

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΥΜΑΤΑ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ



**Ετοιμάστηκε για τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και
Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια**

Από την Ερευνητική Ομάδα του FREDERIK RESEARCH CENTER (FRC)

Δρ Μάρθα Αποστολίδου (PhD)

Ζωή Χριστίνα Αποστολίδου

Μαρίνα Παγιάτσου

Δρ Πετρούλα Μαυρικήου (PhD)

Οκτώβριος 2007

Εισαγωγή

Η βία μέσα στην κυπριακή οικογένεια αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα με τρομακτικές επιπτώσεις στα άτομα που την υφίστανται και κατ' επέκταση στις οικογένειες και στις κοινότητές τους. Η αυξητική τάση των περιπτώσεων που κοινοποιούνται / καταγγέλλονται στις διάφορες υπηρεσίες, κρατικές και μη, προκαλεί ανησυχία τόσο για την αριθμητική έκταση και τη μορφή των περιπτώσεων καθώς και για τις κοινωνικές επιπτώσεις στο κοινωνικό περιβάλλον του τόπου. Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, τις πλείστες περιπτώσεις η βία μέσα στην οικογένεια απευθύνεται από τους άντρες προς τις γυναίκες και από τους ενήλικες προς τα παιδιά και, μόνο σε λίγες περιπτώσεις από τις γυναίκες προς τους άντρες (WHO, 1996 και Krug et al., 2002).

Το 1996 η Επιτροπή Υγείας των Ηνωμένων Εθνών αναγνώρισε τη βία ενάντια στις γυναίκες ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, τόσο λόγω της συχνότητάς της όσο και λόγω των μακροπρόθεσμων επιπτώσεών της στην υγεία των γυναικών. Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες θύματα βίας στην οικογένεια κάνουν τουλάχιστο 2,5 φορές περισσότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με άλλες γυναίκες. Ζητούν βοήθεια για σωματικά τραύματα αλλά και για ψυχολογικά συμπτώματα (Stark, E and Flitcraft, A 1996).

Το 2002 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Krug et al., 2002) αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της ενδοοικογενειακής βίας στην υγεία των θυμάτων όλων των ηλικιών και των δύο φύλων, αλλά ειδικότερα στην υγεία των γυναικών και των παιδιών (Gelles and Lancaster, 1987; Christoffel, 1990; Kaplan et al., 1993; Briere and Runtz, 1998) τοποθέτησε τη βία ανάμεσα στα κύρια διεθνή προβλήματα δημόσιας υγείας, προτρέποντας ταυτόχρονα τα κράτη μέλη να αξιολογήσουν το πρόβλημα και να το εντάξουν στις προτεραιότητές τους τόσο στον τομέα της έρευνας όσον και της αντιμετώπισης.

Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι είναι η μόνη ορατή ένδειξη του προβλήματος, εκατομμύρια παιδιά και γυναίκες είναι θύματα μη θανατηφόρας κακοποίησης και παραμέλησης. Τα κακοποιημένα άτομα (κυρίως γυναίκες και παιδιά) εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας και ζητούν βοήθεια και φροντίδα για εγκαύματα, σπασμένα οστά, εξωτερικά ή εσωτερικά τραύματα, τραύματα στο κεφάλι, στα μάτια, στη σιαγόνα ή στην πλάτη, τραύματα από όπλο, κοψίματα με μαχαίρι, κτυπήματα, σπρωξίματα ή κλοτσιές, παθολογικά προβλήματα, όπως άσθμα, διατροφικές ανωμαλίες, κ.ά., αλλά και για παθήσεις που χειροτερεύουν από την ένταση και το άγχος που προκαλεί η συνεχής κακοποίηση, (κατάθλιψη, αϋπνίες ψυχιατρικά συμπτώματα) καθώς και διάφορα άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη διαβίωση σε περιβάλλον συνεχιζόμενης κακοποίησης και κινδύνου. Μερικά από τα συμπτώματα εύκολα μπορούν να αναγνωριστούν ως απόρροια οικογενειακής κακοποίησης άλλα όμως είναι λιγότερο φανερά και δύσκολα μπορούν να εντοπιστούν.

Όπως αναφέρουν διάφορες έρευνες μόνο ένα μικρό ποσοστό των κακοποιημένων γυναικών που ζητούν ιατρική βοήθεια μετά από τραυματισμό τους σε περιστατικό βίας στην οικογένεια ενημερώνουν το γιατρό τους για την κακοποίησή τους (McVeigh et al., 2005). Επιπλέον, αν και 89% των γυναικών που φιλοξενήθηκαν σε καταφύγια είχαν επισκεφτεί το γιατρό τους για τα τραύματά τους σχεδόν οι μισές από αυτές απέκρυψαν το γεγονός της κακοποίησής τους από ντροπή, από φόβο ότι μπορεί να το μάθει ο σύντροφός τους ή ακόμη

επειδή δεν βρήκαν την απαιτούμενη κατανόηση από το γιατρό τους (British Medical Association, 1998) .

Οι βρεφοκτονίες, οι ακρωτηριασμοί, η εγκατάλειψη και άλλες μορφές σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ενάντια στα παιδιά είναι συχνές. Στατιστικά στοιχεία για τις ΗΠΑ (Giardino and Giardino, 2002), παρουσιάζουν την κακοποίηση – παραμέληση για το 1996 να επηρεάζει 1,553,786 παιδιά (23%). Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρεται ότι: 25% των καταγμάτων σε παιδιά κάτω των 3 χρόνων καθώς και 3% από όλες τις εισαγωγές παιδιών σε νοσοκομείο, οφείλονται σε παιδική κακοποίηση-παραμέληση (Briere, 1992, Cawson, Wattam, Brooker, & Kelly, 2000, Cawson, P. 2002), και ενώ υπολογίζεται ότι η συζυγική κακοποίηση είναι η κυριότερη αιτία τραυματισμού γυναικών και μόνο στις ΗΠΑ ένα εκατομμύριο γυναίκες κάθε χρόνο χρειάζονται ιατρική φροντίδα για τραύματα που έχουν υποστεί από βίαιους συντρόφους. (WHO, 1999; Home Office 2000), σχετικές έρευνες μας πληροφορούν ότι μόνο 25% των γυναικών που ζητούν ιατρική βοήθεια μετά από τραυματισμό τους αναφέρουν στους επαγγελματίες υγείας ότι έχουν κακοποιηθεί (WHO, 1999).

Το θέμα των επιπτώσεων της βίας στην υγεία των θυμάτων γίνεται, ολοένα και περισσότερο, αντικείμενο μελέτης από κοινωνιολόγους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επαγγελματίες της υγείας και εγκληματολόγους (Kaplan et al., 1993; Krug et al., 2002).

Έκταση της ενδοοικογενειακής βίας στη Κύπρο

Στην Κύπρο, αν και υπάρχει αύξηση των περιστατικών βίας στην οικογένεια που αναφέρονται στις κοινωνικές υπηρεσίες και αυτών που καταγγέλλονται στην αστυνομία, ο ρυθμός με τον οποίο αναγνωρίζονται / εντοπίζονται τα θύματα από τους επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά χαμηλός. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία, ειδικά σ' ό,τι αφορά το θέμα της αναγνώρισης και της αντιμετώπισης των επιπτώσεων της άσκησης βίας στην υγεία, από τους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας του κράτους, κάτι που δυσχεραίνει τόσο την οργανωμένη πρόληψη όσο και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπτώσεων αυτών στη σωματική και ψυχολογική πτυχή της υγείας του ατόμου.

Στοιχεία από το Σύνδεσμο για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση της Βίας στην Οικογένεια δείχνουν ότι το Κέντρο Άμεσης Βοήθειας δέχεται καθημερινά 7-8 τηλεφωνήματα, από όλη την Κύπρο, ενώ, μετά από δημοσιοποίηση περιστατικών βίας ή ενημέρωση για τα προγράμματα που προσφέρονται από το Σύνδεσμο τα τηλεφωνήματα μπορεί να αυξηθούν και στα 20. Ογδόντα τοις εκατόν των τηλεφωνημάτων γίνονται από γυναίκες, οι οποίες αναφέρουν ως δράστες τους συζύγους, τους πατεράδες ή τους συντρόφους τους. Επίσης, από την έναρξη της λειτουργίας του χώρου φιλοξενίας (καταφύγιο για κακοποιημένες γυναίκες και τα παιδιά τους) το Δεκέμβριο του 1998 φιλοξενούνται σ' αυτόν κατά μέσον όρο 20 - 25 γυναίκες με 20 – 30 παιδιά (ηλικίας κάτω των 16) κάθε χρόνο. Τα παιδιά αυτά, ακόμη και αν δεν έχουν κακοποιηθεί σωματικά τα ίδια, έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση ως μάρτυρες σκηνών βίας ενάντια στη μητέρα τους.

Σύμφωνα με τα ευρήματα πρόσφατης έρευνας που έγινε για τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια για την έκταση και τις μορφές βίας ενάντια στα παιδιά στην κυπριακή οικογένεια (Αποστολίδου κ.ά., 2005), οι μώλωπες, οι εκδορές και οι πονοκέφαλοι είναι οι κύριες επιπτώσεις πράξεων σωματικής βίας όσων δηλώνουν ότι έχουν υποστεί βία. Επιπλέον, η βία φαίνεται να έχει εκφραστεί και με πιο σοβαρές μορφές, όπως: τραύματα στο κεφάλι, αιμορραγία, σπάσιμο οστών, τραύματα στα γεννητικά όργανα, εγκαύματα και άλλα τραύματα. Πολύ λυπηρό είναι και το εύρημα ότι το 91.7% των παιδιών που δηλώνουν ότι η κακοποίηση τους προκάλεσε κάποιο τραύμα δηλώνουν επίσης ότι δεν έχουν τύχει ιατρικής περίθαλψης και μόνο το 8.3% αυτών που τραυματίστηκαν μετά από βίαιη συμπεριφορά εναντίον τους έτυχαν ιατρικής περίθαλψης. Πιθανόν το ποσοστό αυτό να ήταν μεγαλύτερο εάν οι επαγγελματίες υγείας (παιδιάτροι, σχολίατροι και επισκέπτριες υγείας) είχαν τη δυνατότητα να εντοπίσουν κάποια από αυτά τα περιστατικά στις εξετάσεις ρουτίνας που γίνονται κατά καιρούς στα σχολεία και να τους προσφέρουν ιατρική περίθαλψη.

Στην προαναφερθείσα έρευνα παρουσιάζονται επίσης, αυξημένα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών, όπως ναρκωτικών, ανάμεσα σε παιδιά στα οποία ασκείται κάποια μορφή σωματικής ψυχολογικής ή σεξουαλικής κακοποίησης καθώς και ελαφρώς αυξημένα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, ανάμεσα σε παιδιά που δηλώνουν μάρτυρες σκηνών βίας.

Παράλληλα, ένα από τα κύρια ευρήματα πρόσφατης έρευνας μεταξύ λειτουργών διαφόρων ειδικοτήτων που ασχολούνται με τη βία ενάντια στα παιδιά (Παγιάτσου κ.ά. για τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, 2005) και η οποία διερεύνησε την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων υπηρεσιών, ειδικά σε σχέση με την εφαρμογή των θεσμοθετημένων διαδικασιών και της σχετικής νομοθεσίας, είναι η άγνοια ή, συχνά, η ελλιπής γνώση για την ύπαρξη των Διατμηματικών Διαδικασιών από την πλειονότητα των επαγγελματιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την Έκθεση Αξιολόγησης για την Εφαρμογή των Διατμηματικών Διαδικασιών (Αποστολίδου, 2004). Ασφαλώς, για να προσφέρονται ικανοποιητικές υπηρεσίες στα θύματα βίας είναι αναγκαίο να γνωρίζουν οι επαγγελματίες, περιλαμβανομένων και αυτών της υγείας, τόσο τις σχετικές διαδικασίες όσο και τη νομοθεσία. Βασική εισήγηση των πιο πάνω ερευνών παραμένει η προώθηση και διεξαγωγή εξειδικευμένων μελετών που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα όλων των υπηρεσιών που προσφέρονται στα θύματα βίας στην οικογένεια π.χ. από τις Υπηρεσίες Υγείας, την Αστυνομία, τις Κοινωνικές Υπηρεσίες, τη Νομική Υπηρεσία τους Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς κ.ά.

Όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο «Διακλαδική / Διατμηματική Επιμόρφωση και Ανάπτυξη» του ACPC (Area Child Protection Committee) της Αγγλίας (Department of Health 1999):

οι επαγγελματίες (της υγείας) πρέπει να έχουν την ικανότητα να εξασκούν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες με τρόπο ώστε να αξιοποιούν και να αναλύουν αποτελεσματικά τις σχετικές πληροφορίες για τα περιστατικά. Πρέπει να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορούν να συνεργάζονται με άλλους φορείς και κλάδους με στόχο την προστασία και ευημερία των παιδιών. Όσοι ασχολούνται με την προστασία των παιδιών χρειάζονται, επίσης, άρτια κατανόηση του νομικού πλαισίου και της

γενικότερης πολιτικής που διέπει τον τομέα απασχόλησής τους και πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την πολιτική και τις διαδικασίες.

Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας είναι συνήθως οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με κακοποιημένα άτομα (που είναι, ως επί το πλείστον, γυναίκες και παιδιά). Αν και τις περισσότερες φορές οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ούτε το χρόνο αλλά ούτε και την εκπαίδευση να αναλάβουν πλήρη ευθύνη για τη φροντίδα των θυμάτων, εντούτοις, είναι ίσως οι πρώτοι που έχουν τη δυνατότητα να:

- βοηθήσουν στην αναγνώριση της κακοποίησης
- περιθάλψουν με την ανάλογη ευαισθησία σωματικά και ψυχολογικά τραύματα
- παράσχουν την αναγκαία στήριξη με στόχο την παρεμπόδιση περαιτέρω τραυματισμού
- τεκμηριώσουν την κατάσταση
- παράσχουν πληροφορίες για υπάρχουσες υπηρεσίες και βοήθεια για τις διάφορες επιλογές που έχουν τα θύματα και να
- συνεργαστούν με άλλες σχετικές υπηρεσίες.

Ως εκ τούτου, μια εμπειρισταωμένη αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται στα θύματα βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους επιβάλλεται όχι μόνο για να σκιαγραφήσει την υφιστάμενη κατάσταση στις Υπηρεσίες Υγείας, αλλά και για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητά τους και, αφού εντοπίσει τυχόν δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στην παροχή των υπηρεσιών, να παράσχει εισηγήσεις βασισμένες τόσο στις πρακτικές άλλων ευρωπαϊκών χωρών όσο και στην κυπριακή πραγματικότητα.

Γενικός Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει τους στόχους, τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια (παιδιά / ενήλικες) από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους και να προτείνει εισηγήσεις για βελτίωση και αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών καθώς και παροχή άλλων υπηρεσιών όπου κρίνεται αναγκαίο.

Στόχοι της Αξιολόγησης

1. Να καταγράψει τις πρακτικές άλλων ευρωπαϊκών χωρών για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε θύματα βίας στην οικογένεια
2. Να καταγράψει και να περιγράψει τις υφιστάμενες υπηρεσίες που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους.
3. Να εξασφαλίσει τις απόψεις των Λειτουργών Υγείας όλων των επιπέδων για την αποτελεσματικότητα της παροχής των Υπηρεσιών Υγείας σε θύματα βίας στην οικογένεια.
4. Να αξιολογήσει τις παρεχόμενες Υπηρεσίες με βάση τους στόχους, τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητά τους.
5. Να επισημάνει τυχόν δυσκολίες / προβλήματα / κενά που αντιμετωπίζουν οι Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών σε θύματα βίας στην οικογένεια
6. Να υποβάλει εισηγήσεις για τη βελτίωση / αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους.

Υπηρεσίες Υγείας για θύματα βίας στην οικογένεια σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στη συνέχεια ακολουθεί μία εκτενής παρουσίαση και αναφορά των πρακτικών που καταγράφονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε θύματα βίας στην οικογένεια.

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο** τα τελευταία χρόνια το θέμα της βίας στην οικογένεια έχει αναγνωριστεί ως μία από τις σημαντικότερες κυβερνητικές προτεραιότητες. Η προτεραιότητα αυτή υιοθετήθηκε μέσω της δημιουργίας μίας Διυπουργικής ομάδας για τη βία στην οικογένεια (Inter-Ministerial Group for Domestic Violence-IMG) (<http://www.crimereduction.gov.uk/domesticviolence/domesticviolence61.pdf>)

Η ομάδα αυτή επιμελείται το Εθνικό Σχέδιο για τη Βία στην Οικογένεια, του οποίου κάποια από τα βασικά σημεία αναφοράς τα οποία σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας, είναι:

1. η επαύξηση της έγκαιρης αναγνώρισης των θυμάτων βίας στην οικογένεια και έγκαιρης παρέμβασης.
2. η αποτελεσματική παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης στα θύματα της βίας στην οικογένεια.
3. η επαύξηση της χρήσης των υφιστάμενων και των νέων μεθόδων και πρακτικών που παρέχονται από τις κρατικές υπηρεσίες για την προστασία των θυμάτων της βίας στην οικογένεια.
4. η επαύξηση του ποσοστού αναφοράς των περιστατικών βίας

Οι υπηρεσίες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο διαδραματίζουν διπλό ρόλο στο θέμα της βίας στην Οικογένεια. Πρωτίστως, αποτελούν την πηγή φροντίδας για τα τραύματα των θυμάτων και ταυτοχρόνως είναι υπεύθυνες για την παροχή τόσο άμεσης αλλά και μακροπρόθεσμης φροντίδας, με σκοπό την απάλυνση της σωματικής και συναισθηματικής οδύνης. Επιπλέον, δεδομένου ότι υπάρχει σχέση ανατροφοδότησης και επικοινωνίας με τις υπηρεσίες υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) δίνει τη δυνατότητα για αναγνώριση, αξιολόγηση της κρισιμότητας της κατάστασης και παροχή υποστήριξης στα θύματα της βίας στην οικογένεια. Σχεδόν όλες οι έγκυες γυναίκες συμπεριλαμβανομένων και των γυναικών που βιώνουν οικογενειακή βία, λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας. (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/prgpdfs/health.pdf>)

Το γεγονός ότι στις έγκυες και, δια νόμου την δέκατη ημέρα μετά τον τοκετό σε όλες τις λεγόνες, γίνεται κατ' οίκον επίσκεψη από τις επισκέπτριες υγείας των Υπηρεσιών Υγείας της χώρας, παρέχει συχνά στις επισκέπτριες την ευκαιρία αναγνώρισης της κακοποίησης αλλά και στις γυναίκες την ευκαιρία να συζητήσουν προβλήματα στη σχέση τους, να ζητήσουν βοήθεια και να τύχουν συμβουλευτικής στήριξης και παραπομπής στις ανάλογες υπηρεσίες. Επιπλέον, η επισκέπτρια υγείας είναι υποχρεωμένη να διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις σε όλες τις οικογένειες με παιδιά από την ηλικία των 10 ημερών μέχρι την ηλικία των 5 χρόνων, οπότε η ευθύνη μετατίθεται στη Σχολιατρική Υπηρεσία. Ως εκ τούτου, παρέχεται η δυνατότητα αναγνώρισης της κακοποίησης, αξιολόγησης της κατάστασης, και συνεργασίας με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες και άλλες υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη είναι τομείς που εμπίπτουν στα πλαίσια της εργασίας της επισκέπτριας υγείας.

Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο και πιο ειδικά στη **Βόρεια Ιρλανδία**, σύμφωνα με το εγχειρίδιο πρακτικής (policy statement) το οποίο δημοσιεύτηκε από το Τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών σε συνεργασία με το Γραφείο Βορείου Ιρλανδίας (1995), διαφαίνεται έντονα η σημασία της στενής συνεργασίας και παροχής ανατροφοδότησης μεταξύ των διαφόρων τμημάτων και φορέων όσον αφορά τη διαμόρφωση πολιτικής για την όσο το δυνατόν καλύτερη παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα θύματα βίας στην οικογένεια. Στα πλαίσια αυτά εμπίπτει πρωτίστως και το ζήτημα της ευαισθητοποίησης του κοινού, αλλά κυρίως της εκπαίδευσης επιμόρφωσης και κατάρτισης επαγγελματιών που θα εμπλέκονται τόσο άμεσα αλλά και έμμεσα στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα θύματα βίας στην οικογένεια.

Για την ενίσχυση της συνεργασίας των τμημάτων και οργανισμών κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντική η δημιουργία ενός φόρουμ για τη Βία στην Οικογένεια με κεντρικό άξονα τις βασικές πρακτικές του πιο πάνω εγχειριδίου. Το φόρουμ είναι στελεχωμένο με προσωπικό εξειδικευμένο στις πρακτικές και την πολιτική της οικογενειακής βίας. Μέσω του φόρουμ αυτού παρέχεται μία κεντρική αρένα διατμηματικής συζήτησης και ανταλλαγής πληροφοριών, προωθείται η διατμηματική συνεργασία σε τοπικό επίπεδο, προωθείται η ανάπτυξη προγραμμάτων για τους επαγγελματίες συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υγείας και η βελτίωση συλλογής δεδομένων για την καθοδήγηση ανάπτυξης πρακτικών. Ταυτόχρονα, παρέχεται συμβουλευτική στα διάφορα τμήματα σχετικά με την εφαρμογή των μοντέλων πρακτικής.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ιρλανδία οι γυναικείες εθελοντικές οργανώσεις όπως το Women's Aid Federation διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στην επαύξηση της δημόσιας ευαισθητοποίησης σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια, συμμετέχοντας παράλληλα και στην ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση των Επαγγελματιών Υγείας.

Η παροχή βοήθειας στα θύματα βίας στην οικογένεια ενισχύεται μέσα από ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών το οποίο έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει τα θύματα στο σπίτι τους ή στην κοινότητά τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν καταφύγια για γυναίκες και παιδιά θύματα βίας, εικοσιτετράωρη γραμμή άμεσης βοήθειας, καθώς επίσης και ψυχολογική στήριξη παιδιών. Συγκεκριμένα, το Τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών παρέχει χρηματοδότηση στο Women's Aid Federation της Βορείου Ιρλανδίας για την εκπαίδευση προσωπικού που εργάζεται στα καταφύγια, ατόμων που δουλεύουν ως φροντιστές παιδιών, καθώς επίσης και ατόμων που μέσω της δουλειάς τους έρχονται σε άμεση επαφή με παιδιά που επηρεάζονται από την βία στην οικογένεια.

Σχετικά με την **εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας** οι McWilliams και McKiernan αναγνώρισαν τη σημασία της επαρκούς κατάρτισης όλων των ατόμων που εμπλέκονται στα ζητήματα οικογενειακής βίας, έτσι ώστε να δύνανται να παρέχουν μεθοδευμένη βοήθεια στους επηρεαζομένους. Ως εκ τούτου, αναγνωρίστηκε η ανάγκη για προύπηρεσιακή και ενδούπηρεσιακή εκπαίδευση για όλους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς επίσης και αύξηση για θεματική και πολυθεματική εκπαίδευση για το σχετικό προσωπικό.

Όσον αφορά την **ανίχνευση των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης**, οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο τόσο στην

αναγνώριση, στην αντιμετώπιση αλλά και στην παραπομπή και αναφορά των περιπτώσεων αυτών. Σαφώς, είναι εξέχουσας σημασίας όπως οι περιπτώσεις αυτές εντοπιστούν έγκαιρα, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες για το παιδί και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα το συντομότερο δυνατό.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η προστασία του παιδιού αποτελεί διαθεματικό ζήτημα. Συγκεκριμένα, υπάρχει μία εξειδικευμένη επιτροπή για την προστασία του παιδιού (Area Child Protection Committee – ACPC) η οποία είναι σχεδιασμένη για τον εντοπισμό των παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο, καθώς επίσης και για την προώθηση και την εφαρμογή διαθεματικών σχεδίων προστασίας του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας. Συνεπώς, στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν ανησυχίες για το εάν ένα παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο το όνομα του τοποθετείται στο ανάλογο αρχείο – Child Protection Register, γεγονός το οποίο επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να διαπιστώσουν εάν υπάρχει ανάγκη να ληφθούν κάποια μέτρα στα πλαίσια ενός ενδομηματικού σχεδίου.

Όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο έτσι και στη **Δανία** και την **Εσθονία** (WHO, Geneva, 2002) υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα βάσει των οποίων κατ' οίκον επισκέψεις στις οικογένειες από τις υπηρεσίες υγείας (επισκέπτριες υγείας) παρέχουν τη δυνατότητα πρόληψης αλλά και παρέμβασης. Συγκεκριμένα, αυτή η πρακτική έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πλέον υποσχόμενες όσον αφορά τη πρόληψη και παρεμπόδιση μίας πληθώρας αρνητικών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένης της νεανικής βίας και της παιδικής κακοποίησης. Κατά τη διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων προσφέρεται πληροφόρηση, υποστήριξη και άλλες υπηρεσίες οι οποίες αποβλέπουν στη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι κατ' οίκον επισκέψεις επικεντρώνονται στις οικογένειες που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για παρουσίαση κρουσμάτων βίας, όπως είναι οι μονογονεϊκές οικογένειες ή ακόμη οι οικογένειες με έφηβους γονείς που ζούνε σε κοινότητες με υψηλό δείκτη φτώχειας.

Αντίστοιχα, στην **Αυστρία** υπάρχουν διάφορα κέντρα παρέμβασης για τη βία στην οικογένεια (Domestic Abuse Intervention Centers) τα οποία έχουν ιδρυθεί για να παρέχουν υπηρεσίες σε θύματα της βίας στην οικογένεια, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες υγείας και τις αστυνομικές αρχές. Τα κέντρα αυτά είναι επίσημα εξουσιοδοτημένες υπηρεσίες για την προστασία των θυμάτων, παρέχοντας δωρεάν φροντίδα σε θέματα υγείας, στήριξη και συμβουλευτική καθώς επίσης και στήριξη κατά τη διάρκεια των δικαστικών διαδικασιών. (http://www.interventionsstelle-wien.at/files/Folder_englisch.pdf).

Στην **Ολλανδία** το θέμα της αντιμετώπισης της βίας στην οικογένεια τυγχάνει μίας πιο σφαιρικής προσέγγισης, η οποία εμπλέκει μία πληθώρα κοινωνικών δομών και υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, υπάρχει συντονισμός και συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, των αστυνομικών αρχών, της εισαγγελίας, των υπηρεσιών παιδικής φροντίδας και τα καταφύγια των γυναικείων οργανώσεων. (http://www.wunrn.com/news/2006/12_04_06/120906_the_netherlands.htm)

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες υγείας και ευημερίας δημιούργησαν ένα δίκτυο από συμβουλευτικά κέντρα που παρέχουν στήριξη για τη βία στην οικογένεια. Στα κέντρα αυτά, τα θύματα και οι θύτες μπορούν να λάβουν καθοδήγηση ως προς τα βήματα που απαιτούνται για τον τερματισμό της βίας στην οικογένεια και την ψυχολογική στήριξη. Συνεπώς, τα

κέντρα αυτά λειτουργούν ως ένα είδος χώρου άμεσης βοήθειας για τις τοπικές και επαρχιακές αρχές το οποίο, σε κατοπινό στάδιο, θα ενεργοποιήσει το ευρύτερο δίκτυο των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Οι αρχές των δήμων διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού, μέσω των Δημοτικών Υπηρεσιών Υγείας (Municipal Health Service) οι οποίες έχουν συντονιστικό ρόλο στο σχεδιασμό των διαφόρων στρατηγικών και πρακτικών. Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού παρέχει οικονομική στήριξη στις διάφορες γυναικείες οργανώσεις που διαθέτουν καταφύγια για κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά.

Αντίστοιχα, στο **Βέλγιο** η καταπολέμηση της βίας στην οικογένεια αποτελεί επίσης μία σημαντική κυβερνητική προτεραιότητα. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με το σχέδιο δράσης το οποίο υιοθετήθηκε στις 11 Μαΐου του 2001 λήφθηκε και τέθηκε σε εφαρμογή μία σειρά μέτρων σχετικά με την πρόληψη, την τιμωρία, την στήριξη των θυμάτων, καθώς επίσης και την θεραπεία θυμάτων και θυτών.

<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc02/EDOC9525.htm>

Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας στο Βέλγιο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση γύρω από τα θέματα της βίας στην οικογένεια στους ιατρικούς κύκλους και κυρίως στους οικογενειακούς γιατρούς και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εργάζεται στα τμήματα πρώτων βοηθειών, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να εντοπίσουν πιθανά σημάδια βίας ή κακοποίησης. Επίσης, στα ερωτηματολόγια με το ιατρικό ιστορικό προστέθηκαν τα κομμάτια τα οποία αφορούν το ιστορικό της βίας γενικά και πιο ειδικά σεξουαλικής κακοποίησης, στα οποία οι οικογενειακοί γιατροί μπορούν να καταγράφουν οποιαδήποτε σχετική πληροφορία συλλέγουν για τους ασθενείς τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ακόμη ότι όλοι οι γιατροί έχουν καθήκον να αναφέρουν οποιοδήποτε περιστατικό στο οποίο ένας από τους ασθενείς τους αποτελεί θύμα κακοποίησης. Το καθήκον τους να αναφέρουν τα περιστατικά βίας αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα της εμπιστευτικότητας.

Στη **Μάλτα**, το υπουργείο κοινωνικής ανάπτυξης εγκαθίδρυσε το πρόγραμμα ανάπτυξης κοινωνικής ευημερίας το οποίο παρέχει ένα αριθμό υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης της **Μονάδα Βίας στην Οικογένεια (Domestic Violence Unit)**, η οποία απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό κοινωνικών λειτουργών και επαγγελματιών υγείας που στηρίζουν, ενδυναμώνουν και παρέχουν φροντίδα υγείας στα θύματα βίας στην οικογένεια. Επιπλέον, στα πλαίσια του προγράμματος υπάρχει και η **Μονάδα Υπηρεσιών Παιδικής Προστασίας (Child Protection Services Unit)** η οποία, σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες, παρέχει αποτελεσματική στήριξη, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για την υγεία, σε παιδιά θύματα βίας και σεξουαλικής κακοποίησης.

<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc02/EDOC9525.htm>

Στη **Νορβηγία**, το 2000 η κυβέρνηση υιοθέτησε το σχέδιο δράσης ενάντια στη βία στην οικογένεια, σύμφωνα με το οποίο δημιουργήθηκε μία ενδοτμηματική ομάδα με εκπροσώπους από το Υπουργείο Παιδιού και Οικογενειακών Θεμάτων, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων και το Υπουργείο Δικαιοσύνης και Αστυνομίας. Η ομάδα αυτή είναι υπεύθυνη για το συντονισμό της ευρύτερης δράσης για την αντιμετώπιση του φαινομένου και για την εφαρμογή των δραστηριοτήτων του προγράμματος, το οποίο περιλαμβάνει ένα εκτεταμένο εύρος δραστηριοτήτων για τη μείωση της βίας στην οικογένεια

και για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών στα θύματα. Στα πλαίσια αυτά λαμβάνουν χώρα διάφορα αναπτυξιακά προγράμματα για την εξειδίκευση και αύξηση των ικανοτήτων του προσωπικού που εμπλέκεται άμεσα στο χειρισμό των περιπτώσεων κακοποίησης όπως είναι οι γιατροί, οι νοσοκόμες, οι μαίες, το προσωπικό των καταφυγίων κ. ά.

Στην **Πολωνία** το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ευημερίας εγκαθίδρυσε ένα πρόγραμμα σε συνεργασία με τον ΜΚΟ Psychology Institute for Health and Alcoholism-related Problems για την αντιμετώπιση του φαινομένου της βίας στην οικογένεια. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι να θέσει τα θεμέλια για ένα ενιαίο σύστημα στήριξης των θυμάτων της βίας στην οικογένεια και να εισαγάγει αλλαγές στις στάσεις των ανθρώπων και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τέτοιες συμπεριφορές βίας και κακοποίησης. Το **Εθνικό Κέντρο για Άμεση Ανακούφιση των Θυμάτων της Βίας στην Οικογένεια** (National Centre for Emergency Relief for Victims of Family Violence) είναι υπεύθυνο για τη διατήρηση ενός αρχείου των διαφόρων οργανισμών, ινστιτούτων και ατόμων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα θύματα, καθώς επίσης και για την πληροφόρηση των θυμάτων σχετικά με τις διάφορες διαθέσιμες υπηρεσίες, όπως η δωρεάν γραμμή άμεσης βοήθειας. Επιπλέον, ένα από τα σημαντικά καθήκοντα του κέντρου είναι ο σχεδιασμός διδακτικού υλικού και εγχειριδίων τα οποία απευθύνονται τόσο στα θύματα αλλά και στους επαγγελματίες υγείας που χειρίζονται περιστατικά βίας.

Γενικότερα, είναι εμφανές ότι οι πρακτικές που ακολουθούνται και οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα θύματα βίας στην οικογένεια στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες αποτελούν ουσιαστικά αποτέλεσμα συντονισμένων προσπαθειών των κυβερνητικών φορέων, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής ευημερίας, η αστυνομία, αλλά επίσης και μη κυβερνητικών οργανισμών, γυναικείων οργανώσεων και εθελοντικών κέντρων που στόχο έχουν να προφυλάξουν τα θύματα από την κακοποίηση, παρέχοντας τους ένα εύρος υπηρεσιών το οποίο περιλαμβάνει την παροχή συναισθηματικής και ψυχολογικής στήριξης, ή την ιατρική περίθαλψη, μέχρι την παροχή καταφυγίου, σε περιπτώσεις άμεσης ανάγκης.

Ειδικότερα, η επιστημονική βιβλιογραφία επικεντρώνεται κυρίως σε τρία σημεία τα οποία λειτουργούν ως κατευθυντήριοι άξονες για τις πρακτικές που καταγράφονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε θύματα βίας στην οικογένεια. Τα σημεία αυτά συνοψίζονται: στην **επισήμανση/ αναγνώριση** (screening) της κακοποίησης, στην **τεκμηρίωση** (documentation) της κακοποίησης και στην **παρέμβαση** (intervention) (Watts, 2000).

Στα πλαίσια της αξιολόγησης των παρεμβάσεων των Υπηρεσιών Υγείας σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια στο **Ηνωμένο Βασίλειο** και πιο συγκεκριμένα στο Camden και στο Islington (Watts, 2000) ερευνητικά ευρήματα εισηγούνται ότι η χρήση έγκυρης αξιολόγησης αυξάνει το ποσοστό επισήμανσης/ αναγνώρισης κακοποιημένων γυναικών που παρουσιάζονται στις Υπηρεσίες Υγείας. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας τυγχάνουν εκπαίδευσης έτσι ώστε να είναι σε θέση να ρωτούν απευθείας και άμεσα τις γυναίκες την ύπαρξη βίας στην οικογένεια και να αναπτύξουν ικανότητες ως προς την αναγνώριση των γυναικών-θυμάτων. Συγκεκριμένα, διαμορφώθηκαν τρεις ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες των γυναικών για βία στην οικογένεια, οι οποίες αξιολογούν εάν η γυναίκα υπέστη κακοποίηση στη ζωή της, εάν υπέστη κακοποίηση τον προηγούμενο χρόνο και εάν υπέστη κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Η επισήμανση διενεργείται σε διάφορες

Υπηρεσίες Υγείας από επαγγελματίες υγείας όπως σε γυναικολογικές κλινικές, μαιευτήρια και κλινικές προγεννητικής φροντίδας. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι μέχρι το 2000 δεν υπήρχε αποτελεσματική μέθοδος επισήμανσης των περιστατικών κακοποίησης στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Όσον αφορά την τεκμηρίωση της κακοποίησης, σύμφωνα πάντα με τη Watts (2000), αναπτύχθηκε ένα ειδικό έντυπο επισήμανσης το οποίο είχε ως στόχο τη συλλογή δεδομένων για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, την ενεργοποίηση των επαγγελματιών υγείας έτσι ώστε να μπορούν να ρωτούν τις γυναίκες – ασθενείς για πιθανή κακοποίηση, καθώς επίσης και την παροχή κατάλληλων λεπτομερειών και πληροφοριών σχετικά με το περιστατικό κακοποίησης. Όπως αναφέρεται από την ίδια (ibid., 2000) πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα τα οποία θα είναι περισσότερο αποτελεσματικά στην τεκμηρίωση των περιστατικών κακοποίησης.

Τέλος, οι παρεμβάσεις από τις Υπηρεσίες Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο εμπίπτουν στα πλαίσια της πρόληψης και της κλινικής αντιμετώπισης και περιλαμβάνουν τη σωστή και αποτελεσματική επισήμανση των περιστατικών βίας στην οικογένεια, τη εισαγωγή και χρήση των πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και τη σύσταση των διαφόρων προγραμμάτων υγείας. Επιπλέον, ο ρόλος του επαγγελματία υγείας υπερβαίνει την απλή αναγνώριση και περιλαμβάνει τη φροντίδα των ιατρικών αναγκών του θύματος, την αξιολόγηση των ψυχολογικών του αναγκών, την αξιολόγηση της επικινδυνότητας της κατάστασης στην οποία βρίσκεται το θύμα, καθώς επίσης την παραπομπή στην αστυνομία (στη μονάδα βίας στην οικογένεια) και την παραπομπή στις διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες για τη βία στην οικογένεια.

Αντίστοιχα, στην Ελβετία οι υποστηρικτικές διαδικασίες και πρακτικές που ακολουθούνται για το χειρισμό του φαινομένου της βίας στην οικογένεια, όπως αναφέρονται στα διάφορα εγχειρίδια που παρέχουν κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες για επαγγελματίες υγείας, περιλαμβάνουν επίσης τους τρεις προαναφερθέντες άξονες: την επισήμανση, την τεκμηρίωση και την παρέμβαση <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/conference/GloorMeier.pdf>. Συγκεκριμένα, ο τομέας της αναγνώρισης περιλαμβάνει ερωτήσεις που στοχεύουν στο να αναγνωρίσουν κατά πόσο η γυναίκα είχε οποιαδήποτε εμπειρία που να αφορά βία στην οικογένεια. Επιπλέον, λαμβάνεται υπόψη το ιστορικό της ασθενούς σχετικά με παλιά και καινούργια τραύματα, καθώς επίσης και αόριστα παράπονα που μπορεί να εκφράσει. Έπειτα, κρατείται ένα λεπτομερές κλινικό ιστορικό, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει τεκμηρίωση της κακοποίησης και τέλος, γίνεται η παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες για περαιτέρω στήριξη και προστασία. Συνεπώς, είναι εμφανές ότι ακολουθείται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία αποσκοπεί στο να εντοπίσει εις βάθος το πρόβλημα, να το φέρει στην επιφάνεια και να το χειριστεί με τρόπο αποτελεσματικό, έτσι ώστε το θύμα κακοποίησης να τύχει όσο το δυνατό περισσότερης στήριξης και ενδυνάμωσης.

Παράλληλα, στη **Φινλανδία** υπάρχουν επίσης διάφορα εργαλεία ανίχνευσης (screening tools) και αναγνώρισης των θυμάτων βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας (<http://www.daphne-toolkit.org/prjFiche.asp?prj=20042063&lang=EN>) και στη Σλοβενία, σε όλα τα νοσοκομεία, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα και επαρκώς, έτσι ώστε να μπορεί να προβαίνει σε αναγνώριση των θυμάτων βίας στην οικογένεια, αλλά

και να ανταποκρίνεται ανάλογα στις περιπτώσεις στις οποίες αποκαλύπτεται η ύπαρξη οικογενειακής βίας (<http://www.coe.int/t/dc/press/source/factsheetdomviolence.pdf>).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι αν και οι πρακτικές που ακολουθούνται και οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα θύματα βίας στην οικογένεια στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες είναι αποτέλεσμα συντονισμένων προσπαθειών των υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής ευημερίας, και της αστυνομίας, ένα άλλο μεγάλο σημαντικό εύρος υπηρεσιών που περιλαμβάνουν την παροχή συναισθηματικής, ψυχολογικής, ιατρικής, νομικής και οικονομικής στήριξης απορρέει από μη κυβερνητικούς φορείς, εθελοντικούς οργανισμούς και γυναικείες οργανώσεις.

Οι παρεμβάσεις/ υπηρεσίες που περιγράφονται περισσότερο αφορούν: α) τον εντοπισμό (ερωτούνται οι γυναίκες για τυχόν εμπειρίες τους που αφορούν κακοποίηση), β) την εισαγωγή και χρήση οδηγιών και πρωτοκόλλων, γ) την επιμόρφωση του προσωπικού και δ) την παροχή ιατρικής φροντίδας και την ενημέρωση.

Καταγραφή – περιγραφή Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια στην Κύπρο

Στη συνέχεια, ακολουθεί καταγραφή, περιγραφή και αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην Κύπρο σε θύματα βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας του κράτους είναι άμεσα συνδεδεμένες με το προβλεπόμενο νομικό πλαίσιο¹ και την εφαρμογή του. Οι δεσμεύσεις των υπηρεσιών υγείας (όλων των βαθμίδων) καθορίζονται εν μέρει από τη νομοθεσία αλλά και τις θεσμοθετημένες διατμηματικές διαδικασίες² που καθορίζουν τα καθήκοντα όλων των επαγγελματιών.

Θεσμικό Πλαίσιο - Νομοθεσία

Οι Περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία των Θυμάτων) Νόμοι του 2000 και 2004, καθορίζουν την ευθύνη του κράτους έναντι στα θύματα βίας (ανήλικα και ενήλικα) και ποινικοποιούν την άσκηση βίας στην οικογένεια από οποιοδήποτε μέλος της. Ο πρώτος Νόμος για τη βία στην οικογένεια ψηφίστηκε το 1994 (Νόμος 47 (I)/94)) και χαρακτηρίστηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης, ως πρότυπο νόμου και ως η καλύτερη νομοθεσία που αντιμετωπίζει τη βία στην οικογένεια στην Ευρώπη (Λοϊζίδου Ε., 1999).

Ο Νόμος με τις τροποποιήσεις του περιλαμβάνει πτυχές για την τιμωρία αλλά και την αποκατάσταση των δραστών (θεραπευτικά προγράμματα), όπως και πτυχές για την πρόληψη και προστασία των θυμάτων (διατάγματα αποκλεισμού θύτη και απομάκρυνσης θύματος). Με την τροποποίηση του 2000, δίδεται έμφαση στην προστασία ανηλίκων και διαφοροποιούνται άρθρα με στόχο την αποτροπή του εκφοβισμού του θύματος, τη λήψη

¹ Περί Βίας στην Οικογένεια Νόμος (πρόληψη και προστασία των θυμάτων) 119(I)2000 και Νόμος που τροποποιεί τον Περί Βίας στην Οικογένεια Νόμο, αρ. 212(I) του 2004.

² Εγχειρίδιο Διατμηματικών διαδικασιών για το χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια, 2002.

οπτικογραφημένης κατάθεσης από ανήλικους, τη λήψη της κατάθεσης από άτομα του ίδιου φύλου με το θύμα κ.ά. Επιπλέον, με το νόμο παρέχονται περισσότερες εξουσίες στους Οικογενειακούς Συμβούλους για διερεύνηση των αδικημάτων βίας και τους καθιστά επαγγελματίες πρώτης γραμμής.

Παράλληλα, με την τελευταία τροποποίηση του 2004, στο άρθρο 35^A, καθορίζεται η ευθύνη οποιουδήποτε πολίτη, που έμμεσα ή άμεσα γνωρίζει για την κακοποίηση ανηλίκου ή ευάλωτου ατόμου, να καταγγέλλει στις αρμόδιες αρχές το περιστατικό βίας. Η παράλειψη να καταγγείλει τις περιπτώσεις βίας ποινικοποιείται. Με αυτό το άρθρο η ευθύνη βαραίνει και όλους τους επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με περιστατικά βίας: *«οποιοσδήποτε παραλείπει να καταγγείλει περίπτωση βίας σε βάρος ανηλίκου προσώπου ή προσώπου με σοβαρές διανοητικές ή ψυχικές ανεπάρκειες, που περιέρχεται σε γνώση του, διαπράττει αδίκημα και σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι δύο έτη ή σε χρηματική ποινή μέχρι χίλιες λίρες ή και στις δύο αυτές ποινές».*

Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια

Μια άλλη πρόνοια του Νόμου, (Νόμος του 1994, άρθρο 16(2)) προβλέπει τη σύσταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια (ΣΕ). Ο σκοπός της Συμβουλευτικής Επιτροπής είναι η πρόληψη και καταπολέμηση της βίας στην οικογένεια και ειδικότερα οι αρμοδιότητες της είναι να:

- α) παρακολουθεί το πρόβλημα της βίας στην οικογένεια στην Κύπρο
- β) προβαίνει στην ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού και των επαγγελματιών με διάφορα μέσα, περιλαμβανομένων ειδικών συνεδρίων, επιμορφωτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων
- γ) προωθεί επιστημονικές έρευνες σχετικά με τη βία στην οικογένεια
- δ) προωθεί τις υπηρεσίες για την αντιμετώπιση όλων των πτυχών του προβλήματος της βίας στην οικογένεια, και
- ε) παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα των σχετικών υπηρεσιών, καθώς και την εφαρμογή και τήρηση της σχετικής νομοθεσίας.

Διατμηματικές Διαδικασίες

Σε αυτά τα πλαίσια η ΣΕ ετοίμασε εγχειρίδιο όπου καθορίζονται οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα της κάθε υπηρεσίας σχετικά με τα θέματα βίας. **Το Εγχειρίδιο Διατμηματικών Διαδικασιών για το Χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια**, συμφωνήθηκε από όλες τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες και θεσμοθετήθηκε στις 16.05.2002 με την απόφαση αρ. 55.646 του Υπουργικού Συμβουλίου. Δύο χρόνια μετά, η ΣΕ προέβη στην αξιολόγηση των διαδικασιών και στον καθορισμό νέων εισηγήσεων για την εφαρμογή τους³.

Επίσης, στις 31.07.2002, δημοσιεύτηκε στην επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας η απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου (αρ. απόφασης 56.186) που αφορά στο διορισμό πολυθεματικών ομάδων στις οποίες συμμετέχουν λειτουργοί των Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε επαρχία. Στις πολυθεματικές ομάδες Λευκωσίας, Λάρνακας–Αμμοχώστου, Λεμεσού–Πάφου συμμετέχουν: Παιδοψυχίατρος, Ειδικός Παιδίατρος, Κλινικός Ψυχολόγος και Κοινωνικός

³ Μ. Αποστολίδου για Συμβουλευτική Επιτροπή 2004 – «Έκθεση Αξιολόγησης της Εφαρμογής των Διατμηματικών Διαδικασιών για το Χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια».

Λειτουργός. Αρμοδιότητες των πολυθεματικών ομάδων είναι η παροχή συμβουλών, απόψεων, γνωματεύσεων καθώς και οποιαδήποτε βοήθεια αναφορικά με την καλύτερη μεταχείριση ανηλίκων ή άλλων θυμάτων βίας.⁴

Στο κεφάλαιο 6 των Διατμηματικών Διαδικασιών γίνεται αναφορά στα καθήκοντα των επαγγελματιών των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας. Οι πρόνοιες αναφέρονται σε όλο το προσωπικό και δεσμεύουν όλους τους επαγγελματίες, ώστε να γνωρίζουν και να θέτουν σε εφαρμογή τις διαδικασίες χειρισμού των περιστατικών βίας στην οικογένεια.

Πρωταρχικό καθήκον επαγγελματιών υγείας είναι η προστασία των ανηλίκων παιδιών, και, κατά συνέπεια, οποιοσδήποτε ενήλικας εκμυστηρευθεί σε λειτουργό υγείας ότι κακοποιεί παιδί, αυτόματα αναιρείται η αρχή της «εμπιστευτικότητας» και ενεργοποιούνται οι διαδικασίες για προστασία του θύματος (παρ. 6.1).

Η **ιατρική ομάδα** (παιδίατρος, παιδοχειρουργός, ιατροδικαστής, νοσηλεύτης), έχει τον κυρίαρχο ρόλο στην προστασία των παιδιών. Οι γιατροί πρέπει να συνεργάζονται με τα μέλη της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για εντοπισμό οικογενειών «υψηλού κινδύνου» και οι παιδίατροι είναι υπεύθυνοι για την κατάρτιση άλλων μελών του προσωπικού.

Στις περιπτώσεις όπου η ιατρική ομάδα κρίνει ότι κάποιο παιδί έτυχε κακοποίησης τότε :

- Λαμβάνει πλήρες ιστορικό και διεξάγει πλήρη εξέταση με τον παιδοχειρουργό
- Καταγράφει τα πορίσματα της εξέτασης και τις εξηγήσεις που δίδονται και από ποιόν δίδονται
- Ειδοποιεί, όπου υπάρχει εύλογη αιτία για υπόνοια κακοποίησης, τον Οικογενειακό Σύμβουλο (Επαρχιακά Γραφεία Ευημερίας) και, εκτός ωρών γραφείου, την αστυνομία και τον επί καθηκοντι κοινωνικό λειτουργό (παρ. 6.2)

Η **ιατρική εξέταση** είναι αναγκαία σχεδόν σε όλα τα περιστατικά βίας, για να ληφθεί ιατρική γνώμη για την πιθανή βλάβη και την κατάσταση υγείας του παιδιού, αλλά και για τεκμηρίωση της καταγγελίας. Η εξέταση γίνεται στο παιδιατρικό τμήμα των Νοσοκομείων σε κάθε επαρχία όπου έχει οριστεί παιδίατρος εξειδικευμένος πάνω στο θέμα. Ο **παιδίατρος** καλεί τους ιατρικούς λειτουργούς που θεωρεί απαραίτητους για να συμμετάσχουν στην εξέταση. Η εξέταση γίνεται το συντομότερο δυνατό από γιατρό του ίδιου φύλου (6.2.1.). Ο παιδίατρος πρέπει να διερευνά τη γενική σωματική κατάσταση του παιδιού και κατά πόσο αυτή συνάδει με την εξήγηση που δίδεται για τον τραυματισμό. Επίσης, ο παιδίατρος είναι υπεύθυνος να εξηγήσει στο παιδί τη διαδικασία εξέτασης και να σέβεται το δικαιώματα του παιδιού να εκφράσει άποψη. Στη συνέχεια τα πορίσματα μοιράζονται με τον Οικογενειακό Σύμβουλο (ΟΣ), και δίδονται γραπτώς. Επίσης, μαζί με τον ΟΣ, καθορίζει εάν το παιδί χρήζει περαιτέρω ιατρικής περίθαλψης. Ο παιδίατρος στηρίζει τον ΟΣ στην όλη διερεύνηση του περιστατικού, συμμετέχει στις διεπιστημονικές συνεδρίες και, εάν χρειαστεί, παρέχει μαρτυρία στο Δικαστήριο (6.2.2).

⁴ Διορισμός πολυθεματικών ομάδων σύμφωνα με το άρθρο 8 του Περί Βίας στην Οικογένεια Πρόληψη και Προστασία των Θυμάτων) Νόμου του 2000 (νόμος αρ. 119(Ι)2000), αρ. απόφασης 56.186, ημερομηνίας 31.07.2002.

Οι **επισκέπτριες υγείας** έχουν επίσης σημαντικό ρόλο να διαδραματίσουν ιδιαίτερα για την προστασία των παιδιών. Ο ρόλος τους αφορά την επαφή με τις οικογένειες και τις σχέσεις τους με τις κοινοτικές υπηρεσίες (σχολεία, υπηρεσίες υγείας). Επίσης, πρέπει να είναι σε θέση να επισημάνουν οικογενειακές καταστάσεις υψηλού κινδύνου που οδηγούν στην κακοποίηση και να αναγνωρίζουν τα πρώτα στάδια κακοποίησης. (6.3).

Ως εκ τούτου, οι επισκέπτριες υγείας πρέπει να διατηρούν επαφή με όλα τα μέλη της οικογένειας και με τις υπηρεσίες υγείας, τις κλινικές προστασίας και ευημερίας μητρότητας παιδιού και τα σχολεία. Όταν αντιληφθούν ή υποψιαστούν κακοποίηση παιδιού γίνονται οι ακόλουθες ενέργειες:

- Λήψη του ιστορικού του παιδιού και ενημέρωση του σχολιάτρου και του αρμόδιου διευθυντή
- Καταγραφή των πορισμάτων και των εξηγήσεων που δίδονται (αναφορά στα τραύματα)
- Ανάλογα με την κλινική κατάσταση του παιδιού αποφασίζεται ποιος να εξετάσει το παιδί
- Σε περιπτώσεις εύλογης υποψίας κακοποίησης ειδοποιείται το Επαρχιακό Γραφείο Ευημερίας και ενημερώνονται οι γονείς για τους λόγους της παραπομπής (6.3.1)

Όταν, κατά τη διάρκεια εξέτασης παιδιού από **οδοντίατρο**, εντοπισθούν τραύματα στο στόμα που δυνατό να είναι αποτέλεσμα κακοποίησης και οι εξηγήσεις που δίδονται δεν είναι ικανοποιητικές, τότε ο οδοντίατρος:

- Καταγράφει τα πορίσματα και τις εξηγήσεις που δίδονται, με αναφορά στη φύση των τραυμάτων
- Συζητά με τον παιδίατρο του παιδιού
- Αν υπάρχουν εύλογες υποψίες κακοποίησης τότε ειδοποιεί τον ΟΣ του Επαρχιακού Γραφείου Ευημερίας (6.4)

Στις περιπτώσεις όπου **σχολίατρος** υποψιάζεται κακοποίηση ανηλίκου τότε:

- Λαμβάνει το ιστορικό του παιδιού, παραπέμπει, εάν χρειάζεται, για επείγουσα φροντίδα και ενημερώνει άμεσα τον υπεύθυνο εκπαιδευτικό του σχολείου ή το διευθυντή
- Έρχεται σε επαφή με τον Επαρχιακό Γραφείο Ευημερίας
- Καταγράφει τα πορίσματα της εξέτασης και τις εξηγήσεις που δίδονται με αναφορά στη φύση των κακώσεων
- Αν υπάρχει εύλογη υποψία κακοποίησης ενημερώνει τον υπεύθυνο εκπαιδευτικό και τους γονείς για την ενημέρωση που έγινε στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας (6.5)

Το **Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Παιδιατρικής** (παιδοψυχίατροι, κλινικοί ψυχολόγοι, νοσηλεύτριες ψυχιατρικής) δέχεται παραπομπές για παιδιά μέχρι 17 χρόνων από όλες τις υπηρεσίες. Ο ρόλος τους αφορά κυρίως τη θεραπευτική και συμβουλευτική παρακολούθηση του παιδιού και της οικογένειας. Επίσης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση, όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης, παρέχοντας ενισχυτική επιστημονική άποψη που να συμπληρώνει τα ευρήματα άλλων υπηρεσιών. Παράλληλα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιμόρφωση μελών του προσωπικού (6.6)

Σε όλες τις περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και σεξουαλικής παραβίασης ανηλίκων η ιατρική εξέταση είναι αναγκαία για να ληφθεί ιατρική γνώμη και για τεκμηρίωση της καταγγελίας. Σε όλες τις περιπτώσεις ζητείται πάντοτε και η **συγκατάθεση του γονιού**. Στις περιπτώσεις όπου ο γονιός αντιτίθεται, τότε ο Οικογενειακός Σύμβουλος ενημερώνει γραπτώς το Γενικό Εισαγγελέα της Δημοκρατίας, (το αργότερο εντός τριών ημερών μετά την εξέταση) και συνοδεύει ο ίδιος το παιδί στο Παιδιατρικό Τμήμα (4.5.1)

Για κάθε περίπτωση μπορεί να συγκληθεί **διεπιστημονικό κλιμάκιο** το οποίο αποτελείται από:

- Παιδίατρο
- Οικογενειακό Σύμβουλο ή Κοινωνικό Λειτουργό
- Κλινικό Ψυχολόγο
- Παιδοψυχίατρο
- Εκπαιδευτικό Ψυχολόγο
- Συντονιστή Ομάδας Πρόληψης Βίας στα σχολεία

Το διεπιστημονικό κλιμάκιο μπορεί ανάλογα να ενισχύεται με αστυνομικό, δικηγόρο της δημοκρατίας, επισκέπτρια υγείας, σύμβουλο καθηγητή ή επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων.

Αρμοδιότητες του κλιμακίου είναι:

- Μελέτη της κάθε περίπτωσης πριν περάσει μια βδομάδα από την παραπομπή.
- Εκτίμηση κινδύνου που διατρέχει το παιδί και των ιδιαίτερων αναγκών της οικογένειας/ ιστορικό και κλινική εξέταση του παιδιού/ κλινική ψυχολογική αξιολόγηση/ ψυχιατρική εκτίμηση των γονιών (εάν χρειάζεται)
- Μελέτη μέτρων θεραπευτικής αντιμετώπισης και προστασίας του παιδιού (αξιολόγηση κάθε μήνα για τρεις μήνες και μετά κάθε τρεις μήνες)
- Μελέτη μέτρων θεραπευτικής αντιμετώπισης του θύτη (4.8)

Περιστατικά Βίας με θύματα ενήλικες

Στο κεφάλαιο 6 των Διατμηματικών Διαδικασιών όπου καταγράφονται τα καθήκοντα των λειτουργών υγείας δε γίνεται καμιά αναφορά στην αντιμετώπιση περιστατικών βίας που αφορά ενήλικα άτομα. Σε όλα τα άλλα κεφάλαια γίνεται αναφορά μόνο στο σημείο 4.10 με τίτλο **Βία ενάντια σε ενήλικες** και στο σημείο 10.2 **Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΚΑΒ)**. Επίσης, σε αυτά τα σημεία δε γίνεται αναφορά στο ρόλο των Υπηρεσιών Υγείας παρά μόνο διευκρινίζεται ότι το προσωπικό του ΚΑΒ συνοδεύει το θύμα στην Αστυνομία και τις Πρώτες Βοήθειες (μόνο στην επαρχία Λευκωσίας, όπου λειτουργεί το ΚΑΒ του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια).

Υφιστάμενη πρακτική

Μετά την τελευταία τροποποίηση του νόμου και τη θεσμοποίηση των Διατμηματικών Διαδικασιών, σε κάθε παιδιατρικό τμήμα στα νοσοκομεία κάθε επαρχίας, έχει καθοριστεί ομάδα αντιμετώπισης των περιστατικών βίας στην οικογένεια. Η ομάδα, συνήθως, αποτελείται από τον Διευθυντή του Παιδιατρικού Τμήματος, παιδοχειρουργό, ιατροδικαστή και νοσηλεύτρια. Οι γιατροί που συμμετέχουν στις πολυθεματικές ομάδες (βλέπε πιο πάνω: Θεσμικό Πλαίσιο - Νομοθεσία), συνήθως επιλαμβάνονται των περιστατικών βίας που εντοπίζονται ή καταγγέλλονται. Δεν υπάρχουν γραπτές οδηγίες ούτε εγκύκλιος για το χειρισμό των περιστατικών βίας ούτε τηρείται αρχείο καταγραφής στατιστικών στοιχείων.

Καταγράφονται μόνο τα περιστατικά που νοσηλεύονται. Στο Μακάριο Νοσοκομείο δημιουργήθηκε αυθόρμητα από το ιατρικό προσωπικό, ένα έντυπο καταγραφής των περιστατικών βίας (επισυνάπτεται), αλλά δεν συμπληρωνόταν πάντοτε και δε δόθηκε συνέχεια. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένα θεσμοθετημένο έντυπο καταγραφής στατιστικών στοιχείων περιστατικών βίας από τα παιδιατρικά τμήματα.

Ιατρική εξέταση

Η ομάδα η οποία διενεργεί την ιατρική εξέταση αποτελείται συνήθως από παιδίατρο, παιδοχειρουργό, ιατροδικαστή και νοσηλεύτρια. Όταν ο παιδίατρος κρίνει ότι χρειάζεται κάποιος άλλος ειδικός (π.χ. γυναικολόγος για σεξουαλική παραβίαση ή δερματολόγος για διερεύνηση εγκαυμάτων κ.ο.κ.), τότε αυτός καλείται άμεσα για να παρευρεθεί στην εξέταση.

Ιατρική έκθεση

Μετά την εξέταση τα πορίσματα συζητούνται με τον οικογενειακό σύμβουλο και αποστέλλονται γραπτώς από τον ιατροδικαστή στο Γενικό Εισαγγελέα της Δημοκρατίας εντός 7 ημερών. Συνήθως, ο ιατροδικαστής καλείται και στο Δικαστήριο για μαρτυρία. Παλιότερα συνηθιζόταν και η μαρτυρία από παιδίατρο. Ο παιδίατρος ενημερώνει το παιδί για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί.

Μηχανισμός παραπομπών

Εάν το περιστατικό εντοπίστηκε από τις υπηρεσίες υγείας (Πρώτες Βοήθειες, Εξωτερικά Ιατρεία, Σχολιατρικές Υπηρεσίες, Επισκέπτριες Υγείας κ.ά.), εκτός από την προκαθορισμένη ομάδα και τον ιατροδικαστή, καλείται ο Οικογενειακός Σύμβουλος ή Κοινωνικός Λειτουργός και η αστυνομία για να ενημερωθούν και να επιληφθούν των περαιτέρω διαδικασιών.

Σε περίπτωση που για το περιστατικό ενημερώθηκε πρώτα η αστυνομία τότε ενημερώνεται το παιδιατρικό τμήμα και οι κοινωνικές υπηρεσίες και ακολουθείται η ίδια διαδικασία εξέτασης. Παρόμοια, εάν ο Οικογενειακός Σύμβουλος ή Κοινωνικός Λειτουργός αντιλήφθηκαν πρώτα το περιστατικό ενημερώνουν το παιδιατρικό τμήμα, για σύσταση της ομάδας, και την αστυνομία.

Ψυχολογική αξιολόγηση

Σε όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία γίνεται η ιατρική εξέταση του παιδιού, αλλά για περαιτέρω κλινική ψυχολογική αξιολόγηση τα παιδιά παραπέμπονται στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Μακάριου Νοσοκομείου ή στο Νοσοκομείο Λεμεσού. Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Λεμεσού, στο οποίο παραπέμπονται και τα περιστατικά Πάφου, συστάθηκε πριν από τρία χρόνια περίπου και μέχρι τότε η αξιολόγηση για όλες τις επαρχίες γινόταν μόνο στη Λευκωσία.

Επίσης, ενώ παλιότερα στην ιατρική εξέταση παρευρισκόταν και ο ψυχολόγος ή /και νοσηλεύτρια του Παιδοψυχιατρικού, σήμερα δεν ακολουθείται αυτή η τακτική παρά μόνο παραπέμπονται τα παιδιά αργότερα για αξιολογήσεις.

Θεραπευτική και συμβουλευτική παρακολούθηση του παιδιού

Την ευθύνη παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και θεραπευτικής φροντίδας έχουν οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, στις οποίες παραπέμπονται παιδιά μέχρι 17 χρόνων από όλες τις υπηρεσίες, ενώ μπορούν ν' απευθυνθούν και γονείς.

Στις υπηρεσίες αυτές παραπέμπονται παιδιά τα οποία, μεταξύ άλλων, αντιμετωπίζουν και προβλήματα όπως:

- Δυσκολίες στις σχέσεις με τους γονείς τους
- Συναισθηματικές δυσκολίες (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες)
- Δυσκολίες συμπεριφοράς (επιθετικότητα, κλοπές)
- Διάσπαση προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα
- Δυσκολίες προσαρμογής σε γεγονότα ζωής και ψυχοπαιστικές καταστάσεις (διαζύγιο, αρρώστια, θάνατος, υιοθεσία, μετανάστευση, σεισμοί)
- Τικ, ενούρηση, τραυλισμός, αποστέρηση, παραμέληση, κακοποίηση

Στα κακοποιημένα παιδιά δεν παρέχεται ψυχοθεραπευτική λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας των υπηρεσιών. Συνήθως τα παιδιά αυτά χρειάζονται μακροχρόνια ψυχοθεραπεία και σε σοβαρές περιπτώσεις αυτό παρέχεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας, με αγορά υπηρεσιών από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις τη δαπάνη αναλαμβάνει η οικογένεια.

Στα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα του Μακάριου Νοσοκομείου Λευκωσίας και Λεμεσού παραπέμπονται περιστατικά για αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης των παιδιών και παρακολούθηση (follow up) για ορισμένα χρονικά διάστημα (πχ. κάθε μήνα, κάθε τρεις μήνες κ.ο.κ.).

Επίσης, οι κοινοτικοί νοσηλευτές των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας μπορούν να επισκεφθούν τα παιδιά ή εφήβους στα σπίτια ή στο σχολείο τους για αξιολόγηση ή συμβουλευτική βοήθεια. Τα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα παρέχουν επίσης την υπηρεσία Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής, προσφέροντας θεραπευτικές υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονται στις κλινικές του Νοσοκομείου. Επιπλέον, παρέχουν συμβουλευτική και ευαισθητοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού και της οικογένειας.

Στη Λευκωσία λειτουργεί, επίσης, το Κέντρο Ημέρας Εφήβων, το οποίο παρέχει πιλοτικά προγράμματα και αναπτύσσει δραστηριότητες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, εκπαίδευσης και έρευνας.

Πρακτική αντιμετώπιση περιστατικών βίας κατά των γυναικών

Εξωτερικά Ιατρεία

Οι κακοποιημένες γυναίκες δεν καταφεύγουν συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία. Τα δε περιστατικά που χειρίζονται οι γυναικολόγοι στα κρατικά τμήματα των εξωτερικών ιατρείων αφορούν γυναικολογικά προβλήματα, εξετάσεις ρουτίνας και εγκυμοσύνες. Η συνήθης πρακτική που ακολουθείται από κακοποιημένες γυναίκες είναι να επισκέπτονται τις πρώτες βοήθειες ή ιδιώτη γυναικολόγο.

Πρώτες βοήθειες

Σε περιπτώσεις όπου μια κακοποιημένη γυναίκα καταφεύγει στο Τμήμα Πρώτων Βοηθειών, εάν χρειαστεί, καλείται εφημερεύων γυναικολόγος και ο ιατροδικαστής. Η εξέταση γίνεται συνήθως με παρουσία μάρτυρα του ιατρικού / νοσηλευτικού προσωπικού και στη συνέχεια συντάσσεται έκθεση. Προϋπόθεση όλων αυτών είναι ότι έγινε καταγγελία στη αστυνομία. Εάν η γυναίκα δεν παραδέχεται ότι τα τραύματα ήταν συνέπεια κακοποίησης και δεν

καλείται η αστυνομία, τότε το περιστατικό αντιμετωπίζεται όπως οποιαδήποτε άλλο ατύχημα.

Μεθοδολογία

Συμμετέχοντες, Διαδικασία και Μετρήσεις

Για σκοπούς σφαιρικότερης αξιολόγησης των κρατικών Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια, θεωρήθηκε αναγκαίο όπως συλλεχθούν δεδομένα, τα οποία αφορούν τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις εντυπώσεις των επαγγελματιών υγείας, διαφόρων ειδικοτήτων, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των πιο πάνω Υπηρεσιών. Αρχικά, συλλέχθηκαν στοιχεία μέσω συνεντεύξεων που έγιναν με κακοποιημένες γυναίκες και οικογενειακούς σύμβουλους, τα οποία βοήθησαν στη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε αργότερα για τους επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν οι τρεις ομάδες που διαμορφώθηκαν. Η ανάλυση των δεδομένων που ελήφθησαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Κακοποιημένες γυναίκες

Η πρώτη ομάδα του δείγματος αποτελείτο από 7 κακοποιημένες γυναίκες οι οποίες εντοπίστηκαν μέσω του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια, όπου είχαν αποταθεί είτε για συμβουλευτική και στήριξη, είτε φιλοξενήθηκαν για κάποιο χρονικό διάστημα στο καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών του Συνδέσμου. Και οι επτά γυναίκες, λόγω της κακοποίησης της οποίας υπέστησαν, χρησιμοποίησαν τις κρατικές Υπηρεσίες Υγείας και, ως εκ τούτου, ήρθαν σε επαφή με επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων σε διάφορες πόλεις της Κύπρου. Πρέπει να σημειωθεί ότι αρχικά στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να έρθει σε επαφή με δέκα τουλάχιστον κακοποιημένες γυναίκες, λόγω όμως της δυσκολίας εύρεσης συμμετεχουσών το δείγμα περιορίστηκε στις επτά. Συγκεκριμένα, το θέμα της κακοποίησης αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο πολλές φορές αποτελεί μυστικό στους κόλπους της οικογένειας, με αποτέλεσμα αρκετές από τις γυναίκες να μην εκφράζονται για αυτό και συνεπώς, να μην γνωρίζει κανείς για την ύπαρξη του προβλήματος. Αυτός υπήρξε και ο λόγος για τον οποίο και χρησιμοποιήθηκε ο Σύνδεσμος ως ένας χώρος συνάντησης με τις κακοποιημένες γυναίκες.

Για σκοπούς συλλογής των εμπειριών και των απόψεων των γυναικών αυτών διαμορφώθηκε ένα πρωτόκολλο συνέντευξης (Βλέπε Παράρτημα 1), το οποίο αποτελείτο από 15 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 11 ερωτήσεις ήταν κλειστές είτε με δυνατότητα επιλογής μεταξύ των απαντήσεων ναι ή όχι, ή με δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων απαντήσεων. Επιπλέον, υπήρχαν 3 ανοικτές ερωτήσεις, στις οποίες ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να παραθέσουν την προσωπική τους εμπειρία σχετικά με τις συνθήκες τις οποίες τις οδήγησαν να έρθουν σε επαφή με το Σύνδεσμο, καθώς επίσης τις εντυπώσεις τους, τις εισηγήσεις και τις προσδοκίες τους σχετικά με την εμπειρία που είχαν από την επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας που συνάντησαν στις κρατικές Υπηρεσίες Υγείας. Τέλος, στη συνέντευξη περιλήφθηκε ακόμη μία ερώτηση η οποία ζητούσε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν σε μία κλίμακα 1-4 (1= καθόλου ικανοποιητική, 2= όχι πολύ ικανοποιητική, 3= σχετικά ικανοποιητική, 4= πολύ ικανοποιητική) διάφορα στοιχεία που αφορούν την αντιμετώπιση που δέχθηκαν οι γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας όπως: ο

επαγγελματισμός, η ευαισθησία, η κατανόηση, η προσοχή, ο σεβασμός, η στήριξη και η εμπιστευτικότητα.

Η συνέντευξη ήταν διάρκειας 30-45 λεπτών, έγινε τηλεφωνικά και στη διάρκεια της οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας. Πρέπει να αναφερθεί ότι ενώ αρχικά οι συνεντεύξεις προγραμματίστηκαν να γίνουν πρόσωπο με πρόσωπο, μετά την πραγματοποίηση της πρώτης συνέντευξης κρίθηκε καλύτερο όπως οι υπόλοιπες συνεντεύξεις διεκπεραιωθούν τηλεφωνικά, καθότι η ανωνυμία της τηλεφωνικής επικοινωνίας θα έδινε στις γυναίκες τη δυνατότητα να εκφραστούν με περισσότερη άνεση και να μιλήσουν για προσωπικά θέματα.

Οικογενειακοί Σύμβουλοι

Η δευτέρα ομάδα που συμμετείχε στην έρευνα αποτελείτο από όλους τους οικογενειακούς συμβούλους του Γραφείου Ευημερίας. Οι οκτώ οικογενειακοί σύμβουλοι εργάζονται σε αστικά και στα αγροτικά κέντρα σε όλη την Κύπρο. Συγκεκριμένα, 2 από αυτούς εργάζονται στην επαρχία Λευκωσίας, εκ των οποίων ο ένας βρίσκεται στην περιοχή της Ευρύχου, τρεις εργάζονται στην επαρχία Λεμεσού, ένας στην επαρχία Πάφου, ένας στην επαρχία Λάρνακας και ένας στην επαρχία Αμμοχώστου.

Οι οικογενειακοί σύμβουλοι είναι υπεύθυνοι για το χειρισμό περιστατικών κακοποίησης παιδιών. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις στις οποίες αντιλαμβάνονται περιστατικά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων ενημερώνουν την αστυνομία και παράλληλα το παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου της επαρχίας στο οποίο υπάρχει παιδίατρος με εξειδίκευση στο τομέα της κακοποίησης, ούτως ώστε να συσταθεί ειδική ιατρική ομάδα (παιδίατρος, παιδοχειρουργός, ιατροδικαστής, νοσηλεύτρια) που θα προβεί στην ιατρική εξέταση. Σε όλες τις περιπτώσεις ζητείται πάντοτε και η συγκατάθεση του γονιού. Στις περιπτώσεις όπου ο γονιός αντιτίθεται, τότε ο οικογενειακός σύμβουλος ενημερώνει γραπτώς το Γενικό Εισαγγελέα της Δημοκρατίας (πριν ή το αργότερο εντός τριών ημερών μετά την εξέταση) και συνοδεύει ο ίδιος το παιδί στο παιδιατρικό τμήμα για την πραγματοποίηση της εξέτασης. Ο οικογενειακός σύμβουλος έχει άμεση πρόσβαση στα πορίσματα της ιατρικής έκθεσης και σε συνεργασία με τον παιδίατρο αποφασίζει εάν το παιδί χρήζει περαιτέρω ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, με τη βοήθεια του παιδίατρου προβαίνει σε εις βάθος διερεύνηση του περιστατικού.

Σαφώς, οι οικογενειακοί σύμβουλοι λόγω του χειρισμού περιστατικών κακοποίησης, συνόδευσαν άτομα που έκαναν χρήση των κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και ως εκ τούτου ήρθαν σε επαφή με επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων σε διάφορες πόλεις της Κύπρου. Συνεπώς, για σκοπούς συλλογής των εμπειριών και των απόψεων των πιο πάνω διαμορφώθηκε ένα πρωτόκολλο συνέντευξης το οποίο αποτελείτο από 11 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 9 ερωτήσεις ήταν κλειστές είτε με δυνατότητα επιλογής μεταξύ των απαντήσεων ναι ή όχι, ή με δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων απαντήσεων. Επίσης, υπήρχε μία ανοικτή ερώτηση η οποία ζητούσε από τους συμμετέχοντες να παραθέσουν τις εισηγήσεις τους για βελτίωση των κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και τον χειρισμό περιστατικών κακοποίησης ανηλίκων. Τέλος, όπως και στο πρωτόκολλο συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε για τις κακοποιημένες γυναίκες, περιλήφθηκε ακόμη μία ερώτηση η οποία ζητούσε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν σε μία κλίμακα 1-4 (1= καθόλου ικανοποιητική, 2= όχι πολύ ικανοποιητική, 3= σχετικά ικανοποιητική, 4= πολύ

ικανοποιητική) διάφορα στοιχεία που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν τα περιστατικά κακοποίησης όπως: ο επαγγελματισμός, η ευαισθησία, η κατανόηση, η προσοχή, ο σεβασμός, η στήριξη και η εμπιστευτικότητα.

Η συνέντευξη ήταν διάρκειας 15 περίπου λεπτών, έγινε τηλεφωνικά και στη διάρκειά της οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

Επαγγελματίες Υγείας

Η Τρίτη και κύρια ομάδα του δείγματος αποτελείτο από 105 επαγγελματίες υγείας όλων των επιπέδων των Υπηρεσιών Υγείας. Συγκεκριμένα, το δείγμα των επαγγελματιών υγείας προερχόταν από τα πέντε κύρια επαρχιακά νοσοκομεία, από αγροτικά νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας, περιλαμβανομένων των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε τυχαία, σε παγκύπρια βάση, λαμβάνοντας υπόψη την ειδικότητα και τον τόπο εργασίας (αστική /αγροτική περιοχή).

Για σκοπούς συλλογής των απόψεων και των εισηγήσεων των επαγγελματιών υγείας διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείτο από 24 ερωτήσεις. Από αυτές οι 15 ήταν κλειστές είτε με δυνατότητα επιλογής μεταξύ των απαντήσεων ναι ή όχι, ή με δυνατότητα επιλογής μεταξύ περισσότερων απαντήσεων. Επίσης, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 2 ερωτήσεις μικτού τύπου οι οποίες αποτελούνταν από δύο σκέλη, το πρώτο σκέλος ήταν κλειστή ερώτηση με δυνατότητα επιλογής μεταξύ απαντήσεων και το δεύτερο σκέλος ήταν ερώτηση ανοικτού τύπου. Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθησαν ακόμη 2 ερωτήσεις οι οποίες ζητούσαν από τους συμμετέχοντες να: 1) υποδείξουν τη συχνότητα των ακόλουθων ενεργειών στις οποίες προβαίνουν όταν αναγνωρίσουν περιστατικό κακοποίησης, σε μία κλίμακα 1-4 (1= πάντα, 2= συχνά, 3= σπάνια, 4= ποτέ), 2) αξιολογήσουν το πόσο σίγουροι νιώθουν για με κάποια σημεία που αφορούν το χειρισμό περιστατικών κακοποίησης, σε μία κλίμακα 1-4 (1= πολύ σίγουρος, 2= σχετικά σίγουρος, 3= όχι πολύ, 4= καθόλου). Τέλος, υπήρχαν τρεις ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες ζητούσαν τις προτάσεις και τις εισηγήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη βελτίωση του συντονισμού των Υπηρεσιών Υγείας.

Συμπληρώθηκαν 105 ερωτηματολόγια κατά τους μήνες Απρίλιο και Μάιο του 2007, τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές.

Έγινε προσπάθεια στο δείγμα να περιλαμβάνονται όλες οι ειδικότητες επαγγελματιών που μπορεί να έρθουν σε επαφή με θύματα βίας. Από τους 105 επαγγελματίες το 4.8% είναι παιδίατροι, 14.3 % γιατροί πρώτων βοηθειών, 4.8% οδοντίατροι, 4.8 ψυχίατροι, 14.3% ψυχολόγοι, 28.6% νοσηλευτές, 14.3% κοινοτικοί νοσηλευτές και 14.3% επισκέπτριες υγείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (77.8%) ήταν γυναίκες και μόνο το 22.2% άνδρες. Οι ηλικιακές ομάδες κυμαίνονται από 18 μέχρι 60 ετών με μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα αυτή των 36 με 50 (40.4%). Η δεύτερη μεγάλη ομάδα είναι ηλικίας μεταξύ 25 και 35 ετών (29.8%). Το 23.1 % των ερωτηθέντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 51-60 και τέλος η μικρότερη ηλικιακή ομάδα είναι μεταξύ 18 και 24 ετών (6.7%).

Τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων κυμαίνονται από 1 μέχρι και πέραν των 35 χρόνων, Συγκεκριμένα το 26.3% έχει 1 -5 χρόνια προϋπηρεσία, από 6-15 χρόνια εργάζεται το 32.3%,

ενώ το 23.2% εργάζεται από 16 μέχρι 25 χρόνια.. Από 26-35 εργάζεται το 12.1% και το 6.1% των επαγγελματιών εργάζεται πέραν των 35 χρόνων.

Το 32% του δείγματος εργάζεται στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών, το 19% στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, το 19% στην κοινότητα (σχολιατρικές υπηρεσίες, κέντρα υγείας), το 10% σε Μαιευτήρια/ γυναικολογικά τμήματα, το 5% στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, το 2% στα εξωτερικά ιατρεία, 2% στο παιδιατρικό τμήμα (θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο δείγμα των σχολιατρικών υπηρεσιών περιλαμβάνεται και αριθμός παιδιάτρων), 2% σε ορθοπεδικά τμήματα, και 1% σε χειρουργικό τμήμα. Ένα ποσοστό 8% του δείγματος δεν έχει δηλώσει χώρο εργασίας.

Παρουσίαση Ευρημάτων

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα ευρήματα από την ανάλυση των συνεντεύξεων και των ερωτηματολογίων που δόθηκαν στις τρεις ομάδες συμμετεχόντων. Η παρουσίαση των ευρημάτων γίνεται με τη βοήθεια πινάκων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Ακολούθως, παρατίθενται σχόλια για το περιεχόμενο των πινάκων. Η ανάλυση και η συζήτηση των ευρημάτων γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο.

Κακοποιημένες Γυναίκες

Η πρώτη ομάδα του δείγματος αποτελείτο από 7 κακοποιημένες γυναίκες διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένα, μία (14,3 % του δείγματος) από αυτές προερχόταν από την ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών, μία (14,3 %) ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 25-35 ετών, τέσσερις (57,1) στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών και μία (14,3 %) από την ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών. Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών 2 από αυτές ήταν παντρεμένες και οι υπόλοιπες πέντε διαζευγμένες ή σε διάσταση. Οι τέσσερις από τις συμμετέχουσες φιλοξενήθηκαν για κάποιο χρονικό διάστημα στο καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών του Συνδέσμου Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια. Όλες οι γυναίκες έκαναν χρήση των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας μετά από κακοποίηση που υπέστησαν από το σύζυγο ή το σύντροφό τους. Πιο συγκεκριμένα, έξι από τις συμμετέχουσες επισκέφτηκαν το τμήμα πρώτων βοηθειών για περιθάλψη, μετά από κακοποίηση, όπου ήρθαν σε επαφή με γιατρό πρώτων βοηθειών και μία επισκέφτηκε παθολόγο. Επιπλέον, δύο από τις συμμετέχουσες, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στις κρατικές υπηρεσίες υγείας ήρθαν σε επαφή με νοσηλεύτες.

Στην ερώτηση εάν οι γυναίκες ερωτήθηκαν από τον επαγγελματία υγείας αν το τραύμα ήταν αποτέλεσμα κακοποίησης, έξι από αυτές απάντησαν θετικά και μία από αυτές απάντησε ότι δεν χρειάστηκε καθότι η ίδια επισκέφθηκε τις πρώτες βοήθειες έχοντας ήδη παραπεμπτικό χαρτί από την αστυνομία. Στην επόμενη ερώτηση, στην οποία ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να μιλήσουν για την αντίδραση του επαγγελματία υγείας στο γεγονός ότι επρόκειτο για περιστατικό κακοποίησης, τρεις από τις συμμετέχουσες απάντησαν ότι ο επαγγελματίας υγείας χειρίστηκε την περίπτωσή τους ως ένα περιστατικό ρουτίνας, χωρίς να εκφράσει οποιαδήποτε ευαισθησία. Μία από τις συμμετέχουσες απάντησε ότι κατά τη διάρκεια της επίσκεψής της στο γιατρό ήταν επίσης παρών και ο σύζυγός της, με αποτέλεσμα ο γιατρός να είναι συγκρατημένος και να μην κάνει ιδιαίτερες ερωτήσεις. Πρόσθεσε επίσης, ότι ο γιατρός της είπε ότι θα μπορούσε να ξαναπεράσει κάποια άλλη στιγμή μόνη της να μιλήσουν, εάν η ίδια το επιθυμούσε. Μία άλλη από τις γυναίκες απάντησε επίσης ότι ο επαγγελματίας υγείας χειρίστηκε την περίπτωσή της ως ένα περιστατικό ρουτίνας είτε λόγω άγνοιας, ή λόγω έλλειψης επιμόρφωσης. Οι άλλες δύο συμμετέχουσες δήλωσαν ότι ένιωσαν ότι ο επαγγελματίας υγείας χειρίστηκε το περιστατικό με την κατάλληλη ευαισθησία. Ακολούθως, οι συμμετέχουσες ρωτήθηκαν εάν ένιωσαν άνετα να μιλήσουν για την κακοποίηση την οποία υπέστησαν. Έξι (85, 7 %) από τις γυναίκες απάντησε όχι και μία (14,3 %) από αυτές απάντησε ναι. Στην ερώτηση στην οποία ζητήθηκε από τις γυναίκες να εκφράσουν κατά πόσο ένιωσαν ότι ο επαγγελματίας υγείας τις αντιμετώπισε με την απαιτούμενη κατανόηση και σεβασμό, πέντε από αυτές απάντησαν όχι και δύο από αυτές ναι. Στην επόμενη ερώτηση στην οποία ζητήθηκε από τις γυναίκες να δηλώσουν κατά πόσο υπάρχει κάτι το οποίο θα ήθελαν να πράξει ο επαγγελματίας υγείας, το οποίο δεν έπραξε, δύο (28,6%) από αυτές απάντησαν ότι δεν υπάρχει τίποτα, ενώ πέντε (71,4

%) από απάντησαν ναι. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες εξέφρασαν ότι θα ήθελαν ο επαγγελματίας υγείας να τους παρείχε περισσότερη ψυχολογική στήριξη, να δείξει περισσότερη ευαισθησία και να είναι περισσότερο δυναμικός ως προς το χειρισμό περιστατικών κακοποίησης έτσι ώστε να μπορεί να ενδυναμώσει και να ενθαρρύνει την κακοποιημένη γυναίκα. Δύο από τις γυναίκες ανέφεραν επίσης ότι θα προτιμούσαν ο επαγγελματίας υγείας που θα χειριζόταν την περίπτωση τους να ήταν γυναίκα, με την οποία θα ένιωθαν πιο άνετα και θα μπορούσαν να εκφραστούν καλύτερα. Τέλος, μία άλλη συμμετέχουσα εξέφρασε την άποψη ότι οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι σχετικά με θέματα κακοποίησης έτσι ώστε να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να μπορούν να μιλήσουν για το πρόβλημά τους και πρόσθεσε επίσης ότι θα ήθελε οι επαγγελματίες υγείας να ήταν πιο ενημερωμένοι έτσι ώστε να πληροφορούσαν και την ίδια σχετικά με τα δικαιώματά της σε περίπτωση που προέβαινε σε καταγγελία κακοποίησης, καθώς επίσης να της εξηγούσαν τι κατέγραψαν οι ίδιοι στην ιατρική έκθεση.

Τέλος, στην ερώτηση στην οποία ζητούσε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν σε μία κλίμακα 1-4 (1= καθόλου ικανοποιητικό, 2= όχι πολύ ικανοποιητικό, 3= σχετικά ικανοποιητικό, 4= πολύ ικανοποιητικό) διάφορα στοιχεία που αφορούν την αντιμετώπιση που δέχθηκαν οι γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας όπως: ο επαγγελματισμός, η ευαισθησία, η κατανόηση, η προσοχή, ο σεβασμός, η στήριξη και η εμπιστευτικότητα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις, οι οποίες παρατίθενται σε πίνακες. Ακολουθεί σχολιασμός των πινάκων.

Πίνακας 1: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς τον επαγγελματισμό με τον οποίο χειρίστηκαν την περίπτωση τους. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε τον επαγγελματισμό που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας, με τους οποίους ήρθε σε επαφή ως καθόλου ικανοποιητικό, δύο από αυτές τον αξιολόγησαν ως όχι πολύ ικανοποιητικό, τρεις από τις συμμετέχουσες τον αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητικό και μία από αυτές ως πολύ ικανοποιητικό. Ο επόμενος πίνακας αναφέρεται στο πώς οι γυναίκες αξιολόγησαν την ευαισθησία την οποία επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό της περίπτωσης τους.

Πίνακας 2: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την ευαισθησία με την οποία χειρίστηκαν την περίπτωση τους. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Βάσει των ευρημάτων που παρουσιάζονται στον πίνακα 2 μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε την ευαισθησία με την οποία ο επαγγελματίας υγείας χειρίστηκε την περίπτωση της ως καθόλου ικανοποιητική. Δύο από τις γυναίκες την αξιολόγησαν ως όχι πολύ ικανοποιητική, τρεις από αυτές ως σχετικά ικανοποιητική και μία από αυτές ως πολύ ικανοποιητική. Ο πίνακας 3 παρουσιάζει το πώς οι συμμετέχουσες αξιολόγησαν την κατανόηση με την οποία οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν την περίπτωση τους.

Πίνακας 3: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την κατανόηση με την οποία χειρίστηκαν την περίπτωση τους. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε την κατανόηση που έδειξε ο επαγγελματίας υγείας στο χειρισμό της περίπτωσης της ως καθόλου ικανοποιητική, δύο από αυτές την αξιολόγησαν ως όχι πολύ ικανοποιητική, τρεις από τις συμμετέχουσες ως σχετικά ικανοποιητική και τέλος, μία από τις γυναίκες αξιολόγησε την κατανόηση που εισέπραξε από τον επαγγελματία υγείας ως πολύ ικανοποιητική. Ακολουθεί ο πίνακας 4 ο οποίος παρουσιάζει τα ευρήματα της αξιολόγησης των συμμετεχουσών ως προς την εμπιστευτικότητα που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό των περιστατικών.

Πίνακας 4: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την εμπιστευτικότητα που επέδειξαν στο χειρισμό της περίπτωσης τους. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, μία από τις γυναίκες αξιολόγησε την εμπιστευτικότητα με την οποία ο επαγγελματίας χειρίστηκε την περίπτωση της ως καθόλου ικανοποιητική, μία άλλη ως όχι πολύ ικανοποιητική, δύο από τις συμμετέχουσες ως σχετικά ικανοποιητική και τρεις από αυτές ως πολύ ικανοποιητική. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της αξιολόγησης των συμμετεχουσών ως προς την προσοχή που δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 5: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την προσοχή με την οποία χειρίστηκαν την περίπτωση τους. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5 μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε την προσοχή που εισέπραξε από τον επαγγελματία υγείας κατά τη διάρκεια της επαφής της μαζί του ως καθόλου ικανοποιητική, δύο από αυτές αξιολόγησαν την προσοχή που δέχθηκαν ως όχι πολύ ικανοποιητική, τρεις από αυτές την αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητική και μία από τις συμμετέχουσες την αξιολόγησε ως πολύ ικανοποιητική. Πιο κάτω παρατίθενται τα

ευρήματα της αξιολόγησης σχετικά με το σεβασμό που δέχθηκαν οι γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 6: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς το σεβασμό τον οποίο επέδειξαν στο χειρισμό της περίπτωσης τους. (N=7)

<u>Αριθμός Γυναικών</u>	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε το σεβασμό που επέδειξε ο επαγγελματίας υγείας στο χειρισμό της περίπτωσης της ως καθόλου ικανοποιητικό, δύο από αυτές αξιολόγησαν το σεβασμό που δέχθηκαν ως όχι πολύ ικανοποιητικό, τρεις από αυτές τον αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητικό και μία από τις συμμετέχουσες τον αξιολόγησε ως πολύ ικανοποιητικό. Ακολουθούν τα ευρήματα της αξιολόγησης σχετικά με τη στήριξη που δέχθηκαν οι γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 7: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την στήριξη που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας σε αυτές. (N=7)

<u>Αριθμός Γυναικών</u>	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)	1 (14,3 %)

Ο πίνακας 7 δείχνει ότι δύο από τις συμμετέχουσες αξιολόγησαν την στήριξη την οποία δέχθηκαν από τον επαγγελματία υγείας κατά το χειρισμό της περίπτωσης τους ως καθόλου ικανοποιητική. Άλλες δύο από τις συμμετέχουσες την αξιολόγησαν ως όχι πολύ ικανοποιητική, δύο από τις επτά αξιολόγησαν την στήριξη που δέχθηκαν ως σχετικά ικανοποιητική και τέλος, μία από αυτές την αξιολόγησε ως πολύ ικανοποιητική. Στη

συνέχεια παρατίθεται ο τελευταίος πίνακας ο οποίος παρουσιάζει τα ευρήματα της αξιολόγησης των γυναικών σχετικά με τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 8: Αξιολόγηση της εμπειρίας των κακοποιημένων γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας ως προς τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκαν από αυτούς. (N=7)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός Γυναικών</u>	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 μία από τις συμμετέχουσες του δείγματος αξιολόγησε τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ως καθόλου ικανοποιητική, δύο από τις συμμετέχουσες ως όχι πολύ ικανοποιητική, τρεις από αυτές ως σχετικά ικανοποιητική και τέλος, μία από τις συμμετέχουσες αξιολόγησε τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκε από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της επίσκεψής της στις κρατικές υπηρεσίες υγείας ως πολύ ικανοποιητική.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται και αναλύονται τα ευρήματα των συνεντεύξεων που πάρθηκαν από τους οικογενειακούς συμβούλους του Γραφείου Ευημερίας.

Οικογενειακοί Σύμβουλοι

Η δεύτερη πληθυσμιακή ομάδα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτελείται από όλους τους οικογενειακούς συμβούλους οι οποίοι τη δεδομένη στιγμή εργοδοτούνταν από το Γραφείο Ευημερίας παγκύπρια, εκ των οποίων οι επτά ήταν γυναίκες. Οι τρεις από τους συμμετέχοντες (37,5%) προέρχονταν από την ηλικιακή ομάδα 25-35 ετών και οι υπόλοιποι πέντε από την ομάδα 36-50 (62,5%) ετών. Στην ερώτηση που ζητούσε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν τον αριθμό των περιστατικών που χειρίστηκαν τον προηγούμενο μήνα, δύο από αυτούς απάντησαν ένα, τρεις από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι χειρίστηκαν τρία με τέσσερα περιστατικά και οι υπόλοιποι τρεις συμμετέχοντες απάντησαν ότι χειρίστηκαν πέραν από τέσσερα περιστατικά τον προηγούμενο μήνα.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι οικογενειακοί σύμβουλοι όταν ρωτήθηκαν ποια τμήματα επισκέφτηκαν στις περιπτώσεις που συνόδευσαν κακοποιημένα παιδιά στις διάφορες κρατικές υπηρεσίες, τρεις (37,5%) από αυτούς απάντησαν ότι χρειάστηκε να επισκεφθούν το Τμήμα Πρώτων Βοηθειών ένας (12,5%) από τους συμμετέχοντες απάντησε

το Παιδιατρικό Τμήμα και επτά (87,5%) από αυτούς απάντησαν ότι χρειάστηκε να επισκεφθούν το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα. Πιο συγκεκριμένα, τρεις (37,5%) από τους οικογενειακούς συμβούλους ήρθαν σε επαφή με παιδίατρο, δύο (25%) από αυτούς ήρθαν σε επαφή με γιατρό Πρώτων Βοηθειών, ένας (12,5%) ήρθε σε επαφή με ψυχίατρο, δύο από τους οικογενειακούς συμβούλους (25%) ήρθαν σε επαφή με ψυχολόγο, τέσσερις (50 %) από τους οικογενειακούς συμβούλους ήρθαν σε επαφή με νοσηλεύτες, δύο από αυτούς (25%) ήρθαν σε επαφή με γυναικολόγο και τέλος, και οι οκτώ (100%) ήρθαν σε επαφή με την ειδική ιατρική ομάδα που προβαίνει στην ιατρική εξέταση σε περιπτώσεις κακοποίησης ανηλίκων και απαρτίζεται από παιδίατρο, παιδοχειρουργό, ιατροδικαστή και νοσηλεύτη. Σε όλες τις περιπτώσεις για τις οποίες οι οικογενειακοί σύμβουλοι χρειάστηκε να συνοδεύσουν κακοποιημένα παιδιά στις κρατικές υπηρεσίες υγείας υπήρχε παραπεμπτικό χαρτί από την αστυνομία.

Στην ερώτηση εάν οι οικογενειακοί σύμβουλοι ένιωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους ήρθαν σε επαφή αντιμετώπισαν το περιστατικό με την απαιτούμενη κατανόηση και σεβασμό επτά από αυτούς (87,5%) απάντησαν ναι και ένας απάντησε (12,5%) όχι. Ακολούθως, ρωτήθηκαν εάν υπήρχε κάτι το οποίο θα ήθελαν τον επαγγελματία υγείας να κάνει και δεν το έκανε. Στην ερώτηση αυτή δύο από τους συμμετέχοντες (25%) απάντησαν ότι ήταν ικανοποιημένοι από το χειρισμό του περιστατικού. Οι υπόλοιποι έξι (75%) απάντησαν ότι θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη προσέγγιση ως προς το χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης, καθότι αφορά ένα πολύ ευαίσθητο θέμα για το παιδί στο οποίο προκαλεί συχνά συναισθήματα ντροπής. Ως εκ τούτου, κάποιοι από αυτούς τόνισαν την σημασία της παρουσίας ενός ψυχολόγου στο χώρο στον οποίο γίνεται η εξέταση, ούτως ώστε να βοηθήσει το παιδί να νιώσει πιο άνετα και να εξοικειωθεί με το γιατρό. Στα πλαίσια αυτά προτάθηκε επίσης, όπως, πριν από τη συνάντηση του παιδιού με την ειδική ιατρική ομάδα, γίνεται μία προετοιμασία η οποία θα μπορεί να εισαγάγει ψυχολογικά το παιδί στην εξέταση που πρόκειται να ακολουθήσει. Αναφέρθηκε ακόμη, ότι ο χώρος στον οποίο γίνεται η εξέταση δεν είναι ο κατάλληλος καθότι υπάρχει συνεχώς αρκετός κόσμος, δεν εξασφαλίζεται η ανωνυμία του εξεταζόμενου και, ως αποτέλεσμα, επιδεινώνεται η ψυχολογική φόρτιση την οποία βιώνει το παιδί.

Έγιναν επίσης εισηγήσεις οι οποίες δεν αφορούν το χειρισμό των περιστατικών από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά την ευρύτερη πολιτική που ακολουθείται στις διάφορες επαρχίες της Κύπρου. Συγκεκριμένα, έγινε εισήγηση όπως τα κακοποιημένα παιδιά εξετάζονται στο Παιδιατρικό Τμήμα όπου ο χώρος είναι πιο κατάλληλα και πιο εξειδικευμένα διαμορφωμένος. Επιπλέον, τονίστηκε ότι στην επαρχία Πάφου υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης σε ψυχολόγους. Ειδικότερα δε, καθότι τα περιστατικά κακοποίησης παραπέμπονται στη Λεμεσό, ως εκ τούτου, λόγω της απόστασης πολλές φορές διακόπτεται η συνεργασία που υπάρχει με ψυχολόγο προτού ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Τέλος, στην ερώτηση στην οποία ζητούσε από τους οικογενειακούς συμβούλους να αξιολογήσουν σε μία κλίμακα 1-4 (1= καθόλου ικανοποιητικό, 2= όχι πολύ ικανοποιητικό, 3= σχετικά ικανοποιητικό, 4= πολύ ικανοποιητικό) διάφορα στοιχεία που αφορούν την αντιμετώπιση των παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας όπως: ο επαγγελματισμός, η ευαισθησία, η κατανόηση, η προσοχή, ο σεβασμός, η στήριξη και η εμπιστευτικότητα, δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις, οι οποίες παρατίθενται σε πίνακες. Κάτω από κάθε πίνακα παρατίθενται σύντομα σχόλια.

Πίνακας 9: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς τον επαγγελματισμό με τον οποίο χειρίστηκαν τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>	0	0	6	2
<u>Οικ. Σ.</u>			(75 %)	(25 %)

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, έξι από τους οικογενειακούς συμβούλους (75%) αξιολόγησαν τον επαγγελματισμό που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό περιστατικών κακοποίησης παιδιών ως σχετικά ικανοποιητικό και δύο από αυτούς τον αξιολόγησαν ως πολύ ικανοποιητικό. Ο επόμενος πίνακας αναφέρεται στο πώς οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την ευαισθησία την οποία επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό των περιπτώσεων κακοποίησης ανηλίκων.

Πίνακας 10: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την ευαισθησία με την οποία χειρίστηκαν τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>	0	1	5	2
<u>Οικ. Σ.</u>		(12,5 %)	(62,5 %)	(25 %)

Βάσει των ευρημάτων που παρουσιάζονται στον πίνακα 10, ένας από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησε την ευαισθησία με την οποία ο επαγγελματίας υγείας χειρίστηκε τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών ως όχι πολύ ικανοποιητική. Πέντε από αυτούς την αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητική και δύο από αυτούς ως πολύ ικανοποιητική. Ο πίνακας 11 παρουσιάζει το πώς οι οικογενειακοί σύμβουλοι αξιολόγησαν την κατανόηση με την οποία οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν τα περιστατικά.

Πίνακας 11: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την κατανόηση με την οποία χειρίστηκαν τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>	0	1	5	2
<u>Οικ. Σ.</u>		(12,5%)	(62,5%)	(25%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 11, ένας από τους συμμετέχοντες αξιολόγησε την κατανόηση που έδειξε ο επαγγελματίας υγείας στο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης ως όχι πολύ ικανοποιητική, πέντε από αυτούς την αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητική και τέλος, δύο από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησαν την κατανόηση που έδειξαν οι επαγγελματίες υγείας ως πολύ ικανοποιητική. Ακολουθεί ο πίνακας 12 ο οποίος παρουσιάζει τα ευρήματα της αξιολόγησης των οικογενειακών συμβούλων ως προς την εμπιστευτικότητα που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό των περιστατικών.

Πίνακας 12: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την εμπιστευτικότητα που επέδειξαν στο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>	0	1	4	3
<u>Οικ. Σ.</u>		(12,5%)	(50%)	(37,5%)

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 ένας από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησε την εμπιστευτικότητα με την οποία ο επαγγελματίας χειρίστηκε τα περιστατικά κακοποίησης ως όχι πολύ ικανοποιητική, τέσσερις από αυτούς ως σχετικά ικανοποιητική και οι υπόλοιποι τρεις ως πολύ ικανοποιητική. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της αξιολόγησης των συμμετεχόντων ως προς την προσοχή που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό των περιστατικών.

Πίνακας 13: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την προσοχή με την οποία χειρίστηκαν τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u> <u>Οικ. Σ.</u>	0	0	6 (75%)	2 (25%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 13 έξι από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησαν την προσοχή που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας στο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης ανηλίκων ως σχετικά ικανοποιητική. Οι υπόλοιποι δύο αξιολόγησαν την προσοχή που έδειξαν οι επαγγελματίες υγείας ως πολύ ικανοποιητική. Πιο κάτω παρατίθενται τα ευρήματα της αξιολόγησης των οικογενειακών συμβούλων σχετικά με το σεβασμό με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας χειρίστηκαν τις περιπτώσεις κακοποίησης.

Πίνακας 14: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς το σεβασμό τον οποίο επέδειξαν στο χειρισμό τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u> <u>Οικ. Σ.</u>	0	0	6 (75%)	2 (25%)

Σύμφωνα με τον πίνακα 14, έξι από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησαν το σεβασμό που επέδειξε ο επαγγελματίας υγείας στο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης ανηλίκων ως σχετικά ικανοποιητικό και δύο από αυτούς ως πολύ ικανοποιητικό. Ακολουθούν τα ευρήματα της αξιολόγησης σχετικά με τη στήριξη που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας στα κακοποιημένα παιδιά.

Πίνακας 15: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την στήριξη που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας στα κακοποιημένα παιδιά. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>				
<u>Οικ. Σ.</u>	0	0	6 (75%)	2 (25%)

Ο πίνακας 15 δείχνει ότι έξι από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησαν την στήριξη την οποία παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας στα κακοποιημένα παιδιά ως σχετικά ικανοποιητική. Οι άλλοι δύο οικογενειακοί σύμβουλοι την αξιολόγησαν ως πολύ ικανοποιητική. Στη συνέχεια παρατίθεται ο τελευταίος πίνακας ο οποίος παρουσιάζει τα ευρήματα της αξιολόγησης των οικογενειακών συμβούλων σχετικά με τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 16: Αξιολόγηση της εμπειρίας των οικογενειακών συμβούλων με τους επαγγελματίες υγείας ως προς τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκαν από αυτούς. (N=8)

	<u>Αξιολόγηση εμπειρίας</u>			
	καθόλου ικανοποιητική	όχι πολύ ικανοποιητική	σχετικά ικανοποιητική	πολύ ικανοποιητική
<u>Αριθμός</u>				
<u>Οικ. Σ.</u>	0	0	6 (75%)	2 (25%)

Σύμφωνα με τον πίνακα 16, έξι από τους οικογενειακούς συμβούλους αξιολόγησαν τη γενική αντιμετώπιση που δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ως σχετικά ικανοποιητική. Οι άλλοι δύο οικογενειακοί σύμβουλοι την αξιολόγησαν ως πολύ ικανοποιητική.

Επαγγελματίες Υπηρεσιών Υγείας

Παρόλο ότι διατέθηκαν 200 περίπου ερωτηματολόγια το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν μόνο οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δήλωσαν ότι είχαν κάποια εμπειρία/ επαφή με θύματα βίας στην οικογένεια (105 επαγγελματίες υγείας). Έγινε προσπάθεια έτσι ώστε το δείγμα να περιλαμβάνει όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που μπορεί να έρθουν σε επαφή με θύματα βίας στην οικογένεια. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (90.4%) δήλωσε ότι είχε επαφή με κακοποιημένες γυναίκες σε σύγκριση με κακοποιημένα παιδιά (78,7%).

Πιο κάτω, παρατίθενται σε πίνακες και σχολιάζονται τα ευρήματα της έρευνας τα οποία αφορούν τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας γύρω από θέματα βίας στην οικογένεια και τις απόψεις τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε θύματα βίας στην οικογένεια.

Από το δείγμα που επιλέγει ένα ποσοστό 63.8% δήλωσε ότι έτυχε κατάρτισης σε θέματα χειρισμού βίας στην οικογένεια.

Πίνακας 17: Πότε έγινε η κατάρτιση σε θέματα χειρισμού βίας στην οικογένεια: (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Κατά τη διάρκεια τις βασικής εκπαίδευσης	50.7%
2. Κατά τη διάρκεια ενδουπηρεσιακής επιμόρφωσης	59.7%
3. Με δικό τους ενδιαφέρον στον ελεύθερο τους χρόνο	31.3%
4. Άλλο	6%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 17, το 50.7% των επαγγελματιών υγείας του δείγματος δήλωσε ότι καταρτίστηκε κατά τη διάρκεια τις βασικής του εκπαίδευσης, το 59.7% κατά τη διάρκεια ενδουπηρεσιακής επιμόρφωσης και το 31.3% από δικό του ενδιαφέρον στον ελεύθερο του χρόνο.

Πίνακας 18: Η κατάρτιση αφορούσε: (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Δεξιότητες εντοπισμού περιστατικών βίας	44.8%
2. Χαρακτηριστικά σωματικής βίας	64.2%
3. Χαρακτηριστικά ψυχολογικής βίας	83.6%
4. Χαρακτηριστικά παραμέλησης ανηλίκου	43.3%
5. Χαρακτηριστικά σεξουαλικής κακοποίησης/ παραβίασης ανηλίκου	40.3%

6. Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών από τις υπηρεσίες	41.8%
7. Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο	24.2%
8. Νομικό πλαίσιο εξωτερικού	3.0%
9. Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών βίας στο εξωτερικό	4.5%
10. Εξειδίκευση για συνεντεύξεις με κακοποιημένα παιδιά	6.1%
11. Άλλο	3.0%

Στον πίνακα 18, φαίνονται οι τομείς στους οποίους οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι την είχαν καταρτιστεί. Το 44.8 ανέφερε ότι η κατάρτιση αφορούσε τις δεξιότητες εντοπισμού περιστατικών βίας. Το 64.2% δήλωσε ότι η κατάρτισή του αφορούσε τα χαρακτηριστικά της σωματικής βίας, το 83.6% τα χαρακτηριστικά της ψυχολογικής βίας το 43.3% τα χαρακτηριστικά παραμέλησης ανηλίκου ενώ το 40.3% τα χαρακτηριστικά σεξουαλικής παραβίασης. Το 41.8% είχε κατάρτιση που αφορούσε τις διαδικασίες χειρισμού περιστατικών από τις υπηρεσίες, ενώ το 24.2% καταρτίστηκε σε σχέση με το νομικό πλαίσιο στην Κύπρο. Ένα μικρό ποσοστό επαγγελματιών (3%) καταρτίστηκε για το νομικό πλαίσιο εξωτερικού ενώ το 4.5% για τις διαδικασίες χειρισμού περιστατικών στο εξωτερικό. Μόνο το 6.1% του δείγματος των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι εξειδικεύτηκε για συνεντεύξεις με κακοποιημένα παιδιά.

Πίνακας 19: Στο τμήμα σας υπάρχουν γραπτώς οι πρακτικές και διαδικασίες που ακολουθούνται για το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
Ναι	25.3%
Όχι	56.8%
Δεν ξέρω	17.9%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 19, μόνο το 25.3% του δείγματος δηλώνει την ύπαρξη γραπτών διαδικασιών στο τμήμα του, ενώ το 56.8% δηλώνει πως δεν υπάρχουν και το 17.9% δε γνωρίζει εάν υπάρχουν ή όχι.

Πίνακας 20: Το τμήμα σας διαθέτει εγχειρίδια ή βιβλιάρια με οδηγίες σχετικά με τη βία στην οικογένεια τα οποία μπορούν να χορηγούνται στους ασθενείς; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
Ναι	12.4%
Όχι	82.5%
Δεν ξέρω	5.2%

Σύμφωνα με τον πίνακα 20, μόνο το 12.4% των επαγγελματιών δηλώνει πως υπάρχουν στα τμήματα εγχειρίδια ή βιβλιάρια με οδηγίες σχετικά με τη βία στην οικογένεια τα οποία μπορούν να χορηγούνται στους ασθενείς. Το 82.5% δηλώνει πως δεν υπάρχουν και το 5.2% δε ξέρει.

Πίνακας 21: Πόσοι από τους ασθενείς (παιδιά/ γυναίκες) που είδατε επαγγελματικά τον προηγούμενο μήνα υποπτευθήκατε ότι ήταν θύματα κακοποίησης; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Κανένας	45.8%
2. Ένας	19.8%
3. Δύο	11.5%
4. 3-4	9.4%
5. Πέραν από 4	13.5%

Στον πίνακα 21 παρέχονται πληροφορίες για τις υποψίες των επαγγελματιών κατά πόσον οι ασθενείς που είδαν το τελευταίο μήνα ήταν θύματα βίας στην οικογένεια. Το 45.8% του δείγματος ανέφερε ότι δεν είχε καμιά υποψία, 19.8% ανέφερε ότι είχε υποψία για ένα περιστατικό, 11.5% είχε υποψίες για δύο περιστατικά, 9.4% είχε υποψίες για 3-4 περιστατικά, ενώ 13.5% είχε υποψίες ότι πέραν των 4 περιστατικών μπορεί να ήταν θύματα βίας στην οικογένεια.

Πίνακας 22: Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα ρωτήσατε τους ασθενείς σας κατά πόσο η ασθένεια τους ή το πρόβλημά τους ήταν αποτέλεσμα κακοποίησης; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Καμία	53.6%
2. Μία	11.3%
3. Δύο	13.4%
4. 3-4	7.2%
5. Πέραν από 4	14.4%

Σύμφωνα με τον πίνακα 22, 53.6% του δείγματος δε ρώτησε καμία φορά τους ασθενείς κατά τον τελευταίο μήνα, εάν ήταν θύματα βίας, ενώ 11.3% ρώτησε μόνο μία φορά. Το 13.4% ρώτησε σε δύο περιπτώσεις εάν ήταν θύματα βίας και το 7.2% των επαγγελματιών ρώτησε 3-4 ασθενείς εάν ήταν θύματα βίας. Μόνο 14.4% του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ρώτησε πέραν των 4 περιστατικών εάν ήταν θύματα βίας. Από αυτούς που δε ρώτησαν καμία φορά τον τελευταίο μήνα αν κάποιος ήταν θύμα βίας, στην ερώτηση κατά πόσο **ρώτησαν**

ποτέ για βία στην οικογένεια 70.5% απάντησε ΝΑΙ ενώ 29.5% δήλωσε ότι δε ρώτησε ποτέ αν κάποιος ασθενής ήταν θύμα βίας στη οικογένεια

Πίνακας 23: Πόσους ασθενείς - θύματα κακοποίησης παραπέμψατε για βοήθεια τον προηγούμενο μήνα;

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Κανένα	64.2%
2. Ένα	13.7%
3. Δύο	11.6%
4. 3-4	4.2%
5. Πέραν από 4	6.3%

Σύμφωνα με τον πίνακα 23, το 64.2% του δείγματος δήλωσε ότι δεν παράπεμψε κανένα ασθενή-θύμα βίας κατά τον τελευταίο μήνα, το 13.7% παράπεμψε μόνο ένα, ενώ το 11.6% παράπεμψε μόνο δύο, το 4.2% παράπεμψε 3-4 ασθενείς κατά τον τελευταίο μήνα και το 6.3% παράπεμψε πέραν των 4 ασθενών-θύματα βίας.

Πίνακας 24: Σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια νιώθετε ότι είστε: (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Απληροφόρητοι	34.7%
2. Κάπως πληροφορημένοι	49.0%
3. Επαρκώς πληροφορημένοι	11.2%
4. Πολύ καλά πληροφορημένοι.	5.1%

Όπως διαφαίνεται από τον πίνακα 24, το 34.7% του δείγματος των επαγγελματιών υγείας νιώθει απληροφόρητο για το θέμα της βίας στην οικογένεια, το 49% των επαγγελματιών νιώθει κάπως πληροφορημένο, ενώ το 11.2% νιώθει επαρκώς πληροφορημένο. Μόνο το 5.1% του δείγματος δηλώνει ότι νιώθει πολύ καλά πληροφορημένο για θέματα βίας στην οικογένεια.

Πίνακας 25: Ρωτάτε ευθέως τους ασθενείς σας εάν τα τραύματά τους είναι αποτέλεσμα βίας στην οικογένεια; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Πάντα	21.4%
2. Τις περισσότερες φορές	22.4%
3. Μερικές φορές	35.7%
4. Περιστασιακά	12.2%
5. Ποτέ	8.2%

Στον πίνακα 25, φαίνεται ότι μόνο 21.4% του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ρωτά πάντα ευθέως τους ασθενείς του εάν τα τραύματά τους είναι αποτέλεσμα βίας στην οικογένεια. Το 22.4% ρωτά ευθέως τις περισσότερες φορές, το 35.7% ρωτά ευθέως μερικές φορές, το 12.2% ρωτά τους ασθενείς περιστασιακά και το 8.2% δε ρωτά ποτέ αν ο ασθενής είναι θύμα οικογενειακής βίας.

Πίνακας 26: Στο τμήμα σας υπάρχουν συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για αξιολόγηση, παρέμβαση και αναφορά των θυμάτων οικογενειακής βίας; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
Ναι	28.7%
Όχι	64.4%
Δεν ξέρω	6.9%

Σύμφωνα με τον πίνακα 26 μόνο το 28.7% του δείγματος απαντά ότι στο τμήμα τους υπάρχουν συγκεκριμένοι επαγγελματίες υπεύθυνοι για αξιολόγηση, παρέμβαση και αναφορά θυμάτων οικογενειακής βίας. Το 64.4% δηλώνει ότι δεν υπάρχουν τέτοιοι επαγγελματίες στο τμήμα τους και το 6.9% δεν ξέρει εάν υπάρχουν.

Πίνακας 27: Εάν υπάρχουν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για θέματα οικογενειακής βίας, ποιας ειδικότητας είναι; (N=105)

<u>Ειδικότητες</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Κοινωνικοί Λειτουργοί	38.7%
2. Νοσηλευτές	6.5%
3. Γιατροί	29.0%
4. Άλλο	9.7%

Στον πίνακα 27, φαίνονται οι ειδικότητες επαγγελματιών οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για θέματα βίας στο τμήμα τους. Το 38.7% δηλώνουν ότι ο υπεύθυνος για θέματα βίας στην οικογένεια είναι κοινωνικός λειτουργός, το 6.5% αναφέρει ότι αυτός είναι νοσηλευτής, το 29.0% δηλώνει ότι ο υπεύθυνος είναι γιατρός. Το 9.7% αναφέρει ο επαγγελματίας υγείας που είναι υπεύθυνος για τα ζητήματα βίας ότι είναι κάποιας άλλης ειδικότητας και πιο συγκεκριμένα, αναφέρει την ειδικότητα του ψυχολόγου και του ψυχιάτρου.

Πίνακας 28: Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες για κακοποιημένες γυναίκες γνωρίζετε ότι υπάρχουν στην κοινότητά σας; (N=105)

<u>Υπηρεσίες</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>	
	<u>Γνωρίζω</u>	<u>Δεν γνωρίζω</u>
1. Καταφύγιο	30.7%	69.3%
2. Ομάδες συμβουλευτικής και στήριξης	33.7%	66.3%
3. Νομική συμβουλευτική	12.9%	87.1%
4. Προγράμματα θεραπείας για θύτες	7.9%	92.1%
5. Άλλο	2.0%	98.0%
6. Δεν ξέρω	25.7%	74.3%
7. Καμία	13.9%	86.1%

Στον πίνακα 28, φαίνονται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την ύπαρξη υπηρεσιών για κακοποιημένες γυναίκες. Από τους ερωτηθέντες μόνο το 30.7% γνωρίζει την ύπαρξη καταφύγιου για κακοποιημένες γυναίκες και το 33.7% γνωρίζει την ύπαρξη ομάδων συμβουλευτικής/ στήριξης στην κοινότητά τους. Το 12.9% γνωρίζει την ύπαρξη υπηρεσιών νομικής συμβουλευτικής, ενώ το 7.9% γνωρίζει την ύπαρξη προγραμμάτων για θύτες. Παράλληλα, το 25.7% αναφέρει ότι δε γνωρίζει αν υπάρχει οποιαδήποτε υπηρεσία και το 13.9% αναφέρει ότι δεν υπάρχει καμία υπηρεσία στην κοινότητά του.

Πίνακας 29: Σε ποιες από τις πιο κάτω ενέργειες προχωρείτε όταν αναγνωρίσετε ασθενή σας ως θύμα κακοποίησης; (N=105)

Ενέργειες	Επαγγελματίες Υγείας (%)			
	Πάντα	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ
1. Τεκμηρίωση γεγονότων με σημειώσεις	55.4%	17.4%	4.3%	22.3%
2. Παροχή κατάλληλης θεραπείας για τα τραύματα	81.7 %	6.5%	3.2%	8.6%
3. Καταγραφή των σχολίων της ασθενούς για το τραύμα	56.0%	11.9%	6.0%	26.2%
4. Αναφορά του ασθενούς σε καταφύγιο για θύματα οικογενειακής βίας	32.9%	21.1%	21.1%	25.0%
5. Καθησύχαση της ασθενούς ότι δεν είναι μόνη	61.4%	20.5%	6.8%	11.4%
6. Αναφορά της ασθενούς στην γραμμή άμεσης βοήθειας για θύματα οικογενειακής βίας	44.0%	15.5%	11.9%	28.6%
7. Παροχή στην ασθενή γραπτή πληροφόρηση σχετικά με τις υπηρεσίες για τη βία στην οικογένεια	13.0%	18.2%	22.1%	46.8%
8. Παραπομπή της ασθενούς σε δικηγόρο	5.2%	13.0%	36.4%	45.5%
9. Αναφορά στη μονάδα βίας στην οικογένεια της αστυνομίας	30.0%	25.0%	20.0%	25.0%
10. Παροχή συμβουλευτικής στην ασθενή σχετικά με το πρόβλημα	53.8%	31.9%	6.6%	7.7%
11. Συλλογή τεκμηρίων για την κακοποίηση	28.6%	26.0%	16.9%	28.6%
12. Παροχή πληροφοριών σχετικά με τη φύση του φαινομένου της βίας στην οικογένεια	29.1%	24.1%	29.9%	17.7%
13. Καταγραφή ύποπτων στοιχείων που παραπέμπουν σε κακοποίηση ακόμα και αν η ασθενής αρνείται ότι είναι θύμα κακοποίησης	40.7%	23.5%	19.8%	16.0%
14. Παραπομπή της ασθενούς σε οικογενειακό σύμβουλο	16.3%	27.5%	22.5%	33.8%
15. Παραπομπή της ασθενούς στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας	28.2%	22.4%	32.9%	16.5%
16. Καταγραφή των τραυμάτων σε ένα χάρτη σώματος	22.2%	11.1%	11.1%	55.6%
17. Παραπομπή της ασθενούς σε ομάδα ψυχικής υγείας	28.8%	15.0%	23.8%	32.5%
18. Παραπομπή της ασθενούς σε συμβουλευτική γάμου	7.8%	19.5%	28.6%	44.2%

Στον πίνακα 29 φαίνονται οι ενέργειες στις οποίες προβαίνει ο κάθε επαγγελματίας όταν αναγνωρίσει ότι ο ασθενής του είναι θύμα οικογενειακής βίας.

1. Το 55.4% του δείγματος πάντα τεκμηριώνει τα γεγονότα με σημειώσεις, το 17.4% το κάνει συχνά, το 4.3% το κάνει σπάνια και το 22.3% δε το κάνει ποτέ.
2. Ένα μεγάλο ποσοστό 81.7% προχωρεί πάντα στην παροχή της κατάλληλης θεραπείας για τα τραύματα, το 6.5% συχνά, το 3.2% το κάνει σπάνια και το 8.6% δεν το κάνει ποτέ.

3. Το 56.0% προχωρεί πάντα στην καταγραφή των σχολίων της ασθενούς για το τραύμα, το 11.9% το κάνει συχνά, το 6.0% το κάνει σπάνια, και το 25.0% δεν το κάνει ποτέ.
4. Το 32.9 αναφέρει πάντα στην ασθενή για το καταφύγιο για θύματα οικογενειακής βίας, το 21.1% το κάνει συχνά, το 21.1% το κάνει σπάνια και το 25.0% ποτέ.
5. Από το δείγμα των επαγγελματιών το 61.4% πάντα καθησυχάζει το θύμα ότι δεν είναι μόνο, το 20.5% το κάνει συχνά, το 6.8% το κάνει σπάνια και το 11.4% ποτέ.
6. Επίσης το 44% των επαγγελματιών του δείγματος αναφέρει πάντα στην ασθενή για τη γραμμή άμεσης βοήθειας για θύματα οικογενειακής βίας, το 15.5% το κάνει συχνά, το 11.9% το κάνει σπάνια και το 28.6% δεν το κάνει ποτέ.
7. Μόνο 13.0% των επαγγελματιών του δείγματος παρέχει πάντα στην ασθενή γραπτή πληροφόρηση για τις υπηρεσίες που υπάρχουν για θύματα βίας στην οικογένεια, ενώ το 18.2% το κάνει συχνά, το 22.1% το κάνει σπάνια, και το 46.8% δεν το κάνει ποτέ.
8. Όσον αφορά την παραπομπή ασθενούς σε δικηγόρο το 5.2% των επαγγελματιών του δείγματος το κάνει πάντα, το 13.0% συχνά, το 36.4% σπάνια και το 45.5% ποτέ.
9. Το 30% των επαγγελματιών του δείγματος κάνει πάντοτε των περιστατικών στη μονάδα βίας στην οικογένεια της αστυνομίας, το 25% το κάνει συχνά και το 20.% το κάνει σπάνια, αλλά το 25% δεν το κάνει ποτέ.
10. Το 53.8% των επαγγελματιών του δείγματος προχωρεί πάντα σε παροχή συμβουλευτικής στην ασθενή σχετικά με το πρόβλημα, το 31.9% το κάνει συχνά, το 6.6% το κάνει σπάνια και το 7.7% δεν το κάνει ποτέ.
11. Το 28.6% των ερωτηθέντων προβαίνει πάντα στη συλλογή τεκμηρίων για την κακοποίηση, το 26% συχνά, το 16.9% σπάνια και το 28.6% δεν το κάνει ποτέ.
12. Επίσης το 29.1% των επαγγελματιών του δείγματος προβαίνει στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τη φύση του φαινομένου της βίας, ενώ το 24.1% το κάνει συχνά, το 29.1% προβαίνει σπάνια και το 17.7% δεν προβαίνει ποτέ στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τη φύση του φαινομένου της βίας στην οικογένεια.
13. Στις περιπτώσεις που η ασθενής αρνείται ότι είναι θύμα οικογενειακής βίας, μόνο το 40.7% των επαγγελματιών του δείγματος προβαίνει πάντα στην καταγραφή υπόπτων στοιχείων που παραπέμπουν στη βία, ενώ το 23.5% το κάνει συχνά, το 19,8% το κάνει σπάνια και το 16% δεν το κάνει ποτέ.
14. Από όλους τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος, μόνο το 16.3% προβαίνει πάντα σε παραπομπή της ασθενούς σε οικογενειακό σύμβουλο, το 27.5% παραπέμπει συχνά, το 22.5% παραπέμπει σπάνια και το 33.8% δεν παραπέμπει ποτέ.
15. Επίσης το 28.2% των επαγγελματιών του δείγματος πάντοτε παραπέμπει στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ το 22.4% το κάνει συχνά, το 32.9% παραπέμπει σπάνια και το 26.5% δεν παραπέμπει ποτέ.
16. Το 22.2% των ερωτηθέντων καταγράφει πάντοτε τα τραύματα σε χάρτη σώματος, το 11.1% το πράττει συχνά, το 11.1% το πράττει σπάνια και το 55.6% δεν το κάνει ποτέ.
17. Όσον αφορά την παραπομπή της ασθενούς σε ομάδα ψυχικής υγείας, αυτό το πράττει πάντα το 28.8% των επαγγελματιών του δείγματος, ενώ το 15% το κάνει συχνά, το 23.8% το κάνει σπάνια και το 32.5% δεν το κάνει ποτέ.
18. Επίσης όσον αφορά την παραπομπή ασθενούς σε συμβουλευτική γάμου, αυτό γίνεται πάντα μόνο από το 7.8% του δείγματος, το 19.5% κάνει συχνά, το 28.6% σπάνια, και το 44.2% ποτέ.

**Πίνακας 30: Πόσο σίγουροι είστε ότι μπορείτε να:
(N=105)**

<u>Ενέργειες</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>			
	<u>Πολύ</u>	<u>Σχετικά</u>	<u>Όχι πολύ</u>	<u>Καθόλου</u>
1. Ρωτήσετε μία ασθενή ευθέως για οικογενειακή βία	33.7%	34.7%	27.7%	4.0%
2. Συζητήσετε ευαίσθητα σημεία με τους ασθενείς σας σχετικά με τη βία στην οικογένεια	31.6%	28.6%	32.7%	7.1%
3. Χειριστείτε αποτελεσματικά ασθενείς που βίωσαν βία στην οικογένεια	17.0%	37.2%	36.2%	9.6%
4. Αναγνωρίσετε όταν μία ασθενής είναι θύμα κακοποίησης	27.1%	59.4%	12.5%	1.0%
5. Γνωρίζετε αρκετά σχετικά με τη βία στην οικογένεια έτσι ώστε να είστε ικανοί να παρέμβετε για την κακοποιημένη σας ασθενή.	9.3%	29.9%	56.7%	4.1%

Στον πίνακα 30, φαίνεται πόσο σίγουροι νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας για τους χειρισμούς τους με τα θύματα βίας:

- 1 Από τους επαγγελματίες του δείγματος μόνο 33.7% είναι πολύ σίγουροι ότι μπορούν να ρωτήσουν ευθέως μια ασθενή για την οικογενειακή βία ενώ το 34.7% είναι σχετικά σίγουροι, το 27.7% όχι πολύ σίγουροι και το 4% δεν νιώθουν καθόλου σίγουροι.
- 2 Το 31.6% δείγματος δηλώνει ότι νιώθει πολύ σίγουρο ότι μπορεί να συζητήσει ευαίσθητα σημεία με τις ασθενείς σχετικά με τη βία, όμως το 28.6% νιώθει σχετικά σίγουρο, το 32.7% όχι πολύ σίγουρο και το 7.1% καθόλου σίγουρο.
- 3 Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα στο χειρισμό των περιστατικών βίας στην οικογένεια, μόνο το 17% των επαγγελματιών του δείγματος νιώθει πολύ σίγουρο ότι μπορεί να χειριστεί αποτελεσματικά ασθενείς που βίωσαν βία στην οικογένεια, το 37.2% δηλώνει σχετικά σίγουρο, το 36.2% όχι πολύ σίγουρο και το 9.6% καθόλου σίγουρο.
- 4 Στο ερώτημα πόσο σίγουροι είναι ότι θα αναγνωρίσουν ότι μια ασθενής είναι θύμα βίας, μόνο το 27.1% του δείγματος των επαγγελματιών νιώθει πολύ σίγουρο, το 59.4% νιώθει σχετικά σίγουρο, το 12.5% όχι πολύ σίγουρο και το 1.0% καθόλου σίγουρο.
- 5 Τέλος, στο ερώτημα πόσο σίγουροι είναι ότι γνωρίζουν αρκετά σχετικά με τη βία στην οικογένεια ώστε να είναι ικανοί να παρέμβουν, μόνο το 9.3% του δείγματος δηλώνει ότι νιώθει πολύ σίγουρο ότι γνωρίζει αρκετά ώστε να μπορεί να παρέμβει, ενώ το 29.9% δηλώνει ότι είναι σχετικά σίγουρο, το 56.7% δεν είναι πολύ σίγουρο και το 4.1% καθόλου σίγουρο.

Πίνακας 31: Πόσα θύματα βίας στην οικογένεια περιθάλπετε κάθε μήνα στο τμήμα σας; (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
Κανένα	32.3%
1-5	37.5%
6-10	5.2%
11-15	3.1%
16-20	2.1%
20+	3.1%
Δεν ξέρω	16.7%

Στον πίνακα 31, φαίνεται ο αριθμός των θυμάτων που τυγχάνουν περίθαλψης κάθε μήνα στα τμήματα των επαγγελματιών του δείγματος. Το 32.3% των ερωτηθέντων απαντά ότι δεν περιθάλπεται κανένα θύμα βίας στο τμήμα του. Το 37.5% αναφέρει ότι κάθε μήνα περιθάλπονται από 1 μέχρι 5 θύματα βίας, το 5.2% αναφέρει ότι στο τμήμα του περιθάλπονται 6 μέχρι 10 άτομα θύματα βίας, το 3.1% αναφέρει 11 μέχρι 15 θύματα βίας μηνιαίως, το 2.1% διευκρινίζει ότι περιθάλπονται στο τμήμα του 16 μέχρι 20 θύματα βίας μηνιαίως, το 3.1% δηλώνει ότι περιθάλπονται πέραν των 20 θυμάτων βίας στο τμήμα του και το 16.7% δηλώνει ότι δε γνωρίζει πόσα περίπου θύματα βίας στην οικογένεια περιθάλπονται στο τμήμα του μηνιαίως. Η προέλευση των επαγγελματιών που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα περιστατικά βίας είναι από τα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών (σύνολο 47 επαγγελματίες δηλώνουν 1 μέχρι πέραν των 20 περιστατικών).

Πίνακας 32α: Η παρέμβασή σας τον τελευταίο χρόνο έχει βοηθήσει στην προστασία του θύματος (N=105)

<u>Αριθμός θυμάτων που βοηθήθηκαν</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
0	48.1%
1	28.4%
2	13.6%
3	3.7%
5	2.5%
10	2.5%
15	1.2%

Στο πίνακα 32α φαίνονται οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής τους σε θέματα προστασίας των θυμάτων βίας. Το 48.1% δηλώνει ότι η παρέμβαση του δεν έχει βοηθήσει στην προστασία κανενός θύματος, το 28.4% πιστεύει ότι έχει βοηθήσει στην προστασία ενός θύματος, το 13.6% δηλώνει ότι η παρέμβαση του βοήθησε 2 θύματα. Το 3.7% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι βοήθησε στην προστασία 3

θυμάτων, το 2.5% αναφέρει ότι συνέβαλε στην προστασία 5 θυμάτων βίας και ένα άλλο 2.5% δηλώνει ότι βοήθησε στην προστασία 10 θυμάτων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, 1.2%, πιστεύει ότι η παρέμβαση του βοήθησε στην προστασία 15 θυμάτων βίας.

Πίνακας 32β: Η παρέμβασή σας τον τελευταίο χρόνο έχει συμβάλει στο να μην επαναληφθεί η βία σε ορισμένα περιστατικά (N=105)

<u>Αριθμός περιστατικών</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
0	66.7%
1	20.5%
2	9.0%
3	1.3%
5	1.3%
30	1.3%

Στον πίνακα 32β καταγράφονται οι απόψεις του δείγματος των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη συμβολή τους στο να μην επαναληφθεί η βία. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (66.7%) πιστεύει πως η συμβολή του δε βοήθησε σε κανένα περιστατικό ώστε να μην επαναληφθεί η βία, ενώ το 20.5% πιστεύει ότι βοήθησε σε ένα περιστατικό. Το 9.0% πιστεύει ότι βοήθησε στο να μην επαναληφθεί η βία σε 2 περιστατικά, το 1.3% βοήθησε 3 περιστατικά, το 1.3% βοήθησε στο να μην επαναληφθεί η βία σε 5 περιστατικά, ενώ το 1.3% βοήθησε σε 30 περιστατικά.

Στην ερώτηση κατά πόσον οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος νιώθουν ότι ο τρόπος λειτουργίας της υπηρεσίας τους είναι αποτελεσματικός στο χειρισμό περιστατικών το 31.6% απάντησε καταφατικά ενώ το 68.4% απάντησε αρνητικά. Η ίδια ερώτηση ζητούσε από τους επαγγελματίες υγείας να δώσουν προτάσεις για βελτίωση του χειρισμού περιστατικών από την υπηρεσία. Οι εισηγήσεις των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζονται στον Πίνακα 33.

Πίνακας 33: Τι θα προτείνατε για αποτελεσματικότερο χειρισμό των περιστατικών από την υπηρεσία σας; (N=105)

<u>Εισηγήσεις</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Να υπάρχουν επιπλέον δομές και ειδικοί φορείς που θα χειρίζονται θέματα βίας, με τη βοήθεια εξειδικευμένης ομάδας επαγγελματιών σε αυτό το θέμα.	17.1%
2. Να γίνει ενημέρωση και επιμόρφωση του προσωπικού με σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με τα θέματα βίας και για τις υπηρεσίες που υπάρχουν, όπως π.χ. το καταφύγιο.	17.1%

3. Να υπάρχει έντυπο υλικό/ γραπτές οδηγίες/ εγχειρίδια/ ενημερωτικά φυλλάδια για πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις αρμόδιες υπηρεσίες που χειρίζονται θέματα βίας.	11.4%
4. Να υπάρχει συνεργασία, ευελιξία, καλύτερη διασύνδεση και αλληλοενημέρωση μεταξύ των διαφόρων αρμόδιων υπηρεσιών και τμημάτων και καλύτερη οργάνωση για το χειρισμό των περιστατικών.	9.5%
5. Να στελεχωθούν οι διάφορες υπηρεσίες επαρκώς με επαγγελματίες ειδικούς στη στήριξη, θεραπεία και συμβουλευτική (κλινικοί ψυχολόγοι).	8.5%
6. Να δημιουργηθούν πολυθεματικές ομάδες με επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων για χειρισμό περιστατικών βίας.	5.7%
7. Να υπάρχει τηλεφωνική γραμμή βοήθειας.	2.8%
8. Να δημιουργηθεί πρωτόκολλο για το χειρισμό των περιστατικών.	2.8%
9. Να γίνεται θεραπευτική αγωγή στους θύτες.	1.9%
10. Να υπάρχει νομική κατοχύρωση για κάλυψη του επαγγελματία που προβαίνει στη διερεύνηση και στην καταγγελία των περιστατικών.	1.9%
11. Να υπάρχουν ειδικοί χώροι στους οποίους θα εξετάζονται τα περιστατικά.	0.9%
12. Να γίνεται καταγραφή όλων των περιστατικών που παρουσιάζονται	0.9%

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα το 17.1% των επαγγελματιών υγείας εισηγείται ότι για αποτελεσματικότερο χειρισμό των περιστατικών βίας θα ήταν καλό να δημιουργηθούν επιπλέον δομές και ειδικοί φορείς που θα χειρίζονται θέματα βίας, με τη βοήθεια εξειδικευμένης ομάδας επαγγελματιών σε αυτό το θέμα. Το ίδιο ποσοστό επαγγελματιών υγείας εισηγείται ότι ο χειρισμός των περιστατικών θα βελτιωθεί με την ενημέρωση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας προσωπικού με διάφορα σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με τα θέματα βίας και τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Το 11.4% εισηγείται όπως δημιουργηθεί έντυπο υλικό, εγχειρίδια και ενημερωτικά φυλλάδια για τη πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις αρμόδιες υπηρεσίες στις οποίες θα μπορεί να καταφύγει. Αντίστοιχα, το 9.5% δηλώνει ότι η συνεργασία, η ευελιξία, η καλύτερη διασύνδεση και αλληλοενημέρωση μεταξύ των διαφόρων αρμόδιων υπηρεσιών και τμημάτων θα επιφέρουν αποτελεσματικότερο χειρισμό των περιστατικών. Το 8.5% των επαγγελματιών υγείας εισηγείται ότι αποτελεσματικότερος χειρισμός των περιστατικών βίας θα επιτευχθεί με την επαρκή στελέχωση των διαφόρων υπηρεσιών με επαγγελματίες ειδικούς στη στήριξη, θεραπεία και συμβουλευτική, καθώς επίσης και με την πρόσληψη περισσότερων κλινικών ψυχολόγων. Το 5.7% εισηγείται όπως δημιουργηθούν πολυθεματικές ομάδες οι οποίες θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες και που θα χειρίζονται περιστατικά βίας. Στη συνέχεια, το 2.8% δηλώνει ότι σημαντικό θα ήταν να υπάρχει μία τηλεφωνική γραμμή βοήθειας στην οποία θα μπορεί να καταφεύγει το κοινό. Το ίδιο ποσοστό (2.8%) εισηγείται όπως δημιουργηθεί πρωτόκολλο

σχετικά με το χειρισμό περιστατικών βίας. Ένα μικρότερο ποσοστό (1.9%) απαντά ότι θα υπήρχε καλύτερος χειρισμός των περιστατικών βίας με την παροχή θεραπευτικής αγωγής στους θύτες και το ίδιο ποσοστό (1.9%) εισηγείται όπως είναι πιο άμεση και γρήγορη η ανταπόκριση από το Γραφείο Ευημερίας ως προς το χειρισμό των περιστατικών βίας. Το ίδιο επίσης ποσοστό (1.9%) αναφέρει ότι θα πρέπει να υπάρχει νομική κατοχύρωση για κάλυψη του επαγγελματία που προβαίνει στη διερεύνηση και στην καταγγελία των περιστατικών. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό (0.9%) εισηγείται όπως υπάρχουν ειδικοί χώροι στους οποίους θα εξετάζονται τα περιστατικά και το ίδιο ποσοστό (0.9%) εισηγείται όπως γίνεται καταγραφή όλων των περιστατικών που παρουσιάζονται.

Πίνακας 34: Στην Υπηρεσία σας: (N=105)

<u>Μεταβλητές</u>	<u>Ναι</u>	<u>Όχι</u>
α) υπάρχει ικανοποιητικός συντονισμός σε θέματα βίας στην οικογένεια	34.4%	65.6%
β) εφαρμόζονται αποτελεσματικά οι διαδικασίες του εγχειριδίου Διατμηματικών Διαδικασιών	43.5%	56.5%
γ) γίνεται η υποχρεωτική αναφορά	51.6%	48.4%
δ) προσφέρεται επαγγελματική εποπτεία	31.9%	68.1%
ε) υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός επαγγελματιών	24.5%	75.5%

Σύμφωνα με τα ευρήματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 34, κατά την άποψη του 34.4% των ερωτηθέντων υπάρχει ικανοποιητικός συντονισμός σε θέματα βίας στην οικογένεια, ενώ το 43.5% πιστεύει ότι εφαρμόζονται αποτελεσματικά οι διαδικασίες του εγχειριδίου Διατμηματικών Διαδικασιών. Παράλληλα το 51.6% δηλώνει ότι στην υπηρεσία τους γίνεται υποχρεωτική αναφορά και το 31.9% δηλώνει ότι στην υπηρεσία του προσφέρεται επαγγελματική εποπτεία. Τέλος το 24.5% δηλώνει ότι υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός επαγγελματιών στην υπηρεσία. Στη διευκρίνιση που ζητήθηκε για τους λόγους για τους οποίους δεν υπάρχει το καθένα από τα παραπάνω δόθηκαν οι ακόλουθες απαντήσεις:

Πίνακας 35: Υπάρχουν προβλήματα στην υπηρεσία διότι: (N=105)

<u>Λόγοι</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Έλλειψη αριθμού επαγγελματιών υγείας, κυρίως στον τομέα της ψυχολογικής στήριξης.	5.7%
2. Απουσία επαγγελματικής εποπτείας για τους επαγγελματίες που ασχολούνται με περιστατικά βίας.	3.8%
3. Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών	2.8%
4. Έλλειψη επαρκούς κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα βίας.	2.8%
5. Δεν υπάρχει άμεση ανταπόκριση	2.8%

από τις διάφορες υπηρεσίες.	
6. Απουσία έντυπων αναφοράς των περιστατικών, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ανεπαρκή στοιχεία.	1.9%
7. Απουσία ομάδας με ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες στο χειρισμό περιστατικών βίας.	1.9%
8. Έλλειψη πρωτοκόλλου/ γραπτών κανονισμών σχετικά με το χειρισμό περιστατικών βίας.	1.9%
9. Υπερβολικός φόρτος εργασίας	
10. Έλλειψη πληροφόρησης του κοινού ως προς το που να αποταθεί για περιστατικά βίας.	1.9%
11. Απουσία ειδικού χώρου για χειρισμό περιστατικών.	0.9%
12. Απουσία κοινωνικού λειτουργού στις διεπαγγελματικές ομάδες στην κοινότητα.	0.9%

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα το 5.7% των επαγγελματιών υγείας αποδίδει τα προβλήματα που υπάρχουν στην υπηρεσία στην οποία εργάζεται στην έλλειψη αριθμού επαγγελματιών υγείας, κυρίως στον τομέα της ψυχολογικής στήριξης. Το 3.8% δηλώνει ότι υπάρχει πρόβλημα λόγω της απουσίας επαγγελματικής εποπτείας για τους επαγγελματίες που ασχολούνται με περιστατικά βίας. Ακολουθως, ένα μικρότερο ποσοστό (2.8%) δηλώνει ότι υπάρχουν προβλήματα λόγω της έλλειψης συντονισμού μεταξύ των διάφορων υπηρεσιών. Το ίδιο ποσοστό (2.8%) αποδίδει τα προβλήματα στην έλλειψη επαρκούς κατάρτισης των επαγγελματιών στα θέματα βίας. Το ίδιο ποσοστό (2.8%) επίσης δηλώνει ότι υπάρχουν προβλήματα διότι δεν υπάρχει άμεση ανταπόκριση από τις διάφορες υπηρεσίες. Το 1.9% των επαγγελματιών υγείας αποδίδει τις δυσκολίες και τα προβλήματα στην απουσία εντύπων αναφοράς των περιστατικών, ένα επίσης 1.9% τα αποδίδει στην απουσία ομάδας με ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες. Αντίστοιχα, το 1.9% αναφέρει ότι υπάρχουν προβλήματα λόγω της έλλειψης πρωτοκόλλου/ γραπτών κανονισμών σχετικά με το χειρισμό περιστατικών βίας. Στη συνέχεια το 1.9% αποδίδει τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην υπηρεσία του στον υπερβολικό φόρτο εργασίας που υπάρχει και το ίδιο ποσοστό (1.9%) τα αποδίδει στην έλλειψη πληροφόρησης του κοινού ως προς το που να αποταθεί για περιστατικά βίας. Μικρότερο ποσοστό (0.9%) δηλώνει ότι υπάρχουν δυσκολίες λόγω της απουσίας ειδικού χώρου για το χειρισμό περιστατικών, και τέλος, το 0.9% αναφέρει ότι οι δυσκολίες πιθανόν οφείλονται στην απουσία κοινωνικού λειτουργού στις διεπαγγελματικές ομάδες που υπάρχουν στην κοινότητα.

Στην ερώτηση κατά πόσον υπάρχει άμεση ανταπόκριση όταν οι επαγγελματίες υγείας παραπέμπουν περιστατικά σε άλλες υπηρεσίες, το 50% των ερωτηθέντων απάντησε ναι και το άλλο 50% απάντησε όχι.

Τέλος, ζητήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες να υποβάλουν εισηγήσεις για καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών, καθώς επίσης γενικότερα σχόλια και απόψεις. Οι κυριότερες απαντήσεις που δόθηκαν παρατίθενται στον πίνακα 36.

Πίνακας 36: Τι θα προτείνατε για καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών; Άλλα σχόλια και εισηγήσεις (N=105)

<u>Εισηγήσεις</u>	<u>Επαγγελματίες Υγείας (%)</u>
1. Να υπάρχει συνεχής ενημέρωση, επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού με σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια και το χειρισμό των περιστατικών.	13.3%
2. Να δημιουργηθεί ειδικός φορέας για το χειρισμό περιστατικών βίας, ο οποίος θα αποτελείται από πολυθεματικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες.	13.3%
3. Να στελεχωθούν οι διάφορες υπηρεσίες επαρκώς με εξειδικευμένους επαγγελματίες οι οποίοι θα ασχολούνται αποκλειστικά με περιστατικά βίας στην οικογένεια, για ταχύτερο χειρισμό όλων των περιστατικών.	6.6%
4. Να προσληφθούν περισσότεροι ψυχολόγοι, κυρίως παιδοψυχολόγοι.	2.8%
5. Να παρέχεται εποπτεία στους επαγγελματίες υγείας που χειρίζονται περιστατικά βίας.	2.8%
6. Να γίνεται εκτενής ενημέρωση των παιδιών για το θέμα της βίας στα σχολεία.	1.9%
7. Να εμπλακούν περισσότερο τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και να εισάγουν ενημερωτικά προγράμματα σχετικά με τα θέματα αυτά.	1.9%
8. Οι Υπηρεσίες να παρέχουν ομάδες άμεσης ανταπόκρισης για τα επείγοντα περιστατικά που να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.	0.9%
9. Να δημιουργηθούν έντυπα γραπτής αναφοράς των περιστατικών.	0.9%
10. Να αναρτηθεί κατάλογος με αριθμούς τηλεφώνων με τους για άμεση επικοινωνία	
11. Να οριστούν λειτουργοί στις διάφορες υπηρεσίες, οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διασύνδεση και την ενημέρωση για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.	0.9%

Στον πίνακα 36 παρατίθενται οι προτάσεις των συμμετεχόντων για καλύτερο συντονισμό των διαφόρων υπηρεσιών, καθώς επίσης και τα σχόλια και οι απόψεις τους. Το 13.3% των επαγγελματιών υγείας απαντά ότι θα ήταν καλό να υπάρχει συνεχής ενημέρωση, επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού με σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια και το χειρισμό των περιστατικών. Το ίδιο ποσοστό (13.3%) αναφέρει ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί ειδικός φορέας για το χειρισμό περιστατικών βίας, ο οποίος θα αποτελείται από πολυθεματικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες. Το 6.6% απαντά ότι θεωρεί σημαντικό όπως στελεχωθούν οι διάφορες υπηρεσίες επαρκώς με εξειδικευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι θα ασχολούνται

αποκλειστικά με περιστατικά βίας στην οικογένεια, για ταχύτερο χειρισμό όλων των περιστατικών. Γίνεται επίσης η πρόταση για πρόσληψη περισσότερων ψυχολόγων και κυρίως παιδοψυχολόγων. Το 2.8% προτείνει όπως γίνεται εποπτεία των επαγγελματιών υγείας που χειρίζονται περιστατικά βίας και όπως υπάρχει περισσότερος έλεγχος. Το ίδιο ποσοστό (2.8%) εισηγείται όπως γίνεται εκτενής ενημέρωση των παιδιών για το θέμα της βίας στα σχολεία. Εισηγείται επίσης όπως εμπλακούν περισσότερο τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης με την εισαγωγή ενημερωτικών προγραμμάτων σχετικά με τα θέματα αυτά. Το 1.9% προτείνει όπως οι υπηρεσίες παρέχουν ομάδες άμεσης ανταπόκρισης για τα επείγοντα περιστατικά, οι οποίες θα λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση. Το ίδιο ποσοστό (1.9%) εισηγείται να δημιουργηθούν έντυπα γραπτής αναφοράς των περιστατικών. Τέλος, το 0.9% εισηγείται να αναρτηθεί ένας κατάλογος με τηλέφωνα με τα οποία θα μπορούν οι γιατροί να έρθουν σε επαφή ανά πάσα στιγμή και το ίδιο ποσοστό (0.9%) προτείνει να οριστούν λειτουργοί στις διάφορες δομές, οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διασύνδεση αλλά και την ενημέρωση άλλων δομών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Συζήτηση των Ευρημάτων

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η ερμηνεία και η συζήτηση των ευρημάτων που παρατέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια, και πιο συγκεκριμένα σε γυναίκες και παιδιά, έτσι ώστε να γίνουν εισηγήσεις τόσο για βελτίωση αλλά και για αναβάθμιση της λειτουργικότητάς τους. Ως εκ τούτου, έγινε μία συστηματική προσπάθεια να προσεγγιστεί το ζήτημα με ένα σφαιρικό τρόπο ο οποίος θα διασφαλίσει τις απόψεις και την οπτική γωνία διαφόρων ομάδων ατόμων που εμπλέκονται άμεσα στο σύστημα των Υπηρεσιών Υγείας είτε ως χρήστες, όπως είναι οι κακοποιημένες γυναίκες και οι οικογενειακοί σύμβουλοι του Γραφείου Ευημερίας ή παρέχοντάς τις, όπως οι επαγγελματίες υγείας.

Αρχικά, έγιναν συνεντεύξεις με επτά **κακοποιημένες γυναίκες**, πέντε από τις οποίες εντοπίστηκαν με τη βοήθεια του Συνδέσμου για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση της Βίας στην Οικογένεια. Και οι επτά γυναίκες έκαναν χρήση των Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας ύστερα από κακοποίηση που υπέστησαν από το σύζυγο ή το σύντροφό τους. Αν και οι συνεντεύξεις έγιναν, όπως προαναφέρθηκε, με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου για τους επαγγελματίες υγείας, και λόγω του περιορισμένου αριθμού του παρόντος δείγματος τα ευρήματα που παρατίθενται εδώ δεν θα μπορούσαν να θεωρηθούν ενδεικτικά όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια, και πιο συγκεκριμένα σε γυναίκες, εντούτοις, οι απόψεις και εμπειρίες των κακοποιημένων γυναικών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και σε σχέση με τη διαμόρφωση των εισηγήσεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων οι πλείστες (έξι από αυτές) από τις γυναίκες επισκέφτηκαν το Τμήμα Πρώτων Βοηθειών για περίθαλψη, όπου ήρθαν σε επαφή με γιατρό των Πρώτων Βοηθειών, ενώ μία από αυτές επισκέφθηκε παθολόγο. Επιπλέον, δύο από τις συμμετέχουσες, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στις κρατικές υπηρεσίες υγείας ήρθαν σε επαφή με νοσηλεύτες. Όπως ανέφεραν οι πλείστες από τις συμμετέχουσες ένιωσαν ιδιαίτερα άβολα να μιλήσουν στον επαγγελματία υγείας για την κακοποίησή τους. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες από αυτές δήλωσαν ότι ένιωσαν ότι δεν υπήρχε η κατάλληλη ευαισθησία ως προς το χειρισμό της

περίπτωσής τους και ότι αντιμετωπίστηκαν ως περιστατικά ρουτίνας, χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε στήριξη. Σαφώς, λοιπόν είτε λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου, ή στην προσπάθεια των γιατρών να αντεπεξέλθουν σε άλλα πιο δύσκολα και επείγοντα περιστατικά, δεν μπόρεσαν να δώσουν την απαιτούμενη προσοχή και σημασία στις κακοποιημένες γυναίκες, έτσι ώστε να αναπτυχθεί το ανάλογο υποστηρικτικό περιβάλλον το οποίο θα τις ενθάρρυνε να ανοιχτούν και να μιλήσουν για το πρόβλημά τους.

Γενικότερα, οι αξιολογήσεις στις οποίες προέβησαν οι κακοποιημένες γυναίκες όσον αφορά τον επαγγελματισμό, την ευαισθησία, την κατανόηση, την προσοχή, το σεβασμό και τη γενική αντιμετώπιση την οποία δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας έδειξαν ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από τις συμμετέχουσες (42,9%) ένιωσε ότι ο χειρισμός της περίπτωσής τους, όσον αφορά τα πιο πάνω στοιχεία, κυμαίνονταν από καθόλου έως όχι πολύ ικανοποιητικός, ενώ το ίδιο ποσοστό αξιολόγησε τα ίδια στοιχεία ως σχετικά ικανοποιητικά. Τέλος, μία μόνο από τις συμμετέχουσες δήλωσε ότι ένιωσε πολύ ικανοποιημένη από τα πιο πάνω και, συνεπώς, από τη σφαιρική αντιμετώπιση που δέχθηκε από τον επαγγελματία υγείας με τον οποίο ήρθε σε επαφή κατά τη διάρκεια της επίσκεψής της στις Υπηρεσίες Υγείας. Σχετικά με τη στήριξη την οποία παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας στις κακοποιημένες γυναίκες, φάνηκε ότι μόνο μια από τις συμμετέχουσες ένιωσε ότι η στήριξη που δέχθηκε ήταν πολύ ικανοποιητική, ενώ δύο άλλες την αξιολόγησαν ως σχετικά ικανοποιητική, δύο από αυτές ως όχι πολύ ικανοποιητική και τέλος, δύο από τις συμμετέχουσες ως καθόλου ικανοποιητική. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν αρκετά με την ύπαρξη των δυσκολιών που προαναφέρθηκαν και πιο συγκεκριμένα, με την έλλειψη χρόνου των γιατρών, είτε λόγω πίεσης, είτε λόγω αυξημένου αριθμού περιστατικών ειδικά στο Τμήμα Πρώτων Βοηθειών. Ως, εκ τούτου, η σφαιρική εικόνα που παρουσιάζεται είναι ενδεικτική της μεγάλης ανάγκης για βελτίωσή της λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα κακοποίησης κυρίως στον τομέα της ψυχολογικής στήριξης και ενδυνάμωσης.

Όταν οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν τι περισσότερο θα ήθελαν να λάμβαναν από τη σχέση τους με τον επαγγελματία υγείας και πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών που δέχθηκαν, εξέφρασαν ότι θα ήθελαν ο επαγγελματίας υγείας να τους παρείχε περισσότερη ψυχολογική στήριξη, να δείξει περισσότερη ευαισθησία και να είναι περισσότερο δυναμικός ως προς το χειρισμό περιστατικών κακοποίησης, έτσι ώστε να μπορεί να ενδυναμώσει και να ενθαρρύνει την γυναίκα που καταφεύγει σε αυτόν για βοήθεια, για να μπορέσει να εκφράσει το πρόβλημά της, αλλά και να αναπτύξει μία πιο ενεργητική στάση προς αυτό. Κάποιες από τις συμμετέχουσες ανέφεραν επίσης, ότι θα προτιμούσαν ο επαγγελματίας υγείας που θα χειριζόταν την περίπτωσή τους να ήταν γυναίκα, με την οποία θα ένιωθαν πιο άνετα και θα μπορούσαν να εκφραστούν καλύτερα. Εκφράστηκε ακόμη η άποψη ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πιο πληροφορημένοι και πιο ευαισθητοποιημένοι σχετικά με θέματα κακοποίησης έτσι ώστε να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να μπορούν να μιλήσουν για το πρόβλημά τους. Θα ήταν επίσης καλό, να είναι πιο ενημερωμένοι, έτσι ώστε να πληροφορούν και την ίδια την γυναίκα που καταφεύγει σε αυτούς σχετικά με τα δικαιώματά της. Επιπλέον, στην περίπτωση που αυτή προβεί σε καταγγελία κακοποίησης θα ήταν σημαντικό να είναι σε θέση οι επαγγελματίες υγείας να την ενημερώσουν και να της εξηγήσουν τι κατέγραψαν οι ίδιοι στην ιατρική έκθεση που θα χρησιμοποιείτο στην καταγγελία.

Τέλος, όσον αφορά την εμπιστευτικότητα την οποία οι επαγγελματίες υγείας επέδειξαν στο χειρισμό των διαφόρων περιστατικών, ένα σχετικά μικρό ποσοστό των συμμετεχουσών (28,6%) την αξιολόγησαν από καθόλου έως όχι πολύ ικανοποιητική, ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό (71,4%) την αξιολόγησε από σχετικά μέχρι πολύ ικανοποιητική. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι σε ένα αρκετά μεγάλο βαθμό, παρά τις δυσκολίες και την έλλειψη χρόνου που έχουν στη διάθεσή τους οι επαγγελματίες υγείας, εξακολουθούν να τηρούνται κάποιιοι σημαντικοί κανόνες δεοντολογίας που αφορούν τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς.

Στη συνέχεια έγιναν συνεντεύξεις με όλους τους **οικογενειακούς συμβούλους** του Γραφείου Ευημερίας, οι οποίοι λόγω του χειρισμού περιστατικών κακοποίησης, συνόδευσαν άτομα που έκαναν χρήση των κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και, ως εκ τούτου, ήρθαν σε επαφή με επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων σε διάφορες πόλεις της Κύπρου. Κάποιοι από τους οικογενειακούς συμβούλους ήρθαν σε επαφή με παιδίατρο, με γιατρό Πρώτων Βοηθειών, ψυχίατρο, με ψυχολόγο, με νοσηλεύτρες, με γυναικολόγο και τέλος, όλοι από αυτούς ήρθαν σε επαφή με την ειδική ιατρική ομάδα που προβαίνει στην ιατρική εξέταση σε περιπτώσεις κακοποίησης ανηλίκων και απαρτίζεται από παιδίατρο, παιδοχειρουργό, ιατροδικαστή και νοσηλεύτη. Συγκεκριμένα, όταν οι οικογενειακοί σύμβουλοι ερωτήθηκαν κατά πόσο ένιωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους ήρθαν σε επαφή αντιμετώπισαν το περιστατικό κακοποίησης με την απαιτούμενη κατανόηση και σεβασμό, φάνηκε ότι μόνο ένας από τους συμμετέχοντες απάντησε αρνητικά, ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ικανοποιημένοι ως προς τα πιο πάνω στοιχεία, γεγονός το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό ως προς τον χειρισμό περιστατικών κακοποίησης παιδιών. Ακολούθως, οι αξιολογήσεις στις οποίες προέβησαν οι οικογενειακοί σύμβουλοι όσον αφορά τον επαγγελματισμό, την προσοχή, το σεβασμό, τη στήριξη και τη γενική αντιμετώπιση την οποία δέχθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ήταν επίσης ιδιαίτερα θετικές καθότι οι αξιολογήσεις και των οκτώ κυμαινόταν από σχετικά ικανοποιητικός έως πολύ ικανοποιητικός. Σχετικά με την ευαισθησία, την κατανόηση και την εμπιστευτικότητα που επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας, οι οικογενειακοί σύμβουλοι έδωσαν κάπως χαμηλότερες αξιολογήσεις. Το εύρημα αυτό συνάδει άμεσα με την εικόνα που παρουσιάστηκε και στις κακοποιημένες γυναίκες και ενισχύει ακόμη περισσότερο την ανάγκη για βελτίωση του τρόπου παροχής των Υπηρεσιών Υγείας, ιδιαίτερα στα κακοποιημένα παιδιά.

Η συζήτηση με τους οικογενειακούς συμβούλους ουσιαστικά ανέσυρε στην επιφάνεια την αναγκαιότητα για καλύτερο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης παιδιών ως προς τη ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη των θυμάτων. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις στις οποίες το περιστατικό αφορά σεξουαλική κακοποίηση, λόγω της φύσεως της κακοποίησης που υφίσταται το παιδί, διακατέχεται από συναισθήματα υπέρμετρης ντροπής, σύγχυσης, αμηχανίας και ενοχής. Όλα αυτά τα συναισθήματα αναδύονται με βίαιο τρόπο όταν το παιδί εκτεθεί σε μία σειρά ιατρικών εξετάσεων, η οποία θα διενεργείται από αλλά άτομα, ξένα προς αυτό, χωρίς να προηγηθεί οποιαδήποτε ψυχολογική ετοιμασία. Ως εκ τούτου, η ιατρική εξέταση που γίνεται στα πλαίσια αξιολόγησης και τεκμηρίωσης του περιστατικού δρα και αυτή με ένα τρόπο ιδιαίτερα τραυματικό για το παιδί, καθότι μέσω αυτής υπόκειται σε μία έκθεση των τραυμάτων του, τόσο των σωματικών αλλά και των ψυχολογικών, χωρίς προηγουμένως να έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα τα οποία θα ενδυναμώσουν το παιδί ψυχολογικά, έτσι ώστε να μπορέσει να βιώσει την εμπειρία της εξέτασης όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα. Μία εισήγηση η οποία έγινε από ένα από τους οικογενειακούς συμβούλους

σχετικά με το πιο πάνω θέμα αφορά τη σημασία της παρουσίας ενός ψυχολόγου στο χώρο στον οποίο γίνεται η εξέταση, ούτως ώστε να βοηθηθεί το παιδί να νιώσει πιο άνετα και να εξοικειωθεί με το γιατρό. Στα ίδια πλαίσια, τονίστηκε επίσης ένα άλλο σημείο, το οποίο έχει να κάνει με την ακαταλληλότητα του χώρου στον οποίο γίνονται οι ιατρικές εξετάσεις. Το γεγονός ότι στο χώρο αυτό υπάρχει συνεχώς αρκετός κόσμος σημαίνει ότι δεν εξασφαλίζεται η ανωνυμία του εξεταζόμενου και, ως αποτέλεσμα, αυτό επιδεινώνει τη ψυχολογική φόρτιση την οποία βιώνει το παιδί.

Έγιναν επίσης εισηγήσεις οι οποίες δεν αφορούν το χειρισμό των περιστατικών από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά την ευρύτερη πολιτική που ακολουθείται στις διάφορες επαρχίες της Κύπρου. Συγκεκριμένα, προτάθηκε όπως τα κακοποιημένα παιδιά εξετάζονται στο Παιδιατρικό Τμήμα στο οποίο ο χώρος είναι πιο κατάλληλος και πιο εξειδικευμένος. Επιπλέον, τονίστηκε το πρόβλημα πρόσβασης σε ψυχολόγους που υπάρχει στην επαρχία Πάφου. Ειδικότερα, καθότι τα περιστατικά κακοποίησης παραπέμπονται στη Λεμεσό, ως εκ τούτου, λόγω της απόστασης πολλές φορές διακόπτεται η συνεργασία που υπάρχει με ψυχολόγο.

Ακολούθως, παρουσιάζεται η ερμηνεία και η συζήτηση των ευρημάτων που έχουν προκύψει από την ανάλυση του βασικού ερωτηματολογίου της έρευνας που αφορά τους 105 **επαγγελματίες υγείας**. Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε και διαμορφώθηκε με βάση τα ευρήματα που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις των ομάδων των κακοποιημένων γυναικών και των οικογενειακών συμβούλων των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας. Πρέπει να αναφερθεί ότι στο σχεδιασμό του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου λήφθηκαν υπόψη οι απαντήσεις που έδωσαν οι πιο πάνω ομάδες και το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε έτσι ώστε να εξαχθούν ουσιαστικές πληροφορίες σχετικά με τα πηγές των προβλημάτων που εντόπισαν στην παροχή υπηρεσιών, τόσο οι κακοποιημένες γυναίκες, αλλά και οι οικογενειακοί σύμβουλοι.

Κατάρτιση σε θέματα βίας στην οικογένεια

Όσον αφορά την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (63.8%) δήλωσε ότι έχει καταρτιστεί σε θέματα βίας. Από αυτό ένα σημαντικό ποσοστό (50.7%) καταρτίστηκε κατά τη διάρκεια της βασικής του εκπαίδευσης, ένα άλλο σημαντικό ποσοστό (59.7%) κατά τη διάρκεια ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης και ένα μικρότερο ποσοστό (31.3%) έλαβε επιμόρφωση γύρω από το θέμα έπειτα από δική του πρωτοβουλία στον ελεύθερο του χρόνο. Σαφώς, το ιδανικότερο θα ήταν να προσφέρεται ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση σε όλο το προσωπικό που ενδεχομένως μπορεί να έρθει σε επαφή με θύματα βίας.

Όσον αφορά το είδος κατάρτισης που δέχθηκαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος παρατηρούνται ορισμένες αντιφατικές δηλώσεις. Συγκεκριμένα, ένα σημαντικό ποσοστό (44.8%) ανέφερε ότι η κατάρτιση εστιαζόταν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων εντοπισμού περιστατικών βίας, ένα μεγάλο ποσοστό (64.2%) καταρτίστηκε στην αναγνώριση και κατανόηση των χαρακτηριστικών της σωματικής βίας, ενώ ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό (83.6%) καταρτίστηκε στην αναγνώριση και κατανόηση των χαρακτηριστικών της ψυχολογικής βίας. Είναι σημαντικό στην κατάρτιση να περιλαμβάνονται όχι μόνον όλες οι μορφές κακοποίησης, αλλά και να καλύπτονται ολοκληρωμένα οι διάφορες πτυχές του θέματος. Αν και φαίνεται κάπως παράξενο το γεγονός ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που αναφέρει ότι καταρτίστηκε γύρω από θέματα ψυχολογικής βίας

σε σχέση με τις άλλες μορφές, παρ' όλα αυτά, το εύρημα αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί εάν ληφθεί υπόψη ότι σημαντικό ποσοστό του δείγματος (33%) προέρχεται από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινοτικοί νοσηλευτές).

Σε γενικές γραμμές παρατηρούμε ότι ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας δεν υπάρχει οργανωμένη και σταθερή κατάρτιση για θέματα βίας στην οικογένεια. Επιπλέον, δεν φαίνεται να υπάρχει ενιαία πολιτική για το περιεχόμενο της κατάρτισης που προσφέρεται.

Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια

Ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας του δείγματος παρουσιάζονται μικρά ποσοστά κατάρτισης τόσο σχετικά με τις διαδικασίες χειρισμού περιστατικών από τις υπηρεσίες (41.8%), όσο και αναφορικά με το νομικό πλαίσιο στην Κύπρο (24.2%). Είναι λυπηρό το γεγονός ότι μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό (25.3%) φαίνεται να γνωρίζει την ύπαρξη γραπτών διαδικασιών για το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια, ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό (56.8%) δήλωσε πως δεν υπάρχουν καθόλου γραπτές διαδικασίες και τέλος, ένα μικρό ποσοστό (17.9%) δήλωσε ότι δε γνώριζε εάν υπάρχουν, πράγμα που σημαίνει ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας δε γνωρίζει σε ποιες διευθετήσεις πρέπει να προβεί όταν εντοπισθεί ένα περιστατικό βίας στην οικογένεια. Όπως αναφέρουν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος, ενώ μπορούν να αναγνωρίσουν ότι ένας ασθενής είναι θύμα βίας στην οικογένεια, δεν είναι σε θέση να ρωτήσουν το θύμα για την προέλευση των τραυμάτων. Κατά συνέπεια, το θύμα δεν ενθαρρύνεται να μιλήσει για το πρόβλημά του, δεν τυγχάνει της κατάλληλης στήριξης/ καθοδήγησης και δεν παραπέμπεται ανάλογα στις αρμόδιες υπηρεσίες ή σε υπεύθυνο άτομο για τη βία στην οικογένεια. Αυτή η κατάσταση φαίνεται να βαραίνει τους επαγγελματίες υγείας γιατί οι ίδιοι αναγνωρίζουν ότι είναι απληροφόρητοι (34.7%) ή κάπως απληροφόρητοι (49%) και δεν έχουν σαφείς οδηγίες ώστε να αντιμετωπίζουν σωστά τα περιστατικά βίας.

Επιπλέον, στην πλειονότητά τους, δηλώνουν ότι δεν υπάρχει ικανοποιητικός συντονισμός (65.6%) και ότι δεν εφαρμόζονται οι διατμηματικές διαδικασίες (56.5%), παρόλο ότι ένα μεγάλο ποσοστό (51.6%) προβαίνει στην υποχρεωτική αναφορά. Στα τμήματα τους από ότι φαίνεται δεν προσφέρεται επίσης επαγγελματική εποπτεία (68.1%) και δεν υπάρχει ικανοποιητικό προσωπικό (75.5%). Αυτό είναι ενδεικτικό της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας να αντεπεξέλθει αποτελεσματικά στα περιστατικά βίας στην οικογένεια.

Παράλληλα, μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (6.1%) δήλωσε ότι εξειδικεύτηκε σε συνεντεύξεις με κακοποιημένα παιδιά, γεγονός το οποίο ενισχύει τις απόψεις των οικογενειακών συμβούλων σχετικά με την αύξηση της παροχής ψυχολογικής και συναισθηματικής στήριξης των θυμάτων, καθώς επίσης και την εισήγηση που έγινε σχετικά με τη ψυχολογική προετοιμασία που θα πρέπει να δέχονται τα παιδιά πριν από την ιατρική εξέταση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που αφορούν σεξουαλική κακοποίηση.

Πέραν των πιο πάνω οι επαγγελματίες του δείγματος φαίνεται ότι έχουν να αντιμετωπίσουν περιστατικά βίας στην οικογένεια, δεδομένου ότι οι δηλώσεις τους δείχνουν ότι υπάρχουν αρκετά θύματα βίας που προστρέχουν για βοήθεια στις υπηρεσίες υγείας. Ενδεικτικά, το 51% των επαγγελματιών του δείγματος δήλωσε ότι περιέθαλψε από 1 μέχρι και πέραν των 20 περιστατικών τον τελευταίο μήνα. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει διαδικασία καταγραφής των περιστατικών βίας από τις υπηρεσίες υγείας δυσκολεύει γενικότερα την παρακολούθηση

του φαινομένου της βίας στην Κύπρο. Η χρήση ενός κοινού έντυπου καταγραφής περιστατικών βίας από όλες τις υπηρεσίες θα έδινε μια ξεκάθαρη εικόνα των διαστάσεων του φαινομένου και, κατ' επέκταση, θα βοηθούσε στη διαμόρφωση των μέτρων που πρέπει να ληφθούν από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και τις υπόλοιπες υπηρεσίες, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Εύλογα, τα πιο πάνω ευρήματα θέτουν σε πρώτη γραμμή προτεραιότητας το ζήτημα της ολοκληρωμένης ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης και ταυτόχρονα τονίζουν την αναγκαιότητα παροχής βασικών προνοιών και οδηγιών σχετικά με το ζήτημα της βίας στην οικογένεια στους επαγγελματίες υγείας.

Ενημερωτικό υλικό για τη βία στην οικογένεια

Γενικότερα, μέσα από τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας του δείγματος φαίνεται ότι στα τμήματα δεν υπάρχει (82.5%) ή δεν ξέρουν εάν υπάρχει (5.2%) ενημερωτικό υλικό αναφορικά με το θέμα της βίας που να δίδεται προς το κοινό. Πρέπει να αναφερθεί ότι μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου δεν κατέστη δυνατή η συλλογή λεπτομερειών σχετικά με το είδος της γραπτής πληροφόρησης που αναφέρθηκε πιο πάνω. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό όπως διευκρινιστεί το είδος της γραπτής πληροφόρησης καθώς επίσης και να διερευνηθεί το γιατί δεν έχουν γνώση αυτής της πληροφόρησης όλοι οι επαγγελματίες υγείας.

Ενδεικτικό είναι και το εύρημα ότι ένα μικρό ποσοστό (29.1%) δήλωσε ότι προβαίνει στην παροχή πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με τη φύση του φαινομένου της βίας. Σημειώνεται επίσης, ότι μόνο 13.0% του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ανέφερε ότι παρέχει πάντα στην ασθενή γραπτή πληροφόρηση για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες σε θύματα βίας στην οικογένεια, ενώ το 18.2% το έκανε συχνά, 22.1% το έκανε σπάνια, και δυστυχώς ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό (46.8%) δεν το έκανε ποτέ.

Υπεύθυνος επαγγελματίας για περιστατικά βίας στην οικογένεια

Στην πλειονότητά τους (64.4%) οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δηλώνουν ότι στο τμήμα τους δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι να είναι υπεύθυνοι για περιστατικά βίας στην οικογένεια, ενώ 6,9% δηλώνουν ότι δεν ξέρουν εάν υπάρχει τέτοιο άτομο. Παράλληλα, 38.7% όσων δηλώνουν ότι υπάρχει υπεύθυνος επαγγελματίας στο τμήμα τους αναφέρουν ότι αυτός είναι ο κοινωνικός λειτουργός (οικογενειακός σύμβουλος) και 29% δηλώνει ότι είναι γιατρός.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος φαίνεται ότι αγνοούν σημαντικές παραμέτρους που αφορούν το χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης όπως το ποιος είναι ο υπεύθυνος που θα δώσει συγκεκριμένες οδηγίες.

Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για την ύπαρξη υπηρεσιών για κακοποιημένες γυναίκες

Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος φαίνονται να μην γνωρίζουν για την ύπαρξη στηρικτικών υπηρεσιών για τις γυναίκες θύματα βίας στην οικογένεια όπως είναι το καταφύγιο για κακοποιημένες γυναίκες, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες και οι ομάδες στήριξης, με αποτέλεσμα μόνο ένα μικρό ποσοστό του δείγματος των επαγγελματιών υγείας

να ενημερώνει το θύμα για το που μπορεί να αποταθεί. Ως εκ τούτου, ακόμη και στις περιπτώσεις που αναγνωρίζεται η κακοποίηση δεν μπορεί να υπάρξει ολοκληρωμένη και, κατά συνέπεια, αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αναμφιβόλως, είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν ποιες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για κακοποιημένες γυναίκες στην κοινότητά τους και, για σκοπούς ενημέρωσης τόσο των επαγγελματιών αλλά και του κοινού θα μπορούσαν να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια προσιτά και κατανοητά σε όλους.

Αντιμετώπιση περιστατικών βίας στην οικογένεια

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των περιστατικών βίας τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι ο κάθε επαγγελματίας προβαίνει σε διαφορετικές ενέργειες. Παρόλο ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας φάνηκε ότι δεν γνώριζε καλά τις διαδικασίες, ένα σημαντικό ποσοστό (55.4%) δηλώνει ότι τεκμηριώνει τα γεγονότα ή καταγράφει τα ύποπτα στοιχεία που παραπέμπουν στη βία στην οικογένεια, ή καταγράφει τα σχόλια της ασθενούς για το τραύμα (56%) και ένα μικρότερο ποσοστό (28.6%) των ερωτηθέντων προβαίνει πάντα στη συλλογή τεκμηρίων για την κακοποίηση. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (22.2%) καταγράφει τα τραύματα σε χάρτη σώματος.

Επιπλέον, στις περιπτώσεις στις οποίες η ασθενής αρνείτο ότι είναι θύμα οικογενειακής βίας, ένα μεγάλο ποσοστό (40.7%) των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι προβαίνει πάντα στην καταγραφή υπόπτων στοιχείων που παραπέμπουν στη βία. Αν και οι πιο πάνω ενέργειες είναι ιδιαίτερα θετικές, εντούτοις, παραμένει ανησυχητικό το γεγονός ότι τα αρκετά ψηλά ποσοστά επαγγελματιών υγείας του δείγματος δήλωσαν ότι προβαίνουν στις πιο πάνω ενέργειες συχνά, σπάνια ή και ποτέ. Αυτό και πάλι αποτελεί ένδειξη του ότι δεν υπάρχουν σαφείς και καθοριστικές οδηγίες σχετικά με το ποια διαβήματα και ποιες διαδικασίες θα πρέπει να ακολουθούνται από όλους για το χειρισμό των περιπτώσεων κακοποίησης.

Σχετικά με τις παραπομπές/ αναφορές των κακοποιημένων ατόμων στις στηρικτικές υπηρεσίες όπως είναι το καταφύγιο για κακοποιημένες γυναίκες, η γραμμή άμεσης βοήθειας, ή οι αρμόδιες υπηρεσίες για διερεύνηση περιστατικών, όπως η μονάδα βίας στην οικογένεια της αστυνομίας και οικογενειακοί σύμβουλοι, δεν είναι σαφές εάν οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τις αρμοδιότητες αυτών των υπηρεσιών και ιδιαίτερα των οικογενειακών συμβούλων, των οποίων τα καθήκοντα προβλέπονται βάσει του νόμου και καταγράφονται και στις διαδικασίες (βλέπε πιο πάνω θεσμικό πλαίσιο).

Έτσι, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι σχετικά μικρό το ποσοστό των (32.9%) το οποίο δήλωσε ότι αναφέρει πάντα σε κακοποιημένο άτομο την ύπαρξη καταφυγίου για θύματα οικογενειακής βίας, και κάπως μεγαλύτερο ποσοστό (44%) των επαγγελματιών που πληροφορεί πάντα (σε περιπτώσεις βέβαια που υποψιάζεται πιθανή κακοποίηση), για την ύπαρξη της γραμμής άμεσης βοήθειας για θύματα οικογενειακής βίας. Για τη μονάδα βίας στην οικογένεια της αστυνομίας μόνο 30% από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος δήλωσε ότι πληροφορεί πάντοτε τα πιθανά θύματα βίας στην οικογένεια, και μόνο 16.3% προβαίνει πάντοτε σε παραπομπή της ασθενούς σε οικογενειακό σύμβουλο. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ενέργειες όπως η παραπομπή σε δικηγόρο, σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή σε ομάδα ψυχικής υγείας και σε συμβουλευτική γάμου,

μπορούν να χαρακτηριστούν ως δευτερεύουσες γιατί δεν περιέχουν το στοιχείο της άμεσης διερεύνησης και στοιχειοθέτησης του περιστατικού (σημεία: 4,6,8,9,14,15,17,18).

Είναι βεβαίως μεγάλης σημασίας να σημειωθεί ότι αποτελεί αρμοδιότητα του κάθε λειτουργού να παραπέμπει περιστατικά βάσει συγκεκριμένων διαδικασιών. Είναι επίσης σημαντικό, αν και όχι ικανοποιητικό, το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (61.4%) των ερωτηθέντων δηλώνει ότι πάντα καθυστερεί το θύμα και 53.8% του δείγματος δήλωσε ότι παρέχει πάντα συμβουλευτική στην ασθενή σχετικά με το πρόβλημα.

Τα πιο πάνω είναι ενδεικτικά του ότι δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για όλους όσον αφορά τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν κάθε φορά που εντοπίζουν ένα περιστατικό βίας στην οικογένεια. Το ίδιο ισχύει για την παραπομπή των θυμάτων σε στηρικτικές υπηρεσίες όπως αναφέρθηκε πιο πάνω. Ταυτόχρονα, η πλειονότητα του δείγματος των επαγγελματιών (81.7%) δηλώνει ότι παρέχεται στα θύματα βίας η κατάλληλη θεραπεία για τα τραύματα, πράγμα που φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πρωταρχικής σημασίας, άσχετα από την ειδικότητά τους.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ένα περιστατικό βίας στην οικογένεια μπορεί να αντιμετωπισθεί με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με την ειδικότητα του επαγγελματία που θα το αναλάβει, τη γνώση του αναφορικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια, τη γνώση του για τα δικαιώματα του θύματος και τις στηρικτικές υπηρεσίες που υπάρχουν καθώς επίσης την προσωπική του εμπειρία και ευαισθησία. Στην αποσπασματική προσέγγιση των θυμάτων συμβάλλει και το γεγονός ότι δεν υπάρχει γραπτή πληροφόρηση σχετικά με το θέμα της βίας (φυλλάδια, έντυπα) τόσο για επαγγελματίες υγείας όσο και για θύματα βίας στην οικογένεια. Η όλη κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος, οι οποίοι, στην πλειονότητά τους, δηλώνουν ότι δεν έχουν τη σιγουριά και την αυτοπεποίθηση να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά βίας στην οικογένεια και μόνο ένα μικρό ποσοστό (17%) δηλώνει πολύ σίγουρο για την αποτελεσματικότητα των ενεργειών του. Ο βαθμός σιγουριάς των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση των περιστατικών βίας στην οικογένεια είναι σημαντικός παράγοντας στο χειρισμό των περιστατικών, δεδομένου ότι μπορεί να βοηθήσει το θύμα να νιώσει ασφάλεια για να εκμυστηρευθεί το πρόβλημά του και, ενδεχομένως, να λάβει την κατάλληλη πληροφόρηση αλλά και θεραπεία.

Ασφαλώς, η ευθύνη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών βίας στην οικογένεια αφορά το σύστημα υγείας γενικά και όχι τον κάθε επαγγελματία ξεχωριστά. Επιπλέον, η σωστή αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια είναι ευθύνη πολυθεματικών ομάδων όπου ο καθένας αναλαμβάνει την αρμοδιότητα του (πρόληψη, εντοπισμός, διερεύνηση, περίθαλψη, ψυχολογική στήριξη, προστασία).

Πόσο έχει βοηθήσει η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας στη υγείας στην προστασία θυμάτων βίας στην οικογένεια

Το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος που νιώθει ότι η παρέμβασή του έχει βοηθήσει στην προστασία του θύματος είναι ενδεικτικά χαμηλό (2.5% και 1.2% έχει βοηθήσει στην προστασία 10 και 15 θυμάτων αντίστοιχα), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι δε βοήθησε κανένα (48.2%).

Επίσης, σύμφωνα με τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, η παρέμβασή τους έχει συμβάλει στο να μην επαναληφθεί η βία σε ένα πολύ χαμηλό ποσοστό (1.3% δηλώνει ότι το κατάφερε με 5 περιστατικά και ένα άλλο χαμηλό ποσοστό 1.3% με 30 περιστατικά). Το θέμα της μη επανάληψης της βίας θα πρέπει να είναι ασφαλώς ο πρωταρχικός στόχος όλων των υπηρεσιών. Είναι πιθανό το 1.3% των επαγγελματιών που αναφέρει 30 περιστατικά να προέρχεται από τις υπηρεσίες του Παιδοψυχιατρικού όπου τα παιδιά παρακολουθούνται κατά περιόδους και που είναι ο μοναδικός τρόπος εξακρίβωσης εάν η βία συνεχίζεται ή όχι.

Ρωτούν ευθέως οι επαγγελματίες υγείας του ασθενείς τους αν είναι θύματα βίας στην οικογένεια

Στην ερώτηση εάν οι επαγγελματίες υγείας ρωτούν πάντα⁵ ευθέως τον ασθενή εάν είναι θύμα βίας στην οικογένεια, δυστυχώς μόνο ένα μικρό ποσοστό (21.4%) απάντησε θετικά, καθώς επίσης μικρό ποσοστό (22.4%) απάντησε ότι ρωτά ευθέως τις περισσότερες φορές. Απογοητευτικό είναι το εύρημα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (56.2%) των επαγγελματιών υγείας απάντησε ότι ρωτά τους ασθενείς εάν είναι θύμα οικογενειακής βίας μερικές φορές, περιστασιακά ή καθόλου. Σαφώς, η αντιμετώπιση αυτή δεν δίνει την ευκαιρία στο κακοποιημένο άτομο να εκφραστεί και να εκμυστηρευτεί το πρόβλημά του στον επαγγελματία υγείας.

Ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος (52.2%) δήλωσε ότι ανάμεσα στα περιστατικά που αντιμετώπισε, είχε υποψίες ότι οι τραυματίες ήταν θύματα βίας. Οι υποψίες για θύματα βίας κυμαίνονται από 1 μέχρι και πέραν των 4 περιστατικών τον τελευταίο μήνα. Παρόλα αυτά, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (53.6%) των επαγγελματιών υγείας του δείγματος δε ρώτησε καμία φορά τους ασθενείς, κατά τον τελευταίο μήνα, εάν ήταν θύματα βίας, ενώ ένα μικρό ποσοστό (11.3%) ρώτησε μόνο μία φορά. Μικρό ποσοστό (13.4%) επίσης ρώτησε σε δύο περιπτώσεις εάν ήταν θύματα βίας και ακόμη μικρότερο ποσοστό (7.2%) ρώτησε 3-4 ασθενείς εάν ήταν θύματα βίας. Ακόμη ένα μικρό ποσοστό (14.4%) των επαγγελματιών υγείας ρώτησε πέραν των 4 περιστατικών εάν ήταν θύματα βίας. Γενικότερα, το γεγονός ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (53.6%) δε ρώτησε εάν οι ασθενείς ήταν θύματα βίας σημαίνει ότι κάποιοι από τους ασθενείς που ήταν θύματα βίας συνεχίζουν να ζουν σε συνθήκες βίας χωρίς να τους παρέχεται οποιαδήποτε στήριξη από τις υπηρεσίες του κράτους και χωρίς να ξέρουν που να αποταθούν. Το εύρημα αυτό συνάδει άμεσα και με το εύρημα που αφορά την ομάδα των κακοποιημένων γυναικών, σύμφωνα με το οποίο οι συμμετέχουσες εξέφρασαν την άποψη ότι απουσίαζαν οι κατάλληλες υποστηρικτικές συνθήκες που θα τις ενθάρρυναν να μιλήσουν για την κακοποίηση τους. Ανησυχητικό είναι και το γεγονός ότι από το ποσοστό 53.6% των επαγγελματιών, το 29.5% δε ρώτησε ποτέ αν κάποιος ασθενής ήταν θύμα βίας, παρόλες τις υποψίες που μπορεί να διατηρούσαν για συγκεκριμένους ασθενείς. Επίσης ανησυχητικό είναι και το γεγονός ότι ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό (64.2%) δεν παράπεμψε καμία γυναίκα θύμα βίας κατά τον τελευταίο μήνα. Σαφώς, ένα ποσοστό κακοποιημένων γυναικών έχει παραπεμφθεί σε άλλες υπηρεσίες και αυτό είναι πολύ θετικό. Παρόλα αυτά, θα έπρεπε σε κάθε τμήμα να υπάρχουν σαφείς οδηγίες σχετικά με το που και από ποιον γίνεται

⁵ στις πιο πάνω απαντήσεις λήφθηκε υπόψη περισσότερο η δήλωση «πάντα» ως ένδειξη της σιγουριάς με την οποία γίνονται οι ενέργειες τους

παραπομπή, καθώς επίσης και κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το ποιες περιπτώσεις χρειάζονται παραπομπή. Αυτή η απουσία οδηγιών που παρουσιάζεται στις Υπηρεσίες Υγείας πιθανόν συνδέεται άμεσα με το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό (34.7%) των επαγγελματιών υγείας νιώθει απληροφόρητο για το θέμα της βίας, ένα μεγαλύτερο ποσοστό (49%) των επαγγελματιών υγείας νιώθει κάπως πληροφορημένο, ένα μικρότερο ποσοστό (11.2%) νιώθει επαρκώς πληροφορημένο και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (5.1%) νιώθει πολύ καλά πληροφορημένο για θέματα βίας στην οικογένεια. Το εύρημα αυτό σαφώς έρχεται σε σύγκρουση με το ότι το 63% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε προηγουμένως ότι έτυχε κατάρτισης σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια.

Πόσο σίγουροι νιώθουν οι επαγγελματίες για τους χειρισμούς τους με τα θύματα βίας;

Σε σχέση με το βαθμό σιγουριάς που νιώθουν οι επαγγελματίες για τους χειρισμούς τους με τα θύματα βίας, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας του δείγματος νιώθουν ευάλωτοι, αναποτελεσματικοί και δεν νιώθουν πολύ σίγουροι ώστε να αναγνωρίσουν τα θύματα βίας και να παρέμβουν. Ενδεικτικά, από τους επαγγελματίες μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό (33.7%) δήλωσε ότι νιώθει πολύ σίγουρο στο να ρωτήσει ευθέως μια ασθενή για οικογενειακή βία. Επίσης ένα σχετικά μικρό ποσοστό (31.6%) επαγγελματιών υγείας θεώρησε το εαυτό του πολύ σίγουρο στο να συζητήσει ευαίσθητα σημεία με την ασθενή σχετικά με τη βία και ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό (17%) των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι νιώθει πολύ σίγουρο για την αποτελεσματικότητά του. Ασφαλώς, η αποτελεσματικότητα στο χειρισμό είναι ευθύνη πολλών επαγγελματιών και γ' αυτό χρειάζεται η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και η πολυθεματικότητα στο χειρισμό κάθε περιστατικού. Στο ερώτημα πόσο σίγουροι είστε ότι θα αναγνωρίσετε μια ασθενή θύμα βίας, μόνο ένα μικρό ποσοστό (27.1%) δήλωσε ότι νιώθει πολύ σίγουρο, ενώ, το μεγαλύτερο ποσοστό (59.4%) δήλωσε ότι νιώθει σχετικά σίγουρο, μικρότερο ποσοστό (12.5%) δήλωσε ότι νιώθει όχι πολύ σίγουρος και ένα πολύ μικρό ποσοστό (1%) δήλωσε ότι δεν νιώθει καθόλου σίγουρο ως προς την αναγνώριση της ασθενούς ως θύμα βίας στην οικογένεια.

Αντίστοιχα, όταν οι επαγγελματίες υγείας ρωτήθηκαν εάν γνωρίζουν αρκετά σχετικά με τη βία ώστε να είναι ικανοί να παρέμβουν, μονό ένα πολύ μικρό ποσοστό (9.3%) από αυτούς δήλωσε ότι νιώθει πολύ σίγουρο ως προς την ικανότητά του να παρέμβει, ένα μεγαλύτερο ποσοστό (29.9%) δήλωσε ότι είναι σχετικά σίγουρο, ένα πιο μεγάλο ποσοστό (56.7%) δήλωσε ότι δεν είναι πολύ σίγουρο και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό (4.1%) δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου σίγουρο. Σαφώς, οι απαντήσεις αυτές αποτελούν ένδειξη αδυναμίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών και όχι ατομική αδυναμία του κάθε επαγγελματία που ως αποτέλεσμα αφήνουν το θύμα αβοήθητο και τον επαγγελματία εκτεθειμένο.

Όσον αφορά τον αριθμό των θυμάτων που έτυχαν περίθαλψης στα τμήματα των ερωτηθέντων επαγγελματιών, ένα σημαντικό ποσοστό (32.3%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν περιθάλπεται κανένα θύμα βίας στο τμήμα του και ίσως αυτό αφορά τμήματα όπως το Παιδοψυχιατρικό και άλλες κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, ενώ ένα μικρό ποσοστό (16.7%) δήλωσε ότι δε γνωρίζει τον αριθμό των θυμάτων. Ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών ανέφερε αρκετά περιστατικά βίας. Συγκεκριμένα, το 37.5% ανέφερε ότι τον τελευταίο μήνα έτυχαν περίθαλψης από 1-5 άτομα, το 5.2% ανέφερε 6-10 άτομα, το 3.1% απάντησε ότι στο τμήμα του έτυχαν περίθαλψης τον τελευταίο μήνα από 11-15 άτομα, το 2.1% διευκρίνισε ότι υπήρξαν 16-20 άτομα και το 3.1% δήλωσε ότι έτυχαν περίθαλψης πέραν των 20 ατόμων.

Δηλαδή σχεδόν το 51% των επαγγελματιών τον τελευταίο μήνα περιεθάλψε από 1 μέχρι και πέραν των 20 περιστατικών. Το γεγονός αυτό καταρρίπτει, εν μέρει, το μύθο ότι στην κυπριακή κοινωνία δεν παρουσιάζονται συχνά περιστατικά βίας. Είναι πολύ σημαντικό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι η δημιουργία ενός εντύπου καταγραφής των περιστατικών βίας από τις υπηρεσίες υγείας θα ήταν πολύ βοηθητική για στατιστικούς σκοπούς.

Προτάσεις για αποτελεσματικότερο χειρισμό των περιστατικών βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας έκαναν σημαντικές εισηγήσεις σχετικά με τη βελτίωση του χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, ένα μικρό ποσοστό (17.1%) από αυτούς εισηγήθηκε ότι για την επίτευξη αποτελεσματικότερου χειρισμού των περιστατικών βίας θα ήταν καλό να δημιουργηθούν επιπλέον δομές και ειδικοί φορείς που θα χειρίζονται θέματα βίας, με τη βοήθεια εξειδικευμένης ομάδας επαγγελματιών. Σαφώς, η πρόταση αυτή σημαίνει ότι έστω και ένα μικρό ποσοστό εκτιμά και αναγνωρίζει τη σοβαρότητα του προβλήματος και κατ' επέκταση την αναγκαιότητα δημιουργίας εξειδικευμένου φορέα ο οποίος θα αναλαμβάνει αποκλειστικά το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια. Το ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων εισηγείται ότι ο χειρισμός των περιστατικών θα βελτιωθεί με την ενημέρωση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με τα θέματα βίας και τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Είναι επίσης σαφές, ότι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση, τόσο των επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με τέτοια περιστατικά, όσο και του ευρύτερου κοινού θα λειτουργήσει σε κάποιο βαθμό σε επίπεδο πρόληψης, με αποτέλεσμα να γίνονται αντιληπτά κάποια σημάδια και κάποιες πιθανές ενδείξεις από πολύ νωρίς, έτσι ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα περιστατικά βίας. Ένα μικρότερο ποσοστό (11.4%) εισηγήθηκε τη δημιουργία έντυπου υλικού, εγχειριδίων και ενημερωτικών φυλλαδίων για τη πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις αρμόδιες υπηρεσίες στις οποίες θα μπορεί να καταφύγει. Η εισήγηση αυτή κινείται στα ίδια πλαίσια με την προηγούμενη. Με την ύπαρξη ενημερωτικού υλικού, τα θύματα βίας στην οικογένεια αλλά και τα άτομα τα οποία θέλουν να παρέχουν βοήθεια και στήριξη στα θύματα θα έχουν ευκολότερα πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας που είναι διαθέσιμες. Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, σε ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι υποστηρικτικές διαδικασίες και πρακτικές που ακολουθούνται για το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια, όπως αναφέρονται στα διάφορα εγχειρίδια που παρέχουν κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες για επαγγελματίες υγείας, περιλαμβάνουν επίσης τους τρεις προαναφερθέντες άξονες: την επισήμανση, την τεκμηρίωση και την παρέμβαση (<http://www.cahr.v.uni-osnabrueck.de/conference/GloorMeier.pdf>). Στη συνέχεια, ένα επίσης μικρότερο ποσοστό (9.5%) επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι η συνεργασία, η ευελιξία, η καλύτερη διασύνδεση και αλληλοενημέρωση μεταξύ των διαφόρων αρμόδιων υπηρεσιών και τμημάτων θα μπορούσε να επιφέρει αποτελεσματικότερο χειρισμό των περιστατικών βίας. Η δημιουργία ενός ενδοϋπηρεσιακού δικτύου και η ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών θα έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ευρύτερου υποστηρικτικού δικτύου, το οποίο λειτουργεί συντονισμένα και μεθοδικά για το χειρισμό του προβλήματος. Το 8.5% των επαγγελματιών υγείας εισηγήθηκε ότι αποτελεσματικότερος χειρισμός των περιστατικών βίας θα επιτευχθεί με την επαρκή στελέχωση των διαφόρων υπηρεσιών με επαγγελματίες ειδικούς στη στήριξη, θεραπεία και συμβουλευτική, καθώς επίσης και με την πρόσληψη περισσότερων κλινικών ψυχολόγων. Είναι αρκετά εμφανές, ότι η αύξηση του επαγγελματικού προσωπικού το οποίο είναι εξειδικευμένο στο χειρισμό

περιστατικών τέτοιας φύσης, θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ευρύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Επιπλέον, το 5.7% των ερωτηθέντων εισηγήθηκε όπως δημιουργηθούν πολυθεματικές ομάδες οι οποίες θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες και που θα χειρίζονται περιστατικά βίας. Η ύπαρξη μίας τέτοιας ομάδας θα έχει ως αποτέλεσμα την ολιστική αντιμετώπιση των περιστατικών. Η συνεργασία επαγγελματιών υγείας που θα προέχονται από ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων και θα περιλαμβάνει ψυχολόγο/ παιδοψυχολόγο, ψυχίατρο, γυναικολόγο, κοινωνικό λειτουργό που θα εστιάζουν στο ίδιο περιστατικό, σίγουρα θα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Στη συνέχεια, ένα μικρό ποσοστό (2.8%) δήλωσε θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχει μία τηλεφωνική γραμμή βοήθειας στην οποία θα μπορούν να καταφεύγουν τα θύματα βίας και το ευρύτερο κοινό. Σαφώς, η ενέργεια αυτή αποτελεί σημαντικό μηχανισμό στήριξης των θυμάτων βίας. Ακολούθως, το ίδιο ποσοστό (2.8%) εισηγήθηκε όπως δημιουργηθεί πρωτόκολλο σχετικά με το χειρισμό περιστατικών βίας, γεγονός το οποίο θα θέσει μία κοινή πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος και θα προσδώσει περισσότερη οργάνωση και μεθοδικότητα στο χειρισμό. Το ίδιο ποσοστό επίσης (1.9%), απάντησε ότι θα υπήρχε καλύτερος χειρισμός των περιστατικών βίας, με τη δημιουργία ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων για θύτες. Αυτή η εισήγηση, αν και εκφράστηκε από ένα ιδιαίτερα μικρό ποσοστό του δείγματος, εντούτοις, αποτελεί μία σημαντική πρόταση, η οποία λειτουργεί αποτελεσματικά στο επίπεδο της παρέμβασης του προβλήματος της βίας στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, η θεραπευτική αγωγή του θύτη είναι ίσως ο μοναδικός τρόπος με τον οποίο μπορεί να επέλθει ουσιαστική αλλαγή στην αντίληψη του θύτη για τη βία και, συνεπώς, στη μελλοντική του στάση και συμπεριφορά απέναντι στην οικογένειά του. Μία άλλη σημαντική εισήγηση η οποία εκφράστηκε και αυτή από ένα μικρό ποσοστό (1.9%) είναι ότι θα πρέπει να υπάρχει νομική κατοχύρωση για κάλυψη του επαγγελματία που προβαίνει στη διερεύνηση και στην καταγγελία των περιστατικών. Το γεγονός αυτό προσδίδει ασφάλεια στον επαγγελματία και του επιτρέπει να κινηθεί αποτελεσματικότερα στο χειρισμό των περιστατικών βίας, χωρίς να αντιμετωπίζει προσωπικά ζητήματα που θα δυσκολέψουν τη δουλειά του. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό (0.9%) εισηγήθηκε όπως υπάρχουν ειδικοί χώροι στους οποίους θα εξετάζονται τα περιστατικά βίας, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ανωνυμία του θύματος, να νιώθει το ίδιο περισσότερη ασφάλεια και άνεση να εκφράσει το πρόβλημα, τις ανησυχίες και τις ανάγκες του. Το ίδιο ποσοστό (0.9%) πρότεινε να γίνεται καταγραφή όλων των περιστατικών που παρουσιάζονται, γεγονός το οποίο θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για στατιστικές αναλύσεις και για σφαιρικότερη γνώση του προβλήματος της βίας στην οικογένεια.

Αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης περιστατικών βίας στην οικογένεια από τις Υπηρεσίες Υγείας

Μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό του δείγματος (31.6%) δήλωσε πως ο τρόπος λειτουργίας της υπηρεσίας του είναι αποτελεσματικός στο χειρισμό των περιστατικών βίας. Αντίθετα, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (68.4%) αναγνωρίζει ότι η λειτουργία της υπηρεσίας του δεν είναι αποτελεσματική. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν, στην πλειονότητά τους (65.6%), ως μη ικανοποιητικό τον συντονισμό σε θέματα βίας στην οικογένεια και την μη αποτελεσματική εφαρμογή των Διατμηματικών Διαδικασιών (56.5%). Παρόλα αυτά, το 51.6% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι στην υπηρεσία τους γίνεται υποχρεωτική αναφορά η οποία προνοείται από στις διαδικασίες. Αυτό το σημείο προκαλεί κάποιες απορίες και δε μπορούμε με σιγουριά να θεωρήσουμε εάν για «υποχρεωτική αναφορά» οι λειτουργοί υγείας αντιλαμβάνονται την ενημέρωση του Γενικού Εισαγγελέα εντός 7 ημερών από την ημερομηνία εντοπισμού του περιστατικού βίας.

Ακολούθως, μόνο ένα μικρό ποσοστό (31.9%) δηλώνει ότι στην υπηρεσία τους προσφέρεται επαγγελματική εποπτεία, η οποία γενικά θεωρείται αναγκαία για στήριξη των επαγγελματιών στο χειρισμό των περιστατικών βίας. Επίσης, μόνο το 24.5% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός επαγγελματιών στην υπηρεσία τους, ενώ, η πλειονότητα θεωρεί ανεπαρκή τον αριθμό των επαγγελματιών στην υπηρεσία, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας και, κατ' επέκταση, ο διαθέσιμος χρόνος είναι λίγος για σωστό χειρισμό των περιστατικών βίας στην οικογένεια.

Στη συνέχεια, όταν ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν τους λόγους για τους οποίους θεωρούν ότι υπάρχουν προβλήματα στην Υπηρεσία τους, ένα ποσοστό (5.7%) απάντησε ότι αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει έλλειψη επαγγελματιών υγείας στον τομέα της στήριξης. Σαφώς, το ζήτημα της οικογενειακής βίας αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο απαιτεί την παρουσία αρκετών επαγγελματιών που ειδικεύονται στον τομέα της στήριξης και της θεραπείας. Συνεπώς, η συγκεκριμένη έλλειψη αποτελεί πρόβλημα που αφήνει εκτεθειμένους τόσο την Υπηρεσία που θα πρέπει να παρέχει τα πιο πάνω, αλλά, κυρίως τα ίδια τα θύματα. Ένα πιο μικρό ποσοστό (3.8%) απάντησε ότι θεωρεί σημαντικό πρόβλημα το γεγονός ότι δεν προσφέρεται επαγγελματική εποπτεία για τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με περιστατικά βίας. Η έλλειψη εποπτείας αφήνει τον επαγγελματία και το θύμα εκτεθειμένους, καθότι δεν υπάρχει μία γραμμή ανατροφοδότησης μεταξύ επόπτη και επαγγελματία, η οποία να δίνει την ευκαιρία ανταλλαγής απόψεων και θέσεων. Επιπλέον, απουσιάζει ο έλεγχος ως προς το χειρισμό των περιστατικών, γεγονός το οποίο δημιουργεί πολλές φορές σύγχυση και ανασφάλεια στον επαγγελματία. Ένα μικρότερο ποσοστό (2.8%) απέδωσε τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην Υπηρεσία του στην έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η δημιουργία ενός ενδοϋπηρεσιακού δικτύου και η ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών θα έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ευρύτερου υποστηρικτικού δικτύου, το οποίο λειτουργεί συντονισμένα και μεθοδικά για το χειρισμό του προβλήματος. Κάποια άλλα μικρότερα ποσοστά του δείγματος, ανέφεραν ως λόγους για ύπαρξη προβλημάτων και έλλειψη συντονισμού στην Υπηρεσία τους, κάποιες προτάσεις που αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν πιο πάνω όπως: η έλλειψη επαρκούς κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας για θέματα βίας, η έλλειψη άμεσης ανταπόκρισης από τις διάφορες υπηρεσίες, η απουσία ειδικών εντύπων αναφοράς, η απουσία ειδικής ομάδας με καταρτισμένους επαγγελματίες, η έλλειψη πρωτοκόλλου και γραπτών κανονισμών για το χειρισμό των περιστατικών, η έλλειψη πληροφόρησης του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που υπάρχουν και η απουσία ειδικού χώρου για το χειρισμό των περιστατικών, η απουσία κοινωνικού λειτουργού στις διεπαγγελματικές ομάδες της κοινότητας, αλλά και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, γεγονός το οποίο προκαλεί περισσότερη σύγχυση και έλλειψη συντονισμού.

Εισηγήσεις για καλύτερο συντονισμό των Υπηρεσιών, απόψεις και σχόλια των επαγγελματιών υγείας

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου ζητούσε από τους επαγγελματίες υγείας να παραθέσουν τις εισηγήσεις τους και τις σκέψεις τους για καλύτερο συντονισμό των Υπηρεσιών Υγείας και έπειτα τα σχόλια τους και τις απόψεις τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς που απάντησαν (13.3%), εισηγήθηκε ότι θα πρέπει να γίνεται συνεχής ενημέρωση και κατάρτιση του προσωπικού με σεμινάρια ευαισθητοποίησης σχετικά με το θέμα της βίας στην οικογένεια και το χειρισμό των περιστατικών. Το ίδιο ποσοστό (13.3%)

εισηγήθηκε ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί ένας ειδικός φορέας που θα αναλάβει το χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια, ο οποίος θα αποτελείται από πολυθεματικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων. Ακολούθως, ένα μικρότερο ποσοστό (6.6%) συμμετεχόντων θεωρεί ότι θα ήταν σημαντικό να στελεχωθούν επαρκώς οι Υπηρεσίες Υγείας με εξειδικευμένους επαγγελματίες που να ασχολούνται αποκλειστικά με περιστατικά βίας στην οικογένεια. Επιπλέον, στα πλαίσια αυτής της στελέχωσης θα πρέπει να προσληφθούν περισσότεροι ψυχολόγοι και κυρίως παιδοψυχολόγοι. Μία άλλη εισήγηση η οποία έγινε από μικρότερο ποσοστό (2.8%) είναι η θεσμοθέτηση εποπτείας στους επαγγελματίες υγείας που χειρίζονται περιστατικά βίας στην οικογένεια. Το ίδιο ποσοστό (2.8%) ανέφερε ότι θα ήταν καλό γίνεται εκτενή ενημέρωση των παιδιών για το φαινόμενο της βίας στην οικογένεια στα σχολεία. Επιπλέον, να υπάρξει περισσότερη εμπλοκή των ΜΜΕ με ενημερωτικά προγράμματα και εκπομπές. Στη συνέχεια, ένα ακόμη πιο μικρό ποσοστό (1.9%) εισηγήθηκε όπως οι Υπηρεσίες Υγείας έχουν ομάδες άμεσης ανταπόκρισης που να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση για τα περιστατικά βίας στην οικογένεια. Το ίδιο ποσοστό εισηγήθηκε να δημιουργηθούν έντυπα αναφοράς των περιστατικών. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό (0.9%) πρότεινε να αναρτηθεί ένας κατάλογος με αριθμούς τηλεφώνων με τους οποίους θα μπορούν οι γιατροί να επικοινωνήσουν ανά πάσα στιγμή. Το ίδιο ποσοστό (0.9%) πρότεινε να οριστούν λειτουργοί στις διάφορες δομές, οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διασύνδεση αλλά και για την ενημέρωση άλλων δομών και Υπηρεσιών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Συμπεράσματα – Διαπιστώσεις

Η πολυδιάστατη φύση του προβλήματος της βίας στην οικογένεια χρειάζεται την εμπλοκή των Υπηρεσιών Υγείας του κράτους σε όλα τα επίπεδα και τη συνεργασία τους με όλες τις κρατικές υπηρεσίες καθώς και με τους Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς που εμπλέκονται στην πρόληψη και την αντιμετώπισή του.

1. Συντονισμός

Οι επαγγελματιών υγείας του δείγματος στην πλειονότητά τους υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει ικανοποιητικός συντονισμός στην ίδια την υπηρεσία τους αλλά και μεταξύ των υπηρεσιών που χειρίζονται περιστατικά βίας, ότι δεν υπάρχει επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό, ότι δεν είναι ενήμεροι για το αρμόδιο/ υπεύθυνο άτομο στο τμήμα τους που χειρίζεται περιστατικά βίας και ότι δεν εφαρμόζονται οι διατμηματικές διαδικασίες για τον χειρισμό περιστατικών βίας.

2. Κατάρτιση Επαγγελματιών

Σε γενικές γραμμές παρατηρείται ότι δεν υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας για θέματα βίας στην οικογένεια. (Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δηλώνουν, στην πλειονότητά τους, ότι δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά περιστατικά βίας στην οικογένεια). Παρατηρείται επίσης, έλλειψη ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για τις στηρικτικές υπηρεσίες που υπάρχουν σε τοπικό επίπεδο (καταφύγια, συμβουλευτικές υπηρεσίες, ομάδες στήριξης). Πολύ λίγοι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι γνώθουν

ικανοποιημένοι από τους χειρισμούς τους και ότι έχουν συμβάλει στην προστασία του θύματος και στη μη επανάληψη της βίας.

Στο ίδιο πλαίσιο οι αξιολογήσεις στις οποίες προέβησαν οι κακοποιημένες γυναίκες δείχνουν ότι δεν υπήρχε η κατάλληλη ευαισθησία ως προς το χειρισμό της περίπτωσης τους και ότι αντιμετωπίστηκαν ως περιστατικά ρουτίνας, χωρίς την αναμενόμενη προσοχή, ευαισθησία, και στήριξη.

Ως, εκ τούτου, η σφαιρική εικόνα που παρουσιάζεται είναι ενδεικτική της μεγάλης ανάγκης για βελτίωσή της λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας που παρέχονται σε θύματα κακοποίησης κυρίως στον τομέα της ψυχολογικής στήριξης και ενδυνάμωσης.

3. Διατμηματικές Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια

Οι επαγγελματίες υγείας που γνωρίζουν για τις Διατμηματικές Διαδικασίες είναι λιγοστοί αλλά, ακόμη και αυτοί, στην πλειονότητά τους, δεν γνωρίζουν ακριβώς το περιεχόμενο των Διατμηματικών Διαδικασιών.

Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας προβαίνουν σε διαφορετικούς χειρισμούς των περιστατικών, αφού δεν υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες (π.χ. χρήση πρωτοκόλλων, ειδικών εντύπων καταγραφής των περιστατικών βίας, καταγραφή στοιχείων, χρήση χάρτη σώματος, παραπομπή του θύματος).

Διαφαίνεται η αναγκαιότητα για καλύτερο χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης παιδιών ως προς τη ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη των θυμάτων, ειδικότερα, στις περιπτώσεις στις οποίες το περιστατικό αφορά σεξουαλική κακοποίηση, και η παρουσία ενός ψυχολόγου στο χώρο στον οποίο γίνεται η εξέταση του παιδιού.

3. Ενημερωτικό υλικό για τη βία στην οικογένεια

Διαπιστώνεται έλλειψη έντυπου ενημερωτικού υλικού η οποία δυσχεραίνει την εργασία των επαγγελματιών και την ενημέρωση του κοινού (ενημερωτικά φυλλάδια, εγχειρίδια για λειτουργούς, εγκύκλιοι με οδηγίες).

4. Θεραπευτικά προγράμματα

Διαπιστώνεται έλλειψη θεραπευτικών προγραμμάτων για κακοποιημένες γυναίκες, για κακοποιημένα παιδιά και για θύτες.

5. Στατιστικά στοιχεία

Διαπιστώνεται ότι δεν τηρούνται στοιχεία για στατιστικούς σκοπούς.

Εισηγήσεις

Εισήγηση 1

Συμπερίληψη του θέματος της βίας στην οικογένεια στο Γενικό Σύστημα Υγείας

Δεδομένου ότι σύντομα θα εφαρμοστεί το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) το οποίο αποσκοπεί στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην παροχή ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στους πολίτες, θα πρέπει σ' αυτό να ενσωματωθεί και η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας σε όλα τα θύματα βίας στην οικογένεια, καθώς επίσης και η αναγκαία θεραπεία και στήριξη για την πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών.

Προτεραιότητες αποτελούν:

- α) η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα θύματα βίας στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών.
- β) θεσμοθέτηση της επαγγελματικής εποπτείας για τους επαγγελματίες υγείας που χειρίζονται περιστατικά βίας στην οικογένεια.
- γ) επιμόρφωση και ευαισθητοποίηση των γενικών γιατρών που θα λάβουν μέρος στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) για θέματα βίας και ενημέρωση για τις διαδικασίες που ακολουθούνται για το χειρισμό θεμάτων βίας στην οικογένεια.
- δ) καθορισμός υπεύθυνου ατόμου για θέματα βίας σε κάθε τμήμα και αντικαταστάτη του όταν αυτός απουσιάζει.

Εισήγηση 2

Κατάρτιση επαγγελματιών υγείας σε θέματα βίας στην οικογένεια

Ανάπτυξη ειδικού προγράμματος κατάρτισης για θέματα βίας στην οικογένεια που να απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας με στόχο:

- α) να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε θύματα βίας στην οικογένεια.
- β) να αυξήσει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια (με ιδιαίτερη έμφαση στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών για αναγνώριση θύματος, παροχή φροντίδας, ψυχολογική στήριξη, αξιολόγηση επικινδυνότητας, παραπομπή).
- γ) να πληροφορήσει τους επαγγελματίες υγείας για την ύπαρξη υπηρεσιών για κακοποιημένες γυναίκες, κακοποιημένα παιδιά και θύτες.
- δ) να γνωστοποιήσει στους επαγγελματίες υγείας την ύπαρξη των διαδικασιών για την αντιμετώπιση περιστατικών βίας στην οικογένεια

Εισήγηση 3

Διαδικασίες χειρισμού περιστατικών βίας στην οικογένεια

Ενημέρωση όλων των επαγγελματιών υγείας για την ύπαρξη των Διατμηματικών Διαδικασιών (γραφτή ενημέρωση με εγκύκλιο, σεμινάρια, ανάρτηση οδηγιών) για αποτελεσματικό χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης παιδιών και ενηλίκων.

Αναθεώρηση των Διατμηματικών Διαδικασιών από την Συμβουλευτική Επιτροπή με στόχο:

- α) τη συμπερίληψη οδηγιών για αντιμετώπιση των περιστατικών βίας ενηλίκων ατόμων (τρόποι εντοπισμού περιστατικών βίας, υπεύθυνο άτομο, ενημέρωση δικαιωμάτων του θύματος, υπηρεσίες στήριξης στην κοινότητα).
- β) τη συμπερίληψη πρωτοκόλλων, ειδικών εντύπων καταγραφής των περιστατικών βίας με χρήση χάρτη σώματος και εντύπων παραπομπής του θύματος

Εισήγηση 4

Προγράμματα Πρόληψης

Σημασία της πρωτοβάθμιας πρόληψης επισημαίνεται στο World Report on Violence and Health. Βασικές παρεμβάσεις που μπορούν να συμβάλουν στην πρωτοβάθμια πρόληψη και τη μείωση της βίας περιλαμβάνουν:

- α) συμμετοχή των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και της Σχολιατρικής Υπηρεσίας, περιλαμβανομένων των επισκεπτριών υγείας, σε προγράμματα ευαισθητοποίησης για θέματα βίας στην οικογένεια στα σχολεία, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού.
- β) πρόληψη της παιδικής κακοποίησης μέσω του εντοπισμού ευάλωτων οικογενειών (επέκταση του θεσμού της κατ' οίκον επίσκεψης από τις επισκέπτριες υγείας σε όλες τις έγκυες γυναίκες και σε όλες τις λεχώνες, περιλαμβανομένων και αυτών που γεννούν σε ιδιωτικές κλινικές, μέχρι και το 5^ο έτος παιδιού) θα διευκολύνει την επαφή και την ενημέρωσή τους για πρόληψη βίαιων συμπεριφορών και σωστής ανατροφής των παιδιών (βλέπε στην εισαγωγή το σύστημα στο Ηνωμένο Βασίλειο).
- γ) ενσωμάτωση προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας στα αναλυτικά προγράμματα Ψυχολογίας και Νοσηλευτικής (Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο και Ιδιωτικά Πανεπιστήμια Κύπρου)
- δ) διάθεση ενημερωτικού υλικού σε έγκυες γυναίκες και λεχώνες στα κρατικά νοσηλευτήρια και σε ιδιωτικές κλινικές.
- ε) συνεργασία των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και της Σχολιατρικής Υπηρεσίας, με τον Κυπριακό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού για ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων, για όλες τις ηλικίες, για πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης στην οικογένεια.

Εισήγηση 5

Αντιμετώπιση Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια

ΟΙ Υπηρεσίες Υγείας πρέπει να στοχεύουν στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας καθώς και στηρικτικές υπηρεσίες στα θύματα βίας στην οικογένεια. Σ' αυτό θα συντείνουν:

- α) η δημιουργία ειδικού «Φορέα» για το χειρισμό περιστατικών βίας, ο οποίος θα αποτελείται από πολυθεματικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας από όλες τις ειδικότητες.
- β) η αναγνώριση των συμπτωμάτων που προέρχονται από κακοποίηση,
- γ) η διασφάλιση δωρεάν άμεσης θεραπείας και η παραπομπή του θύματος στην κατάλληλη υπηρεσία για μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, θεραπεία και στήριξη.
- δ) η διασφάλιση του δικαιώματος των γυναικών να επιλέξουν εάν θέλουν να εξεταστούν από γυναίκα γιατρό
- ε) η διασφάλιση ότι το θύμα δε θα επαναθυματοποιηθεί από τις υπηρεσίες.
- ζ) η εμπλοκή των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας για παροχή θεραπευτικών προγραμμάτων για κακοποιημένες γυναίκες και κακοποιημένα παιδιά, καθώς και ειδικά προγράμματα για θύτες (anger management).
- η) η δημιουργία στηρικτικών υπηρεσιών (ψυχολογική στήριξη θυμάτων, ειδικότερα στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, ομάδες στήριξης θυμάτων, συμβουλευτική οικογένειας) σε κοινοτικό επίπεδο και ενίσχυση των υφιστάμενων υπηρεσιών (όπως Συμβουλευτικό Κέντρο Στροβόλου, Κέντρο Οικογενειακής Καθοδήγησης των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας).
- θ) η παρουσία ψυχολόγου στο χώρο στον οποίο γίνεται η εξέταση κακοποιημένου

- παιδιού.
- ι) η στενή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με Κέντρα Άμεσης Βοήθειας και καταφύγια για θύματα βίας.

Εισήγηση 6

Ενημερωτικό υλικό για τη βία στην οικογένεια

Η δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού θα συντείνει στην ενημέρωση των επαγγελματιών (εγχειρίδια για λειτουργούς, εγκύκλιοι με οδηγίες) και του κοινού (ενημερωτικά φυλλάδια με υπηρεσίες που παρέχονται σε θύματα βίας στην οικογένεια).

Ανάρτηση οδηγιών και δημοσιοποίηση όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών για θύματα βίας σε εμφανή σημεία των νοσοκομείων, κέντρων υγείας και ιδιωτικών κλινικών.

Εισήγηση 7

Στατιστικά στοιχεία

Η τήρηση στατιστικών στοιχείων είναι αναγκαία για να καταστεί δυνατή η παρακολούθηση του προβλήματος και για να παρέχονται οι ανάλογες υπηρεσίες σε θύματα βίας στην οικογένεια.

Ξένη βιβλιογραφία

- ACPC (1999) Child Protection Committee - Wakefield. **Making an Impact: Domestic violence and Children.** ACPC Wakefield, England
- Briere, N. J. (1992). **Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects.** London: Sage Publications.
- Briere J. and Runtz, M. (1988). 'Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical sample'. **Child Abuse and Neglect** 12, 51-59.
- British Medical Association (1998). Domestic Violence: A Health Care Issue. BMA. London.
- Cawson, P. (2002). **Child Maltreatment in the Family: The Experience of a National Sample of Young People.** London: NSPCC
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S. & Kelly, G. (2000). **Child Maltreatment in the United Kingdom: A Study of the Prevalence of Child Abuse and Neglect.** London: NSPCC.
- Christoffel, K. (1990). Violent death and injury in U.S. children and adolescence. **American Journal of Diseases of Children**, 144, pp. 697-706.
- Department of Health (1999) / (ACPC) Area Child Protection Committee. **Working together to safeguard children.** England
- Home Office (2000). Review of Crime Statistics Home Office Communication Directorate, London.
- Gelles, R. J. and Lancaster, J.B. (eds.) (1987) **Child Abuse and Neglect. Biosocial Dimensions.** New York: Aldine Gruyter.
- Giardino, P. A., & Giardino, R. E. (2002). **Recognition of Child Abuse for the Mandated Reporter.** Missouri: G. W. Medical Publishing.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). **Health and Human Behavior.** Singapore: International Editions.
- Krug, E.G. et al., eds., (2002). **World Report on Violence and Health.** Geneva. World Health Organisation.
- Stark, E and Flitcraft, A (1996). Women at Risk: Domestic Violence and women's health. Sage. California.

Watts, Suzanne, (2000). **Evaluation of Health Service Interventions in Response to Domestic Violence Against Women in Camden and Islington**. Camden and Islington Health Authority.

World Health Organisation, (2002). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organisation.

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

World Health Organisation (1996). **Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority**. Geneva. World Health Organisation, (document WHO/EHA/ SPI.POA2).

Ελληνική βιβλιογραφία

Αποστολίδου Μ., Παπαδόπουλος Κ., Παγιάτσου Μ., Ιερίδου Α., Αβρααμίδου Μ., Ορφανού Κ. και Αποστολίδου Ζ. (2005). **Η Έκταση και οι Μορφές Βίας ενάντια στα παιδιά στην Κυπριακή Οικογένεια**. Έρευνα που έγινε για τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια. Λευκωσία.

Αποστολίδου, Μ. (2004). **Έκθεση Αξιολόγησης της Εφαρμογής των Διατμηματικών Διαδικασιών για το Χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια**. Λευκωσία: Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια.

Κυπριακή Δημοκρατία (1994 2000 και 2005). **‘Περί Βίας στην Οικογένεια Νόμος’: Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων (Νόμος αρ.119/(1)/2000)**. Λευκωσία. Κυπριακή Δημοκρατία.

Λοϊζίδου, Ε., (1999). **Η Νομοθεσία για τη βία ενάντια στο Παιδί**. Λευκωσία.

Συμβουλευτική Επιτροπή για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια (ΣΕΠΚΒΟ 2002). **Εγχειρίδιο Διατμηματικών Διαδικασιών για το Χειρισμό Περιστατικών Βίας στην Οικογένεια**.

Βιβλιογραφία από το διαδίκτυο

<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc02/EDOC9525.htm>

<http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de/conference/GloorMeier.pdf>.

<http://www.coe.int/t/dc/press/source/factsheetdomviolence.pdf>.

<http://www.crimereduction.gov.uk/domesticviolence/domesticviolence61.pdf>

<http://www.daphne-toolkit.org/prjFiche.asp?prj=20042063&lang=EN>

<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/prgpdfs/health.pdf>

http://www.interventionsstelle-wien.at/files/Folder_englisch.pdf

http://www.wunrn.com/news/2006/12_04_06/120906_the_netherlands.htm