

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Μαρία Πενταράκη*

Περίληψη

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες το κοινωνικό πρόβλημα της βίας κατά των γυναικών έχει αναγνωριστεί από τη διεθνή ερευνητική κοινότητα ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή όχι μόνο των ενηλίκων, αλλά και των εφήβων γυναικών. Σύμφωνα με το ψήφισμα 49.25 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην έκτη συνάντηση ολομέλειας της 25ης Μαΐου 1996, η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Σε αυτήν τη δημοσίευση, μέσω μίας βιβλιογραφικής επισκόπησης και μέσω στοιχείων από τη διδακτορική διατριβή της γράφουσας παρουσιάζονται οι σωματικές συνέπειες της συντροφικής βίας στις έφηβες γυναίκες και προβάλλεται η αναγκαιότητα παρέμβασης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, και δη, των κοινωνικών υπηρεσιών ως προς την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών. Τέλος, οι προτάσεις μας μπορούν να αποτελέσουν έναν χρήσιμο οδηγό προς κάθε κοινωνική υπηρεσία που λειτουργεί στα πλαίσια ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και θέλει να ενεργοποιήσει τους υπόλοιπους συντελεστές του συστήματος ως προς την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η βία κατά των γυναικών είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που διατρέχει το σύνολο των κοινωνιών, ανεξάρτητα από εθνικότητα και φυλή¹ και διαπερνά την κάθε γυναίκα ανεξαρτήτως τάξης και ηλικίας. Το κοινωνικό πρόβλημα της βίας κατά των γυναικών ταυτίζεται με τις απαρχές της κοινωνι-

* Επιστημονική συνεργάτιδα (Ph.D) στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, τομέας Κοινωνικής Εργασίας στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

1. Το κοινωνικό πρόβλημα της βίας κατά των γυναικών έχει τεκμηριωθεί τα τελευταία τριάντα χρόνια από μία πλούσια βιβλιογραφία που ασχολείται με το θέμα της βίας κατά των γυναικών. Βλ. ενδεικτικά: Dobash R.E. και Dobash R., 1979. *Violence against Wives: A Case against the Patriarchy*. New York: Free Press. Straus M.A., Gelles R.J. & Steinmetz S.K., 1980. *Behind Closed Doors*. Garden City, NY: Doubleday. Evanson E., 1982. *Hidden Violence. A study of Battered Women in Northern Ireland*. Belfast: Farcet Cooperative Press. Finkelhor D. & Yllo K., 1985. *License to Rape: Sexual Abuse of Wives*. New York: Holt, Rinehart & Winston. Bachman R. & Saltzman L.E., 1995. *Violence Against Women: Estimates From the Redesigned Survey*. Bureau of Justice Statistics Special Report, Washington, DC: US Dept of Justice, Office of Justice Programs; Publication NCJ 154348. Bagshaw D., Chung D., 2000. *Women, Men and Domestic Violence*. Commonwealth of Australia, Partnership Against Domestic Violence on Line Resources: padv.dpmc.gov.au/aswpdf/w-m-dv.pdf. University of South Australia. European Policy Action Center on Violence Against Women. 1999. *Unveiling the Hidden Data on Domestic Violence in the EU*. The European Women's Lobby.

κής οργάνωσης σε πατριαρχικές κοινωνίες (Dobash 1979).² Στην Ελλάδα, τα τελευταία μόνο χρόνια έχει αναγνωριστεί ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών ενήλικων γυναικών (Αδαμάκη 2000· Chatzifotiou & Dobash 2001).³ Όμως, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η συντροφική βία αγγίζει τη ζωή των εφήβων γυναικών σε εξίσου ανησυχητικά μεγέθη. Τα κρούσματα βίας και κακοποίησης στις εφηβικές συντροφικές σχέσεις έχουν καταγραφεί και αναδειχτεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, το ζήτημα όμως της βίας που υφίστανται οι έφηβες στις συντροφικές τους σχέσεις δεν έχει ακόμα αναγνωριστεί ως πρόβλημα στην Ελλάδα. Η πρώτη και μοναδική προσπάθεια διερεύνησης του θέματος αφορά μία έρευνα που εκπόνησε η γράφουσα σε 15 ανυπηρετούμενα λύκεια της ευρύτερης περιοχής της πρωτεύουσας, από όπου αντλήθηκαν στοιχεία με τη χρήση ερωτηματολογίου θυματολογικού περιεχομένου από 600 έφηβες, μαθήτριες λυκείου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σχεδόν η μία στις δύο έφηβες μαθήτριες δήλωσε ότι υφίσταται στη συντροφική της σχέση κάποιας μορφής βία (σωματική ή σεξουαλική ή ψυχολογική). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας (σχεδόν μία στις δύο έφηβες - 47%) είναι η ψυχολογική βία. Ακολουθούν η σεξουαλική βία, που εκδηλώνεται συνήθως με τη σεξουαλική επιθετική συμπεριφορά και η σωματική βία, όπου μία στις τρεις έφηβες (38% και 35% αντίστοιχα) δηλώνει ότι τις έχει υποστεί. Επιπλέον, από τις έφηβες που έχουν υποστεί σωματική βία βρέθηκε ότι η μία στις τρεις έχει υποστεί κάποιο είδος τραυματισμού (Πενταράκη Μ. 2003, αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο).

Πολλές γυναίκες που υφίστανται βία στη συντροφική τους σχέση απευθύνονται στο σύστημα περίθαλψης για βοήθεια (Berrios & Grady, 1991. Bowker & Maurer, 1987). Το Υπουργείο Δικαιοσύνης των Η.Π.Α. επισημαίνει ότι το 37% των γυναικών που απευθύνονται στα επείγοντα των νοσοκομείων εξαιτίας τραυματισμών που προέρχονται από την άσκηση βίας αφορούν περιστατικά γυναικών που έχουν κακοποιηθεί από τον σύζυγο / σύντροφό τους (U.S. Department of Justice, 1997).

Σύμφωνα με το ψήφισμα 49.25 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην έκτη συνάντηση ολομέλειας της 25ης Μαΐου 1996, η άσκηση βίας κατά των γυναικών αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας (WHO, 2002)⁴ που πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί. Η βία είτε είναι σωματική είτε σεξουαλική ή ψυχολογική προκαλεί σημαντικά προβλήματα υγείας στις γυναίκες / έφηβες που την υφίστανται (Coker κ.ά. 2000).⁵ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει τις συνέπειες της βίας σε σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Σε αυτήν τη δημοσίευση επιλέγουμε να εστιάσουμε στις σωματικές συνέπειες γιατί αυτές είναι οι πιο άμεσα αναγνωρίσιμες από το σύστημα περίθαλψης.

2. Βλ. σχετικά Dobash R.E. και Dobash R., 1979. *Violence against Wives: A Case against the Patriarchy*. New York: Free Press.

3. Αδαμάκη Ν., 2000. *Έρευνα για τη βία των γυναικών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας. Chatzifotiou S. & Dobash R., 2001. «Seeking informal support: Marital violence against women in Greece». *Violence against women: An International and Interdisciplinary Journal*. 7, 9: 124-151, [Special Issue: Global examples of Violence Against Women].

4. WHO, 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

5. Coker A.L., McKeown R.E., Sanderson M., Davis K.E., Valois R.F., Huebner E.S., 2000. «Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students», *American Journal of Preventive Medicine* 19Q 220-227.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Henton κ.ά. 1983. Moskowitz κ.ά. 2001. Silverman, Raj, Mucci & Hathaway, 2001. Coker κ.ά., 2000. Perkins και Luster 1999) οι σωματικές συνέπειες συμπεριλαμβάνουν:

- σωματικούς τραυματισμούς
- ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- ευπάθεια στις ασθένειες
- κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών
- επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους

Αναλυτικά:

• **Σωματικοί τραυματισμοί**

Οι σωματικοί τραυματισμοί περιλαμβάνουν ένα ευρύ πεδίο, από εκδορές, γρατζουνιές, μώλωπες, έως και ανθρωποκτονία.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες που αφορούν τον εφηβικό πληθυσμό τα πιο συνηθισμένα τραύματα είναι οι εκδορές, οι γρατζουνιές και τα στραμπούληγμα (Henton κ.ά. 1983. Moskowitz κ.ά. 2001).⁶ Αυτά τα συμπεράσματα επιβεβαιώθηκαν και από τα αποτελέσματα της διδακτορικής διατριβής της υπογράφουσας (Πενταράκη, 2003). Με βάση τα πορίσματά της, τα πιο συχνά τραύματα είναι το στραμπούληγμα και ακολουθούν οι θλάσεις και οι κακώσεις μυών.

• **Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**

Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν πολύ συχνά σε σχέσεις βίας και αυτό γιατί οι κακοποιημένες γυναίκες δεν τολμούν, βέβαια, να ζητήσουν τη χρήση προφυλακτικού. Σύμφωνα με την έρευνα των Silverman, Raj, Mucci & Hathaway (2001)⁷, η οποία βασίστηκε σε στοιχεία από το Massachusetts Youth Risk Behaviour Survey και πραγματοποιήθηκε το 1997 και το 1999 αντίστοιχα, οι έφηβες που είχαν υποστεί βία από τον σύντροφό τους διέτρεχαν τέσσερις με πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες απ' ό,τι συνομήλικές τους που δεν είχαν ανάλογη εμπειρία. Με βάση πορίσματα προερχόμενα από την Ελλάδα (Πενταράκη, 2003) υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να είναι πιθανή συνέπεια σε μια σχέση, αφού ένα ποσοστό 5,2% των εφήβων κοριτσιών δήλωσαν ότι το αγόρι τους αρνήθηκε να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό αν και του ζητήθηκε. Αυτά τα αποτελέσματα σε συνδυασμό με την έμμεση επιβολή που επικρατεί σε σχέσεις σωματικής ή ψυχολογικής βίας πρέπει να ληφθούν υπόψη σε οποιοδήποτε πρόγραμμα αγωγής υγείας που σχετίζεται με θέματα σεξουαλικής αγωγής.

• **Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**

Όπως είναι φυσικό, όταν οι έφηβες δεν μπορούν να διαπραγματευτούν τη χρήση προφυλακτικού, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μία πραγματικότητα που μπορεί να έχει

6. Βλ. Henton J.M., Cate R.M., Koval J.E., Lloyd S.A. & Christofer F.S., 1983. «Romance and violence in dating relationships», *Journal of Family Issues* 3: 467-482. Moskowitz H., Griffith J., Dscala C., Sege R., 2001. «Serious injuries and deaths of adolescent girls resulting from interpersonal violence: Characteristics and trends from the United States, 1989-1999», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 55: 903-918.

7. Βλ. Silverman J.G., Raj A., Mucci L., Hathaway J., 2001. «Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality», *The Journal of the American Medical Association* 286(5): 572-588.

και θανατηφόρες συνέπειες όπως στις περιπτώσεις της μετάδοσης του ιού του AIDS. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δημοσιεύσει πολυάριθμες εκθέσεις, που εφιστούν την προσοχή στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη βία και στην εξάπλωση του ιού του AIDS, ιδιαίτερα στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. Με βάση τα αποτελέσματα της έκθεσης του Human Rights Watch (2001)⁸, ένα 20% των κοριτσιών στο Νότιο Γιοχάνεσμπουργκ έχει υποστεί κάποια μορφή σεξουαλικής βίας έως την ηλικία των 18 ετών.

• **Ευπάθεια στις ασθένειες**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί, αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σοβαρά προβλήματα υγείας. Υποστηρίζεται ότι αυτή η προδιάθεση σε προβλήματα υγείας ίσως οφείλεται στο εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, εξαιτίας αγχωτικών καταστάσεων. Σύμφωνα με την έρευνα των Coker κ.ά. (2000)⁹, σε δείγμα 1.152 γυναικών, ηλικίας 18 έως 65 ετών, οι οποίες νοσηλεύονταν σε δύο πανεπιστημιακά κέντρα υγείας, διαπιστώθηκε ότι η άσκηση ψυχολογικής βίας εναντίον γυναικών σχετίζεται με ένα σύνολο από σωματικές ασθένειες όπως κάποιο είδος αναπηρίας που εμποδίζει τη γυναίκα από το να δουλέψει, αρθρικά, χρόνιο πόνο, ημικρανίες και άλλου τύπου πονοκεφάλους, βραδυγλωσσία, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, έλκος στομάχου, σπαστική κολίτιδα, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

• **Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών**

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες που κακοποιούνται αυξάνουν σημαντικά το κάπνισμα καθώς και τη χρήση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν τέτοιες εμπειρίες. Έρευνες που έχουν γίνει σε τοξικομανείς γυναίκες (έφηβες και ενήλικες) έχουν βρει ότι το ποσοστό των τοξικομανών γυναικών που υφίστανται ή έχουν υποστεί βία είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι το ποσοστό που ισχύει για το γενικό πληθυσμό. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Silverman κ.ά. (2001)¹⁰, σύμφωνα με την οποία οι έφηβες που υφίστανται βία κάνουν με μεγαλύτερη συχνότητα χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ και ταμπάκου.

• **Επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους**

Ένα ακόμα συμπέρασμα από την έρευνα των Silverman, Raj, Mucci & Hathaway (2001)¹¹ είναι ότι οι έφηβες που υφίστανται βία προβαίνουν συχνότερα σε επιβλαβείς συμπεριφορές όπως η χρήση χαπιών απώλειας βάρους, η χρήση διουρητικών και ο εξαναγκαστικός εμετός. Όπως αναφέρεται στην ίδια έρευνα, αυτές οι παρατηρήσεις συμφωνούν και με την ερευνητική δουλειά προηγούμενων ετών όπως αυτή των Perkins και Luster (1999), οι οποίοι βρήκαν ότι οι έφηβες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία αντιμετωπίζουν συχνότερα ανωμαλίες στις διατροφικές τους συνήθειες.

8. Βλ. Human Rights Watch., 2001. *Criminal Justice? Tackling Sexual Abuse in Schools*, <http://www.hrw.org/reports/2001/safrica/ZA-FINAL.html>

9. Βλ. Coker A.L., McKeown R.E., Sanderson M., Davis K.E., Valois R.F., Huebner E.S., 2000. «Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students», *American Journal of Preventive Medicine*, 19: 220-227.

10. Βλ. Silverman J.G., Raj A., Mucci L., Hathaway J., (2001). «Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality», *The Journal of the American Medical Association* 286(5): 572-588.

11. Στο ίδιο.

Μεθοδολογία της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας

Η έρευνα αποτελεί τη διδακτορική διατριβή της γράφουσας που εκπονήθηκε στο τμήμα Κοινωνιολογίας, τομέα εγκληματολογίας του Πάντειου Πανεπιστημίου. Πρόκειται για επιτόπια έρευνα πεδίου, η οποία εστιάζει στην έκταση, τις μορφές και τις συνέπειες της βίας που υφίστανται έφηβες γυναίκες, μαθήτριες λυκείου, στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο. Στα πλαίσια της παρούσας δημοσίευσης θα παρουσιαστούν στοιχεία που αφορούν τις σωματικές συνέπειες της βίας.

Διαδικασία δειγματοληψίας

Η λήψη του δείγματος έγινε από δεκαπέντε ενιαία λύκεια της ευρύτερης περιοχής της πρωτεύουσας. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσουμε να διαμορφώσουμε όσο γίνεται πληρέστερη εικόνα για τις κύριες βασικές περιοχές του πολεοδομικού συγκροτήματος της πρωτεύουσας. Τα ενιαία λύκεια στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα ανήκουν σε αυτές τις περιοχές και η επιλογή τους έγινε με κριτήριο τη διαφοροποίηση των συνθηκών διαβίωσης, ανάλογα δηλαδή με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των κατοίκων, το κόστος κατοικίας, τη σύνθεση πληθυσμού κ.λπ. Αρχικά επιλέχθηκαν τέσσερις ανεξάρτητοι δήμοι της ελληνικής πρωτεύουσας και μια περιοχή του κέντρου της Αθήνας. Γενικά, τα κυριότερα χαρακτηριστικά των δήμων μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

Ο *Δήμος Κηφισιάς* κατατάσσεται στους πιο ακριβούς δήμους της πρωτεύουσας και η κυρίαρχη χρήση γης είναι η κατοικία, η οποία έχει σχεδόν αποκλειστικό χαρακτήρα.

Ο *Δήμος Ηλιουπόλεως* αποτελεί έναν μεσοαστικό δήμο, αρκετά πολυπληθή και με έντονη οικιστική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια.

Ο *Δήμος Περιστερίου* είναι ένας από τους οικονομικά ασθενέστερους δήμους της πρωτεύουσας. Στον δήμο υπάρχουν φτωχογειονιές και κάποια βιομηχανική δραστηριότητα.

Ο *Δήμος Πειραιά* είναι αρκετά πολυπληθής και ανομοιογενής δήμος, με ποικίλες περιοχές και με ποικίλες χρήσεις γης.

Η *περιοχή της Κυψέλης*, στο κέντρο της Αθήνας, χαρακτηρίζεται από έντονη εμπορική δραστηριότητα, μεγάλη πληθυσμιακή συγκέντρωση και ανομοιογένεια. Επίσης, σε αυτή την περιοχή κατοικούν πολλοί μετανάστες και μετανάστριες.

Στη συνέχεια, με βάση την αναλυτική κατάσταση των λυκείων, όπως αυτή δίνεται από το Τμήμα Ερευνών, Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, και σε συνδυασμό με τις Γενικές Διευθύνσεις της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης όπου ανήκουν, επιλέχθηκαν τρία λύκεια από κάθε δήμο και ακολουθήθηκε συγκεκριμένη μεθοδολογία, η οποία δεν αναφέρεται για να προστατευτεί η ανωνυμία των εφήβων που ρωτήθηκαν.

Η άδεια διεξαγωγής της έρευνας δόθηκε από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο στις 17 Απριλίου 2002, πολύ κοντά στο τέλος του σχολικού έτους. Η μικρή διάρκεια του διαθέσιμου σχολικού χρόνου μέχρι τη λήξη του σχολικού έτους έκανε την προσπάθειά μας να τηρήσουμε το αρχικό ερευνητικό μας πλάνο ένα δύσκολο εγχείρημα. Οι αντικειμενικοί περιορισμοί είχαν να κάνουν με τη μεσολάβηση των πασχαλινών διακοπών, το προληπτικό ολιγόημερο κλείσιμο των συγκεκριμένων σχολείων για λόγους δημόσιας υγείας, την απουσία της Γ' τάξης λυκείου εξαιτίας της προγραμματι-

σμένης επατήμερης εκδρομής τους. Αυτά τα γεγονότα υπέβαλαν τους/τις περισσότερους/ες διευθυντές/ντριες των σχολικών μονάδων σε μια έντονη προσπάθεια να αξιοποιήσουν στο μέγιστο το χρονικό διάστημα που απέμενε για την κάλυψη της διδακτέας ύλης, με συνέπεια η διαδικασία της δειγματοληψίας να διαμορφωθεί με βάση τη δυνατότητα κάθε σχολικής μονάδας και κάθε σχολικής τάξης να διαθέσει το χρόνο, προκειμένου να λάβουν μέρος στη διεξαγωγή της έρευνας. Το αποτέλεσμα ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας να προέρχεται από την Α' λυκείου. Οι διδακτέες ώρες που χρησιμοποιήθηκαν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν κυρίως ώρες ξένων γλωσσών και φυσικής αγωγής.

Τα υποκείμενα της έρευνας

Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν οι μαθήτριες αυτών των τμημάτων. Ο αριθμός των ερωτώμενων ήταν 600 μαθήτριες λυκείου, από τις οποίες οι:

- 270 (45%) φοιτούσαν στην Α' λυκείου
- 166 (27,7%) φοιτούσαν στη Β' λυκείου και
- 164 (27,3%) φοιτούσαν στη Γ' λυκείου

Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας και η επιλογή του

Τα στοιχεία της έρευνας αντλήθηκαν με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου θυματολογικού περιεχομένου.

Ακολουθώντας τη φεμινιστική ερευνητική πρακτική, θέσαμε ως αφετηρία εννοιολογικού προσδιορισμού πολλαπλά επίπεδα αναφοράς για να είναι δυνατόν να καταγραφεί με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια η εμπειρία των γυναικών. Στην Ελλάδα οι περισσότερες θυματολογικού τύπου έρευνες εστιάζουν σε νομικές προσεγγίσεις. Το να εσιτάσουμε όμως στο νομικό πεδίο σημαίνει να περιοριστούμε στις ερμηνευτικές πρακτικές των νομοθετών του 1983. Αντίθετα με την ελληνική ερευνητική πρακτική, δεν θελήσαμε να επικεντρωθούμε στο νομικό προσδιορισμό της βίας, λόγω των περιορισμένων ορίων που θέτουν οι ρυθμίσεις του 1983. Ως εκ τούτου, η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου της έρευνας βασίστηκε:

1. Σε έρευνες που διαπραγματεύονται το θέμα της βίας που υφίστανται οι έφηβες στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο.
2. Στις διατάξεις του ποινικού κώδικα.
3. Στο ενημερωτικό υλικό κλινικών δομών, που παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, αντιμετώπισης και παρέμβασης σε θέματα βίας.
4. Στις εμπειρίες στελεχών του γυναικείου κινήματος και υποστηρικτικών δομών (Κέντρο Υποδοχής Κακοποιημένων Γυναικών, υποστηρικτική τηλεφωνική γραμμή κακοποιημένων γυναικών της Θεσσαλονίκης), που ασχολούνται με το θέμα της βίας. Στη φάση σύνταξης του ερωτηματολογίου, έγιναν συναντήσεις στις οποίες παρουσιάστηκε το ερωτηματολόγιο και έγιναν μικρές παρατηρήσεις.
5. Στην πολύχρονη κλινική επαγγελματική εμπειρία της συγγραφέως με γυναίκες που έχουν υποστεί βία.
6. Στις εμπειρίες βίας που έχουν υποστεί νέες γυναίκες στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο. Στο στάδιο διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου, έγιναν συναντήσεις με μαθήτριες λυκείου με αντικείμενο συζήτησης τις εμπειρίες τους.
7. Στα σχετικά ψηφίσματα διεθνών οργανισμών και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.

Στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η κύρια μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας ήταν η παρουσίαση των κατανομών συχνοτήτων των επιμέρους μεταβλητών και το στατιστικό πακέτο ανάλυσης κοινωνικών επιστημών SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), το οποίο αποτελεί το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή για την ανάλυση κοινωνιολογικών ερευνητικών στοιχείων.

Οι κυριότερες μεταβλητές της έρευνας που παρουσιάζουμε σ' αυτή τη δημοσίευση είναι:

- η έκταση της σωματικής βίας
- οι σωματικοί τραυματισμοί

Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Η άσκηση της σωματικής βίας απέναντι στις έφηβες αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνάς μας, 171 έφηβες (35,2%) από τις 486 που είχαν συντροφική σχέση, δήλωσαν ότι έχουν αντιμετωπίσει τουλάχιστον δύο μορφές σωματικής βίας (πίνακας 1). Από τις 171 έφηβες που έχουν υποστεί σωματική βία ένα ποσοστό 29% δήλωσε ότι έχει τραυματιστεί (πίνακας 2).

Πίνακας 1: Έκταση της σωματικής βίας		
Απάντηση	Αριθμός ερωτηθεισών	Ποσοστό ερωτηθεισών
Ναι	171	35,2%
Όχι	315	64,8%
Σύνολο	N = 486	100,0%

Πίνακας 2:		
Αριθμός εφήβων που έχουν υποστεί σωματική βία με τραυματισμό		
Απάντηση	Αριθμός ερωτηθεισών	Ποσοστό ερωτηθεισών
Ναι	50	29%
Όχι	121	71%
Σύνολο	N = 171	100%

Όσον αφορά τα τραύματα που υπέστησαν οι έφηβες, αυτές ανέφεραν ότι το πιο συχνό τραύμα ήταν το στραμπούληγμα και κατόπιν οι θλάσεις και οι κακώσεις μυών. Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τα είδη τραύματος που υπέστησαν οι 50 έφηβες (πίνακας 2) σε 54 σχέσεις που είχαν από τις οποίες 13 αφορούσαν τωρινές σχέσεις, οι 26 αμέσως προηγούμενες σχέσεις και οι 15 παλαιότερες.

Πίνακας 3: Είδη τραύματος	
Είδος τραυματισμού	Σύνολο Σχέσεων
Γρατζουνιές/εκδορές	7
Στραμπούληγμα	22
Μώλωπες/Πρήξιμο (οίδημα)	10
Θλάσεις/Κακώσεις μυών	21
Αιμορραγία στη μύτη	2
Κάκωση κεφαλής από τράβηγμα ή ξερίζωμα μαλλιών	7
Λοιπές κακώσεις	8
Μαυρισμένο μάτι	2
Ράγισμα οστού	1
Σπάσιμο/κάταγμα οστού (πόδι, χέρι, πλευρά, κ.λπ.)	1
Κάποιο άλλο είδος τραυματισμού (εγκεφαλική διάσειση κ.ά.)	5
Σύνολο σχέσεων	54

Τέλος, όταν οι 50 έφηβες που δήλωσαν ότι είχαν υποστεί κάποια μορφή τραυματισμού ρωτήθηκαν για το εάν χρειάστηκαν ιατρική παρακολούθηση, οι 7 (14%) δήλωσαν ότι χρειάστηκαν και οι 43 (86%) ότι δεν χρειάστηκαν.

Πίνακας 4: Αριθμός εφήβων που τραυματίστηκαν σωματικά και χρειάστηκαν ιατρική παρακολούθηση		
Απάντηση	Αριθμός ερωτηθεισών	Ποσοστό ερωτηθεισών
Ναι	7	14%
Όχι	43	86%
Σύνολο	N = 50	100%

Προτάσεις

Οι συνέπειες της συντροφικής βίας στην υγεία των γυναικών και ειδικότερα των εφήβων που ακόμα βρίσκονται σε αναπτυξιακή διαδικασία, είναι πολλές και καθιστούν αναγκαία την παρέμβαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η αναγκαιότητα μίας ολοκληρωμένης διεπιστημονικής και διατομεακής παρέμβασης απορρέει από τον επίσημο ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) για το τι συνιστά υγεία. Σύμφωνα με την ΠΟΥ «Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας και αναπηρίας. Η επίτευξη άριστων συνθηκών υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων και κοινωνικο - οικονομικής θέσης» (Derpe, 1987, 153 αναφορά στο σύγγραμμα του Μπαϊρακτάρη, Κ., 1994). Με βάση τον παραπάνω ορισμό είναι εύλογο ότι η κατάσταση της υγείας μίας γυναίκας (ενήλικης ή έφηβης)

που υφίσταται συντροφική βία βρίσκεται σε κίνδυνο. Μία γυναίκα στην οποία ασκείται βία δεν μπορεί να απολαύσει σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία.

Συχνά οι επαγγελματίες υγείας εξαιτίας ελλιπούς επιμόρφωσης και μεγάλου φόρτου εργασίας τείνουν να αγνοούν ότι η βία μπορεί να αποτελεί μέρος της ζωής μίας ασθενούς τους με αποτέλεσμα να χάνεται η ευκαιρία παρέμβασης και αντιμετώπισης περιπτώσεων βίας. Από τις 476 γυναίκες που επισκέπτονταν τακτικά ένα κέντρο υγείας σε μία δυτικο-κεντρική πολιτεία των Η.Π.Α., 394 αποφάσισαν να συμμετάσχουν σε μία έρευνα. Από αυτές τις ασθενείς, ενώ οι 89 (22.6%) δήλωσαν ότι είχαν υποστεί κακοποίηση κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και οι 153 (38.8%) καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, μόνο 6 ασθενείς (1.5%) ρωτήθηκαν από το ιατρικό προσωπικό εάν είχαν υποστεί βία (Hamberger, Saunders, & Hovey, 1992). Επίσης, σε μία άλλη έρευνα που διεξήχθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε κεντρικό νοσοκομείο των Η.Π.Α. βρέθηκε ότι μόνο σε ένα 8% των περιστατικών της συντροφικής βίας, προσεγγίστηκε και αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα (Warshaw, 1989).

Με βάση τα υπάρχοντα μοντέλα παρέμβασης για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί στις Η.Π.Α. (Warshaw, C., Ganley A., 1998, Nudelman, J., Rodriguez Trias, H., 1999), δύο είναι οι σημαντικότεροι άξονες παρέμβασης. Ο πρώτος άξονας αφορά την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και ο δεύτερος την ανάπτυξη πρωτοκόλλων και αναφέρονται στη συντροφική βία εναντίον γυναικών ανεξαρτήτως ηλικίας.

Πρώτος άξονας παρέμβασης: Επιμόρφωση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2002)¹² θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα επιμόρφωσης επαγγελματιών υγείας πρέπει να θίγει τα εξής:

- i. Οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα.
- ii. Οποιαδήποτε προκατάληψη, με βάση την οποία η βία αντιμετωπίζεται ως ένα ιδιωτικό ζήτημα.
- iii. Οποιαδήποτε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία.

i. Αρνητικά συναισθήματα

Πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να κυριεύονται από αρνητικά συναισθήματα, όπως αίσθηση αδυναμίας και ανεπάρκειας ειδικότερα σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν δυνατότητες κατάλληλων παραπομπών. Τέτοιου είδους συναισθήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν στα πλαίσια ενός προγράμματος επιμόρφωσης μέσω της δυνατότητας αξιοποίησης άτυπων δικτύων φροντίδας. Το πρόγραμμα επιμόρφωσης μπορεί να προτείνει στους επαγγελματίες υγείας να ευχαρρύνουν τις γυναίκες που υφίστανται βία να διερευνούν και να αξιοποιούν κάποια άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα φροντίδας, όπως συγγενικά ή φιλικά δίκτυα. Επίσης, στις περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή μιας γυναίκας μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν τη δυνατότητα εισαγωγής της στο νοσοκομείο (WHO 2002).

ii. Προκαταλήψεις

Οι υπάρχουσες προκαταλήψεις και οι κυρίαρχες κοινωνικές αναπαραστάσεις αντιμετωπίζουν τη βία ως ένα ιδιωτικό ζήτημα που αφορά το ζεύγος και συνεπώς μπορούν να σταθούν εμπόδιο στην ενεργοποίηση των συντελεστών του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώ-

12. WHO, 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

πιση της βίας. Μια τέτοιου είδους αντίληψη νομιμοποιεί την απουσία της παρέμβασης σε περιπτώσεις συντροφικής βίας. Στα πλαίσια οποιουδήποτε προγράμματος επιμόρφωσης χρειάζεται να αμφισβητηθούν τέτοιου είδους αντιλήψεις παρουσιάζοντας τη βία ως ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα που αγγίζει τη ζωή πολλών γυναικών (WHO 2002).

iii. Στερεότυπα

Οποιοδήποτε πρόγραμμα επιμόρφωσης των συντελεστών του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση της βίας πρέπει να αντιμετωπίζει κάθε στερεότυπη αντίληψη του τύπου ότι οι γυναίκες είναι αυτές που προκαλούν τη βία. Ιστορικά οι γυναίκες πάντα κατηγορούνταν για την άσκηση βίας εναντίον τους. Παλαιότερα, όταν η εξουσία και το φύλο θεωρούνταν ότι δεν είχαν καμιά σύνδεση, προσέγγιζαν τα θύματα βίας ως μαζοχιστικές προσωπικότητες, οι οποίες επιζητούσαν οι ίδιες την κακοποίησή τους. Μπορεί πλέον να μην συναντάμε τόσο έντονες προσπάθειες ενοχοποίησης του θύματος, αλλά εξακολουθούμε να συναντάμε πρακτικές επανα-θυματοποίησης των γυναικών στον κυρίαρχο λόγο (Πενταράκη, 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε περιπτώσεις άσκησης βίας ενάντια στις γυναίκες, στις οποίες κατηγοριοποιούν τις γυναίκες θύματα σε καλές και κακές, με υπόνοιες ότι οι γυναίκες που δεν είναι πολύ νέες ή πολύ ηλικιωμένες, ούτως ώστε να μην μπορούν να προστατευτούν, ευθύνονται με κάποιο τρόπο για την άσκηση βίας εναντίον τους (Meyers 1997).¹³ Η μεταβίβαση των ευθυνών στο θύμα φαίνεται και από εκφράσεις του τύπου όπως: «Χρειάζεται δύο για να χορέψεις ταγκό», «Τι του έκανες για να σε δείρει;», «Μήπως τον προκάλεσες;», «Όπως έστρωσες έτσι και θα κοιμηθείς». Αυτές οι αντιλήψεις διαμορφώνουν μια κατάσταση όπου το θύμα έχει μέρος της ευθύνης. Η βασική συνέπεια είναι ότι ουσιαστικά αυτή η αντίληψη συντείνει στην επανα-θυματοποίηση της γυναίκας και αρκετές φορές τη συναντάμε στους επαγγελματίες υγείας που σημαίνει ότι τέτοιου είδους αντιλήψεις θα πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο της αμφισβήτησης σε οποιοδήποτε πρόγραμμα επιμόρφωσης.

Δεύτερος άξονας παρέμβασης: Ανάπτυξη Πρωτοκόλλων

Παράλληλα με τις ενέργειες ευαισθητοποίησης είναι επιτακτική ανάγκη να διαμορφωθούν πρωτόκολλα (Nudelman, J., Rodriguez Trias, H., 1999, WHO 2002)¹⁴ που θα δίνουν τις απαραίτητες κατευθύνσεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τη σωστή αντιμετώπιση περιστατικών βίας. Αυτά τα πρωτόκολλα θα πρέπει να αφορούν κατευθύνσεις και διαδικασίες σχετικά με:

- i. τον εντοπισμό περιστατικών βίας
- ii. την καταγραφή των περιστατικών βίας
- iii. την αναγκαιότητα παραπομπής στις κοινωνικές υπηρεσίες και πληροφόρηση για λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες

Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά τα βασικά στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισης συντροφικής βίας που μπορεί να υιοθετηθεί από ένα νοσοκομείο ή ένα κέντρο υγείας:

13. Βλ. Meyers M., 1997. *News Coverage of Violence against Women*. Thousand Oaks, CA: Sage.

14. Αυτού του είδους οι προτάσεις αφορούν και τις ενήλικες και τις ανήλικες κακοποιημένες γυναίκες. Στο πλαίσιο της Γενικής Γραμματείας Ισότητας λειτουργεί επιτροπή αντιμετώπισης της αντρικής βίας, η οποία επεξεργάζεται αντίστοιχα πρωτόκολλα που θα προωθηθούν στους εμπλεκόμενους φορείς.

i. Εντοπισμός περιστατικών βίας

Η τάση για συγκάλυψη των αιτίων τραυματισμού απαιτεί από το ιατρικό προσωπικό να χρησιμοποιήσει κατάλληλες τεχνικές προσέγγισης της έφηβης γυναίκας για να εκμαιευτούν τα αληθινά αίτια των τραυμάτων και στη συνέχεια να γίνουν οι κατάλληλες παραπομπές. Καταρχήν το ιατρικό προσωπικό πρέπει να θέτει διευκολυντικού τύπου ερωτήσεις προς τη γυναίκα όταν βρίσκεται μόνη της. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ζητείται από τους συνοδούς της κακοποιημένης γυναίκας να βγουν από το χώρο εξέτασης. Τέλος, είναι σημαντικό η κακοποιημένη από τον σύντροφο γυναίκα να μην ενοχοποιείται για τη βία που έχει δεχτεί. Πρέπει να της δηλώνεται σαφέστατα ότι κανείς μα κανείς δεν έχει δικαίωμα να την χτυπάει για κανέναν μα κανέναν λόγο.

Παραθέτουμε μερικά παραδείγματα προσέγγισης και εισαγωγής στο θέμα:

«Η κάκωση φαίνεται σαν να έχει προκληθεί από κάποιον και αυτό με ανησυχεί. Θέλω να ξέρεις / ξέρετε ότι κανείς δεν έχει δικαίωμα να σηκώνει χέρι πάνω σου/σας για οποιονδήποτε λόγο. Πείτε/πες μου πώς προκλήθηκαν αυτά τα τραύματα;»

ή

«Πρόσεξα τις μελανιές που έχετε/έχεις στο στήθος, στο θώρακα, στο στομάχι κ.λπ. Ποιος σε/σας χτύπησε; Μπορείτε/Μπορείς να μου πεις/πείτε πώς έγινε. Θέλω να ξέρετε/ξέρεis ότι μπορείτε/μπορείς να με εμπιστευτείτε/εμπιστευτείς και να μιλήσετε/μιλήσεις ελεύθερα».

Ακόμα και εάν τα τραύματα δεν είναι ορατά, προτείνεται να διερευνάται η ύπαρξη ή όχι της συντροφικής βίας στη ζωή κάθε ασθενούς. Κάποιες από τις ερωτήσεις που μπορούν να βοηθήσουν προς αυτήν την κατεύθυνση είναι οι εξής:

«Η συντροφική βία που βιώνουν οι γυναίκες από τον σύζυγο ή σύντροφό τους είναι ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Ευρωπαϊκή Ένωση η 1 στις 4 γυναίκες κακοποιείται από τον σύντροφό της/σύνζυγό της. Έχει συμβεί ποτέ αυτό σε εσένα;».

«Επειδή η βία ενάντια στις γυναίκες είναι ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα έχω αποφασίσει ότι θα ρωτώ όλες μου τις ασθενείς».

ή

«Επειδή πολλές από τις ασθενείς μου έχουν προβλήματα με τον σύντροφο ή σύνζυγό τους ο οποίος τις χτυπάει, ή τις απειλεί ή συνέχεια τις εξευτελίζει ή προσπαθεί να τις ελέγξει, έχω αποφασίσει να ρωτώ όλες τις ασθενείς μου εάν αντιμετωπίζουν κάποια από αυτές τις συμπεριφορές ή οποιαδήποτε παρόμοια».

Η διατύπωση στα παραπάνω παραδείγματα προσαρμόζεται ανάλογα όταν απευθύνεται κανείς σε έφηβες.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η στάση των επαγγελματιών υγείας αλλάζει προς τον εντοπισμό περιστατικών συντροφικής βίας όταν πεδία για τη συντροφική βία βρίσκονται ενσωματωμένα σε όλα τα διαγνωστικά έντυπα που χρησιμοποιούνται από αυτούς. Κατ' αυτόν τον τρόπο επέρχεται αύξηση καταγραφής των περιστατικών (WHO 2002).

ii. Η καταγραφή των περιστατικών βίας

Ανεξάρτητα από το εάν η έφηβη ή η ενήλικη κακοποιημένη γυναίκα παραδεχτεί την κακοποίηση είναι σημαντικό να καταγράφονται τα περιστατικά κακοποίησης στο βιβλίο συμβάντων για να μπορέσει η γυναίκα που έχει υποστεί κακοποίηση να έχει αποδεικτικά στοιχεία αργότερα εάν χρειαστεί να κινηθεί δικαστικές διαδικασίες σε βάρος του δράστη. Επίσης, όταν εντοπίζονται τραύματα, είναι σημαντικό να ενημερώνεται η γυναίκα ότι πρέπει να απευθυνθεί σε ιατροδικαστή αφού η

βεβαίωση του ιατροδικαστή αποτελεί χρήσιμο στοιχείο σε περίπτωση δικαστικών ενεργειών για ποινική δίωξη του δράστη ή διαζύγιο τώρα ή στο μέλλον.

iii. Η παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες και η πληροφόρηση για λοιπές υποστηρικτικές υπηρεσίες

Ενώ ο κύριος στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι η διάγνωση και η θεραπεία από τα τραύματα της βίας, μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος περιθαλψής σε περιπτώσεις βίας πρέπει να αποτελεί μέρος μίας διατομεακής προσέγγισης και αυτό διότι οι ανάγκες μιας γυναίκας που έχει υποστεί βία είναι πολλαπλές. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη η παραπομπή της έφηβης ή της ενήλικης γυναίκας στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Για την κάλυψη των πολλαπλών αναγκών απαιτείται η στενή συνεργασία με ένα σύνολο από υπηρεσίες και η ενίσχυση της αλληλοδράσης τους. Είναι σκόπιμο η κοινωνική υπηρεσία να συντάξει έναν κατάλογο με υπηρεσίες, τις διευθύνσεις τους και πρόσωπα επαφής όπου θα μπορούσε να απευθυνθεί η γυναίκα που υφίσταται βία. Ανάμεσα σε αυτές τις υπηρεσίες θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν η τοπική κοινωνική υπηρεσία του δήμου, το κέντρο ψυχικής υγείας, το ταμείο απορίας του τοπικού δικηγορικού συλλόγου, ξενώνες (στην Αθήνα λειτουργούν ξενώνας για κακοποιημένες γυναίκες, κέντρο υποδοχής κακοποιημένων γυναικών (τηλ.: 210-3317305) και Κέντρο Στήριξης της Οικογένειας - ΚΕΣΟ - της Αρχιεπισκοπής (τηλ.: 210-8615700), όπου μπορούν οι γυναίκες να απευθυνθούν, γυναικείες οργανώσεις και παραρτήματα του Κέντρου Έρευνας για Θέματα Ισότητας - ΚΕΘΙ - (παραρτήματα του ΚΕΘΙ λειτουργούν στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα, στο Ηράκλειο και στο Βόλο).

Συμπεράσματα

Αρκετά στελέχη σχεδιασμού και ανάπτυξης υπηρεσιών υποστηρίζουν ότι ο εντοπισμός και η καταγραφή περιστατικών κακοποίησης αποτελούν το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη μίας αποτελεσματικής παρέμβασης του συστήματος περιθαλψής και πρέπει να γίνουν θέμα ρουτίνας (Nudelman, J., Rodriguez Trias, H., 1999). Ο έγκαιρος εντοπισμός και η παρέμβαση μπορούν να αμβλύνουν τις συνέπειες της βίας και να οδηγήσουν στον περιορισμό του προβλήματος. Σε γενικές γραμμές η αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης που προτείνουμε δεν διαφέρει από την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να διαγιγνώσκουν τα αίτια καρδιακών παθήσεων, όπως υψηλή χοληστερίνη.

Εκτός από τα οφέλη από την υποχρεωτική διαδικασία διάγνωσης της συντροφικής βίας, ελλοχεύουν και κίνδυνοι στις περιπτώσεις που οι επαγγελματίες δεν έχουν επιμορφωθεί κατάλληλα (Nudelman, J., Rodriguez Trias, H., 1999). Προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε ένας επαγγελματίας υγείας που εντοπίζει περιστατικό συντροφικής βίας να μην ενημερώνει τον σύντροφο που ασκεί τη βία ότι γνωρίζει, διότι αυτό μπορεί να θέσει τη ζωή της γυναίκας σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο δράστης της βίας μπορεί να ασκήσει σε μεγαλύτερο βαθμό βία στη σύντροφό του για να την «τιμωρίσει». Επίσης, όταν ένας επαγγελματίας υγείας εντοπίσει ότι η ασθενής του είναι θύμα βίας πρέπει να μπορεί να την πληροφορήσει για το τι μπορεί να κάνει, όπως και να την παραπέμψει κάπου, γιατί διαφορετικά η απογοήτευση, η απομόνωση και η ανασφάλεια που βιώθει η γυναίκα μπορεί να ενταθούν. Ακόμα και όταν δεν έχει χρόνο ο/η επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να μεταφέρει στη γυναίκα ότι νοιάζεται, με μια παρέμβαση του τύπου:

«ανησυχώ πραγματικά για την υγεία σας και θέλω να δείτε την κοινωνική λειτουργό που βρίσκεται στο γραφείο Χ στον πρώτο όροφο για να συζητήσετε μαζί της για το τι μπορείτε να κάνετε για να προστατέψετε τον εαυτό σας».

Για μια τέτοια απλή παρέμβαση, που συχνά έχει θετικά αποτελέσματα, δεν χρειάζεται ο/η επαγγελματίας να αφιερώσει πολύ χρόνο. Η διάγνωση της συντροφικής βίας πρέπει πάντα να ακολουθείται από περαιτέρω εκτίμηση των προβλημάτων, σχεδιασμό παρεμβάσεων, καταγραφή και παραπομπές. Είναι ευνόητο ότι σε περιπτώσεις εφήβων, ιδιαίτερη ευαισθησία και προσοχή πρέπει να δείξει ο επαγγελματίας στα θέματα αφ' ενός, της ενημέρωσης και συνεργασίας με τους γονείς της έφηβης και αφ' ετέρου, του σεβασμού των ατομικών της δικαιωμάτων.

Επίλογος

Ανακεφαλαιώνοντας, οι συνέπειες της συντροφικής βίας, εν είδει σωματικών τραυματισμών στις γυναίκες είναι ανησυχητικές και απαιτούν την παρέμβαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η κινητοποίηση και η ανταπόκριση του συστήματος περίθαλψης μπορεί να εξασφαλιστεί μέσα από ενέργειες των κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την επιμόρφωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και μέσα από την υιοθέτηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων αντιμετώπισης περιστατικών βίας.

Βιβλιογραφία

- Αδαμάνη Ν., (2000). *Έρευνα για τη βία των γυναικών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας.
- Berrios D.C. & Grady D., (August, 1991). «Domestic violence: risk factors and outcomes». *Western Journal of Medicine*, 155, 133-135.
- Chatzifotiou S. & Dobash R., (2001). «Seeking informal support: Marital violence against women in Greece». *Violence against women: An International and Interdisciplinary Journal* 7, 9: 124-151, [Special Issue: Global examples of Violence Against Women].
- Coker A.L., McKeown R.E., Sanderson M., Davis K.E., Valois R.F., Huebner E.S., (2000). «Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students», *American Journal of Preventive Medicine* 19Q 220-227.
- Dobash R.E. και Dobash R., (1979). *Violence against Wives: A Case against the Patriarchy*. New York: Free Press.
- Domestic Abuse Intervention Project, (1998). *Responding to Domestic Violence*. Duluth, Minnesota.
- Goldman J. et al, (2000). *Health Privacy Principles for Protecting Victims of Domestic Violence* by The Family Violence Prevention Fund, <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=53>.
- Hamberger L.K., Saunders D.G., & Hovey M., (May-June, 1992). «Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry». *Family Medicine*, 24(4), 283-7.
- Henton J.M., Cate R.M., Koval J.E., Lloyd S.A. & Christofer F.S., (1983). «Romance and violence in dating relationships», *Journal of Family Issues* 3: 467-482.

- Human Rights Watch, (2001). *Criminal Justice? Tackling Sexual Abuse in Schools*,
<http://www.hrw.org/reports/2001/saftica/ZA-FINAL.html>
- Moskowitz H., Griffith J., Dscala C., Sege R., (2001). «Serious injuries and deaths of adolescent girls resulting from interpersonal violence: Characteristics and trends from the United States», 1989-1999, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 55: 903-918.
- Murray J., (2002). *Κι όμως... τον αγαπάω! Ενημερώνοντας την έφηβη κόρη μας για τους πολλούς κινδύνους που υπάρχουν σήμερα στις νεανικές ερωτικές σχέσεις*. Μετάφραση: Μετάξας Σ. Επιστημονική Θεώρηση: Γραμμένου Α., ψυχολόγος. Εκδόσεις Θυμάρη.
- Nicoletti A., (2000). «Perspectives on pediatric and adolescent gynecology from the allied health care profession», *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology* 13: 79-80.
- Nudelman J., Rodriguez Trias H., (1999). *Building Bridges between Domestic Violence Advocates and Health Care Providers*, by Violence Against Women Online Resources, web address: <http://www.vaw.umn.edu/documents/bridges/bridges.html>.
- Πενταράκη Μ., (2003). *Έκταση, μορφές και συνέπειες της βίας που υφίστανται έφηβες, μαθήτριες λυκείου, στις συντροφικές τους σχέσεις*, αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Silverman J.G., Raj A., Mucci L., Hathaway J., (2001). «Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality», *The Journal of the American Medical Association* 286 (5): 572-588.
- Straus M.A., Gelles R.J. & Steinmetz S.K., (1980). *Behind Closed Doors*. Garden City, NY: Doubleday.
- U.S. Department of Justice, Michael R. Rand, (August, 1997). *Violence - Related Injuries Treated in Hospital Emergency Rooms*, Special Report Number NCJ-156921.
- Warshaw C., Ganley A., (1998). *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*
<http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=238>
- Warshaw C., (December, 1989). «Limitations of the medical model in the care of battered women». *Gender and Society*, 3(4): 506-517.
- WHO, (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Wolfe D.A. & Jaffe P.G., (1999). «Emerging strategies in the prevention of domestic violence», *Future of Children* 9(3): 133-144.
- Wood K., Maforah F., Jewkes R., (1998). «He forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas». *Social Science Medicine* 47: 233-242.