομείο ζητώντας της να την επισκεφθεί στο Νοσοκομείο για γυναικολογικά θέματα. Όταν πήγε ήμουν και γω μαζί της. Μας είπε ευθέως ότι στο σπίτι της έδειχνε να υπάρχει βία και ότι η αδελφή μου φαινόταν δυστυχισμένη. Αυτό της έδωσε δύναμη και την ενθάρρυνε να μιλήσει για όσα βίωνε με τον άντρα της».*

#### 4.2.2 Τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (ΤΑΕΠ)

Επτά γυναίκες είχαν αναζητήσει περίθαλψη σε κάποιο από τα ΤΑΕΠ για τραύματα που προκλήθηκαν από το σύζυγο ή σύντροφό τους. Οι τραυματισμοί αφορούσαν κυρίως μώλωπες, σκισίματα στο δέρμα, τραύμα στα δόντια, σπασμένα κόκαλα και διάσειση. Μία γυναίκα από τις επτά αποκάλυψε ότι κακοποιήθηκε, αφού προηγουμένως ερωτήθηκε συγκεκριμένα γι' αυτό από το προσωπικό του ΤΑΕΠ και τρεις γυναίκες αποκάλυψαν την κακοποίηση τους αυθόρμητα. Για τις άλλες τρεις περιπτώσεις, ούτε ζητήθηκε από το προσωπικό αλλά ούτε και αποκαλύφθηκε από τις ίδιες τις γυναίκες η ενδοοικογενειακή βία παρά το γεγονός ότι οι εξηγήσεις που έδωσαν δεν δικαιολογούσαν σε καμία περίπτωση το είδος των τραυμάτων τους. Οι τρεις αυτές γυναίκες είπαν ψεύτικες δικαιολογίες για να εξηγήσουν τα τραύματα τους και αυτό είναι φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται συχνά στα ΤΑΕΠ αλλά οι επαγγελματίες υγείας είτε δεν είναι σε θέση να το αναγνωρίσουν ή αδιαφορούν για το γεγονός. Μόνο σε μία περίπτωση προσφέρθηκε πληροφόρηση για παραπομπή σε καταφύγιο.

Η έλλειψη προστασίας της ιδιωτικής ζωής στα ΤΑΕΠ προκάλεσε προβλήματα στις γυναίκες, αφού ανέφεραν πως είχαν ερωτηθεί σχετικά με την αιτία των τραυματισμών τους μπροστά από τους συντρόφους / συζύγους τους ή άλλα άτομα που τις συνόδευαν στο Νοσοκομείο: *«Μια φορά, με ρώτησαν μπροστά του τι είχε συμβεί και είπα ψέματα. Σίγουρα δε θα έλεγα κάτι όταν στεκόταν εκεί δίπλα μου! Νομίζω ότι πρέπει να υπάρξει κάποια πολιτική για να εξετάζεται η γυναίκα μόνη της».* Μια γυναίκα περιέγραψε πώς ο σύντροφός της ήταν κακοποιητικός μπροστά από το ιατρικό προσωπικό, όταν βρέθηκε μαζί της στο τμήμα επειγόντων περιστατικών: *«Την τελευταία φορά που ήμουν έγκυος πήγα στο ΤΑΕΠ. Μπροστά από τη νοσοκόμα που με εξέταζε, άρχισε να γίνεται λεκτικά κακοποιητικός και η νοσοκόμα με ρώτησε αν είναι ο σύζυγός μου και γιατί μου συμπεριφερόταν με τέτοιο τρόπο».*

Η πίεση από τα μέλη της οικογένειας για την προστασία του θύτη ήταν ένας λόγος που μερικές γυναίκες επιλέγουν να μην αποκαλύπτουν την ενδοοικογενειακή βία: *«Όταν ήμουν έγκυος με κλώτσησε, με χαστούκισε και έχασα τις αισθήσεις μου για λίγη ώρα. Πήγα στο νοσοκομείο μαζί με τη μητέρα του. Εκείνη μου είπε πως όταν με ρωτήσουν τι είχε συμβεί να μην πω ότι ο γιος της με είχε χτυπήσει. Ήθελε να πω ψέματα, να πω ότι κάτι έπεσε από το ντουλάπι και με χτύπησε στο κεφάλι. Δε θα μπορούσα να πω ψέμα διότι είναι σαν υποστηρίζω τη συμπεριφορά του».*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 5.1 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων

Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών επί τους θέματος. Πιο συγκεκριμένα, πολύ λίγες γυναίκες ερωτήθηκαν ευθέως για την ενδοοικογενειακή βία από τους επαγγελματίες υγείας ενώ σχεδόν κανένας από τους επαγγελματίες υγείας στην παρούσα μελέτη δεν έδωσε πληροφορίες σχετικά με υπηρεσίες και άλλες πηγές στήριξης των γυναικών όπως καταφύγια, συμβουλευτικοί σταθμοί και νομικές συμβουλές. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα άλλης μελέτης (Hayden, Barton, 1997), σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν ότι αν δεν ερωτηθούν συγκεκριμένα, δεν αισθάνονται ασφάλεια να αποκαλύψουν την ενδοοικογενειακή βία κατά την υγειονομική τους περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι έτοιμοι να ξεκινήσουν τη συζήτηση για την ενδοοικογενειακή βία με τις γυναίκες που αναλαμβάνουν να φροντίσουν και επίσης να εξασφαλίζουν ότι διαθέτουν επαρκή γνώση και κατανόηση του θέματος για να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της περίπτωσης.

Η ανάγκη για εμπιστευτικότητα, εχεμύθεια και προστασία της ιδιωτικής ζωής των γυναικών κατά τις επαφές τους στους χώρους υγείας προκειμένου να συζητήσουν για τη βία, αλλά και θέματα χρόνου, συνέχειας της φροντίδας και κατανόησης των ζητημάτων γύρω από την ενδοοικογενειακή βία αποτέλεσαν κοινό τόπο στις επαφές των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας.

Οι γυναίκες που δεν αποκαλύπτουν την ενδοοικογενειακή βία στους γιατρούς, θεωρούν την αντίδραση και βοήθεια τους ως μη ιδιαίτερα χρήσιμη, γεγονός το οποίο φαίνεται να σχετίζεται με τους χρονικούς περιορισμούς που ισχύουν ως γενικότερη πρακτική στην περίθαλψη των περιστατικών. Οι γυναίκες τείνουν να θεωρούν ότι οι επισκέπτες υγείας ενδιαφέρονται περισσότερο για την κατάστασή τους. Θεωρούν επίσης ότι τόσο οι γιατροί όσο και το υπόλοιπο προσωπικό στα ΤΑΕΠ δεν ασχολούνται με τη διερεύνηση των αιτιών που τις ανάγκασαν να προσέλθουν για περίθαλψη στα ΤΑΕΠ.

Η ενδοοικογενειακή βία συχνά συνυπάρχει με άλλα κοινωνικά προβλήματα, τα οποία οι επαγγελματίες υγείας δε μπορεί να γνωρίζουν ή να έχουν το χρόνο να ασχοληθούν με αυτά όπως είναι οι συνθήκες διαβίωσης, οικονομικές δυσκολίες κλπ. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για τους επαγγελματίες της υγείας να συνεργαστούν με τους τοπικούς φορείς, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των γυναικών πιο αποτελεσματικά. Ο Williamson (2000) αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας, ελλείψει πολυθεματικών ομάδων εργασίας, είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν σε ένα πολύ περιορισμένο βαθμό, κάτι το οποίο οι γυναίκες περιγράφουν ως λιγότερο σημαντικό στις άμεσες ανάγκες και ανησυχίες τους.

Η εκπαίδευση για την ενδοοικογενειακή βία είναι απαραίτητη και μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις της κακοποίησης και να προσεγγίσουν τις γυναίκες με άμεσες ερωτήσεις και με τον κατάλληλο τρόπο ώστε να διευκολυνθεί η αποκάλυψη της κακοποίησης. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση τόσο η εκπαίδευση όσο και άλλες ρυθμίσεις στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης δε μπορούν να πραγματοποιηθούν χωρίς πόρους. Πρωτίστως απαιτείται ένα σαφώς προσδιορισμένο συστήματα υποστήριξης για το προσωπικό και τις κακοποιημένες γυναίκες αλλά και εκείνες οι πολιτικές που θα εξασφαλίσουν τις απαραίτητες συνθήκες, έτσι ώστε η διαχείριση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας να μπορεί να διεξαχθεί με ασφάλεια, εμπιστευτικότητα και σεβασμό στην προσωπική ζωή των θυμάτων.

## 5.2 Περιορισμοί της Έρευνας

Επειδή αυτή ήταν μια μικρή μελέτη, τα ευρήματά της πρέπει να ερμηνεύονται με κάθε επιφύλαξη και καλό είναι να αποφεύγεται η γενίκευση προς όλο τον πληθυσμό των γυναικών που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία. Ωστόσο, οι εμπειρίες γυναικών που ζητούν βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας απηχούν σε μεγάλο μέρος την υφιστάμενη έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Επιπλέον, ο σκοπός των συνεντεύξεων δεν ήταν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τον πληθυσμό των γυναικών που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία, αλλά να παρέχει γνώσεις σχετικά με τις εμπειρίες κακοποιημένων γυναικών που ζητούν βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας. Σε κάθε περίπτωση, η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την ενδοοικογενειακή βία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των όποιων παρεμβάσεων επιχειρούνται.



### 5.3 Εισηγήσεις και Προτάσεις

Για την περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας από τις Υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να αναπτυχθούν δράσεις που να προωθούν τα θέματα εκπαίδευσης και υιοθέτησης πρωτοκόλλων.

Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να θεσπισθούν εθνικά υγειονομικά πρωτόκολλα για την παροχή υπηρεσιών από συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, ιδίως από τους γενικούς ιατρούς, το προσωπικό των νοσοκομείων, τους ψυχολόγους/ψυχιάτρους, τους παρέχοντες υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, όπως είναι οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας. Οι γενικοί ιατροί / οικογενειακοί ιατροί πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να εντοπίζουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες των γυναικών θυμάτων βίας και πρέπει επίσης να εξοικειώνονται με τη χρήση των υγειονομικών πρωτοκόλλων.

Σε κάθε νοσοκομείο χρειάζεται να υπάρχει ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού το οποίο θα διαθέτει τις βασικές γνώσεις σχετικά με τα θέματα κακοποίησης. Το άτομο αυτό θα συνδράμει ώστε να λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών. Πιο συγκεκριμένα, θα μεριμνά προκειμένου το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι κατάλληλα ενημερωμένο - εξοπλισμένο για τον εντοπισμό και τη δέουσα ανταπόκριση στις ανάγκες της σωματικής και ψυχικής υγείας γυναικών που έχουν υποστεί βία. Επίσης το άτομο αυτό θα γνωρίζει, θα κοινοποιεί και θα θέτει σε εφαρμογή τα πρωτόκολλα παρέμβασης σε όσες περιπτώσεις κρίνεται αναγκαίο για προστασία των γυναικών .

Πρέπει να παρέχεται σε τακτική βάση κατάρτιση στο προσωπικό σχετικά με τη χρήση και επωφελή εφαρμογή πρωτοκόλλων. Τα πρωτόκολλα πρέπει να αντιμετωπίζουν θέματα όπως :

- α. θέσπιση προτύπων για συνήθη έρευνα, εκτίμηση και αξιολόγηση
- β. έντυπα τεκμηρίωσης, περιλαμβανομένης της φωτογραφικής τεκμηρίωσης
- γ. εφαρμογή της αρχής της εμπιστευτικότητας με στόχο τη διασφάλιση της ασφάλειας και της προστασίας των γυναικών θυμάτων βίας
- δ. θέσπιση προτύπων για την αποθήκευση αρχείων, την προστασία της ιδιωτικής ζωής, τη χρησιμοποίηση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στο πλαίσιο δικαστικών διαδικασιών
- ε. υποβολή εκθέσεων σχετικά με περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας στις αρμόδιες αρχές και
- στ. στο πλαίσιο της βασικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών

υγείας πρέπει να παρέχεται κατάρτιση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία με νομοθετική κατοχύρωση της σχετικής υποχρέωσης.

### **5.3.1 Προτάσεις**

*Συστηματική κατάρτιση - επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας σε θέματα βίας στην οικογένεια*

Οργάνωση συστηματικής και εξειδικευμένης εκπαίδευσης, κατάρτισης και επιμόρφωσης επαγγελματιών υγείας στα θέματα της ενδοοικογενειακής βίας ώστε: α. να αποκτήσουν και να ενισχύσουν εκείνες τις γνώσεις και δεξιότητες για να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά περιστατικά βίας στην οικογένεια, ιδιαίτερα το προσωπικό στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών. β. να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας τις αρμόδιες υπηρεσίες στις οποίες χρειάζεται να παραπέμπουν τόσο τα θύματα όσο και τους θύτες, γ. να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας ποιες είναι οι προβλεπόμενες διαδικασίες για την αντιμετώπιση περιστατικών βίας στην οικογένεια.

*Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια*

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να γνωρίζουν τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούν για τον χειρισμό περιστατικών βίας. Σχετική εγκύκλιος μπορεί να σταλεί από το Υπουργείο Υγείας και οδηγίες μπορούν να αναρτηθούν στις ιστοσελίδες του Υπουργείου, των Νοσοκομείων, αλλά και διεξαγωγή σχετικών εκπαιδευτικών σεμιναρίων κλπ.

Οι διαδικασίες να περιλαμβάνουν συγκεκριμένες οδηγίες για την αντιμετώπιση των περιστατικών βίας, για τους τρόπους ανίχνευσης τους, να καθορίζουν αρμόδιο άτομο για παρακολούθηση της εξέλιξης και παραπομπής του περιστατικού, να παρέχουν την κατάλληλη ενημέρωση των δικαιωμάτων του θύματος καθώς και για τις υπηρεσίες που μπορεί η κοινότητα να παρέχει. Επιπλέον, οι διαδικασίες χρειάζεται να περιλαμβάνουν ειδικά έντυπα για καταγραφή των περιστατικών βίας και παραπομπής του θύματος και του θύτη.

*Προληπτικά προγράμματα*

Η πρόληψη σαφώς και πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για κάθε Κράτος. Στοιχίζει λιγότερα, προσφέρει μακροχρόνια οφέλη ενώ είναι σαφέστατα πολύ λιγότερο επίπονη και ψυχοφθόρα διαδικασία από αυτήν της αντιμετώπισης της βίας. Βασικές δράσεις που μπορούν

να συμβάλουν στην πρόληψη είναι: α. συμμετοχή των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και της Σχολιατρικής Υπηρεσίας σε προγράμματα ευαισθητοποίησης για περιστατικά βίας στην οικογένεια, στα σχολεία, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, β. επέκταση του θεσμού της κατ' οίκον επίσκεψης από τις επισκέπτριες υγείας σε όλες τις έγκυες γυναίκες και σε όλες τις λεχώνες, περιλαμβανομένων και αυτών που γεννούν σε ιδιωτικές κλινικές. Οι έγκυες και οι λεχώνες είναι ομάδα υψηλού κινδύνου και κάθε μέτρο για στήριξη τους είναι πολύ σημαντικό προς αποτροπή κρουσμάτων κακοποίησης τους, γ. ενσωμάτωση στα αναλυτικά προγράμματα σπουδών των Πανεπιστημίων (τμήματα ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής, παιδαγωγικά, κλπ) μαθήματος για την ενδοοικογενειακή βία (πρόληψη και αντιμετώπιση).

#### *Συμπερίληψη του θέματος της ενδοοικογενειακής βίας στο Γενικό Σύστημα Υγείας*

Η Κύπρος βρίσκεται σε πορεία εφαρμογής του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ) το οποίο αποσκοπεί στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην παροχή ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στους πολίτες. Στο ΓΕΣΥ θα πρέπει να ενσωματωθεί και η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα σε όλα τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, καθώς επίσης και η αναγκαία θεραπεία και στήριξη για την πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών. Προτεραιότητες αποτελούν: α. η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα θύματα βίας στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών, β. η θεσμοθέτηση της επαγγελματικής εποπτείας για τους επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται περιστατικά βίας στην οικογένεια, γ. η επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση των γενικών γιατρών που θα λάβουν μέρος στο Γενικό Σύστημα Υγείας για θέματα βίας και ενημέρωση για τις διαδικασίες που ακολουθούνται για το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια, δ. καθορισμός υπεύθυνου ατόμου για θέματα βίας σε κάθε τμήμα και αντικαταστάτη του όταν αυτός απουσιάζει. (Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, 2010).

#### *Διοχέτευση ενημερωτικού υλικού για την ενδοοικογενειακή βία στις Υπηρεσίες υγείας*

Η δημιουργία και διοχέτευση έντυπου και ηλεκτρονικού ενημερωτικού υλικού στις Υπηρεσίες υγείας θα βοηθήσει στην ενημέρωση τόσο των επαγγελματιών υγείας (εγχειρίδια, εγκύκλιοι με οδηγίες) όσο και του κοινού (ενημερωτικά φυλλάδια με τις προσφερόμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια). Όλες οι οδηγίες και

πληροφορίες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες χρειάζεται να είναι αναρτημένες σε εμφανή σημεία των νοσοκομείων, κέντρων υγείας και ιδιωτικών κλινικών.

#### *Τήρηση αρχείου με στατιστικά στοιχεία*

Οι πολιτικές και τα σχέδια δράσης μπορούν να βασιστούν σε μεγάλο βαθμό στα στατιστικά στοιχεία και την ανάλυση τους. Είναι αναγκαίο και σημαντικό να καταγράφονται τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και να τηρείται αρχείο καθώς βοηθά στην παρακολούθηση της εξέλιξης του προβλήματος και στην παροχή των ανάλογων υπηρεσιών προς τα θύματα βίας στην οικογένεια.

Βλέποντας συνολικά τις προσπάθειες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας στην Κύπρο πρέπει να γίνει αναφορά στην πρόοδο που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια. Εντούτοις, τόσο οι περιορισμοί που έχουν προκύψει κυρίως με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης όσο και ο χαμηλός βαθμός ευαισθητοποίησης που εμφανίζεται να έχει ο Κρατικός Μηχανισμός για το θέμα, θέτουν σε κίνδυνο την περαιτέρω βελτίωση αλλά και συνέχιση των όποιων προσπαθειών έχουν υλοποιηθεί κατά καιρούς.

Σε κάθε περίπτωση, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να αναδείξουν το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας καθώς επίσης και τις ανάγκες τόσο των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας όσο και των επαγγελματιών που καλούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα αυτά. Οι εθνικές πολιτικές και πρακτικές στον τομέα της υγείας πρέπει να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν παράλληλα με τις μελλοντικές έρευνες και τις αυξανόμενες αποδείξεις για τις επιπτώσεις στην υγεία από την ενδοοικογενειακή βία. Ο τομέας της υγείας δεν μπορεί πλέον να αποφύγει την ευθύνη του για να συμμετέχει ενεργά και να προσφέρει στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### Οδηγός Συνέντευξης με Γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας που έκαναν χρήση των Υπηρεσιών Υγείας μετά από ενδοοικογενειακή κακοποίηση τους

**Κωδικός συμμετέχουσας:**

#### **Προφορική συγκατάθεση συμμετέχοντα**

Σας έχω ενημερώσει για την έρευνα που διεξάγω και το λόγο που θέλω να ακούσω τις εμπειρίες σας. Αν έχετε κάποια απορία μπορείτε να ρωτήσετε σχετικά. Αν είναι εντάξει να προχωρήσουμε τώρα με τη συνέντευξη;

**Εμπειρία με υπηρεσίες υγείας (συχνότητα επισκέψεων, προσέγγιση επαγγελματιών υγείας, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, κάλυψη αναγκών)**

#### Επαφή με Υπηρεσίες Υγείας και επαγγελματίες υγείας

- Ποιες και πόσες φορές επισκεφθήκατε τις Υπηρεσίες Υγείας (Τμήμα πρώτων βοηθειών, εξωτερικά ιατρεία, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας);
- Σε ποια πόλη είχατε επισκεφθεί τις Υπηρεσίες Υγείας;
- Είχατε επιλογή να σας εξετάσει επαγγελματίας του ίδιου φύλου;

#### Προσέγγιση επαγγελματιών

- Είχατε ερωτηθεί εάν ο λόγος της επίσκεψης σας σχετίζεται με κακοποίηση; Αν ναι, μπορείτε να μας περιγράψετε πως διατυπώθηκε η ερώτηση αυτή;
- Πως είχε αντιδράσει ο επαγγελματίας υγείας στο γεγονός ότι επρόκειτο για περιστατικό κακοποίησης; Μπορείτε να αναφέρετε κάποιο παράδειγμα αυτού που λέτε;
- Η στάση του επαγγελματία σας έκανε να αισθανθείτε άνετα για να μιλήσετε γι αυτό που σας συμβαίνει.
- Είσαι ευχαριστημένη από τον γενικό τρόπο που σε αντιμετώπισαν για τα προβλήματα υγείας που είχες; Μπορείς να μας πεις κάποια παραδείγματα;
- Υπάρχουν περιπτώσεις που έχετε εκνευριστεί από τον τρόπο που σας αντιμετώπισαν;
- Μπορείτε να μας περιγράψετε σε ποιες περιπτώσεις έχετε εκνευριστεί;

### Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών

- Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν με σεβασμό την περίπτωση σας;
- Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν με ευαισθησία την περίπτωση σας;
- Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν με κατανόηση την περίπτωση σας;
- Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν με εμπιστευτικότητα την περίπτωση σας;
- Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν με προσοχή την περίπτωση σας;

### Κάλυψη αναγκών

- Θεωρείτε ότι ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες σας;
- Είναι κάτι που θα θέλατε να σας παρέχουν αλλά δε θα σας δόθηκε; Αν ναι, μπορείτε να μας πείτε ποιο / ποια ήταν αυτά;

### **Εισηγήσεις**

- Τώρα θα ήθελα να μιλήσουμε για το πώς πιστεύεις ότι μπορούν να βελτιωθούν οι συνθήκες εξέτασης στις Υπηρεσίες Υγείας των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση.
- Μετά την εμπειρία σου, αν είχες την ευκαιρία να αλλάζες σήμερα τρία πράγματα που συνάντησες ή δεν συνάντησες στις Υπηρεσίες Υγείας ποια θα ήταν αυτά;

### **Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία**

Ηλικία	
Οικογενειακή κατάσταση	
Έχετε παιδιά	
Εθνικότητα	
Εργασιακό καθεστώς	

### **Τέλος συνέντευξης**

Σύμφωνα με όσα μου έχετε αναφέρει, έχω κατανοήσει τα ακόλουθα (περίληψη). Παρακαλώ πείτε μου αν έχω καταλάβει σωστά αυτά που είπατε ή αν θέλετε να διορθώσετε κάτι. Τέλος, πριν τελειώσουμε τη συνέντευξη, έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε για το οποίο δεν έχουμε αναφερθεί στη συζήτηση;

### **Σημειώσεις – λοιπά σχόλια:**

## **Βιβλιογραφία**

### **Ξενογλώσση**

Androulaki, Z., Merkouris, A., Rovithis, M., Zidianakis, Z. et al (2007), Attitudes and perceptions of nursing personnel against the abuse of women in Crete. Nursing Department, TEI of Crete.

Bacchus, L., Mezey, G., Bewley, S. (2002), Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109: 9-16.

Bacchus L., Mezey G., Bewley S. (2002), Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*.

British Medical Association (1998), *Domestic Violence: A Health Care Issue*.

Center for Health and Gender Equity for Population Reports (1999), *Ending Violence against Women*. *Issues in World Health. Series L*: 11-26.

Collins, R. (2008), 'Violence: A micro-sociological theory'. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Creswell, J.(2007), *Qualitative Inquiry & Research design, choosing among five approaches*, 2<sup>nd</sup> edition, Thousand oaks CA: Sage

Dearwater, S., Coben, J., Campbell, J., Nah G. et al (1998), Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments.

Feldhaus, M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H., Norton, L. et al (1997), Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association* 277: 1357 – 1361.

Fisher, C., Hunt, L., Adamsam, L., Thurston, W. (2007), Health's a difficult beast: The interrelationships between domestic violence, women's health and the health sector, An Australian case study.

Fisher, B., Cullen, F., Turner, M. (2000), The sexual victimization of college women (No. NCJ 182369). Washington, D.C.: Department of Justice.

Ganley, A., Fazio, J., Hyman, A., James, L. et al (1998), 'Improving the health care response to domestic violence', A Trainer's Manual for Health Care Providers.

Garcia-Moreno C. (2002), Dilemmas and Opportunities for an Appropriate Health service. Response to Violence against Women.

Hayden, M., Barton, R. (1997), Domestic violence in the emergency department: how do women prefer to disclose and discuss their issues. *Journal of Emergency Medicine* 15: 447 – 451.

Husso, M. (2012), Health and Social Care in the Community: Making sense of domestic violence intervention in professional health care.

Isaac, N., Pualani E. (2001), Documenting Domestic Violence: How Health Care Providers Can Help Victims.

Koss, M. (1985), The hidden rape victim: Personality, attitudinal, and situational characteristics. *Psychology of Women Quarterly* 9: 193-212.

Krug E.G. et al. (2002), World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organisation.

Krug, G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. et al (2002), World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

Leppakoski, T. (2007), 'Women exposed to acute physical intimate partner violence seeking care at emergency departments – identification of and intervention in violence'.



Perttu, S., Kaselitz, V. (2006), Προσεγγίζοντας τη συντροφική βία, κατευθύνσεις για τους επαγγελματίες υγείας στις μαιευτικές κλινικές.

Queensland Government (2001), Response to sexual assault: Interagency guidelines for responding to adult victims of sexual assault, Queensland Government publications.

Schorstein S., (1997), Domestic Violence and Health Care: What Every Professional Needs to Know.

SOCG Clinical Practice Guidelines (2005), Intimate Partner Violence Consensus Statement.

Family Violence Prevention Fund (1999), Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening, The Family Violence Prevention Funds's National Health Resource center on domestic violence, San Francisco.

Unicef (2000), Domestic Violence against Women and Girls, Innocenti Digest.

Waalén, J., Goodwin, M., Spitz, A., Petersen, R. et al (2000), 'Screening for intimate partner violence by health care providers barriers and interventions', Journal of Preventive Medicine 19(4): 230-237.

Williamson, E. (2000), Domestic Violence and Health: The Response of the Medical Profession.

World Health Organisation (1994), 'Declaration on the elimination of violence against women'. New York, United Nations, 23 February 1994 (Resolution No A/RES/48/104).

World Health Organisation (1999), Multi-country study of domestic violence, Geneva.

World Health Organisation (1996), Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva. World Health Organisation, (document WHO/EHA/ SPI).

## Ελληνική

Αθανασοπούλου, Μ., Καμπά, Ε. (2009), Η Ανίχνευση της Συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8<sup>ος</sup>, Τεύχος 3<sup>ο</sup>, σελίδες 181 – 193.

Αποστολίδου, Μ., Αποστολίδου, Ζ., Παγιάτσου, Μ., Μαυρικού, Π. (2007), Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας που Παρέχονται σε Θύματα Βίας στην Οικογένεια, Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια.

Βλάχου, Β. (2006), Η βία κατά των γυναικών – Ερευνητικά δεδομένα, σύγχρονοι προβληματισμοί, Ποινική Δικαιοσύνη, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, σελίδες 471 – 475.

Γραφείο χειρισμού θεμάτων βίας στην οικογένεια της Αστυνομίας (2015), Στατιστικά ενδοοικογενειακών φόνων.

Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια (2002), Εγχειρίδιο διατμηματικών διαδικασιών για το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια.

Επισκόπηση της εφαρμογής της Πλατφόρμας Δράσης του Πεκίνου στα κράτη μέλη της ΕΕ: Βία κατά των γυναικών - Υποστήριξη των θυμάτων - Βασικά πορίσματα, 2013.

Λοϊζίδου, Ε. (1999), Η Νομοθεσία για τη βία ενάντια στο Παιδί. Ομιλία σε Σεμινάριο της ΠΣΕΠΕΠ.

Μεσογειακό Ινστιτούτο Μελετών Κοινωνικού Φύλου (2010), Δράση κατά της ενδοοικογενειακής βίας – Αναπτύσσοντας ένα σύστημα στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας.

Παπαγιαννοπούλου, Ε., Γκούβα, Μ. (2009), Οι επαγγελματίες Υγείας και η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών, Interscientific Health Care, έκδοση 2<sup>η</sup>, σελίδες 51-55.

Περί Βίας στην Οικογένεια Νόμος (πρόληψη και προστασία των θυμάτων) 119(I)2000 και Νόμος που τροποποιεί τον Περί Βίας στην Οικογένεια Νόμο, αρ. 212(I) του 2004.

Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια (2009), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια.