

Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών στην Κρήτη

Ζαχαρούλα Ανδρουλάκη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Αναστάσιος Μερκούρης

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Μιχαήλ Ροβίθης

Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Ζαχαρίας Ζηδιανάκης

Επιστημονικός Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Δημήτριος Τσιράκος

Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Κυριάκος Κακαβελάκης

Εργαστηριακός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη

Εμμανουήλ Ανδρουλάκης

*Μεταπτυχιακός Φοιτητής, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο Αθηνών,
Αθήνα*

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις για το θύμα.

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για το φαινόμενο της κακοποίησης των γυναικών στην Κρήτη.

Attitudes and perceptions of nursing personnel against the abuse of women in Crete

Zacharoula Androulaki

Associate Professor, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Anastasios Merkouris

Associate Professor, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Michael Rovithis

Clinical Tutor, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Zacharias Zidianakis

Assistant Professor, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Dimitrios Tsirakos

Scientific Fellow, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Kyriakos Kakavelakis

Clinical Fellow, School of Nursing, Technological Institute of Crete, Crete, Greece

Emmanouel Androulakis

Postgraduate Student, National Polytechnic School of Athens, Athens, Greece

Nursing Department, TEI of Crete

The violence at the women constitutes a social phenomenon with important repercussions for the victim.

AIM The aim of this study was to explore the attitudes and perceptions of nursing personnel against the phenomenon of women's abuse.

MATERIAL-METHOD The sample was consisted of

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Το δείγμα αποτέλεσαν 284 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και κέντρων υγείας της Κρήτης και η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στη συντριπτική πλειοψηφία αξιολόγησε ως πολύ σημαντική την ψυχολογική επίπτωση στη γυναίκα (81,7%), αν και στο μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσαν ότι δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν (63,8%). Επιπρόσθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό διατύπωσε την άποψη ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να επικεντρωθούν στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (μέση τιμή=4,50±0,89 R=1-5), ενώ ως κύριο εμπόδιο αναγνώρισε το φόβο για αντίποινα από τη μεριά του δράστη (μέση τιμή=4,06±1,20 R=1-5).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δείχνουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης και πρωτοκόλλων για την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση.

Λέξεις-κλειδιά:

• Γυναίκες • Κακοποίηση • Βία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Ζαχαρούλα Ανδρουλάκη
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Εσταυρωμένος, 710 04 Ηράκλειο Κρήτης, Κρήτη
Τηλ. 2810-371 500, 210 027, 6947 97 91 59
E-mail: zandroul@seyp.teicrete.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις για το θύμα, αλλά και ευρύτερες προεκτάσεις, ψυχολογικές, ιατρικές, νομικές, οικονομικές και κοινωνιολογικές. Οι γυναίκες είναι ακόμη τα κύρια θύματα της δημόσιας και της ιδιωτικής βίας σε παγκόσμια κλίμακα. Κάθε γυναίκα, με βάση και μόνο το φύλο της, μπορεί σε κάποια στιγμή της ζωής της να δεχθεί κακοποίηση.

Ορισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως βία εναντίον των γυναικών κάθε απειλή ή βίαιη πράξη βασισμένη στο φύλο, που προκαλεί ή είναι πιθανό να προκαλέσει σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη ή πόνο στις γυναίκες –συμπεριλαμβανομένου του εξαναγκασμού ή της αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας– είτε εμφανίζεται στην ιδιωτική είτε στη δημόσια ζωή.¹

284 members of nursing personnel from all the hospitals and selected health care in Crete. The collection of data was performed with the use of a special questionnaire.

RESULTS The results showed that the majority of the nursing personnel evaluated the psychological repercussion in woman as very important (81.7%), although most of them declared that they do not have time to deal with this (63.8%). Additionally the nursing personnel expressed the opinion that the interventions should be focused on nursing care (mean=4.50±0.89 R=1-5) and recognized as the main obstacle the fear for reprisal from the side of perpetrator (mean=4.06±1.20 R=1-5).

CONCLUSIONS The results of this study indicate the necessity for the development and application of educational programs and protocols for early diagnosis and management of abused women.

Key words:

• Women • Violence • Abuse

Corresponding author

Zacharoula Androulaki
Nursing Department, Technological Institute of Crete
Estavromenos, GR-710 04 Heraklion, Crete, Greece
Tel. +30 2810-371 500, 210 027, 6947 97 91 59
E-mail: zandroul@seyp.teicrete.gr

Το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών έχει διάφορες μορφές και εκδηλώνεται κάθε φορά με πολλές και διαφορετικές βαρύτητας πράξεις, οι οποίες αποτελούν κατάφωρη παραβίαση των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Καλύπτει, χωρίς να περιορίζεται σε αυτές, πράξεις που λαμβάνουν χώρα μέσα στην οικογένεια, όπως η κοινωνική απομόνωση, ο έλεγχος των κινήσεων, ο εξευτελισμός, η αφαίρεση του δικαιώματος της οικονομικής διαχείρισης, ο ξυλοδαρμός, η σεξουαλική κακοποίηση των κοριτσιών, οι αναγκαστικές στειρώσεις, η εμβρυοκτονία, ο συζυγικός βιασμός, οι πράξεις σεξουαλικού ακρωτηριασμού και άλλες παραδοσιακές πρακτικές επιβλαβείς για τις γυναίκες. Οι πράξεις αυτές οδηγούν σε προοδευτική κοινωνική απομόνωση, περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας και εκφοβισμό του θύματος. Η κακοποίηση επαναλαμβάνεται τυπικά και συνήθως κλιμακώνονται η συχνότητα και η βαρύτητά της. Η κακοποίηση των γυναικών περιλαμβάνει όχι μό-

νο το σύνολο των πράξεων κακοποίησης που προηγήθηκαν, αλλά και τις πράξεις που αναμένονται στο μέλλον να πραγματοποιηθούν.²⁻⁴

«Το φαινόμενο της κακοποίησης δεν γνωρίζει περιορισμούς και δεν επηρεάζεται από διαφορετικές εθνολογικές ομάδες, διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα και διαφορετικούς τρόπους ζωής. Επίσης, δεν επηρεάζεται από την έλλειψη ηθικής του ατόμου ή από την ύπαρξη ασθένειας ή νοητικής αναπηρίας, τη φτώχεια, το μορφωτικό επίπεδο, τη συμπεριφορά του άλλου ατόμου ή από εξωτερικά γεγονότα».¹

Οι φυσικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της βίας κατά των γυναικών είναι προφανείς και διαρκείς. Ακόμη και σε γυναίκες που παρουσιάζονται ικανές να ζήσουν μέσα σε μια σχέση στην οποία ο σύντροφος ασκεί βία, οι επιπτώσεις διαρκούν για μεγάλη χρονική περίοδο ακόμη και όταν η βία έχει σταματήσει να ασκείται και σε μερικές περιπτώσεις διαρκούν για όλη τη ζωή της γυναίκας.⁵ Γενικά αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερης διάρκειας και όσο μεγαλύτερου βαθμού είναι η βία που ασκείται στη γυναίκα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός επίπτωσης στη φυσική και ψυχική υγεία της.⁶

Ιδιαίτερα, σε γυναίκες που παρουσιάζουν πνευματική υστέρηση, σε χωρισμένες και ηλικιωμένες γυναίκες, όπως αναφέρουν αρκετές μελέτες, το φαινόμενο αυτό παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα.⁷⁻¹²

Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Αμερική, ένα ποσοστό 17-30% των γυναικών που επισκέφθηκαν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων είχαν πέσει θύματα κακοποίησης,¹³ ενώ προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι 1 στις 5 γυναίκες παγκοσμίως έχουν πέσει θύματα ξυλοδαρμού από το σύντροφό τους και 1 στις 3 γυναίκες θα βιώσουν μέσα στη σχέση τους κάποια μορφή κακοποίησης. Η κακοποίηση δεν γνωρίζει σύνορα και συνήθως εμφανίζεται σε άτομα που δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους.^{8,14,15}

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το ΚΕΘΙ,¹⁶ το ποσοστό των γυναικών που έχουν δεχθεί λεκτική ή και ψυχολογική κακοποίηση κυμαίνεται από 48,3-61,9%. Τα ποσοστά αυτά παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις ακόμα και στην ίδια χώρα, αφενός επειδή δεν υπάρχει σαφής ορισμός της βίας και αφετέρου επειδή η συχνότητα διαφέρει ανάλογα με την πηγή των στοιχείων (αστυνομία, νοσοκομεία, οργανισμοί).^{2,17-19}

Παρά την υψηλή όμως επίπτωση του φαινομένου, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν θύματα βίας.^{20,21}

Εκτιμάται ότι στην Αγγλία λιγότερο από 10% των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτό από γιατρούς και νοσηλεύτες. Στις ΗΠΑ, το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται από 7-25%, ακόμα και όταν υπάρχουν συνθήκες αυξημένου κινδύνου, όπως τραυματισμός και κατάθλιψη, ενώ 60-90% των ασθενών έχουν στη συνέχεια ανεπαρκή υποστήριξη.²²

Παρεμβάσεις αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης γυναικών

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η δημιουργία, στις υπηρεσίες υγείας, ενός προγράμματος πρώιμης διάγνωσης των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή που είναι σε κίνδυνο να υποστούν κάποια μορφή βίας, θα είχε τεράστια ευεργετική επίδραση στη σωστή διαχείριση του φαινομένου, στη μείωσή του, αλλά και στην καλύτερη προσφορά υπηρεσιών υγείας βασισμένων στις πραγματικές ανάγκες των γυναικών αυτών.²³⁻²⁸

Η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος θα αύξανε τις πιθανότητες τόσο για τον εντοπισμό περιπτώσεων κακοποίησης όσο και για το σχεδιασμό αποδοτικών παρεμβάσεων.²⁸ Το γεγονός αυτό αναδεικνύει το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των ιατρών, των νοσηλευτών, των επισκεπτριών υγείας, των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων, που καλούνται να αναλάβουν έναν ιδιαίτερο ρόλο μέσα από μια συντονισμένη και διεπιστημονική προσέγγιση του φαινομένου.

Ο ρόλος των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των γυναικών που έχουν υποστεί βία

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικός, ιδιαίτερα αν ενστερνιστούμε τις απόψεις των ειδικών, που αναφέρουν ότι οι γυναίκες που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει από την αρχική προσέγγιση και εκτίμηση να αντιμετωπίζονται ως πιθανά θύματα κακοποίησης.²⁹

Ειδικότερα, όσον αφορά στους νοσηλεύτες, βρίσκονται σε νευραλγικές θέσεις, είναι εύκολα διαθέσιμοι για τους ασθενείς, εργάζονται σε πολλά και διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα και σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας, ενώ αλληλεπιδρούν με τις γυναίκες υιοθετώντας μια ολιστική προσέγγιση φροντίδας.³⁰⁻³²

Βέβαια, δεν αποτελεί μοναδικό «προνόμιο» των νοσηλευτών η αντιμετώπιση των γυναικών που έχουν υποστεί βία και σε καμία περίπτωση δεν παραβλέπεται η σημαντικότητα μιας προσέγγισης όλων των επαγγελματιών υγείας, που θα πρέπει να ενώσουν τις δυνάμεις τους για την καταπολέμηση του συγκεκριμένου φαινομένου, σχε-

διάζοντας τα κατάλληλα προγράμματα πρόληψης, αξιολόγησης και αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών.

Συχνά όμως η υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων είναι ανέφικτη λόγω της έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων για την προσέγγιση των περιπτώσεων των κακοποιημένων γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα την αδυναμία εντοπισμού και αξιολόγησης των περιστατικών αυτών.³³⁻³⁵

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας της Κρήτης αναφορικά με την κακοποίηση των γυναικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Αύγουστος 2006 έως Οκτώβριος 2006, στην Κρήτη. Ως μέθοδος συλλογής του δείγματος εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας.

Το δείγμα αποτέλεσαν 284 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού, από τα οποία 158 ήταν νοσηλεύτριες ΤΕ και ΠΕ κατηγορίας (45,6%) και 126 (44,4%) βοηθοί νοσηλευτών, που εργάζονταν σε παθολογικά, χειρουργικά, ορθοπαιδικά, μαιευτικά τμήματα και τμήματα επείγοντων περιστατικών των νοσοκομείων της Κρήτης και σε επιλεγμένα κέντρα υγείας.

Η καταγραφή των απόψεων και των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με θέματα οικογενειακής βίας έγινε με ειδικό ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε για το σκοπό αυτόν και βασίστηκε σε προϋπάρχουσες μελέτες και ερωτηματολόγια.^{12,28,30,33,36} Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο και αποτελείτο από ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 38 συνολικά ερωτήσεις, οι οποίες είχαν ομαδοποιηθεί ώστε να καλύψουν τις ακόλουθες διαστάσεις του φαινομένου της κακοποίησης των γυναικών:

- Αξιολόγηση της σοβαρότητας των συνεπειών της συντροφικής/συζυγικής βίας (5 ερωτήσεις)
- Αξιολόγηση της συχνότητας των συμπτωμάτων που συνδέονται με συντροφική/συζυγική βία (6 ερωτήσεις)
- Στάση απέναντι στο φαινόμενο της συντροφικής/συζυγικής βίας (10 ερωτήσεις)
- Αποψη για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν (10 ερωτήσεις)

- Σημαντικότητα των παραγόντων που εμποδίζουν τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν (7 ερωτήσεις).

Δεοντολογία της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα, πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι νοσηλεύτριες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών. Επίσης, ενημερώθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιούνταν και για τα οφέλη που θα μπορούσαν να προκύψουν από αυτή.

Επιπλέον, τους δόθηκε η δυνατότητα, εάν το επιθυμούσαν, να μη συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη και ενημερώθηκαν για την ταυτότητά μας σε περίπτωση που επιθυμούσαν να επικοινωνήσουν μαζί μας για να εκφράσουν απορίες ή να μάθουν για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι νοσηλεύτριες ρωτήθηκαν προφορικά στους χώρους εργασίας τους εάν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στην περίπτωση που επιθυμούσαν να συμμετάσχουν, τους δινόταν για συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους παρέχονταν από τον ερευνητή οι απαραίτητες διευκρινήσεις για τη σωστή συμπλήρωσή του.

Ο χρόνος που δόθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε κάθε νοσηλεύτρια ήταν 10 min και κατά το διάστημα αυτό ο ερευνητής περίμενε έξω απ' το χώρο στον οποίο ο νοσηλευτής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, ώστε να μην επηρεαστεί η κρίση του.

Στατιστική ανάλυση

Οι μεταβλητές εκφράστηκαν με μορφή ποσοστών και με μέτρα θέσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, εύρος) και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS version 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 284 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετούσαν σε δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας της Κρήτης. Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν νοσηλεύτριες κατηγορίας ΤΕΠΕ (55,6%). Από το σύνολο του προσωπικού, ποσοστό 88,2% ήταν γυναίκες, ενώ έγγαμοι ήταν το 77%.

Μόνο το 3,4% είχε παρακολουθήσει σεμινάρια για τη συντροφική/συζυγική βία και μόνο το 5,1% είχε παρακολουθήσει κάποιο σχετικό μάθημα κατά τη διάρκεια των σπουδών του. Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν 36,4±7,0 έτη, ενώ ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας 12,9±7,1 έτη.

Ο πίνακας 1 δείχνει την αξιολόγηση του φαινομένου της συντροφικής/συζυγικής βίας ως προς τη σοβαρότητα του. Αξίζει να τονιστεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στη συντριπτική πλειοψηφία αξιολόγησε ως πολύ σημαντική την ψυχολογική επίπτωση στη γυναίκα (81,7%).

Ως προς τη συχνότητα στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού, το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε ότι η συντροφική/συζυγική βία συμβαίνει αρκετά ή πάρα πολύ συχνά, σε ποσοστό 37,1% (εικόνα 1). Στη συνέχεια, το προσωπικό συνέδεσε τη συχνότητα της συντροφικής/συζυγικής βίας περισσότερο με τα συμπτώματα υστερίας (μέση τιμή=3,15±1,16) και την κατάθλιψη (μέση τιμή=3,14±1,16) (εικόνα 2), ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε ότι συχνά ερωτά τις γυναίκες για το εάν ασκήθηκε βία σε αυτές.

Η στάση του προσωπικού απέναντι στη συντροφική/συζυγική βία βρέθηκε αρκετά αρνητική σε σχέση με το τι θα πρέπει να κάνουν οι ίδιοι, αφού δήλωσε περισσότερο συχνά ότι δεν έχει χρόνο να ασχοληθεί (μάλλον ή σίγουρα συμφωνώ, 63,8%), ενώ, αντίθετα, δείχνει να συμφωνεί περισσότερο με το ότι η πολιτεία θα πρέπει να οπωσδήποτε να πάρει κάποια μέτρα, όπως ανάπτυξη πρωτοκόλλου αντιμετώπισης (μάλλον ή σίγουρα συμφωνώ, 88,4%) και περισσότερη πληροφόρηση (μάλλον ή σίγουρα συμφωνώ, 86,3%) (πίνακας 2).

Ως προς τον επαγγελματικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, οι απαντήσεις έδειξαν μεγαλύτερη συμφωνία στο ότι οι παρεμβάσεις συχνότερα θα πρέπει να αφορούν στη νοσηλευτική φροντίδα (μέση τιμή=4,50) και στην παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία (μέση τιμή=4,34), παρά δραστικότερες παρεμβάσεις όπως παραπομπή σε εισαγγελέα (μέση τιμή=2,86), την παροχή πληροφοριακού υλικού (μέση τιμή=3,41) και την ενημέρωση για τα δικαιώματα (μέση τιμή=3,72) ή άλλες υπηρεσίες (μέση τιμή=3,74) (πίνακας 3).

Τέλος, ως προς τα εμπόδια που υπάρχουν στη δράση του επαγγελματικού κλάδου σε περιπτώσεις συντροφικής/συζυγικής βίας, αναγνωρίστηκε ως σημαντικότερος λόγος ο φόβος των αντιποίνων (μέση τιμή=4,06) (πίνακας 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι η κακοποίηση των γυναικών έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών και με επιδημιολογικά στοιχεία οργανισμών, που επισημαίνουν ότι η χρήση βίας κατά των γυναικών σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στη γυναίκα-θύμα.^{3,18,38,39}

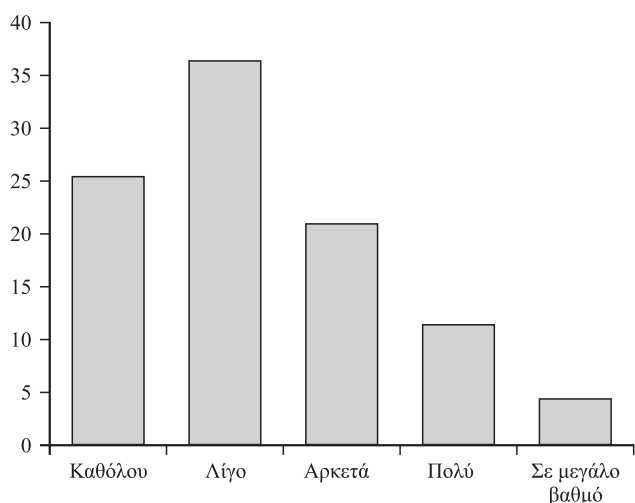
Αντίθετα, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν αξιολογούν ως σημαντικά στη συσχέτισή τους με το φαινόμενο της κακοποίησης τη σπαστική κολίτιδα και τον ενδοκοιλιακό πόνο, αν και στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται η σύνδεση της κακοποίησης των γυναικών με συμπτώματα και παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.⁴⁰⁻⁴⁵

Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η αδυναμία αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού να συσχετίσει την κακοποίηση με οξεία ή χρόνια κλινικά και άλλα σημεία και συμπτώματα είναι αποτέλεσμα τόσο του συνδυασμού της έλλειψης προγραμμάτων επιμόρφωσης, όσο και της πληθώρας των συμπτωμάτων που συνδέονται με την κακοποίηση στις γυναίκες,^{20,46} γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την αναγνώριση της πραγματικής υποκείμενης αιτίας.²

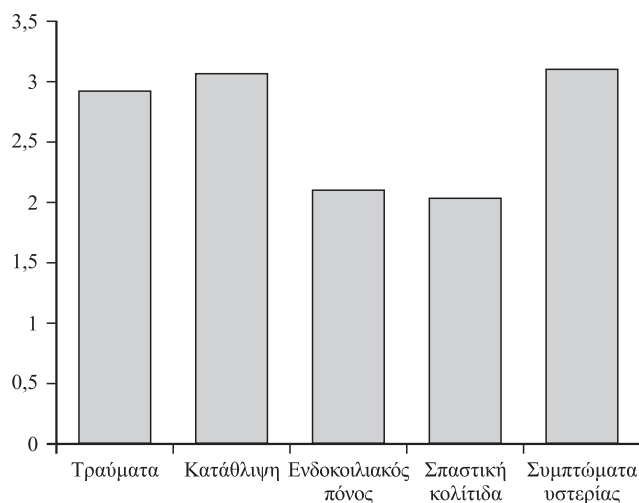
Όσον αφορά στην προσέγγιση των κακοποιημένων γυναικών, το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δήλωσε ότι ρωτάει συχνά εάν έχει ασκηθεί βία. Ωστόσο, εμφανίζει μια αρνητική στάση στο πώς οι ίδιοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τις γυναίκες αυτές. Ως κύριο αίτιο αναφέρεται η αδυναμία τους να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά αυτά λόγω έλλειψης χρόνου. Ταυτόχρονα, επισημαίνουν την ευθύνη της πολιτείας για ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των κακοποιημένων γυναικών και ανάπτυξη προγραμμάτων επιμόρφωσης του προσωπικού, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν και να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση περιστατικών γυναικών που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης.

Πίνακας 1. Σοβαρότητα των επιπτώσεων της συντροφικής/συζυγικής βίας (%).

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Σωματικές στη γυναίκα	0,7	4,9	12,3	23,9	58,1
Ψυχολογικές στη γυναίκα	1,4	0,0	4,6	12,3	81,7
Ψυχολογικές στην οικογένεια	1,1	1,1	8,5	25,7	63,7
Κοινωνικές στη γυναίκα	2,5	6,3	15,8	33,1	42,3
Επιπτώσεις στην εργασία	1,8	7,4	20,5	31,4	38,9



Εικόνα 1. Συχνότητα της συντροφικής/συζυγικής βίας στο σύνολο των γυναικών που εξετάστηκαν (%).



Εικόνα 2. Συχνότητα συντροφικής/συζυγικής βίας ανά σύμπτωμα (μέση τιμή).

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με ανάλογες μελέτες, που αναφέρουν την έλλειψη χρόνου και ειδικής εκπαίδευσης και τη μη εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων ως σημαντικά αίτια της αδυναμίας των επαγγελματιών υγείας να διαχειριστούν το συγκεκριμένο φαινόμενο.⁴⁷⁻⁵¹

Επιπρόσθετα, ίσως η έλλειψη χρόνου αλλά και η ανυπαρξία ειδικής εκπαίδευσης οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας της Κρήτης να δηλώνει ότι οι παρεμβάσεις του θα πρέπει να αφορούν κυρίως στη νοσηλευτική φροντίδα και στην παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία και λιγότερο στην παραπομπή σε εισαγγελέα, στην παροχή πληρο-

φοριακού υλικού και στην ενημέρωση για τα δικαιώματα των κακοποιημένων γυναικών και τις υπηρεσίες στις οποίες θα μπορούσαν αυτές να απευθυνθούν. Οι απαντήσεις αυτές έρχονται σε αντίθεση με σχετικές μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν ότι οι λόγοι ζήτησης υπηρεσιών υγείας μπορεί να αφορούν όχι μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά και στη λήψη πληροφοριών και βοήθειας για τη διαχείριση των υποκείμενων αιτιών της βίας.⁵² Στην πραγματικότητα, οι απαντήσεις που έδωσε το νοσηλευτικό προσωπικό υποδηλώνουν την αδυναμία του να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί θύματα βίας, αποτελέσματα που συμφωνούν με τα αντίστοιχα ανάλογων διεθνών μελετών.^{20,21}

Η αδυναμία αυτή διαφαίνεται στην άποψη που εκφράζουν οι νοσηλευτές ότι η παρέμβασή τους θα πρέπει να περιορίζεται κυρίως στην προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας, πεδίο γνωστό σε αυτούς, άρα και εύκολα διαχειρίσιμο. Παράλληλα, ο φόβος των αντιποίνων προς το νοσηλευτικό προσωπικό από το περιβάλλον του θύματος, που αναφέρουν ως κύριο εμπόδιο ανάπτυξης δράσεων από την πλευρά του προσωπικού, αφήνει να διαφανεί αυτό που οι νοσηλευτές ανέφεραν σε προηγούμενη απάντησή τους, την ευθύνη δηλαδή της πολιτείας, που δεν θα πρέπει να περιορίζεται μόνο σε προγράμματα επιμόρφωσης και σε ανάπτυξη σχετικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των κακοποιημένων γυναικών, αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να υποστηρίζει τα προγράμματα αυτά τόσο σε νομικό όσο και σε θεσμικό επίπεδο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Sung et al, η αποτελεσματικότητα των όποιων προγραμμάτων ή πρωτοκόλλων είναι αμφίβολη εάν δεν υποστηρίζονται από θεσμούς και αρμόδιους φορείς.⁴⁸

Περιορισμοί της μελέτης

Όπως σε κάθε μελέτη, έτσι και στη συγκεκριμένη αναγκαστήκαμε να αντιμετωπίσουμε διάφορες δυσκολίες και περιορισμούς. Έτσι:

1. Το μέγεθος του δείγματος ήταν περιορισμένο, άρα τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε μεγάλο δείγμα ή πληθυσμό, γιατί αφορούν στο συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα.
2. Στη μελέτη μας εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει γενίκευση στο γενικό πληθυσμό.
3. Τέλος, το δείγμα συμπεριλάμβανε, εκτός από νοσηλευτές, και βοηθούς νοσηλευτών. Η απόφαση αυτή οφείλεται στην υψηλή στελέχωση των γενικών νοσοκομείων και ιδιαίτερα των κέντρων υγείας της Κρήτης με βοηθούς νοσηλευτών. Ωστόσο, εγείρονται σοβαρές

Πίνακας 2. Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις ενέργειες που θα πρέπει να κάνουν οι ίδιοι και ο οργανισμός (%).

	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Σταθερή απόκλιση
Δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ	6,1	18,6	11,5	32,6	31,2	3,65±1,2
Νιώθω άβολα να ρωτήσω	22,7	43,6	6,4	14,2	13,1	2,54±1,3
Κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να ερωτώνται	35,6	44,1	5,0	5,7	9,6	2,05±1,1
Αν οι ασθενείς το θέλουν, θα μου το πουν	15,6	30,5	7,1	14,5	32,3	2,99±1,3
Αν αρχίσω να ρωτάω, θα τις προσβάλω	18,4	30,1	10,6	13,1	27,7	2,86±1,3
Είναι πρωτίστως θέμα δημόσιας υγείας	4,6	6,0	4,6	48,1	36,7	4,17±1,0
Ο επαγγελματικός κλάδος πρέπει να ασχοληθεί ουσιαστικά	5,7	9,9	8,2	38,3	37,9	3,93±1,1
Τα νοσοκομεία πρέπει να ενημερώνουν περισσότερο	2,1	5,6	6,0	59,9	26,4	4,36±0,9
Απαιτείται περισσότερη επιμόρφωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	1,4	3,2	3,9	61,1	30,4	4,46±0,8
Χρειάζεται ανάπτυξη ειδικού πρωτοκόλλου	0,7	3,5	7,4	54,5	33,9	4,37±0,8

Πίνακας 3. Συμφωνία για συγκεκριμένες παρεμβάσεις στο πλαίσιο του επαγγελματικού ρόλου.

	Διαφωνώ		Συμφωνώ			Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)		
Ιατρική φροντίδα	10,2	9,3	10,2	16,2	54,2	3,94	1,39
Νοσηλευτική φροντίδα	0,0	5,0	9,8	14,4	70,8	4,50	0,89
Καταγραφή τραυμάτων	7,1	5,4	13,7	26,6	47,3	4,01	1,21
Μεταχείριση με συμπάθεια	2,4	5,6	16,1	15,3	60,6	4,26	1,07
Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία	3,6	3,6	10,4	19,6	62,8	4,34	1,04
Ψυχολογική στήριξη	2,0	9,6	10,8	16,8	60,8	4,24	1,10
Παραπομπή σε εισαγγελέα	27,0	20,0	15,5	14,5	23,0	2,86	1,52
Ενημέρωση για τα δικαιώματά της	7,5	14,6	16,8	19,9	41,2	3,72	1,33
Ενημέρωση για άλλες υπηρεσίες	5,0	14,2	20,0	23,3	37,5	3,74	1,23
Παροχή πληροφοριακού υλικού	13,1	16,6	17,0	22,3	31,0	3,41	1,41

Πίνακας 4. Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις ενέργειες που θα πρέπει να κάνουν οι ίδιοι και ο οργανισμός (%).

	Καθόλου σημαντικό (%)	Λίγο σημαντικό (%)	Σημαντικό (%)	Πολύ σημαντικό (%)	Πάρα πολύ σημαντικό (%)	Μέση τιμή (%)	Σταθερή απόκλιση (%)
Ανεπαρκής εκπαίδευση	7,1	10,3	17,5	27,8	37,3	3,77	1,24
Επιθυμία ασθενούς για αλλαγή	6,4	11,2	22,4	28,0	32,0	3,68	1,21
Λάθος πληροφόρηση	5,5	10,5	21,9	28,7	33,3	3,73	1,18
Φόβος για αντίποινα	6,0	7,2	11,6	24,8	50,4	4,06	1,20
Φόρτος εργασίας	12,9	10,8	24,2	18,3	33,8	3,49	1,38
Έλλειψη κατάλληλων υποδομών	9,2	5,6	22,7	24,3	38,2	3,76	1,26
Προβλήματα συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας	8,4	14,2	17,7	19,5	40,3	3,69	1,34

επιφυλάξεις για το εάν τα άτομα αυτά διαθέτουν την απαιτούμενη επιστημονική κατάρτιση και για το εάν τα θεσμοθετημένα επαγγελματικά τους καθήκοντα επιτρέπουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση και προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ευαισθησία του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις γυναίκες-θύματα κακοποίησης, αλλά παράλληλα και την αδυναμία –που οι ίδιοι εκφράζουν– στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείριση των κακοποιημένων γυναικών.

Παράλληλα, το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι για να μπορέσει να προσφέρει αποτελεσματικές υπηρεσίες στις γυναίκες που έχουν υποστεί βία θα πρέπει η ίδια η πολιτεία να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες υγείας σε θέματα βίας και να εφαρμόσει ειδικά προγράμματα διερεύνησης και διαχείρισής τους.

Οι απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και η θέση που κατέχει στο σύστημα υγείας της χώρας, υποδεικνύουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων και πρωτοκόλλων πρώιμης διάγνωσης και διαχείρισης των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση, χωρίς να παραγνωρίζεται ο σημαντικός ρόλος των άλλων επαγγελματιών υγείας και η ανάγκη διεπιστημονικής και πολύπλευρης προσέγγισης του προβλήματος, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αναγκαία είναι επίσης η ενίσχυση –μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα επιμόρφωσης– της δράσης των επαγγελματιών υγείας, αλλά και η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών υποστήριξης των θυμάτων, που θα προστατεύονται και θα συνεργάζονται κάτω από ένα κοινό θεσμικό και νομικό πλαίσιο προστασίας τόσο των γυναικών που έχουν υποστεί βία όσο και των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται ενεργά στα προγράμματα διαχείρισης και αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. *Declaration on the elimination of violence against women*. New York, United Nations, 23 February 1994 (Resolution No A/RES/48/104)
2. Hegarty K, Roberts G. How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. *Aust N Z J Public Health* 1998, 22:49–54
3. Arias I, Dankwort J, Douglas U, Stein K. Violence against women: the state of batterer prevention programs. *J Law Med Ethics* 2002, 30(Suppl 3):157–165
4. Flinck A, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Survival of intimate partner violence as experienced by women. *J Clin Nurs* 2005, 14:383–393
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998, 14:245–258
6. Leserman J, Drossman DA, Zhiming L, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996, 58:4–15
7. Larkin GL, Hyman KB, Mathias SR, D' Amico F, MacLeod BA. Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: Importance of patient and provider factors. *Ann Emerg Med* 1999, 33:669–675
8. Graham J. An unacceptable risk. *The Exceptional Parent* 2000, 30:32–34
9. McFarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swedlund N, Dolen-Mullen P. Abuse Assessment Screen-Disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *J Women's Health Gender-Based Med* 2001, 10:861–866
10. McClennen JC, Summers AB, Daley JG. Lesbian partner abuse scale. *Res Soc Work Pract* 2002, 12:277–291
11. Eckert LO, Sugar N, Fine D. Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186:1284–1291
12. Butterworth P. Lone mothers' experience of physical and sexual violence: Association with psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 2004, 184:21–27
13. Waller AE, Hohenhaus SM, Shah PJ et al. Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence. *Ann Emerg Med* 1996, 27:754–760
14. Garcia-Moreno C. Violence against women: international perspective. *Am J Prev Med* 2000, 19:330–333
15. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Br Med J* 2003, 327:673–676
16. ΚΕΘΙ. Ενδο-οικογενειακή βία κατά των γυναικών: Πρώτη πανελλαδική έρευνα, 2003, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.kethi.gr/greek/kethi/index.htm> [προσπελάστηκε στις 10/10/06]
17. Kelsey H, Hindmarsh DE, Gille TM. Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. *MJA* 2000, 173:363–367
18. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002, 359:1232–1237
19. CDC, Building Data Systems for Monitoring and Responding to Violence Against Women, Recommendations from a Workshop, 2000, 49(RR11):1–18
20. Plichta S. The effects of women abuse on health care utilization and health status: a literature review. *Women's Health Issues* 1992, 2:154–163

21. Kahan E, Rabin S, Tzur-Zilberman H, Rabin B, Shofty I, Mehoudar O et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. *Fam Pract* 2000, 17:5–9
22. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD et al. Identification and management of domestic violence. *Am J Prev Med* 2000, 19:253–263
23. Poirier L. The importance of screening for domestic violence in all women. *Nurse Practitioner* 1997, 22:105–122
24. Department of Health. *Domestic violence: A resource manual for health care professionals, 2000*. Available: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf> [accessed: 12-04-06]
25. Middlesex-London Health Unit. *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario, Author, 2000
26. Asher J, Crespo EI, Sugg NK. Detection and treatment of domestic violence. *Contemp Obstet Gynaecol* 2001, 46:61–66
27. Pudukollu M. Domestic violence: Screening made practical. *J Fam Pract* 2003, 52:1–6
28. Family Violence Prevention Fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings, 2004. Available: <http://endabuse.org/programs/display.php3? DocID=206> [accessed: 12-05-06]
29. Jones C, Bonner M. Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Aust J Midwifery* 2002, 15:14–20
30. Davidson L, Grisso J, Garcia-Moreno C, Garcia J, King V, Marchant S. Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *J Women's Health Gender-Based Med* 2001, 10:953–969
31. Ross M. *Nursing education and violence prevention, detection and intervention, 2002*. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf [accessed: 4-05-06]
32. Malecha A. Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN J* 2003, 51:310–316
33. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J* 1997, 90:1075–1080
34. Gamble E. News and Observer, popular government. *Spring* 2001:39–43
35. Cole TB. Is domestic violence screening helpful? *JAMA* 2000, 284:551–553
36. Hoff LA, Rosenbaum LA. Victimization assessment tool: instrument development and clinical implications. *J Adv Nurs* 1994, 20:637–634
37. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence Vict* 1993, 8:53–68
38. Guthrie E, Creed F, Fernandes L, Ratcliffe J, Van Der Jagt J, Martin J et al. Cluster analysis of symptoms and health seeking behaviour differentiates subgroups of patients with severe irritable bowel syndrome. *Gut* 2003, 52:1616–1622
39. UNISEF. Έκθεση του Κέντρου Ερευνών INNOCENT: Ενδο-οικογενειακή βία εναντίον γυναικών και κοριτσιών, Μάιος 2000, Φλωρεντία, Ιταλία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.unicef.gr/reports/domviol.php> [προσπελάστηκε στις: 15/09/06]
40. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002, 71:141–150
41. John R, Johnson JK, Kukreja S, Found M, Lindow SW. Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. *Br J Obstet Gynaecol* 2004, 111:1128–1132
42. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmaki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *Br J Obstet Gynaecol* 2004, 111:1121–1127
43. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med* 2005, 67:906–915
44. Perona M, Benasayag R, Perello A, Santos J, Zarate N, Zarate P et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005, 3:436–441
45. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. A history of abuse in community subjects with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: the role of other psychosocial variables. *Digestion* 2005, 72:86–96
46. Romito P, Molzan TJ, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med* 2005, 60:1717–1727
47. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med* 1992, 1:39–47
48. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med* 1999, 8:301–306
49. Glowa PT, Frasier PY, Newton WP. Increasing physician comfort level in screening and counseling patients for intimate partner violence: hands-on practice. *Patient Educ Counsel* 2002, 46:213–220
50. Buken NO, Sahinoglu S. Violence against women in Turkey and the role of women physicians. *Nurs Ethics* 2006, 13:197–205
51. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Standard* 2006, 20:41–45
52. Keys Y. *Against the odds: How women survive domestic violence*. Canberra, Office of the Status of Women, 1998

Υποβλήθηκε: 03/04/2007

Επανυποβλήθηκε: 25/10/2007

Εγκρίθηκε: 29/10/2007