

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών».

ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Νοέμβριος , 2014

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών».

ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Ανδρέα-Παόλα Ρόχας Χιλ, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Νοέμβριος , 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Ανδρέα-Παόλα Ρόχας Χιλ

Ζυγά Σοφία

Τσιρώνη Μαρία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	8
Αφιέρωση.....	10
Περίληψη.....	11
Abstract.....	12
Κεφάλαιο 1: Θεωρητική Προσέγγιση του Φαινομένου.....	13
1.1 Ορισμός και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....	15
1.1.1 Κακοποίηση κατά των γυναικών.....	16
1.2 Μορφές Κακοποίησης.....	17
1.3 Ιστορική Αναδρομή.....	19
1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για τον ελλαδικό χώρο.....	21
1.5 Διαστάσεις του φαινομένου σε Ευρωπαϊκό και Διεθνές επίπεδο.....	24
1.6 Νομοθετικό Πλαίσιο.....	27
1.7 Παράγοντες Κινδύνου.....	31
1.8 Κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	36
Κεφάλαιο 2: Συνέπειες, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της κακοποίησης κατά των γυναικών.....	39
2.1 Συνέπειες του φαινομένου.....	40
2.1.1 Σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας.....	43

2.2 Το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας.....	45
2.3 Πρόληψη	46
2.3.1 Σχεδιασμός Προγραμμάτων Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Συντροφικής Κακοποίησης	49
2.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή.....	55
Κεφάλαιο 3: Ερευνητικό μέρος.....	60
3.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	62
3.2 Αποτελέσματα-Στατιστική Ανάλυση.....	65
3.3 Συζήτηση.....	96
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	113
Ξενόγλωσσες Αναφορές.....	113
Ελληνόγλωσσες Αναφορές.....	127
Παραρτήματα.....	
Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου.....	129
Άδεια Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού.....	130
Άδεια Τμήματος Ιστορίας Αρχαιολογίας και Διαχείρισης Πολιτισμικών Αγαθών.....	131
Άδεια Τμήματος Φιλολογίας.....	132
Άδεια Τμήματος Νοσηλευτικής	133
Ερωτηματολόγιο.....	134

Ευχαριστίες

Η διεκπεραίωση αυτής της διπλωματικής εργασίας υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων, των οποίων η συνεισφορά κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντική και στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Προέδρους των Τμημάτων των Σχολών, που μου χορήγησαν άμεσα τις σχετικές άδειες για τη διανομή των ερωτηματολογίων στα Τμήματα Νοσηλευτικής, Αρχής Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Φιλολογίας και Ιστορίας, Αρχαιολογίας και Διαχείρισης Πολιτισμικών Αγαθών. Στη συνέχεια δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω θερμά τους συμμετέχοντες φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, που δέχτηκαν με ενδιαφέρον και προθυμία να αφιερώσουν χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βαθέων ψυχής την κυρία Ζυγά Σοφία και την κυρία Τσιρώνη Μαρία, τόσο για το γεγονός ότι απεδέχθησαν την πρόταση που τους έγινε για τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή όσο και για τη συνολική υποστήριξη που μου παρείχαν σε προπτυχιακό και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Σ' αυτό το σημείο θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Ανδρέα-Παόλα Ρόχας Χιλ, η οποία συνέβαλε στην εκπόνηση της διπλωματικής μου μελέτης, παρέχοντας τις πολύτιμες γνώσεις, την καθοδήγησή και τη στήριξη της. Εξαιρετικά πολύτιμη ήταν και η βοήθεια του κυρίου Αθανάσιου Σαχλά στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων τη εργασίας.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την κυρία Ανδρουλάκη Ζαχαρούλα, που αποδέχτηκε το αίτημα μου για τη χορήγηση άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση του

Προγράμματος Αρχιμήδης ΙΙ με τίτλο: «Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη».

Αφιέρωση

*«Ο άνθρωπος δεν μπορεί να ανακαλύψει νέους ωκεανούς,
αν δεν έχει το θάρρος να απομακρυνθεί από την ακτή».*

André Gide

Σε εκείνους που βρήκαν το θάρρος να απομακρυνθούν από την ακτή...

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση κατά των γυναικών.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 533 φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα της Καθηγήτριας Ανδρουλάκη Ζαχαρούλας (2007), του οποίου το περιεχόμενο προσαρμόστηκε σύμφωνα με τις ερευνητικές ανάγκες της μελέτης που εκπονήσαμε.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 45,2%, δηλαδή σχεδόν ο ένας στους δύο, παραδέχτηκε ότι γνωρίζει κάποια γυναίκα που είναι θύμα συντροφικής κακοποίησης, ενώ το 78,6% ομολόγησε πως η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας είναι εμπόδιο για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Ο δείκτης σοβαρότητας διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ($p < 0,001$) με τις φοιτήτριες να θεωρούν το φαινόμενο της συζυγικής βίας πιο σοβαρό, ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ του τμήματος που φοιτούν τα άτομα, αλλά και του έτους φοίτησης ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Οι φοιτητές αναγνώρισαν πως το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσε πως έχει λάβει ενημέρωση για το φαινόμενο, αναγνωρίστηκε η ανάγκη για συνεχή ενημέρωση και για το σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται αναγκαία η διενέργεια περαιτέρω έρευνας και η χάραξη στρατηγικών αντιμετώπισης του φαινομένου, μέσω παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο την κοινότητα και ειδικότερα τον μαθητικό και φοιτητικό πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: γυναικεία κακοποίηση, συνέπειες, αντιμετώπιση, στάσεις και αντιλήψεις για τη γυναικεία κακοποίηση.

Abstract

Objective: The main purpose of this study was to investigate the beliefs and the attitudes of the students of the University of Peloponnese towards intimate partner violence against women.

Methodology: Totally 533 students of the University of Peloponnese participated in the research, by answering the questionnaire that have been designed and used by the Professor Androutaki Zacharoula and her colleagues (2007). The questionnaire was adjusted to the research needs of our survey, in order to cover sufficiently all the important aspects of the study.

Results: The analysis of the results showed that almost one out of two respondents (45.2%), admitted that they know personally a woman-victim of intimate partner violence. The 78.6% of the respondents accepted that inadequate education/ knowledge on intimate partner violence is an obstacle to violence response. Moreover, the severity index differs statistically significant between male and female students ($p < 0.001$), since female students considered to a greater extent that the intimate partner violence is a serious issue. Additionally, there is a statistically significant between the departments of the University and the year of study ($p < 0.001$).

Conclusions: The students recognized that intimate partner violence is obviously a serious issue. Although the majority of the respondents stated that have been aware of the intimate partner violence, they indicated the necessity for more and continuous awareness activities. It is, also, very important to address the problem and design effective prevention programmes. Eventually, further research is required to investigate the issue and design prevention strategies, through specific interventions, which target at pupils and students.

Keywords: women's abuse, intimate partner violence, consequences, prevention, attitudes and perceptions

Κεφάλαιο 1: Θεωρητική Προσέγγιση του Φαινομένου



«Μπορεί η αλήθεια ναυ' θνητή, το φέμα αθάνατο;»

«Έτσι δείχνουν όλα».

«Πού είδες η αδικία να ξεμασκαρεύεται χρόνους και καιρούς;».

«Εδώ».

«Μα ξέρεις κάποιον που η βία να του 'χει φέρει τύχει;».

«Και ποιος δεν ξέρει;».

«Τότε ποιος μπορεί σ' έναν τέτοιο κόσμο να τσακίσει τον τύρανο;».

«Εσύ».

Μπέρτολτ Μπρεχτ, «Ερωτήσεις και Αποκρίσεις»



1.1 Ορισμός και Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα φαινόμενο διαχρονικό, που μόλις τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει μελετηθεί σε επιστημονικό επίπεδο και έχει λάβει την προσοχή που του αρμόζει από την επιστημονική κοινότητα. Η κακοποίηση κατά των γυναικών είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά όχι το μοναδικό, αφού στο πλαίσιο του οικογενειακού βίου είναι δυνατόν να υφίσταται η βία κατά των παιδιών, η βία κατά των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας, ακόμα και η βία κατά του ανδρικού φύλου. Είναι πολλοί οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν δοθεί για την ενδοοικογενειακή βία και κατ' επέκταση για την κακοποίηση κατά των γυναικών. Σκόπιμο όμως είναι, προτού γίνει επιλεκτική αναφορά κάποιων από αυτούς τους ορισμούς, να διασαφηνίσουμε την έννοια της λέξης «βία».

Η βία είναι λέξη ομόρριζη του βίου, δηλαδή της ζωής, γι' αυτό και δεν έλειψε ποτέ από την ανθρώπινη κατάσταση. Ήταν και είναι πάντοτε παρούσα, είτε σε ατομικό είτε σε συλλογικό επίπεδο. Το φαινόμενο, λοιπόν, αυτό που ονομάζεται βία, ορίζεται ως η κάθε σωματική, ψυχολογική και λεκτική κακοποίηση που δημιουργεί ψυχολογικό ή σωματικό πόνο ή ακόμα προξενεί πληγές. Είναι η χρήση μιας μορφής εξουσίας, που επιβάλλεται σε κάποιο θύμα, για να διατηρήσει τον έλεγχο συμπεριφοράς του, είναι η παραβίαση των δικαιωμάτων του. Επίσης, είναι κάθε συμπεριφορά ή συστηματική συμπεριφορά, η οποία εξαναγκάζει, κυριαρχεί ή απομονώνει το θύμα (Rutherford A., Zwi A., 2007a). Η βία εκφράζεται με τους εξής τρόπους: χειροδικία, τραυματισμοί, ακρωτηριασμοί, θάνατος-δολοφονία, βιασμός, σεξουαλική ή οικονομική εκμετάλλευση κι οτιδήποτε άλλο έχει φανερά καταστροφικά αποτελέσματα ή προσβάλλει «τα χρηστά ήθη» (εμφανής ψυχολογική βλάβη, εκβιασμός, εκμετάλλευση, περιορισμός κίνησης, καταστροφή περιουσίας) (Νέστορας Ι, 1992).

Προκειμένου να γίνει κατανοητό το μέγεθος του παγκόσμιου προβλήματος που προκύπτει ως αποτέλεσμα βίαιων συμπεριφορών αρκεί να αναφερθεί ότι η βία συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων αιτιών θανάτου ατόμων ηλικίας 15-44 ετών (Krug et al, 2002). Το 2000 υπολογίζεται ότι 1,6 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους παγκοσμίως ως απότοκο της βίας, δηλαδή 28,8 άνθρωποι στους 100.000. Σχεδόν οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις οφείλονταν σε

αυτοκτονία, το ένα τρίτο σε ανθρωποκτονία, ενώ το ένα πέμπτο σχεδόν από αυτούς τους θανάτους σχετιζόταν με πολεμικές συρράξεις (WHO,2004a). Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό πως η αντιμετώπιση του πολυδιάστατου φαινομένου της βίας αποτελεί καθοριστικής σημασίας πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες και, βεβαίως, θα πρέπει να οριστεί ως προτεραιότητα από τα εκάστοτε συστήματα υγείας, προκειμένου να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο (Rutherford and Zwi, 2007b).

1.1.1 Κακοποίηση κατά των γυναικών

Όπως άλλωστε προαναφέραμε, ο ορισμός της ενδοοικογενειακής βίας δεν είναι ένας, αλλά κατά καιρούς έχουν δοθεί διαφορετικοί ορισμοί για το φαινόμενο. Επιλεκτικά θα αναφερθούν κάποιοι από αυτούς τους ορισμούς με σκοπό να προσεγγίσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα την ερμηνεία του φαινομένου.

Η κακοποίηση κατά των γυναικών εμφανίζεται σε όλες τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και δεν κάνει διακρίσεις σχετικά με τη χώρα, το μορφωτικό επίπεδο, το ύψος του εισοδήματος, την εθνικότητα και την ηλικία (Krug et al,2002). Είναι κοινή παραδοχή ότι αποτελεί μορφή καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ίσως από τις σοβαρότερες, δεδομένου ότι διαπράττεται από ανθρώπους εμπιστοσύνης και όχι από αγνώστους (Rand and Rennison, 2004).

Είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει πολύ συχνά αλλά κοινοποιείται πολύ σπάνια. Συντροφική κακοποίηση είναι μια συμπεριφορά, η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον έναν, συνήθως τον άνδρα, στον άλλο, συνήθως την γυναίκα, μέσα σε ένα πλαίσιο ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, της σεξουαλικής, της συναισθηματικής κακοποίησης, της επιβολής κοινωνικής απομόνωσης αλλά και του συνδυασμού όλων των παραπάνω (Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) στην διακήρυξή του για την εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών το Φεβρουάριο του 1994, όρισε « βία κατά 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).

Το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε μια αναφορά με θέμα «world report on violence and health», όπου η συντροφική βία ορίζεται ως οποιαδήποτε συμπεριφορά στο πλαίσιο μιας στενής σχέσης, η οποία προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη σε αυτούς που διατηρούν τη σχέση (Krug et al., 2002).

Σύμφωνα με το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ), ο όρος συζυγική κακοποίηση αναφέρεται στην άσκηση σωματικής, ψυχικής ή σεξουαλικής βίας σε μία γυναίκα από το σύζυγό-σύντροφό της, νυν ή πρώην, με στόχο την επιβολή ελέγχου (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003).

1.2 Μορφές Κακοποίησης

Το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών μπορεί να λάβει διάφορες μορφές και εκδηλώνεται κάθε φορά με πολλές, κυμαινόμενης βαρύτητας πράξεις, οι οποίες αποτελούν αναμφίβολα παραβίαση των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Farrior,2009). Τέτοιες πράξεις λαμβάνουν χώρα μέσα στην οικογένεια, και περιλαμβάνουν τον έλεγχο των κινήσεων με απόρροια πολλές φορές την κοινωνική απομόνωση, τον εξευτελισμό, την αφαίρεση του δικαιώματος της οικονομικής διαχείρισης, τον ξυλοδαρμό, τη σεξουαλική κακοποίηση, που σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης οδηγεί πολλές φορές σε αναγκαστικές στείρωσεις ή ακόμα και εμβρυοκτονία, ενώ ακόμα παρατηρούνται πράξεις σεξουαλικού ακρωτηριασμού και άλλες πρακτικές επιβλαβείς για τις γυναίκες τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (Coker et al., 2000a). Οι πράξεις αυτές οδηγούν σε προοδευτική κοινωνική απομόνωση, περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας και εκφοβισμό του θύματος. Τα περιστατικά

κακοποίησης επαναλαμβάνονται τακτικά και αρκετά συχνά παρατηρείται κλιμάκωση όσον αφορά τη συχνότητα και τη βαρύτητά τους (Ανδρουλάκη και συν., 2007).

Η συζυγική κακοποίηση εμφανίζεται με τις παρακάτω τέσσερις μορφές:

- Σωματική: μαχαιρώματα, γρατσουνίσματα, δέσιμο, τραυματισμοί, χαστούκια, εγκατάλειψη σε επικίνδυνο μέρος, επίθεση με αντικείμενα, όπλο, μαχαίρι κ.α.
- Ψυχολογική-συναισθηματική: κάθε είδους ψυχολογικός και συναισθηματικός εκβιασμός, ταπείνωση θύματος, συναισθηματική πίεση, οικονομικός έλεγχος, παθολογική ζήλεια κλπ.
- Λεκτική: γκρίνια, παράπονα, ενοχοποίηση για λάθη και παραλείψεις, επιθετικό χιούμορ κλπ.
- Σεξουαλική: εξαναγκασμός και υποχρέωση στις σεξουαλικές ορέξεις του/ της συζύγου (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003).

Πολλοί μελετητές του φαινομένου προτείνουν τη διάκριση των μορφών κακοποίησης με διαφορετικό τρόπο, αφού η λεκτική βία αρκετές φορές συγκαταλέγεται στην ψυχολογική-συναισθηματική μορφή, ενώ οι οικονομικός έλεγχος πολύ συχνά παρατίθεται ως ξεχωριστή μορφή κακοποίησης. Οι πιθανοί λόγοι, για τους οποίους συμβαίνει αυτό, σχετίζονται με τη βαρύτητα, που ο κάθε επιστήμονας δίνει σε κάθε μία από αυτές τις μορφές. Για παράδειγμα, η οικονομική αποστέρηση καταδεικνύεται ως καταναγκαστική τεχνική στην σχέση κακοποίησης, αφού φαίνεται πως επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη πιθανότητα μια γυναίκα-θύμα συζυγικής κακοποίησης να εγκαταλείψει τη συζυγική εστία και να αναζητήσει βοήθεια, γι' αυτό και η οικονομική χειραφέτηση του θύματος συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην οριστική εγκατάλειψη της καταστροφικής σχέσης (Johnson, 2006).

1.3 Ιστορική Αναδρομή

«Ω Δία, γιατί στου ήλιου
το φως να φέρεις τις γυναίκες,
τα δολερά τα πλάσματα,
των ανδρών τον όλεθρο; (...)
να χαθείτε, ποτέ δε θα
χορτάσω να σας μισώ γυναίκες...
γιατί οι γυναίκες είναι πάντα
κακές...»

Ευρυπίδης, Ιππόλυτος

Το παραπάνω απόσπασμα προέρχεται από μια από τις τραγωδίες του Ευρυπίδη, τον «Ιππόλυτο», όπου ο ήρωας μαθαίνει πως η μητριά του, Φαίδρα, τρέφει ερωτικά αισθήματα για εκείνον, γεγονός που του προκαλεί συναισθήματα απέχθειας για το γυναικείο φύλο. Είναι αλήθεια, πως η γυναικεία φιγούρα κατείχε πρωταγωνιστικό ρόλο στην Αρχαία Ελλάδα. Ας μην ξεχνάμε πως ο Δίας μοιραζόταν το θρόνο του με την Ήρα, την προστάτιδα των γυναικών και της οικογένειας, η οποία ωστόσο σκιαγραφήθηκε μέσα από τη μυθολογία ως μια θεά που έτρεφε κατώτερα συναισθήματα φθόνου και μίσους. Με δεδομένο τον ανθρωπομορφισμό που χαρακτήριζε τους θεούς των Αρχαίων Ελλήνων, αντιλαμβανόμαστε πως οι ανασφάλειες της θεάς και οι αδυναμίες του χαρακτήρα της αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό την εικόνα της κοινωνίας της εποχής για το γυναικείο φύλο.

Μια διαφορετική αντίληψη για την εικόνα του παραγκωνισμού της γυναίκας στην Αρχαία Ελλάδα διατυπώνεται μέσα από το έπος του Τρωικού Πολέμου, όπου μία γυναίκα, η Ωραία Ελένη γίνεται η αιτία μιας πολυετούς πολεμικής σύρραξης. Ένα άλλο παράδειγμα, η Αντιγόνη, πρωταγωνίστρια της ομώνυμης τραγωδίας του Σοφοκλή, η οποία αποτέλεσε θαυμαστό πρότυπο για την εποχή της, αφού με ηρωικό ήθος και αυτοθυσία έθεσε την τιμή για τα ιερά και τα όσια καθώς επίσης και την αγάπη για τον αδερφό της, πάνω από την

εντολή του Κρέοντα. Και, βέβαια, ας μην ξεχνάμε ότι η θεά της Σοφίας ήταν γυναίκα και δεν ήταν άλλη από την Αθηνά.

Όσον αφορά την Σπάρτη ο στρατιωτικός της χαρακτήρας είχε επιδράσει στη θέση της γυναίκας, η οποία αν και ήταν κατώτερη από τον άντρα, συμμετείχε στα γυμνάσια, συναλλασσόταν και διαχειριζόταν την περιουσία της οικογένειας επειδή ο σύζυγος έπρεπε να μείνει ελεύθερος και αφοσιωμένος στα στρατιωτικά του καθήκοντα.

Οι απόψεις για τη θέση της γυναίκας στην Αρχαία Ελλάδα δεν είναι σαφείς, αφού από την μια πλευρά βλέπουμε τη γυναίκα να είναι υποταγμένη στον άνδρα και να μην έχει πολιτικά δικαιώματα, ενώ από την άλλη πλευρά το γυναικείο φύλο φαίνεται να κατέχει κεντρικό ρόλο σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής. Η γυναίκα φαντάζει ως το φόβητρο των θεών μέσα στον κόσμο των ανθρώπων, λόγω του αδάμαστου πολλές φορές χαρακτήρα της και του παρορμητισμού της, γι' αυτό υποβόσκει ο φόβος των ανδρών απέναντι στη φυσική ανωτερότητα της θηλυκής αρχής (Μυθολογία Larousse, 2003).

Τα ιστορικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι ο Μεσαίωνας και αναγνώριζε στη γυναίκα θέση πολύ καλύτερη απ' ό,τι οι περισσότερες περιόδους της Ιστορίας και δεχόταν την ιδιαιτερότητα του φύλου της, στοιχείο πολύ σημαντικό όταν στην εποχή μας το πρότυπο που, σχεδόν αποκλειστικά, προσφέρεται στη σύγχρονη γυναίκα είναι αυτό της μίμησης του άντρα. Τα πράγματα δυσκόλεψαν για τις γυναίκες της Μεσαιωνικής περιόδου, όταν ανακαλύφθηκε το ρωμαϊκό δίκαιο από το δυτικό κόσμο, που χαρακτηρίζεται ως δυσμενές για τη γυναίκα, αφού οριοθετούσε τις σχέσεις ανάμεσα στα δύο φύλα ως σχέσεις εξουσίας. Ο σύζυγος είχε τη δυνατότητα να επιβάλει τιμωρία στη σύζυγό του σε περίπτωση απιστίας ή ανυπακοής (Καρζή, 1989).

Όσον αφορά τις δύο Μεγάλες Θρησκείες, το Ισλάμ και το Χριστιανισμό, διαδραμάτισαν κι αυτές ένα σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της θέσης της γυναίκας στον σύγχρονο κόσμο. Αυτό, βέβαια, που επιδέχεται συζήτηση είναι η ερμηνεία, που έχει δοθεί στα θρησκευτικά

δόγματα από τους εκάστοτε θρησκευτικούς ηγέτες. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί το προπατορικό αμάρτημα, όπου η Εύα επηρεάζει τον Αδάμ στην απόφαση του να παρακούσει στην εντολή του Θεού, γεγονός που ερμηνεύτηκε ως ένδειξη της αμαρτωλής φύσης της γυναίκας. Από την άλλη πλευρά ο Μωάμεθ κήρυττε την κατωτερότητα των πνευματικών ικανοτήτων της γυναίκας και τις αποθαρρυντικές προοπτικές για μετά θάνατο ζωή. Το δίκαιο του Ισλάμ επιτάσσει για παράδειγμα την κάλυψη του προσώπου της γυναίκας ακόμα και στις μέρες μας και την κλειτοριδοεκτομή, η οποία είναι μια πρακτική που ακόμα δεν έχει εγκαταλειφθεί (Κακλαμανάκη, 2007) .

1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για τον ελληνικό χώρο

Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα για την περιγραφή του φαινομένου της βίας, δεδομένου ότι:

- Δίνουν τη δυνατότητα στις γυναίκες-θύματα να αναφέρουν τη βία που υφίστανται και να καταγράφονται περιπτώσεις που κάτω από άλλες συνθήκες δε θα είχαν ποτέ καταγραφεί (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003).
- Μέσω των επιδημιολογικών ερευνών οι γυναίκες καταφέρνουν να αξιολογούν καλύτερα τις συμπεριφορές των συντρόφων τους ως βίαιες ή μη, αφού συμπεριφορές που μπορεί προηγουμένως να χαρακτηρίζονταν ως φυσιολογικές είναι δυνατό κατά τη συμμετοχή της γυναίκας σε μια επιδημιολογική έρευνα να αναγνωριστούν ως βίαιες (Ellsberg, Heise, 2005).

Ωστόσο, θα πρέπει να παραδεχτούμε πως προκύπτουν και ηθικά ζητήματα κατά το σχεδιασμό και την εκπόνηση επιδημιολογικών ερευνών με θέμα την ενδοοικογενειακή βία και ειδικότερα την κακοποίηση κατά των γυναικών. Τέτοια θέματα αφορούν την ενδεχόμενη έκθεση των ερωτηθεισών γυναικών σε ψυχολογικό στρες ως απότοκο της διαδικασίας των ερωτήσεων, μέσα από τις οποίες οι γυναίκες αυτές ανακαλούν στη μνήμη τους περιστατικά βίας (CIOMS, 2008). Ως αποτέλεσμα είναι δυνατό να παρατηρηθούν μετατραυματικές αντιδράσεις, οι οποίες σχετίζονται με το μετατραυματικό σύνδρομο, που ένας μεγάλος αριθμός κακοποιημένων γυναικών αντιμετωπίζει (Hughes, Jones, 2000).

Ένα ακόμα ηθικό ζήτημα που εγείρεται είναι η αντίδραση του συντρόφου-θύτη σε περίπτωση που ανακαλύψει τη συμμετοχή του θύματος στην έρευνα. Αν και η εχεμύθεια του ερευνητή είναι δεδομένη, υπάρχει η πιθανότητα ο θύτης να αντιληφθεί τη συμμετοχή του θύματος σε μια επιδημιολογική έρευνα (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003). Συνθήκες ικανές για να προδώσουν το θύμα είναι η απόλυτη εξάρτηση που πολλές φορές το χαρακτηρίζει, δεδομένου ότι αρκετά συχνά μισεί και λατρεύει το θύτη του ταυτόχρονα (Σύνδρομο Στοκχόλμης) (Fulkerson, Patterson, 2006).

Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και ειδικότερα της κακοποίησης κατά των γυναικών αποτελεί ένα θέμα που μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να μελετάται εκτενώς. Ένας από τους λόγους γι' αυτό είναι πως μέχρι σήμερα δεν ήταν γνωστές ούτε οι διαστάσεις του φαινομένου, ούτε οι επιπτώσεις του στο σύστημα υγείας και την κοινωνία. Επιπρόσθετα, η έκταση του φαινομένου της συντροφικής βίας στην Ελλάδα δε δύναται να καταγραφεί επακριβώς λόγω της ανυπαρξίας ενιαίου συστήματος καταγραφής των περιστατικών κακοποίησης από τα νοσοκομεία, τις αστυνομικές αρχές και τις κοινωνικές υπηρεσίες, όπου συνήθως καταφεύγουν οι γυναίκες-θύματα κακοποίησης. Ομολογουμένως, στη χώρα μας παρατηρείται σημαντική έλλειψη σχετικών ερευνών, γεγονός που καταδεικνύει ότι το πρόβλημα δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Οι λιγοστές επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην ελληνική επικράτεια μάς παρέχουν ενδείξεις για το αδιαμφισβήτητο μεγάλο μέγεθος του προβλήματος και στην ελληνική οικογένεια (Τζαμαλούκα και συν., 2006).

Η πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα για την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου 2002-Απριλίου 2003 και δημοσιεύθηκε το 2003 από το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ).

Στόχος της έρευνας ήταν η καταγραφή των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας στην ελληνική επικράτεια με θύμα τη γυναίκα-σύζυγο και θύτη τον άνδρα-σύζυγο. Το δείγμα αποτέλεσαν 1.200 γυναίκες ηλικίας μεταξύ 18 και 60 ετών, ενώ για τη συλλογή των δεδομένων, εφαρμόστηκε η μέθοδος των δομημένων συνεντεύξεων με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν απογοητευτικά, αφού η άσκηση βίας κατά των γυναικών στην ελληνική οικογένεια φαίνεται να βρίσκεται σε αρκετά υψηλά ποσοστά. Πιο συγκεκριμένα, το 56% των ερωτηθεισών γυναικών παραδέχτηκε πως βιώνει λεκτική ή/και ψυχολογική βία, το 3,6% υφίσταται σωματική βία και το 3,5% εξαναγκάζεται σε σεξουαλική επαφή. Περίπου το ένα τέταρτο(23,6%) του δείγματος δηλώνει ότι γνωρίζει κάποια γυναίκα από το συγγενικό ή το φιλικό της περιβάλλον, η οποία έχει κακοποιηθεί από το σύντροφο/σύζυγό της (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003).

Πρόσφατα, δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα μιας ακόμα έρευνας με θέμα την μελέτη του φαινομένου της άσκησης βίας κατά του γυναικείου φύλου. Το δείγμα της έρευνας, που επιλέχθηκε με τυχαία δειγματοληψία, αποτέλεσαν 42.000 γυναίκες οι οποίες διαβιούν στα 28 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση συλλέχθηκαν μέσω προσωπικής, δομημένης συνέντευξης με τη χρήση ερωτηματολογίου από γυναίκα ερευνήτρια στο προσωπικό χώρο των υπό μελέτη γυναικών. Η έρευνα εκπονήθηκε από τον Οργανισμό Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union Agency for Fundamental Rights-EUAFR) κατά το έτος 2013 και τα αποτελέσματα της δημοσιεύθηκαν το Μάρτιο του 2014.

Όσον αφορά την Ελλάδα, λοιπόν, το 10-11% του γυναικείου πληθυσμού έχει πέσει θύμα συντροφικής κακοποίησης. Το 6% των ερωτηθεισών γυναικών δήλωσε πως έχει δεχθεί σωματική ή/και σεξουαλική βία από το σύζυγο/ σύντροφο κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Επιπλέον, σχεδόν το ένα τρίτο των γυναικών (33%) δήλωσε πως έχει πέσει θύμα ψυχολογικής βίας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόνο το 8% των περιπτώσεων συντροφικής κακοποίησης γνωστοποιήθηκε στις ελληνικές αστυνομικές αρχές, πράγμα που μπορεί να οφείλεται στην έλλιπή ενημέρωση των θυμάτων για την προστασία που τους παρέχεται από τη νομοθεσία, την έλλειψη εμπιστοσύνης στις αστυνομικές αρχές ή το φόβο για αντίποινα από το δράστη. Είναι αλήθεια ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν πως το 24% των γυναικών στην Ελλάδα δε γνωρίζουν αν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία που να της προστατεύει, ενώ το 53% δε

γνωρίζουν πως υπάρχουν δομές υποστήριξης για κακοποιημένες γυναίκες (ιδρύματα και ξενώνες), παρά το γεγονός ότι το 70% έχουν ακούσει για εκστρατείες κατά της γυναικείας κακοποίησης. Τέλος, το 17% των Ελληνίδων δηλώνουν πως ανησυχούν για την ασφάλειά τους, το 68% πως αποφεύγει μέρη ή καταστάσεις που θεωρεί επικίνδυνες και όσον αφορά τον αριθμό των βιασμών που καταγράφηκαν στην Ελλάδα αυτοί είναι 2 ανά πληθυσμό 100.000 γυναικών (FRA, 2014).

1.5 Διαστάσεις του φαινομένου σε Ευρωπαϊκό και Διεθνές επίπεδο

Από το φαινόμενο της συντροφικής βίας δεν εξαιρείται ούτε η Ευρώπη, ούτε οι υπόλοιπες χώρες του κόσμου, ακόμα κι αυτές που θεωρούνται ανεπτυγμένες. Σύμφωνα με 48 επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών που έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από το σύντροφο τους τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους κυμαίνεται μεταξύ 10% και 69%, ποσοστό το οποίο εξαρτάται από τη χώρα όπου έγινε η έρευνα. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία βρήκαν ότι ένα ποσοστό μεταξύ 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Gazmararian et al., 1996).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η σωματική βία είναι η σημαντικότερη αιτία τραυματισμού των γυναικών ηλικίας μεταξύ 15 και 44 ετών, με τις ληστείες και τα αυτοκινητικά δυστυχήματα να ακολουθούν. Κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1998 και 2002 διεπράχθησαν στις ΗΠΑ 3,5 εκατομμύρια εγκλήματα ως αποτέλεσμα ενδοοικογενειακής βίας, με το 49% να συμβαίνει κατά των συζύγων, το 11% κατά των παιδιών και το 41% κατά άλλων μελών της οικογένειας. Από τα 3,5 εκατομμύρια των θυμάτων το 1% κατέληξε στο θάνατο, δηλαδή περίπου 35.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους λόγω βίαιων εγκλημάτων, που συνέβησαν μέσα στους κόλπους της οικογένειας.

Η πλειοψηφία των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας ήταν γυναίκες (73%), που είτε ήταν έγγαμες, είτε βρίσκονταν σε σχέση, ενώ το 65,7% αυτών ήταν ηλικίας μεταξύ 25 και 54 ετών.

Μόνο το 2002 το 22% των φόνων που καταγράφηκαν στις ΗΠΑ ήταν αποτέλεσμα ενδοοικογενειακής βίας, με το 58% αυτών των θυμάτων να είναι γυναίκες. Επιπλέον, γνωρίζουμε ότι το 40% των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας υπέστησαν κάποιου είδους τραυματισμό κατά τη διάρκεια του συμβάντος. Σύμφωνα με στοιχεία από τις αστυνομικές αρχές, το 33% των βίαιων εγκλημάτων που καταγράφηκαν το 2000 σχετίζονταν με την οικογενειακή βία. Μια ακόμα ενδιαφέρουσα πληροφορία είναι ότι το 60% των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας στις ΗΠΑ δηλώθηκαν στην αστυνομία. Το υπόλοιπο 40% των περιπτώσεων δεν δηλώθηκε, γιατί τα θύματα είτε ανέφεραν πως θεωρούσαν το θέμα προσωπικό ή ιδιωτικής φύσεως (34%), είτε ήθελαν να προστατέψουν το θύτη (12%) (Durose et al.,2005).

Όσον αφορά στην Ευρώπη, η βία κατά των γυναικών θεωρείται κοινωνικό πρόβλημα και συνδέεται με το ζήτημα της ανισότητας μεταξύ των δύο φύλων. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυβερνητικοί φορείς που είναι υπεύθυνοι για θέματα ανισότητας των δύο φύλων, Πανεπιστήμια ή ανάλογα ιδρύματα έχουν υλοποιήσει κατά καιρούς επιδημιολογικές έρευνες για την ενδοοικογενειακή βία. Σ' αυτές τις έρευνες παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στις χρονικές περιόδους διεξαγωγής της έρευνας, στην επιλογή των δειγμάτων, αλλά και στους στόχους της έρευνας, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ τους (FRA, 2012).

Η πιο πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύθηκε έγινε στα 28 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με θέμα το φαινόμενο της άσκησης βίας κατά του γυναικείου φύλου. Σ' αυτή τη μελέτη έλαβε μέρος και η Ελλάδα. Σύμφωνα, λοιπόν με τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας η επίπτωση της σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης στις Ευρωπαϊκές ηλικίας 18-74 ετών αγγίζει το 8%. Το 1/3 των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως έχουν βιώσει σεξουαλική ή/και σωματική κακοποίηση από την ηλικία των 15 ετών και έπειτα. Από τις γυναίκες που ανέφεραν ότι έχουν σύντροφο (έγγαμες ή άγαμες), το 22% ισχυρίζεται πως δέχεται σωματική ή/και σεξουαλική βία από το σύντροφο του (FRA, 2014).

Σύμφωνα με τα επίσημα δεδομένα των δηλωθέντων βιασμών κατά το χρονικό διάστημα 2005-2007 αναφερόμενα κατά φθίνουσα σειρά, στη Σουηδία καταγράφηκαν 47 βιασμοί ανά 100.000 γυναίκες, στο Βέλγιο 27/100.000, σε Αγγλία και Ουαλία 25/100.000, σε Κροατία, Μάλτα, Σλοβακία, και Πορτογαλία 3/100.000 και τέλος σε Ελλάδα και Ουγγαρία μόνο 2/100.000. Η παραπάνω διακύμανση ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι σε μερικές χώρες παρατηρείται μία επιφυλακτικότητα από την πλευρά των γυναικών να δηλώσουν το συμβάν στις αρχές και να καταγγείλουν το δράστη (FRA, 2014).

Το 66% των περιστατικών συντροφικής κακοποίησης δεν δηλώθηκαν στην αστυνομία, με τα θύματα να αναφέρουν ότι οι κυριότεροι λόγοι είναι πως θεωρούν το θέμα προσωπικό και προτιμούν να το αντιμετωπίσουν με τη βοήθεια της οικογένειας και των φίλων ή πιστεύουν πως δεν άξιζε να λάβει διαστάσεις. Η τελευταία πρόταση όμως, είναι δυνατό να υποκρύπτει τη διάθεση από τη πλευρά του θύματος να προστατέψει το θύτη. Ένας τελευταίος λόγος για τη μη δήλωση περιστατικών οικογενειακής βίας στις αρχές είναι η έλλειψη πληροφόρησης από την πλευρά των θυμάτων, που όπως κατέγραψε η έρευνα είναι σημαντική, αφού το ποσοστό των γυναικών που δε γνωρίζουν την κείμενη νομοθεσία κυμαίνεται από 28% σε Εσθονία, Μάλτα και Σλοβενία σε 22% σε Ισπανία και Ολλανδία (FRA, 2014).

Τα πρωτεία στα ποσοστά συντροφικής κακοποίησης κατέχουν οι Σκανδιναβικές χώρες και η Λεττονία με το ποσοστό να αγγίζει το 32% και ακολουθούν η Αυστρία, Κροατία, Πολωνία, Σλοβενία και Ισπανία με 13%. Από αυτές τις γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν δεχθεί ψυχολογική βία το 60% σε Δανία και Λεττονία και το 33% σε Ισπανία και Ελλάδα, ενώ σωματική ή/και σεξουαλική βία έχουν βιώσει το 6% σε Βουλγαρία, Βέλγιο, Ελλάδα, Ουγγαρία, Σλοβακία, Ρουμανία και Ιταλία, με το ποσοστό να πέφτει στο 2% σε Εσθονία, Πολωνία, Σλοβενία και Ισπανία (FRA, 2014)..

Από τις γυναίκες που παραδέχθηκαν πως έχουν υποστεί σωματική βία, το 42% έχουν δεχθεί γροθιές, κλωτσιές και χτυπήματα με βαριά αντικείμενα, το 39% τράβηγμα των μαλλιών, το 37% σπρώξιμο ή/και χαστούκια, το 28% χτυπήματα της κεφαλής πάνω σε κάποιο αντικείμενο(π.χ.

τοίχος), το 19% καψίματα σε διάφορα σημεία του σώματος, το 18% απόπειρες στραγγαλισμού και τα 11% έχει δεχθεί πυροβολισμούς (FRA, 2014).

Η συντροφική βία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλες τις χώρες του κόσμου ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική, θρησκευτική ή πολιτισμική κατάσταση ή προέλευση του ατόμου που τη βιώνει. Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι βίαιες εναντίον των ανδρών, και παρά το ότι η βία συμβαίνει ακόμα και μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου, η συντριπτική πλειοψηφία των θυμάτων είναι γυναίκες, γι' αυτό το λόγο η πλειοψηφία των επιδημιολογικών ερευνών κατά τα τελευταία χρόνια έχει στοχεύσει στη πληθυσμιακή ομάδα των γυναικών (Tjaden and Thoennes, 2000).

1.6 Νομοθετικό Πλαίσιο

«Όπου βία πάρεστι, ουδέν ισχύει νόμος»

Μένανδρος, 4^{ος} αιώνας π.Χ, Αρχαίος Έλληνας ποιητής

Μέχρι πρόσφατα, η νομοθεσία στην Ελλάδα αναγνώριζε το δικαίωμα του συζύγου στη σεξουαλική επαφή, ακόμα και με βίαιο τρόπο και χωρίς τη συγκατάθεση της συζύγου του (Τσιγκρής, 2000). Πολλές περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας, μέχρι πρότινος, έβρισκαν στέγη κάτω από τις γενικές διατάξεις του νομικού συστήματος. Από το έτος 2006 και τη θέσπιση του νόμου 3500/2006 (ΦΕΚ 232) η ελληνική νομοθεσία έκανε ένα σημαντικό βήμα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, με βάση τις αρχές της ελευθερίας και της αξιοπρέπειας του ατόμου, με σκοπό την ενίσχυση της αρμονικής συμβίωσης των προσώπων στα πλαίσια της οικογένειας.

Με το νέο νόμο, αντικαθίστανται ή εμπλουτίζονται οι διατάξεις του Ποινικού Κώδικα και οι δικονομικές διατάξεις περί ασφαλιστικών μέτρων, ώστε να εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους σκοπούς του νόμου. Έτσι, προβλέπεται ειδικό κεφάλαιο για την αρωγή των θυμάτων με την απομάκρυνση του δράστη από την οικογενειακή εστία.

Στον εν λόγω νόμο αναφέρεται ρητά πως η βία κατά των γυναικών αντιμετωπίζεται ως ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και παραβίαση βασικών δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών.

Πιο συγκεκριμένα, με το άρθρο 6 του νόμου 3500/2006, αντιμετωπίζονται οι σοβαρότερες μορφές σωματικών κακώσεων ή βλαβών της υγείας, οι οποίες προσλαμβάνουν τον χαρακτήρα ιδιώνυμου εγκλήματος, όταν δράστες και παθόντες είναι μέλη της ίδιας οικογένειας, με ιδιαίτερη βαρύτητα στην προστασία της εγκύου και των ανήλικων μελών της οικογένειας. Με τη διάταξη του άρθρου 7 προβλέπονται επίσης ως ιδιώνυμα εγκλήματα η ενδοοικογενειακή παράνομη βία και η απειλή. Οι προαναφερόμενες μορφές ενδοοικογενειακής βίας διώκονται αυτεπαγγέλτως και συνεπώς δεν απαιτείται ως προς αυτές έγκληση του παθόντος. Σ' αυτό το σημείο, βέβαια τίθεται το εξής ζήτημα: ακόμα κι αν δεν απαιτείται έγκληση του θύματος, πώς οι αρχές θα λάβουν γνώση του συμβάντος για να προχωρήσουν στην αυτεπάγγελτη δίωξη. Άρα θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα, ώστε να δημιουργηθούν κρατικοί μηχανισμοί που θα ανιχνεύουν τέτοια φαινόμενα στα πλαίσια της κοινότητας.

Περαιτέρω, με το άρθρο 8 του ίδιου νομοθετήματος αντικαταστάθηκαν οι διατάξεις των άρθρων 336 παρ. 1 και 338 παρ. 1 ΠΚ, που ορίζουν τις έννοιες του βιασμού και της κατάχρησης σε ασέλγεια. Ειδικότερα, όσον αφορά την έννοια του βιασμού περιλαμβάνεται και ποινικοποιείται πλέον και ο συζυγικός βιασμός, έστω και με τη μορφή της εντός γάμου συνουσίας. Πρόκειται για αντιμετώπιση που αντιστοιχεί στις σύγχρονες αντιλήψεις περί προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και εντός του γάμου.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο νομοθέτης καινοτομεί και διευρύνει τον κύκλο των προστατευόμενων προσώπων συμπεριλαμβάνοντας, εκτός των πλησιέστερων συγγενών (συζύγου, γονείς, τέκνα), και τους μόνιμους συντρόφους ανδρών ή γυναικών καθώς και τα τέκνα, κοινά ή ενός εξ' αυτών, εφόσον τα πρόσωπα αυτά συνοικούν, αλλά και τους τέως συζύγους. Μεγάλη σημασία έχει ο καινούργιος θεσμός της ποινικής διαμεσολάβησης και ουσιαστικά αποβλέπει στην αποφυγή της κοινωνικής έκθεσης των οικογενειών ενώπιον των

δικαστηρίων, δίνοντας κατά αυτόν τον τρόπο μια δεύτερη ευκαιρία στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα.

Ειδικότερα, στα πλημμελήματα ενδοοικογενειακής βίας ο αρμόδιος για την άσκηση ποινικής δίωξης εισαγγελέας διερευνά κάθε φορά τη δυνατότητα ποινικής διαμεσολάβησης. Προϋπόθεση για την έναρξη της διαδικασίας αυτής είναι η υποβολή ανεπιφύλακτης δήλωσης εκ μέρους του προσώπου στο οποίο αποδίδεται η τέλεση του εγκλήματος, ότι είναι πρόθυμο να υποσχεθεί ότι δεν θα τελέσει στο μέλλον οποιαδήποτε παρόμοια πράξη και ότι σε περίπτωση ήδη υφιστάμενης συνοίκησης δέχεται να μείνει εκτός οικογενειακής κατοικίας για εύλογο χρονικό διάστημα. Η δήλωση αυτή περιλαμβάνει επιπλέον τη δέσμευση παρακολούθησης ειδικού συμβουλευτικού-θεραπευτικού προγράμματος για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας σε δημόσιο φορέα.

Εφόσον ο φερόμενος ως δράστης δεν υποβάλει με τις εξηγήσεις του δήλωση περί ποινικής διαμεσολάβησης, καλείται για τον σκοπό αυτό από τον αρμόδιο εισαγγελέα, και έχει προθεσμία μέχρι τριών ημερών για να απαντήσει. Αν ο υπαίτιος συμμορφωθεί προς τους όρους της ποινικής διαμεσολάβησης για χρονικό διάστημα τριών ετών, τότε η σχετική διαδικασία ολοκληρώνεται και εξαλείφεται η ποινική αξίωση της πολιτείας για το έγκλημα που αφορά. Σε περίπτωση όμως που διαπιστωθεί ότι η διαμεσολάβηση δεν ολοκληρώθηκε με υπαιτιότητα του φερόμενου ως δράστη, ο αρμόδιος εισαγγελέας διακόπτει τη διαδικασία και ενεργοποιεί εκ νέου την ποινική διαδικασία.

Σε περίπτωση διάπραξης εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας είναι δυνατόν να επιβληθεί στον κατηγορούμενο ο περιοριστικός όρος της απομάκρυνσής του από την οικογενειακή κατοικία, της μετοίκησης του, ή της απαγόρευσης προσέγγισης των χώρων κατοικίας ή εργασίας του θύματος, των κατοικιών στενών συγγενών του και των εκπαιδευτήριων των παιδιών. Ο περιοριστικός αυτός όρος μπορεί να διαταχθεί τόσο κατά την ποινική διαδικασία, όσο και στο πλαίσιο της προσωρινής ρύθμισης οικογενειακών σχέσεων, όπως προβλέπεται πλέον μετά την τροποποίηση του άρθρου 735 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας. Ακόμα, θεωρείται θετική η πρόβλεψη ότι το

αρμόδιο δικαστικό όργανο, μπορεί να ζητήσει συμβουλευτικά τη γνώμη επιστημόνων εξειδικευμένων στα ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας. Ωστόσο, η ρύθμιση αυτή παραμένει αόριστη και ασαφής, ενώ περιορίζει κατά πολύ το ρόλο των εξειδικευμένων επιστημόνων στις συγκεκριμένες υποθέσεις.

Παρατηρείται όμως ότι το τελικό νομοθέτημα συνεχίζει να προβάλλει τον στόχο της διατήρησης του θεσμού της οικογένειας ως προτεραιότητα έναντι της προστασίας και αποκατάστασης του θύματος. Στην Αιτιολογική Έκθεση αναφέρεται ότι ο θεσμός εισήχθη αρχικά στην ελληνική νομοθεσία για τη διευθέτηση διενέξεων μεταξύ ανηλίκου και ενηλίκων. Όταν ο θεσμός επεκτείνεται και στις υποθέσεις ενδοοικογενειακής βίας, που αφορούν ενηλίκους, δίνεται η εντύπωση ότι υποβαθμίζεται η σοβαρότητά τους.

Η Αιτιολογική Έκθεση επικαλείται έναν αμερόληπτο τρίτο, τον εισαγγελέα, για τη συζήτηση μεταξύ των συζύγων και τη διακοπή των σχετικών συμπεριφορών. Πέραν του ότι η διατύπωση αυτή φανερώνει άγνοια επί του συγκεκριμένου ζητήματος της ενδοοικογενειακής βίας και υποβάθμισή του σε απλό πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ συζύγων, τίθεται σε αμφισβήτηση και το πόσο αμερόληπτος είναι ο δικαστικός λειτουργός και απαλλαγμένος στερεοτύπων για τους ρόλους των δυο φύλων, ειδικά εάν δεν προβλέπεται η εκπαίδευσή του. Ο νόμος φαίνεται ότι του αναθέτει το ρόλο ψυχολόγου ή οικογενειακού συμβούλου.

Παρά τις πιο πάνω βελτιωτικές αλλαγές, που επήλθαν με το νέο νόμο «Για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας», εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές ελλείψεις και αρνητικά σημεία, τα οποία έχει επισημάνει και η Διεθνής Αμνηστία Ειδικότερα, στο άρθρο 7 του τροποποιημένου σχεδίου νόμου δεν απαλείφθηκε ο όρος «χωρίς το θύμα να υποχρεούται», για να αντικατασταθεί από το «χωρίς το θύμα να συναινεί». Ωστόσο, στην Αιτιολογική Έκθεση αναφέρεται ως αβάσιμο το επιχείρημα περί υποχρέωσης των συζύγων σε γενετήσια συνεύρεση. Δεν υπάρχουν εξαναγκαστικές κατά το νόμο υποχρεώσεις των συζύγων, για την τέλεση των οποίων να επιτρέπεται κατά το νόμο άσκηση βίας ή απειλής. Η Διεθνής Αμνηστία θεωρεί ότι με τη συγκεκριμένη διάταξη αφήνεται ανοικτό παράθυρο για ερμηνεία των υποχρεώσεων των συζύγων

με βάση κοινωνικές αντιλήψεις έτσι, ώστε να συγχωρείται η άσκηση βίας και απειλής κατά περιπτώσεις. (Διεθνής Αμνηστία, 2006).

Επίσης, η Διεθνής Αμνηστία εκτιμά ότι θα έπρεπε να απαλειφθεί η διατύπωση του άρθρου 21, παρ. 2, που προβλέπει ότι «οι αστυνομικές αρχές υποχρεούνται, εφόσον το ζητήσει το θύμα, να ενημερώσουν αυτό και τους παραπάνω φορείς, ώστε να παρασχεθεί αρωγή». Η ενημέρωση θα πρέπει να παρέχεται ούτως ή άλλως στο θύμα, το οποίο στις περισσότερες των περιπτώσεων αγνοεί τα ισχύοντα και αντιμετωπίζει με φόβο και δυσπιστία τους κρατικούς λειτουργούς.

Τέλος, η Διεθνής Αμνηστία εκτιμά ότι η άμεση αποκατάσταση του θύματος της ενδοοικογενειακής βίας δε θα πρέπει να επαφίεται στο δράστη (άρθρο 11), ενώ επισημαίνει παράλληλα ότι η βάση του Αστικού Κώδικα (άρθρο 5) χρηματική ικανοποίηση θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 1000 ευρώ, ανεξαρτήτως εάν το θύμα ζήτησε λιγότερα (Διεθνής Αμνηστία, 2006).

1.7 Παράγοντες Κινδύνου

«Η βία είτε φυσική, είτε ψυχική είναι μια αναζήτηση της ταυτότητας και του νοήματος. Όσο λιγότερη ταυτότητα, τόσο μεγαλύτερη βία.»

Marshall McLuhan, Καναδός επικοινωνιολόγος

Οι επιδημιολογικές έρευνες που κατά καιρούς λαμβάνουν χώρα σε διάφορα μέρη του κόσμου επιβεβαιώνουν ότι η συντροφική κακοποίηση αποτελεί κοινή εμπειρία ενός συγκριτικά μεγάλου αριθμού γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο. Κάθε μία από αυτές τις μελέτες αναδεικνύει συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, το κοινωνιολογικό και ιδεολογικό της προφίλ, το βιοτικό επίπεδο των πολιτών της και άλλους παράγοντες που θα αναλυθούν παρακάτω (Griffin et. al., 2006). Οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στον επιπολασμό της συντροφικής κακοποίησης σε μια κοινωνία είναι ένα θέμα πολυσύνθετο και πολυδιάστατο (Jewkes, 2002). Κανένας παράγοντας από μόνος του δεν μπορεί να εξηγήσει για ποιο λόγο μερικοί σύντροφοι φέρονται βίαια στις γυναίκες τους ή γιατί η

κακοποίηση γυναικών επικρατεί περισσότερο σε ορισμένες κοινότητες σε σχέση με άλλες. Όπως και με άλλες μορφές βίας, η κακοποίηση των γυναικών γίνεται πιο κατανοητή αναλύοντας την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων σε διαφορετικά επίπεδα (Hagemann-White et al., 2010).

Κατά βάση δύο είναι οι κυριότερες αιτίες για την εμφάνιση περιστατικών συντροφικής κακοποίησης σε μια κοινωνία. Η πρώτη είναι η άνιση θέση της γυναίκας και η δεύτερη η χρήση βίας ως συνήθους πρακτικής για την επίλυση διαφορών (Carter, 2014). Η απουσία έστω και μιας εκ των δύο αυτών αιτιών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την εμφάνιση της συντροφικής κακοποίησης. Ωστόσο, για να αναπαραχθεί το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών, οι δύο παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να αλληλεπιδράσουν με ένα δίκτυο συμπληρωματικών παραγόντων (Jewkes, 2002).

Σε μια έρευνα που εκπονήθηκε το 2008 σε ένα δείγμα 1.122 ανδρών και γυναικών, ηλικίας 18-65 ετών, που κατοικούσαν σε αστικές περιοχές της Ελλάδας, αναδείχθηκαν ορισμένοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συντροφικής κακοποίησης. Το επίπεδο αυτοεκτίμησης για παράδειγμα φάνηκε να συσχετίζεται ισχυρά με πιθανή θυματοποίηση του υποκειμένου. Επιπλέον, η εμπειρία κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία αποτελεί έναν ακόμα ισχυρό παράγοντα κινδύνου. Τέλος, το φύλο, η ηλικία και τα έτη συμβίωσης με το σύντροφο αυξάνουν την πιθανότητα για συγκεκριμένους τύπους ενδοοικογενειακής βίας (Papadakaki et al., 2009).

Όσον αφορά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι παράγοντες κινδύνου που έχουν καταδειχθεί ως ισχυροί για την αντιμετώπιση της συντροφικής κακοποίησης είναι η φυλή, η ηλικία, το οικονομικό προφίλ και το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας. Ειδικότερα, οι Ασιάτισσες αποδείχθηκε πως έχουν χαμηλότερο κίνδυνο να πέσουν θύματα κακοποίησης από τον σύντροφό τους, σε σχέση με την πολυφυλετική ομάδα των μη Ισπανόφωνων (9,7% και 43,1% αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών έχουν πιθανότητα 31,2% να θυματοποιηθούν, ενώ οι γυναίκες με ετήσιο εισόδημα κάτω από \$15.000 αντιμετωπίζουν τον ίδιο κίνδυνο σε ποσοστό 35,5%. Το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας φαίνεται πως αποτελεί κατά κάποιο τρόπο προφυλακτικό παράγοντα, αφού οι γυναίκες που

ολοκλήρωσαν τις λυκειακές τους σπουδές και εκείνες που φοιτούν ή έχουν αποφοιτήσει από το κολέγιο εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά επιπολασμού της συντροφικής κακοποίησης (Breiding et al., 2008).

Μολονότι αποτελεί κοινή παραδοχή το γεγονός ότι η βία κατά των γυναικών δε γνωρίζει γεωγραφικά όρια, πολιτισμικά ή κοινωνικά εμπόδια, υπάρχουν συγκεκριμένες ομάδες γυναικών που έχουν καταδειχθεί ως ιδιαίτερα επιρρεπείς στο φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης. Σύμφωνα με την αναφορά που εξέδωσαν το 2006 τα Ηνωμένα Έθνη με θέμα το φαινόμενο της άσκησης βίας κατά των γυναικών, οι γυναίκες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, οι μετανάστριες, οι γυναίκες που αιτούνται άσυλο, οι πρόσφυγες, οι γυναίκες με κάποιου βαθμού αναπηρία, οι γυναίκες που ζουν σε ιδρύματα και βέβαια τα θύματα trafficking έχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν βία. Ακόμα, παράγοντες όπως η φυλή, η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη, η ηλικία, η θρησκεία, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη αναπηρίας και η μόλυνση από τον ιό HIV είναι δυνατό να επηρεάσουν το είδος της βίας στο οποίο κινδυνεύει να εκτεθεί μια γυναίκα και τον τρόπο που το βιώνει. Σε πολλές κοινωνίες, γυναίκες που ανήκουν σε συγκεκριμένες εθνότητες ή φυλετικές ομάδες είναι πιθανό να βιώσουν κακοποίηση ως αποτέλεσμα του φύλου τους, όπως επίσης βία που βασίζεται στην εθνική ή φυλετική τους ταυτότητα (United Nations, 2006).

Σε μια άλλη έρευνα που έλαβε χώρα το 2002 στην Τανζανία καταγράφηκε θετική συσχέτιση της μόλυνσης από τον ιό HIV και της έκθεσης σε βία. Πιο συγκεκριμένα, οι οροθετικές γυναίκες αποδείχθηκε ότι είχαν αυξημένη πιθανότητα να υποστούν σωματική ή/και σεξουαλική βία από το σύντροφό τους, με τις νεαρότερες σε ηλικία (<30 ετών) να έχουν 10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν ενδοοικογενειακή βία σε σχέση με τις μη οροθετικές της ίδιας ηλικίας (Maman et al., 2002).

Η θετική συσχέτιση της συντροφικής κακοποίησης με την εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία από την πλευρά των συντρόφων, έχει καταδειχθεί από πολλές μελέτες ως ισχυρός παράγοντας κινδύνου (Dube et al., 2010; Ehrensaft and Cohen, 2011; Contreras et al.,

2012). Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία έδειξε ότι το 47% των γυναικών που είχαν κακοποιηθεί κατά την παιδική τους ηλικία ή την εφηβεία από τους γονείς τους, κακοποιήθηκαν κατά την ενήλικη ζωή τους από τους συντρόφους τους. Υπολογίστηκε, μάλιστα ότι οι γυναίκες που είχαν βιώσει κακοποίηση ως παιδιά ή ως έφηβες, είχαν τριπλάσια πιθανότητα να θυματοποιηθούν σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν εμπειρίες ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική τους ηλικία.

Στην ίδια έρευνα αναδείχθηκαν ως παράγοντες κινδύνου η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Ειδικότερα, η κατανάλωση αλκοόλ από την πλευρά του συντρόφου συσχετίστηκε θετικά με τις περιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης, ενώ οι γυναίκες που έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών και κατάχρηση αλκοόλ, εμφάνισαν αυξημένη πιθανότητα να υποστούν βία σε μια σχέση (Flury et al, 2010). Σε σχέση με το δράστη της συντροφικής κακοποίησης η κατάχρηση αλκοόλ μειώνει τυχόν αναστολές και συνάμα αποτελεί μια δικαιολογία (Jewkes, 2002). Το αλκοόλ αποτελεί παράγοντα στην εκδήλωση της βίας, ο οποίος επισπεύδει και μεγεθύνει το καταστρεπτικό αποτέλεσμα, δεδομένου ότι αυξάνει τα συναισθήματα εκνευρισμού και καχυποψίας και προκαλεί απώλεια του ελέγχου των παρορμήσεων. Η κατανάλωση αλκοόλ συμβάλλει μεταξύ των άλλων στο να αναστέλλονται οι άμυνες, με αποτέλεσμα κάτω από συνθήκες μέθης να ευνοείται η προβλητική ζηλοτυπία. Έρευνα έδειξε ότι ένα αυξημένο ποσοστό συντροφικής βίας (58%), έλαβε χώρα νυκτερινές ώρες, που είτε το ζευγάρι είχε βγει για διασκέδαση, είτε επέστρεφε ο σύζυγος από διασκέδαση. Τα ποσοστά αυτά αυξάνουν Σαββατοκύριακα και γιορτές, οπότε το οινόπνευμα φαίνεται να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στους καβγάδες και τη βία (Rodriguez et al., 2001).

Σε όλα τα μέρη του κόσμου οι νεότερες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να βιώσουν ενδοοικογενειακή βία, κυριότερα αυτές μεταξύ 15 και 19 ετών. Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νεότερες γυναίκες συνηθίζουν να έχουν νεότερους συντρόφους, οι οποίοι με τη σειρά τους τείνουν να είναι περισσότερο βίαιοι σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία άντρες. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που απλώς συζούν με το σύντροφό τους, χωρίς να είναι παντρεμένες και οι γυναίκες που βρίσκονται σε διάσταση ή είναι χωρισμένες,

έχουν αυξημένο κίνδυνο να θυματοποιηθούν σε σύγκριση με τις παντρεμένες γυναίκες (WHO,2005).

Η φτώχεια και οι οικονομικές ανισότητες επηρεάζουν την εμφάνιση και τον επιπολασμό του φαινομένου, αφού αφενός καθιστούν τη γυναίκα αδύναμη να αφήσει τη σχέση και αφετέρου συνηγορούν στην ανδρική κυριαρχία, η οποία είναι δυνατό να ενισχύεται περαιτέρω ως αποτέλεσμα της υφιστάμενης ιδεολογίας σε σχέση με την ανδρική υπεροχή, που ακόμα συνεχίζει σε πολλές χώρες να νομιμοποιεί την άσκηση βίας στο γυναικείο φύλο με σκοπό την ανδρική επικράτηση. Όταν το βιοτικό επίπεδο των γυναικών είναι χαμηλό, παρατηρείται χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ως αποτέλεσμα οι γυναίκες δεν διαθέτουν την κοινωνική και οικονομική ικανότητα να αφήσουν μια σχέση και να επιστρέψουν στην οικογένεια τους ή να ζήσουν μόνες τους. Κάποιες φορές παρατηρείται αδυναμία πρόσβασης στο νομικό σύστημα. Σε κάποιες χώρες οι γυναίκες δε μπορούν να αιτηθούν διαζύγιο ή να δηλώσουν ότι κακοποιούνται (Jewkes, 2002).

Παρά το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων κινδύνου έχει καταδειχθεί από διάφορες έρευνες ανά τον κόσμο, σύμφωνα με την έκθεση που δημοσίευσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2005, μόνο λίγοι παράγοντες κινδύνου για την ενδοοικογενειακή βία έχουν ταυτοποιηθεί χωρίς αμφισβήτηση. Αυτοί είναι:

- ✓ Εμπειρίες βίας κατά την παιδική ηλικία.
- ✓ Κατάχρηση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών ουσιών από θύτες ή/και τα θύματα.
- ✓ Νεαρή ηλικία.
- ✓ Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- ✓ Εκτός γάμου βίος (WHO,2005) .

1.8 Κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Men and women have the right to live their lives and raise their children in dignity, free from the fear of violence
United Nations General Assembly Millennium Declaration 55/2 Paragraph 6

Το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μελετηθεί κατά καιρούς από διάφορους ερευνητές ανά τον κόσμο. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα των ερευνών δε συμφωνούν πάντα, γεγονός που σχετίζεται κυρίως με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο και τη μεθοδολογία της έρευνας που εφαρμόστηκε. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, ο επιπολασμός της συντροφικής κακοποίησης μειώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ κατά άλλους ερευνητές παραμένει στα ίδια επίπεδα. Τέλος, η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει ότι η γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο να υποστεί βία από τον σύντροφο-σύζυγό της (Bailey, 2010).

Η συντροφική κακοποίηση είναι δυνατό να εκφραστεί με πολλές μορφές και βέβαια να λάβει ποικίλες διαστάσεις, γι' αυτό οι επιπτώσεις του φαινομένου στην κακοποιημένη γυναίκα-θύμα, ειδικότερα κατά την ευαίσθητη περίοδο της εγκυμοσύνης είναι ένα ζήτημα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Προκειμένου να κατανοήσουμε τη βαρύτητα του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αρκεί να λάβουμε υπόψη μας ότι το θύμα της κακοποίησης σ' αυτή την περίπτωση δεν είναι μόνο η γυναίκα, αλλά και το έμβρυο (Faramartzi et al., 2005).

Ο επιπολασμός της συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζει διαβαθμίσεις από χώρα σε χώρα, γεγονός που σχετίζεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος, ο επιπολασμός του φαινομένου κυμαίνεται μεταξύ 4-8%. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι κακοποιούνται 152.000 έως 324.000 έγκυες σε ετήσια βάση (Howard et al., 2013). Μια ανασκόπηση ερευνών από έξι αναπτυσσόμενες χώρες (όπου συμπεριλαμβάνονται Ινδία, Κίνα, Πακιστάν, Αιθιοπία) κατέγραψε επιπολασμό της σωματικής κακοποίησης κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης που κυμαίνεται μεταξύ 4% και 29% (Nasir et al., 2003), ενώ μια άλλη ανασκόπηση ερευνών με δεδομένα από Αφρικανικές χώρες υπολόγισε τον επιπολασμό μεταξύ 23% και 40% (Shamu et al., 2011). Παρά το γεγονός ότι είναι εμφανής η διακύμανση που παρατηρείται στα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, το συμπέρασμα είναι ότι η σωματική κακοποίηση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ταλαιπωρεί ένα μεγάλο αριθμό γυναικών ανά τον κόσμο, ενώ στις χώρες χαμηλού εισοδήματος παρατηρείται αυξημένη συχνότητα.

Οι νεαρότερες σε ηλικία γυναίκες, που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και είναι ανύπαντρες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν ενδοοικογενειακή βία κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (Bailey, 2010). Επιπλέον, οι γυναίκες που έχουν πέσει θύματα ενδοοικογενειακής βίας πριν την περίοδο της εγκυμοσύνης εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να κακοποιηθούν κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ η ύπαρξη ιστορικού χρήσης ουσιών - έστω και από έναν εκ των δύο συντρόφων- αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Egnes et al., 2012).

Σε σχέση με τις σωματικές επιπτώσεις θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι έγκυες που κακοποιούνται από τον σύντροφο-σύζυγό τους, εμφανίζουν σημαντικό κίνδυνο να προσβληθούν από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, ενώ είναι δυνατό να επιδεινωθούν χρόνιες ασθένειες όπως σακχαρώδης διαβήτης και υπέρταση (Bailey, 2010). Αρκετά συχνά η σωματική κακοποίηση της εγκύου περιλαμβάνει σοβαρούς τραυματισμούς στην κοιλιακή χώρα, που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε πρόωρες συσπάσεις της μήτρας, αποκόλληση πλακούντα, ρήξη μήτρας, πρόωρο τοκετό, ενώ ακόμα είναι πιθανό να προκαλέσουν εμβρυϊκό ή και μητρικό θάνατο. Στις ΗΠΑ η ανθρωποκτονία θεωρείται ως η κύρια αιτία θανατηφόρου τραυματισμού των εγκύων, ενώ υπολογίζεται ότι το 3-43% των θανάτων εγκύων και λεχωίδων οφείλεται σε ανθρωποκτονία (Samandari et al., 2011).

Ωστόσο, οι επιπτώσεις της συντροφικής κακοποίησης στην έγκυο, δεν περιορίζονται σε σωματικές βλάβες, αλλά συνοδεύονται πολύ συχνά και από ψυχικές διαταραχές. Κυριότερος εκπρόσωπος των ψυχικών διαταραχών είναι η επιλόχεια κατάθλιψη, αφού οι έγκυες με εμπειρίες συντροφικής κακοποίησης έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχεια

κατάθλιψη σε σχέση με γυναίκες που δεν έχουν εμπειρίες ενδοοικογενειακής βίας. Επιπρόσθετα, το 41,2% των εγκυμονουσών με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) έχουν βιώσει κακοποίηση από τον σύντροφο-σύζυγο τους (Howard et al., 2013). Οι γυναίκες, μάλιστα, που έχουν εμπειρίες συντροφικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν εννιά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν κάποια συναισθηματική ή αγχώδη διαταραχής, με περίπου τις μισές από αυτές να νοσηλεύονται τελικά σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα. Παρατηρείται, επίσης, μία τάση στις έγκυες που είναι θύματα συντροφικής κακοποίησης να υιοθετούν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ ή/και ουσιών, η απώλεια βάρους ως απόρροια κακής διατροφής και πλημμελή προγεννητική χρήση ιατρικών υπηρεσιών (Bailey, 2010).

Το έμμεσο θύμα της ενδοοικογενειακής βίας σ' αυτή την περίπτωση είναι το έμβρυο, που αντιμετωπίζει πολλαπλούς κινδύνους, όπως το χαμηλό βάρος γέννησης και την προωρότητα, που αποτελούν σημαντικούς βιολογικούς δείκτες της επιβίωσης του, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Έρευνες που έχουν κατά καιρούς δημοσιευθεί συνηγορούν στο ότι παιδιά που προέρχονται από βίαιο οικογενειακό περιβάλλον εμφανίζουν γνωστικά ελλείμματα, διανοητική καθυστέρηση, εγκεφαλική παράλυση, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα ελλειμματικής προσοχής, ψυχολογικά προβλήματα, ενώ ακόμα εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο κατά τη νεογνική ηλικία (Cokkinides et al., 1999).

Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε ότι απαιτείται η συλλογή περισσότερων στοιχείων όσον αφορά τη μητρότητα, ενώ είναι απαραίτητη η βελτίωση του συστήματος υγείας στο επίπεδο της αναγνώρισης των εγκύων που είναι θύματα συντροφικής κακοποίησης, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας της μητέρας και του παιδιού κατά την προγεννητική και την περιγεννητική περίοδο (Alhusen et al., 2014; Jahanfar et al., 2013).

Κεφάλαιο 2: Συνέπειες, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της κακοποίησης κατά των γυναικών



2.1 Συνέπειες του φαινομένου

Causa latet, vis est notissima.

Η αιτία είναι κρυμμένη, το αποτέλεσμα είναι εμφανέστατο.

Οβίδιος, Ρωμαίος ποιητής

Οι επιπτώσεις του φαινομένου της άσκησης βίας κατά των γυναικών, που επηρεάζουν όχι μόνο το υποκείμενο, αλλά και την κοινωνία ως ολότητα, είναι ένα θέμα που έχει προβληματίσει κατά καιρούς τις κοινωνίες ανά τον κόσμο και ειδικότερα τις ανεπτυγμένες χώρες. Το συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), προκειμένου να δώσει μια ξεκάθαρη εικόνα τόσο του εν λόγω φαινομένου, όσο και των συνεπειών του, δημοσίευσε το 2006 μια μελέτη όπου καταγράφονται τα μέτρα και οι δράσεις που λαμβάνουν χώρα στην Ευρώπη με θέμα την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών. Σ' αυτή τη μελέτη αναφέρεται ότι η βία κατά των γυναικών έχει αρνητικές συνέπειες για το κοινωνικό σύνολο, αφού ομολογουμένως δεν επηρεάζει αποκλειστικά τον αποδέκτη της βίας, δηλαδή το θύμα.

Οι συνέπειες του φαινομένου περιλαμβάνουν τον πόνο, το φόβο, την απελπισία, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν την ικανότητα της γυναίκας-θύματος να συνεισφέρει δημιουργικά στην οικογένεια, την οικονομία και τη δημόσια ζωή (Campbell,2002). Επιπλέον, το συγκεκριμένο φαινόμενο αποστραγγίζει τους πόρους των κοινωνικών υπηρεσιών, του δικαστικού συστήματος και των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή το συνολικό κόστος του προβλήματος για την κοινωνία υπολογίζεται αθροίζοντας τον ανθρώπινο πόνο αλλά και τις οικονομικές απώλειες.

Οι γυναίκες που έχουν θυματοποιηθεί, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ένα βίαιο περιβάλλον, αλλά και οι ίδιοι οι θύτες έχουν περιορισμένο δυναμικό και χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, αφού εμφανίζουν αδυναμία όσον αφορά την εκπλήρωση των επαγγελματικών και των κοινωνικών τους ρόλων. Μία κοινωνία που ανέχεται τέτοια φαινόμενα είναι σαφές ότι θα αντιμετωπίσει τις αρνητικές συνέπειες όσον αφορά το βιοτικό επίπεδο των πολιτών της στο μέλλον (COE,2006).

Πολλές μελέτες κατά καιρούς έχουν προσπαθήσει να υπολογίσουν το συνολικό κόστος της βίας, που τελικά φαίνεται να κατανέμεται σε ένα ευρύ φάσμα περιοχών, όπως το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η οικονομική απόδοση, το δικαστικό σύστημα, οι αστυνομικές αρχές. Επιπρόσθετα, το κόστος δύναται να είναι άμεσο ή έμμεσο. Στα άμεσα κόστη περιλαμβάνονται ο ανθρώπινος πόνος, ο φόβος, οι ψυχολογικές και οι ψυχοσωματικές ασθένειες, η διατάραξη της ζωής και οι συχνές μετακομίσεις που συνοδεύονται από αλλαγή επαγγελματικού περιβάλλοντος και απομάκρυνση από το οικογενειακό και φιλικό κύκλο. Τα άμεσα κόστη σχετίζονται με τη ζήτηση υπηρεσιών ως αποτέλεσμα της άσκησης βίας (FRA, 2014).

Η άσκηση βίας κατά των γυναικών έχει αντίκτυπο στη σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική υγεία του θύματος, ανάλογα με τον τύπο της βίας που δέχεται το υποκείμενο. Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι οι συνέπειες μπορεί να διαρκέσουν για πολύ καιρό, ακόμα κι όταν τα περιστατικά βίας έχουν σταματήσει να υφίστανται. Οι τραυματισμοί, το έντονο άγχος και ο φόβος είναι δυνατό να οδηγήσουν σε χρόνια προβλήματα υγείας, σύνδρομο χρόνιου πόνου, επαναλαμβανόμενα συμπτώματα από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και συμπτώματα από το Γαστρεντερικό Σύστημα. Μεταξύ των πιθανών ψυχολογικών διαταραχών συγκαταλέγονται η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Routiainen and Holma, 2013).

Η συντροφική κακοποίηση κατά των γυναικών είτε πρόκειται για σωματική είτε για ψυχολογική άσκηση βίας, επηρεάζει με τον ίδιο, καθοριστικό τρόπο το δέκτη. Οι αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία των γυναικών είναι δυνατό να περιλαμβάνουν αυτοκτονικό ιδεασμό, που οδηγεί σε αυτοτραυματισμούς και απόπειρες αυτοκτονίας. Έχει καταδειχθεί από έρευνες ο ισχυρός θετικός συσχετισμός της συντροφικής κακοποίησης με τραυματισμούς, χρόνια προβλήματα υγείας και ανθρωποκτονίες (Pico-Alfonso et al., 2006).

Επιπρόσθετα, φαίνεται πως το 32% των γυναικών που έχουν υποστεί συντροφική κακοποίηση πάσχουν από κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή, ενώ η κατάχρηση αλκοόλ είναι πέντε φορές μεγαλύτερη για τις εν λόγω γυναίκες. Το 84% των κακοποιημένων γυναικών που έψαχναν για βοήθεια διαγνώστηκαν με PTSD. Σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες θύματα

συντροφικής κακοποίησης έχουν πέντε έως οκτώ φορές αυξημένη πιθανότητα να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ η μία στις τρεις κακοποιημένες γυναίκες έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Jordan et al., 2009).

Οι ερευνητές προτείνουν ότι η χρονική συγκυρία, η συχνότητα και ο τύπος της βίας που δέχεται ένα άτομο επηρεάζουν το μέγεθος των συνολικών επιπτώσεων στο υποκείμενο. Για παράδειγμα όσο πιο πρόσφατο είναι το περιστατικό βίας, τόσο πιο συχνά είναι τα συμπτώματα του PTSD, που εκδηλώνονται από μια κακοποιημένη σωματικά και ψυχικά γυναίκα (Wijma et al., 2000). Ακόμα, οι γυναίκες που βίωσαν περιστατικά κακοποίησης κατά τη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών εμφάνισαν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν ψυχική διαταραχή σε σχέση με εκείνες της γυναίκες που είχαν κακοποιηθεί παλιότερα. Παρά το γεγονός ότι οι συνέπειες της κακοποίησης είναι μακροχρόνιες, έχει καταδειχθεί από μελέτες ότι μπορούν να ελαττωθούν υπό την προϋπόθεση ότι τα περιστατικά βίας δε θα επαναληφθούν (Tolman and Rosen, 2001).

Αποτελεί γεγονός ότι η βία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής της γυναίκας-θύματος σε πολλές διαστάσεις (Macy et al, 2009). Η συντροφική κακοποίηση εκτός από τις καταστροφικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική υγεία της γυναίκας-θύματος, είναι επίσης υπεύθυνη για το χαμηλό επίπεδο υποκειμενικής ευημερίας. Τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δηλώνουν «φτωχό» ή «πολύ φτωχό» επίπεδο υγείας σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν θυματοποιηθεί (Ellsberg et al., 2008).

Η υποκειμενική ευημερία (subjective well-being) είναι μια έννοια που αναφέρεται στην ψυχολογική ευημερία ενός ατόμου και στο αίσθημα ικανοποίησης που το άτομο αποκομίζει από τον τρόπο ζωής του. Με άλλα λόγια μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για την υποκειμενική εκτίμηση ενός ατόμου για την ποιότητα ζωής του, όπως αυτή αξιολογείται από το ίδιο το άτομο . Η υποκειμενική ευημερία αποτελείται από δύο βασικές συνιστώσες, τη συναισθηματική και τη γνωστική (Routiainen and Holma, 2013).

Οι συνέπειες της κακοποίησης συσχετίζονται ισχυρά με την υποκειμενική ευημερία ενός ατόμου, τον τρόπο που διαχειρίζεται τη ζωή του και το αίσθημα ασφάλειας. Όσο πιο πρόσφατα και συχνά είναι τα περιστατικά της κακοποίησης, τόσο πιο ισχυρός είναι ο αντίκτυπος στην ευεξία και το αίσθημα ασφάλειας του ατόμου. Η επέμβαση σε κάθε σημείο μπορεί να είναι αποτελεσματική, ωστόσο θα πρέπει να υπογραμμιστεί η σημασία του πρώιμου εντοπισμού των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας. Όσο πιο σύντομα εντοπιστούν τα θύματα, τόσο πιο εύκολη καθίσταται η προστασία τους από τις σοβαρές βλάβες που μπορεί να προκληθούν ως αποτέλεσμα της κακοποίησης (Coker et al.,2002).

2.1.1 Σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1977 από μια επιφανή ψυχολόγο, τη Dr Lenore Walker, για να περιγράψει τα ευρήματα έρευνας σε 400 γυναίκες θύματα συντροφικής κακοποίησης. Η θεωρία για το σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας, ανέκυψε όταν η Dr Walker προσπάθησε να περιγράψει την ψυχοκοινωνική κατάσταση της γυναίκας-θύματος ενδοοικογενειακής βίας. Το εν λόγω θέμα ανέπτυξε στο βιβλίο της “The Battered Woman ” («Η κακοποιημένη Γυναίκα»). Συνέχισε να μελετά για πολλά χρόνια το σύνδρομο της κακοποιημένης γυναίκας, και εξέδωσε κι άλλα βιβλία με το ομώνυμο θέμα, ενώ το τελευταίο βιβλίο της εκδόθηκε το 2009 με τίτλο “The Battered Woman Syndrome” («Το Σύνδρομο της Κακοποιημένης Γυναίκας»).

Η Dr Walker χρησιμοποίησε τον «κύκλο της βίας» και τη θεωρία της «μαθημένης ανικανότητας», ώστε να εξηγήσει τη δημιουργία ψυχοπαθολογικού προβλήματος σε γυναίκες που κακοποιούνται επανειλημμένα από τους συντρόφους τους. Το Σύνδρομο της Κακοποιημένης Γυναίκας εισήλθε στη συνέχεια στη νομική σφαίρα, όταν η Dr Walker συμμετείχε ως εμπειρογνώμονας σε δικαστήρια γυναικών που κατηγορούνταν για τη δολοφονία του θύτη τους.

Το Σύνδρομο της Κακοποιημένης Γυναίκας χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε μια γυναίκα όταν αυτή έχει κακοποιηθεί σωματικά, σεξουαλικά ή/και

ψυχολογικά από το σύντροφο/σύζυγο, ο οποίος ασκεί εξουσία και έλεγχο στη γυναίκα με σκοπό να την αναγκάσει να γίνει υποχείριο του, χωρίς να ενδιαφέρεται για τα δικαιώματα ή τα συναισθήματα της. Η γυναίκα-θύμα πιστεύει πως δεν μπορεί να ξεφύγει και αισθάνεται απόλυτα εξαρτημένη από τον σύντροφο-θύτη, ενώ ακόμα χάνει την οποιαδήποτε ελπίδα για βελτίωση της ζωής της. Ως εκ τούτου, η γυναίκα υποφέρει λόγω της αναστολής των δράσεων (paralysis) που προκαλείται από τη «μαθημένη ανικανότητα», ως αποτέλεσμα των ανεξέλεγκτων και αλληπάλληλων επεισοδίων βίας από το σύντροφο-σύζυγο. Επιπλέον, παρασύρεται στο να παραμένει στη σχέση θεωρώντας δεδομένο πως αυτή είναι η μόνη επιλογή, αφού οτιδήποτε άλλο δε θα έφερε αποτέλεσμα, τρέφοντας παράλληλα την ψευδαίσθηση ότι ο σύντροφος- σύζυγος θα βελτιωθεί στο μέλλον.

Σε συγκριμένες στιγμές, ωστόσο, οι ίδιες ανήμπορες γυναίκες εκδηλώνουν μία τελείως διαφορετική συμπεριφορά, αν νιώσουν ότι απειλείται η ζωή η δική τους ή του παιδιού τους. Τότε είναι δυνατό ακόμα και να δολοφονήσουν το θύτη τους.

Το εν λόγω σύνδρομο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς για τη διάσταση του στο ανδρικό φύλο. Είναι βέβαιο πως υπάρχουν άνδρες που κακοποιούνται από τη σύζυγο-σύντροφο τους, αλλά ο αντίκτυπος αυτή της κατάστασης δε φαίνεται να καταλήγει σε ψυχολογικό τραύμα στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Για πολλά χρόνια το Σύνδρομο της Κακοποιημένης Γυναίκας θεωρούνταν υποκατηγορία του PTSD. Η έρευνα έχει καθιερώσει έξι διαγνωστικά κριτήρια, από τα οποία τα πρώτα τρία κριτήρια είναι ταυτόσημα με του PTSD:

1. Επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος με τη μορφή «αιφνίδιων αναδρομών».
2. Υπερεγρήγορη και υψηλά επίπεδα άγχους.
3. Συμπεριφορά αποφυγής και συναισθηματικό «μούδιασμα», που συχνά εκδηλώνεται ως κατάθλιψη.
4. Διαταραχή διαπροσωπικών σχέσεων.
5. Διαταραχή εικόνας σώματος και σωματικές ενοχλήσεις.

6. Σεξουαλική δυσλειτουργία (Walker,2009).

Το σύνδρομο της κακοποιημένης γυναίκας έχει δεχτεί παρόλα αυτά έντονη κριτική, αφού η κακοποιημένη γυναίκα είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί ως ψυχικά ασθενής από το δικαστήριο και έτσι να υποβαθμιστούν οι κοινωνικές συνθήκες του φαινομένου.

2.2 Το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας

*“An ounce of prevention is worth
a pound of cure”.*

Ben Franklin

Όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, οι συνέπειες της συντροφικής κακοποίησης φέρουν πολλά παρακλάδια, που παρεισφρύνουν σε διάφορους τομείς της σύγχρονης ζωής. Αν, λοιπόν, επιθυμεί κάποιος να αποτιμήσει το κόστος του φαινομένου συνολικά, θα πρέπει να λάβει υπόψη του όχι μονάχα τις ψυχοσωματικές βλάβες που υφίστανται τα εκάστοτε θύματα, αλλά και τις οικονομικές βλάβες για την κοινωνία και κατ' επέκταση για το σύστημα υγείας (WHO, 2004b).

Είναι γεγονός ότι το σύστημα υγείας επιβαρύνεται ως αποτέλεσμα του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης, δεδομένου ότι τα θύματα καταλήγουν να αναζητήσουν βοήθεια στις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές του συστήματος. Σκόπιμο είναι επομένως, να αποτιμηθεί το συνολικό κόστος για το σύστημα υγείας, κάτι που συμβάλλει στην κατανόηση της έκτασης και της σοβαρότητας του φαινομένου και στη χάραξη στρατηγικών αντιμετώπισης (Miller et al.,1996). Υπάρχουν μελέτες, από τη δεκαετία του '90 κυρίως, και έπειτα, που προσπαθούν να καταγράψουν και να ερμηνεύσουν δεδομένα που αφορούν το κόστος της περίθαλψης και της επανένταξης των κακοποιημένων γυναικών (Snively, 1994; Walker,1996).

Παρόλα αυτά εξακολουθεί να παραμένει μια δύσκολη διαδικασία, αφού στο συνολικό κόστος δεν περιλαμβάνεται μονάχα το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και οι

οικονομικές απώλειες ως απόρροια της χαμμένης παραγωγικότητας (lost productivity) και των διαφυγόντων κερδών ζωής (lifetime earnings lost) λόγω των ανθρώπινων απωλειών(ανθρωποκτονίες, αυτοκτονίες θυμάτων).

Ειδικότερα, όσον αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τα άμεσα κόστη για τις υγειονομικές υπηρεσίες που προέκυψαν ως αποτέλεσμα της συντροφικής- συζυγικής κακοποίησης έφτασαν τα 4,1 δις δολάρια Αμερικής σε ετήσια βάση. Υπολογίζεται ότι από τα συνολικά κόστη που απορρέουν από το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης, τα 2/3 επιβαρύνουν το υγειονομικό σύστημα (National Center for Injury, Prevention and Control,2003).

Για την Αγγλία και την Ουαλία το συνολικό κόστος για το 2001 ανήλθε στα 23 δις λίρες Αγγλίας, από τα οποία το 1,2 δις δαπανήθηκε για τη θεραπεία σωματικών βλαβών και τα 176 εκατομμύρια για την ψυχιατρική περίθαλψη των θυμάτων (Walby, 2004).

Κάθε έρευνα για το κόστος της ενδοοικογενειακής βίας, καταδεικνύει ότι η έγκαιρη πρόληψη και επέμβαση κοστίζει πολύ λιγότερο σε σχέση με την αντιμετώπιση του φαινομένου σε επόμενα στάδια. Η επένδυση στον πρόωμο εντοπισμό και στον τερματισμό της βίας σε αρχικά στάδια, θα έχει ως αποτέλεσμα την αποταμίευση τεράστιων πόρων για την οικονομία και την κοινωνία κατ' επέκταση (Day et al., 2005).

2.3 Πρόληψη

«Ο άνθρωπος, αν μεν διαπαιδαγωγηθεί ορθώς, αγαπά να γίνει το πιο ευγενικό και ήμερο πλάσμα, αν όμως δεν λάβει αρκετή και κατάλληλη μόρφωση γίνεται το πιο άγριο ζώο της φύσεως»

Πλάτωνας

Πιο πρόσφατες μελέτες έχουν επιχειρήσει να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που κατά καιρούς έχουν υιοθετηθεί με σκοπό την καταστολή του φαινομένου. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι νομικής, κοινωνικής ή θεραπευτικής φύσης (Hagemann-White et al., 2006) Ωστόσο, μετά την παραδοχή ότι η συντροφική κακοποίηση

επιφέρει τεράστια κόστη στην ευρύτερη κοινωνία, αφού αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, κρίθηκε αναγκαίος ο άμεσος σχεδιασμός και η αποφασιστική εφαρμογή στρατηγικών πρωτογενούς πρόληψης του φαινομένου (WHO, 2010;Abramsky et al., 2014; Colucci and Ghayda, 2014).

Ωστόσο, κανένα πρόγραμμα πρόληψης δε θα μπορούσε να είναι επιτυχημένο εάν δεν έχει διαμορφωθεί προηγουμένως το κατάλληλο περιβάλλον που θα το υποδεχθεί, αφού σπουδαίο ρόλο στην καταστολή του φαινομένου της συντροφικής-συζυγικής κακοποίησης, διαδραματίζουν οι υφιστάμενες κοινωνικές και πολιτισμικές νόρμες (Heise 2011, Bates et al., 2004). Όταν για παράδειγμα το νομοθετικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται από ελαστικότητα όσον αφορά την απονομή δικαιοσύνης σε συντρόφους/συζύγους που υιοθετούν πρακτικές βίας στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, η οποιαδήποτε προσπάθεια για αλλαγή συμπεριφορών θα βρεθεί στο κενό.

Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να διαφυλαχθεί η ισότητα των δύο φύλων σε όλα τα επίπεδα: εκπαίδευση, εργασία, κοινωνική ασφάλεια, συμμετοχή στην πολιτική, πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ενώ οι γυναίκες θα πρέπει να είναι ελεύθερες να παντρεύονται με δική τους επιλογή, να χωρίζουν ελεύθερα, να αποκτούν περιουσία και να τη διαχειρίζονται αυτοβούλως. Θα πρέπει, επομένως, να δοθεί η ανάλογη βαρύτητα στη διαμόρφωση του κατάλληλου κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος, προτού επιχειρήσουμε να εφαρμόσουμε το οποιοδήποτε πρόγραμμα πρόληψης (WHO,2010).

Επιπρόσθετα, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε παρέμβαση συμβαίνει μετά το περιστατικό συντροφικής κακοποίησης είναι αποτυχημένη. Πράγματι, η βαρύτητα φαίνεται να έχει δοθεί στην αντιμετώπιση και όχι στην πρόληψη του φαινομένου, αφού σ' αυτές τις περιπτώσεις αναλαμβάνουν δράση κατά κύριο λόγο οι δικαστικές και αστυνομικές αρχές. Πολλές φορές η αντιμετώπιση μιας περίπτωσης συντροφικής κακοποίησης επικεντρώνεται αποκλειστικά στο θύτη και το θύμα, με σκοπό τον καταλογισμό των ευθυνών

και την τιμωρία, χωρίς ωστόσο να αναζητούνται τα βαθύτερα αίτια που συνιστούν την ψυχοπαθολογία της σχέσης (Duton, 2012).

Τα βαθύτερα αίτια εν προκειμένω αφορούν την κοινωνία και την πολιτεία, αφού απαιτούνται συντονισμένες δράσεις σε πολλά επίπεδα και ουσιώδεις προσπάθειες για τη βελτίωση της θέσης της γυναίκας και την αποδοχή από την πλευρά των ανδρών της ανάγκης για κατάργηση των στερεοτύπων. Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι το μορφωτικό επίπεδο μιας γυναίκας, ασκεί προστατευτική δράση ενάντια στη συντροφική/συζυγική κακοποίηση (Ackerson and Kawachi, 2008). Ωστόσο, ακόμα κι αν ενισχύσουμε το μορφωτικό επίπεδο μιας γυναίκας, την ενημερώσουμε για τα δικαιώματα της και για την συντροφική κακοποίηση, ενώ αυτή διαβεί σε ένα κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, που επιτρέπει ή ακόμα παροτρύνει την άσκηση συντροφικής/συζυγικής βίας, τότε είναι δυνατό να αυξήσουμε τον κίνδυνο για αυτή τη γυναίκα να δεχθεί κάποιο είδος βίας (Jewkes, 2002). Η πρόληψη, επομένως, του φαινομένου της συντροφικής/ συζυγικής κακοποίησης εξαρτάται από τα επίσημα και τα ανεπίσημα κοινωνικά δίκτυα, με δεδομένο ότι οι ερευνητές παραδέχονται ότι ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρά και διαχειρίζεται τις συγκρούσεις του το ζευγάρι επιδέχεται επηρεασμού από τα κοινωνικά δίκτυα (Mancini et al., 2006).

Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες-θύματα συζυγικής/ συντροφικής κακοποίησης επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και από τον τρόπο που αυτό έχει διαμορφωθεί, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών πεποιθήσεων και των στερεοτύπων που αφορούν την κοινωνική θέση της γυναίκας. Πολλές φορές το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον είναι ο βασικός λόγος για τον οποίο τα θύματα αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια, να καταφύγουν στις αστυνομικές αρχές ή ακόμα και να εκμυστηρευτούν σε προσωπικό επίπεδο τα περιστατικά βίας, αφού οτιδήποτε συμβαίνει στους κόλπους της οικογένειας είναι αυστηρά προσωπικό και δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό να κοινοποιείται και να αντιμετωπίζεται έξω από τα πλαίσια της οικογένειας (Chang, Burfoot, 2014).

Η πρόληψη της συντροφικής/ συζυγικής κακοποίησης είναι το κλειδί, όσον αφορά την αντιμετώπιση του φαινομένου και απαιτεί τη συντονισμένη και στοχευμένη δράση των φορέων. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου που είναι πολύ συγκεκριμένοι και να σχεδιαστούν μ' αυτό τον τρόπο εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερευνών μέχρι σήμερα έχουν ως στόχο να περιγράψουν και να κατανοήσουν το πρόβλημα, και όχι να προτείνουν και να αξιολογήσουν πιθανές λύσεις, συνεπώς αποτελεί πρόκληση για τους σύγχρονους ερευνητές η περαιτέρω έρευνα σ' αυτό το επίπεδο (Arango et al., 2014).

2.3.1 Σχεδιασμός Προγραμμάτων Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Συντροφικής Κακοποίησης

«Το να πέσεις δεν είναι φοβερό. Το να μην θέλεις όμως να σηκωθείς είναι ολέθριο».
Paulo Coelho

Οι γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, ακόμα κι αν αποφασίσουν να εγκαταλείψουν το θύτη τους, έρχονται αντιμέτωπες με πολλά προβλήματα, τα οποία θα πρέπει να ξεπεραστούν με κάποιο τρόπο. Μία μελέτη που περιελάμβανε 1.467 επιζούσες ενδοοικογενειακής βίας, κατέδειξε πως οι γυναίκες που προσήλθαν σε δομές υποστήριξης χρειάστηκαν βοήθεια για νομικά ζητήματα (72%), για κυβερνητικά επιδόματα (46%), για στέγαση (40%), για μετρητά (38%), για υπηρεσίες υγείας (32%), για εργασία (30%), για μετανάστευση (24%) και για θέματα που σχετίζονται με κάποια αναπηρία (22%)(Lyon et al., 2011). Η υποστήριξη των γυναικών σε ένα ευρύ πλαίσιο που θα περιλαμβάνει τα προαναφερόμενα, συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα επανάληψης των περιστατικών κακοποίησης, αυξημένη πρόσβαση στους κοινοτικούς πόρους, αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας και ευεξίας (Sullivan, 2012).

Οι βίαιες συμπεριφορές από την πλευρά του συζύγου/συντρόφου προκαλούν αρνητικές επιδράσεις στα μέλη μιας οικογένειας, γι' αυτό οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να εστιάζουν αφενός στην πρόληψη των βίαιων επεισοδίων, αφετέρου στην παροχή άμεσης

βοήθειας στα θύματα, ενώ κρίνεται επιτακτική η καλύτερη αξιοποίηση όλων των σχετικών δομών για την αντιμετώπιση του φαινομένου (Διομήδους και συν., 2008).

Από άποψη δημόσιας υγείας, οι στρατηγικές πρόληψης είναι δυνατό να καταταχθούν σε 3 κατηγορίες:

1. Πρωτογενής πρόληψη: προσεγγίσεις που στοχεύουν την πρόληψη της βίας, προτού να συμβεί.
2. Δευτερογενής πρόληψη: προσεγγίσεις που εστιάζουν στις αμεσότερες απαντήσεις στη βία, όπως η επείγουσα προνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα και η θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ως αποτέλεσμα άσκησης σεξουαλικής βίας (βιασμός).
3. Τριτογενής πρόληψη: προσεγγίσεις που αφορούν τη μακροχρόνια φροντίδα μετά από ένα περιστατικό βίας και σχετίζονται με την αποκατάσταση και επανένταξη του θύματος, προσπάθειες για να ελαττωθεί το τραύμα ή η μακροχρόνια αναπηρία ως αποτέλεσμα της βίας (Dahlberg and Krug, 2002).

Η πιο σημαντική προσέγγιση για τη δημόσια υγεία, δίνει έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη της συντροφικής κακοποίησης. Μέχρι πρόσφατα, αυτή η προσέγγιση ατόνησε με αποτέλεσμα να έχει δοθεί βαρύτητα στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια πρόληψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το πιο βασικό στοιχείο στο σχεδιασμό των στρατηγικών δημόσιας υγείας για την πρόληψη της συντροφικής κακοποίησης είναι κατά κύριο λόγο η ικανότητα αναγνώρισης των βαθύτερων αιτιών, παρά η εστίαση στα ορατά συμπτώματα. Αυτό μας επιτρέπει την ανάπτυξη και τη δοκιμή αποτελεσματικών προγραμμάτων με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη, και ως εκ τούτου την εκρίζωση του προβλήματος και την προαγωγή της υγείας (WHO, 2007).

Επιπρόσθετα, ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου που έχουν καταδειχθεί από τους επιστήμονες, προτείνεται η διαλογή των εν δυνάμει θυτών ή/και θυμάτων σε ομάδες, και ο σχεδιασμός συγκεκριμένων προγραμμάτων πρόληψης για κάθε ομάδα με στοχευμένες δράσεις με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη ή θεραπευτικές παρεμβάσεις με σκοπό τη δευτερογενή πρόληψη (Duton, 2012; Langhinrichsen-Rohling and Turner, 2011).

Προτείνεται για παράδειγμα ο σχεδιασμός παρεμβάσεων που απευθύνονται σε άντρες που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Jewkes, 2002), ή στρατηγικές βιοπορισμού για την ισχυροποίηση των κοριτσιών/γυναικών. Τέτοιες δράσεις περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, με σκοπό την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση, την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, όπως η επίλυση συγκρούσεων μέσω της συζήτησης και της κριτικής σκέψης. Απώτερος στόχος των παραπάνω παρεμβάσεων είναι η οικονομική ανεξαρτησία των γυναικών και η μείωση της ανοχής στη βία, κυρίως μέσω της κινητοποίησης της κοινότητας (Ellsberg, 2014).

Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας για τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης αφορά μια διαδικασία συστηματική, βασισμένη σε ενδείξεις (evidence-based), που περιλαμβάνει τα παρακάτω τέσσερα σημεία:

- 1. Ορισμός του προβλήματος:** χρησιμοποιεί τη στατιστική για να περιγράψει τη φύση και την κλίμακα της βίας, τα χαρακτηριστικά του θύματος και του θύτη, τη γεωγραφική κατανομή των περιστατικών και τις συνέπειες από την έκθεση στο βίαιο περιβάλλον.
- 2. Διερεύνηση του λόγου για τον οποίο συμβαίνει το πρόβλημα:** καθορίζει τις αιτίες του προβλήματος και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση ή τη μείωση της εμφάνισης του φαινομένου (παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες) και βέβαια παράγοντες που είναι δυνατό να τροποποιηθούν μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων.
- 3. Διερεύνηση των μεθόδων για την πρόληψη του προβλήματος:** αξιοποιεί τις παραπάνω πληροφορίες και σχεδιάζει, παρακολουθεί και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης μέσω της αυστηρής αξιολόγησης του αποτελέσματος.
- 4. Κοινοποίηση των πληροφοριών:** η διάδοση των πληροφοριών σε σχέση με τα προγράμματα πρόληψης και την αποτελεσματικότητά τους συμβάλλει στην περαιτέρω εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων και από άλλους επιστήμονες σε τοπικό πλαίσιο. Πολλές φορές μια επόμενη εφαρμογή ενός προγράμματος συμβάλλει εποικοδομητικά στην επαναξιολόγηση, ακόμα και στην βελτίωση του (WHO, 2010).

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς ερευνητές. Προκειμένου να απαντηθεί ένα τέτοιο ερώτημα θα πρέπει να αξιολογήσουμε κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα ξεχωριστά σχεδιάζοντας πολύ προσεκτικά έρευνες που θα εξετάζουν με αυστηρότητα την αξία αυτών των προγραμμάτων (Arango et al., 2014).

Σύμφωνα με τους Stith et al.(2006), για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα πρόληψης σε μία κοινότητα θα πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω αναγκαίες συνθήκες:

A. Η κοινότητα θα πρέπει να είναι έτοιμη να δεχθεί το πρόγραμμα.

B. Θα πρέπει να δημιουργηθούν κοινωνικές οργανώσεις με αποτελεσματικές δράσεις.

Γ. Το πρόγραμμα θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί με βάση τις ανάγκες της κοινότητας και να ταιριάζει σε αυτήν.

Δ. Θα πρέπει να διατηρηθεί η πίστη στο πρόγραμμα, ώστε η εφαρμογή του να συμβαίνει απρόσκοπτα.

E. Τέλος, θα πρέπει να εξασφαλιστούν επαρκείς πόροι, να δοθεί σημασία στην εκπαίδευση, στην τεχνική υποστήριξη και στην αξιολόγηση του προγράμματος.

Τα προγράμματα πρόληψης είναι δυνατό να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες, ανάλογα με τις παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα κάθε φορά:

1. Παρεμβάσεις που αφορούν το υποκείμενο, που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.
2. Παρεμβάσεις στο επίπεδο της σχέσης, οι οποίες εστιάζουν στην αλλαγή συμπεριφορών, βελτιώνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις με το εγγύς περιβάλλον (οικογένεια). Αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν επισκέψεις των ειδικών στο σπίτι.
3. Παρεμβάσεις με στόχο την κοινότητα, που δίνουν έμφαση στην τροποποίηση των παραμέτρων που σχετίζονται με το περιβάλλον, το οποίο είναι δυνατό να προάγει βίαιες συμπεριφορές ή να δημιουργεί τις ιδανικές συνθήκες για την άσκηση βίας. Τέτοιου

είδους παρεμβάσεις στοχεύουν συνήθως στο μαθητικό πληθυσμό και προτείνεται να εφαρμόζονται σε χώρες με αυξημένη επίπτωση του φαινομένου της συντροφικής κακοποίησης. Πρόκειται για μία ήδη αρκετά διαδεδομένη μέθοδο πρωτογενούς πρόληψης για τις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά, τη Μεγάλη Βρετανία καθώς και μερικά μέρη της Λατινικής Αμερικής.

4. Παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινωνίας, που επικεντρώνονται σε θέματα κουλτούρας, καθώς και σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, που σχετίζονται με τη συντροφική κακοποίηση. Αυτές οι παρεμβάσεις αφορούν θέματα ανισότητας των δύο φύλων στην εκπαίδευση και την εργασία και θέματα ίσης πρόσβασης στις δικαστικές και κοινωνικές υπηρεσίες (Dahlberg and Butchart, 2005). Επιπρόσθετα, έχει τονιστεί ιδιαίτερα η ανάγκη τόνωσης του αισθήματος κοινωνικής δικαιοσύνης προς την κατεύθυνση της διαφύλαξης των δικαιωμάτων των δύο φύλων και τη μη χρήση βίας (Hage et al., 2007).

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί από τους ερευνητές στη μελέτη της πρόληψης του φαινομένου από τα σχολικά-εφηβικά χρόνια. Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση των βίαιων συμπεριφορών ήδη από τα σχολικά χρόνια, φαίνεται να έχει πολλά πλεονεκτήματα, αφού πρόκειται για μία μέθοδο που στοχεύει στην αντιμετώπιση του φαινομένου σε πρώιμα στάδια (De La Rue et al., 2014; Whitaker et al., 2006; Pacifici et al., 2001). Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται ο επαναπροσδιορισμός των προτύπων του επιτυχημένου άνδρα μέσα στην τάξη (Jewkes, 2002) και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών για την ισότητα των δύο φύλων και τη χρήση βίας (Ellsberg et al., 2014).

Οι Shapiro L. και Rinaldi A., σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2001, τονίζουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου της συνεργατικής αξιολόγησης σε εκπαιδευτικά προγράμματα πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης. Ωστόσο, σε άλλες μελέτες εγείρονται ερωτήματα για τα πιθανά μειονεκτήματα από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της κακοποίησης σε σχολεία. Σύμφωνα με τους Zwi et al. (2007), αν και τέτοια προγράμματα είναι δυνατό να ενισχύουν τη διάθεση των υποκειμένων για αυτοπροστασία, είναι πολύ πιθανό να εντείνουν το άγχος τους. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται περαιτέρω έρευνα και μεγάλη προσοχή, όσον αφορά το σχεδιασμό τέτοιων προγραμμάτων, ειδικότερα όταν αυτά απευθύνονται σε παιδιά.

Αποτελεί κοινή παραδοχή μεταξύ των επιστημόνων, ότι τα παιδιά θύματα ενδοοικογενειακής βίας, είναι εν δυνάμει θύτες ή θύματα συντροφικής κακοποίησης κατά την ενήλικη ζωή τους (Dube et al., 2010). Είναι επομένως, σπουδαίας σημασίας η πρόληψη του φαινομένου στο επίπεδο της οικογένειας με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς και την υιοθέτηση υγιών προτύπων, προκειμένου να διαρρηχθεί ο κύκλος της βίας, μέσω ψυχολογικής υποστήριξης και συζήτησης (Contreras, 2012). Άλλες μελέτες έχουν υποδείξει πιθανή συσχέτιση της συντροφικής-συζυγικής κακοποίησης και της παιδικής κακοποίησης. Σε έρευνα που διενεργήθηκε με δείγμα γυναίκες από την Αίγυπτο, παρουσιάστηκε η τάση των γυναικών-θύματων ενδοοικογενειακής βίας, να χρησιμοποιούν βίαιες πρακτικές στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους (Dalal et al. 2010).

Οι Gevers A. και Dartnall E. (2014), έχουν τονίσει το πρωταγωνιστικό ρόλο που διαδραματίζει το οικογενειακό περιβάλλον και οι σχέσεις μεταξύ των γονέων για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Μάλιστα, προτείνουν την παρέμβαση των ειδικών στο επίπεδο της οικογένειας ως ένα μέτρο πρωτογενούς πρόληψης της ενδοοικογενειακής βίας. Σκοπός είναι η δημιουργία ενός υγιούς οικογενειακού περιβάλλοντος, που με τη συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και την άσκηση συμβουλευτικής, θα είναι στείρο από βίαια περιστατικά. Σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, η πρόληψη της συζυγικής κακοποίησης θα πρέπει να απευθύνεται τόσο στο σύζυγο όσο και τη σύζυγο, δηλαδή ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να είναι μονομερές (Barker et al., 2007; Jewkes, 2002). Αποτελεσματικές μέθοδοι αντιμετώπισης αποτελούν η συμμετοχή σε σχολές γονέων, αλλά και οι επισκέψεις ειδικών σπίτι, όπως ήδη έχει αναφερθεί (Contreras, 2012; Dalal et al., 2010; Gevers A. and Dartnall E., 2014). Μάλιστα, οι επισκέψεις των ειδικών στο σπίτι φαίνεται να έχουν ουσιαστικό αποτέλεσμα καθώς φαίνεται πως είναι δυνατό να μειώσουν τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας κατά 39% (Bilukha et al., 2005).

Τα στοιχεία για την πρόληψη της συντροφικής κακοποίησης είναι περιορισμένα, γι' αυτό και η πλειοψηφία των μελετητών συνηγορεί στην ανάγκη δημιουργίας βάσης δεδομένων με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης. Με δεδομένο ότι οι παράγοντες κινδύνου διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, κρίνεται αναγκαίος ο αυστηρός προσανατολισμός των προγραμμάτων πρόληψης προς την σωστή κατεύθυνση (Jewkes, 2002).

Αποτελεί, συνεπώς πρόκληση για τον τομέα υγείας η δημιουργία ενός διεπιστημονικού δικτύου για την αντιμετώπιση της συζυγικής-συντροφικής κακοποίησης και την αξιολόγηση των υφιστάμενων στρατηγικών παρέμβασης.

2.4 Ο ρόλος του Νοσηλευτή

*“The best way to find yourself, is to lose yourself in the service of others”
Mahatma Gandhi*

Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι νευραλγικός για την ορθή λειτουργία ενός υγειονομικού συστήματος. Σύμφωνα με τη Rawsli Williams « Να είσαι Νοσηλευτής σημαίνει να κάνεις αυτό που κανείς άλλος δε θα κάνει, με έναν τρόπο που κανείς άλλος δε μπορεί να το κάνει, παρά τα όσα συμβαίνουν». Ο Νοσηλευτής καλείται καθημερινά να αντιμετωπίσει κρίσιμες καταστάσεις με νηφαλιότητα και αποτελεσματικότητα. Αυτές οι καταστάσεις δεν περιορίζονται σαφώς στα στενά όρια του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δράσης όπως οι παρεμβάσεις στην κοινότητα.

Παρά το γεγονός ότι στον ελλαδικό χώρο δεν έχει ακόμα οργανωθεί ικανοποιητικά ένα σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στην κοινότητα, και δη στην οικογένεια, η ανάγκη για τη δημιουργία ενός τέτοιου συστήματος είναι επιτακτική. Οι νοσηλευτές καλούνται να διερευνήσουν τις ανάγκες του ασθενούς τους όταν αυτός έχει προσέλθει ήδη στο νοσοκομείο, ενώ η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών οικογενειακής νοσηλευτικής είναι περιορισμένη. Στην περίπτωση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, λόγω των προαναφερόμενων ελλείψεων, είναι σχεδόν αδύνατος ο έγκαιρος εντοπισμός και η σωστή διαχείριση του προβλήματος.

Έως και την προηγούμενη δεκαετία, η πλειοψηφία των νοσηλευτών αποκτούσε ελάχιστη γνώση σχετικά με την οικογένεια και την Οικογενειακή Νοσηλευτική, αφού οι νοσηλευτές ασκούσαν Νοσηλευτική επικεντρωμένη στο άτομο. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι η Νοσηλευτική επιστήμη είχε και εξακολουθεί να έχει ισχυρούς ιστορικούς δεσμούς με την Ιατρική και με ιατρικά μοντέλα που εστιάζουν στο άτομο και αντιμετωπίζουν την οικογένεια αποκλειστικά ως περιβάλλον του ατόμου. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ένα κενό όσον αφορά τη

μεθοδολογία της επιστήμης της Οικογενειακής Νοσηλευτικής και των στρατηγικών αξιολόγησης των οικογενειών. Ως αποτέλεσμα η Οικογενειακή Νοσηλευτική αποτέλεσε απλώς «κοινή λογική» και όχι νοσηλευτική ειδίκευση. Τα συστήματα τόσο της ιατρικής όσο και της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι επικεντρωμένα στις νόσους, οι οποίες αναφέρονται στα άτομα και όχι στις οικογένειες. Η ασφαλιστική κάλυψη μέχρι σήμερα αφορούσε τα άτομα και όχι τις οικογένειες, οι δε αποζημιώσεις χορηγούνταν σε ατομικό επίπεδο. Οι ώρες κατά τις οποίες το σύστημα υγείας παρέχει υπηρεσίες για τις οικογένειες είναι ώρες της ημέρας, όπου τα μέλη των οικογενειών σπάνια βρίσκονται μαζί και έτσι δεν μπορούν να συνοδεύσουν το ένα το άλλο. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή, 2005). Τέλος, σκόπιμο είναι να καταγραφεί η έλλειψη που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία, όσον αφορά τον κλάδο της Νοσηλευτικής της Οικογένειας.

Αποτελεί κοινή παραδοχή μεταξύ των επιστημόνων υγείας ότι ο ρόλος του Νοσηλευτή στον εντοπισμό των θυμάτων συντροφικής-συζυγικής κακοποίησης είναι ουσιαστικός. Ο Νοσηλευτής λόγω της θέσης που κατέχει βρίσκεται πιο κοντά στον ασθενή και είναι πιο εύκολο να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Ομολογουμένως, κρίνεται απαραίτητη η ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική φροντίδα του, αλλά και την ψυχολογική του υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα ο Νοσηλευτής είναι δυνατό να εντοπίσει τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας και να φροντίσει, ώστε να ενεργοποιηθεί η πλέον ενδεδειγμένη διαδικασία που θα οδηγήσει στη διακοπή της κακοποίησης (Ζυγά και Αθανασοπούλου, 2009) .

Πιο συγκεκριμένα, οι Νοσηλευτές βρίσκονται στην ιδανική θέση ώστε να εντοπίσουν τα πιθανά θύματα ενδοοικογενειακής βίας και να υποστηρίξουν τις γυναίκες που βιώνουν συντροφική κακοποίηση. Ειδικότερα, όσον αφορά τις έγκυες γυναίκες που λόγω της κατάστασης τους επισκέπτονται συχνά τις μαιευτικές κλινικές, έρχονται συχνά σε επαφή με νοσηλευτές και μαιευτές, με αποτέλεσμα να δίνεται η ευκαιρία για συζητήσεις που είναι πιθανό να αποκαλύψουν περιστατικά βίας (Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009). Σύμφωνα με την κυρία Ανδρουλάκη και τους συνεργάτες της (2007), οι νοσηλευτές είναι εύκολα διαθέσιμοι στους ασθενείς, λόγω της φύσης της εργασίας τους και διαθέτουν την ικανότητα να δημιουργούν διαύλους επικοινωνίας

και κλίμα εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα να καθίσταται εφικτή η αλληλεπίδραση με την ασθενή, η παραδοχή του προβλήματος και η παραπομπή της στις κατάλληλες δομές υποστήριξης.

Ωστόσο, δεν είναι εύκολη η διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από το Νοσηλευτή, αφού απαιτείται υπομονή και δεξιότητες διαχείρισης του άγχους, δεδομένου ότι πρόκειται για ένα ρόλο που απαιτεί δυναμισμό και ψυχικά αποθέματα λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που είναι δυνατό να επιφέρει (Ζυγά και Αθανασοπούλου, 2009). Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξοικειωθούν με πρακτικές διαχείρισης των περιστατικών και να παρουσιάσουν τους εαυτούς τους ως αξιόπιστους συμμάχους (Draucker, 2002).

Έχουν σχεδιαστεί κατά καιρούς, από ερευνητές λίστες με δείκτες που καταδεικνύουν πιθανή άσκηση βίαιης συμπεριφοράς, μολονότι η ακριβής αναγνώριση απαιτεί συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας, καθώς και τις συνθήκες της ζωής της. Επιπρόσθετα, προτείνεται στους επαγγελματίες υγείας να ξεκινούν πρώτοι τη συζήτηση για τη συντροφική κακοποίηση, αφού είναι γνωστό ότι οι γυναίκες δυσκολεύονται να πάρουν την πρωτοβουλία να μιλήσουν για τις εμπειρίες βίας, γιατί αισθάνονται άβολα, ντρέπονται και φοβούνται για τις τυχόν συνέπειες που δύναται να επιφέρει μια τέτοια αποκάλυψη. Εξάλλου, θεωρούν πως κανείς δε μπορεί να τις βοηθήσει. Μελέτες κατέδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες-θύματα αντιδρούν θετικά όταν ερωτώνται από ειδικούς για τις εμπειρίες τους, παρόλο που από μόνες τους δε θα ξεκινούσαν να συζητήσουν γι' αυτό. Δεδομένη για τους επαγγελματίες υγείας είναι η εχεμύθεια και το κλίμα εμπιστοσύνης, ως ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για την απόσπαση της αλήθειας (Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009).

Οι ερευνητές κατά καιρούς έχουν προτείνει διάφορους τρόπους για την διαχείριση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από τους νοσηλευτές ή τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα. Σκόπιμο είναι να τονιστεί ότι όλοι οι ερευνητές συνηγορούν στην αναγκαιότητα να εξασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα, η ιδιωτικότητα και το απόρρητο του ασθενούς, γιατί το στίγμα και οι προκαταλήψεις που είναι πιθανό να βιώσει θα επιφέρουν βεβαιότατα αρνητικές επιδράσεις (Guruse, 2012; Yeung, Chowdhury et al., 2012).

Οι νοσηλευτές καλούνται να πείσουν τη γυναίκα-θύμα να ομολογήσει τη βία, διαβεβαιώνοντας τη για την ασφάλεια της και παράλληλα να την ευχαριστήσουν για την εμπιστοσύνη της. Στην

περίπτωση, ωστόσο που η ασθενής δεν παραδέχεται ότι έχει θυματοποιηθεί, ακόμα κι αν συνεχίσουμε να έχουμε υποψίες, είναι σημαντικό να μην ασκήσουμε οποιοδήποτε είδος ψυχολογικής πίεσης. Στη συνέχεια προτείνεται στους νοσηλευτές να ρωτήσουν την ασθενή αν θέλει να αποτανθεί σε δομές υποστήριξης. Αν η γυναίκα-θύμα χρειάζεται νομική υποστήριξη, υπηρεσίες συμβουλευτικής, άσυλο ή άλλες υπηρεσίες την παραπέμπουμε στους αρμόδιους φορείς. Εναλλακτικά, είναι δυνατή η παραπομπή της γυναίκας-θύματος ακόμα και σε τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης. Επίσης, σκόπιμο είναι να αξιολογηθεί αν απαιτούνται υπηρεσίες προστασίας παιδιού. Ωφέλιμος κρίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος του θύματος για κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή και κατάχρηση ουσιών. Στην περίπτωση που απαιτείται η συνταγογράφηση φαρμάκων, καλό θα ήταν αυτό να γίνεται με προσοχή, γιατί μπορεί να ελαττώσουν τη σωματική ικανότητα και την ψυχική διαύγεια της γυναίκας-θύματος, με αποτέλεσμα σε ένα επόμενο περιστατικό βίας, αυτή να μη μπορεί να αμυνθεί (Liebschutz and Rothman, 2012).

Η διερεύνηση του φαινομένου της άσκησης συντροφικής κακοποίησης κατά των γυναικών, αποτελεί μια εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση για τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας κατ' επέκταση. Τα εμπόδια που συναντούν οι νοσηλευτές σ' αυτή τους την προσπάθεια είναι πολυδιάστατα, αφού σχετίζονται με κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, αλλά και προσωπικούς παράγοντες. Οι νοσηλευτές πολύ συχνά δηλώνουν ανέτοιμοι να παρέχουν οποιοδήποτε είδος υποστήριξης στις γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας, αφού αισθάνονται πως δε μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θυμάτων λόγω της ανεπαρκούς εκπαίδευσης και της έλλειψης κατάρτισης σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας (Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα, 2009). Ως ένα ακόμα εμπόδιο στη δράση του νοσηλευτικού προσωπικού σε περιπτώσεις συντροφικής/συζυγικής κακοποίησης, αναγνωρίζεται και ο φόβος αντιποίνων από το δράστη (Ανδρουλάκη και συν.,2007).

Εμπόδιο στη δράση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ακόμα η πεποίθηση πως οτιδήποτε λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο της οικογένειας, ακόμα κι αν αυτό αφορά περιστατικά βίας, είναι ζήτημα προσωπικό και δεν έχουν το δικαίωμα να επέμβουν. Τέτοιες πεποιθήσεις, φωτογραφίζουν τις στάσεις της κοινωνίας οι οποίες αποτυπώνονται σε μεγάλο βαθμό και στους

ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, ειδικότερα αν αυτοί δεν έχουν καταρτιστεί επαρκώς αναφορικά με την συντροφική/συζυγική κακοποίηση. Οι επαγγελματίες υγείας είναι λογικό να επηρεάζονται από τα κοινωνικά στερεότυπα, αφού και οι ίδιοι είναι μέλη της κοινωνίας, η οποία παράγει και ευνοεί συγκεκριμένες συμπεριφορές.

Για τους παραπάνω λόγους κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών, και να αντιμετωπίσουν τις δικές τους αξίες και στάσεις έναντι της βίας κατά των γυναικών (Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα, 2009). Επιπλέον, απαιτείται η ανάπτυξη ειδικών και λειτουργικών πρωτοκόλλων προς χρήση και εφαρμογή στις γυναικολογικές και μαιευτικές κλινικές, ώστε να βελτιωθεί ο έγκαιρος εντοπισμός της κακοποίησης και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί το θέμα με τον ενδεδειγμένο τρόπο(Αθανασοπούλου και Καμπά, 2009).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί η σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης των περιστατικών συντροφικής/συζυγικής κακοποίησης, αφού οι νοσηλευτές είναι μόνο μια ομάδα ειδικών μέσα σε ένα ευρύτερο δίκτυο υποστήριξης, που αποτελείται από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να συνεργαστούν στενά για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος (Ζυγά και Αθανασοπούλου, 2009).

Κεφάλαιο 3: Ερευνητικό μέρος



«Μην αμφιβάλλεις, μη φοβάσαι μη και δεν βρήκες ό,τι έψαχνες.

Διάβαζε πολεμώντας, διάβαζε αυτό που διαβάζεις
χωρίς να το ξεχωρίζεις από τη μάχη...»

Ν. Χικμέτ, Το ερωτευμένο σύννεφο,
μτφρ. Έρα Σαββαΐδου, Ύψιλον



3.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Ερευνητική- Στρατηγική Δειγματοληψία

Η μελέτη διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, στα Τμήματα Νοσηλευτικής και Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού της Σχολής Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής με έδρα την Σπάρτη και στα Τμήματα Φιλολογίας και Ιστορίας, Αρχαιολογίας και Διαχείρισης Πολιτισμικών Αγαθών της Σχολής Ανθρωπιστικών Επιστημών και Πολιτισμικών Σπουδών με έδρα την Καλαμάτα. Πρόκειται για μια ποσοτική, συγχρονική μελέτη, ενώ το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας που απαρτιζόταν από τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Πανεπιστημίου και η μέθοδος συλλογής του υλικού ήταν η χρήση ερωτηματολογίου. Συνοψίζοντας, θα πρέπει να αναφερθεί πως έχει ενημερωθεί και η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία μας ενημέρωσε τηλεφωνικά πως δε χρειάστηκε να αδειοδοτήσει την έρευνα, αφού το ερωτηματολόγιο δε θίγει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Διαδικασία Συλλογής Πληροφοριών

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από τους Προέδρους των Τμημάτων των ανωτέρω σχολών. Επιπρόσθετα, πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων στους φοιτητές, ενημερώθηκαν οι υπεύθυνοι καθηγητές του εκάστοτε μαθήματος για την έρευνα, τον τρόπο διεξαγωγής και τους σκοπούς της. Αφού εξασφαλίστηκε και η άδεια από τους καθηγητές οι οποίοι δέχτηκαν να μας διαθέσουν χρόνο από το μάθημα τους, τότε προχωρήσαμε στη διανομή του ερωτηματολογίου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 22 Νοεμβρίου του 2014 και διήρκεσε έως 18 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους και το μέγεθος του δείγματος ήταν 533 άτομα. Επιπλέον, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά από μια σύντομη ενημέρωση των φοιτητών, ενώ όσοι δέχτηκαν τη συμμετοχή τους, υπέγραψαν ότι συναινούν σ' αυτή. Η διαχείριση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου έγινε με πλήρη εχεμύθεια. Τα δεδομένα που συλλέχτηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ δεν υπήρξε καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων σε καμία από τις εκθέσεις που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της

έρευνας. Για την διασφάλιση της ανωνυμίας δεν καταγράφηκε το όνομα των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ώστε οι πληροφορίες να μην μπορούν να συνδεθούν με την πηγή τους και για τον ίδιο λόγο πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των προσωπικών δεδομένων κατά την επεξεργασία τους. Τέλος, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους φοιτητές ήταν προαιρετική, ενώ υπήρξαν φοιτητές που δε δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Ερευνητικό Εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι ανώνυμο, δομημένο και αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα της Καθηγήτριας Ανδρουλάκη Ζαχαρένιας, και χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση του Προγράμματος Αρχιμήδης II με τίτλο: «Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη», ενώ δημοσιεύτηκε και στο επιστημονικό περιοδικό της νοσηλευτικής το 2007 (Ανδρουλάκη και συν.,2007). Για τη χρήση του ερωτηματολογίου έχει εξασφαλιστεί γραπτή άδεια χρήσης από την κυρία Ανδρουλάκη.

Λόγω του ότι η ερευνητική εργασία με θέμα : «Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών», απευθύνεται σε ένα διαφορετικό δείγμα, τους φοιτητές της Σχολής Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής και της Σχολής Ανθρωπιστικών Επιστημών και Πολιτισμικών Σπουδών, κρίθηκε αναγκαία η προσαρμογή του περιεχομένου του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τις ερευνητικές ανάγκες της μελέτης που θα διενεργήσαμε.

Δομή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί περιλαμβάνει συνολικά 47 ερωτήσεις, που έχουν ομαδοποιηθεί με σκοπό να καλύψουν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

Αξιολόγηση της σοβαρότητας των συνεπειών της συντροφικής/ συζυγικής βίας (5 ερωτήσεις)

Αξιολόγηση του προφίλ των γυναικών θυμάτων και των συμπτωμάτων που συνδέονται με τη συντροφική/ συζυγική βία (11 ερωτήσεις).

Αξιολόγηση του προφίλ του συζύγου/ συντρόφου που ασκεί συζυγική βία (6 ερωτήσεις).

Στάση απέναντι στο φαινόμενο της συντροφικής/συζυγικής βίας (10 ερωτήσεις).

Αποψη για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν (6 ερωτήσεις).

Σημαντικότητα των παραγόντων που εμποδίζουν τις παρεμβάσεις (6 ερωτήσεις).

Λόγω της προσαρμογής του περιεχομένου του ερωτηματολογίου, κρίθηκε αναγκαίος ο έλεγχος της αξιοπιστίας, γι' αυτό διενεργήθηκαν δύο πιλοτικές μελέτες με μέγεθος δείγματος 100 ατόμων, όπου μετρήθηκε η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach alpha και η δομική εγκυρότητα με την εφαρμογή της πολυμεταβλητής τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης με τη Varimax περιστροφή των αξόνων.

Αποτελέσματα Πιλοτικών Ερευνών

Εσωτερική Συνέπεια

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) των κλιμάκων του ερωτηματολογίου υπολογίσαμε την τιμή του συντελεστή α του Cronbach (Πίνακας). Για την κλίμακα «Σοβαρότητα συντροφικής / συζυγικής βίας κατά των γυναικών» το α ισούται με 0,867, για την κλίμακα «Κατηγορίες γυναικών που υφίστανται συντροφική / συζυγική βία» ισούται με 0,903, για την κλίμακα «Κατηγορίες ανδρών που ασκούν συντροφική / συζυγική βία» ισούται με 0,836 ενώ για την κλίμακα «Συντροφική / συζυγική βία» ισούται με 0,508.

Δομική εγκυρότητα

Προκειμένου να ελέγξουμε την δομική εγκυρότητα των κλιμάκων του ερωτηματολογίου εφαρμόσαμε την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης με τη Varimax περιστροφή των αξόνων.

Όσον αφορά τις κατηγορίες γυναικών που υφίστανται συντροφική / συζυγική βία, η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 2 παράγοντες – κατηγορίες (Πίνακας). Στον πρώτο παράγοντα, οι φοιτητές κατατάσσουν τις γυναίκες που έχουν σωματικά τραύματα, έχουν κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, τις παντρεμένες γυναίκες, τις ελεύθερες, τις γυναίκες που δεν εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο και τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας. Στον δεύτερο παράγοντα κατατάσσουν τις γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης, τις

αλλοδαπές και τις γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία.

Όσον αφορά την συντροφική / συζυγική βία, η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 4 παράγοντες . Στον πρώτο παράγοντα, ανήκουν οι προτάσεις ότι οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναρτήσουν αφίσες η και να διανείμουν φυλλάδια σχετικά με τη συντροφική βία, ότι το ιατρικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας και ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της γυναικείας κακοποίησης. Στον δεύτερο παράγοντα οι φοιτητές δηλώνουν ότι δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με θέματα ενδοοικογενειακής βίας και ότι θεωρούν ότι τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αφορούν τον επαγγελματικό τους κλάδο. Στον τρίτο παράγοντα συμμετέχουν οι προτάσεις ότι η συντροφική βία αποτελεί προσωπικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ζευγάρι, ότι η οικογένεια πρέπει να παραμείνει ενωμένη πάση θυσία και ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας. Στον τέταρτο παράγοντα συμμετέχουν οι προτάσεις ότι η συντροφική βία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, ότι οι φοιτητές νιώθουν άβολα να ρωτήσω μια φίλη τους αν κακοποιείται από τον σύντροφο ή το σύζυγό της και ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα περιστατικά κακοποίησης των γυναικών.

Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων

Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 22.0

3.2 Αποτελέσματα-Στατιστική Ανάλυση

Περιγραφική Ανάλυση

Από τον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι το 80,1% των ατόμων δήλωσε ότι το φαινόμενο της συντροφικής/συζυγικής βίας είναι πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό για τις σωματικές συνέπειες στη γυναίκα /θύμα. Το 17,1% το θεωρούσε αρκετά σοβαρό. Το 94,2% θεωρούσε το φαινόμενο αυτό πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό για τις ψυχολογικές

συνέπειες στη γυναίκα/ θύμα. Το 85,8% το θεωρούσε πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό για τις ψυχολογικές συνέπειες στα μέλη της οικογένειας. Το 66,3% το θεωρούσε πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό για τις κοινωνικές συνέπειες στη γυναίκα/θύμα. Το 25,4% το θεωρούσε αρκετά σημαντικό. Το 59,2% το θεωρούσε πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό για τις επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του θύματος. Το 29,5% το θεωρούσε αρκετά σημαντικό.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Σωματικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.	1 (0,2)	14 (2,6)	91 (17,1)	175 (32,9)	251 (47,2)
Τις ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.	1 (0,2)	5 (0,9)	25 (4,7)	107 (20,1)	394 (74,1)
Τις ψυχολογικές συνέπειες στα μέλη της οικογένειας.	0 (0,0)	10 (1,9)	65 (12,3)	169 (32,1)	283 (53,7)
Τις κοινωνικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.	4 (0,8)	40 (7,5)	135(25,4)	192 (36,2)	160 (30,1)
Τις επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του θύματος	6 (1,1)	54 (10,2)	157(29,5)	171 (32,1)	144 (27,1)
Συχνότητα (%)					

Πίνακας 1: Αξιολόγηση της σοβαρότητας του φαινομένου της συντροφικής/ συζυγικής βίας κατά των γυναικών

Από τον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το 37,9% του δείγματος έκρινε πως το σύνολο των γυναικών με σωματικά τραύματα, έχουν πολύ έως πάρα πολύ δεχτεί συντροφική-συζυγική κακοποίηση, ενώ το 36,6% συνηγόρησε πως οι γυναίκες με σωματικά τραύματα έχουν δεχτεί συζυγική/συντροφική βία αρκετά. Η πλειοψηφία του δείγματος (60,4%) πίστευε πως στο σύνολο των γυναικών που έχουν κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος, έχει αρκετά έως πολύ ασκηθεί συντροφική βία. Το 38,8% συμφώνησε πως το σύνολο των παντρεμένων γυναικών έχει βιώσει λίγο το φαινόμενο, ενώ στην ίδια ερώτηση το 38,0% έκρινε πως οι παντρεμένες γυναίκες κακοποιούνται αρκετά. Όσον αφορά τις ελεύθερες γυναίκες, το 54,2% των ερωτηθέντων, απάντησε πως η συντροφική κακοποίηση τις αφορά σε μικρό βαθμό («λίγο»). Σύμφωνα με το 75,0% του δείγματος, οι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο γυναίκες έχουν αρκετά έως πάρα πολύ βιώσει συντροφική-συζυγική κακοποίηση. Ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό (85,65%),

δήλωσε ότι στο σύνολο των γυναικών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ασκείται βία από το σύντροφο-σύζυγο αρκετά έως πάρα πολύ. Το 30,0% απάντησε πως το σύνολο των γυναικών με χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης, έχουν δεχτεί βία αρκετά από το σύντροφο-σύζυγο, το 33,8% πολύ και το 23,1% πάρα πολύ. Το 40,7% των ερωτηθέντων έκρινε ότι οι γυναίκες νεαρής ηλικίας έχουν θυματοποιηθεί σε μικρό βαθμό («λίγο») και το 34,6% αρκετά. Το 35,4% θεωρούσε ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν κακοποιηθεί από τον σύντροφο-σύζυγό τους λίγο, ενώ το 36,2% απάντησε αρκετά. Σύμφωνα με το 65,0% των ερωτηθέντων, θεωρείται ότι στο σύνολο των αλλοδαπών γυναικών έχει ασκηθεί συντροφική-συζυγική κακοποίηση αρκετά έως πολύ, με το 22,6% να απαντά πάρα πολύ. Τέλος, σχετικά με τις γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία ήδη από την παιδική τους ηλικία, το 48,4% των φοιτητών συμφώνησε πως έχουν κακοποιηθεί από το σύζυγο-σύντροφο πολύ έως πάρα πολύ και το 30,5% αρκετά.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
Α. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν σωματικά τραύματα.	12 (2,3)	122 (23,2)	192 (36,6)	130 (24,8)	69 (13,1)
Β. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος.	21 (4,0)	144 (27,7)	206 (39,6)	108 (20,8)	41 (7,9)
Γ. Στο σύνολο των παντρεμένων γυναικών.	24 (4,6)	202 (38,8)	198 (38,0)	75 (14,4)	22 (4,2)
Δ Στο σύνολο των ελεύθερων γυναικών.	62 (12,0)	280 (54,2)	122 (23,6)	33 (6,4)	20 (3,9)
Ε. Στο σύνολο των γυναικών που δεν εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο.	17 (3,2)	115 (21,7)	156 (29,5)	152 (28,7)	89 (16,8)
ΣΤ. Στο σύνολο των γυναικών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.	14 (2,7)	62 (11,8)	172 (32,8)	169 (32,2)	108 (20,6)
Ζ. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης.	7 (1,3)	61 (11,7)	157 (30,0)	177 (33,8)	121 (23,1)
Η. Στο σύνολο των γυναικών νεαρής ηλικίας.	43 (8,2)	213 (40,7)	181 (34,6)	54 (10,3)	32 (6,1)
Θ. Στο σύνολο των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας.	46 (8,8)	186 (35,4)	190 (36,2)	82 (15,6)	21 (4,0)
Ι. Στο σύνολο των αλλοδαπών γυναικών.	9 (1,7)	56 (10,7)	171 (32,7)	169 (32,3)	118 (22,6)
Ια. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία.	24 (4,5)	88 (16,6)	162 (30,5)	131 (24,7)	126 (23,7)

Πίνακας 2: Σε ποιες περιπτώσεις του γυναικείου πληθυσμού θεωρείτε ότι ασκείται βία, από τον σύζυγο ή το σύντροφο, και σε τι συχνότητα;

Από τον Πίνακα 3, συμπεραίνουμε ότι το 61,0% των φοιτητών θεωρούσε πως οι άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν μεγάλη πιθανότητα άσκησης συντροφικής βίας (πολύ έως πάρα πολύ), με το 24,0% να απαντά αρκετά. Για το σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλό εισόδημα ή είναι άνεργοι, το 25,2% των ερωτηθέντων πίστευε ότι είναι λίγο πιθανόν να καταστούν θύτες, το 33,4% αρκετά και το 25% πολύ. Το 55,7% του δείγματος πίστευε ότι οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ή οι άνδρες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ έχουν πάρα πολύ μεγάλη πιθανότητα να ασκήσουν βία κατά της συντρόφου-συζύγου τους, ενώ το 25,0% απάντησε πολύ. Σύμφωνα με το 62,2% οι άνδρες με εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική τους ηλικία, έχουν πολύ έως πάρα πολύ μεγάλη πιθανότητα να υπάρξουν και οι ίδιοι θύτες κατά την ενήλικη ζωή τους. Το 33,2 % είχε την πεποίθηση ότι οι άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν αρκετά μεγάλη πιθανότητα να ασκήσουν βία στη σύντροφο-σύζυγό τους. Τέλος, το 60,4% θεωρούσε ότι οι άνδρες που έχουν ασκήσει έστω και μία φορά βία απέναντι στη σύντροφο-σύζυγο τους έχουν πολύ έως πάρα πολύ μεγάλη πιθανότητα να το επαναλάβουν στο μέλλον.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
A. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.	16 (3,0)	64 (12,1)	127 (24,0)	170 (32,1)	153 (28,9)
B. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλό εισόδημα ή είναι άνεργοι.	18 (3,4)	133 (25,2)	176 (33,4)	132 (25,0)	68 (12,9)
Γ. Στο σύνολο των ανδρών που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ή κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.	4 (0,8)	23 (4,3)	62 (11,7)	146 (27,5)	296 (55,7)
Δ. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν βιώσει οι ίδιοι ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία.	17 (3,2)	64 (12,1)	119 (22,5)	164 (31,1)	164 (31,1)

Ε. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.	26 (4,9)	113 (21,4)	175 (33,2)	136 (25,8)	77 (14,6)
ΣΤ. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν ασκήσει έστω και μία φορά βία απέναντι στη σύντροφο/ σύζυγό τους.	14 (2,7)	56 (10,6)	139 (26,3)	170 (32,2)	149 (28,2)
Συχνότητα (%)					

Πίνακας 3: Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις του ανδρικού πληθυσμού θεωρείτε ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άσκησης βίας κατά της συντρόφου/ συζύγου, και σε τι συχνότητα;

Από τον Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το 50,0% «μάλλον συμφώνησε» ότι η συντροφική βία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και το 32,0% «συμφώνησε απόλυτα». Το 30,0% των ερωτηθέντων «μάλλον διαφώνησε» ότι η άσκηση συντροφική βίας αποτελεί προσωπικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ζευγάρι, σε αντίθεση με το 24,2% που απάντησε στην ίδια ερώτηση πως μάλλον συμφωνεί. Το 35,9% απάντησε πως μάλλον διαφωνεί με την πρόταση ότι η οικογένεια θα πρέπει να παραμείνει ενωμένη πάση θυσία, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 12,8% συμφώνησε απόλυτα. Το 54,0% δήλωσε πως μάλλον συμφωνεί με την πρόταση ότι δεν έχει χρόνο να ασχοληθεί με θέματα ενδοοικογενειακής βίας και το 28,5% συμφώνησε απόλυτα. Το 46,3% των ερωτηθέντων συμφώνησε απόλυτα πως τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αφορούν τον επαγγελματικό του κλάδο, ενώ το 44,1% μάλλον συμφώνησε με την ίδια πρόταση. Το 61,8% των ερωτηθέντων συνηγόρησε στο ότι οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναρτήσουν αφίσες ή και να διανείμουν φυλλάδια σχετικά με τη συντροφική βία.

Το 38,8% ανέφερε πως μάλλον συμφωνεί και το 50,5% πως συμφωνεί απόλυτα πως το ιατρικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας. Αντίθετα, στην ερώτηση για το αν το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής κακοποίησης, μόλις το 4,5% συμφώνησε απόλυτα, ενώ το 35,0% δήλωσε πως μάλλον διαφωνεί. Προφανώς αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχει αναγνωριστεί ακόμα ο καθοριστικός ρόλος του νοσηλευτή στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των περιστατικών βίας, πράγμα που πιθανά αποτελεί προέκταση της εικόνας του

επαγγέλματος στην κοινωνία και της μειωμένης κοινωνικής αναγνώρισης του νοσηλευτή, ως επαγγελματία υγείας έναντι του γιατρού.

Το 35,5% των φοιτητών απάντησε πως μάλλον συμφωνεί ότι νιώθει άβολα να ρωτήσει μια φίλη εάν κακοποιείται από το σύντροφο-σύζυγό της, ενώ το 44,2% ανέφερε πως ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Το 43,7% δήλωσε πως μάλλον συμφωνεί και το 47,4% πως συμφωνεί απόλυτα πως τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα περιστατικά κακοποίησης των γυναικών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 65,0% συμφώνησε απόλυτα και το 30,0% παραδέχτηκε πως μάλλον συμφωνεί ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της γυναικείας κακοποίησης.

	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
A. Η συντροφική βία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.	6 (1,1)	16 (3,0)	74 (13,9)	266 (50,0)	170 (32,0)
B. Η συντροφική βία αποτελεί προσωπικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ζευγάρι.	90 (16,9)	160 (30,1)	100 (18,8)	129 (24,2)	53 (10,0)
Γ. Η οικογένεια πρέπει να παραμείνει ενωμένη πάση θυσία.	80 (15,0)	191 (35,9)	112 (21,1)	81 (15,2)	68 (12,8)
Δ. Δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με θέματα ενδοοικογενειακής βίας.	3 (0,6)	9 (1,7)	81 (15,3)	286 (54,0)	151 (28,5)
Ε. Θεωρώ ότι τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αφορούν τον επαγγελματικό μου κλάδο.	1 (0,2)	9 (1,7)	41 (7,7)	235 (44,1)	247 (46,3)
Στ. Οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναρτήσουν αφίσες η και να διανείμουν φυλλάδια σχετικά με τη συντροφική βία.	0 (0,0)	5 (0,9)	20 (3,8)	177 (33,5)	327 (61,8)
Z. Πρέπει το ιατρικό προσωπικό να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας.	0 (0,0)	8 (1,5)	49 (9,2)	206 (38,8)	268 (50,5)
Η. Πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας.	68 (12,9)	185 (35,0)	120 (22,7)	131 (24,8)	24 (4,5)

Θ. Νιώθω άβολα να ρωτήσω μια φίλη μου αν κακοποιείται από τον σύντροφο ή το σύζυγό της.	6 (1,1)	22 (4,2)	233 (44,2)	187 (35,5)	79 (15,0)
I. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα περιστατικά κακοποίησης των γυναικών.	2 (0,4)	3 (0,6)	42 (7,9)	231 (43,7)	251 (47,4)
Iα. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της γυναικείας κακοποίησης.	4 (0,8)	3 (0,6)	18 (3,4)	161 (30,3)	345 (65,0)
Συχνότητα (%)					

Πίνακας 4: Πόσο συμφωνείτε με τις παραπάνω δηλώσεις;

Από τον Πίνακα 5 φαίνεται ότι το 45,2% των φοιτητών ομολόγησε πως γνωρίζει κάποια γυναίκα που έχει υποστεί συντροφική/συζυγική κακοποίηση, ενώ το 54,8% όχι. Πρόκειται για ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, αφού περίπου ένας στους δύο ερωτηθέντες έχουν έρθει σε επαφή με μια κακοποιημένη γυναίκα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι 70 φοιτητές επέλεξαν να μην απαντήσουν στην εν λόγω ερώτηση, ποσοστό του δείγματος που αντιπροσωπεύει το 13,1%.

	Συχνότητα	%
Ναι	208	45,2
Όχι	252	54,8

Πίνακας 5: Γνωρίζετε κάποια γυναίκα που έχει υποστεί κακοποίηση ή έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με γυναίκα που έχει κακοποιηθεί;

Στον Πίνακα 6 οι φοιτητές κλήθηκαν να απαντήσουν τι θα μπορούσαν να κάνουν σε περίπτωση που έρθουν σε επαφή με μία γυναίκα που έχει υποστεί συντροφική βία. Όσον αφορά την πρόταση για μεταχείριση με συμπάθεια το 91,1% απάντησαν «ΝΑΙ», με το 55,4% να το έχει κατατάξει ως ενέργεια υψηλής προτεραιότητας (4 και 5). Παρακάτω παρατηρούμε πως το 94,0% θεωρούσε πως θα μπορούσε να υποστηρίξει ψυχολογικά μια κακοποιημένη γυναίκα, με το 73,6% αυτών να δίνει υψηλή

προτεραιότητα στην αναφερόμενη ενέργεια (4 και 5). Στην αμέσως επόμενη ερώτηση το 86,6% του δείγματος συμφώνησε ότι θα μπορούσε να παραπέμψει την παθούσα σε ένα νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, με το 53,3% αυτών να το έχει ταξινομήσει υψηλά στην κλίμακα των προτεραιοτήτων (4 και 5). Το 82,0% δήλωσε πως θα μπορούσε να παραπέμψει το θύμα στις κοινωνικές υπηρεσίες, με το 25,5% να θεωρεί χαμηλής προτεραιότητας την ενέργεια αυτή (1 και 2) και 51,2% να δίνει υψηλή προτεραιότητα (4 και 5). Τέλος, σχετικά με την πρόταση για παραπομπή της κακοποιημένης γυναίκας στις εισαγγελικές αρχές, το 73,5% απάντησε θετικά, με το 34,9% αυτών να το έχει ιεραρχήσει χαμηλά στις προτεραιότητες (1 και 2) και το 50,0% υψηλά (4 και 5). Συνοψίζοντας, θα πρέπει να παραδεχτούμε ότι οι ερωτηθέντες βλέπουν θετικά όλες τις ενέργειες που παρατίθενται μέσω του ερωτηματολογίου, χωρίς ωστόσο να είναι σε θέση να τις ιεραρχήσουν με σαφή τρόπο, αφού όπως φαίνεται δίνεται σε όλες υψηλή προτεραιότητα με μικρές βέβαια διακυμάνσεις.

	Βαθμός προτεραιότητας						
	NAI	OXI	1	2	3	4	5
Μεταχείριση με συμπάθεια.	439 (91,1)	43 (8,9)	52 (12,3)	48 (11,3)	89 (21,0)	120 (28,3)	115 (27,1)
Ψυχολογική υποστήριξη	458 (94,0)	29 (6,0)	20 (4,5)	43 (9,7)	54 (12,2)	108 (24,4)	218 (49,2)
Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	420 (86,6)	65 (13,4)	37 (9,1)	55 (13,5)	98 (24,0)	95 (23,3)	123 (30,1)
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	393 (82,0)	86 (18,0)	19 (5,0)	78 (20,5)	89 (23,4)	104 (27,3)	91 (23,9)
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	350 (73,5)	126 (26,5)	63 (18,8)	54 (16,1)	51 (15,2)	80 (23,8)	88 (26,2)
Συχνότητα (%)							

Πίνακας 6: Σε περίπτωση που έρθετε σε επαφή με μία γυναίκα που έχει υποστεί συντροφική βία, τι από τα παρακάτω θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να κάνετε;

Όσον αφορά τον Πίνακα 7, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν με ΝΑΙ ή ΟΧΙ, τι από τα αναφερόμενα εμποδίζουν τη δράση τους, σε περιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης. Το 78,6% απάντησε πως η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας αποτελεί εμπόδιο, δίνοντας σε αυτή την πρόταση μεσαία (32,6%), έως και υψηλή προτεραιότητα (48,8%). Η μη επιθυμία της γυναίκας/θύματος να αλλάξει την κατάσταση της θεωρήθηκε τροχοπέδη στη δράση τους σε τέτοιες περιπτώσεις, ενώ

το 64,3% το κατέταξε υψηλά στο βαθμό των προτεραιοτήτων (4 και 5). Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύζυγο/σύντροφο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα θεωρήθηκε εμπόδιο για το 89,2% των φοιτητών, εκ των οποίων το 67,0% το έχει καταγράψει ως υψηλής προτεραιότητας. Στη συνέχεια ο φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον φαίνεται πως επηρέασε αρνητικά τη δράση του 53,3% των ερωτηθέντων, ενώ το 46,7% απάντησε πως δε θα επηρεαζόταν από κάτι τέτοιο. Εκείνοι που παραδέχτηκαν πως θα επηρεάζονταν αξιολόγησαν το γεγονός ως μεσαίας προτεραιότητας (30,9%), δίνοντας του το βαθμό 3. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως εξής: Οι φοιτητές φοβούνται τα αντίποινα από το σύντροφο/θύτη, αλλά αυτός δεν είναι ο αποκλειστικός λόγος για την αναστολή των δράσεων τους. Ο φόρτος εργασίας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις δε φαίνεται να αποτελούν εμπόδιο για τη δράση των φοιτητών, αφού το 59,2% απάντησε ΟΧΙ στην εν λόγω ερώτηση, ενώ ακόμα κι εκείνοι που απάντησαν ΝΑΙ (40,8%), κατέταξαν το εν λόγω εμπόδιο χαμηλά στους βαθμούς προτεραιότητας (51,8%).

	Βαθμός προτεραιότητας						
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	2	3	4	5
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	403 (78,6)	110 (21,4)	26 (6,8)	45 (11,7)	125 (32,6)	98 (25,6)	89 (23,2)
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	449 (86,5)	70 (13,5)	35 (8,1)	43 (10,0)	76 (17,6)	109 (25,2)	169 (39,1)
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	461 (89,2)	56 (10,8)	28 (6,3)	43 (9,7)	75 (17,0)	133 (30,1)	163 (36,9)
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	270 (53,3)	237 (46,7)	24 (9,3)	55 (21,2)	80 (30,9)	61 (23,6)	39 (15,1)
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	205 (40,8)	298 (59,2)	45 (23,3)	55 (28,5)	40 (20,7)	29 (15,0)	24 (12,4)
Συχνότητα (%)							

Πίνακας 7: Ποια από τα παρακάτω εμποδίζουν κατά τη γνώμη σας τη δράση σας, σε περιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης;

Από τον Πίνακα 8 παρατηρούμε ότι το 71,4% των ατόμων ήταν γυναίκες και το 28,6% ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν τα 21,10 ($\pm 5,390$) έτη. Το 44,5% φοιτούσε στο τμήμα Νοσηλευτικής, το 23,1% στο τμήμα Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού, το 20,3% στο τμήμα Φιλολογίας και το 12,2% στο τμήμα Ιστορίας Αρχαιολογίας. Το 37,0% των ατόμων φοιτούσε στο 1^ο έτος, το 28,0% στο 2^ο έτος, το 18,2% στο 3^ο έτος και το 16,9% στο 4^ο έτος. Το 38,3% των φοιτητών καταγόταν από την Πελοπόννησο ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 28,0% καταγόταν από την Στερεά Ελλάδα.

		Συχνότητα	%
Φύλο	Γυναίκα	380	71,4
	Άνδρας	152	28,6
Ηλικία	21,10 ($\pm 5,390$)		
Τμήμα Φοίτησης	Νοσηλευτικής	237	44,5
	Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού	123	23,1
	Ιστορίας Αρχαιολογίας	65	12,2
	Φιλολογίας	108	20,3
Έτος Φοίτησης	1 ^ο	193	37,0
	2 ^ο	146	28,0
	3 ^ο	95	18,2
	4 ^ο	88	16,9
Τόπος καταγωγής	Πελοπόννησος	203	38,4
	Στερεά Ελλάδα	148	28,0
	Θεσσαλία	37	7,0
	Ήπειρος	24	4,5
	Μακεδονία	42	7,9
	Θράκη	6	1,1

	Νησιά Αιγαίου	29	5,5
	Νησιά Ιονίου	15	2,8
	Κρήτη	20	3,8
	Κύπρος	4	0,8
	Άλλη χώρα	1	0,2

Πίνακας 8: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τον Πίνακα 9 προκύπτει ότι η μητέρες των φοιτητών ήταν απόφοιτοι Λυκείου σε ποσοστό 41,9% και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ σε ποσοστό 34,7%, ενώ οι το 37,3% των πατεράδων ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 32,8% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

	Μητέρα	Πατέρας
Δημοτικό	57 (10,8)	55 (10,7)
Γυμνάσιο	51 (9,6)	71 (13,8)
Λύκειο	222 (41,9)	192 (37,3)
ΤΕΙ/ΑΕΙ	184 (34,7)	169 (32,8)
Μεταπτυχιακός τίτλος	16 (3,0)	28 (5,4)
Συχνότητα (%)		

Πίνακας 9: Μορφωτικό επίπεδο γονέων

Σύμφωνα με τον Πίνακα 10, το συνολικό οικογενειακό εισόδημα του 33,0% των φοιτητών βρισκόταν μεταξύ 10.000€-15.000€ και το 39,6% ανέφερε οικογενειακό εισόδημα πάνω από 15.000€.

	Συχνότητα	%
Έως 5.000€	34	6,6
5.000€-10.000€	106	20,7
10.000€-15.000€	169	33,0
Πάνω από 15.000€	203	39,6

Πίνακας 10: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Από τον Πίνακα 11 προκύπτει ότι το 77,6% των φοιτητών είχε ενημερωθεί για το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών, με το 62,8% αυτών να έχουν λάβει ενημέρωση έως και ένα χρόνο πριν, δηλαδή αρκετά πρόσφατα. Παρόλα αυτά το 23,7% των ερωτηθέντων έχει ενημερωθεί για το θέμα 3 χρόνια πριν ή και παραπάνω, δηλαδή όχι και τόσο πρόσφατα. Σχετικά με την πηγή ενημέρωσης, η επιλογή «Άλλη πηγή» συγκέντρωσε το 33,2%, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συχνότερα αναφερόμενες άλλες πηγές είναι το «Διαδίκτυο» και το «Σχολείο». Στη συνέχεια ακολουθεί η επιλογή «TV/Σινεμά» με το 29,5% των απαντήσεων και την τρίτη σειρά καταλαμβάνει η επιλογή «Ενημερωτικά Φυλλάδια» με ποσοστό 25,9%. Αξίζει να σημειωθεί πως το Πανεπιστήμιο αναφέρεται ως πηγή ενημέρωσης μόλις από το 8,8% των φοιτητών.

		Συχνότητα	%
Έχετε ενημερωθεί ποτέ για το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών;	Ναι	413	77,6
	Όχι	119	22,4
Εάν ναι, πότε ήταν η τελευταία φορά;	1 χρόνο πριν	228	62,8
	2 χρόνια πριν	49	13,5
	>3 χρόνια	86	23,7
Εάν ναι, από ποια πηγή;	Πανεπιστήμιο	36	8,8
	Ενημερωτικά Φυλλάδια	106	25,9
	TV/Σινεμά	121	29,5
	Ραδιόφωνο	11	2,7
	Άλλη πηγή	136	33,2

Πίνακας 11: Ενημέρωση για το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών
Αναγνώριση ομάδων πιθανών θυμάτων και θυτών

Στην ενότητα αυτή θα προσπαθήσουμε να αναγνωρίσουμε ομάδες γυναικών, που κατά τους συμμετέχοντες φοιτητές, είναι πιο πιθανό να ασκηθεί βία από τον σύζυγο ή τον σύντροφο. Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να αναγνωρίσουμε ομάδες ανδρών, που πάλι κατά τους συμμετέχοντες φοιτητές, είναι πιο πιθανό να ασκήσουν βία κατά της

συντρόφου ή της συζύγου. Στην προσπάθεια να ομαδοποιήσουμε τις κατηγορίες του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού, θα εφαρμόσουμε την πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (exploratory factor analysis).

Πιθανές ομάδες θυμάτων

Το μέτρο των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,804 ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett βρέθηκε ίση με $\chi^2 = 1238,378$ (β.ε. = 55; $p < 0,001$). Η υψηλή τιμή του μέτρου KMO και η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του ελέγχου του Bartlett συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα συγκεκριμένα δεδομένα θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Εφαρμόζοντας λοιπόν την τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, προέκυψαν 3 στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που ερμηνεύουν το 57,01% της συνολικής διασποράς. Οι 3 παράγοντες, οι μεταβλητές που αποτελούν τον καθένα, η φόρτιση κάθε μεταβλητής, καθώς και το ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύει ο καθένας, δίνονται στον Πίνακα 12.

Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 21,20% της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων και περιλαμβάνει τις κατηγορίες «παντρεμένες γυναίκες», «ελεύθερες γυναίκες», «γυναίκες νεαρής ηλικίας», «γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας» και «αλλοδαπές γυναίκες». Η μεταβλητή αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί **«Γενικές κατηγορίες γυναικών»**.

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 21,62% της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων και περιλαμβάνει τις κατηγορίες «Γυναίκες που δεν εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο», «Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο», «Γυναίκες με χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης» και «Γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία». Η μεταβλητή αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί **«Γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού προφίλ με άσχημα παιδικά χρόνια»**.

Τέλος, ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 14,19% της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων και περιλαμβάνει τις κατηγορίες «Γυναίκες με σωματικά τραύματα» και

«Γυναίκες με κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος». Η μεταβλητή αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί «Γυναίκες με ψυχοσωματικά τραύματα».

Παράγοντας	Μεταβλητή	Φόρτιση	Συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται
Γενικές κατηγορίες γυναικών	Παντρεμένες γυναίκες	0,642	21,624
	Ελεύθερες γυναίκες	0,790	
	Γυναίκες νεαρής ηλικίας	0,755	
	Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας	0,565	
	Αλλοδαπές γυναίκες	0,441	
Γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού προφίλ με άσχημα παιδικά χρόνια	Γυναίκες που δεν εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο	0,623	21,199
	Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο	0,812	
	Γυναίκες με χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης	0,753	
	Γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία	0,578	
Γυναίκες με ψυχοσωματικά τραύματα	Γυναίκες με σωματικά τραύματα	0,845	14,191
	Γυναίκες με κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος	0,757	

Πίνακας 12: Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

Πιθανές ομάδες θυτών

Στην προσπάθεια να ομαδοποιήσουμε τις κατηγορίες του ανδρικού πληθυσμού, για τις οποίες τα άτομα θεωρούν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άσκησης βίας κατά της συντρόφου/σύζυγου, θα εφαρμόσουμε πάλι την πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης. Το μέτρο των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,723 ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett βρέθηκε ίση με $\chi^2 = 622,406$ (β.ε. = 15; $p < 0,001$). Η υψηλή τιμή του μέτρου KMO και η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του ελέγχου του Bartlett συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα συγκεκριμένα δεδομένα θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Εφαρμόζοντας λοιπόν την τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, προέκυψαν 2 στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που ερμηνεύουν το 61,32% της συνολικής διασποράς. Οι 2 παράγοντες, οι μεταβλητές που αποτελούν τον καθένα, η φόρτιση κάθε μεταβλητής, καθώς και το ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύει ο καθένας, δίνονται στον Πίνακα 13.

Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 30,73% της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων και περιλαμβάνει τις κατηγορίες «Άνδρες που έχουν βιώσει οι ίδιοι ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία», «Άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση» και «Άνδρες που έχουν ασκήσει έστω και μία φορά βία απέναντι στη σύντροφο / σύζυγό τους». Η μεταβλητή αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί **«Άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση, άσχημα παιδικά χρόνια και επιρρεπείς στο φαινόμενο»**.

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 30,58% της συνολικής διακύμανσης των δεδομένων και περιλαμβάνει τις κατηγορίες «Άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο», «Άνδρες με χαμηλό εισόδημα ή άνεργοι» και «Άνδρες που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ή κάνουν κατάχρηση αλκοόλ». Η μεταβλητή αυτή θα μπορούσε να ονομαστεί **«Άνδρες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού προφίλ και άνδρες που κάνουν καταχρήσεις»**.

Παράγοντας	Μεταβλητή	Φόρτιση	Συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται
Άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση, άσχημα παιδικά χρόνια και επιρρεπείς στο φαινόμενο	Άνδρες που έχουν βιώσει οι ίδιοι ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία	0,762	30,733
	Άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση	0,792	
	Άνδρες που έχουν ασκήσει έστω και μία φορά βία απέναντι στη σύντροφο/ σύζυγό τους	0,730	
Άνδρες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού προφίλ και άνδρες που κάνουν καταχρήσεις	Άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο	0,839	30,583
	Άνδρες με χαμηλό εισόδημα ή άνεργοι	0,736	
	Άνδρες που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ή κάνουν κατάχρηση αλκοόλ	0,705	

Πίνακας 13: Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

Υπολογισμός και αξιολόγηση δείκτη σοβαρότητας του φαινομένου

Στην ενότητα αυτή θα κατασκευάσουμε έναν δείκτη σοβαρότητας του φαινομένου της συζυγικής βίας και θα αξιολογήσουμε το πώς αυτός επηρεάζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ο πιο απλός τρόπος να υπολογίσουμε έναν δείκτη σοβαρότητας είναι να αθροίσουμε τις απαντήσεις που έδωσε ο κάθε φοιτητής στις ερωτήσεις του Πίνακα 1. Ο Πίνακας 1 περιελάμβανε 5 ερωτήσεις που αφορούσαν τη σοβαρότητα του φαινομένου της συζυγικής βίας ως προς 5 συνέπειές της: τις σωματικές συνέπειες, τις ψυχολογικές συνέπειες στο θύμα, τις ψυχολογικές συνέπειες στα μέλη της οικογένειας του θύματος, τις κοινωνικές συνέπειες στο θύμα και τις επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του θύματος. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν τύπου Likert όπου το «Καθόλου» βαθμολογιόταν με 1 και το «Πάρα Πολύ» με 5. Συνεπώς ο δείκτης σοβαρότητας μπορεί να πάρει τιμές από το 5 έως το 25. Όσο μεγαλύτερη η τιμή του δείκτη σοβαρότητας (ΔΣ) τόσο πιο σοβαρό θεωρούν οι φοιτητές το φαινόμενο.

Από τον Πίνακα 14 παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του ΔΣ βρέθηκε ίση 20,90 (\pm 3,064) μονάδες. Αυτό σημαίνει ότι οι φοιτητές θεωρούσαν αρκετά σοβαρό το φαινόμενο της συζυγικής βίας. Η μικρή τιμή του ΔΣ ήταν οι 11 μονάδες και η μεγαλύτερη οι 25 μονάδες. Το 75,0% των φοιτητών είχε τιμή του ΔΣ μεγαλύτερη των 19 μονάδων ενώ το 25,0% των φοιτητών είχε τιμή μεγαλύτερη των 23 μονάδων.

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	25% ποσοστιαίο σημείο	75% ποσοστιαίο σημείο
Δείκτης σοβαρότητας (ΔΣ)	11,00	25,00	20,90	3,064	19,00	23,00

Πίνακας 14: Χαρακτηριστικά του ΔΣ

Από τον Πίνακα 15 παρατηρούμε ότι ο δείκτης σοβαρότητας διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ($p < 0,001$) με τις φοιτήτριες να θεωρούν το φαινόμενο της συζυγικής βίας πιο σοβαρό. Επίσης ο ΔΣ διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ του τμήματος που φοιτούν τα άτομα ($p < 0,001$). Πιο σοβαρό θεωρούσαν το φαινόμενο οι φοιτητές Φιλολογίας (μέση τιμή ΔΣ = 21,39), ακολουθούν οι φοιτητές Νοσηλευτικής (μέση τιμή ΔΣ = 21,27), οι φοιτητές Ιστορίας και Αρχαιολογίας (μέση τιμή ΔΣ = 20,38) ενώ τελευταίοι είναι οι φοιτητές του τμήματος Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού (μέση τιμή ΔΣ = 20,01). Οι post-hoc έλεγχοι έδειξαν ότι η άποψη των φοιτητών του τμήματος Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού σχετικά με

τη σοβαρότητα του φαινομένου διαφέρει στατιστικά σημαντικά τόσο από την άποψη των φοιτητών Νοσηλευτικής ($p = 0,001$) όσο και των φοιτητών Φιλολογίας ($p = 0,004$). Επίσης προέκυψε ότι η τιμή του $\Delta\Sigma$ επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από το έτος φοίτησης ($p < 0,001$). Πιο σοβαρό θεωρούσαν το φαινόμενο οι φοιτητές του 4^{ου} έτους (μέση τιμή $\Delta\Sigma = 22,23$), ακολουθούν οι φοιτητές του 2^{ου} έτους (μέση τιμή $\Delta\Sigma = 21,09$), οι φοιτητές του 3^{ου} έτους (μέση τιμή $\Delta\Sigma = 20,90$) ενώ τελευταίοι είναι οι φοιτητές του 1^{ου} έτους (μέση τιμή $\Delta\Sigma = 20,01$). Οι post-hoc έλεγχοι έδειξαν ότι η άποψη των φοιτητών του 4^{ου} έτους σχετικά με τη σοβαρότητα του φαινομένου διαφέρει στατιστικά σημαντικά τόσο από την άποψη των φοιτητών του 1^{ου} έτους ($p < 0,001$) όσο και των φοιτητών του 2^{ου} έτους ($p = 0,028$) και του 3^{ου} έτους ($p = 0,016$). Επίσης η άποψη των φοιτητών του 1^{ου} έτους διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την άποψη των φοιτητών του 2^{ου} έτους ($p = 0,006$). Τέλος, προέκυψε ελαφρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του $\Delta\Sigma$ και της ηλικίας ($r = 0,161$; $p < 0,001$). Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο σοβαρό θεωρούν οι φοιτητές το φαινόμενο της συζυγικής βίας.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Γυναίκα	376	21,50	2,802	<0,001
	Άνδρας	149	19,41	3,203	
Σχολή και Τμήμα Φοίτησης	Νοσηλευτικής	236	21,27	2,906	<0,001
	Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού	120	20,01	3,317	
	Ιστορίας Αρχαιολογίας	63	20,38	2,926	
	Φιλολογίας	107	21,39	2,971	
Έτος Φοίτησης	1 ^ο	189	20,01	3,073	<0,001
	2 ^ο	144	21,09	3,008	
	3 ^ο	94	20,90	3,076	
	4 ^ο	88	22,23	2,476	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Έως 5.000€	34	20,82	2,969	0,949
	5.000€-10.000€	105	20,96	2,902	

	10.000€-15.000€	166	20,94	3,179	
	Πάνω από 15.000€	201	20,78	3,058	
Ενημέρωση για το φαινόμενο	Ναι	407	20,90	3,054	0,977
	Όχι	118	20,90	3,124	
		N	Pearson's r	p-value	
	Ηλικία	475	0,161	<0,001	

Πίνακας 15: Σχέση του ΔΣ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μελέτη τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με το κατά πόσο διαφοροποιούνται οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της συζυγικής βίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών.

Από τον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της «ψυχολογικής υποστήριξης» ($p = 0,005$), της «παραπομπής σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας» ($p < 0,001$), της «παραπομπής σε κοινωνικές υπηρεσίες» ($p < 0,001$) και της «παραπομπής σε εισαγγελέα» ($p = 0,037$). Σε όλες τις περιπτώσεις, οι φοιτήτριες επιλέγουν περισσότερο από τους φοιτητές αυτούς τους τρόπους αντιμετώπισης. Αντίθετα, τόσο οι φοιτήτριες όσο και οι φοιτητές μεταχειρίζονται τις κακοποιημένες γυναίκες με συμπάθεια.

		Φύλο		OR (95% ΔΕ)	p-value
		Γυναίκα	Άνδρας		
Μεταχείριση με συμπάθεια.	Ναι	313	125	1,209 (0,618; 2,364)	0,579
	Όχι	29	14		
Ψυχολογική υποστήριξη	Ναι	332	125	2,846 (1,335; 6,066)	0,005
	Όχι	14	15		

Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	Ναι	312	107	3,007	<0,001
	Όχι	32	33	(1,764; 5,127)	
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	Ναι	293	99	2,697	<0,001
	Όχι	45	41	(1,668; 4,360)	
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	Ναι	256	93	1,583	0,037
	Όχι	80	46	(1,026; 2,441)	

Πίνακας 16: Σχέση φύλου και τρόπου αντιμετώπισης του φαινομένου

Από τον Πίνακα 17 παρατηρούμε ότι προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τμήματος φοίτησης και της «παραπομπής σε κοινωνικές υπηρεσίες» ($p = 0,019$). Οι φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής επιλέγουν περισσότερο αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου από ότι οι φοιτητές των άλλων τμημάτων. Η παραπάνω διαπίστωση δικαιολογείται από το περιεχόμενο των σπουδών των φοιτητών της Νοσηλευτικής, που είναι ανθρωποκεντρικό καθώς και την κοινωνιολογική προσέγγιση των επιστημών της υγείας.

Από τους Πίνακες 18 και 19 παρατηρούμε ότι το έτος φοίτησης και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των φοιτητών δεν συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με κάποιον από τους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου.

		Τμήμα Φοίτησης				p-value
		Νοσηλευτικής	Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού	Ιστορίας Αρχαιολογίας	Φιλολογίας	
Μεταχείριση με συμπάθεια.	Ναι	192	106	52	89	0,269
	Όχι	22	8	8	5	
Ψυχολογική υποστήριξη	Ναι	208	106	55	89	0,663
	Όχι	10	8	5	6	
Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	Ναι	192	98	52	78	0,791
	Όχι	26	16	8	15	
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	Ναι	189	87	48	69	0,019
	Όχι	26	27	11	22	
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	Ναι	165	77	45	63	0,166
	Όχι	48	36	13	29	

Πίνακας 17: Σχέση τμήματος φοίτησης και τρόπου αντιμετώπισης του φαινομένου

		Έτος Φοίτησης				p-value
		1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	
Μεταχείριση με συμπάθεια.	Ναι	165	120	75	69	0,361
	Όχι	13	16	5	9	
Ψυχολογική υποστήριξη	Ναι	175	126	75	73	0,463
	Όχι	7	11	5	5	
Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	Ναι	160	109	69	72	0,097
	Όχι	22	26	11	6	
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	Ναι	143	103	68	70	0,143
	Όχι	37	28	12	8	
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	Ναι	132	91	61	57	0,577
	Όχι	46	41	18	20	

Πίνακας 18: Σχέση έτους φοίτησης και τρόπου αντιμετώπισης του φαινομένου

		Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα				p-value
		Έως 5.000€	5.000€- 10.000€	10.000€- 15.000€	Πάνω από 15.000€	
Μεταχείριση με συμπάθεια.	Ναι	27	84	138	173	0,478
	Όχι	2	13	11	16	
Ψυχολογική υποστήριξη	Ναι	28	89	149	175	0,985
	Όχι	2	8	4	14	
Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	Ναι	26	85	134	161	0,340
	Όχι	3	11	19	28	
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	Ναι	24	74	127	156	0,497
	Όχι	5	20	25	31	
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	Ναι	16	69	117	135	0,262
	Όχι	12	26	35	49	

Πίνακας 19: Σχέση ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος και τρόπου αντιμετώπισης του φαινομένου

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 20, οι ενημερωμένοι φοιτητές επιλέγουν κατά κύριο λόγο τη μεταχείριση με συμπάθεια ($p = 0,003$) και την ψυχολογική υποστήριξη ($p = 0,007$), πράγμα που απορρέει από την ευαισθητοποίηση των φοιτητών μέσω της ενημέρωσης που έχουν δεχτεί. Οι εν λόγω φοιτητές έχουν προφανώς κατανοήσει τη σοβαρότητα του φαινομένου, κυρίτερα τις καταστροφικές επιπτώσεις του για τη γυναίκα/θύμα, γι' αυτό και εμφανίζονται περισσότερο ευαισθητοποιημένοι. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο πως η παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι ίσως η πιο ενδεδειγμένη αντιμετώπιση.

		Ενημέρωση		OR (95% ΔΕ)	p-value
		Ναι	Όχι		
Μεταχείριση με συμπάθεια.	Ναι	349	90	2,637 (1,365; 5,093)	0,003
	Όχι	25	17		
Ψυχολογική υποστήριξη	Ναι	362	96	2,828 (1,294; 6,179)	0,007
	Όχι	16	12		
Παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	Ναι	330	90	1,435 (0,793; 2,595)	0,231
	Όχι	46	18		
Παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες.	Ναι	310	83	1,386 (0,810; 2,369)	0,232
	Όχι	62	23		
Παραπομπή σε εισαγγελέα.	Ναι	271	78	0,993 (0,608; 1,620)	0,977
	Όχι	98	28		

Πίνακας 20: Σχέση ενημέρωσης και τρόπου αντιμετώπισης του φαινομένου

Μελέτη των παραγόντων που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών

Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε με το κατά πόσο διαφοροποιούνται οι παράγοντες που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών ενάντια του φαινομένου της συζυγικής βίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών.

Από τον Πίνακα 21 παρατηρούμε ότι το φύλο δεν επηρεάζει κανέναν από τους παράγοντες που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών ενάντια του φαινομένου της συζυγικής βίας.

		Φύλο		OR (95% ΔΕ)	p-value
		Γυναίκα	Ανδρας		
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	Ναι	292	110	1,291 (0,820; 2,035)	0,270
	Όχι	74	36		
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	Ναι	324	125	1,134 (0,652; 1,971)	0,656
	Όχι	48	21		
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	Ναι	333	127	1,457 (0,813; 2,611)	0,204
	Όχι	36	20		
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	Ναι	201	68	1,450 (0,986; 2,133)	0,059
	Όχι	159	78		
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	Ναι	141	64	0,840 (0,569; 1,241)	0,381
	Όχι	215	82		

Πίνακας 21: Σχέση φύλου και εμποδίων δράσης

Από τον Πίνακα 22 παρατηρούμε ότι το τμήμα φοίτησης δεν επηρεάζει κανέναν από τους παράγοντες που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών ενάντια του φαινομένου της συζυγικής βίας.

Από τον Πίνακα 23 προκύπτει ότι οι φοιτητές των 2 πρώτων ετών φοβούνται περισσότερο από τους φοιτητές των 2 τελευταίων ετών αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον ($p = 0,011$). Αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με τη διαμόρφωση των νοητικών, κοινωνικών, ατομικών και ψυχολογικών ικανοτήτων του φοιτητή κατά τη διάρκεια της φοίτησής του, που τελικά τον οδηγούν στην απόκτηση αυτονομίας, ανεξαρτησίας και ταυτότητας μέσω των σπουδών του. Είναι, συνεπώς, κοινά παραδεκτό ότι ο φοιτητής προς το τέλος των σπουδών του έχει ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του και έχει διαμορφώσει τη δική του ξεχωριστή προσωπικότητα.

Από τον Πίνακα 24 προκύπτει ότι το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα δεν επηρεάζει κανέναν από τους παράγοντες που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών ενάντια του φαινομένου της συζυγικής βίας.

		Τμήμα Φοίτησης				p-value
		Νοσηλευτικής	Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού	Ιστορίας Αρχαιολογίας	Φιλολογίας	
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	Ναι	172	97	48	86	0,753
	Όχι	53	24	13	20	
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	Ναι	202	108	49	90	0,233
	Όχι	27	13	12	18	
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	Ναι	208	105	52	96	0,465
	Όχι	21	16	9	10	
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	Ναι	115	58	37	60	0,237
	Όχι	109	62	23	43	
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	Ναι	91	50	28	36	0,421
	Όχι	130	69	31	68	

Πίνακας 22: Σχέση τμήματος φοίτησης και εμποδίων δράσης

		Έτος Φοίτησης				p-value
		1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	Ναι	151	113	64	65	0,054
	Όχι	34	25	29	21	
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	Ναι	160	121	77	80	0,256
	Όχι	29	18	16	7	
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	Ναι	167	121	83	79	0,553
	Όχι	22	16	10	8	
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	Ναι	109	74	44	37	0,011
	Όχι	77	59	48	48	
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	Ναι	81	58	31	32	0,154
	Όχι	103	74	61	52	

Πίνακας 23: Σχέση έτους φοίτησης και εμποδίων δράσης

		Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα				p-value
		Έως 5.000€	5.000€- 10.000€	10.000€- 15.000€	Πάνω από 15.000€	
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	Ναι	21	80	128	157	0,071
	Όχι	12	23	35	37	
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	Ναι	30	86	143	175	0,247
	Όχι	4	18	22	21	
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	Ναι	29	93	144	176	0,880
	Όχι	4	11	19	21	
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	Ναι	20	50	89	103	0,993
	Όχι	13	51	73	88	
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	Ναι	8	39	67	83	0,065
	Όχι	25	62	92	107	

Πίνακας 24: Σχέση ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος και εμποδίων δράσης

Από τον Πίνακα 25 προκύπτει ότι η ενημέρωση των φοιτητών δεν επηρεάζει κανέναν από τους παράγοντες που εμποδίζουν τη δράση των φοιτητών ενάντια του φαινομένου της συζυγικής βίας.

		Ενημέρωση		OR (95% ΔΕ)	p-value
		Ναι	Όχι		
Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	Ναι	310	93	0,749 (0,438; 1,282)	0,291
	Όχι	89	20		
Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	Ναι	349	99	0,881 (0,471; 1,649)	0,693
	Όχι	56	14		
Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	Ναι	359	101	1,075 (0,556; 2,076)	0,830
	Όχι	43	13		
Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	Ναι	210	60	0,894 (0,583; 1,370)	0,606
	Όχι	188	48		
Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	Ναι	163	42	1,087 (0,703; 1,683)	0,707
	Όχι	232	65		

Πίνακας 25: Σχέση ενημέρωσης και εμποδίων δράσης

Συζήτηση

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση κατά των γυναικών, καθώς και η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των φοιτητών για το φαινόμενο. Στην παρούσα μελέτη η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το δείγμα, που αποτελούνταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες (71,4%), με καταγωγή κυρίτερα από την Πελοπόννησο και τη Στερεά Ελλάδα, θεωρούσε το φαινόμενο της συντροφικής κακοποίησης αρκετά σοβαρό, αφού η τιμή του δείκτη σοβαρότητας (ΔΣ) πλησίαζε το 21 με μέγιστη τιμή το 25. Πιο συγκεκριμένα, το 75,0% των φοιτητών είχε τιμή του ΔΣ μεγαλύτερη των 19 μονάδων ενώ το 25,0% των φοιτητών είχε τιμή μεγαλύτερη των 23 μονάδων. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών (82%) της παρούσας μελέτης, αναγνωρίζει τη γυναικεία κακοποίηση ως ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Αυτό σημαίνει πως η στάση των φοιτητών απέναντι στο φαινόμενο δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως αδιάφορη, αλλά αντίθετα οι φοιτητές φαίνεται πως αξιολογούν τη συντροφική/συζυγική κακοποίηση ως ένα σοβαρό ζήτημα.

Αυτή η διαπίστωση παρουσιάζει διακυμάνσεις όσον αφορά τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί με θέμα τις στάσεις και τις αντιλήψεις για τη γυναικεία κακοποίηση. Αυτές οι διαφοροποιήσεις που καταγράφονται οφείλονται σε πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η χώρα στην οποία πραγματοποιείται η έρευνα, οι κοινωνικές συνιστώσες, η κουλτούρα, η ηλικιακή κατανομή του δείγματος, το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων, το φύλο καθώς και άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα στην πλειοψηφία των ερευνών το δείγμα απαρτίζεται είτε εξ' ολοκλήρου, είτε κατά ένα μεγάλο ποσοστό από γυναίκες, κάτι που παρατηρείται και στο δείγμα της παρούσας έρευνας, όπου μόνο το 28,6% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες.

Το φύλο των ερωτώμενων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας, γεγονός που αποδεικνύεται αν λάβουμε υπόψη μας ότι οι γυναίκες τείνουν να θεωρούν τη συζυγική/συντροφική κακοποίηση πιο σοβαρή από ότι οι άνδρες. Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα, όπου ο δείκτης σοβαρότητας διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών με τις φοιτήτριες να θεωρούν το φαινόμενο της συζυγικής βίας πιο σοβαρό. Γι' αυτό το λόγο οι παρεμβάσεις θα πρέπει να ποικίλλουν και να σχεδιάζονται λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και την εθνικότητα της ομάδας στόχου (Foshee et al., 2001).

Σε μια έρευνα που εκπονήθηκε από την Shoham στο Ισραήλ και δημοσιεύθηκε το 2005, το 63% των γυναικών πίστευε πως η κακοποίηση κατά των γυναικών είναι ένα πολύ σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, ενώ μόλις το 19% των ανδρών πίστευε το ίδιο (Shoham,2005). Σε μια ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, η πλειοψηφία του δείγματος θεωρούσε το φαινόμενο πολύ σοβαρό, με τις γυναίκες να του προσδίδουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε σχέση με τους άνδρες (Taylor, Mouzos, 2006).

Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τους άνδρες να θυματοποιηθούν, αν και σε καμία περίπτωση δε μπορούμε να αμφισβητήσουμε πως είναι πιθανό να συμβεί και το αντίστροφο, δηλαδή ο ρόλος του θύτη να ανήκει στη γυναίκα. Παρόλα αυτά, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι όλες οι γυναίκες είναι εν δυνάμει θύματα συντροφικής κακοποίησης (Tjaden, Thoennes, 2000), πράγμα που πιθανότατα τις καθιστά πιο ευαισθητοποιημένες απέναντι στο θέμα. Επιπλέον, υπάρχει η πιθανότητα κάποιες από τις γυναίκες που συμμετέχουν στην έρευνα είτε να έχουν υπάρξει, είτε να εξακολουθούν να είναι θύματα συντροφικής κακοποίησης, είτε ακόμα να έχουν βιώσει ένα τέτοιο πρόβλημα μέσω μιας φίλης ή ενός συγγενικού προσώπου.

Αναφορικά με την ηλικία των ερωτηθέντων, παρατηρείται πως όσο αυτή αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπίζεται

το φαινόμενο, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η αποδοχή της συντροφικής κακοποίησης (Manish, 2013; Dalal et al., 2012; Rani and Bonu, 2009; Haj-Yahia, 2003). Πρόκειται για μια διαπίστωση που επιβεβαιώνεται από την παρούσα έρευνα, αφού ο δείκτης σοβαρότητας επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από το έτος φοίτησης, με τους τεταρτοετείς φοιτητές να θεωρούν πιο σοβαρό το φαινόμενο. Τους ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά οι τριτοετείς, οι δευτεροετείς και οι πρωτοετείς φοιτητές. Εν αντιθέσει, οι Taylor και Mouzos (2006) αναφέρουν στη μελέτη τους ότι οι νεότεροι Αυστραλοί είχαν την τάση να δικαιολογούν λιγότερο την ενδοοικογενειακή βία σε σχέση με σχέση με τους γηραιότερους.

Σχετικά με τη σοβαρότητα την οποία εκλαμβάνεται το φαινόμενο της συντροφικής/συζυγικής κακοποίησης, παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, οι οποίες είναι δυνατό να δικαιολογηθούν από μια πληθώρα παραγόντων. Ενδεικτικά αναφέρονται έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν ταυτόχρονα σε διαφορετικές χώρες και μας παρέχουν σημαντική πληροφόρηση για τις στάσεις και τις αντιλήψεις, καθώς και για τον τρόπο που αυτές διαμορφώνονται ανάλογα με τη χώρα διαβίωσης ή τη χώρα καταγωγής. Οι Knickrehm και Teske (2000), διερευνώντας τις στάσεις φοιτητών Πανεπιστημίου για την ενδοοικογενειακή βία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και την Ρουμανία, διαπίστωσαν μία αξιοσημείωτη διάσταση στις αντιλήψεις τους. Πιο συγκεκριμένα, ενώ το 76,9% των Αμερικάνων φοιτητών θεωρεί την ενδοοικογενειακή βία μείζον κοινωνικό πρόβλημα, μόνο το 55,9% των Ρουμάνων φοιτητών συμφωνεί με αυτήν την πρόταση.

Το 2009 οι Rani και Bonu πραγματοποίησαν μια διακρατική έρευνα σε ασιατικές χώρες, όπου καταγράφηκε μια σημαντική διακύμανση όσον αφορά τις αντιλήψεις για την αποδοχή του φαινομένου. Στο Νεπάλ, το 29% του δείγματος αποδεχόταν την κακοποίηση κατά των γυναικών. Στην Ινδία, όπου το δείγμα αποτελούνταν μόνο από γυναίκες, το 57% επίσης αποδεχόταν την γυναικεία κακοποίηση, ενώ σύμφωνοι με την άσκηση βίας κατά της συντρόφου/συζύγου ήταν το 26% του δείγματος από το

Καζακστάν και το 56% του δείγματος από την Τουρκία, όπου το τελευταίο απαρτιζόταν μόνο από άνδρες.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι Ινδές αποδέχονται σε τόσο μεγάλο βαθμό την άσκηση βίας από τον σύντροφο/σύζυγο. Λαμβάνοντας, ωστόσο υπόψη την κουλτούρα της χώρας σε συνδυασμό με τις παραδοσιακές, πατριαρχικές αντιλήψεις της κοινωνίας, που θέλουν τη γυναίκα απόλυτα εξαρτημένη από το σύζυγο, ίσως κατανοήσουμε καλύτερα την αποδοχή που δείχνουν οι Ινδές στη συζυγική κακοποίηση (Manish, 2013).

Ενδεικτικό στοιχείο της υφιστάμενης κατάστασης στην Ινδία είναι ότι σύμφωνα με τη UNICEF (2012), ένα μεγάλο ποσοστό (57%) Ινδών εφήβων ηλικίας 15-19 ετών επιδοκιμάζουν τη χρήση βίας κατά της συζύγου, καθώς θεωρούν πως είναι μια πράξη που μπορεί να δικαιολογηθεί. Βέβαια, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η Ινδία θεωρείται η τέταρτη πιο επικίνδυνη για τη διαβίωση μιας γυναίκας χώρα στον κόσμο, και πιθανόν αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο οι Ινδές έχουν υιοθετήσει αυτή την παθητική στάση (Thomson Reuters Foundation, μέσω της διεύθυνσης: <http://indiatoday.intoday.in/story/india-is-fourth-most-dangerous-place-in-the-world-for-women-poll/1/141639.html>).

Μια ακόμα έρευνα σε δείγμα 425 Παλαιστίνιων γυναικών αποκάλυψε την πεποίθηση ότι οι γυναίκες-θύματα θεωρούνται σε κάποιο βαθμό υπεύθυνες γι' αυτό που τους συμβαίνει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες όπως «όταν εκνευρίζουν το σύζυγο» ή «όταν παραμελούν το σπίτι και τα παιδιά τους» (Haj-Yahia, 1998).

Έρευνες έχουν, ωστόσο, πραγματοποιηθεί και σε χώρες της Αφρικής όπως η Ουγκάντα. Σε μία από αυτές τις έρευνες, όπου το δείγμα απαρτιζόταν κατά το ήμισυ από γυναίκες, καταγράφηκε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ανδρών και γυναικών, οι οποίοι εξέφρασαν θετική στάση απέναντι στην κακοποίηση κατά των γυναικών. Σχεδόν, το 75% των γυναικών ενέκριναν πρακτικές άσκησης βίας κατά της συζύγου/συντρόφου, ενώ οι πιο σημαντικοί λόγοι για τους οποίους οι ίδιες οι γυναίκες δικαιολογούσαν την

κακοποίηση ήταν η «παραμέληση του παιδιού από τη σύζυγο» (57%) και «Η έξοδος από το σπίτι, χωρίς να ενημερώσεις/ πάρεις την άδεια από τον άνδρα» (55%). Από αυτές τις γυναίκες το 57% ανέφερε πως έχει θυματοποιηθεί.

Από την πλευρά των ανδρών, το 40% δήλωσε πως έχει κακοποιήσει τη γυναίκα του. Αυτή η διάσταση μεταξύ του 57% και του 40%, ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες δεν αξιολογούν το σπρώξιμο ή τη λεκτική βία ως μορφές κακοποίησης. Επιπλέον, το 50% των γυναικών και το 59% των ανδρών παραδέχονται πως ο πατέρας τους κακοποιούσε τη μητέρα τους. Αυτή η παραδοχή, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μετάδοση του φαινομένου από γενιά σε γενιά, γι' αυτό το λόγο προτείνεται η δημιουργία αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης που θα αφορούν τη διευθέτηση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας, ειδικότερα στην περίπτωση που υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια (Spreizer, 2010).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη το 2003, εξέτασαν τις στάσεις για τη συντροφική κακοποίηση κατά των γυναικών σε δείγμα 1067 προπτυχιακών φοιτητών (πρωτοετών και δευτεροετών), ηλικίας 17 έως 24 ετών, από το Κουβέιτ, την Ινδία, την Ιαπωνία και τις ΗΠΑ. Οι άνδρες φοιτητές από τις ΗΠΑ εξέφρασαν τις πιο θετικές στάσεις για το γυναικείο φύλο, και ακολουθούσαν κατά φθίνουσα σειρά οι Ιάπωνες, οι Ινδοί και οι Κουβετιανοί. Το ίδιο ίσχυε και για τις φοιτήτριες αλλά με την διαφορά ότι τις Αμερικανίδες ακολουθούσαν κατά σειρά οι Ινδές, οι Γιαπωνέζες και τέλος οι Κουβετιανές. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο το φύλο, όσο και οι εθνικότητα επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στη συζυγική κακοποίηση (Nayak, Byrne, 2003).

Όσον αφορά τις ευρωπαϊκές χώρες, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι πιο ενθαρρυντικά, αφού κατά κύριο λόγο δεν παρατηρείται ανοχή της κοινωνίας σε θέματα γυναικείας κακοποίησης. Συγκεκριμένα το 84% των ευρωπαίων πολιτών θεωρεί πως η άσκηση βίας κατά των γυναικών είναι

απαράδεκτη και θα πρέπει να τιμωρείται από το νόμο. Πιο αναλυτικά, στην ίδια πρόταση απαντούν θετικά το 93% των ερωτώμενων στην Ελλάδα, το 91% των Ισπανών, το 89% των Κύπριων, των Λιθουανών και των Σουηδών, το 68% των Ρουμάνων, το 67% των Φιλανδών και το 66% των Λετονών. Οι τρεις τελευταίες χώρες εμφανίζουν ένα ποσοστό ανοχής στην ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών, γεγονός που θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω. Παρόλα αυτά, η ανάλυση των δεδομένων αποκαλύπτει ότι ολοένα και περισσότεροι Ευρωπαίοι αποδοκιμάζουν το φαινόμενο, αφού η διαφορά στις στάσεις που έχουν καταγραφεί από προηγούμενες έρευνες είναι αξιοσημείωτη. Για την ακρίβεια, το ποσοστό των Ευρωπαίων πολιτών που θεωρούσε απαράδεκτη τη συντροφική κακοποίηση κατά των γυναικών σε προηγούμενη έρευνα άγγιζε μόλις το 63% (Special Eurobarometer 344, 2010).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κατά την αξιολόγηση της σοβαρότητας του φαινομένου της συντροφικής/συζυγικής βίας κατά των γυναικών, οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κατέταξαν τις ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα-θύμα, ως τις πιο σοβαρές, αφού το 74,1% τις χαρακτήρισε ως πάρα πολύ σοβαρές και το 20,1%, ως πολύ σοβαρές. Ακολουθούν οι ψυχολογικές συνέπειες για την οικογένεια οι οποίες κρίνονται πάρα πολύ σοβαρές από το 53,7% των φοιτητών και ακολουθούν στην τρίτη θέση οι σωματικές συνέπειες, οι κοινωνικές συνέπειες και οι επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή.

Το γεγονός ότι οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου αναγνωρίζουν τη ψυχολογική διάσταση του προβλήματος μπορεί να αξιολογηθεί θετικά, όσον αφορά τις γνώσεις τους και τις στάσεις τους απέναντι στο φαινόμενο, αφού στις περισσότερες έρευνες φαίνεται πως οι σωματικές συνέπειες είναι εκείνες που κατατάσσονται ως πολύ σοβαρές, γεγονός που καταδεικνύει μια πιο επιφανειακή ανάγνωση του προβλήματος. Όπως αναφέρει και η Bonnie (2002), όταν η ενδοοικογενειακή κακοποίηση εκφράζεται με τη μορφή της σωματικής βίας, τότε τα υποκείμενα είναι πιο εύκολο να την αντιληφθούν και να την ορίσουν ως πρόβλημα. Η

ψυχολογική βία αποτελεί μια πιο αφηρημένη έννοια, και ως αποτέλεσμα υποβαθμίζεται μπροστά στις εμφανείς επιπτώσεις της σωματικής βίας (κατάγματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κ.ά.). Θα πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι οι επιπτώσεις της ψυχολογικής βίας είναι δυνατό να αποδειχθούν πιο ολέθριες για το θύμα, ακόμα και να το οδηγήσουν στην αυτοχειρία.

Η υποεκτίμηση των ψυχολογικών και συναισθηματικών συνεπειών για τη γυναίκα-θύμα, επαληθεύεται και από την έρευνα των Taylor και Mouzos (2006), όπου οι ερωτηθέντες απάντησαν πως οι πιο σοβαρές συνέπειες της συζυγικής/συντροφικής κακοποίησης για τη γυναίκα-θύμα περιλαμβάνουν την σεξουαλική κακοποίηση της γυναίκας (98%), τη λεκτική βία (87%) και τον έλεγχο της κοινωνικής ζωής, αποτρέποντας την επαφή με οικογένεια και φίλους (82%) και την οικονομική αποστέρηση (69%).

Σύμφωνα με τους Muhammad M. Haj-Yahia και Miriam Schiff (2007), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε προπτυχιακούς φοιτητές κοινωνικής εργασίας στο Ισραήλ, παρατηρήθηκε πως οι φοιτητές ήταν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα σωματικής και σεξουαλικής βίας, παρά σε θέματα ψυχολογικής κακοποίησης που είναι δυνατό να υφίσταται η γυναίκα θύμα, και που ίσως τελικά διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο όσον αφορά την αδυναμία της να απαγκιστρωθεί από το θύτη.

Τα ίδια συμπεράσματα εξήχθησαν από την τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Yick το 2000 με δείγμα 262 Αμερικανούς κινεζικής καταγωγής, όπου παρατηρήθηκε πως η πλειοψηφία δεν ενέκρινε την ενδοοικογενειακή βία, παρόλα αυτά όμως δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσει όλες τις διαστάσεις του φαινομένου, αφού ορίζοντας την ενδοοικογενειακή βία, η πλειοψηφία ανέφερε πως πρόκειται για σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, παραλείποντας την ψυχολογική κακοποίηση, ως μία από τις μορφές του φαινομένου.

Σε μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε αργότερα στην Τανζανία, σε φοιτητές νοσηλευτικής, αποτυπώθηκε η τάση να υποβαθμιστούν οι

συνέπειες της συντροφικής κακοποίησης στη γυναίκα, αφού σχεδόν οι μισοί φοιτητές συμφώνησαν πως οι γυναίκες-θύματα υπερβάλλουν σχετικά με τις ψυχολογικές συνέπειες της κακοποίησης. Πρόκειται για μια στάση που προκαλεί προβληματισμό, γιατί μας αποκαλύπτει την τάση των φοιτητών να ελαχιστοποιούν τη βλάβη που είναι δυνατό να προκαλέσει η ενδοοικογενειακή βία στη γυναίκα, αγνοώντας τις πολύπλευρες συνέπειες του φαινομένου. Με δεδομένο ότι οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και αντιμετώπιση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, τυχόν υποβάθμιση του φαινομένου είναι δυνατό να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα στην παροχή των υπηρεσιών και αποτυχία στην υποστήριξη του θύματος με άμεσο επακόλουθο την επιστροφή της γυναίκας στο βίαιο περιβάλλον (Blideman, 2010).

Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι και οι ίδιοι «προϊόντα» της κοινωνίας στην οποία ζουν, γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η ενδεδειγμένη προσπάθεια, ώστε να αποβάλλουν στάσεις και πεποιθήσεις που τελικά είναι επιβλαβείς και υπονομεύουν την εργασία τους. Τον παραπάνω προβληματισμό επιβεβαιώνουν κατά καιρούς έρευνες που διενεργούνται σε χώρες όπου η ισότητα των δύο φύλων αμφισβητείται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η έρευνα των Muhammad M. Haj-Yahia και Aynur Uysal (2008), που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές Ιατρικής στην Τουρκία, όπου παρά το γεγονός ότι ένα ποσοστό μεταξύ 68,4% και 90,6% εξέφρασαν την επιθυμία τους να βοηθήσουν την κακοποιημένη γυναίκα, ένα ποσοστό που έφτανε έως και το 38,7% δικαιολογούσαν με κάποιο τρόπο την κακοποίηση, ενώ ένα άλλο ποσοστό της τάξης του 28,5 % δήλωσε πως η κακοποιημένη γυναίκα ευθύνεται σε κάποιο βαθμό γι' αυτό που της συμβαίνει. Τέλος, μόνο το 25,0% του δείγματος εξέφρασε την άποψη ότι οι θύτες πρέπει να τιμωρηθούν, πράγμα που σημαίνει πως η συζυγική κακοποίηση δεν είναι πράξη που θεωρείται ιδιαίτερα σοβαρή.

Οι πεποιθήσεις των Τούρκων φοιτητών μελετήθηκαν επίσης από την Sakalli το 2001, όπου αυτή τη φορά συμμετείχαν 227 προπτυχιακοί φοιτητές από το Τεχνολογικό Ίδρυμα της Μέσης Ανατολής, η πλειοψηφία των οποίων

αποδοκίμασε την άσκηση βίας κατά της συντρόφου συζύγου, με τις γυναίκες του δείγματος για ακόμα μία φορά να εκφράζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα την αντίρρηση τους για τη γυναικεία κακοποίηση.

Μια παρόμοια έρευνα με δείγμα 370 φοιτητές Ιατρικής από τρία Πανεπιστήμια της Αγγλίας, επιβεβαίωσε την αποδοκίμασία των φοιτητών απέναντι στο φαινόμενο και την παραδοχή τους ότι χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τέτοια περιστατικά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 38% των φοιτητών ανέφεραν πως είχαν βιώσει και οι ίδιοι τη συντροφική κακοποίηση σε κάποια φάση της ζωής τους, ενώ οι γυναίκες εξέφρασαν σε μεγαλύτερη συχνότητα την ανάγκη για ενημέρωση και εκπαίδευση (Cullinane, Alpert, 1997).

Σε πολλές έρευνες έχει καταγραφεί η άποψη από επαγγελματίες υγείας, κυρίως γιατρούς και νοσηλευτές, ότι η ενδοοικογενειακή βία δεν είναι ένα πρόβλημα που τους αφορά άμεσα, και που θα πρέπει να επιλύεται από τους ίδιους. Σύμφωνα με την Ανδρουλάκη και τους συνεργάτες της (2007), που εκπόνησαν μία έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό σε νοσοκομεία της Κρήτης με θέμα «Στάσεις και Αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών», οι νοσηλευτές αναφέρουν πως ρωτούν συχνά εάν έχει ασκηθεί βία, μολονότι εμφανίζουν μια αρνητική στάση σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τις γυναίκες-θύματα, γεγονός που δείχνει πως δεν έχουν εμπεδώσει απόλυτα το ρόλο τους αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου. Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνει την πρόταση για την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την ενδοοικογενειακή βία.

Αναφορικά με τις πεποιθήσεις των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να θυματοποιηθούν ή θυματοποιούνται πιο συχνά, παρατηρείται μια τάση για υιοθέτηση στερεοτυπικών αντιλήψεων, οι οποίες

καλλιεργούνται από την ίδια την κοινωνία στην οποία ζούμε. Για παράδειγμα οι φοιτητές στην παρούσα έρευνα κρίνουν πως οι παντρεμένες γυναίκες είναι αποδέκτες ενδοοικογενειακής βίας σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό τι οι ανύπανδρες γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα οι παντρεμένες γυναίκες θεωρείται πως κακοποιούνται από το σύζυγό τους αρκετά έως πολύ, από το 52,4% των φοιτητών. Εντούτοις, σε σχέση με τις ανύπανδρες γυναίκες, το 66,2% του δείγματος κρίνει πως κακοποιείται από το σύντροφο καθόλου έως λίγο. Πρόκειται για μια εσφαλμένη αντίληψη, αφού μία βίαιη σχέση δεν δύναται να εξυγιανθεί μέσω του γάμου. Προφανώς, όταν μια παντρεμένη γυναίκα κακοποιείται από το σύζυγό της έχει ήδη δεχθεί δείγματα βίαιης συμπεριφοράς κατά την περίοδο της σχέσης που προηγήθηκε του γάμου.

Άλλες στερεοτυπικές αντιλήψεις που αποτυπώνονται μέσω της παρούσας έρευνας αφορούν τις γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τις αλλοδαπές γυναίκες, τις γυναίκες με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τις οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο γυναίκες και τις γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία, οι οποίες πιστεύεται από την πλειοψηφία των ερωτώμενων ότι αρκετά έως πάρα πολύ δέχονται κακοποίηση από το σύντροφο-σύζυγό τους. Παρόμοιες πεποιθήσεις καταγράφονται σε ανάλογες μελέτες. Για παράδειγμα σύμφωνα με τις Taylor και Mouzos (2006), σε μια έρευνα που έλαβε χώρα στην Αυστραλία, καταγράφηκε η πεποίθηση του 58% των συμμετεχόντων ότι η ενδοοικογενειακή βία είναι πιο πιθανό να παρατηρηθεί σε οικογένειες μεταναστών.

Επιπλέον, οι εκτιμήσεις που αποδίδουν την αποδοχή της συντροφικής βίας σε παράγοντες που αναφέρονται στο εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας, μπορούν να εκτιμηθούν ως παράγοντες κινδύνου, αλλά σε καμία περίπτωση ως οι καθοριστικοί παράγοντες που θα οδηγήσουν μια γυναίκα στη θυματοποίηση.

Το γεγονός ότι η επίπτωση της συντροφικής-συζυγικής κακοποίησης εξακολουθεί να είναι αρκετά υψηλή ακόμα και σε χώρες που η γυναίκα έχει χειραφετηθεί και έχει αποκτήσει έναν σχετικά ισότιμο με τον άνδρα ρόλο, καταρρίπτει στερεοτυπικές αντιλήψεις σαν αυτές που προαναφέρθηκαν. Είναι ακόμα πιθανό οι γυναίκες που κατηγοριοποιούν τα θύματα της συντροφικής κακοποίησης, προσδίδοντας τους συγκεκριμένες ετικέτες, να υποεκτιμούν τον κίνδυνο να καταστούν και οι ίδιες κάποια στιγμή στη ζωή τους θύματα ενός αυταρχικού και βίαιου συντρόφου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία το 2008, στην ερώτηση: «Φοβάστε ότι μπορεί να θυματοποιηθείτε;», οι γυναίκες απάντησαν «ΝΑΙ» σε ποσοστό 32%, ενώ το 56% και το 14% του δείγματος πίστευαν πως η συντροφική κακοποίηση κατά των γυναικών είναι αρκετά και πολύ συνηθισμένη αντίστοιχα (Horgan, 2008). Εντούτοις, η επίπτωση της συντροφικής κακοποίησης στην Ιρλανδία υπολογίζεται πως αγγίζει το 15% (Watson and Parsons, 2005), ενώ το 42% των γυναικών ομολογεί πως έχει βιώσει κατά το παρελθόν κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης ή προσβολής της γενετήσιας αξιοπρέπειας (McGee et al., 2002).

Οι απόψεις των φοιτητών στην παρούσα έρευνα σε σχέση με το θύτη χαρακτηρίζονταν επίσης από στερεότυπα, αφού οι άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, με χαμηλό εισόδημα ή χωρίς εργασία καθώς και οι άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εκείνοι που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία θεωρούνται αρκετά έως πολύ πιθανοί θύτες. Οι προκαταλήψεις για βίαιη συμπεριφορά συνοδεύουν βέβαια και τους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, καθώς και εκείνους που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, γεγονός που επιβεβαιώνεται από ένα μεγάλο αριθμό παρόμοιων ερευνών (O'Neil and Morgan, 2010; Burman and Cartmel, 2005; Fikree et al., 2005; Shoham, 2005). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης σε δείγμα 315 αστυνομικών στο Kentucky των ΗΠΑ, οι τελευταίοι είχαν την τάση να θεωρούν πιο σοβαρό το φαινόμενο όταν συνοδευόταν από χρήση ουσιών, γεγονός που υποδεικνύει πιθανή

υποτίμηση του φαινομένου από επαγγελματίες οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας (Logan et al.,2006).

Αναφορικά με την πρόταση ότι η συντροφική βία αποτελεί προσωπικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ζευγάρι, οι απόψεις των φοιτητών δίστανται μεταξύ του 47% που διαφωνεί και του 34,2% που συμφωνεί, με το 18,8% να τηρεί ουδέτερη στάση. Η προσέγγιση του θέματος διαφέρει από έρευνα σε έρευνα. Αναλυτικότερα στην Ιρλανδία, μόνο το 5,7% των ερωτηθέντων συμφωνεί με την παραπάνω πρόταση (Horgan, 2008). Στο Ισραήλ, αντιθέτως, το 49% των ανδρών και το 64% των γυναικών πιστεύουν ότι το περιστατικό βίας είναι προσωπικό ζήτημα και θα πρέπει να διαφυλαχθεί ως οικογενειακό μυστικό (Shoham, 2005). Στην Ιορδανία, επίσης, καταγράφεται ως κοινή πεποίθηση πως η ενδοοικογενειακή βία είναι αυστηρά προσωπικό ζήτημα (Al-Matalka and Hussainat, 2013).

Σύμφωνα με τις Taylor και Mouzos (2006), το 39% των ανδρών του δείγματος και το 23% των γυναικών εκφράζουν την πεποίθηση ότι η αναφορά του περιστατικού κακοποίησης στις αρχές από τη γυναίκα-θύμα απαιτεί ψυχικά αποθέματα από το ίδιο το θύμα, αφού πρόκειται για ένα οικογενειακό ζήτημα που δε πρέπει να γίνει ευρέως γνωστό. Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι η πεποίθηση ότι σύμφωνα με το 90% των γυναικών και το 84% των ανδρών ήταν απίθανο μια γυναίκα να προσφύγει στις αρχές και να αναφέρει το πρόβλημα.

Ωστόσο, η πιο πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2013 για την Αυστραλία μέσω εικοσάλεπτων τηλεφωνικών συνομιλιών και περιελάμβανε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 17.500 ατόμων, ηλικίας 16 ετών και άνω αντικατοπτρίζει μια διαφορετική στάση των Αυστραλών απέναντι στο πρόβλημα, αφού μόνο το 17% θεωρεί πως η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί αυστηρά προσωπικό θέμα που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στα πλαίσια της οικογένειας. Στην ίδια έρευνα, μόνο το 9% των ερωτηθέντων διατυπώνει την άποψη ότι η γυναίκα πρέπει πάση θυσία να

παραμένει στη σχέση, ώστε να διατηρήσει την οικογένεια ενωμένη (NCAS, 2013). Φοιτητές Ιατρικής από τη Σρι Λάνκα, ανέφεραν σε ποσοστό 90% πως το διαζύγιο δεν αποτελεί τη λύση του προβλήματος (Haj-Yahia and Piyanjali de Zoysa, 2007)

Σε αντιδιαστολή με τις παραπάνω έρευνες, στην παρούσα έρευνα, το 12,8% των φοιτητών δήλωσε πως συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω πρόταση και το 15,2% πως συμφωνεί, ενώ το 15% διαφωνεί απόλυτα και το 35,9% μάλλον διαφωνεί. Σ' αυτό σημείο σκόπιμο είναι να παρατηρήσουμε πως οι παραδοσιακές αξίες της ελληνικής οικογένειας που την θέλουν ενωμένη πάση θυσία δε φαίνεται πως έχουν ατονήσει ιδιαίτερα, αφού παρά το γεγονός ότι οι φοιτητές στην πλειοψηφία τους καταδικάζουν την ενδοοικογενειακή βία, δυσανασχετούν για το αν η οικογένεια θα πρέπει να διαλυθεί.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σχεδόν ο ένας στους δύο φοιτητές (45,2%) δήλωσε πως γνωρίζει κάποια γυναίκα που έχει κακοποιηθεί, γεγονός που καταδεικνύει πως πρόκειται για ένα φαινόμενο με το οποίο οι φοιτητές έρχονται συχνά σε επαφή. Ανάλογα υψηλά ποσοστά καταγράφονται σε ευρωπαϊκή έρευνα, όπου το 39% των συμμετεχόντων ομολογούν πως γνωρίζουν γυναίκες-θύματα, που προέρχονται από το φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον και το 22% από τη δουλειά ή το περιβάλλον των σπουδών τους (Special Eurobarometer 344, 2010).

Οι φοιτητές στη συντριπτική πλειοψηφία τους εκφράζουν τη διάθεση να ασχοληθούν με τη γυναίκα-θύμα, σε περίπτωση που έρθουν σε επαφή μαζί της. Ως υψηλής προτεραιότητας ενέργεια θεωρείται η ψυχολογική υποστήριξη της κακοποιημένης γυναίκας και η μεταχείριση της με συμπάθεια, ενώ ακολουθούν η παραπομπή της σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, η παραπομπή της στις κοινωνικές υπηρεσίες και η παραπομπή της σε εισαγγελέα. Σύμφωνα με τη Horgan (2008) στην ερώτηση τι θα κάνατε αν μια φίλης σας δεχόταν κακοποίηση από το σύντροφό της, το 93% ανέφερε πως θα την παρέπεμπαν σε μια τηλεφωνική γραμμή στήριξης, το

87% θα την ενθάρρυνε να αναφέρει το περιστατικό στις αρχές, μόνο το 43% θα έπαιρνε την πρωτοβουλία να το αναφέρει στις αρχές και το 85% θα της πρότειναν την επαφή με έναν κοινωνικό λειτουργό. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5% παραδέχτηκαν ότι θα παρέμεναν άπραγοι.

Σε μία άλλη μελέτη, το 40,5% των φοιτητών ιατρικής από την Σρι Λάνκα, υποστήριζαν πως θα καλούσαν την αστυνομία αν αντιλαμβάνονταν ένα τέτοιο περιστατικό, ενώ το 86,1% υποστηρίζει πως οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να κάνουν περισσότερα για να βοηθήσουν τις κακοποιημένες γυναίκες. Ακόμα το 31,8% συμφώνησε με την πρόταση ότι «Αν μπορούσα να ακούσω μια γυναίκα-θύμα συντροφικής κακοποίησης, θα ήταν καλύτερο από το να παραμείνω άπραγος» (Haj-Yahia and Piyanjali de Zoysa, 2007). Σύμφωνα με τις O'Neil και Morgan (2010) το 43,3% του δείγματός τους, που απαρτιζόταν αποκλειστικά από φοιτητές νοσηλευτικής, δηλώνει πως δεν αισθάνεται καμία συμπάθεια για μια γυναίκα που κακοποιείται από το σύντροφο της και παραμένει σε σχέση.

Όσον αφορά τη μελέτη των Taylor και Mouzos (2006), η πλειοψηφία του δείγματος, ανέφερε πως θα επενέβαινε κυριότερα στην περίπτωση που επρόκειτο για κάποιο μέλος της οικογένειας τους ή κοντινή φίλη, και όχι τόσο εάν επρόκειτο για κάποια άγνωστη. Αυτοί που θα επενέβαιναν επέλεξαν την προσφυγή στις αστυνομικές αρχές (43,5%).

Οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, αναφέρουν πως εμπόδιο στη δράση τους σε περιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης είναι ο φόβος της γυναίκας-θύματος για αντίποινα από το δράστη και η μη επιθυμία της να αλλάξει την κατάστασή της. Σκόπιμο είναι να αναφερθεί ότι ο ένας στους δύο φοιτητές (53,3%) αναφέρουν πως ο φόβος τους για αντίποινα από το δράστη, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την δράση τους, ενώ όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση οι φοιτητές των δύο πρώτων ετών φοβούνται περισσότερο από τους φοιτητές των δύο τελευταίων ετών τα αντίποινα από το δράστη. Η μελέτη των Taylor και Mouzos (2006) αποκάλυψε ποσοστό

της τάξης του 31% των Αυστραλών δε θα αναμειγνύονταν στο πρόβλημα, γιατί θα ανησυχούσαν για την προσωπική τους ασφάλεια, ενώ το 47% δήλωσαν πως ο κυριότερος λόγος είναι πως δεν τους αφορά το θέμα .

Όπως καταγράφεται στην έρευνα της Ανδρουλάκη και των συνεργατών της (2007), ο φόβος για αντίποινα από το δράστη αναδεικνύεται, επίσης ως ένα πολύ και πάρα πολύ σοβαρό εμπόδιο για το 75,2% των συμμετεχόντων νοσηλευτών όσων αφορά τη δράση τους σε περιπτώσεις συζυγικής/συντροφικής κακοποίησης.

Το 77,6% των φοιτητών αναφέρουν πως έχουν ενημερωθεί για την συντροφική κακοποίηση. Ωστόσο, αν λάβουμε υπόψη μας τις στερεοτυπικές απόψεις των ερωτηθέντων, φαίνεται πως η ενημέρωση που είχαν λάβει οι φοιτητές ήταν ανεπαρκής, γι' αυτό και απαιτείται ο σχεδιασμός αποτελεσματικών προγραμμάτων που θα εξυπηρετούν το σκοπό τους. Σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ, αποκαλύφθηκε πως ακόμα και οι νοσηλευτές-τριες που είχαν ενημερωθεί για το φαινόμενο, δεν αποδείχθηκαν αρκετά εξοικειωμένοι, ώστε να δράσουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, πράγμα που τονίζει την ανάγκη συνεχούς εκπαίδευση (Natan και Rais, 2010). Επιπλέον, έχει καταγραφεί ότι οι φοιτητές που δηλώνουν πως έχουν ενημερωθεί για το φαινόμενο έχουν την τάση να υιοθετούν στερεότυπα και μύθους (Blideman, 2010).

Αναφορικά με την παρούσα μελέτη, το Πανεπιστήμιο αναφέρθηκε ως πηγή ενημέρωσης μόνο από το 8,8% του δείγματος, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, αφού προτείνεται η λήψη πρωτοβουλιών από την πανεπιστημιακή κοινότητα για τη σωστή ενημέρωση των φοιτητών. Θα πρέπει ακόμα να τονιστεί ότι παρά το ότι οι φοιτητές αναφέρουν πως έχουν ενημερωθεί για τη γυναικεία κακοποίηση, παραδέχονται πως η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις τους αποτελεί τροχοπέδη για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Ανάλογα, τα $\frac{3}{4}$ του δείγματος της μελέτης των Taylor και Mouzos (2006), ανέφεραν πως είναι ενημερωμένοι για το φαινόμενο, αναφερόμενοι κυρίως στα ΜΜΕ ως πηγές ενημέρωσης.

Επιπρόσθετα, προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τμήματος φοίτησης και της «παραπομπής σε κοινωνικές υπηρεσίες», όπου οι φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής επιλέγουν περισσότερο αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου από ότι οι φοιτητές των άλλων τμημάτων, κάτι που προφανώς δικαιολογείται από το περιεχόμενο των σπουδών των φοιτητών της Νοσηλευτικής, που είναι ανθρωποκεντρικό, καθώς και την κοινωνιολογική προσέγγιση των επιστημών της υγείας.

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να αναφερθεί πως ο δείκτης σοβαρότητας διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάλογα με τη σχολή φοίτησης, με τους φοιτητές Φιλολογίας να θεωρούν πιο σημαντικό το φαινόμενο. Ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά οι φοιτητές Νοσηλευτικής, οι φοιτητές του Τμήματος Ιστορίας Αρχαιολογίας και Διαχείρισης Πολιτιστικών Αγαθών και τελευταίοι οι φοιτητές του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού.

Τέλος, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών (95%) θεωρούν πως τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, θα πρέπει να αναπτύξουν ειδικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση της γυναικείας κακοποίησης, δεδομένου ότι το 91,1% έχει την πεποίθηση ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα περιστατικά. Η ανάγκη για τη δημιουργία και εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων αντιμετώπισης έχει υπογραμμιστεί από ήδη από αρκετούς ερευνητές, αφού τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης θα συμβάλλουν στην παροχή των κατάλληλων και υψηλής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την κάλυψη των αναγκών της γυναίκα-θύματος (EIGE, 2012; Hagemann-White, 2008; Αρτινοπούλου και συν. 2003).

Συμπεράσματα

Συνολικά παρατηρείται στην παρούσα μελέτη πως όσον αφορά τις γυναίκες-θύματα και τους άνδρες-θύτες, οι φοιτητές υιοθετούν μύθους και στερεοτυπικές αντιλήψεις και τείνουν να αποδώσουν το φαινόμενο κυριότερα σε κοινωνικούς παράγοντες. Πρόκειται για μία τάση που παρατηρείται σε αρκετές έρευνες και αναδεικνύει την ανάγκη για αποτελεσματικά προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης των φοιτητών (O'Neil and Morgan, 2010; Haj-Yahia and Schiff, 2007; Bryant and Spencer, 2003; Glick et al., 2002; Sakalli, 2001; Locke and Richman, 1999).

Θεωρώντας πως οι κοινωνικοί παράγοντες καθορίζουν αποκλειστικά την επίπτωση της συντροφικής-συζυγικής κακοποίησης, το σημείο του ενδιαφέροντος μετατοπίζεται από το θύτη στην κοινωνία. Συνεπώς, το πλαίσιο της αντιμετώπισης διευρύνεται και καθίσταται πιο γενικό, ενώ η πιθανή θεραπεία του θύτη περιπλέκεται. Είναι, λοιπόν σκόπιμο να εστιάσουμε στο θύτη και στο θύμα ως κύριους πρωταγωνιστές της νοσηρής σχέσης, ώστε να προτείνουμε συγκεκριμένες θεραπείες με σκοπό είτε την εξυγίανση της σχέσης, είτε την διακοπή της με όρους ειρηνικούς.

Βιβλιογραφικές Αναφορές:

Ξενόγλωσσες Αναφορές:

1. Abramsky Tanya, Devries Karen, Kiss Ligia, Nakuti Janet, Kyegombe Nambusi, Starmann Elizabeth, Cundill Bonnie, Francisco Leilani, Kaye Dan, Musuya Tina, Michau Lori, Watts Charlotte. (2014) Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*, 12:122
2. Ackerson L., Kawachi I., Barbeau E., Subramanian V. (2008) Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3):507–514.
3. Alhusen L. Jeanne, Ray Ellen, Sharps Phyllis, Bullock Linda. (2014) Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Women’s Health*,.
4. Al-Matalka Faisal Ibrahim Mohammad and Hussainat M. Mohammad (2013). Attitudes of Jordanian Youth towards Violence against women. *Asian Social Science*. Vol. 9, No 3.p192-201.
5. Arango D, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Ellsberg M. (2014) Interventions to reduce or prevent violence against women and girls: a systematic review of reviews. Washington, DC: World Bank.
6. Bates LM, Schuler SR, Islam F, Islam K. (2004) Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*. 30(4):190-9.
7. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. (2007) Engaging men and boys in changing gender based inequity in health: evidence from programme interventions. Geneva, World Health Organization.
8. Bailey A Beth. (2010) Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women’s Health*:2 183–197.
9. Bilukha Oleg, Hahn Robert, Crosby Alex, Fullilove Mindy, Liberman Akiva, Moscicki Eve, Snyder Susan, Tuma Farris, Corso Phaedra, Amanda Schofield, Briss Peter, Task Force on Community Preventive Services et al. (2005). The effectiveness of early childhood home

- visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28:11–39.
10. Blideman A. (2010). Nursing students' attitudes towards domestic violence: a quantitative study at Kilimanjaro Christian Medical College, Moshi, Tanzania.
 11. Bonnie Ahn (2002). The perceptions of and attitudes toward partner abuse among first generation Korean-Americans. Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy InThe School of Social Work.
 12. Breiding M., Black M., Ryan G. (2008) Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories. *American Journal of Preventive Medicine*, Published by Elsevier Inc.;34(2).
 13. Bryant, S. A., Spencer, G A. (2003). University students' attitudes about attributing blame in domestic violence. *Journal of Family Violence*, 18(6), 369-376.
 14. Burman Michele and Cartmel Fred (2005). Young People Attitudes towards gendered violence. NHS Health Scotland.
 15. Campbell JC . Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359:1331–1336. 2002 doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295.
 16. Carter Jimmy. Patriarchy and violence against women. *The Lancet*. Published Online November 21, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62217-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62217-0)
 17. Chang Elvi Suherman, Burfoot Christopher Dean (2014) Addressing cultural barriers to the provision of aid for victims of domestic violence in Kuala Lumpur, Malaysia. Student thesis. Bachelor of science in social work. Specialisation in international social work. (To find this article, use the following link:
<http://hig.diva-portal.org/smash/get/diva2:723473/FULLTEXT01.pdf>)
 18. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual violence prevention: beginning the dialogue. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
 19. Cokkinides V.E., Coker A.L., Sanderson M., Addy C., Bethea L. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 1999; 93(5, Part 1), 661-666.
 20. Coker L. Ann, Smith H. Paige, McKeown E. Robert and King J. Melissa. (2000) Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence by Type: Physical, Sexual, and Psychological Battering. *American Journal of Public Health*, 90:553–559.

21. Coker L. Ann, Smith H. Paige, Thompson P. Martie, McKeown E. Robert, Bethea Lesa, Davis. E. Keith. (2002) Social Support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 11(5): 465-476. doi:10.1089/15246090260137644.
22. Coker L. Ann, Davis E. Keith, Arias Ileana, Desai Sujata, Sanderson Maureen, Brandt M. Heather, Smith H. Paige. (2002) Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4)
23. Colucci Erminia, Ghayda Hassan. Prevention of domestic violence against woman and children in low-income and middle-income countries. September 2014, Volume 27, Issue 5, p.350-357.
24. Contreras M, Heilman B, Barker G, Singh A, Verma R, Bloomfield J. Bridges to adulthood: understanding the lifelong influence of men's childhood experiences of violence analyzing data from the International Men and Gender Equality Survey. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW); 2012.
25. Cornelius T., Resseguie N. (2007) Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior* 12; 364-375.
26. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2008) *International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies*, Geneva.
27. Council of Europe (COE), (2006) *Combating violence against women — Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member states*, Equality Division, Directorate-General of Human Rights.
(http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_CDEG%282006%293_E.pdf).
28. Cullinane P., Alpert E., Freund K. (1997). First-year medical student's knowledge of, attitudes toward, and Personal Histories of Family Violence. *Academic Medicine*. Vol. 72; 48-50.
29. Dahlberg L Linda and Butchart Alexander. (2005) State of the science: violence prevention efforts in developing and developed countries, *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 12:2, 93-104.
To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/15660970500086239>
30. Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence – a global public health problem. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, pp. 3–21. Geneva, World Health Organization.

31. Dalal K., Lawoko S., Jansson B. (2010) The relationship between intimate partner violence and maternal practices to correct child behavior : a study on women in Egypt. *Journal of Injury and Violence Res.* Vol. 2(1): 25-33. doi: 10.5249/jivr.v2i1.17
32. Dalal, K., Lee, M. S., Gifford, M. (2012). Male Adolescents' Attitudes Toward Wife Beating: A Multi-Country Study in South Asia. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 437–442. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.09.012
33. Day Tanis, McKenna Katherine and Bowlus Audra, *The Economic Costs of Violence Against Women: An Evaluation of the Literature: A Brief prepared for the Division for the Advancement of Women of the United Nations*, October 2005.
34. De La Rue L, Polanin JR, Espelage DL, Piggot T. D. School-based Interventions to Reduce Dating and Sexual Violence: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 2014:7 DOI: 10.4073/csr.2014.7
35. Devries, K.M., Kishor, S., Johnson, H., Stockl, H., Bacchus, L.J. Garcia-Moreno., C., & Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 2010: 18(36), 158-170.
36. Draucker Claire Burke (2002). "Domestic Violence: The Challenge for Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 7 No. 1, Manuscript 1.
37. Dube R Shanta, Anda F Robert, Edwards J Valerie, Williamson F David, Felitti J Vincent. (2010) Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*. 17(1):3–17.
38. Durose M., Harlow C., Langan P., Motivans M., Rantal R., Smith Er. *Family Violence Statistics: Including Statistics on Strangers and Acquaintances*. U.S. Department of Justice. June 2005. NCJ 207846. (Accessed on <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/fvs10.pdf> in February 2014.)
39. Dutton G. Don. (2012) The prevention of intimate partner violence. *Society for Prevention Research*. Volume 13, Issue 4, p 395-397
40. Ehrensaft K. Miriam, Cohen Patricia. Contribution of Family Violence to the Intergenerational Transmission of Externalizing Behavior. *Society for the Prevention* 2011. Volume 13, Issue 4, pp 370-383.

41. Egenes Kristin, Lidén Eva, Lundgren Ingela . Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2012; 7: 10.3402/qhw.v7i0.11199.
42. Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2014). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet* . Advance online publication: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
43. Ellsberg M, Heise L (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH.
44. Ellsberg M., Jansen H. F. M., Heise L., C. H. Watts, and C. Garcia-Moreno (2010). “Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study,” *The Lancet*, vol. 371, no. 9619, pp. 1165–1172.
45. Ellsberg M., Arango D., Morton M., Gennari F., Kiplesund S., Contreras M., Watts C. (2014) Violence against women and girls 1: Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *The Lancet*. Published online November 21, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
46. European Institute for Gender Equality (EIGE) (2012). *Review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States: Violence against women- Victim Support*. European Union
47. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2012). *FRA survey on women’s well-being and safety in Europe, 2010–13*.
48. European Union Agency for Fundamental Rights. (FRA) (2014) *Violence against women: an EU-wide survey (Main results)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, March. (It can be accessed through the FRA website at fra.europa.eu.)
49. Faramarzi M., Esmaelzadeh S., Mosavi S. (2005) Prevalence, Maternal Complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica* : Vol. 43, No. 2
50. Farrior Stephanie. (2009) *Human Rights Advocacy on Gender Issues: Challenges and Opportunities*. *Journal of Human Rights Practice*, Vol 1, Number 1, pp. 83–100. DOI:10.1093/jhuman/hup002.

51. Fikree Fariyal F., Razzak Junaid A., Durocher Jill (2005). Attitudes of Pakistani men to domestic violence: A study from Karachi, Pakistan. *Journal of Men's Health and Gender*. Vol 2(1): 49-58. doi:10.1016/j.jmhg.2005.01.004. **Published in** Volume: 2 Issue 1: December 3, 2013.
52. Fisher D, Lang KS, Wheaton J.(2010) *Training Professionals in the Primary Prevention of Sexual and Intimate Partner Violence: A Planning Guide*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention.
53. Flury Marianne, Nyberg Elisabeth, Riecher-Rössler Anita. (2010) Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*; 140:w13099.
54. Fulkerson A. Patterson L.S. (2006) *Victimless Prosecution of Domestic Violence in the wake Of Crawford V.* Washington, Published by the Forum on Public Policy. (<http://www.forumonpublicpolicy.com/archive06/fulkerson.pdf>).
55. Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., & Marks, J.S. (1996) Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*; 275(24), 1915-1920.
56. Gevers A, Dartnall E. (2014) The role of mental health in primary prevention of sexual and gender-based violence. *Glob Health Action*; 7: 24741.
57. Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Ferreira, M. C., & de Souza, M. A. (2002). Ambivalent sexism and attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 292-297.
58. Griffin Burke Jessica, O'Campo Patricia, Peak L. Geri. (2006) Neighborhood Influences and Intimate Partner Violence: Does Geographic Setting Matter? *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83, No. 2.
59. Guruse Sepali (2012). Nurse's role in caring for women experiencing Intimate Partner Violence in the Sri Lankan context. International Scholarly Research Network, ISRN Nursing. Article ID 486273, 8 pages.
60. Guterman B. Neil. (2004) Advancing Prevention Research on Child Abuse, Youth Violence, and Domestic Violence. *Emerging Strategies and Issues. Journal of Interpersonal Violence*. Volume 19, p.299-321.
61. Hage S., Romano J., Conyne R., Kenny M., Matthews C., Schwartz J., Waldo M. (2007) *Best Practice Guidelines on Prevention Practice, Research, Training, and Social Advocacy for*

- Psychologists. *The counseling psychologist*, Vol. 35, No. 4, pp 493-566.
DOI: 10.1177/0011000006291411.
62. Hagemann-White, C. (2008), 'Measuring progress in addressing violence against women across Europe', *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*, Vol. 32, No 2.
63. Hagemann-White C, Katenbrink J, Rabe H (2006). *Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States.* Strasbourg: Council of Europe.
64. Hagemann-White C., Kavemann B., Kindler H., Meysen T., Puchert R (2010). *Review of Research on Factors at Play in Perpetration*, developed for the European Commission as part of the feasibility study to assess the possibilities, opportunities and needs to standardise national legislation on gender violence and violence against children.
65. Hahn R, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M, Johnson R, Liberman A, Moscicki E, Price L, Snyder S, Tuma F, Cory S, Stone G, Mukhopadhaya K, Chattopadhyay S, Dahlberg L. (2007) Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*.
66. Haj-Yahia, M. Muhammad (1998). Beliefs about wife beating among Palestinian women. *Violence Against Women*, 4, 533-559.
67. Haj-Yahia M. Muhammad, Schiff Miriam (2007). Definitios of and Beliefs about wife abuse among undergraduate students of social work. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2007; 51; 170 DOI: 10.1177/0306624X06291457.
68. Haj-Yahia M. Muhammad and Uysal Aynur (2008). Beliefs about wife beating among medical students from Turkey. *Journal of family violence*. 23: 119-133.
69. Haj-Yahia M. Muhammad and Piyanjali de Zoysa (2007). Beliefs of Sri Lankan Medical Students about wife beating. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol 22; No 1. p. 26-49.
70. Heise, L.L. (2011). *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview.* Working Paper, STRIVE Research Consortium, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK.
71. Hind A. Beydoun, Ban Al-Sahab, May A. Beydoun, and Hala Tamim. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Canadian Women in the Maternity Experience Survey. *Elsevier Ann Epidemiol* 2010;20:575–583.

72. Horgan Justine, Mühlau Peter, McCormack Philip, Röder Antje (2008). Attitudes to domestic abuse in Ireland. National Office for the prevention of domestic, sexual and gender-based violence. Available online at <http://www.cosc.ie/en/COSC/Cosc%20Attitudinal%20Report%202008%20-%20Amended%2029th%20November%202010.pdf/Files/Cosc%20Attitudinal%20Report%202008%20-%20Amended%2029th%20November%202010.pdf>
73. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. 2013;10(5): e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452.
74. Hughes J Margaret, Jones Loring (2000). Women, Domestic Violence, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Department of Health and Human Services School of Social Work, San Diego State University.
75. Foshee VA, Linder F, MacDougall JE, Bangdiwala S. (2001). Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Preventive Medicine*, 32(2): 128-41.
76. Jaffe P., Sudermann M., Reitzel D., Killip S. (1992) An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, Volume 7, Number 2, pp. 129-146(18).
77. Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD009414. DOI: 10.1002/14651858.CD009414.pub2.
78. Jewkes Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention (*Violence Against Women* III). *The Lancet* 2002; 359: p.1423–29
79. Johnson, Michael P. "Conflict and control gender symmetry and asymmetry in domestic violence." *Violence against women* 12.11 (2006): 1003-1018.
80. Jordan Carol E., Campbell Rebecca, Follingstad Diane, "Violence and Women's Mental Health: The Impact of Physical, Sexual, and Psychological Aggression" (2009). *Journal Articles*. Paper 7.
81. Knickrehm, K., Teske, R. (2000). Attitudes toward domestic violence among Romanian and US university students: A cross-cultural comparison. *Women & Politics*, 21(3), 27–52.
82. Knox E.G.: *Epidemiology in Health Care Planning*, Oxford Medical Publication, New York 1979.

83. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al, eds.(2002) World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
84. Langhinrichsen-Rohling, Turner A. Lisa. The efficacy of an intimate partner violence prevention program with high-risk adolescent-girls: a preliminary test. Society for prevention research 2011.
85. Liebschutz M. Jane, Rothman F. Emily (2012). Intimate Partner Violence: What Physicians can do? The New England Journal of Medicine. 367; 22.
86. Locke, L. M., & Richman, C. L. (1999). Attitudes toward domestic violence: Race and gender issues. *Sex Roles*, 40, 227-247.
87. Logan TK, Shannon Lisa, Walker Robert (2006). Police attitudes towards domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. Volume 21, Number 10, p.1365-1374.
88. Lyon E., Bradshaw J., & Menard A. (2011). Meeting survivors' needs through non-residential domestic violence services and supports: Results of a multi-state study. Final report prepared for the National Institute of Justice. Available at <http://www.vawnet.org/research/MeetingSurvivorsNeeds>
89. McGee H., Garavan R., De Barra M., Byrne I., Conroy R. (2002), *The SAVI Report – Sexual Abuse and Violence in Ireland*, Dublin: Liffey Press
90. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA, McMaster Violence Against Women Research Group: Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *AMA* 2009, 302:493-501
91. Macy R. J., Ferron J., Crosby C. (2009) "Partner violence and survivors' chronic health problems: Informing social work practice," *Social Work*, vol. 54, no. 1, pp. 29–43.
92. Manish Madan (2013). Understanding attitudes toward spousal abuse: Beliefs about wife beating justification amongst men and women in India. Submitted to Michigan State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Criminal Justice – Doctor of Philosophy
93. Maman S., Mbwambo J., Hogan N., Kilonzo G., Campbell J., Weiss El. and Michael S. (2002) HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence: Findings From a Voluntary Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, Vol 92, No. 8.

94. Mancini, J., Nelson, J., Bowen, G. & Martin, J. (2006). Preventing intimate partner violence: A community capacity approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13(1), 203-227.
95. Martin, S.L., Acara, J., & Pollock, M.D. (2012, December). Domestic Violence During Pregnancy and the Postpartum Period. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence. Retrieved 3/4/2014, from: <http://www.vawnet.org>
96. Minh Anita, Matheson I. Flora, Daoud Nihaya, Hamilton-Wright Sarah, Pedersen Cheryl, Borenstein Heidi and O'Campo Patricia. Linking Childhood and Adult Criminality: Using a Life Course Framework to Examine Childhood Abuse and Neglect, Substance Use and Adult Partner Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013.
97. Miller TR, Cohen MA, Wiersema B. Victim Costs and Consequences: A New Look. National Institute of Justice Research Report. Washington (DC): National Institute of Justice, U.S. Department of Justice; 1996. NCJ 155282.
98. Nabors Erin L., Dietz Tracy L., Jasinski Jana L. (2006) Domestic Violence Beliefs and Perceptions Among College Students. *Violence and Victims*, Volume 21(6); 779-795(17).
99. Nasir K. and Hyder A.A. Violence against pregnant women in developing countries: Review of evidence. *European Journal of Public Health*, 2003; 13(2), 105-107.
100. Natan, M. B. and Rais, I. (2010) Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of trauma Nursing*, 17(2), 112-117.
101. National Center for Injury, Prevention and Control. Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. Atlanta(GA): Center for Disease Control and Prevention, 2003.
102. National Community Attitudes Survey (NCAS) (2013). Australians' attitudes to violence against women. Can be accessed at www.vichealth.vic.gov.au/ncas.
103. Nayak, M. B., Byrne, C. A., Martin, M. K., & Abraham, A. G. (2003). Attitudes toward violence against women: A cross-nation study. *Sex Roles*, 49(7/8), 333-342.
104. O'Neil Moira and Morgan Pamela (2010). American Perceptions of sexual violence. Frameworks Institute. Accessed on March 2015 on the webpage http://www.frameworksinstitute.org/assets/files/PDF_sexualviolence/AmericanPerceptionsofSexualViolence.pdf.

105. Pacifici C., Stoolmiller M., Nelson C. (2001). Evaluating a prevention program for teenagers on sexual coercion: A differential effectiveness approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 552-559.
106. Papadakaki M., Tzamalouka GS., Chatzifotiou S., Chliaoutrakis J., (2009) Seeking for risk factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek national sample: the role of self-esteem, *Journal of Interpersonal Violence*.
107. Pennington-Zoellner K., Expanding "community" in the community response to intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 2009. 24: p.539-545.
108. Pico-Alfonso A. Maria, Garcia-Linares M. Isabel, Celda-Navarro Nuria, Blasco-Ros Concepcion, Echeburua Enrique, Martinez Manuela. The impact of Physical, Psychological and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Post-traumatic stress disorder, State Anxiety and Suicide. *Journal of women's health*. Volume 15, number 5, 2006.
109. Poutiainen Marika, Holma Juha. Subjectively Evaluated Effects of Domestic Violence on Well-Being in Clinical Populations. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Nursing*. January 2013. Volume 2013, Article ID 347235, 8 pages
110. Rand M., Rennison C., How Much Violence Against Women is There? From Violence Against Women and Family Violence: Developments in Research, Practice, and Policy, Bonnie Fisher, ed. Washington: Department of Justice, National Institute of Justice, 2004, See NCJ-199701 (To find this article, use the following link: <https://www.ncjrs.gov/app/publications/abstract.aspx?ID=199702>)
111. Rani M., Bonu S. (2009). Attitudes Toward Wife Beating: A Cross-Country Study in Asia. *J Interpers Violence*, 24(8), 1371–1397. doi:10.1177/0886260508322182
112. Reitzel-Jaffe D., Wolfe, D. A. Predictors of relationship abuse among young men. *Journal of Interpersonal Violence* 2001, 16, 99-115.
113. Riggs, DS., Caulfield, M.B., Street AE., Risk for Domestic Violence: Factors Associated with Perpetration and Victimization, *Journal of Clinical Psychology* 56.
114. Rodriguez E, Lasch K E, Chandra P, Lee J. Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: what is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55:172–178.
115. Runciman Steven. The Byzantine Theocracy, 1977 .Ελληνική μετάφραση Ιωσήφ Ροηλίδη : Η βυζαντινή θεοκρατία, εκδ. Δόμος, 1991.

116. Rutherford Alison, Zwi B Anthony, Grove J Natalie, Butchart Alexander. (2007a) Violence: A glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*.61:676–680
117. Rutherford Alison, Zwi B Anthony, Grove J Natalie, Butchart Alexander. (2007b) Violence: A priority for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*.61:764–770.
118. Sakalli N. (2001) Beliefs about wife beating among Turkish college students: The effects of patriarchy, sexism and sex differences. *Sex Roles*. Vol.44: 599-611.
119. Samandari, G., Martin, S.L., Kupper, L.L., Schiro, S., Norwood, T., & Avery, M. (2011). Are pregnant and postpartum women at increased risk for violent death? Suicide and homicide findings from North Carolina. *Maternal and Child Health Journal*, 2011; 15(5), 660-669.
120. Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M., Musekiwa, A., & Zarowsky, C. (2011) A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *PLoS One*.
121. Shapiro D. L., Rinaldi A. (2001). Achieving successful collaboration in the evaluation of sexual assault prevention programs: A case study. *Violence Against Women*. Issue 7, 1186-1201.
122. Shoham Efrat (2005). Gender, Traditionalism, and Attitudes Toward Domestic Violence within a closed community. *International Journal of Offender Therapy and Offender Criminology*. 49 (4), p. 427-449.
123. Snively S. (1994) *The New Zealand Economic Cost of Family Violence*. Wellington (New Zealand): Family Violence Unit, Department of Social Welfare.
124. Special Eurobarometer 344 (2010). *Domestic violence against women Report*. European Commission.
125. Speizer Il. (2010) Intimate Partner Violence Attitudes and Experience among Women and Men in Uganda. *J Interpers Violence*. 25(7): 1224–1241. Published online 2009 Sep 15. doi: 10.1177/0886260509340550.
126. Stith S., Pruitt I., Dees J., Fronce M., Green N., Som A., Linkh D. (2006) Implementing Community-Based Prevention Programming: A Review of Literature. *The Journal of Primary Prevention*. Vol. 27. No 6.
127. Stith M. Sandra (2006). Prevention of Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, Volume 13, Numbers ¾.

128. Sullivan, C.M. (2012). *Advocacy Services for Women with Abusive Partners: A Review of the Empirical Evidence*, Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence. Retrieved month/day year, from: <http://www.dvevidenceproject.org>.
129. Taylor N., & Mouzos M. (2006). *Community attitudes to violence against women survey 2006: A full technical report*. Australian Institute of Criminology, Canberra.
130. Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000) *Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence*, Washigton: National Center for Injury Prevention and Control
131. Tolman R. M., Rosen D. (2001) *Domestic violence in the lives of women receiving welfare. Violence Against Women*, vol. 7, no.2, pp. 141–158.
132. Tumwesigye Mbona Nazarius, Kyomuhendo Grace Bantebya, Thomas Kennedy Greenfield and Rhoda K Wanyenze. *Problem drinking and psysical intimate partner violence against women: Evidence from a national survey in Uganda*. *BMC Public Health* 2012, 12:399.
133. UN General Assembly, *In-depth study on all forms of violence against women : report of the Secretary-General, 6 July 2006, A/61/122/Add.1*, available at: <http://www.refworld.org/docid/484e58702.html> [accessed 9 March 2014]
134. UNICEF. (2012). *Progress for Children - A report card on adolescents (No. 10) (p. 56)*. New York, NY: United Nations Children’s Fund (UNICEF). Retrieved from:
135. http://www.unicef.org/media/files/PFC2012_A_report_card_on_adolescents.pdf
136. United Nations. *In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary General, 6 July 2006*.
137. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response, May 2003*.
138. Walby Sylvia. *The cost of domestic violence*. Women and Equality Unit. September 2004.
139. Walker John. *Estimates of the Costs of Crime in Australia in 1996. Trends and Issues: in Crime and Criminal Justice. No. 72*. (Canberra Australia: Australian Institute of Criminology), 1997.
140. Walker Lenore E. *The Battered Woman Syndrome*. Springer Publishing Company, 2009.
141. Watson D. and Parsons S. (2005), *Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse, NCC/ESRI, Dublin, Stationery Office*. Available online at http://www.irlgov.ie/crimecouncil/downloads/Abuse_Report_NCC.pdf

142. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
143. Whitaker D J, Morrison S, Lindquist C, Hawkins S R, O'Neil J A, Nesius A M, Mathew A, Reese L R. A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior* 2006; 11(2): 151-166
144. WHO. (1994) Declaration on the elimination of violence against women. New York, United Nations (Resolution No A/RES/48/104).
145. WHO (2004). The world health report 2004: changing history. Geneva: World Health Organization.
146. WHO (2004). The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva: World Health Organization.
147. WHO. (2005) Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summery report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization.
148. World Health Organization (2007). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. Geneva.
149. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010) Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization .
150. Wolfe A. David, Jaffe G. Peter. (2003) Prevention of domestic violence and sexual assault. Retrieved December 24, 2014 from the Violence Against Women Online Resources
151. Website, <http://www.vaw.umn.edu/documents/vawnet/arprevent/arprevent.html>
152. Wijma K., Söderquist J., Björklund I., Wijma B. (2000) Prevalence of post-traumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 15, no. 9, pp. 944–958.
153. Yeung H., Chowdhury N., Malpass A., Feder S. G.(2012) Responding to Domestic Violence in general practice: A qualitative study on perceptions and experiences. Hindawi Publishing Corporation *International Journal of Family Medicine*, Volume 2012, Article ID 960523.
154. Yick G. Alice. (2000) Domestic Violence Beliefs and Attitudes in the Chinese American Community. *Journal of Social Service Research* , Vol. 27 (1).

155. Zhu, Y and Dalal, K. (2010). Childhood Exposure to Domestic Violence and Attitude Towards Wife Beating in Adult Life: A Study of Men in India. *Journal of Biosocial Science*, 42(02), 255–269. doi:10.1017/S0021932009990423
156. Zwi K, Woolfenden S, Wheeler DM, O'Brien T, Tait P, Williams KJ. (2007) School based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Ελληνόγλωσσες Αναφορές:

1. Αθανασοπούλου Μ., Καμπά Ε. (2009) «Η ανίχνευση της συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα». Ηλεκτρονικό περιοδικό «Το Βήμα του Ασκληπείου», Τόμος 8ος, Τεύχος 3ο , Ιούλιος –Σεπτέμβριος 2009, σελίδα 181-193.
2. Ανδρουλάκη Ζ, Μερκούρης Α, Ροβίθης Μ, Ζηδιανάκης Ζ, Τσιράκος Δ, Κακαβελάκης Κ, Ανδρουλάκης Ε (2007). Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη. *Νοσηλευτική*, 46(4):545-553.
3. Αρτινοπούλου Β., Φαρσεδάκης Ι. και συν. (2003) Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ), Αθήνα.
4. Βέρση, Μ., (2003), Αστυνομική Ανασκόπηση, Μάρτιος-Απρίλιος 2003, έτος 19ο, τεύχος 218, σελ. 175.
5. Γατσάς, Β., (2006), *Βία κατά των Γυναικών*, Αθήνα: εκδόσεις Καλοκάθη.
6. Διεθνής Αμνηστεία. Δελτίο Τύπου: «Κριτική στο Σχέδιο Νόμου για την αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας. 20 Φεβρουαρίου 2006. (Accessed on <http://www.amnesty.org.gr/criticized-the-draft-law-to-deal-with-domestic-violence>).
7. Διομήδους Μ., Ζήκος Δ., Καμηλέρη Ου., Πιστόλης Ι., Λιάσκος Ι. Μελέτη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας σε δείγμα κακοποιημένων γυναικών. *Νοσηλευτική* 2008, 47(4) 528-536.
8. Κακλαμανάκη Ρ., *Η γυναίκα χτες και σήμερα: Ισονομία, ισότητα αλλά και διαφορετικότητα*. Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 2007.

9. Ζυγά Σοφία, Αθανασοπούλου Μαρία (2009). Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη διαχείριση της οικογενειακής βίας. Από τις παρουσιάσεις του 16^{ου} Παγκόσμιου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. «Μεταβαλλόμενες συνθήκες στην Υγεία: Η Νοσηλευτική και Μαιευτική Συμβολή».
(Accessed on <http://www.cyna.org/16thx/ten.pdf>)
10. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, Σουρτζή Παναγιώτα (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
11. Καρζή Θ., Η γυναίκα στο Μεσαίωνα, Αθήνα 1989
12. Κουκουλές Φαίδων, «Βυζαντινών βίος και πολιτισμός», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1948
13. Μυθολογία Larousse. Εκδόσεις Μεταίχμιο, 2003.
14. Νέστορας Ι. Ν., « Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία », Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1992.
15. Παπαγιαννοπούλου Ε., Γκούβα Μ.(2009). Οι επαγγελματίες υγείας και η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Interscientific health care, Vol 1, Issue 2, p.51-55.
16. Τζαμαλούκα, Γ., Παπαδακάκη, Μ., Χατζηφωτίου, Σ., Χλιαουτάκης, Ι. Συμπεριφορές συναισθηματικής κακοποίησης σε ενήλικα ζευγάρια: ένα υπόδειγμα με ερμηνευτικό παράγοντα τον τρόπο ζωής». ΒΗΜΑ των Κοινωνικών Επιστημών, Τόμος ΙΒ, Τεύχος 46, Καλοκαίρι 2006.
17. Τριχόπουλος Δ. (2002) Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, και Εφαρμογές, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός.
18. Τσιγκρής, Α. Α. *Τα σεξουαλικά εγκλήματα: Εγκληματολογικές προσεγγίσεις της σεξουαλικής βίας*. Αθήνα – Κομοτηνή Εκδόσεις Α.Α. Σάκκουλα 2000.
19. ΦΕΚ Ν.3500/06

Παράρτημα

1. Άδεια Χρήσης του Ερωτηματολογίου



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
(Τ.Ε.Ι) ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ :Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ηράκλειο 12-2-2014

Αξιότιμη κ. Ανδρέα Πάολα Ρόχας,

Σας αποστέλλω το ερωτηματολόγιο που ζητήσατε το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα του Προγράμματος ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ II με τίτλο «Στάσεις και αντιλήψεις του Νοσηλευτικού Προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη»

Το ερωτηματολόγιο αυτό θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών», στα πλαίσια των συμβατικών και ακαδημαϊκών υποχρεώσεων της φοιτήτριας Αναστασασκούλου Πολυξένης στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στη Σπάρτη.

Σας παρακαλώ να με ενημερώσετε για τα αποτελέσματα της έρευνάς σας.

Σας εύχομαι καλή επιτυχία στο έργο σας.

Ζανδρουλάκη Ζαχαρένια

Καθηγήτρια

Προϊσταμένη Τμήματος Νοσηλευτικής/ΣΕΥΠ/ΤΕΙ Κρήτης

ΤΘ 1939

ΤΚ 71004 Ηράκλειο Κρήτης

Email: zandrul@staff.teicrete.gr

Τηλ. 2810379501 - 6947979159

2. Άδεια διανομής Ερωτηματολογίων:

Α. Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού
Λεωφ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών
Πληροφορίες: Άννα Παπαστρατάκου
Τηλ: 2731089658, 2731089661-2 Φαξ: 27310 89657
email: anpapap@uop.gr

Σπάρτη, 21/11/2014

Αρ. Πρωτ.: 180

Προς Αναστοπούλου Πολυξένη
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

ΘΕΜΑ: χορήγηση άδειας για διεξαγωγή έρευνας στο Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού

ΣΧΕΤ: η υπ' αριθμ. πρωτ. 180/21-11-2014 αίτηση προς το ΤΟΔΑ

Κυρία Αναστοπούλου,

Με το παρόν σας γνωστοποιείται ότι σας χορηγείται η άδεια να διεξαγάγετε έρευνα με θέμα «Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση γυναικών» στους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του ΤΟΔΑ.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος Οργάνωσης
και Διαχείρισης Αθλητισμού

Αθανάσιος Κριεμάδης
Καθηγητής

Για την ακρίβεια

Η Γραμματέας της Σχολής



Άννα Παπαστρατάκου

Διεύθυνση : Λεωφ. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών
Τηλέφωνο : 2731089661-2 Fax : 27310-89657
Ηλεκτρονική Διεύθυνση : www.uop.gr , <http://sportmanagement.uop.gr/>
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο : sflorou@uop.gr

Β. Ιστορίας Αρχαιολογίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ, ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ
ΑΓΑΘΩΝ

Διεύθυνση: Ανατολικό Κέντρο
24 100 Καλαμάτα
Τηλέφωνο: 27210-65116
Fax: 27210-65112
[Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: hmcc-secr@uop.gr](mailto:hmcc-secr@uop.gr)

Καλαμάτα, 01 Απριλίου 2014
Αρ. Πρωτ.: 747

Αγαπητή κα Αναστοπούλου,

Σε απάντηση της από 26/02/2014 αίτησής σας προς το Τμήμα μας, ευχαρίστως σας χορηγούμε άδεια για διεξαγωγή της περιγραφόμενης στο έγγραφό σας έρευνας.

Με τιμή
Ο Πρόεδρος του ΠΙΑΔΠΑ

Καθηγητής Αλέξιος Σαββίδης

Γ. Τμήμα Φιλολογίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Τμήμα Φιλολογίας

Καλαμάτα, 1 Απριλίου 2014
Αρ. Πρωτ.: 566

Προς: Κα Αναστοπούλου Πολυξένη
Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και
Διαχείριση Κρίσεων»
Σχολής Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κυρία Αναστοπούλου,

Σας ενημερώνουμε ότι σας χορηγείται η σχετική άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας με θέμα «Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών» στους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος Φιλολογίας, όπως ζητήσατε με πρόσφατο έγγραφό σας.

Με εκτίμηση
Η Πρόεδρος του Τμήματος Φιλολογίας

Γεωργία Ξανθάκη-Καραμάνου
Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Διεύθυνση : Παλαιό Στρατόπεδο – (Ανατολικό Κέντρο)- ΚΑΛΑΜΑΤΑ 24100
Τηλέφωνο : 27210-65115 Fax: 27210-65112 Ηλεκτρονική Διεύθυνση: www.uop.gr
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο : phil-secr@uop.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ταχ/κή Δ/ση: Λεωφόρος Ευσταθίου & Σταματικής

Βαλιώτη και Πλαταιών, 23100 Σπάρτη

Τηλέφωνο: 27310-89720/89722 Fax : 27310-89721

Ηλ/κή Δ/ση : www.uop.gr,

Ηλ/κό Ταχ/μείο : nrsgram@uop.gr

Σπάρτη, 27-3-2015

Αρ. Πρωτ. 1090

**Προς: Την φοιτήτρια του ΠΜΣ "Διοίκηση
Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση
κρίσεων" του Τμήματος Νοσηλευτικής
του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
κα Πολυξένη Αναστοπούλου**

Θέμα: Διαβίβαση χορήγησης άδειας διανομής ερωτηματολογίων

Σε συνέχεια της υπ' αριθμ. πρωτ. 490/24-11-2014 αίτησής σας περί έγκρισης χορήγησης άδειας για την διανομή ερωτηματολογίων σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σας διαβιβάζουμε το εν λόγω Απόσπασμα Πρακτικού της 12^{ης} Συνεδρίασης της Κοσμητείας της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με το οποίο εγκρίνεται το αίτημά σας.

Με εκτίμηση

Η Πρόεδρος του Τμήματος Νοσηλευτικής

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Σοφία Ζυγά



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ
ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ανώνυμο, δομημένο και αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο εργαλείο της μελέτης με θέμα: «Διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών», που εκπονείται στα πλαίσια του Ερευνητικού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Την εν λόγω έρευνα εκπονεί η μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αναστοπούλου Πολυξένη - Νοσηλεύτρια ΠΕ, υπό την επίβλεψη της κας Andrea Paola Rojas Gil, PhD, Επίκουρου Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων, των απόψεων και των στάσεων των φοιτητών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στην κακοποίηση κατά των γυναικών.

Η διαχείριση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου θα γίνει με πλήρη εχεμύθεια. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, ενδιαφερόμαστε μόνο για τη διατύπωση της κρίσης σας με ειλικρίνεια. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας, ενώ θα τα χειριστούμε ως απολύτως εμπιστευτικά. Τέλος, δε θα γίνει καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΑ τα ερωτήματα.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας!

Με εκτίμηση,

Η Επιβλέπουσα

Η Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Andrea Paola Rojas Gil, PhD

Αναστοπούλου Πολυξένη

Επίκουρος Καθηγήτρια

Νοσηλεύτρια ΠΕ



ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: 10 λεπτά

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

1. Αξιολογήστε το φαινόμενο της συντροφικής/ συζυγικής βίας κατά των γυναικών όσον αφορά τη σοβαρότητα του για:					
	Καθόλου 1	Λίγο 2	Αρκετά 3	Πολύ 4	Πάρα Πολύ 5
A. Σωματικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.					
B. Τις ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.					
Γ. Τις ψυχολογικές συνέπειες στα μέλη της οικογένειας.					
Δ. Τις κοινωνικές συνέπειες στη γυναίκα θύμα.					
E. Τις επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή του θύματος.					

2. Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις του γυναικείου πληθυσμού θεωρείτε ότι ασκείται βία, από τον σύζυγο ή το σύντροφο, και σε τι συχνότητα;					
	Καθόλου 1	Λίγο 2	Αρκετά 3	Πολύ 4	Πάρα Πολύ 5
A. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν σωματικά τραύματα.					
B. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν κατάθλιψη ή υπερβολικό άγχος.					
Γ. Στο σύνολο των παντρεμένων γυναικών.					
Δ. Στο σύνολο των ελεύθερων γυναικών.					
E. Στο σύνολο των γυναικών που δεν εργάζονται και είναι οικονομικά εξαρτώμενες από το σύζυγο.					
ΣΤ. Στο σύνολο των γυναικών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.					
Z. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης.					
H. Στο σύνολο των γυναικών νεαρής ηλικίας.					
Θ. Στο σύνολο των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας.					
I. Στο σύνολο των αλλοδαπών γυναικών.					
Ια. Στο σύνολο των γυναικών που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία.					

3. Σε ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις του ανδρικού πληθυσμού θεωρείτε ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άσκησης βίας κατά της συντρόφου/ συζύγου, και σε τι συχνότητα;					
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5
A. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.					
B. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλό εισόδημα ή είναι άνεργοι.					
Γ. Στο σύνολο των ανδρών που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών ή κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.					
Δ. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν βιώσει οι ίδιοι ενδοοικογενειακή βία κατά την παιδική τους ηλικία.					
Ε. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.					
ΣΤ. Στο σύνολο των ανδρών που έχουν ασκήσει έστω και μία φορά βία απέναντι στη σύντροφο/ σύζυγό τους.					

4. Πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις;					
	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Δεν έχω Γνώμη	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
	1	2	3	4	5
A. Η συντροφική βία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.					
B. Η συντροφική βία αποτελεί προσωπικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί μόνο από το ζευγάρι.					
Γ. Η οικογένεια πρέπει να παραμείνει ενωμένη πάση θυσία.					
Δ. Δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με θέματα ενδοοικογενειακής βίας.					
Ε. Θεωρώ ότι τα θέματα ενδοοικογενειακής βίας δεν αφορούν τον επαγγελματικό μου κλάδο.					
ΣΤ. Οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναρτήσουν αφίσες η και να διανείμουν φυλλάδια σχετικά με τη συντροφική βία.					
Ζ. Πρέπει το ιατρικό προσωπικό να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας.					
Η. Πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνεται για θέματα συντροφικής βίας.					

4. Πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις; (συνέχεια)					
	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Δεν έχω Γνώμη	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
	1	2	3	4	5
Θ. Νιώθω άβολα να ρωτήσω μια φίλη μου αν κακοποιείται από τον σύντροφο ή το σύζυγό της.					
Ι. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας δεν αντιμετωπίζουν με σωστό τρόπο τα περιστατικά κακοποίησης των γυναικών.					
Ια. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν ένα επαγγελματικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης της γυναικείας κακοποίησης.					
Ιβ. Η άσκηση συντροφικής ψυχολογικής βίας προκαλεί ψυχολογικά προβλήματα.					

5. Γνωρίζετε κάποια γυναίκα που έχει υποστεί κακοποίηση ή έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με γυναίκα που έχει κακοποιηθεί; Α. ΝΑΙ Β. ΟΧΙ

6. Σε περίπτωση που έρθετε σε επαφή με μία γυναίκα που έχει υποστεί συντροφική βία, τι από τα παρακάτω θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να κάνετε;
Απαντήστε με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ και κατατάξτε κάθε ενέργεια σας, με κριτήριο την προτεραιότητα που αποδίδετε στην κλίμακα 1-5 (5 μεγάλη προτεραιότητα και 1 η μικρότερη προτεραιότητα).

			Βαθμός προτεραιότητας				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	2	3	4	5
A. Τη μεταχείριση με συμπάθεια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
B. Την ψυχολογική της υποστήριξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Γ. Την παραπομπή της σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Δ. Την παραπομπή της στις κοινωνικές υπηρεσίες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ε. Την παραπομπή της σε εισαγγελέα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ΣΤ. Τι άλλο; Παρακαλώ αναφέρετε. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

7. Ποια από τα παρακάτω εμποδίζουν κατά τη γνώμη σας τη δράση σας , σε περιπτώσεις συντροφικής κακοποίησης;

Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ και κατατάξτε την κάθε παρέμβαση με κριτήριο την προτεραιότητα που αποδίδεται για την παρέμβαση στην κλίμακα 1-5 (5 μεγάλη προτεραιότητα και 1 η μικρότερη προτεραιότητα).

			Βαθμός προτεραιότητας				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	2	3	4	5
A. Η ανεπαρκής εκπαίδευση/γνώσεις αντιμετώπισης της συντροφικής βίας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
B. Η μη επιθυμία της γυναίκας θύματος να αλλάξει την κατάστασή της.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Γ. Ο φόβος της γυναίκας θύματος για αντίποινα από τον σύντροφο/ σύζυγο, που δεν την αφήνει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Δ. Ο δικός σας φόβος για αντίποινα από το δράστη ή το οικογενειακό του περιβάλλον.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ε. Ο φόρτος εργασίας σας ή οι προσωπικές υποχρεώσεις που δε σας αφήνουν να αφιερώσετε χρόνο στη γυναίκα θύμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ΣΤ. Τι άλλο; Παρακαλώ αναφέρετε. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Γυναίκα Άνδρας

Ηλικία: _____

Σχολή και Τμήμα Φοίτησης:

1. Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής.

A. Τμήμα Νοσηλευτικής.

B. Τμήμα Διαχείρισης και Οργάνωσης Αθλητισμού.

2. Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών και Πολιτισμικών Σπουδών

A. Τμήμα Ιστορίας, Αρχαιολογίας και Διαχείρισης Πολιτισμικών Αγαθών.

B. Τμήμα Φιλολογίας.

3. Έτος Φοίτησης:

1° 2° 3° 4°

4. Τόπος καταγωγής:

- | | |
|---|---|
| α. <input type="checkbox"/> Πελοπόννησος | στ. <input type="checkbox"/> Θράκη |
| β. <input type="checkbox"/> Στερεά Ελλάδα | ζ. <input type="checkbox"/> Νησιά Αιγαίου |
| γ. <input type="checkbox"/> Θεσσαλία | η. <input type="checkbox"/> Νησιά Ιονίου |
| δ. <input type="checkbox"/> Ήπειρος | θ. <input type="checkbox"/> Κρήτη |
| ε. <input type="checkbox"/> Μακεδονία | |

5. Μορφωτικό Επίπεδο Γονέων

A. Μητέρα:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΤΕΙ/ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακός τίτλος

B. Πατέρας:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΤΕΙ/ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακός τίτλος

6. Σε ποια εισοδηματική κλίμακα θα τοποθετούσατε το Ετήσιο Οικογενειακό σας Εισόδημα;

- Έως 5.000 €.
- 5.000€-10.000€
- 10.000€-15.000€
- Πάνω από 15.000€

7. Έχετε ενημερωθεί ποτέ για το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών; ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Εάν ναι:

A. Πότε ήταν η τελευταία φορά; _____

B. Από ποια πηγή;

- Πανεπιστήμιο.
- Ενημερωτικά Φυλλάδια.
- TV/ Σινεμά.
- Ραδιόφωνο
- Άλλη πηγή. Αναφέρετε ποια: _____

Ευχαριστούμε Πολύ για το χρόνο σας!