

Διδακτορική διατριβή

**Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού
προγράμματος STOP IPV για την αναγνώριση και διαχείριση της
συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη από μαίες και μαιευτές**

Εμμανουέλα Μανώλη

Λεμεσός, Ιούνιος 2025

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

**Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού
προγράμματος STOP IPV για την αναγνώριση και διαχείριση της
συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη από μαίες και μαιευτές**

Εμμανουέλα Μανώλη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου

Λεμεσός, Ιούνιος 2025

Έντυπο έγκρισης Επιτροπής Επίβλεψης

Διδακτορική διατριβή

**Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού
προγράμματος STOP IPV για την αναγνώριση και διαχείριση της
συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη από μαίες και μαιευτές**

Παρουσιάστηκε από
Εμμανουέλα Μανώλη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου - Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μέλος επιτροπής: Δρ. Μαρία Καρανικόλα - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μέλος επιτροπής: Δρ. Νίκος Μίτλεττον - Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Ιούνιος 2025

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Εμμανουέλα Μανώλη, 2025

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Η μελέτη αυτή είναι αφιερωμένη στη μνήμη της Δρ. Χριστιάνας Κούτας

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω να απευθύνω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου, η οποία υπήρξε πρωτίστως ο άνθρωπος που μου μετέδωσε την αγάπη και τις γνώσεις της για τη Μαιευτική κατά τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων. Με την καθοδήγησή της, καταφέραμε να ολοκληρώσουμε αυτή τη διδακτορική μελέτη. Η συνεχής ενθάρρυνση και η θετικότητά της αποτέλεσαν κινητήρια δύναμη σε κάθε στάδιο αυτής της πορείας.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω επίσης στη Δρ. Μαρία Καρανικόλα και στον Δρ. Νίκο Μίτλεττον, οι οποίοι στάθηκαν δίπλα μου σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της διατριβής, απαντώντας σε κάθε απορία μου, καθοδηγώντας με και μεταδίδοντάς μου την επιστημονική τους γνώση και πολύτιμη εμπειρία.

Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την ευγενική παραχώρηση άδειας και πνευματικών δικαιωμάτων από την καθηγήτρια Δρ. Kathleen Baird, του Τμήματος Νοσηλευτικής και Μαιευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου του Σίδνεϋ, Αυστραλίας, για τη μεταφορά του εκπαιδευτικού της προγράμματος στην Κύπρο. Την ευχαριστώ θερμά.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τη Δρ. Χριστιάννα Κούτα, η οποία μου έδωσε την ευκαιρία να ξεκινήσω αυτό το νέο ταξίδι προς τη γνώση και την έρευνα. Μου πρότεινε να ασχοληθώ με ένα ζήτημα που την απασχολούσε τόσο ως άνθρωπο όσο και ως ακαδημαϊκό, τη βία κατά των γυναικών. Στο πλαίσιο των διδακτορικών μου σπουδών, εκτός από επιστημονική γνώση, χάρη σε εκείνη έμαθα τι σημαίνει αγώνας για τη ζωή, ελπίδα μέχρι την τελευταία στιγμή. Η μνήμη της με ενέπνευσε να συνεχίσω. Έμαθα έτσι τι σημαίνει να μην τα παρατάς, ακόμη και υπό τις πιο δύσκολες συνθήκες. Την ευχαριστώ από καρδιάς για τα μαθήματα ζωής. Αγαπημένη μου καθηγήτρια, Δρ. Χριστιάννα Κούτα, εύχομαι να τίμησα κάθε υπόσχεση που σας έδωσα στην τελευταία μας τηλεφωνική συνομιλία.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλες και όλους τους συναδέλφους μαίες και μαιευτές που συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και συνέβαλαν σε όλα τα στάδια της μελέτης.

Αγαπημένοι μου γονείς και αδερφές, αγαπημένε μου Μιχάλη και γιε, Νικόλα,

Σας οφείλω ένα μεγάλο και ειλικρινές «ευχαριστώ» για την αμέριστη υποστήριξή σας, την ενθάρρυνση και την απέραντη υπομονή σας. Χωρίς την αγάπη σας, την πίστη στις δυνατότητές μου και την ανεκτίμητη βοήθειά σας, η ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής δεν θα ήταν εφικτή.

Σας ευχαριστώ από καρδιάς για όλα.

.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εμπειρία μου στην άσκηση της κλινικής μαιευτικής με έχει φέρει επανειλημμένα αντιμέτωπη με περιστατικά βίας κατά γυναικών, τα οποία εκδηλώνονται με ποικίλες μορφές. Μέσα από την επαγγελματική αυτή τριβή, διαπίστωσα ότι η συντροφική βία μπορεί να έχει σοβαρές και πολυδιάστατες επιπτώσεις στην ευημερία, την ασφάλεια και τη σωματική και ψυχική υγεία των επιζωσών, των παιδιών τους και της ευρύτερης οικογένειας. Ως εκ τούτου, συνιστά ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, το οποίο απαιτεί συστημική αναγνώριση και αντιμετώπιση.

Αν και θα περίμενε κανείς ότι στον 21ο αιώνα η εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών θα είχε τεθεί ως απόλυτη προτεραιότητα, δυστυχώς το φαινόμενο όχι μόνο επιμένει, αλλά εντείνεται και σε ορισμένες περιπτώσεις καταλήγει στη γυναικοκτονία. Η αντιμετώπιση της βίας και η προστασία των γυναικών δεν είναι εύκολη υπόθεση. Απαιτεί συλλογική προσπάθεια από τα συστήματα υγείας και τους επαγγελματίες τους, την ακαδημαϊκή κοινότητα, το κράτος στο σύνολό του, και το σημαντικότερο την ενεργή συμμετοχή και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας.

Ένωσα την ανάγκη να αποτελέσω μέρος αυτής της συλλογικής προσπάθειας, συμβάλλοντας τόσο στη σαφή ανάδειξη του προβλήματος όσο και στην προβολή του στο κοινωνικό σύνολο. Μέσω της εκπαίδευσης των μαιών και μαιευτών, που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην περιγεννητική υγεία και ευημερία των γυναικών, στόχος μου ήταν να ενισχύσω τη συλλογική συνείδηση και δράση.

Η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης υπήρξε απαιτητική, όχι μόνο λόγω της προσπάθειας που απαιτήθηκε αλλά και εξαιτίας των προβλημάτων που αναδύθηκαν στην πορεία, καθώς και των δύσκολων αληθειών που ακούστηκαν, καταγράφηκαν και μας προβλημάτισαν βαθιά. Εύχομαι η εργασία αυτή να αποτελέσει αφετηρία για τη μείωση και ιδανικά την εξάλειψη της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη, μέσω της επιστημονικά τεκμηριωμένης εκπαίδευσης των μαιών και μαιευτών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η συντροφική βία (ΣΒ) αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας που επηρεάζει τις γυναίκες παγκοσμίως, ενώ η εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά. Η έκθεση σε ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με σοβαρές συνέπειες για την υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη είναι περιορισμένα, ενώ οι μαίες και μαιευτές (Μ/Μ) αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην αξιολόγηση, ανίχνευση και παραπομπή περιστατικών ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη. Η Κυπριακή Δημοκρατία δεν παρέχει κατευθυντήριες γραμμές ή τυποποιημένα πρωτόκολλα για τη διαχείριση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, αφήνοντας τις/τους Μαιές/Μαιευτές να διαχειρίζονται αυτά τα ευαίσθητα περιστατικά με περιορισμένη υποστήριξη, γεγονός που οδηγεί σε άνιση παρεχόμενη φροντίδα.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση, ανάπτυξη και αξιολόγηση εκπαιδευτικού προγράμματος για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη σε Μαιές/Μαιευτές, καθώς και η εις βάθος κατανόηση των εμπειριών τους στον εντοπισμό και τη διαχείριση σχετικών περιστατικών.

Πληθυσμός Στόχος & Ηθικά θέματα:

Τον πληθυσμό-στόχο αποτέλεσαν εγγεγραμμένες Μ/Μ στο Κυπριακό Μητρώο Μαιών, οι οποίοι έδωσαν γραπτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη. Η μελέτη έλαβε έγκριση για τη διεξαγωγή της από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ), το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, καθώς και από την ερευνητική ομάδα της Dr. Katheelen Braid, για την παραχώρηση των πνευματικών δικαιωμάτων.

Μεθοδολογία:

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε μικτή μεθοδολογία με διαδοχικό, περιγραφικό και διερευνητικό σχεδιασμό (Ποσοτικό → Ποιοτικό). Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση με σκοπό την καταγραφή και περιγραφή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, τα οποία απευθύνονται σε Μ/Μ και φοιτήτριες μαιευτικής. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε το πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη.

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με σκόπιμη επιλογή συμμετεχουσών/όντων. Το αρχικό ποσοτικό σκέλος της μελέτης περιλάμβανε 171 Μ/Μ (που αντιστοιχούν στο 49% του συνολικού πληθυσμού εγγεγραμμένων μαιών στην Κύπρο), οι οποίοι συμμετείχαν στο διαδικτυακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας έξι ωρών. Στόχος του προγράμματος ήταν η ενίσχυση των γνώσεων, των στάσεων και της ετοιμότητας των συμμετεχόντων για τη διερεύνηση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε με τη συμβολή ακαδημαϊκών και ειδικών στον τομέα της έμφυλης βίας.

Πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση, 103 Μ/Μ συμπλήρωσαν δομημένα ερωτηματολόγια, τα οποία αξιολογούσαν τις γνώσεις, την ετοιμότητα, τις στάσεις, τις αντιλήψεις καθώς και τα αντιλαμβανόμενα οργανωτικά εμπόδια. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφική και επαγωγική στατιστική (Paired Samples t-test), χρησιμοποιώντας το λογισμικό SPSS (έκδοση 25).

Στο ποιοτικό μέρος της μελέτης, βάσει των ευρημάτων του ποσοτικού σκέλους, διεξήχθησαν δύο ομάδες εστίασης με τη συμμετοχή 15 μαιών/Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με επαγωγική ανάλυση περιεχομένου, με στόχο την εις βάθος διερεύνηση των εμπειριών και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι Μ/Μ στη διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα

Η πλειονότητα των συμμετεχουσών/όντων αξιολόγησε θετικά τη χρησιμότητα των πληροφοριών που παρείχε το πρόγραμμα για τη ΣΒ στην καθημερινή τους κλινική πρακτική. Η πλειονότητα των συμμετεχουσών/όντων εργάζονταν σε ιδιωτικά μαιευτήρια (55,3%) και κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (49,5%). Ωστόσο, το 35,9% δήλωσε ότι δεν είχε λάβει προηγουμένως εκπαίδευση σχετικά με τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη. Μεταξύ εκείνων που είχαν σχετική εκπαίδευση, το 41,8% ανέφεραν ανησυχία ως προς την προσέγγιση εγκύων που είχαν υποστεί ΣΒ, εκφράζοντας φόβο μήπως τις προσβάλουν μέσω της χρήσης ερωτήσεων σχετικών με το θέμα. Η ποσοτική ανάλυση ανέδειξε σημαντικά εμπόδια στην πρακτική διερεύνηση της ΣΒ, όπως η παρουσία του συντρόφου κατά τις προγεννητικές επισκέψεις (60,2%) και τα γλωσσικά εμπόδια. Μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο στην ετοιμότητα ($M=3,48$, $SD=0,94$ πριν · $M=4,14$, $SD=0,66$ μετά, $p<.001$) όσο και στις

γνώσεις των συμμετεχουσών/όντων (ποσοστό σωστών απαντήσεων: 58,0%, SD=15,7 πριν · 65,9%, SD=13,1 μετά, $p<.001$).

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων αποκάλυψε τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες α) δύσκολα περιστατικά, β) ασαφείς διαδικασίες διαχείρισης, γ) εμπόδια για αποτελεσματική διαχείριση και δ) Μ/Μ χωρίς υποστήριξη. Οι συμμετέχουσες/όντες υπογράμμισαν ότι η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών ή πρωτοκόλλων ενίσχυε την αβεβαιότητά τους ως προς τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών. Επιπλέον, αναφέρθηκαν στις δυσκολίες αποκάλυψης περιστατικών ΣΒ καθώς και στις ασαφείς διαδικασίες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Τέλος, τονίστηκε η ανάγκη για ενίσχυση της θεσμικής υποστήριξης στους χώρους εργασίας, με την ανάπτυξη σαφών πολιτικών, εκπαιδευτικών εργαλείων και διαθεσιμότητας πόρων, που να ενισχύουν την ικανότητα των Μ/Μ να διαχειρίζονται επαρκώς τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.

Συμπεράσματα

Το πρόγραμμα "STOPIPV" βελτίωσε τις γνώσεις και την ετοιμότητα των Μ/Μ για τη διερεύνηση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη, αναδεικνύοντας τον κρίσιμο ρόλο της εκπαίδευσης στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στον συγκεκριμένο τομέα. Παρά τη θετική επίδραση του εκπαιδευτικού προγράμματος, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις στο κλινικό περιβάλλον, όπως η απουσία τυποποιημένων πρωτοκόλλων και η έλλειψη θεσμικής υποστήριξης.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των εμποδίων προϋποθέτει την υιοθέτηση ολοκληρωμένων πολιτικών, την καθιέρωση συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης και την ενίσχυση της υποστήριξης στους χώρους εργασίας, ώστε να ενδυναμωθούν οι Μ/Μ και να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας προς τις εγκύους που υφίστανται συντροφική βία. Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και ανάπτυξης των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σχετικά με τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και για την ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένων μεθόδων διερεύνησης της ΣΒ στα μαιευτήρια.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, συντροφική βία, μαίες/μαιευτές, εκπαιδευτικά προγράμματα, αποτελεσματικότητα

ABSTRACT

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is a major public health issue affecting women worldwide, and pregnancy does not appear to provide protection. Exposure to IPV during pregnancy is associated with serious consequences for both maternal and fetal health. Educational programs on IPV in pregnancy are limited, while midwives face significant challenges in assessing, detecting, and referring IPV cases during pregnancy. The Republic of Cyprus does not provide guidelines or standardized protocols for managing IPV in pregnancy, leaving midwives to handle these sensitive cases with limited support, resulting in unequal care provision.

Aim

The aim of this study was to investigate, develop, and evaluate an educational program on IPV during pregnancy for midwives as well as to gain an in-depth understanding of their experiences in identifying and managing such cases.

Target Population & Ethical Considerations

The target population consisted of registered midwives in the Cyprus Midwives Registry, who provided written informed consent to participate. The study was approved by the Cyprus National Bioethics Committee, the Cyprus University of Technology, as well as by Dr. Katheelen Braid's research team, granting intellectual property rights.

Methodology

This study followed a mixed-methods approach with a sequential, descriptive, and exploratory design (Quantitative → Qualitative). A systematic review was conducted to record and describe educational programs on IPV during pregnancy targeting midwives/obstetricians and midwifery students. Within this framework, the first educational program on IPV in pregnancy was developed.

A purposive sampling strategy was applied. The quantitative phase included 171 midwives/obstetricians (49% of the total registered midwives in Cyprus) who participated in a six-hour online training program. The program aimed to strengthen participants' knowledge, attitudes, and readiness to address IPV during pregnancy. The program was

developed and implemented with the contribution of academics and experts in gender-based violence. Before and after the intervention, 103 participants completed structured questionnaires evaluating knowledge, readiness, attitudes, perceptions, and perceived organizational barriers. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired Samples t-test) with SPSS (version 25).

In the qualitative phase, based on the quantitative findings, two focus groups were conducted with 15 midwives. Data were analyzed using inductive content analysis to explore in depth the experiences and challenges faced by midwives/obstetricians in managing IPV cases during pregnancy.

Results

The majority of participants evaluated the program's content as useful for their daily clinical practice. Most worked in private maternity hospitals (55.3%) and held postgraduate qualifications (49.5%). However, 35.9% reported not having received any prior IPV-related training during pregnancy. Among those with prior training, 41.8% expressed concern about how to approach pregnant individuals who had experienced IPV, fearing that certain questions might be offensive or triggering.

Quantitative analysis revealed major practical barriers to IPV inquiry, such as the presence of a partner during prenatal visits (60.2%) and language barriers. Following the intervention, statistically significant improvements were recorded in both participants' readiness ($M=3.48$, $SD=0.94$ before · $M=4.14$, $SD=0.66$ after, $p<.001$) and knowledge (correct responses: 58.0%, $SD=15.7$ before · 65.9%, $SD=13.1$ after, $p<.001$).

Qualitative analysis identified four main thematic areas: a) complex cases, b) unclear management procedures, c) barriers to effective response, and d) unsupported midwives

Participants highlighted that the absence of official protocols or guidelines increased their uncertainty when managing such cases. They also emphasized the difficulty in eliciting disclosures of IPV and the challenges posed by vague institutional processes.

Finally, the need to strengthen institutional support in clinical settings was emphasized through the development of clear policies, training tools, and resource availability to empower midwives to adequately manage IPV during pregnancy.

Conclusions

The "STOPIPV" program improved the knowledge and preparedness of midwives to investigate intimate partner violence during pregnancy, highlighting the critical role of training in enhancing healthcare professionals' skills in this area. Despite the program's positive impact, significant clinical challenges persist, such as the absence of standardized protocols and limited institutional support.

Addressing these barriers requires the adoption of comprehensive policies, the establishment of ongoing professional education, and the reinforcement of workplace support systems. This would empower midwives and improve the quality of care provided to pregnant individuals affected by IPV. The findings underscore the need for further research on the effectiveness and development of IPV training interventions during pregnancy, as well as the implementation of comprehensive IPV inquiry methods within maternity care settings.

Keywords: pregnancy, intimate partner violence, midwives, educational programs, effectiveness

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	ixviii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	xix
ABSTRACT.....	xiiiixii
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Εισαγωγή και ερευνητικό πρόβλημα.....	2
1.1 Εισαγωγή	2
1.2 Ερευνητικό πρόβλημα και σημαντικότητα μελέτης	4
1.2.1 Σημεία πρωτοτυπίας μελέτης και αιτιολόγηση επιλογής θέματος	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Εννοιολογικό και Θεωρητικό Πλαίσιο	10
2.1 Βία.....	10
2.1.1 Έμφυλη βία	12
2.1.2 Συντροφική Βία	13
2.1.3 Θύτης/Δράστης.....	16
2.1.4 Επιζώσα	18
2.2 Εγκυμοσύνη	19
2.2.1 Επιπολασμός συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη	20
2.2.2 Παράγοντες κινδύνου	22
2.2.3 Επιπτώσεις ΣΒ στην έγκυο και στο έμβρυο	24
2.2.4 Παγκόσμιες Κλινικές συστάσεις για την ΣΒ στην εγκυμοσύνη.....	25
2.2.5 Εργαλεία ανίχνευσης ΣΒ στην εγκυμοσύνη.....	28
2.2.6 Γενικό Σύστημα Υγείας Κύπρου και ανίχνευση ΣΒ στην εγκυμοσύνη ..	35
2.3 Μαιευτικό μοντέλο φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη.....	37
2.4 Εκπαίδευση για την ΣΒ.....	40
2.5 Αποτελεσματικότητα Εκπαιδευτικού Προγράμματος.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	44
3.1 Σκοπός	45
3.1.1 Επιμέρους σκοποί	45
3.2 Μέθοδος και Υλικό	45
3.2.1 Στρατηγική αναζήτησης	46
3.2.2 Κριτήρια ένταξης μελετών	46
3.2.3 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών	47
3.3 Αποτελέσματα	48
3.3.2 Διάρκεια	49
3.3.3 Εκπαιδευτική μέθοδος και περιεχόμενο	50
3.3.4 Προηγούμενη εμπειρία με εκπαίδευση για την ΣΒ	53
3.3.5 Περιοχές αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την συντροφική βία	54
3.4 Σχολιασμός Ευρημάτων	68
3.4.1 Έλλειψη Εκπαίδευσης για τη ΣΒ σε Μ/Μ	68
3.4.2 Διεθνείς Κατευθυντήριες και Συστάσεις για την Εκπαίδευση στη ΣΒ	68
3.4.3 Ποικιλομορφία στις Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις	70
3.4.4 Δυνατά σημεία και περιορισμοί	70
3.5 Σύνδεση με ερευνητικά αποτελέσματα	71
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ερευνητική Μεθοδολογία	74
4.1 Σκοπός	74
4.2 Εκπαιδευτική Παρέμβαση	77
4.3 Ποσοτική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου	79
4.3.1 Δείγμα και δειγματοληψία	80
4.3.1.1 Κριτήρια Εισδοχής	80

4.3.1.2 Κριτήρια Αποκλεισμού.....	81
4.3.2 Συλλογή Δεδομένων.....	84
4.3.3 Ηθικά ζητήματα.....	85
4.3.4 Εργαλείο Μέτρησης.....	85
4.3.4.1 Πρώτο μέρος ερωτηματολογίου:.....	87
4.3.4.2 Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου.....	88
4.4 Στατιστική ανάλυση.....	89
4.5 Ποιοτική μελέτη με ομάδες εστίασης.....	9091
4.5.1 Δείγμα και δειγματοληψία.....	91
4.5.2 Στρατολόγηση Συμμετεχουσών/όντων.....	92
4.5.2.1 Πρώτη Ομαδική Συζήτηση (n=10).....	92
4.5.2.2 Δεύτερη Ομαδική Συζήτηση (n=5).....	92
4.5.2.3 Κριτήρια συμμετοχής:.....	9293
4.5.2.4 Κριτήρια αποκλεισμού:.....	93
4.5.3 Χώροι διεξαγωγής της μελέτης.....	93
4.5.4 Συλλογή δεδομένων να ενωθεί με το χώρο διεξαγωγής.....	94
4.5.5 Οδηγός Συνέντευξης.....	95
4.5.6 Ηθικά ζητήματα.....	9697
4.5.7 Ανάλυση δεδομένων.....	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης.....	101
5.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	101
5.2 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τη διερεύνηση ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.....	103
5.3 Γνώσεις για την ΣΒ.....	108
5.4 Ετοιμότητα για την ΣΒ.....	112
5.5 Στάσεις για την ΣΒ.....	118

5.6 Αξιολόγηση εκπαιδευτικού προγράμματος από τις/τους συμμετέχουσες/όντες	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης	127
6.1 Δημογραφικά	127
6.2 Θέμα 1: Δύσκολα Περιστατικά	131
6.3 Θέμα 2: Ασαφείς Διαδικασίες Διαχείρισης	134
6.4 Θέμα 3: Εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση	139
6.5 Θέμα 4: Μαίες/Μαιευτές χωρίς επαρκή υποστήριξη	143
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συζήτηση Αποτελεσμάτων	146
7.1 Ενίσχυση γνώσεων και ετοιμότητας μέσω της εκπαίδευσης	146
7.2 Περιορισμένη αλλαγή στις στάσεις	149
7.3 Εμπόδια στην εφαρμογή της διερεύνησης ΣΒ	151
7.4 Ανάγκες Μ/Μ	157
7.5 Δυνατά σημεία και περιορισμοί	159
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα/Εισηγήσεις	162
8.1 Εφαρμογές στην εκπαίδευση	164
8.2 Εφαρμογές στην έρευνα	165
8.3 Εφαρμογές σε πολιτικές υγείας	166
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	178
(α) Πρόσκληση συμμετοχής στο panel of experts	178
(β) Πρόσκληση ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα	180
(γ) Ερωτηματολόγια Πριν και Μετά την Εκπαιδευτική Παρέμβαση	181
(δ) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου	200
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	202

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη για Μ/Μ και φοιτήτριες/τες μαιευτικής από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2023.	50
Πίνακας 2 Χαρακτηριστικά των μελετών που αξιολογούν εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τη βία από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για Μ/Μ/φοιτήτριες/τές μαιευτικής από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2023 (Manoli et al., 2024)	56
Πίνακας 3 Αριθμός Μ/Μ που εργάζονταν στο ΟΚΥΠΥ (2021).....	82
Πίνακας 4 Αριθμός Μ/Μ που εργάζονταν στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (2021).....	83
Πίνακας 5 Θεματικός Οδηγός ποιοτικής μελέτης	9596
Πίνακας 6 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών/όντων	102
Πίνακας 7 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ σε σχέση με πολιτική/κλινική πρακτική	105
Πίνακας 8 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ - Προσωπικές εμπειρίες.	106
Πίνακας 9 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ - Εμπόδια	107
Πίνακας 10 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή των γνώσεων πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.	109
Πίνακας 11 Ποσοστιαία κατανομή του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης των γνώσεων πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.	111
Πίνακας 12 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή της ετοιμότητας πριν και μετά την παρέμβαση.....	115
Πίνακας 13 Περιγραφικά στατιστικά της ετοιμότητας πριν και μετά την παρέμβαση	116117

Πίνακας 14 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή των στάσεων πριν και μετά την παρέμβαση.....	121
Πίνακας 15 Περιγραφικά στατιστικά των στάσεων πριν και μετά την παρέμβαση....	123
Πίνακας 16 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή της αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος από τις/τους συμμετέχουσες/όντες.....	126
Πίνακας 17 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών ...	127
Πίνακας 18 Αναλυτική παρουσίαση των θεμάτων και υποθεμάτων με χαρακτηριστικό απόσπασμα.....	129
Πίνακας 19 Quality assessment for the included Cross-sectional studies and Before-After (Pre-Post) Studies - NIH Quality Assessment.....	174
Πίνακας 20 Quality assessment of the included studies Mixed Method studies-Mix Methods Appraisal Tool (MMAT).....	175
Πίνακας 21 Quality assessment of the quasi-experimental studies - JBI Critical appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies.....	177

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα Ροής PRISMA 2020 στρατηγικής αναζήτησης	47
Διάγραμμα 2. Στατιστικά ΣΠΑΒΟ 2020	169
Διάγραμμα 3. Έντυπο Προγεννητικής φροντίδας (Μέρος Α)	170
Διάγραμμα 4. Έντυπο Προγεννητικής φροντίδας (Μέρος Β)	171
Διάγραμμα 5. Κοινωνικό-οικολογικό μοντέλο της Heise για την κατανόηση της βίας	172
Διάγραμμα 6. Πρόγραμμα εκπαιδευτικού προγράμματος	173

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΒ:	Συντροφική Βία
M/M:	Μαίες/Μαιευτές
ΟΗΕ:	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΠΑΒΟ:	Σύνδεσμος Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια
ΜΚΟ:	Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός
ΔΣΜ:	Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών
ΠΑΣΥΝΜ:	Παγκόπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών
ΟΚΥΠΥ:	Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΒ:	Ενδοοικογενειακή Βία
ΑΚΜ	Αυστραλιανό Κολλέγιο Μαιών
ΒΚΜ	Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών
IPV:	Intimate Partner Violence
CDC	Disease Control and Prevention
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
EIGE	European Institute for Gender Equality
SDG:	Sustainable Development Goals
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHS	National Health System
ACOG	American College of Obstetricians and Gynaecologists
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Εισαγωγή και ερευνητικό πρόβλημα

1.1 Εισαγωγή

Το ζήτημα της ΣΒ έχει λάβει διεθνή προσοχή ως μέρος της παγκόσμιας αναπτυξιακής ατζέντας από το 2015, στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ) των Ηνωμένων Εθνών (UN, 2015). Η εξάλειψη όλων των μορφών βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών, τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς χώρους, καταγράφεται ρητά στον Στόχο 5 (Εξάλειψη όλων των μορφών βίας κατά των γυναικών και κοριτσιών στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένης της εμπορίας και της σεξουαλικής και άλλης μορφής εκμετάλλευσης) των ΣΒΑ, με έμφαση στην επίτευξη της ισότητας των φύλων και την ενδυνάμωση όλων των γυναικών και κοριτσιών.

Πιο συγκεκριμένα, ο Υποστόχος 5.2 - Ποσοστό των γυναικών και κοριτσιών ηλικίας 15 ετών και άνω που έχουν υποστεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία από νυν ή πρώην σύντροφό τους τους τελευταίους 12 μήνες, κατά μορφή βίας και ηλικία επιδιώκει την εξάλειψη της βίας σε όλες τις μορφές της, ενώ ο Δείκτης 5.2.1 παρακολουθεί το ποσοστό των γυναικών που έχουν υποστεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία από νυν ή πρώην σύντροφο (UN, 2015). Μέσω αυτών των διατάξεων, η συντροφική βία έχει ενσωματωθεί στη διεθνή αναπτυξιακή πολιτική ως κρίσιμος δείκτης της προόδου προς την ισότητα και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Babu et al., 2016). Ως εκ τούτου, αναφέρεται ότι η παραγωγή αξιόπιστων στοιχείων για την ΣΒ σε εθνικό επίπεδο έχει καθοριστική σημασία για την παρακολούθηση της προόδου τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει τον ζωτικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση περιπτώσεων ΣΒ στην παροχή κατάλληλης φροντίδας και στην παραπομπή των επιζωών σε υπηρεσίες υποστήριξης (Alvarez et al., 2018; Brevik et al., 2024; Kalra et al., 2021; Tarzia et al., 2020). Η αναγνώριση των εγκύων που βιώνουν ΣΒ θεωρείται το πρώτο και ουσιώδες βήμα για την παροχή πληροφόρησης, υποστήριξης και στοχευμένων παρεμβάσεων που ενδέχεται να βελτιώσουν τα περιγεννητικά αποτελέσματα (WHO, 2016). Η συστηματική διερεύνηση (ή καθολικός έλεγχος – universal screening), δηλαδή η πρακτική ερωτήσεων προς όλες τις γυναίκες ανεξαιρέτως για ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, έχει υιοθετηθεί από πολλές υπηρεσίες υγείας διεθνώς και προτείνεται από πλήθος επαγγελματικών οργανισμών (O'Doherty et al., 2015).

Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι Μ/Μ αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι να διαχειριστούν με αποτελεσματικότητα περιπτώσεις ΣΒ (Di Giacomo et al., 2017; Baird et al., 2021; Ali et al., 2022). Σύμφωνα με τους Sammut et al., (2021) η ΣΒ παραμένει υποαναγνωρισμένη εντός των δομών υγείας, με πολλούς επαγγελματίες να δηλώνουν έλλειψη αυτοπεποίθησης και αίσθημα ανεπάρκειας ως προς τη διαχείριση σχετικών περιστατικών. Παρά την αυξανόμενη δημοσιότητα και αναγνώριση της συντροφικής βίας ως ζήτημα δημόσιας υγείας, η σχετική γνώση δεν έχει ακόμη εδραιωθεί πλήρως στους επαγγελματίες υγείας. Εξακολουθούν να εντοπίζονται προκλήσεις τόσο στη διαδικασία υποδοχής και αναγνώρισης των θυμάτων εντός των δομών, όσο και στη διαχείριση των αναγκών τους, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ακόμη και τάση επίρριψης ευθύνης στις ίδιες τις γυναίκες (Ali et al., 2022).

Οι Μ/Μ αντιμετωπίζουν τις γυναίκες με εμπειρίες ΣΒ ως πρόκληση. Οι αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως η αμηχανία, η ντροπή, ο φόβος κριτικής ή η αβεβαιότητα σχετικά με τον "σωστό" τρόπο διαχείρισης τέτοιων περιστατικών, εντείνονται όταν συνδυάζονται με την απουσία επαρκούς θεωρητικής κατάρτισης και πρακτικών δεξιοτήτων (Zamora Hernandez et al., 2025). Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε αποστασιοποίηση από το ζήτημα της ΣΒ ή και στην πλήρη αγνόηση των αποκαλύψεων των γυναικών. Ως αποτέλεσμα, το ζήτημα αυτό συχνά εξαιρείται από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, στερώντας από τις γυναίκες την υποστήριξη που χρειάζονται (Sprague et al., 2012).

Η ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας διαφαίνεται από πολυάριθμες ποιοτικές μελέτες που διαπιστώνουν ότι οι γυναίκες που βιώνουν ΣΒ επιθυμούν μια μη επικριτική προσέγγιση από τους επαγγελματίες, η οποία να δείχνει κατανόηση και ευαισθησία προς την πολυπλοκότητα της ΣΒ (Hudspeth et al., 2022; Sawyer et al., 2016). Ειδικότερα γίνεται σύσταση για την εκπαίδευση στη ΣΒ σε πρώιμο στάδιο της επαγγελματικής πορείας των επαγγελματιών υγείας ώστε να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της κατανόησής τους για τα πολυδιάστατα ζητήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα αυτής της ομάδας γυναικών που βιώνουν βία (Sammut et al., 2021).

1.2 Ερευνητικό πρόβλημα και σημαντικότητα μελέτης

Διεθνή στατιστικά στοιχεία από τον ΠΟΥ καταδεικνύουν ότι σχεδόν 1 στις 3 γυναίκες παγκοσμίως βιώνουν σωματική ή/και σεξουαλική βία από τον σύντροφό της κατά τη διάρκεια της ζωής του (WHO, 2021). Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι η επικράτηση της ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνεται από 1 έως 28%, με την πλειονότητα να κυμαίνεται στο εύρος 4–12% (WHO, 2005; WHO, 2013). Αξιοσημείωτο είναι ότι παρατηρείται σημαντική διακύμανση στην επικράτηση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη μεταξύ χωρών υψηλού και χαμηλού εισοδήματος, με τα ποσοστά να εμφανίζονται χαμηλότερα στην Ασία και την Ευρώπη και υψηλότερα στη Λατινική Αμερική και την Αφρική (Román-Gálvez, Martín-Peláez, Martínez-Galiano, *et al.*, 2021). Παρόλα αυτά, η ακριβής συχνότητα εμφάνισης της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς πολλές γυναίκες διστάζουν να αποκαλύψουν τις εμπειρίες τους ή οι περιπτώσεις δεν καταγράφονται από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας (Baird *et al.*, 2017).

Η χρονική περίοδος κατά την οποία σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε η εκπαιδευτική παρέμβαση εκτείνεται από τις αρχές του 2020 έως τα τέλη του 2021, περίοδος κατά την οποία η Κύπρος βρισκόταν υπό περιοριστικά μέτρα λόγω της πανδημίας COVID-19. Κατά τη διάρκεια αυτών των μηνών, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας κατέγραφαν διαρκώς ανησυχητικά αυξητικές τάσεις στα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, γεγονός που αναπαράγονταν ευρέως στον δημόσιο λόγο. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι ο όρος «συντροφική βία» δεν χρησιμοποιούνταν συστηματικά αντίθετα, προτιμάται η γενικότερη έννοια της «ενδοοικογενειακής βίας», πιθανόν λόγω του ουδέτερου χαρακτήρα της, που αποφεύγει να κατονομάσει τον σύντροφο ως θύτη. Αυτή η επιλογή ενδέχεται να αντανάκλα πολιτισμικές και κοινωνικές νόρμες, καθώς και μια τάση αποπροσωποποίησης της ευθύνης, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει την αναγνώριση της έμφυλης διάστασης της βίας (Petridou *et al.*, 2021).

Το Γραφείο Χειρισμού Θεμάτων Βίας στην Οικογένεια, Εγκλημάτων κατά των Παιδιών, Νεανικής Παραβατικότητας & Καταπολέμησης Διακρίσεων, ο Σύνδεσμος για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Βίας στην Οικογένεια (ΣΠΑΒΟ), καθώς και διάφοροι άλλοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (ΜΚΟ) ανέλαβαν δράση για την παροχή υποστήριξης στις επιζώσες και την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της βίας. Παράλληλα, ενθάρρυναν την αναφορά περιστατικών μέσω διάφορων

τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης και καταφυγίων. Σύμφωνα με έκθεση σχετικά με το COVID και το Φύλο στην Κύπρο ως αποτέλεσμα των μέτρων υγείας που έλαβε η κυβέρνηση για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού COVID-19, η ενδοοικογενειακή βία στην Κύπρο αυξήθηκε κατά 58% (Pavlou and Faustmann, 2022).

Κατά τον πρώτο κατ' οίκον περιορισμό που επιβλήθηκε τον Μάρτιο του 2020 λόγω της πανδημίας COVID-19, καταγράφηκε σημαντική αύξηση στην αναφορά περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Ειδικότερα, οι κλήσεις στην Εθνική Γραμμή Βοήθειας 1440 αυξήθηκαν έως και 30% μεταξύ 9 και 17 Μαρτίου 2020 (Συμβουλευτική Επιτροπή για τη Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας στην Οικογένεια, 2020). Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσίευσε ο ΣΠΑΒΟ μόνο κατά τον Μάρτιο του 2020 καταγράφηκαν 2.075 κλήσεις στην Εθνική Γραμμή Βοήθειας, από τις οποίες μόλις 921 κατέστη δυνατό να απαντηθούν και να διαχειριστούν, ενώ οι υπόλοιπες 1.154 παρέμειναν αναπάντητες (Πηλαβάκη, 2020). Συνολικά, ο αριθμός των κλήσεων που έλαβε η εθνική γραμμή βοήθειας για επιζώσες ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 το 2020 αυξήθηκε κατά περίπου 47% (Kruger, 2002). Η μοναδική αναφορά που σχετιζόταν με έγκυες γυναίκες (Διάγραμμα 2) κατά την περίοδο της πανδημίας προέκυψε από δημοσιευμένο διάγραμμα του ΣΠΑΒΟ σχετικά με τις κλήσεις βοήθειας στην Κύπρο για το έτος 2020 (ΣΠΑΒΟ, 2020). Από το σύνολο των 5.446 κλήσεων, μόλις το 2% αφορούσε έγκυες γυναίκες ή λεχωίδες. Το ποσοστό αυτό καταδεικνύει τη χαμηλή ορατότητα των εγκύων θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, πιθανόν λόγω αυξημένων εμποδίων στην πρόσβαση ή/και στη δυνατότητα αναφοράς. Ο ΣΠΑΒΟ διατηρεί μια εκτενή βάση δεδομένων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από το 1995, η οποία αποτελεί την εθνική βάση καταγραφής αναφορών σχετικών περιστατικών στην Κύπρο (Kyriakidou et al., 2021).

Άμεση υπήρξε και η ανταπόκριση του ΠΟΥ ο οποίος, λίγες μόλις ημέρες μετά την επιβολή καθολικών περιοριστικών μέτρων (lockdowns) σε πολλές χώρες παγκοσμίως, δημοσίευσε έκθεση με τίτλο «COVID-19 και βία κατά των γυναικών: Τι μπορεί να κάνει ο τομέας υγείας» (WHO, 2020). Στην έκθεση τονιζόταν ότι η βία από τον σύντροφο αποτελεί τη συχνότερη μορφή βίας κατά των γυναικών και επισημαινόταν ότι η έμφυλη βία τείνει να αυξάνεται κατά τη διάρκεια κάθε τύπου ανθρωπιστικής κρίσης ή έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων των πανδημιών.

Ο ΠΟΥ παρότρυνε τους επαγγελματίες υγείας να είναι επαρκώς ευαισθητοποιημένοι και κατάλληλα προετοιμασμένοι όσον αφορά τους κινδύνους και τις συνέπειες της βίας κατά των γυναικών στην υγεία. Παράλληλα, τόνισε τη σημασία της ικανότητάς τους να προσφέρουν ουσιαστική και ποιοτική υποστήριξη σε γυναίκες που αποκαλύπτουν εμπειρίες βίας. Η φροντίδα που προτείνει ο ΠΟΥ βασίζεται σε αρχές ενσυναίσθησης, αξιοπρέπειας και σεβασμού και περιλαμβάνει: ενεργητική ακρόαση χωρίς κριτική, διερεύνηση των αναγκών και των ανησυχιών της γυναίκας, επιβεβαίωση της εμπειρίας και των συναισθημάτων της, ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και σύνδεση με διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης (WHO, 2020).

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια μοναδική περίοδο εντατικής επαφής των γυναικών με το σύστημα υγείας, κυρίως μέσω των τακτικών επισκέψεων για προγεννητική φροντίδα. Ο ΠΟΥ (2016) συστήνει τουλάχιστον οκτώ επισκέψεις κατά τη διάρκεια της κύησης - στις 12η, 20ή, 26η, 30ή, 34η, 36η, 38η και 40ή εβδομάδα - παρέχοντας κατ' αυτόν τον τρόπο πολλαπλές ευκαιρίες στους επαγγελματίες για να ανιχνεύσουν πιθανή έκθεση σε βία.

Διεθνείς κλινικές οδηγίες υποστηρίζουν ότι η διερεύνηση της ΣΒ κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων είναι ουσιώδης για την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση (CDC, 2024). Η στοχευμένη, ανοιχτού τύπου ερώτηση μπορεί να λειτουργήσει ως καταλυτικό πρώτο βήμα ώστε οι γυναίκες να συνδεθούν με υπηρεσίες υποστήριξης και να περιοριστεί η περαιτέρω έκθεση στη βία, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη σοβαρών επιπλοκών για τη σωματική και ψυχική υγεία τόσο των ιδίων όσο και των εμβρύων τους. Οι Μ/Μ διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας μητρότητας και, συχνά, αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με τις έγκυες γυναίκες στο σύστημα υγείας. Επομένως, αναμένεται να είναι σε θέση να εντοπίζουν και να υποστηρίζουν με ακρίβεια και συστηματικότητα τις γυναίκες που επιβιώνουν από ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη (Baird et al., 2018). Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των Μ/Μ και των εγκύων γυναικών μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας και αυτοπεποίθησης των τελευταίων, διευκολύνοντας τη συζήτηση ευαίσθητων θεμάτων, όπως η βία στη συντροφική τους σχέση, και επιτρέποντας την έγκαιρη αξιολόγηση για ΣΒ (Ochani et al., 2024). Ωστόσο, η ικανότητα των Μ/Μ να επικοινωνούν αποτελεσματικά με γυναίκες που έχουν βιώσει βία συχνά παρεμποδίζεται από συγκεκριμένα εμπόδια. Ανάμεσα σε αυτά περιλαμβάνεται η ανεπαρκής εκπαίδευση και κατάρτιση στο αντικείμενο της ΣΒ, που οδηγεί σε έλλειψη κατάλληλων δεξιοτήτων και επαγγελματικών ικανοτήτων

(Finnbogadóttir et al., 2020). Ως εκ τούτου, πολλοί/πολλές M/M εμφανίζονται διστακτικοί/ές και με περιορισμένη αυτοπεποίθηση όταν καλούνται να προσεγγίσουν το θέμα της ΣΒ στο πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας (Eustace et al., 2016) .

Παρόλα αυτά, στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας, συνήθως δεν υφίσταται καμία επίσημη καταγραφή περιστατικών συντροφικής βίας που αποκαλύπτονται ή αναφέρονται κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας. Αυτό οφείλεται, αφενός, στην απουσία συστηματικού ελέγχου για ΣΒ στο πλαίσιο των προγεννητικών επισκέψεων και, αφετέρου, στο γεγονός ότι η διερεύνηση του ζητήματος δεν περιλαμβάνεται στο τυποποιημένο έντυπο λήψης ιστορικού που χρησιμοποιείται στην πρώτη επίσκεψη εγκυμοσύνης (Διάγραμμα 3-4).

Επιπλέον, μέχρι την παρούσα εκπαιδευτική παρέμβαση, δεν είχε πραγματοποιηθεί στην Κύπρο καμία αντίστοιχη πρωτοβουλία που να επικεντρώνεται ειδικά στη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη. Η εκπαίδευση που αφορά το συγκεκριμένο ζήτημα, όταν υφίσταται, εντάσσεται κυρίως στα ακαδημαϊκά προγράμματα σπουδών Μαιευτικής, είτε σε προπτυχιακό είτε σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Παρ' όλα αυτά, διάφορες έρευνες καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας δηλώνει πως δεν έχει λάβει επαρκή εκπαίδευση πάνω σε ζητήματα βίας κατά των γυναικών κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει αρνητικά την ετοιμότητά τους να διαχειριστούν τέτοιες καταστάσεις στην κλινική πράξη (Crombie et. al, 2017; Sprague, et al., 2018). Επιπλέον, ο ΣΠΑΒΟ αποτελεί τον μοναδικό οργανισμό στην Κύπρο που, τα τελευταία χρόνια, προσφέρει συστηματική εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής και έμφυλης βίας. Η εκπαίδευση αυτή υλοποιείται σε συνεργασία με τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, στο πλαίσιο του προγράμματος «Στηρίζοντας θύματα Ενδοοικογενειακής και Έμφυλης Βίας: Ο ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας». Το πρόγραμμα δεν απευθύνεται αποκλειστικά σε M/M αλλά σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας όπως νοσηλευτές, γιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους πάροχους φροντίδας και εφαρμόζεται σε όλες τις δομές του δημόσιου συστήματος υγείας. Στόχος του είναι να ενισχύσει την ευαισθητοποίηση, την αναγνώριση και την ικανότητα αποτελεσματικής παρέμβασης σε περιπτώσεις βίας.

1.2.1 Σημεία πρωτοτυπίας μελέτης και αιτιολόγηση επιλογής θέματος

Η επιστημονική βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι γυναίκες που έχουν βιώσει βία στο πλαίσιο συντροφικών σχέσεων είναι σημαντικά πιο πιθανό να απευθυνθούν σε υπηρεσίες υγείας για βοήθεια, συγκριτικά με γυναίκες που δεν έχουν παρόμοιες εμπειρίες (Potter et al., 2021). Επιπλέον, εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να αναζητήσουν στήριξη από επαγγελματίες υγείας, σε σύγκριση με άλλους κοινωνικούς ή επαγγελματικούς φορείς (Feder et al., 2006). Το εύρημα αυτό καθιστά τις δομές υγείας και ιδιαίτερα τα τμήματα προγεννητικής φροντίδας κρίσιμα σημεία παρέμβασης για την έγκαιρη αναγνώριση, πρόληψη και διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας, ιδιαίτερα κατά την εγκυμοσύνη, μια περίοδο εντατικής επαφής των γυναικών με το σύστημα υγείας.

Ωστόσο, παρά τη σημασία της διερεύνησης της συντροφικής βίας στο πλαίσιο της μαιευτικής φροντίδας, η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει σημαντικά ερευνητικά κενά ως προς την ύπαρξη και αξιολόγηση στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που απευθύνονται σε Μ/Μ. Μέχρι σήμερα, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς οι πραγματικές εκπαιδευτικές ανάγκες των Μ/Μ, ούτε η αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων στην ενίσχυση της επαγγελματικής τους ετοιμότητας για την αναγνώριση και υποστήριξη γυναικών που επιβιώνουν από βία.

Με αφετηρία την υφιστάμενη κατάσταση αλλά και την προσωπική μου εμπειρία από την άσκηση της κλινικής μαιευτικής, ολόκληρη η ερευνητική ομάδα προβληματιστήκαμε σχετικά με το πώς η στοχευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα των Μ/Μ, θα μπορούσε να επηρεάσει άμεσα τις γνώσεις, τις στάσεις και την ετοιμότητά τους όσον αφορά τη συστηματική διερεύνηση, αξιολόγηση και διαχείριση της ΣΒ με έμφαση στον πληθυσμό των εγκύων γυναικών.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη συστηματική προσπάθεια στην Κύπρο για την αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που έχει εφαρμοστεί επιτυχώς σε άλλα διεθνή συστήματα υγείας, βάσει δημοσιευμένων αξιολογήσεων. Η καινοτομία της έγκειται στην πολιτισμικά ευαίσθητη προσαρμογή και εμπειρική τεκμηρίωση της εφαρμογής του προγράμματος στο κυπριακό πλαίσιο. Ειδικότερα, η παρέμβαση σχεδιάστηκε με βάση τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας και πρότυπα

εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για M/M, εστιάζοντας στην ενίσχυση των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων των συμμετεχόντων.

Μετά την ποσοτική αξιολόγηση του προγράμματος, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ποιοτική διερεύνηση των εμπειριών των μαιών/μαιευτών σε κλινικά περιβάλλοντα, με εστίαση στη διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Αναδείχθηκαν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, οι πρακτικές που εφαρμόζουν, καθώς και τα θεσμικά και οργανωτικά κενά που επηρεάζουν τον ρόλο τους, με απώτερο στόχο τη διαμόρφωση τεκμηριωμένων προτάσεων βελτίωσης.

Η μελέτη καλύπτει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό, καθώς η υπάρχουσα βιβλιογραφία σπανίως εστιάζει στην πρακτική εφαρμογή εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της συντροφικής βίας στο πλαίσιο της μαιευτικής φροντίδας. Η εν λόγω παρέμβαση συνιστά πρότυπο εφαρμοσμένης εκπαιδευτικής πρακτικής, καθώς συνδυάζει θεωρητική κατάρτιση, βιωματική μάθηση και αξιοποίηση σεναρίων προσομοίωσης.

Συνολικά, η μελέτη έχει στόχο να συμβάλει ουσιαστικά στην επιστημονική τεκμηρίωση για τη συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη και προσφέρει πρακτικές προτάσεις για τον εμπλουτισμό της μαιευτικής εκπαίδευσης με προγράμματα προσαρμοσμένα στις ανάγκες τόσο των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, διατυπώνει σαφείς συστάσεις για περαιτέρω μελέτη και για τη χάραξη πολιτικών στον χώρο των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Εννοιολογικό και Θεωρητικό Πλαίσιο

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τόσο το εννοιολογικό όσο και το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας. Το **εννοιολογικό πλαίσιο** αφορά τον καθορισμό και την αποσαφήνιση των βασικών εννοιών που χρησιμοποιούνται, ώστε να υπάρχει κοινή κατανόηση και συνέπεια στη χρήση τους (π.χ. τι σημαίνει «βία», «συντροφική βία» κ.λπ.). Αντίθετα, το **θεωρητικό πλαίσιο** εστιάζει στις θεωρίες, τα μοντέλα και τις προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί διεθνώς και ερμηνεύουν το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών, καθώς και στις κατευθύνσεις που δίνουν οι διεθνείς και εθνικοί οργανισμοί για την αντιμετώπισή της.

2.1 Βία

Ο όρος βία κατά των γυναικών ορίστηκε επίσημα την δεκαετία του 1990 από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Συγκεκριμένα το 1993 ο ΟΗΕ υιοθέτησε τη Διακήρυξη για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών και κατέγραψε επίσημα ότι η βία κατά των γυναικών είναι παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η βία κατά των γυναικών ορίστηκε ως οποιαδήποτε πράξη βίας με βάση το φύλο που προκαλεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο στις γυναίκες, περιλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, εξαναγκασμού ή αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας (UN, 1993). Το Άρθρο 4 της Διακήρυξης προέτρεπε τα κράτη να λάβουν μέτρα για την εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε περιπτώσεις βίας.

Λίγα χρόνια αργότερα ο ΠΟΥ το 1996 χαρακτήρισε για πρώτη φορά την βία κατά των γυναικών ως μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας και εισήγαγε την σχέση της δημόσιας υγείας σχετικά με τη βία, αναδεικνύοντας τις επιπτώσεις της στη σωματική και ψυχική υγεία και προτρέποντας τα συστήματα υγείας να δώσουν προτεραιότητα στην πρόληψη και την αντιμετώπισή της. Η συγκεκριμένη έκθεση ήταν η εναρκτήρια για επόμενες εκθέσεις του οργανισμού σχετικά με την βία κατά των γυναικών. Ο ΠΟΥ (2002) όρισε για πρώτη φορά την συντροφική βία στην Παγκόσμια Έκθεση για τη Βία και την Υγεία του 2002 ως εξής: "Οποιαδήποτε συμπεριφορά μέσα σε μια στενή σχέση που προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη στα άτομα της σχέσης. Αυτό περιλαμβάνει

πράξεις σωματικής επιθετικότητας, σεξουαλικού εξαναγκασμού, ψυχολογικής κακοποίησης και συμπεριφορές ελέγχου."

Ο επικρατέστερος και πλέον αναθεωρημένος ορισμός είναι ο εξής, « η συντροφική βία αφορά συμπεριφορές μέσα σε μια στενή σχέση που μπορούν να προκαλέσουν σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη. Αυτές οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν πράξεις όπως σωματική επίθεση, σεξουαλικό εξαναγκασμό, ψυχολογική κακοποίηση ή προσπάθειες ελέγχου του συντρόφου. Ο ορισμός αυτός αφορά τόσο τη βία από τον νυν όσο και από τον πρώην σύζυγο ή σύντροφο, υπογραμμίζοντας ότι μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε φάση μιας σχέσης» (WHO, 2012). Παγκοσμίως, πάνω από το ένα τέταρτο (27%) των γυναικών ηλικίας 15–49 ετών που έχουν βρεθεί σε σχέση αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κάποια μορφή σωματικής και/ή σεξουαλικής βίας από τον σύντροφό τους (WHO, 2021). Οι γυναίκες που έχουν βιώσει βία και κακοποίηση διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρνητικών εκβάσεων υγείας σε διάφορους τομείς και, ως εκ τούτου, απαιτούν εξειδικευμένη και προσαρμοσμένη πρωτοβάθμια φροντίδα (Stubbs and Szoeki, 2022). Όλες οι κατηγορίες ΣΒ είναι επιζήμιες για τη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών, και οι επιπτώσεις αυτές επιμένουν ακόμη και μετά τη λήξη της κακοποίησης που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν γυναίκες (Potter et al., 2021).

Το 2011, ο ΠΟΥ παρουσίασε την πρώτη έκθεση με τίτλο «*Η Συντροφική Βία κατά την Εγκυμοσύνη: Φυλλάδιο Πληροφοριών*» (WHO, 2011). Η έκθεση αυτή ανέδειξε τη συχνότητα της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη, τις επιπτώσεις της στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και τα ερευνητικά κενά και τις παρεμβάσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπισή της. Παράλληλα, τόνισε την ανάγκη για πολιτικές και προγράμματα που θα εστιάζουν στη διαχείριση της συντροφικής βίας στο πλαίσιο της μητρικής και νεογενικής φροντίδας.

Στην έκθεση δόθηκε έμφαση στην ενσωμάτωση της διαχείρισης περιστατικών συντροφικής βίας στις υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας. Επιπλέον, υπογραμμίστηκε η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα περιστατικά αυτά, καθώς και η σημασία της υιοθέτησης μέτρων πρόληψης (WHO, 2011). Είναι

αξιοσημείωτο ότι, σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 324.000 έγκυες γυναίκες παγκοσμίως έχουν βιώσει ΣΒ

Βία είναι εκ προθέσεως χρήση φυσικής δύναμης, εξουσίας ή απειλών κατά του εαυτού, άλλου ατόμου ή ομάδας ή κοινότητας, που είτε καταλήγει είτε έχει υψηλή πιθανότητα να καταλήξει σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογική βλάβη, κακή ανάπτυξη ή στέρηση. Η βία μπορεί να εμφανιστεί σε διάφορες μορφές, όπως φυσική, συναισθηματική, σεξουαλική, οικονομική ή ψυχολογική, και μπορεί να εκδηλωθεί σε διαπροσωπικά, κοινωνικά ή συστημικά πλαίσια (WHO, 2002).

Ενώ σύμφωνα με τον Κυπριακό Νόμο περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων) Νόμος του 2000 (119(I)/2000), Άρθρο 3, Βία για τους σκοπούς του Νόμου αυτού, σημαίνει οποιαδήποτε πράξη, παράλειψη ή συμπεριφορά με την οποία προκαλείται σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας από άλλο μέλος της οικογένειας και περιλαμβάνει και τη βία που ασκείται με σκοπό την επίτευξη σεξουαλικής επαφής χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος, καθώς επίσης και τον περιορισμό της ελευθερίας του.

2.1.1 Έμφυλη βία

Η έμφυλη βία αναφέρεται σε επιβλαβείς πράξεις που στρέφονται κατά ατόμων λόγω του φύλου τους. Προκύπτει από ανισότητες εξουσίας και κοινωνικές νόρμες που διακρίνουν τη διάκριση και την ανισότητα μεταξύ των φύλων. Περιλαμβάνει μορφές βίας όπως η σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική, ψυχολογική και οικονομική κακοποίηση, καθώς και απειλές, εξαναγκασμό ή περιορισμό της ελευθερίας (UNHCR, 2003). Η έμφυλη βία αποτελεί ένα παγκόσμιο ζήτημα, το οποίο αντανάκλα τις συστημικές ανισότητες εξουσίας ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, με τις γυναίκες και τα κορίτσια να πλήττονται δυσανάλογα περισσότερο (Ochani et al., 2024).

Η έμφυλη βία μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορες μορφές, όπως η βία κατά των γυναικών, καθώς και η ενδοοικογενειακή βία που ασκείται σε γυναίκες, άνδρες ή παιδιά εντός του ίδιου νοικοκυριού. Αν και οι κύριες επιζώσες είναι οι γυναίκες και τα κορίτσια, οι επιπτώσεις της έμφυλης βίας είναι ευρύτερες, καθώς επηρεάζουν σοβαρά το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (European Commission, 2025). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που δεν γνωρίζει σύνορα—διαπερνά ηλικιακές ομάδες, θρησκείες, κοινωνικές τάξεις και εθνικότητες. Μπορεί να εκδηλωθεί σε ποικίλα κοινωνικά

περιβάλλοντα, όπως στην οικογένεια, στον χώρο εργασίας, στους δημόσιους χώρους, στις κοινότητες και στα κράτη. Επιπλέον, εμφανίζεται ή επιδεινώνεται σε περιόδους αυξημένης ευάλωτότητας, όπως κατά την εγκυμοσύνη ή σε συνθήκες πολέμου, κρίσεων ή φυσικών καταστροφών (Ochani et al., 2024).

2.1.2 Συντροφική Βία

Η συντροφική βία αφορά συμπεριφορές μέσα σε μια στενή σχέση που μπορούν να προκαλέσουν σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη. Αυτές οι συμπεριφορές περιλαμβάνουν πράξεις όπως σωματική επίθεση, σεξουαλικό εξαναγκασμό, ψυχολογική κακοποίηση ή προσπάθειες ελέγχου του συντρόφου.». Ο ορισμός αυτός αφορά τόσο τη βία από τον νυν όσο και από τον πρώην σύζυγο ή σύντροφο, υπογραμμίζοντας ότι μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε φάση μιας σχέσης (WHO, 2012). Η ΣΒ μπορεί να είναι, αλλά συνήθως δεν είναι ένα μοναδικό γεγονός, μπορεί να επαναλαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια μιας σχέσης, να εμφανίζεται σε ποικίλες μορφές και να συμβαίνει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (Becker et al., 2022).

Ένα εύρος θεωριών έχει χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη αιτιολογικών εξηγήσεων σχετικά με το γιατί ορισμένες γυναίκες βιώνουν ΣΒ και γιατί ορισμένοι άνδρες διαπράττουν ΣΒ, γιατί η επικράτηση της ΣΒ διαφέρει μεταξύ και εντός κοινοτήτων, χωρών και περιοχών, καθώς και πώς ή γιατί συγκεκριμένες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές για την πρόληψη της ΣΒ (Beyer et al., 2015; Bourey et al., 2015; Capaldi et al., 2012).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης παραμένει μία από τις κυριότερες εξηγήσεις για τη ΣΒ, υποστηρίζοντας ότι η επιθετικότητα μαθαίνεται μέσω της άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και των συνεπειών της (Bandura, 1977). Η στάση απέναντι στη συντροφική βία αποτελεί μια λογική προέκταση της παράδοσης της κοινωνικής μάθησης, καθώς είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι τα άτομα που εκτίθενται σε βία στην οικογένεια ενδέχεται να εσωτερικεύουν σενάρια συμπεριφοράς που αποδέχονται τη βία και να υιοθετούν αργότερα στάσεις που την επιτρέπουν στην μετέπειτα ζωή τους (Copp et al., 2019). Όμως, η κοινωνική μάθηση δεν περιορίζεται μόνο στη μίμηση τα άτομα παρατηρούν και ενδεχομένως αφομοιώνουν πολύπλοκα σενάρια για βίαιη συμπεριφορά και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αναπτύσσουν και στάσεις που αποδέχονται τη βία (Simon et al., 2001).

Ο φεμινισμός είναι μια ιδεολογία και το τρέχον φεμινιστικό κίνημα ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του 1970, όπου έχει παράγει ένα από τα κυρίαρχα θεωρητικά μοντέλα για τη ΣΒ (Walker, 2006). Η φεμινιστική θεωρία βασίζεται στην άποψη ότι πατριαρχικές κοινωνίες, που υποστηρίζουν την κυριαρχία και την εξουσία των ανδρών στην οικογένεια, τα κοινωνικά και πολιτιστικά συστήματα, ευνοούν τη βία κατά των γυναικών, ιδιαίτερα τη βία μέσα στη σχέση και απειλούν τα δικαιώματα των γυναικών (Kreft, 2023). Σύμφωνα με τη φεμινιστική θεωρία, η βία μπορεί να χρησιμοποιείται ως μέσο για την υποταγή των γυναικών, με στόχο την απόκτηση και διατήρηση εξουσίας και ελέγχου (Ma *et al.*, 2023). Σύμφωνα με τη φεμινιστική θεωρία, στις πατριαρχικές κοινωνίες, η βία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο υποταγής των γυναικών, με σκοπό την απόκτηση και διατήρηση εξουσίας και ελέγχου. Επιπλέον, η φεμινιστική ιδεολογία υποστήριζε ότι ο σεξισμός και η πατριαρχία ήταν οι κύριες αιτίες της ΣΒ και ότι η μείωση της εν λόγω βίας επιτυγχάνεται μόνο με το να αποκαλύπτονται οι μισογυνιστικές στάσεις και οι καταναγκαστικές συμπεριφορές, με την προώθηση της προσωπικής ευθύνης για τις επιθετικές συμπεριφορές και με την υποστήριξη της ισότητας των φύλων (Eckhardt *et al.*, 2013).

Σύμφωνα με Kelly (2011) όσο η πατριαρχία ή η ανδρική κυριαρχία εδραιώνεται και διατηρείται μέσω της κοινωνικοποίησης των ανδρών στις κοινωνικές και πολιτισμικές ιδέες περί ανδρισμού, δηλαδή την εξουσία και την κυριαρχία επί των γυναικών τόσο περισσότερο διευρύνεται η άσκηση συντροφικής βίας. Εκτενές ερευνητικό έργο έχει επανειλημμένα αποδείξει ότι οι αντιλήψεις για τους ρόλους φύλου, που πηγάζουν από πατριαρχικές πεποιθήσεις, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο άσκησης βίας από τον σύντροφο (Mccarthy *et al.*, 2018; Mckinley *et al.*, 2021). Οι πατριαρχικές πεποιθήσεις συχνά δίνουν έμφαση και ενισχύουν την εξουσία των ανδρών έναντι των γυναικών, καθώς ριζώνουν σε ένα καταπιεστικό πατριαρχικό σύστημα που έχει σχεδιαστεί για να διατηρεί την ανωτερότητα των ανδρών (Peralta *et al.*, 2011). Σε ένα πατριαρχικό πλαίσιο, οι άνδρες κοινωνικοποιούνται ώστε να συμμορφώνονται με την «ηγεμονική αρρενωπότητα» ένα πολιτισμικό ιδεώδες για το τι σημαίνει να είσαι άνδρας, που συχνά επικεντρώνεται στην εξουσία, τον έλεγχο, τη βία και την κυριαρχία (Peralta *et al.*, 2011). Ενώ το κοινωνικό-οικολογικό μοντέλο παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των πιθανών παραγόντων κινδύνου για τη συντροφική βία (CDC, 2015). Το μοντέλο εξήγα πώς οι παράγοντες κινδύνου

αναφέρονται σε τέσσερα οικολογικά επίπεδα (δηλαδή, κοινωνικό, κοινοτικό, οικογενειακό και ατομικό) αυξάνουν την πιθανότητα εμπειρίας και/ή τέλεσης συντροφικής βίας (Διάγραμμα 2).

Σε κοινοτικό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη φτώχεια, την ανεργία, την κοινωνική απομόνωση της γυναίκας και τη συμμετοχή ανδρών σε παραβατικές παρές συνομηλίκων τους. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν την αντίληψη της ιδιοκτησίας των γυναικών από τους άνδρες, τις ιδέες για την αρρενωπότητα που συνδέονται με την επιθετικότητα και την κυριαρχία, τα άκαμπτα έμφυλα πρότυπα, την αποδοχή της διαπροσωπικής βίας και την ανοχή στη βία (Heise, 1998) (Διάγραμμα 5). Σε ατομικό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν το ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία ή την παρακολούθηση βίας στο σπίτι, την ευάλωτη κατάσταση (όπως η πρώιμη σεξουαλική έναρξη) και τις σεξιστικές αντιλήψεις για τους ρόλους ανδρών και γυναικών. Σε οικογενειακό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν τον οικονομικό έλεγχο και τη λήψη αποφάσεων από έναν σύντροφο - συνήθως τον άνδρα - και τη δημιουργία εξάρτησης ή αδυναμίας για τα άλλα μέλη της οικογένειας. Σε κοινοτικό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη φτώχεια, την ανεργία, την κοινωνική απομόνωση της γυναίκας και τη συμμετοχή ανδρών σε παραβατικές παρές συνομηλίκων. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι παράγοντες περιλαμβάνουν την αντίληψη της ιδιοκτησίας των γυναικών από τους άνδρες, τις ιδέες για την αρρενωπότητα που συνδέονται με την επιθετικότητα και την κυριαρχία, τα άκαμπτα έμφυλα πρότυπα, την αποδοχή της διαπροσωπικής βίας και την ανοχή στη βία (Heise, 1998).

Στην Κύπρο, η ΣΒ αναγνωρίζεται μόνο εντός του πλαισίου της «βίας στην οικογένεια», δηλαδή κάθε πράξη, παράλειψη ή συμπεριφορά που προκαλεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας από άλλο μέλος της, συμπεριλαμβανομένης της βίας που χρησιμοποιείται με σκοπό τη σεξουαλική επαφή χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος, καθώς και του περιορισμού της ελευθερίας του, σύμφωνα με τον «Ο περί Βίας στην Οικογένεια (Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων)» Νόμο 119(I) του 2000 και 212(I) του 2004. «Μέλος της οικογένειας» μπορεί να σημαίνει έναν σύζυγο ή σύζυγο που έχουν νόμιμα παντρευτεί (ανεξάρτητα από το αν ο γάμος εξακολουθεί να υφίσταται ή όχι), ή εταίρους που ζουν από κοινού, τους γονείς των εταίρων που ζουν από κοινού, τα παιδιά και/ή τα εγγόνια των εταίρων που ζουν από κοινού και των γονέων τους, ή οποιοδήποτε πρόσωπο διαμένει με τα προαναφερόμενα.

Η βία μεταξύ ομοφυλοφιλικών ζευγαριών δεν αναγνωρίζεται, ενώ ο νόμος διευκρινίζει επίσης ότι ο βιασμός μπορεί να διαπραχθεί εντός του γάμου.

Συνεπώς, σύμφωνα με τη σύσταση του EIGE(2018), συνιστάται η καταγραφή αναλυτικών πληροφοριών που αφορούν την επιζώσα, τον δράστη και τη μεταξύ τους σχέση, τον δράστη και τη σχέση μεταξύ τους σε περιπτώσεις ΣΒ, και όχι μόνο στο πλαίσιο του γενικού όρου της οικογενειακής βίας. Επιπλέον, ο τομέας της δικαιοσύνης πρέπει να προβεί σε συστημικές αλλαγές στο σύστημα καταγραφής του για το θέμα της ΣΒ.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η Κυπριακή Δημοκρατία υπέγραψε τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας (γνωστή ως Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης) τον Ιούνιο του 2015, την επικύρωσε τον Νοέμβριο του 2017 και την έθεσε σε ισχύ τον Μάρτιο του 2018 (EIGE, 2021). Η Σύμβαση αυτή αποτελεί το πλέον ολοκληρωμένο διεθνές νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των γυναικών από τη βία, ενσωματώνοντας διατάξεις για πρόληψη, προστασία, δίωξη και ολοκληρωμένες πολιτικές αντιμετώπισης της έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας.

Ωστόσο, παρά την υιοθέτησή της σε θεσμικό επίπεδο, η εφαρμογή της στην πράξη παραμένει ελλιπής. Δεν έχουν προωθηθεί επαρκώς οι απαραίτητες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, ενώ η υστέρηση στην ανάπτυξη συνεκτικών πολιτικών και μηχανισμών περιορίζει ουσιαστικά την αποτελεσματικότητα του προστατευτικού πλαισίου για τις γυναίκες. Η καθυστέρηση στην υλοποίηση των δεσμεύσεων της Σύμβασης εγείρει προβληματισμούς ως προς τη βούληση για ουσιαστική και συστηματική αντιμετώπιση της έμφυλης βίας στην Κύπρο.

2.1.3 Θύτης/Δράστης

Ο όρος θύτης ή δράστης αναφέρεται στο άτομο που διαπράττει ή διατηρεί καταναγκαστική, απειλητική ή κακοποιητική συμπεριφορά έναντι άλλου ατόμου, με σκοπό την άσκηση ελέγχου, κυριαρχίας ή εξουσίας. Ο ΠΟΥ (2002) ορίζει τον θύτη ως «το άτομο που χρησιμοποιεί φυσική δύναμη ή εξουσία απειλούμενη ή πραγματική κατά άλλου προσώπου ή ομάδας, με σκοπό να προκαλέσει σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή κοινωνική βλάβη».

Στο πλαίσιο της συντροφικής βίας, ο θύτης δρα συστηματικά εντός μιας σχέσης οικειότητας, επιδιώκοντας να διατηρήσει έλεγχο και κυριαρχία μέσω ποικίλων μορφών επιθετικότητας: σωματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής, οικονομικής ή συμβολικής. Η συμπεριφορά του δεν είναι απλώς το αποτέλεσμα προσωπικών χαρακτηριστικών, αλλά ενισχύεται από ευρύτερα κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα που αναπαράγουν την πατριαρχία, την ανοχή στη βία και τις έμφυλες ανισότητες (Dobash & Dobash, 2004; WHO, 2013).

Οι θύτες συχνά εμφανίζουν στοιχεία όπως: ανάγκη για έλεγχο και κυριαρχία, δυσκολία στη διαχείριση θυμού, έλλειψη ενσυναίσθησης, παθολογική ζήλια ή ιστορικό τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία (Dutton & Holtzworth-Munroe, 1997).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι θύτες δεν περιορίζονται μόνο σε περιστατικά σωματικής βίας. Πολλοί χρησιμοποιούν στρατηγικές καταναγκαστικού ελέγχου όπως: κοινωνική απομόνωση, περιορισμός πρόσβασης σε οικονομικούς πόρους ή φροντίδα υγείας, απειλές για αφαίρεση της επιμέλειας των παιδιών ή καταστροφή προσωπικής περιουσίας, ψυχολογική αποδυνάμωση της επιζώσας (Stark, 2007).

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι ο δράστης συντροφικής βίας δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο κοινωνικό, μορφωτικό ή οικονομικό προφίλ. Παρά τις διαδεδομένες κοινωνικές αντιλήψεις, η ύπαρξη υψηλού μορφωτικού επιπέδου ή οικονομικής άνεσης δεν λειτουργεί αποτρεπτικά για την άσκηση βίας (Jewkes, 2002). Αντιθέτως, η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η ΣΒ εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και μορφωτικές βαθμίδες, αλλά ενδέχεται να εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους, π.χ. με περισσότερο ψυχολογικό ή έμμεσο έλεγχο στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Ορισμένοι μορφωμένοι ή κοινωνικά προβεβλημένοι δράστες ενδέχεται να χρησιμοποιούν χειριστικές στρατηγικές, επικαλούμενοι την κοινωνική τους θέση για να αποφεύγουν την αποκάλυψη ή να υπονομεύουν την αξιοπιστία της επιζώσας (Ferraro, 2006).

Η αντίληψη ότι η ΣΒ αφορά «μόνο τις χαμηλές κοινωνικές ομάδες» αποτελεί εμπόδιο στην ανίχνευση, καθώς οδηγεί στην υποεκτίμηση του φαινομένου σε μεσαία και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Jewkes, 2002).

Από νομική σκοπιά, ο όρος «δράστης» χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πρόσωπο που τελεί αξιόποινη πράξη και υπάγεται σε ποινική δίωξη. Από ψυχοκοινωνική σκοπιά, ο όρος «θύτης» χρησιμοποιείται ευρύτερα για να περιγράψει πρότυπα βίαιης ή

κακοποιητικής συμπεριφοράς εντός κοινωνικών, οικογενειακών ή διαπροσωπικών πλαισίων, ακόμα και όταν δεν έχει υπάρξει επίσημη καταγγελία ή δίωξη (J. Gelles et al., 1988).

2.1.4 Επιζώσα

Ο όρος «θύμα» χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα άτομο που έχει επηρεαστεί άμεσα ή έμμεσα από μια πράξη βίας, με συνέπεια να υφίσταται σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική ή κοινωνική βλάβη (WHO, 2002). Ωστόσο, η αποκλειστική χρήση του όρου ενδέχεται να ενισχύει μια παθητική εικόνα του ατόμου και να το περιορίζει στον ρόλο του αποδέκτη της βίας, χωρίς να αναγνωρίζεται η ενεργητική του προσπάθεια για επιβίωση και αποκατάσταση.

Αντίθετα, ο όρος «επιζώσα» (survivor) υιοθετείται όλο και περισσότερο στη σύγχρονη βιβλιογραφία και πρακτική, καθώς αναδεικνύει τη δύναμη, την ανθεκτικότητα και την ικανότητα του ατόμου να υπερβεί τις συνέπειες της βίας. Η χρήση αυτού του όρου ενισχύει τη διαδικασία ανάκαμψης, δίνοντας έμφαση στην ενεργητική στάση του ατόμου απέναντι στο τραύμα (WHO, 2018).

Η έννοια της «επιζώσας» ευθυγραμμίζεται με την τραυματοκεντρική προσέγγιση φροντίδας (trauma-informed care), η οποία επικεντρώνεται στην κατανόηση της επίδρασης του τραύματος και στην παροχή υποστήριξης με τρόπους που αναγνωρίζουν την εμπειρία του ατόμου, αποφεύγοντας την (επαν)τραυματοποίησή του (Law et al., 2021). Η τραυματοκεντρική φροντίδα: α) δίνει προτεραιότητα στην ψυχολογική ευημερία τόσο των ληπτών υπηρεσιών (π.χ. εγκύων), όσο και των παρόχων φροντίδας, β) αναγνωρίζει τη συχνότητα και τις επιπτώσεις του ψυχολογικού τραύματος και γ) εστιάζει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των παρόχων, ώστε να ανταποκρίνονται με ενσυναίσθηση και να αποτρέπουν την (επαν)τραυματοποίηση (Huang et al., 2014)

Η μετάβαση από τον όρο *θύμα* στον όρο *επιζώσα* σηματοδοτεί μια ουσιαστική μεταστροφή στην οπτική μας: από την παθητικότητα στην ενδυνάμωση, από τον πόνο στην αντίσταση και την αυτονομία (O'Shea et al., 2024). Η γλώσσα παίζει κρίσιμο ρόλο στην αναδόμηση της ταυτότητας του ατόμου που έχει υποστεί βία, και η επιλογή της λέξης *επιζώσα* αποτελεί εργαλείο αυτής της μεταμόρφωσης (Parendick and Bohner, 2017).

Παρόλα αυτά, στο νομικό πλαίσιο στην Κυπριακή Δημοκρατία εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ο όρος *θύμα*. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Νόμο 115(I)/2021, "Περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας και περί Συναφών Θεμάτων", *θύμα* ορίζεται: (α) κάθε πρόσωπο για το οποίο έχει κινηθεί ή βρίσκεται σε εξέλιξη διαδικασία σε σχέση με αδίκημα βίας κατά γυναίκας, και το οποίο έχει υποστεί άμεση βλάβη, είτε σωματική, ψυχική, συναισθηματική ή οικονομική. (β) μέλος της οικογένειας προσώπου που έχασε τη ζωή του εξαιτίας αξιόποινης πράξης, εφόσον υπέστη ζημία εξαιτίας του θανάτου αυτού.

2.2 Εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη ορίζεται ως η βιολογική διαδικασία κατά την οποία ένα γονιμοποιημένο ωάριο (ζυγωτό) εμφυτεύεται στο ενδομήτριο και εξελίσσεται προοδευτικά σε βλαστοκύστη, έμβρυο και τελικά σε πλήρως ανεπτυγμένο νεογνό, οδηγώντας στη γέννηση. Η φυσιολογική διάρκεια της κύησης υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 40 εβδομάδες (280 ημέρες) από την πρώτη ημέρα της τελευταίας έμμηνης ρύσεως και θεωρείται εντός φυσιολογικών ορίων όταν κυμαίνεται από την 37η έως την 42η εβδομάδα (ACOG, 2020).

Κατά τη διάρκεια της κύησης, η φυσιολογία της μητέρας υπόκειται σε σημαντικές και πολυσυστηματικές αλλαγές, οι οποίες είναι συχνά αλληλένδετες και προκύπτουν από ορμονικούς και μηχανικούς παράγοντες. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, ορμονικό, ουροποιητικό και γαστρεντερικό σύστημα, και αποσκοπούν στην υποστήριξη της εμβρυϊκής ανάπτυξης και της προετοιμασίας για τον τοκετό (Talbot & MacLennan, 2016).

Ωστόσο, η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αποκλειστικά φυσιολογικό γεγονός, αλλά και μια ψυχοσωματικά απαιτητική εμπειρία, η οποία ενδέχεται να επιφέρει υψηλά επίπεδα σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής επιβάρυνσης (Gourounti et al., 2014). Όταν σε αυτήν τη φάση της ζωής προστεθούν επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως η ΣΒ συνέπειες μπορούν να είναι ιδιαίτερα σοβαρές, επηρεάζοντας αρνητικά την υγεία τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου, και οδηγώντας σε αυξημένα ποσοστά μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Taillieu & Brownridge, 2010).

Η μετάβαση στη γονεϊκότητα, αν και συχνά συνδέεται με θετικά συναισθήματα και προσδοκίες, μπορεί να συνοδεύεται και από ενδοοικογενειακές εντάσεις και ανακατατάξεις, ειδικά στις σχέσεις των συντρόφων (Fisher et al., 2012). Η εγκυμοσύνη θεωρείται ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδος για την εκδήλωση ή επιδείνωση της ΣΒ, λόγω των φυσικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών που υφίσταται η έγκυος (WHO, 2011).

Η ευαλωτότητα αυτή δεν περιορίζεται χρονικά μόνο στη διάρκεια της κύησης. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συντροφικής βίας σχετίζονται με μια ευρύτερη περίοδο που εκτείνεται από έναν χρόνο πριν τη σύλληψη έως και ένα έτος μετά τον τοκετό, καλύπτοντας έτσι τη φάση της προγεννητικής, περιγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου (Martin et al., 2004; Taillieu and Brownridge, 2010).

Αξιοσημείωτο είναι ότι η εγκυμοσύνη παρέχει μια στρατηγικά κρίσιμη ευκαιρία για ανίχνευση και παρέμβαση σε περιπτώσεις ΣΒ, καθώς οι γυναίκες κατά την περίοδο αυτή έχουν συχνότερη και πιο συστηματική επαφή με το σύστημα υγείας κυρίως μέσω των υπηρεσιών προγεννητικής φροντίδας απ' ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη φάση της ζωής τους συγκυρία (Muguruma 2024) αυτή καθιστά τις/τους Μ/Μ και άλλους επαγγελματίες υγείας κομβικούς παράγοντες για την έγκαιρη αναγνώριση, υποστήριξη και παραπομπή των γυναικών που υφίστανται βία.

2.2.1 Επιπολασμός συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη

Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Román-Gálvez et al. (2021) εξέτασε τη συχνότητα εμφάνισης της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη σε παγκόσμιο επίπεδο. Τονίστηκε ότι ο επιπολασμός της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη ποικίλλει ανάλογα με τον χρησιμοποιούμενο ορισμό, τη στρατηγική μέτρησης και το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο του υπό μελέτη πληθυσμού. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν δεδομένα από 155 μελέτες, με συνολικό δείγμα 220.462 γυναικών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η επικράτηση της σωματικής βίας κατά την εγκυμοσύνη ανερχόταν σε 9,2% (95% CI 7,7–11,1%), της ψυχολογικής βίας σε 18,7% (95% CI 15,1–22,9%) και της σεξουαλικής βίας σε 5,5% (95% CI 4,0–7,5%). Όταν συνυπολογίστηκαν όλες οι μορφές βίας, η

συνολική επικράτηση οποιασδήποτε μορφής ΣΒ ανερχόταν σε 25,0% (95% CI 20,3–30,5%).

Αντίστοιχα, η πολυεθνική μελέτη του ΠΟΥ (2011) η οποία βασίστηκε σε εναρμονισμένες μεθοδολογίες και ορισμούς σε ποικίλα γεωγραφικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα, ανέδειξε σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Η επικράτηση της σωματικής βίας από σύντροφο κατά την εγκυμοσύνη κυμάνθηκε από 1% σε αστικό κέντρο της Ιαπωνίας έως και 28% σε αγροτική περιοχή του Περού, με τα περισσότερα ποσοστά να κυμαίνονται μεταξύ 4% και 12%. Παρόμοια ευρήματα παρουσιάστηκαν και από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC), μέσω του Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), σε δεδομένα που συλλέχθηκαν από εννέα γεωγραφικές περιοχές μεταξύ 2016 και 2022. Συγκεκριμένα, το 5,4% των εγκύων γυναικών ανέφεραν ότι υπέστησαν ΣΒ κατά την κύηση (Steele-Baser et al., 2016), με τα επιμέρους ποσοστά να ανέρχονται στο 5,2% για τη συναισθηματική βία, 1,5% για τη σωματική και 1,0% για τη σεξουαλική.

Τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν μια ιδιαίτερα ανησυχητική πραγματικότητα. Η διακύμανση μεταξύ των ηπείρων και των χωρών αντιστακλά όχι μόνο τις διαφορές στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, αλλά και τις μεθοδολογικές προσεγγίσεις καταγραφής της βίας (Wong et al., 2024). Παράγοντες όπως η χρήση διαφορετικών εργαλείων μέτρησης, η κοινωνική αποδοχή της βίας, η δυνατότητα ανώνυμης αναφοράς και οι πολιτισμικές αντιλήψεις για τη γυναικεία υποταγή μπορεί να επηρεάζουν την αποκάλυψη των περιστατικών (Devries et al., 2010; García-Moreno and Amin, 2016). Συνεπώς, τα αναφερόμενα ποσοστά ενδέχεται να υποεκτιμούν την πραγματική έκταση του φαινομένου.

Η υποκαταγραφή της συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη αποτελεί γνωστό ζήτημα, καθώς πολλές γυναίκες αποφεύγουν να μιλήσουν λόγω φόβου, ντροπής, εξάρτησης από τον σύντροφο ή έλλειψης εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας. Η τάση για σιωπή είναι ακόμη εντονότερη στις περιπτώσεις της ψυχολογικής ή συναισθηματικής βίας, η οποία δεν αφήνει ορατά ίχνη, αλλά συσσωρεύει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της εγκύου και στην έκβαση της εγκυμοσύνης (Chamberlain et al., 2019).

2.2.2 Παράγοντες κινδύνου

Η εμφάνιση ΣΒ στην εγκυμοσύνη συνδέεται με ποικίλους ατομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς προσδιοριστές που επηρεάζουν τόσο τις εγκύους όσο και τους θύτες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που βιώνουν ΣΒ έχουν αυξημένες πιθανότητες να είναι μονογονεϊκές μητέρες, να προέρχονται από οικογένειες χαμηλού εισοδήματος και να αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα (Bailey and Daugherty, 2007; Bailey, 2010). Ένα ιστορικό προηγούμενης βίας, είτε ως επιζώσα είτε ως μάρτυρας, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη (Shamu et al., 2011). Επίσης, η λοίμωξη από τον HIV, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα κινδύνου (Shamu et al., 2011; Fernández-López et al., 2024).

Παρότι η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με τη ΣΒ σε γυναίκες με αναπηρίες είναι περιορισμένη, οι υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι οι έγκυες γυναίκες με αναπηρίες διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο έκθεσης σε βία σε σύγκριση με έγκυες χωρίς αναπηρίες (Alhusen et al., 2023; Laughon et al., 2025). Η αυξημένη αυτή ευαλωτότητα τους μπορεί να αποδοθεί τόσο σε κοινωνικά εμπόδια όσο και σε αυξημένη εξάρτηση από τους φροντιστές τους, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει τη δυναμική της βίας (Powell et al., 2024).

Ευρήματα των Antoniou & Iatrakis, (2019) επισημαίνουν και άλλους καθοριστικούς παράγοντες που ενισχύουν την πιθανότητα εκδήλωσης κακοποιητικής συμπεριφοράς στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η εθνικότητα, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο. Ξένες γυναίκες ή γυναίκες με σύντροφο αλλοδαπής καταγωγής, άνεργες, νοικοκυρές και φοιτήτριες πανεπιστημίου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης. Επιπλέον, σημαντική διαφορά ηλικίας μεταξύ των συντρόφων (≥ 10 έτη), ιστορικό αποβολών και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχουν επίσης συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Από την πλευρά των δραστών, παράγοντες όπως η νεαρή ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, η ανεργία και το ιστορικό έκθεσης σε βία κατά την παιδική ηλικία συνδέονται στενά με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς (Mojahed et al., 2021; Nishan et al., 2025). Οικονομικά προβλήματα και κοινωνική

περιθωριοποίηση αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο (Capaldi et al., 2012). Επιπλέον, ψυχικές διαταραχές, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, έχουν εντοπιστεί ως σημαντικοί συντελεστές της βίαιης συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Walker et al., 2022).

Πέρα από τους ατομικούς παράγοντες, οι πολιτισμικές επιρροές παίζουν σημαντικό ρόλο. Σε ορισμένες κοινωνίες, οι παραδόσεις και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις ενισχύουν τις διακρίσεις κατά των γυναικών, δικαιολογούν τη βία και προάγουν την ανισότητα των φύλων (Heise, 1998). Ιδιαίτερα πολιτισμικές πρακτικές που επιβάλλουν την σιωπή και την υποταγή των γυναικών συμβάλλουν στην απόκρυψη της βίας και την αντιμετώπισή της ως «κρυφού» προβλήματος (Jewkes et al., 2017). Ο (Hilbert & Krishnan, (2000) υποστηρίζουν ότι τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας από τις επιζώσες ΣΒ διακρίνονται σε δύο επίπεδα: (α) τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αναζητούν βοήθεια και (β) τους πολιτισμικούς κανόνες και έθιμα που επηρεάζουν αυτή τη διαδικασία. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει βιώσει ΣΒ μπορεί να διστάζει να ζητήσει βοήθεια είτε λόγω γλωσσικών περιορισμών είτε επειδή η αποκάλυψη της βίας δεν είναι πολιτισμικά αποδεκτή, καθώς θεωρείται ιδιωτική υπόθεση.

Παράλληλα, οι Overstreet και Quinn (2013) περιγράφουν το μοντέλο στιγματοποίησης της ΣΒ, το οποίο προσδιορίζει τρεις μορφές στίγματος που αποτρέπουν τις γυναίκες από την αναζήτηση βοήθειας: το πολιτισμικό στίγμα, την εσωτερικευμένη στιγματοποίηση και το αναμενόμενο στίγμα. Το πολιτισμικό στίγμα αφορά τις κοινωνικές αντιλήψεις που υποβαθμίζουν τη σοβαρότητα της ΣΒ και αμφισβητούν τη νομιμότητα της εμπειρίας των θυμάτων. Η εσωτερικευμένη στιγματοποίηση σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο οι γυναίκες που βιώνουν ΣΒ αποδέχονται τα αρνητικά στερεότυπα σχετικά με την κακοποίησή τους, θεωρώντας ότι οι ίδιες ευθύνονται για την κατάστασή τους. Το αναμενόμενο στίγμα εκφράζει τον φόβο των θυμάτων για τις κοινωνικές συνέπειες της αποκάλυψης της βίας, όπως η απομόνωση ή η κατακραυγή. Συνολικά, το μοντέλο αυτό υποδηλώνει ότι η εμπειρία της ΣΒ διαμορφώνεται ουσιαστικά από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνεται, καθώς οι αντιλήψεις, οι κανόνες και οι κοινωνικές αξίες επιδρούν καθοριστικά στην απόφαση των γυναικών να αναζητήσουν ή όχι βοήθεια.

2.2.3 Επιπτώσεις ΣΒ στην έγκυο και στο έμβρυο

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στην υγεία των γυναικών, του εμβρύου και της οικογένειας (Román-Gálvez et al., 2021). Η σωματική βία μπορεί να προκαλέσει άμεσους τραυματισμούς όπως μώλωπες, κατάγματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και κοιλιακά χτυπήματα, που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη μητέρα ή/και το έμβρυο (Agarwal et al., 2023). Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να επιφέρουν μόνιμες νευρολογικές βλάβες και διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, επηρεάζοντας τη μεταγεννητική προσαρμογή της μητέρας. Επιπλέον, η ΣΒ αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, αιμορραγιών, προεκλαμψίας, πρόωρης ρήξης υμένων, πρόωρου τοκετού (Leone et al., 2010; Pool et al., 2014; Lockington et al., 2023), αποκόλλησης πλακούντα (Hahn et al., 2018) και χαμηλού βάρους γέννησης (Gebreslasie et al., 2024).

Στις μακροχρόνιες συνέπειες περιλαμβάνονται χρόνιοι πόνοι, μόνιμες σωματικές αναπηρίες και γενική επιδείνωση της σωματικής λειτουργικότητας, που δυσχεραίνουν τη φροντίδα του νεογνού και την επανένταξη της μητέρας σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες (García-Moreno et al., 2015). Η ΣΒ επηρεάζει σημαντικά και την ψυχική υγεία της εγκύου, προκαλώντας αυξημένα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και αυτοκτονικού ιδεασμού (Alhusen et al., 2015). Επιπλέον, σχετίζεται με ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως κάπνισμα, χρήση ουσιών, διατροφή φτώχης σε θρεπτικά συστατικά, χαμηλή πρόσληψη βάρους και περιορισμένη συμμόρφωση με προγεννητική φροντίδα (Chisholm et al., 2017; Walker et al., 2022).

Η ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη επιδρά αρνητικά και στην εμβρυϊκή ανάπτυξη. Τα έμβρυα εκτεθειμένων γυναικών εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης, ενδομήτριου θανάτου, καθώς και δυσκολίες στη σύναψη συναισθηματικού δεσμού με τη μητέρα (Kita et al., 2016). Το ψυχικό τρύμα της μητέρας ενδέχεται να διαταράξει την ικανότητά της να ανταποκριθεί συναισθηματικά στις ανάγκες του νεογνού, οδηγώντας σε δυσκολίες στη γονεϊκότητα και αυξημένο γονεϊκό στρες. Σε μακροχρόνια βάση, οι επιπτώσεις αυτές εκτείνονται στη συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού, ενισχύοντας την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς, μαθησιακών δυσκολιών και διαγενεακής μετάδοσης τραύματος (Racine et al., 2021).

Εκτός από τις βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, η ΣΒ επιφέρει και σημαντικές κοινωνικές συνέπειες. Οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση ενδέχεται να απομονωθούν κοινωνικά, να χάσουν την εργασία τους, να βιώσουν οικονομική εξάρτηση και να απολέσουν την αυτονομία τους (Hill et al., 2016). Αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο ευαλωτότητας, ο οποίος εμποδίζει την πρόσβαση σε φροντίδα και αυξάνει την πιθανότητα χρόνιας φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (Da Thi Tran et al., 2022).

Παράλληλα, η έκθεση σε βία από τον σύντροφο ενδέχεται να συνοδεύεται από επικίνδυνες συμπεριφορές του ίδιου του δράστη, όπως κατάχρηση ουσιών, έλεγχος της πρόσβασης της γυναίκας σε υπηρεσίες υγείας ή και παρεμπόδιση της λήψης φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που εντείνει τους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο (García-Moreno et al., 2015).

Τέλος, η ΣΒ αποτελεί κρίσιμο παράγοντα μητρικής θνησιμότητας, με ποσοστά που υπερβαίνουν σοβαρές μαιευτικές επιπλοκές, όπως η αιμορραγία μετά τον τοκετό (27,1%), η προεκλαμψία (14,0%) και οι λοιμώξεις κατά τη λοχεία (10,7%) (García-Moreno et al., 2015). Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η γυναικοκτονία από σύντροφο κατά την εγκυμοσύνη και την περίοδο μετά τον τοκετό ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό ανθρωποκτονιών σε αυτή την περίοδο. Οι τραυματισμοί από πυροβόλα όπλα αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου, επηρεάζοντας κυρίως νεαρές, μαύρης φυλής, άγαμες γυναίκες που είχαν πρόσβαση και φροντίδα σε υπηρεσίες υγείας (Soares et al., 2025).

2.2.4 Παγκόσμιες Κλινικές συστάσεις για την ΣΒ στην εγκυμοσύνη

Πολλοί διεθνείς και εθνικοί υγειονομικοί οργανισμοί έχουν εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες που συνιστούν την τακτική, ασφαλή και εμπιστευτική ανίχνευση της ΣΒ στα πλαίσια προγεννητικής φροντίδας. Οι οδηγίες αυτές δίνουν έμφαση στην έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση, ως μέσο βελτίωσης των περιγεννητικών δεικτών.

Ο ΠΟΥ (2013) στις κατευθυντήριες οδηγίες του με τίτλο *«Αντιμετώπιση της βίας από σύντροφο και της σεξουαλικής βίας κατά των γυναικών»*, υποστηρίζει την ανίχνευση της ΣΒ κατά την προγεννητική φροντίδα, όταν πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις δηλαδή όταν η διαδικασία πραγματοποιείται με ασφάλεια, εμπιστευτικότητα και

σύνδεση με κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Ο ΠΟΥ (2013) προτείνει τη χρήση του πλαισίου LIVES (Listen, Inquire, Validate, Enhance safety, Support - Άκου, Ερεύνησε, Επικύρωσε, Ενίσχυσε την ασφάλεια, Υποστήριξε) ως οδηγό για την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας μετά από μια αποκάλυψη βίας.

Επιπλέον, στις κατευθυντήριες οδηγίες με τίτλο «Συστάσεις του ΠΟΥ για την προγεννητική φροντίδα με σκοπό μια θετική εμπειρία εγκυμοσύνης» (WHO, 2016) τονίζεται ότι η διερεύνηση της πιθανότητας ύπαρξης ΣΒ θα πρέπει να εξετάζεται σοβαρά. Ωστόσο, δεν προτείνεται καθολικός προγεννητικός έλεγχος για ΣΒ, καθώς η εφαρμογή του πρέπει να προσαρμόζεται στο εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικό και υγειονομικό πλαίσιο κάθε χώρας. Η απόφαση για εφαρμογή καθολικής ανίχνευσης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ύπαρξη κατάλληλων υποστηρικτικών δομών, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι γυναίκες που αποκαλύπτουν περιστατικά βίας θα λάβουν την απαραίτητη βοήθεια, προστασία και παραπομπή (WHO, 2013).

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων συνιστά την καθολική ανίχνευση της ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δηλώνοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να πραγματοποιούν ανίχνευση στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη, τουλάχιστον μία φορά ανά τρίμηνο, και ξανά κατά την επίσκεψη μετά τον τοκετό. Επιπλέον αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποφεύγουν ερωτήσεις που χρησιμοποιούν όρους που μπορεί να στιγματίσουν όπως «κακοποίηση», «βιασμός», «κακοποιημένη» ή «βία» (ACOG, 2012).

Η Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών (USPSTF) εξέδωσε το 2018 σύσταση κατηγορίας Β, υποστηρίζοντας ότι όλες οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων, θα πρέπει να υποβάλλονται σε ανίχνευση ΣΒ και να παραπέμπονται σε κατάλληλες παρεμβατικές υπηρεσίες όταν είναι απαραίτητο. Αν και η USPSTF δεν συστήνει κάποιο συγκεκριμένο εργαλείο, υποστηρίζει τη χρήση σύντομων και επικυρωμένων εργαλείων στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής (Curry et al., 2018).

Το CDC (2024) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αν και δεν αποτελεί αρχή έκδοσης κλινικών οδηγιών, υποστηρίζει έντονα την ανίχνευση ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη ως μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής για τη μητρική και νεογνική υγεία. Το CDC τονίζει τη

σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και παραπομπής σε υπηρεσίες που μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των αρνητικών συνεπειών που συνδέονται με τη βία.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Αριστεία (NICE) συνιστά η ΣΒ να αντιμετωπίζεται ως μέρος της ρουτίνας της προγεννητικής φροντίδας με τις ερωτήσεις να τίθενται ιδιωτικά και από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες (Blix et al., 2012). Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί στη διασφάλιση ότι οι αποκαλύψεις βίας θα διαχειρίζονται με ευαισθησία και κατάλληλα μέτρα.

Η εφαρμογή της συστηματικής διερεύνησης για ΣΒ κατά την προγεννητική φροντίδα δεν είναι εύκολη υπόθεση και προϋποθέτει την εξασφάλιση ορισμένων συνθηκών και ηθικών αρχών (Surita and Sánchez, 2022). Οι Μ/Μ θα πρέπει να διερευνούν τη ΣΒ σε ιδιωτικό περιβάλλον, χωρίς την παρουσία συντρόφου, μελών της οικογένειας ή παιδιών. Αυτό δημιουργεί έναν ασφαλή χώρο στον οποίο οι γυναίκες μπορούν να αποκαλύψουν κακοποίηση, εφόσον το επιθυμούν και αισθανθούν έτοιμες. Η διερεύνηση της ΣΒ θα πρέπει ιδανικά να ξεκινά κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη (booking visit) με βάση τις συστάσεις τους και να επαναλαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς οι γυναίκες ενδέχεται να αισθανθούν μεγαλύτερη ασφάλεια και ετοιμότητα για αποκάλυψη σε μεταγενέστερο στάδιο (Webster et al., 2024).

Στην Αυστραλία, οι Εθνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Προγεννητική Φροντίδα επιτρέπουν ευελιξία στις περιφέρειες ώστε να εφαρμόζουν διαφορετικές μεθόδους ελέγχου για διαφορετικούς πληθυσμούς (Department of Health and Ageing of Australian Government, 2020). Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες σε εθνικό επίπεδο, που εγκρίνονται από το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλίας, το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιυντήρων και Γυναικολόγων Αυστραλίας και Νέας Ζηλανδίας (RANZCOG) και το Αυστραλιανό Κολλέγιο Μαιών (ACM), προτείνουν την τακτική, πολιτισμικά ευαίσθητη διερεύνηση της ΣΒ στο πλαίσιο της συνολικής φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη. Αναφέρουν ότι ανασκόπηση επικυρωμένων εργαλείων διαλογής που έχουν δοκιμαστεί σε πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας και έχουν χρησιμοποιηθεί σε προγεννητικό πλαίσιο (είτε εν μέρει είτε πλήρως), διαπίστωσε ότι τα εργαλεία HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream) και HARK (Humiliation, Afraid, Rape, Kick) θεωρήθηκαν και τα δύο δυνητικά χρήσιμα για σύσταση προς εθνική χρήση στο προγεννητικό πλαίσιο (Department of Health and Ageing of Australian Government, 2020).

Η Ιρλανδία έχει θεσπίσει την Εθνική Κατευθυντήρια Οδηγία Κλινικής Πρακτικής για τον έλεγχο και τη διαχείριση της βίας κατά την εγκυμοσύνη και την πρώιμη μεταγεννητική περίοδο η οποία δημοσιεύθηκε τον Μάιο του 2024 από το National Women and Infants Health Programme (NWIHP) και το Institute of Obstetricians and Gynaecologists (IOG). Αυτή η οδηγία αποσκοπεί στη βελτίωση της αναγνώρισης, της υποστήριξης και της παραπομπής των γυναικών που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία κατά την εγκυμοσύνη και την πρώιμη μεταγεννητική περίοδο. Οι κύριες συστάσεις της οδηγίας είναι η υποχρεωτική διεξαγωγή ελέγχου για ενδοοικογενειακή βία σε όλες τις γυναίκες που παρακολουθούνται σε δημόσια, ημιδημόσια, ιδιωτικά και κοινοτικά πλαίσια φροντίδας. Ο έλεγχος πρέπει να πραγματοποιείται πρόσωπο με πρόσωπο με τη γυναίκα, σε ιδιωτικό περιβάλλον, όπου είναι ασφαλές να γίνει. Προτείνεται τουλάχιστον μία ατομική συνάντηση με τη γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη, χωρίς την παρουσία του συντρόφου ή άλλου ενήλικα μέλους της οικογένειας.

Η Σουηδία ήταν η πρώτη σκανδιναβική χώρα που εισήγαγε συστηματικό έλεγχο για ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη το 2008, με την Ισλανδία να ακολουθεί το 2012, την Νορβηγία το 2014, την Φιλανδία το 2019 και την Δανία το 2024 (Loberg, 2024). Σύμφωνα με το Εθνικό Μητρώο εγκυμοσύνης της Σουηδίας, το 96% των εγκύων γυναικών ερωτήθηκαν για εμπειρίες βίας το 2022. Οι σουηδικές εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την προγεννητική φροντίδα περιλαμβάνουν τη συστηματική διερεύνηση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Οι Μ/Μ είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή αυτών των οδηγιών, πραγματοποιώντας ερωτήσεις σχετικά με την έκθεση σε βία σε ασφαλές και ιδιωτικό περιβάλλον (Eikemo et al., 2024).

2.2.5 Εργαλεία ανίχνευσης ΣΒ στην εγκυμοσύνη

Ο τακτικός έλεγχος για ΣΒ όπως έχει ήδη αναφερθεί, εφαρμόζεται υποχρεωτικά σε ορισμένα συστήματα υγείας και χώρες, με στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση και την παραπομπή τους σε κατάλληλες δομές και παρεμβάσεις, οι οποίες ενισχύουν την ασφάλειά τους και συμβάλλουν στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες γενικά (Kataoka and Imazeki, 2018), καθώς και οι γυναίκες που έχουν υποστεί ΣΒ (Fernández-López et al., 2024) θεωρούν αποδεκτό να υποβάλλονται σε έλεγχο για ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας και συνήθως είναι

πιο πιθανό να το αποκαλύψουν σε M/M σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας (γιατρό, ψυχολόγο, νοσηλεύτρια/τη) (Eikemo et al., 2024). Αν και η ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη εμφανίζεται με παρόμοια συχνότητα με άλλες σοβαρές καταστάσεις, όπως ο διαβήτης κύησης και η προεκλαμψία, δεν έχει ακόμη καθιερωθεί ένα καθολικό πρωτόκολλο ανίχνευσης σε παγκόσμιο επίπεδο (Wong et al., 2024). Σίγουρα, η βιβλιογραφία καταγράφει αντιφατικές απόψεις σχετικά με την πιθανή επίδραση της ανίχνευσης της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη ή σε άλλες δομές υγείας. Ενώ πολλές μελέτες υποστηρίζουν την αξία της συστηματικής διερεύνησης ως μέσου για την αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων (Baird et al., 2018; O'Doherty et al., 2015), υπάρχουν και φωνές που εκφράζουν επιφυλάξεις για ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες. Ο Jewkes, (2002) για παράδειγμα, τονίζει ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να επιβεβαιώνουν την ασφάλεια της ανίχνευσης και εγείρει ερωτήματα σχετικά με το αν μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική επιβάρυνση ή να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια της γυναίκας, ιδίως σε περιβάλλοντα χωρίς δομημένες υπηρεσίες υποστήριξης και παραπομπής.

Ωστόσο, μεταγενέστερες μελέτες, όπως των MacMillan, (2009), Koziol-McLain et al., (2010) δεν εντόπισαν αρνητικά στοιχεία, ακόμη και σε παρατεταμένες περιόδους παρακολούθησης. Αντιθέτως, καταγράφουν ότι οι περισσότερες γυναίκες βίωσαν θετικά την εμπειρία του ελέγχου από επαγγελματίες υγείας και εκτίμησαν την ευκαιρία να συζητήσουν σε ασφαλές πλαίσιο (Keeling and Fisher, 2015; Silva et al., 2022).

Παρά τα ενθαρρυντικά ευρήματα, η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η ασφάλεια του ανιχνευτικού ελέγχου δεν μπορεί να θεωρείται δεδομένη σε όλα τα συμφραζόμενα. Σε περιοχές με χαμηλούς πόρους, περιορισμένη κατάρτιση επαγγελματιών υγείας ή περιορισμένα δίκτυα υποστήριξης, η εφαρμογή προγραμμάτων ανίχνευσης μπορεί να ενέχει μεγαλύτερους κινδύνους, αν δεν συνοδεύεται από κατάλληλη υποδομή (Feder et al., 2009; Spangaro et al., 2016). Συνεπώς, η διερεύνηση της ΣΒ πρέπει να γίνεται με ευαισθησία, ετοιμότητα για παρέμβαση και θεσμική υποστήριξη, προσαρμοσμένη στις ανάγκες και στο κοινωνικό πλαίσιο των γυναικών.

Σε μία εκτενή ανασκόπηση που σχεδιάστηκε με σκοπό την ευρεία καταγραφή των διαθέσιμων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, διαπιστώθηκε ότι έχει εφαρμοστεί ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων σε διεθνές επίπεδο. Οι παρεμβάσεις διαφέρουν ως προς τη μορφή τους και περιλαμβάνουν προγράμματα

χρηματικής ενίσχυσης, κατ' οίκον επισκέψεις, εκπαιδευτικά προγράμματα και παροχή συμβουλευτικής. Οι περισσότερες εξ αυτών περιέχουν κάποιο εκπαιδευτικό ή/και συμβουλευτικό στοιχείο, ενώ πολλές είναι πολυσύνθετες, συνδυάζοντας διαφορετικές μορφές υποστήριξης (Surita and Sánchez, 2022).

Η πιο συχνά μελετημένη παρέμβαση στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας είναι η λεγόμενη «συμβουλευτική ενδυνάμωσης» (empowerment counselling). Αυτή περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών για τους τύπους κακοποίησης και τον κύκλο της βίας, την εκτίμηση κινδύνου με σκοπό την αξιολόγηση του επιπέδου επικινδυνότητας και των διαθέσιμων επιλογών πρόληψης, καθώς και τη συνεργατική ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου ασφάλειας μαζί με τη γυναίκα (Surita and Sánchez, 2022).

Παρά τα θετικά αποτελέσματα ορισμένων παρεμβάσεων, εξακολουθούν να υπάρχουν ερευνητικά διλήμματα σχετικά με την εφαρμογή καθολικού προγεννητικού ελέγχου για τη ΣΒ. Ανασκόπηση της Cochrane των (O'Doherty et al., 2015) κατέδειξε ότι, παρόλο που ο συστηματικός έλεγχος από επαγγελματίες υγείας αύξησε τον εντοπισμό των γυναικών που βιώνουν βία, δεν κατέγραψε αντίστοιχη αύξηση στις παραπομπές σε υπηρεσίες στήριξης.

Όσον αφορά τα εργαλεία ανίχνευσης, είναι σημαντικό να στηρίζονται σε δομημένη, τεκμηριωμένη προσέγγιση, να εφαρμόζονται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και να χρησιμοποιούνται σε κλινικά περιβάλλοντα με διασφαλισμένη εμπιστευτικότητα και ασφάλεια (Rabin et al., 2009; Deshpande and Lewis-O'Connor, 2013). Το εργαλείο θα πρέπει να είναι απλό, έγκυρο, αξιόπιστο και ευαίσθητο δηλαδή να εντοπίζει με ακρίβεια τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο (υψηλή ευαισθησία) και να αποκλείει με ακρίβεια όσες δεν έχουν εκτεθεί σε βία (υψηλή ειδικότητα) (Wong et al., 2024). Επιπλέον, προτείνεται τα εργαλεία ανίχνευσης να περιλαμβάνουν λίγες, στοχευμένες κατανοητές ερωτήσεις, να είναι ευαίσθητα σε όλους τους τύπους βίας σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική και να είναι πολιτισμικά κατάλληλα, ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν σε διαφορετικούς πληθυσμούς και κοινωνικά πλαίσια (Wong et al., 2024).

Το Abuse Assessment Screen (AAS) αναπτύχθηκε για έγκαιρη ανίχνευση της ΣΒ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου (McFarlane, 1992). Το εργαλείο χρησιμοποιείται ευρέως σε μαιευτικά και

γυναικολογικά πλαίσια και έχει επικυρωθεί για τη χρησιμότητά του τόσο σε κλινικές όσο και σε κοινοτικές δομές υγείας, είναι ένα σύντομο και δομημένο εργαλείο ανίχνευσης βίας, το οποίο αποτελείται από πέντε ερωτήματα μορφής ναι/όχι (Zapata-Calvente et al., 2022). Το εργαλείο έχει δοκιμαστεί σε πληθυσμό εξωτερικών ιατρείων μαιευτικής και γυναικολογίας σε περιβάλλον στις Η.Π.Α., τη Βραζιλία και τη Σρι Λάνκα και έχει δείξει καλή ευαισθησία (94%) και μέτρια έως καλή ειδικότητα (55–99%) (Rabin et al., 2009).

Το εργαλείο αξιολογεί την ύπαρξη ή μη κακοποίησης σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, καταγράφοντας τη συχνότητα των περιστατικών, τον δράστη (σύντροφο ή άλλο άτομο), καθώς και τη φύση της κακοποίησης είτε πρόκειται για σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική μορφή. Επιπλέον, ζητείται η αναφορά στη σωματική τοποθεσία των τραυμάτων, προσφέροντας μια πιο πλήρη εικόνα της κατάστασης. Σημαντικό χαρακτηριστικό του AAS είναι η ειδική ερώτηση σχετικά με την εγκυμοσύνη, γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερα κατάλληλο για εφαρμογή στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει είναι οι ακόλουθες: περιλαμβάνει τις παρακάτω ανοιχτού τύπου ερωτήσεις (Zapata-Calvente et al., 2022):

1. Έχετε ποτέ υποστεί συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση από τον σύντροφό σας ή από κάποιο άλλο σημαντικό για εσάς πρόσωπο;
2. Από την τελευταία φορά που σας είδα, σας έχει χτυπήσει, σπρώξει, κλωτσήσει ή βλάψει με οποιονδήποτε τρόπο κάποιος άλλος; Αν ΝΑΙ: Από ποιον; Πόσες φορές; Τι είδους τραυματισμός;
3. Από τότε που είστε έγκυος, σας έχει χτυπήσει, σπρώξει, κλωτσήσει ή βλάψει με οποιονδήποτε τρόπο κάποιος άλλος; Αν ΝΑΙ: Από ποιον; Πόσες φορές; Τι είδους τραυματισμός;
4. Τον τελευταίο χρόνο, σας ανάγκασε κάποιος να κάνετε κάτι σεξουαλικό που δεν θέλατε; Αν ΝΑΙ: Ποιος;
5. Φοβάστε τον σύντροφό σας ή κάποιον άλλο;

Το ερωτηματολόγιο Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed (HITS) αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα και αναπτύχθηκε από Sherin et al., (1998) (ευαισθησία: 30–100%, ειδικότητα: 86–99%). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερα ερωτήματα και παρέχει μια γρήγορη εκτίμηση της συχνότητας και της σοβαρότητας της σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης. Μια εκτεταμένη έκδοση, γνωστή ως E-

HITS, περιλαμβάνει ένα επιπλέον ερώτημα για την αξιολόγηση της σεξουαλικής κακοποίησης. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης με το ερωτηματολόγιο HITS, ο επαγγελματίας υγείας ρωτά την γυναίκα τα εξής: Πόσο συχνά ο/η σύντροφός σας σας προκαλεί σωματικό πόνο, σας προσβάλλει ή σας υποτιμά, σας απειλεί με βλάβη ή σας φωνάζει/βρίζει; Κάθε κατηγορία βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 1 (ποτέ) έως 5 (συχνά), και το άθροισμα των απαντήσεων δίνει τη συνολική βαθμολογία. Συνολικό σκορ 10 ή περισσότερο υποδηλώνει πιθανότητα ύπαρξης κακοποίησης από τον/την σύντροφο (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013). Μειονέκτημα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, σύμφωνα με Andreu-Pejó et al., (2022), είναι ότι ενώ αξιολογεί τη συχνότητα με την οποία ο σύντροφος μιας γυναίκας της έχει επιτεθεί σωματικά, την έχει προσβάλει ή υποτιμήσει, την έχει απειλήσει με βλάβη, της έχει φωνάξει ή την έχει βρίσει κατά τους τελευταίους 12 μήνες, δεν περιλαμβάνει κάποια ερώτηση σχετικά με την εγκυμοσύνη.

Ένα ακόμη εργαλείο που έχει αξιολογηθεί θετικά στη βιβλιογραφία για την ανίχνευση ΣΒ είναι το Women Abuse Screening Tool (WAST), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Brown et al., (1996) και συνεργάτες για χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το εργαλείο αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις που εστιάζουν σε ενδείξεις ψυχολογικής και σωματικής βίας, ενθαρρύνοντας τις γυναίκες να περιγράψουν τις σχέσεις τους και τον τρόπο με τον οποίο αυτές τις επηρεάζουν συναισθηματικά και σωματικά (Fernández-López et al., 2024). Το WAST είναι εύχρηστο, έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και ευαίσθητο σε διάφορα πληθυσμιακά πλαίσια ενώ έχει προσαρμοστεί πολιτισμικά σε διαφορετικές χώρες (Fernández-López et al., 2024). Παράλληλα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας και έχει τη δυνατότητα να διευκολύνει την έναρξη ενός διαλόγου με τις εγκύους σε ασφαλές πλαίσιο. Το WAST-Short περιλαμβάνει τα δύο πρώτα ερωτήματα του εργαλείου με οκτώ ερωτήσεις WAST, με στόχο την αξιολόγηση της ΣΒ. Πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 21 δημόσια κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με προγεννητική παρακολούθηση στην Ανδαλουσία, Ισπανία, διαπίστωσε ότι το εργαλείο WAST-Short είχε καλύτερη απόδοση στην ανίχνευση ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το εργαλείο αυτό έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στον εντοπισμό κακοποίησης σε γυναίκες που επισκέπτονται οικογενειακούς ιατρούς είτε για περιοδικούς ελέγχους υγείας είτε για προγεννητική φροντίδα, παρουσιάζοντας παρόμοια αποτελέσματα με το εργαλείο AAS (Zapata-

Calvente et al., 2022). Έχει επικυρωθεί ως ένα αξιόπιστο εργαλείο διαλογής για την ΣΒ δείχνοντας ευαισθησία 91,4% και ειδικότητα 76,2% σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Plazaola-Castaño et al., 2008).

Το WAST-Short αξιολογεί το βαθμό έντασης στη σχέση και τη δυσκολία επίλυσης συγκρούσεων μέσα στη σχέση. Περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις:

1. «Γενικά, πώς θα περιγράφατε τη σχέση σας;»
2. «Εσείς και ο/η σύντροφός σας πώς επιλύετε τους καβγάδες;»

Οι απαντήσεις κυμαίνονται από 1 (υψηλή ένταση ή μεγάλη δυσκολία) έως 3 (καμία ένταση ή καθόλου δυσκολία). Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, αποδίδεται βαθμολογία 1 σε όλες τις θετικές απαντήσεις (π.χ. «κάποια ένταση» ή «πολλή ένταση») και βαθμολογία 0 στις αρνητικές απαντήσεις, με συνολική βαθμολογία από 0 έως 2. Βαθμολογίες 2 θεωρούνται θετικές για σκοπούς ανίχνευσης ΣΒ.

Το HARK αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης ΣΒ το οποίο έχει σχεδιαστεί για χρήση σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Το ακρωνύμιο HARK προέρχεται από τα αρχικά των τεσσάρων τύπων κακοποίησης που διερευνά: Humiliation (Ταπείνωση), Afraid (Φόβος), Rape (Σεξουαλική κακοποίηση) και Kick (Σωματική βία)(Sohal et al., 2007). Κάθε μία από τις τέσσερις ερωτήσεις του εργαλείου αντιστοιχεί σε έναν από αυτούς τους τύπους, με σκοπό την αναγνώριση πιθανών περιστατικών κακοποίησης από τον/την σύντροφο κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες (Sohal et al., 2007).

Το HARK μπορεί να χορηγηθεί είτε προφορικά είτε σε μορφή συμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου ναι/όχι και ολοκληρώνεται σε λιγότερο από δύο λεπτά. Η θετική απάντηση σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις υποδηλώνει την πιθανή ύπαρξη ΣΒ και υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση ή παραπομπή σε υπηρεσίες στήριξης. Ενδεικτικά, ερωτήσεις όπως «Έχετε νιώσει ποτέ φόβο απέναντι στον σύντροφό σας;» ή «Σας έχει εξαναγκάσει ποτέ σε σεξουαλική πράξη χωρίς τη συγκατάθεσή σας;» επιτρέπουν την ευαίσθητη προσέγγιση του θέματος σε κλινικό πλαίσιο (Sohal et al., 2007).

Η ψυχομετρική αξιοπιστία του HARK έχει τεκμηριωθεί μέσα από επιστημονικές μελέτες, με την ευαισθησία του να φτάνει το 81% και την ειδικότητά του το 95%. Αυτό σημαίνει

ότι έχει υψηλή ικανότητα να εντοπίζει πραγματικά περιστατικά ΣΒ χωρίς να δίνει πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, η υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha > 0.8$) ενισχύει την αξιοπιστία του εργαλείου. Ως εκ τούτου, θεωρείται κατάλληλο για χρήση τόσο σε γενικούς πληθυσμούς όσο και σε ειδικές ομάδες όπως οι εγκυμονούσες (Sohal et al., 2007).

Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα του HARK είναι η απλότητα και η ταχύτητα χρήσης του οι οποίες το καθιστούν εύκολα ενσωματώσιμο στην καθημερινή κλινική πράξη, ιδιαίτερα σε πολυσύχολες μονάδες υγείας. Επιπλέον, το εργαλείο καλύπτει και τις τρεις βασικές διαστάσεις της έμφυλης βίας σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική, γεγονός που το καθιστά ολοκληρωμένο στη **σύλληψή του**, παρά τη σύντομη μορφή του (Sohal et al., 2007).

Ωστόσο, υπάρχουν και περιορισμοί. Το HARK δεν καλύπτει ρητά την οικονομική βία ή τις ελεγκτικές/καταναγκαστικές συμπεριφορές, που αποτελούν συχνά εξίσου σοβαρές μορφές κακοποίησης. Επίσης, η αξιοπιστία των απαντήσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κατά πόσο το περιβάλλον είναι ασφαλές και ιδιωτικό, ώστε η γυναίκα να αισθανθεί άνετα να μιλήσει. Η παρουσία του συντρόφου ή η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας μπορεί να οδηγήσει σε υποαναφορά (Sohal et al., 2007).

Το Relationship Assessment Tool (RAT), γνωστό παλαιότερα ως Women's Experiences with Battering (WEB) Scale, είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της συναισθηματικής και ψυχολογικής κακοποίησης στις στενές σχέσεις (Chamberlain et al., 2015). Αρχικά δημιουργήθηκε από τη Δρ. Paige Hall και συναδέλφους τη δεκαετία του 1990 και μετονομάστηκε σε RAT για να αντικατοπτρίζει καλύτερα τον σκοπό του. Το RAT αναπτύχθηκε από τον οργανισμό Futures Without Violence και αποτελεί μέρος καθολικής εκπαίδευσης και προσέγγισης για την προαγωγή υγιών σχέσεων, ιδίως στο πλαίσιο προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας, όπως το Healthy Moms, Happy Babies (Chamberlain et al., 2015).

Αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αφορούν τη συμπεριφορά του συντρόφου και τα υποκειμενικά συναισθήματα της γυναίκας (όπως φόβος, αμφιβολία, άγχος, ανάγκη για απομάκρυνση), οι οποίες απαντώνται σε κλίμακα έξι σημείων τύπου Likert (1=διαφωνώ απόλυτα έως 6=συμφωνώ απόλυτα). Συνολικό σκορ 20 ή περισσότερο θεωρείται θετικό

για την ύπαρξη ΣΒ. Το εργαλείο αυτό διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα καθώς δεν εστιάζει μόνο σε γεγονότα, αλλά και στην ψυχολογική επίδραση της σχέσης πάνω στη γυναίκα, γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερος χρήσιμο σε περιπτώσεις όπου η βία είναι περισσότερο συναισθηματική (Sharps et al., 2016).

Η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών εργαλείων ανίχνευσης ΣΒ αναδεικνύει αφενός τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης στην εγκυμοσύνη, και αφετέρου την ανάγκη για στοχευμένη επιλογή εργαλείου ανάλογα με το περιβάλλον, τον πληθυσμό και τις δυνατότητες του συστήματος υγείας. Αν και τα εργαλεία όπως τα AAS, HITS, WAST, HARK και RAT προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες, η επιτυχία τους εξαρτάται όχι μόνο από την ψυχομετρική τους εγκυρότητα, αλλά και από το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας είναι εκπαιδευμένοι να τα χρησιμοποιούν σωστά, να δημιουργούν περιβάλλον εμπιστοσύνης και να προχωρούν σε κατάλληλες παραπομπές.

2.2.6 Γενικό Σύστημα Υγείας Κύπρου και ανίχνευση ΣΒ στην εγκυμοσύνη

Το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο διασφαλίζει δωρεάν πρόσβαση κάθε εγκύου γυναίκας σε προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, προσφέροντας έως και 15 επισκέψεις σε γυναικολόγο/μαιευτήρα από την αρχή της κύησης, καθώς και 6 συνολικές επισκέψεις σε κοινοτική μαία (από το 2022), οι οποίες καλύπτουν τόσο την εγκυμοσύνη όσο και τη λοχεία. Αν και αυτό το μοντέλο προσφέρει μια βασική υποστήριξη στη μητέρα, εντοπίζονται σημαντικά ελλείμματα όσον αφορά την πρόληψη, ανίχνευση και διαχείριση της ΣΒ.

Η Hadjigeorgiou et al., (2023) αναφέρει ότι σημαντικό ποσοστό γυναικών στην Κύπρο είχε αρνητικές εμπειρίες με την παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα. Σε μελέτη που συμμετείχαν 360 μητέρες, το 24,2% ανέφερε πως είχε μια «κακή εμπειρία», ενώ μόνο το 11,1% περιέγραψε την εμπειρία του ως «καλή». Οι κυριότεροι τομείς ανησυχίας περιλάμβαναν την ανάγκη για φροντίδα μητρότητας με σεβασμό, ενισχυμένη στήριξη από επαγγελματίες υγείας και διασφάλιση των δικαιωμάτων των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο. Οι γυναίκες υπογράμμισαν τη σημασία της αξιοπρέπειας, της τεκμηριωμένης πληροφόρησης, της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων και της εξατομικευμένης, ανθρώπινης προσέγγισης.

Οι Μ/Μ στην Κύπρο έχουν περιορισμένη επιρροή στη διαμόρφωση δημόσιων πολιτικών υγείας, ενώ επικρατεί έντονη ιατρικοποίηση στον τρόπο παροχής της περιγεννητικής φροντίδας γεγονός που περιορίζει τη συμβολή των Μ/Μ στην ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής υγείας των γυναικών (Hadjigeorgiou & Coxon, 2014; Hadjigeorgiou, 2024). Παρόλο που πραγματοποιήθηκαν μεταρρυθμίσεις στο ΓΕΣΥ το 2020, οι οποίες θα μπορούσαν να είχαν ανοίξει τον δρόμο για έναν πιο αυτόνομο ρόλο της μαίας στην Κύπρο, αντίθετα διατήρησαν αν όχι ενίσχυσαν τις προϋπάρχουσες στρεβλώσεις που περιορίζουν το εύρος της μαιευτικής φροντίδας. Βασικές πτυχές αυτής της φροντίδας φαίνεται να υποτιμώνται από το σύστημα, γεγονός που υπονομεύει την αποδοχή του μαιευτικού μοντέλου από το ευρύ κοινό (Middleton et al., 2022).

Η διερεύνηση εμπειριών βίας δεν αποτελεί ούτε θεσμοθετημένη πολιτική ούτε εδραιωμένη κλινική πρακτική στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πολλοί επαγγελματίες που ασχολούνται με την φροντίδα μητρότητας θεωρούν ότι η αναφορά σε ζητήματα βίας δεν εμπίπτει στο επαγγελματικό τους πεδίο ή δηλώνουν ανασφάλεια λόγω έλλειψης επαρκούς εκπαίδευσης και κατάρτισης στο συγκεκριμένο θέμα.

Ιδιαίτερα όσον αφορά τις επισκέψεις σε κοινοτικές Μ/Μ, η κατάσταση περιπλέκεται περαιτέρω από τον περιορισμένο αριθμό επιτρεπόμενων επισκέψεων, οι οποίες καλούνται να καλύψουν ευρύ φάσμα αναγκών, από την προετοιμασία για τον τοκετό έως τη συμβουλευτική θηλασμού. Έτσι, ζητήματα όπως η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή η ανίχνευση της ΣΒ τείνουν να παραγκωνίζονται.

Η απουσία επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών ή εθνικών πρωτοκόλλων που να καθορίζουν σαφώς την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να διερευνούν εμπειρίες βίας και να προχωρούν σε κατάλληλες παραπομπές προς εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες, εντείνει περαιτέρω το υφιστάμενο θεσμικό κενό. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ανίχνευση και υποστήριξη των επιζωσασών γυναικών παραμένει ασαφής και εξαρτάται συχνά από την προσωπική τους κρίση, εμπειρία και ευαισθητοποίηση.

Στο επίπεδο των δημόσιων νοσοκομείων, και ειδικότερα στο πλαίσιο του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), παρέχεται η δυνατότητα προγεννητικής φροντίδας από μαία. Αντίθετα, στον ιδιωτικό τομέα, η μαιευτική παρακολούθηση συχνά απουσιάζει, εκτός αν η γυναίκα επιλέξει ενεργά να αξιοποιήσει τις υπηρεσίες κοινοτικής

μαίας μέσω του ΓεΣΥ. Η ανομοιογένεια αυτή εντείνει την ανισότητα πρόσβασης σε υποστηρικτικές υπηρεσίες και υπονομεύει την υιοθέτηση μιας ολιστικής και συντονισμένης προσέγγισης στην ανίχνευση και διαχείριση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.

Ως αποτέλεσμα, η ανίχνευση της ΣΒ εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από την προσωπική πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας και δεν ενσωματώνεται ως συστηματικό στοιχείο της φροντίδας μητρότητας. Αυτό έχει ως συνέπεια την πλήρη απουσία αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων για τις έγκυες γυναίκες που έχουν υποστεί βία και ενδέχεται να αναζητούν υποστήριξη, είτε μέσω των δημόσιων μαιευτηρίων είτε μέσω άλλων δομών. Η απουσία αξιόπιστων, συστηματικών δεδομένων για την έκταση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη στην Κύπρο εμποδίζει τη χάραξη εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας. Η τεκμηριωμένη πολιτική απαιτεί δεδομένα, τα οποία σήμερα είτε δεν καταγράφονται, είτε δεν αξιοποιούνται ουσιαστικά (UN Women, 2020; EIGE 2021).

Παράλληλα, και στο επίπεδο της κρατικής προστασίας, καταγράφονται σημαντικά κενά. Η Κυπριακή Αστυνομία δεν διαθέτει μέχρι σήμερα εξειδικευμένο μηχανισμό αναφοράς για περιστατικά ΣΒ που αφορούν έγκυες γυναίκες. Οι υφιστάμενες καταγραφές κατηγοριοποιούν τις επιζώσες απλώς βάση φύλου, παρουσιάζοντας τις γυναίκες ως ενιαία κατηγορία (Kouta et al., 2019). Αυτή η προσέγγιση παραβλέπει τις ιδιαίτερες συνθήκες ευαλωτότητας που χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη, καθώς και τους επιπρόσθετους σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι έγκυες γυναίκες όταν εκτίθενται σε συνθήκες βίας. Η έλλειψη αντίστοιχης εξειδίκευσης στα συστήματα καταγραφής και παρέμβασης περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα εφαρμογής στοχευμένων μέτρων προστασίας και ενίσχυσης. Παράλληλα, συμβάλλει στη διαίωνιση μιας μορφής θεσμικής αορατότητας, η οποία αποκλείει τις εγκύους επιζώσες από την πλήρη αναγνώριση των αναγκών και των δικαιωμάτων τους εντός του πλαισίου της δημόσιας φροντίδας.

2.3 Μαιευτικό μοντέλο φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με την ΔΣΜ (ICM, 2014), το μαιευτικό μοντέλο φροντίδας τοποθετεί τη γυναίκα και τη ζωή της στο επίκεντρο της προγεννητικής φροντίδας. Ένα μεγάλο μέρος της προσοχής της μαίας επικεντρώνεται στη μοναδικότητα της εγκύου, στο πλαίσιο της οικογένειας και της ζωής της. Η μαία ενδιαφέρεται για τις προσδοκίες και την εμπειρία

της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις της, τις γνώσεις και τις απόψεις της, τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες της, τις ικανοποιήσεις και τις δυσαρέσκειές της, τις ανέσεις και τις δυσκολίες της, τις επιθυμίες, τις αποφάσεις και τις ενέργειές της, καθώς και την επίδραση όλων αυτών στην εγκυμοσύνη της (Rooks, 1999). Οι γυναίκες που παρακολουθούνταν σε κέντρα μαιευτικής φροντίδας ανέφεραν συνολικά καλύτερη εμπειρία και κατέγραψαν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τον τρόπο που αντιμετωπίστηκαν, καθώς και ευκολότερη πρόσβαση στην προγεννητική φροντίδα (Butler et al., 2015). Ενώ η μαιευτική φροντίδα μπορεί να προσφέρει τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μητρική και νεογνική υγεία, παράλληλα μπορεί να εξασφαλίσει πρόσβαση σε εξειδικευμένη και ολοκληρωμένη επείγουσα φροντίδα όταν είναι απαραίτητο (Homer et al., 2014). Το Αυστραλιανό Κολλέγιο Μαιών (ACM, 2024) τονίζει ότι η συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα και το μαιευτικό μοντέλο είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τις γυναίκες που βιώνουν ή είναι επιζώσες ΣΒ καθώς η σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται με τη μαία μπορεί να διευκολύνει την αποκάλυψη της βίας και να επιτρέψει την παροχή φροντίδας προσαρμοσμένης στις μοναδικές ανάγκες της γυναίκας. Οι Μ/Μ που εργάζονται σε μοντέλα συνεχούς φροντίδας αισθάνονται πιο άνετα να θέτουν ερωτήσεις σχετικά με τη ΣΒ, καθώς έχουν τον χρόνο να αναπτύξουν μια σχέση εμπιστοσύνης και να επιλέξουν την κατάλληλη στιγμή για μια ευαίσθητη συζήτηση. Επιπλέον, η συνεχής φροντίδα επιτρέπει στις Μ/Μ να παρατηρούν πρότυπα συμπεριφοράς σε βάθος χρόνου και να εντοπίζουν σημάδια ΣΒ πριν από την αποκάλυψή της από τη γυναίκα (Rayment-Jones et al., 2020). Η τακτική και συνεχιζόμενη επικοινωνία με μια Μ/Μ πάροχο μαιευτικής φροντίδας μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο οι γυναίκες αυτές να «χαθούν» μέσα σε άλλες διάφορες υπηρεσίες του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα κατά την περίοδο πριν και μετά τον τοκετό, όταν βρίσκονται σε αυξημένη κατάσταση ευαλωτότητας (Zobbi et al., 2022).

2.3.1 Μαιευτική φροντίδα στην Κύπρο: Επαγγελματικός ρόλος και αρμοδιότητες των μαιών στην αναγνώριση και διαχείριση της ΣΒ

Στην Κυπριακή Δημοκρατία, ο ρόλος και οι αρμοδιότητες των μαιών/μαιευτών καθορίζονται από τον Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος τους 1988 μέχρι 2012, Μαιευτικοί Κανονισμοί δυνάμει της παραγράφου (στ) του άρθρου 22. Σύμφωνα με τις

πρόνοιες αυτές, η μαία αναγνωρίζεται ως αυτοτελής επαγγελματίας υγείας, με επιστημονική και κλινική επάρκεια στην παροχή φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, αλλά και στην παρακολούθηση της υγείας των νεογνών.

Η φροντίδα που παρέχει η μαία περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού, αναγνώριση επιπλοκών, διαχείριση επειγόντων περιστατικών και παραπομπή σε ιατρική φροντίδα όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Πέραν της κλινικής της πρακτικής, η μαία έχει θεμελιώδη ρόλο στη συμβουλευτική και αγωγή υγείας της γυναίκας, της οικογένειας και της κοινότητας, με ιδιαίτερη έμφαση στην προγεννητική εκπαίδευση, την υποστήριξη στη γονεϊκότητα, τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, αλλά και τη φροντίδα παιδιών.

Η μαία μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες της σε ποικίλα περιβάλλοντα από το σπίτι και την κοινότητα μέχρι δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια και δρα αυτόνομα ή/και ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας. Στο πλαίσιο αυτό, οφείλει να αναγνωρίζει τις διαφορετικές ανάγκες και την ποικιλομορφία των γυναικών (κοινωνική, πολιτισμική, θρησκευτική, συναισθηματική) και να ανταποκρίνεται με ευαισθησία και επαγγελματισμό.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον ρόλο της μαιάς στην αναγνώριση και διαχείριση της βίας, όπως αυτή περιγράφεται στις επαγγελματικές ικανότητες του Κανονιστικού Πλαισίου:

Κεφάλαιο Α – Ικανότητα στην κοινωνική, επιδημιολογική και πολιτισμική διάσταση της φροντίδας: Η μαία πρέπει να διαθέτει προηγμένη γνώση και κριτική κατανόηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των επιπτώσεών τους στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων φαινομένων όπως η συντροφική βία, η βία στην οικογένεια, αλλά και ο ακρωτηριασμός γεννητικών οργάνων.

Ικανότητα παροχής φροντίδας πριν τη σύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός: Η μαία οφείλει να αναγνωρίζει τους δείκτες και τις κατάλληλες μεθόδους για παροχή συμβουλών και παραπομπής σε περιπτώσεις δυσλειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων, που περιλαμβάνουν τη βία λόγω φύλου, τη συναισθηματική κακοποίηση και την παραμέληση.

Ικανότητα παροχής φροντίδας στη λοχεία: Η εκπαίδευση και η πρακτική της μαίας περιλαμβάνει προσεγγίσεις υποστήριξης για ευάλωτους πληθυσμούς, όπως έφηβες μητέρες και επιζώσες βίας ή βιασμού.

Επιπλέον, η άδεια εξασκήσεως των Μ/Μ στην Κύπρο υπόκειται σε αναθεώρηση ανά πενταετία, ώστε να διασφαλίζεται η δια βίου μάθηση και η προσαρμογή στις εξελισσόμενες ανάγκες φροντίδας μητρότητας.

2.4 Εκπαίδευση για την ΣΒ

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει σημαντικά κενά ως προς την ενσωμάτωση εκπαιδευτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της ΣΒ τόσο στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών όσο και στη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας (Crombie et al., 2017; Allen et al., 2022). Πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας, είτε βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της εκπαίδευσης, είτε ήδη ασκούν το επάγγελμα, λαμβάνουν ανεπαρκή εκπαίδευση σχετικά με τη ΣΒ, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά τους να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες των επιζωσών (Sprague et al., 2018).

Το «κλειδί» για την αποκάλυψη περιστατικών βίας, και κατ' επέκταση για την παραπομπή των γυναικών σε κατάλληλες υπηρεσίες, δεν είναι τι λένε οι επαγγελματίες υγείας, αλλά πώς το λένε, κάτι που απαιτεί βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της ΣΒ (Sawyer et al., 2016). Συνεπώς, παρόλο που τα συστήματα υγείας επιχειρούν συχνά να βελτιώσουν την ανταπόκριση σε περιστατικά βίας, κάθε προσπάθεια ενίσχυσης της αναγνώρισης και παραπομπής των γυναικών σε υποστηρικτικές υπηρεσίες είναι σχεδόν αδύνατο να αποδώσει, όταν προέρχεται από επαγγελματίες υγείας χωρίς την απαραίτητη εκπαίδευση (WHO, 2019).

Κατά συνέπεια, η εκπαιδευτική προσέγγιση οφείλει να στοχεύει όχι μόνο στην ενίσχυση της αντικειμενικής γνώσης, αλλά και στην καλλιέργεια μιας ρεαλιστικής και λειτουργικής αίσθησης επάρκειας, μέσω βιωματικής μάθησης, εποπτείας και συνεχούς αναστοχασμού (Allen et al., 2022). Μόνο έτσι μπορεί να διασφαλιστεί η ουσιαστική μεταφορά της γνώσης στην πράξη και η παροχή ποιοτικής φροντίδας προς τις γυναίκες που επιβιώνουν βία.

Επιπλέον, η σχετική βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η εκπαίδευση για τη συντροφική και γενικότερα την έμφυλη βία μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές στις γνώσεις, τις στάσεις, και την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, καταγράφεται σημαντικό χάσμα ανάμεσα στον πραγματικό αριθμό γυναικών που υφίστανται ΣΒ και στον αριθμό των περιστατικών που εντοπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας. Το φαινόμενο αυτό υποδηλώνει ανεπαρκή αντίληψη, η οποία συχνά σχετίζεται με την απουσία εκπαίδευσης ή με ακατάλληλες αντιδράσεις των επαγγελματιών οι οποίες ενδέχεται να εντείνουν το τραύμα των επιζωσών (Tower, 2007; Liebschutz et al., 2008).

Η συστηματική απουσία της θεματικής της ΣΒ από την αρχική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αντανακλά βαθύτερες κοινωνικές σιωπές και θεσμικά τυφλά σημεία απέναντι στην έμφυλη βία. Η ένταξή της δεν είναι μόνο εκπαιδευτικό ζητούμενο, αλλά πράξη θεσμικής ευθύνης και κοινωνικής δικαιοσύνης. Ωστόσο, ελάχιστες μελέτες που εξετάζουν στρατηγικές εκπαίδευσης για την ΣΒ μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων υγείας σε προπτυχιακό επίπεδο αλλά και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης γεγονός που αναδεικνύει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό.

2.5 Αποτελεσματικότητα Εκπαιδευτικού Προγράμματος

Το Μοντέλο του Kirkpatrick αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και έχει εφαρμοστεί σε ποικίλα προγράμματα, όπως η διαεπιστημονική μάθηση, η συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη και η διαδικτυακή εκπαίδευση, τόσο για φοιτητές όσο και για επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Μ/Μ (Campbell et al., 2019).

Αναπτύχθηκε από τον Donald Kirkpatrick και παρουσιάστηκε μέσα από μια σειρά άρθρων με σκοπό να υποστηρίξει τους εκπαιδευτές στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων του (Heydari et al., 2019).

Η μεθοδολογία του Kirkpatrick βασίζεται σε τέσσερα διαδοχικά επίπεδα αξιολόγησης: (1) Αντίδραση: πώς ανταποκρίνονται οι εκπαιδευόμενοι στο πρόγραμμα, (2) Μάθηση: τι

γνώση και δεξιότητες αποκτούν, (3) Συμπεριφορά: πώς αλλάζει η επαγγελματική τους πρακτική, και (4) Αποτελέσματα: ποια είναι τα απτά οφέλη σε οργανωτικό ή κλινικό επίπεδο.

Η χρήση του μοντέλου θεωρείται αποτελεσματική όταν συνοδεύεται από κατάλληλους δείκτες μέτρησης. Η αξιολόγηση με βάση το μοντέλο αυτό είναι κρίσιμη για τρεις βασικούς λόγους: α) για να διαπιστωθεί η συνάφεια και η ευθυγράμμιση του προγράμματος με τη φιλοσοφία και την αποστολή του οργανισμού, β) για να υποστηριχθεί η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη συνέχιση ή την τροποποίηση του προγράμματος, και γ) για να εντοπιστούν τα σημεία που χρήζουν βελτίωσης με στόχο την ενίσχυση της εκπαιδευτικής αποτελεσματικότητας.

Το πρώτο επίπεδο του μοντέλου αφορά την αντίδραση των συμμετεχόντων, δηλαδή τον βαθμό ικανοποίησής τους από το περιεχόμενο και τη διαδικασία της εκπαίδευσης. Η αξιολόγηση σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται συνήθως μέσω ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων, τα οποία καταγράφουν τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη χρησιμότητα, τη σαφήνεια και τη συνολική εμπειρία του προγράμματος. Αν και δεν αποτελεί απόδειξη μάθησης, η θετική αντίδραση είναι σημαντική, καθώς ενισχύει το ενδιαφέρον και τη δέσμευση των εκπαιδευομένων. Στη μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η αντίδραση των συμμετεχουσών/όντων στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα *STOP IPV*, με έμφαση στον βαθμό ικανοποίησης από το περιεχόμενο, τη δομή και τη μεθοδολογία του.

Το δεύτερο επίπεδο επικεντρώνεται στη μάθηση, δηλαδή στο κατά πόσο οι συμμετέχοντες απέκτησαν νέες γνώσεις, ανέπτυξαν δεξιότητες ή τροποποίησαν στάσεις ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει συνήθως δοκιμασίες πριν και μετά την εκπαίδευση, πρακτικές ασκήσεις ή μελέτες περίπτωσης. Πρόκειται για ένα κρίσιμο επίπεδο που αποτυπώνει την εκπαιδευτική αποτελεσματικότητα σε ατομικό επίπεδο. Η εις βάθος κατανόηση της γνώσης, των στάσεων, της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η διερεύνηση των σχετικών εμποδίων για αναγνώριση και ανίχνευση ΣΒ είναι θεμελιώδες βήμα για την αποτελεσματική μετέπειτα παρέμβαση (Li et al., 2024). Συγκεκριμένα, σε αυτή την μελέτη αξιολογήθηκαν οι γνώσεις, οι στάσεις και η ετοιμότητα των Μ/Μ ως προς την αναγνώριση, αξιολόγηση και διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Το τρίτο επίπεδο εστιάζει στη μεταφορά της μάθησης στην πράξη, δηλαδή στο κατά πόσο οι εκπαιδευόμενοι εφαρμόζουν στον χώρο εργασίας τους όσα έμαθαν κατά την εκπαίδευση. Αυτό το επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντικό στον τομέα της υγείας, όπου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαγγελματική συμπεριφορά. Η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω παρατήρησης, αξιολογήσεων από προϊσταμένους ή αυτοαναφορές. Στο πλαίσιο αυτό, στην έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκαν ομάδες εστίασης στις οποίες συμμετείχαν τόσο μαίες που είχαν λάβει μέρος στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα *STOP IPV*, όσο και μαίες που δεν είχαν συμμετάσχει.

Τέλος, το τέταρτο και πιο απαιτητικό επίπεδο αφορά τον συνολικό αντίκτυπο της εκπαίδευσης σε οργανωσιακό ή κοινωνικό επίπεδο. Στο πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας, αυτό μπορεί να μεταφράζεται σε βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, μείωση σφαλμάτων ή αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Παρά τη δυσκολία συλλογής δεδομένων για αυτό το επίπεδο, η αξιολόγησή του είναι κρίσιμη για τη διαμόρφωση στρατηγικών βελτίωσης της εκπαίδευσης. Αν και η μελέτη αυτή δεν περιλάμβανε μετρήσεις συστημικού αντίκτυπου, τα ευρήματα προσέφεραν τεκμηριωμένες προτάσεις πολιτικής και ανέδειξαν την ανάγκη για θεσμικές παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι Μ/Μ διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην αναγνώριση, την υποστήριξη και την παραπομπή γυναικών που βιώνουν συντροφική βία. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές εκπαίδευσης είναι απαραίτητες για να βελτιώσουν τη γνώση, την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες των Μ/Μ στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας, ενισχύοντας έτσι την κλινική πρακτική και τα αποτελέσματα για τις γυναίκες και τις οικογένειές τους (Torres-Vitolas, Bacchus and Aston, 2010; Finnbogadóttir and Dykes, 2012; Sprague et al., 2012; Eustace et al., 2016; Crombie, Hooker and Reisenhofer, 2017; K. Baird et al., 2018).

Η ενσωμάτωση της ανίχνευσης ΣΒ στην εγκυμοσύνη από επαγγελματίες υγείας μητρότητας έχει συζητηθεί όχι μόνο για τον εντοπισμό γυναικών που δεν αναφέρουν την βία αλλά και για να δοθεί έμφαση στον συνδυασμό ταυτοποίησης και παρέμβασης για την επίτευξη της προστασίας της μητέρας και του εμβρύου. Αυτή η παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της μελλοντικής βίας, βελτίωση της ποιότητας ζωής και καλύτερη έκβαση της εγκυμοσύνης (Crombie, Hooker and Reisenhofer, 2017).

Ο ΠΟΥ (2014) προτείνει ότι οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να παρέχουν άμεση υποστήριξη και παραπομπή σε γυναίκες που βιώνουν ΣΒ και συνιστά εκπαίδευση για την ΣΒ που περιλαμβάνει τον σχεδιασμό ασφάλειας, την επικοινωνία και την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, καθώς και την αντιμετώπιση των στάσεων του προσωπικού προς τις επιζώσες. Επιπλέον, η ΔΣΜ (2018) στις συστάσεις της, τονίζει την ανάγκη ενίσχυσης της μαιευτικής εκπαίδευσης και των βασικών δεξιοτήτων για την διερεύνηση της έμφυλης βίας. Τονίζει ότι πρέπει να περιλαμβάνει τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας, την παροχή πληροφοριών σε όλες τις γυναίκες για τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας, ανεξάρτητα από το αν αποκαλύπτεται βία ως επίσης και τη συστηματική ερώτηση σχετικά με την ασφάλεια στο σπίτι και στη δουλειά. Επιπλέον, τονίζεται η αναγκαιότητα αναγνώρισης πιθανών ενδείξεων ΣΒ μέσα από τη σωματική εμφάνιση και τη συναισθηματική συμπεριφορά, η ταυτοποίηση σχετικών επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως η κατάχρηση ουσιών, καθώς και η παροχή εξειδικευμένης υποστήριξης σε εφήβους και επιζώσες βίας. Οι συστάσεις υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της διευκόλυνσης παραπομπών σε κοινοτικές

υπηρεσίες και της παροχής βοήθειας για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να αντιμετωπίσουν κοινούς μύθους που σχετίζονται με τη βία ώστε να προάγουν θετικές στάσεις, να επικεντρωθούν στη γνώση και την προετοιμασία για συστηματική ερώτηση, να παρέχουν πληροφορίες για τοπικούς πόρους και να προάγουν την τήρηση των βέλτιστων πρακτικών (Baird et al., 2018). Τα προγράμματα εκπαίδευσης δεν πρέπει να απευθύνονται μόνο σε επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία αλλά και σε φοιτήτριες μαιευτικής και νοσηλευτικής, οι οποίες θα αποκτήσουν αυξημένη γνώση και ευαισθητοποίηση για τη βία κατά των γυναικών, καθώς θα έρθουν σε επαφή με γυναίκες όταν ξεκινήσουν να εργάζονται στο επάγγελμα (Sis Çelik and Aydın, 2019)

Commented [EM1]: Όχι και φοιτητες?

Επιπλέον, τα πανεπιστήμια - τα προγράμματα σπουδών μαιευτικής πρέπει να περιλαμβάνουν στο περιεχόμενό τους εκπαίδευση για την πρόληψη, την ανίχνευση και την υποστήριξη θυμάτων ΣΒ (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas and Payà-Sánchez, 2017), ώστε οι φοιτήτριες/τές να μπορούν να ενεργούν και να εκφράζονται όταν υπάρχουν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων (WHO, 2014).

3.1 Σκοπός

Να περιγράψουν τα διαθέσιμα εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με την ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη για Μ/Μ και φοιτήτριες μαιευτικής.

3.1.1 Επimέρους στόχοι

- Ποια ήταν τα χαρακτηριστικά των διαθέσιμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με την ΣΒ στην εγκυμοσύνη για Μ/Μ και φοιτήτριες μαιευτικής.
- Να εντοπιστούν τα ευρήματα τους και οι κύριοι τομείς της αποτελεσματικότητάς τους

3.2 Μέθοδος και Υλικό

Η ανασκόπηση εύρους της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα εξής βήματα:

- (α) καταγραφή των σκοπών της ανασκόπησης

(β) συστηματική αναζήτηση επιστημονικών δεδομένων, σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια, για τη συλλογή των μελετών του δείγματος

(γ) αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ανασκοπούμενων μελετών για ένταξή τους στο δείγμα

(δ) κριτική και συστηματική καταγραφή των χαρακτηριστικών και κύριων αποτελεσμάτων των μελετών του δείγματος.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα ανασκόπηση περιγράφεται με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές για Συστηματικές Ανασκοπήσεις και Μετα-Αναλύσεις, ακολουθώντας παράλληλα το πλαίσιο PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (McKenzie *et al.*, 2021). Η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών και του PRISMA διασφαλίζει την επιστημονική εγκυρότητα, τη διαφάνεια των αποτελεσμάτων, παρέχοντας σαφή κριτήρια για την επιλογή, την αξιολόγηση και την παρουσίαση των δεδομένων.

3.2.1 Στρατηγική αναζήτησης

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις εξής βάσεις δεδομένων: PUBMED, EBSCO, CINAHL, χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά μόνες τους ή σε συνδυασμό, σύμφωνα με τους Ιατρικούς Όρους Θέματος (MeSH): ‘evaluation’, ‘educational training’, ‘course’, ‘midwives’, ‘student midwife’, ‘intimate partner violence’, and ‘pregnancy’ σε συνδυασμό με τους τελεστές Boolean «AND» και «OR».

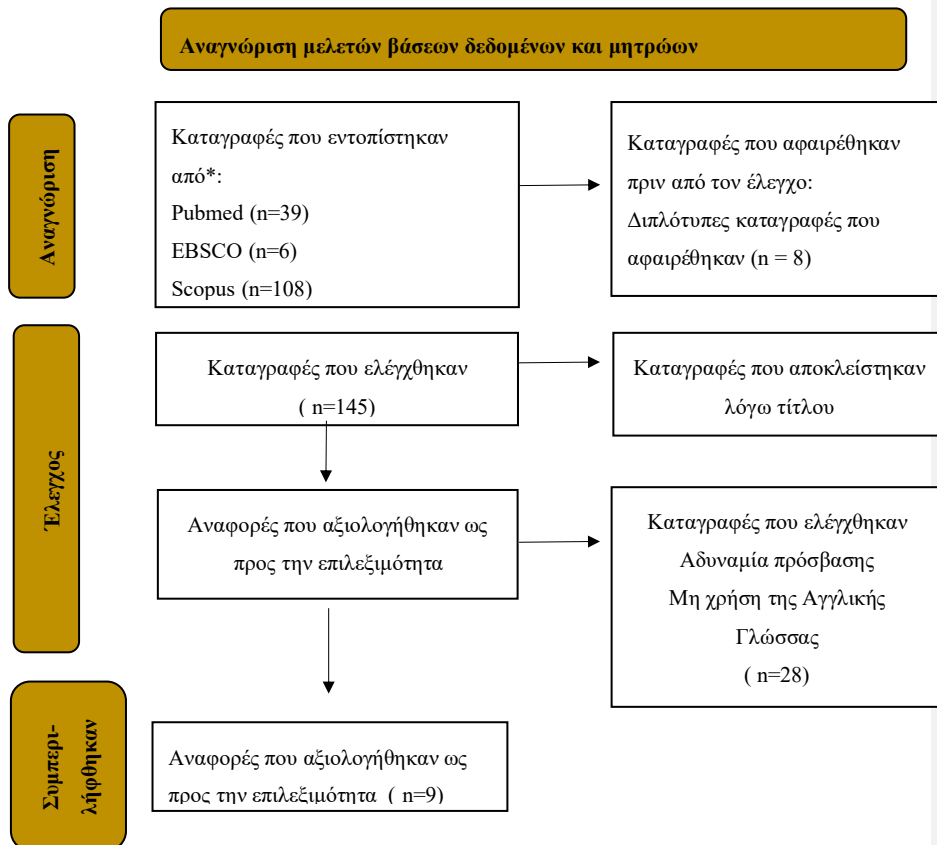
Η στρατηγική αναζήτησης πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2023. Επανεκτέλεση της αναζήτησης έγινε τον Μάρτιο του 2023. Η αναζήτηση διεξήχθη από δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας (EM, EX) για την εξασφάλιση της ακρίβειας των αποτελεσμάτων.

3.2.2 Κριτήρια ένταξης μελετών

Οι μελέτες έπρεπε να: (α) χρησιμοποιούν ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία ή να περιλαμβάνουν τέτοιο σχεδιασμό (μικτές μέθοδοι), (β) περιλαμβάνουν στο δείγμα Μ/Μ ή/και φοιτήτριες μαιευτικής, (γ) επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων ή μαθημάτων που αφορούν την ΣΒ, (δ) να είναι δημοσιευμένες στα Αγγλικά ή την Ελληνική Γλώσσα, και (ε) έχουν δημοσιευθεί σε έγκριτα περιοδικά με κριτές μεταξύ Ιανουαρίου 2010 και Μαρτίου 2023.

3.2.3 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Παρουσιάσεις συνεδρίων και άρθρα που περιγράφουν εκπαιδευτικά προγράμματα χωρίς εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους αποκλείστηκαν. Η στρατηγική επιλογής των μελετών βασίστηκε στις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA Διάγραμμα ροής Prisma 2020 (Διάγραμμα 1). Η αναζήτηση απέφερε 153 άρθρα. Οκτώ άρθρα αφαιρέθηκαν ως διπλότυπα. Από τα 145 πλήρη κείμενα, δύο ερευνητές (EM, EX) ανεξάρτητα εξέτασαν τους τίτλους και τις περιλήψεις. Μετά την εξέταση των τίτλων, 108 άρθρα αποκλείστηκαν γιατί δεν τηρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Μετά την ανάλυση των περιλήψεων, 28 άρθρα αποκλείστηκαν λόγω αδυναμίας πρόσβασης και μη χρήσης της Αγγλικής Γλώσσας. Μόνο εννέα άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην ανασκόπησης.



Διάγραμμα 1. Διάγραμμα Ροής PRISMA 2020 στρατηγικής αναζήτησης

3.2.4 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε τρία διαδοχικά και αλληλένδετα στάδια, με στόχο την πλήρη και συστηματική επεξεργασία των ευρημάτων. Στο πρώτο στάδιο, εντοπίστηκαν οι μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, περιγραφήκαν λεπτομερώς τα κύρια μεθοδολογικά χαρακτηριστικά τους και δημιουργήθηκαν πίνακες που παρουσίαζαν συγκεντρωτικά τις βασικές παραμέτρους κάθε μελέτης. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε συστηματική αξιολόγηση της μεθοδολογικής τους ποιότητας μέσω των εργαλείων NIH Quality Assessment Tool (Πίνακας 19), Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Πίνακας 20) και JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (Πίνακας 21), με στόχο τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δεδομένων. Το τελικό στάδιο περιλάμβανε την οργάνωση των αποτελεσμάτων των μελετών σύμφωνα με τους ερευνητικούς στόχους της παρούσας εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ερμηνεία των δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

3.3 Αποτελέσματα

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, αναφορικά με τον σχεδιασμό τους, το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος, καθώς και το πλαίσιο διεξαγωγής τους.

3.3.1 Χαρακτηριστικά μελετών

Τρεις από αυτές ήταν μελέτες παρεμβάσεων με σύγκριση πριν και μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, (Jayatilleke et al., 2015; Sis Çelik & Aydın, 2019, K. M. Baird et al., 2018) μία ήταν συγχρονική μελέτη (Torres-Vitolas, Bacchus and Aston, 2010), δύο ήταν πειραματικές μελέτες (Yilmaz, 2018; Duchesne et al., 2020) και τρεις ακολούθησαν μεικτές μεθόδους έρευνας (Baird et al., 2018; Smith et al., 2018; Baird et al., 2013). Το μέγεθος του δείγματος των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν σε αυτές τις μελέτες κυμαινόταν από 21 έως 408 άτομα, συμπεριλαμβάνοντας συνολικά 706 Μ/Μ και 389 φοιτητές/τριες μαιευτικής. Οι μελέτες διεξήχθησαν στην Αυστραλία (n=3), την Ευρώπη (n=3) και την Ασία (n=3).

Τρεις μελέτες συμπεριέλαβαν Μ/Μ καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως μαιευτήρες γυναικολόγους και νοσηλευτές (Duchesne et al., 2020; Torres-Vitolas et al., 2010; Sis Çelik & Aydın, 2019). Συνολικά, έξι εκπαιδευτικά προγράμματα για Μ/Μ και τρία για φοιτητές/τριες μαιευτικής περιλήφθηκαν στο δείγμα των μελετών. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες (n=6) επικεντρώθηκαν σε στρατηγικές εκπαίδευσης για επαγγελματίες Μ/Μ που εργάζονται σε μαιευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων. Μία μελέτη εξέτασε Μ/Μ που εργάζονται στην κοινότητα, ενώ δύο μελέτες διερεύνησαν εκπαιδευτικά προγράμματα ενσωματωμένα στο πρόγραμμα πανεπιστημιακών σπουδών μαιευτικής (18,22).

3.3.2 Διάρκεια

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις παρουσίασαν σημαντική ποικιλομορφία ως προς τη διάρκειά τους, κυμαινόμενες από μόλις μιάμιση ώρα (Duchesne *et al.*, 2020) έως και 14 εβδομάδες με δώρα μαθήματα (Sis Çelik and Aydın, 2019). Τα προγράμματα που απευθύνονταν σε εν ενεργεία επαγγελματίες υγείας, όπως Μ/Μ, νοσηλευτές και ιατρούς, ήταν ως επί το πλείστον συμπυκνωμένα, με διάρκεια μίας ημέρας ή λιγότερο, με μοναδική εξαίρεση το τετραήμερο πρόγραμμα των Jayatilleke et al., (2015) στη Σρι Λάνκα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη μελέτη των Baird, Salmon και White (2013) δεν καταγράφεται ρητά η ακριβής διάρκεια της εκπαιδευτικής παρέμβασης, ωστόσο βάσει του σχεδιασμού του Προγράμματος BPDVP (Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme) και της συνέχειάς του σε επόμενες μελέτες της ίδιας ομάδας, τεκμηριώνεται ότι η παρέμβαση είχε διάρκεια μίας ημέρας, ευθυγραμμισμένη με άλλες εκπαιδευτικές δράσεις της ομάδας Baird στην Αυστραλία.

Αντίθετα, τα προγράμματα που σχεδιάστηκαν για φοιτήτριες/ές προπτυχιακού επιπέδου, κυρίως στον τομέα της Μαιευτικής και των Επιστημών Υγείας, ήταν εκτενέστερα και ενταγμένα στο πλαίσιο του αναλυτικού προγράμματος σπουδών, επιτρέποντας ενδελεχή ανάλυση θεματικών ενοτήτων και βιωματική προσέγγιση στη μάθηση. Εξαίρεση αποτελεί η μελέτη των Smith et al. (2018) η οποία περιλάμβανε ένα μονοήμερο εργαστήριο για φοιτήτριες μαιευτικής, εστιάζοντας κυρίως στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για την ανταπόκριση σε αποκαλύψεις ΣΒ. Οι διαφοροποιήσεις αυτές στη διάρκεια αντανακλούν όχι μόνο τους διαθέσιμους πόρους και τον στόχο κάθε

προγράμματος, αλλά και τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονταν.

3.3.3 Εκπαιδευτική μέθοδος και περιεχόμενο

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την ενδοοικογενειακή βία παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο ως προς τη διάρκεια και τη μεθοδολογία διδασκαλίας, όσο και ως προς το περιεχόμενο και τα αποτελέσματά τους. Αν και όλες έχουν ως κοινό στόχο την ενίσχυση της ικανότητας των Μ/Μ ή των φοιτητριών/των Μαιευτικής να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται σε περιστατικά ΣΒ, ο τρόπος υλοποίησής τους διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο και τον πληθυσμό-στόχο.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για Μ/Μ και φοιτήτριες/ές μαιευτικής υιοθέτησαν μια ποικιλία εκπαιδευτικών μεθόδων και κάλυψαν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που σχετίζονται με τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη για Μ/Μ και φοιτήτριες/τες μαιευτικής από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2023.

Εκπαιδευτικά Προγράμματα	Υποκατηγορίες	Χαρακτηριστικά
Για Μ/Μ και φοιτήτριες/τες Μαιευτικής	Διάρκεια	• Μία ημέρα (οι ώρες δεν έχουν καθοριστεί) • Τέσσερις ημέρες (οι ώρες δεν έχουν καθοριστεί) • Μιάμιση ώρα • 7 ώρες • 10 συνεδρίες των 2 ωρών
	Εκπαιδευτική Μέθοδος	• Διεπιστημονικές συνεδρίες • Διαλέξεις • Θεωρία • Παιχνίδια ρόλων • Πρακτική στην ανίχνευση • Ομαδικές δραστηριότητες • Προβολή βίντεο • Αναφορές περιπτώσεων • Συζήτηση

	Περιεχόμενο	• Ευαισθητοποίηση για την ΣΒ • Τύποι ΣΒ • Ρόλοι φύλου • Κοινωνική και έμφυλη ισότητα • Παράγοντες κινδύνου • Πρακτική εκπαίδευση για τη διερεύνηση ΣΒ • Τεκμηρίωση • Γιατί οι γυναίκες μπορεί να επιλέγουν να παραμείνουν με έναν βίαιο σύντροφο • Επιπτώσεις της βίας στην υγεία των γυναικών, του εμβρύου και των παιδιών • Στερεότυπες αντιλήψεις και μύθοι για την ΣΒ • Κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση • Εργαλεία ανίχνευσης ΣΒ • Ρόλοι και ευθύνες μαιών/άλλων επαγγελματιών υγείας στην εξάλειψη της βίας • Νομοθεσία/νομικές πτυχές της βίας κατά των γυναικών • Εργαλεία ανίχνευσης βίας • Παραπομπή σε υπηρεσία υποστήριξης • Διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης για επιζώσες • Πώς να υποστηρίξετε επιζώσες βίας • Εμπειρίες γυναικών επιζωσών κατά την Εγκυμοσύνη • Ανάπτυξη σχεδίων ασφάλειας και εντύπων καταγραφής • Νομοθεσία για την προστασία των παιδιών • Στρατηγικές αυτοφροντίδας των Μ/Μ • Αξιολόγηση προγράμματος
--	-------------	--

Οι μέθοδοι περιλάμβαναν ομαδικές δραστηριότητες, παιχνίδια ρόλων, ανάλυση περιστατικών, διαλέξεις και θεωρητικά μαθήματα. Σημαντική έμφαση δόθηκε στις διεπιστημονικές συνεδρίες, με συμμετοχή επαγγελματιών όπως Μ/Μ, ακαδημαϊκοί, γιατροί και ψυχολόγοι, ενώ ενσωματώθηκαν πρακτικές δεξιότητες, όπως η ανίχνευση, η τεκμηρίωση και η καταγραφή των περιστατικών ΣΒ σε μαιευτικές αναφορές (Jayatilleke et al., 2015). Ορισμένα προγράμματα περιλάμβαναν και τη χρήση βίντεο και ομαδικές

συζητήσεις, ενισχύοντας την κατανόηση μέσω βιωματικών εμπειριών (K. M. Baird et al., 2018; Smith et al., 2018).

Το εκπαιδευτικό περιεχόμενο αυτών των παρεμβάσεων ήταν επίσης ιδιαίτερα πλούσιο και ποικιλόμορφο. Περιλάμβανε βασικές έννοιες, όπως τον ορισμό της ΣΒ, τους τύπους της, τους ρόλους φύλου και την κοινωνική και έμφυλη ισότητα, καθώς και τις επιπτώσεις της βίας στην υγεία των γυναικών, του εμβρύου και των παιδιών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη συζήτηση των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες μπορεί να παραμένουν σε κακοποιητικές σχέσεις, καταρρίπτοντας στερεότυπα και μύθους γύρω από τη ΣΒ. Επίσης, αναλύθηκαν εκτενώς οι νομικές πτυχές της βίας, συμπεριλαμβανομένης της ισχύουσας νομοθεσίας στις διάφορες χώρες, των διαδικασιών αναφοράς περιστατικών και των διαθέσιμων υπηρεσιών υποστήριξης για τις επιζώσες.

Επιπλέον, αρκετά προγράμματα περιλάμβαναν στρατηγικές αυτοφροντίδας και διαχείρισης του στρες για τους επαγγελματίες υγείας, με στόχο την ενίσχυση της επαγγελματικής ανθεκτικότητας και της ψυχοσυναισθηματικής σταθερότητας όσων καλούνται να διαχειριστούν τέτοια ευαίσθητα περιστατικά. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο ήταν η ενσωμάτωση αφηγήσεων επιζώντων θυμάτων ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη (K. Baird et al., 2018; K. M. Baird et al., 2018), που προσέφεραν πολύτιμη βιωματική γνώση και ενίσχυσαν την ενσυναίσθηση των συμμετεχουσών. Παράλληλα, τρεις μελέτες ανέδειξαν τις επιπτώσεις της ΣΒ στην υγεία των παιδιών, υπογραμμίζοντας τη διαγενεακή διάσταση του προβλήματος (Baird et al., 2013; Baird et al., 2018; Duchesne et al., 2020).

Σημαντική ήταν η ενσωμάτωση κατευθυντήριων οδηγιών και εργαλείων ανίχνευσης, καθώς και πρωτοκόλλων παραπομπής (Sis Çelik & Aydın, 2019), παρέχοντας στους επαγγελματίες συγκεκριμένα βήματα για την ανταπόκρισή τους. Η ποικιλία στις μεθόδους και στο περιεχόμενο των προγραμμάτων υπογραμμίζει τη συστηματική προσπάθεια για μια σφαιρική εκπαίδευση, προσανατολισμένη τόσο στη βελτίωση των κλινικών δεξιοτήτων, όσο και στη συναισθηματική ενδυνάμωση και ευαισθητοποίηση των Μ/Μ για την αποτελεσματική υποστήριξη των θυμάτων ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.

Σε σύγκριση με τον οδηγό «*Caring for Women Subjected to Violence: A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers*» (WHO, 2021) ο οποίος περιλαμβάνει τέσσερις νέες ενότητες, τρεις σχεδιασμένες για διοικητικά στελέχη υγείας με στόχο την

αξιολόγηση και ενίσχυση της ετοιμότητας των δομών υγείας και μία επιπλέον ενότητα για στελέχη και επαγγελματίες υγείας με επίκεντρο την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών, στην παρούσα ανασκόπηση δεν διαπιστώθηκε να περιλαμβάνονται στα εκπαιδευτικά προγράμματα για μαίες και μαιευτές δεξιότητες επικοινωνίας με επιζώσες, εκπαίδευση στη μέθοδο LIVES (Listen, Inquire, Validate, Enhance, Support), πρακτική άσκηση στην κλινική εξέταση, καθώς και κατάρτιση σε ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού και HIV. Η απουσία αυτών των θεματικών ενότητων ενδέχεται να οφείλεται στον εξειδικευμένο εστιασμό των προγραμμάτων στην εγκυμοσύνη και όχι στην ευρύτερη προσέγγιση που απαιτείται σε άλλες φάσεις της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών.

3.3.4 Προηγούμενη εμπειρία με εκπαίδευση για την ΣΒ

Οι περισσότερες/οι συμμετέχουσες/οντες στα εκπαιδευτικά προγράμματα ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει προηγούμενη εκπαίδευση σχετικά με τη συντροφική ή ενδοοικογενειακή βία, ενώ σε αρκετές μελέτες τονίζεται ρητά αυτή η έλλειψη, αναδεικνύοντας ένα σημαντικό κενό στο επίπεδο της βασικής επαγγελματικής κατάρτισης. Η μελέτη των Torres-Vitolas et al. (2010) καταγράφει ότι μόνο το 39,9% των συμμετεχόντων/ουσών είχε προηγούμενη σχετική εκπαίδευση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων Μ/Μ, ιατρών και νοσηλευτών) συμμετείχε στην παρέμβαση χωρίς εξειδικευμένες γνώσεις ή εμπειρία στο θέμα. Αντίστοιχα, στη μελέτη των Jayatilleke et al. (2015) επισημαίνεται ότι οι κοινοτικές Μ/Μ στη Σρι Λάνκα δεν είχαν λάβει καμία επίσημη εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Η απουσία βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων ανέδειξε την ανάγκη ανάπτυξης στοχευμένων παρεμβάσεων, σχεδιασμένων για την κάλυψη αυτού του κρίσιμου κενού.

Παρόμοια εικόνα προκύπτει και από τις μελέτες των Baird et al (2013, 2018), στις οποίες τεκμηριώνεται με σαφήνεια η έλλειψη προηγούμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα αναγνώρισης και ανταπόκρισης σε περιστατικά συντροφικής βίας. Στη μελέτη του Baird et al (2018), συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων/ουσών δήλωσε ότι είχε λάβει ελάχιστη ή καθόλου σχετική εκπαίδευση, γεγονός που κατέστησε επιτακτική την ανάγκη για δομημένα, πρακτικά και επαναλαμβανόμενα προγράμματα εκπαίδευσης.

Παρά τα παραπάνω, η εκπαίδευση εξακολουθεί να παραμένει αποσπασματική και συχνά ανεπαρκής και στο επίπεδο των προπτυχιακών σπουδών ιδίως για τις φοιτήτριες/ές Μαιευτικής. Όπως αναφέρεται στη μελέτη των Sis Çelik & Aydın (2019), οι φοιτήτριες/τες ανέφεραν περιορισμένη έκθεση σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες που αφορούν τη βία κατά των γυναικών, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων και ετοιμότητας κατά την έναρξη της επαγγελματικής τους πορείας.

3.3.5 Περιοχές αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την συντροφική βία

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν σε επαγγελματίες υγείας και φοιτήτριες/ές Μαιευτικής παρουσίασαν πολλαπλά οφέλη, επιδρώντας θετικά τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Μία από τις πιο σταθερά παρατηρούμενες περιοχές αποτελεσματικότητας ήταν η βελτίωση των γνώσεων των συμμετεχόντων γύρω από τη φύση και τα χαρακτηριστικά της ενδοοικογενειακής και συντροφικής βίας, καθώς και η ενίσχυση της αυτοπεποίθής τους στη διαχείριση σχετικών περιστατικών. Στη μελέτη των K. Baird et al. (2018) καταγράφηκε σαφής βελτίωση στις γνώσεις των Μ/Μ σχετικά με τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και αύξηση της αυτοπεποίθησης όσον αφορά την αναγνώριση και αξιολόγηση περιστατικών βίας στις προγεννητικές επισκέψεις. Αντίστοιχα, στη μελέτη των Jayatilleke et al. (2015), οι κοινοτικές Μ/Μ στη Σρι Λάνκα κατάφεραν να αναγνωρίσουν τουλάχιστον μία γυναίκα επιζώσα από ΣΒ εντός τριών μηνών από την εκπαίδευση, γεγονός που καταδεικνύει ουσιαστική ενίσχυση της κλινικής επάρκειας και της ευαισθητοποίησής τους.

Σε επίπεδο γενικών ευρημάτων, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι η εκπαίδευση συνέβαλε στην ανάπτυξη επαγγελματικής ευθύνης για την αναγνώριση και υποστήριξη των θυμάτων, στην ενίσχυση των γνώσεων για τα εργαλεία ανίχνευσης των προειδοποιητικώνσημαδιών της βίας, στις υπηρεσίες παραπομπήςκαθώς και στη βελτίωση της συνεργασίας με διεπιστημονικές ομάδες (Baird et al., 2013; Jayatilleke et al., 2015).

Οι συμμετέχοντες απέκτησαν πιο δομημένη και εστιασμένη γνώση για την αναγνώριση της ΣΒ, τους τρόπους προσέγγισης των γυναικών, τη διαχείριση της αποκάλυψης, και την παραπομπή σε εξειδικευμένες δομές. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην κατανόηση των

κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση και τη διαχείριση της ΣΒ.

Η εκπαίδευση ενίσχυσε την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών και φοιτητών στην ανάληψη ενεργού ρόλου σε περιστατικά βίας. Οι Μ/Μ αισθάνονταν πιο προετοιμασμένες να εντοπίζουν σημάδια βίας και να συζητούν ευαίσθητα θέματα με τις γυναίκες. Σε επίπεδο φοιτητών, η αυτοπεποίθηση αυξήθηκε στους τομείς της επικοινωνίας, της παραπομπής, της συναισθηματικής διαχείρισης και της προσωπικής υποστήριξης, μετά την επαφή με γυναίκες που αποκαλύπτουν εμπειρίες βίας (Sis Çelik & Aydın, 2019; Smith et al., 2018).

Παράλληλα, παρατηρήθηκαν θετικές μεταβολές στις στάσεις των συμμετεχόντων /ουσων απέναντι στη ΣΒ, με αποδοχή της σημασίας της πρόληψης και της επαγγελματικής ευθύνης καθώς και κριτική στάση απέναντι σε κοινωνικά στερεότυπα και παραδοσιακούς ρόλους φύλου (Yilmaz, 2018; Smith et al., 2018). Οι φοιτητές/τριες ανέπτυξαν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και κοινωνική επίγνωση, στοιχεία απαραίτητα για την παροχή φροντίδας σε γυναίκες που βιώνουν βία.

Πίνακας 2 Χαρακτηριστικά των μελετών που αξιολογούν εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τη βία από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για Μ/Μ/φοιτήτριες/τές μαιευτικής από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2023 (Manoli et al., 2024)

Συγγραφείς μελέτης Χρονιά Χώρα	Σκοπός	Τύπος μελέτης, πληθυσμός	Διάρκεια παρέμβασης	Εκπαιδευτική μέθοδος και περιεχόμενο	Σημαντικά ευρήματα
(Torres-Vitolas, Bacchus and Aston, 12 2010) Ηνωμένο Βασίλειο	Να εντοπιστούν οι ανάγκες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της μητρότητας και της σεξουαλικής υγείας όσον αφορά την τακτική διερεύνηση της ενδοοικογενειακής βίας.	Συγχρονική μελέτη Ερωτηματολόγια πριν την εκπαίδευση 222 συμμετέχοντες Επαγγελματίες υγείας μητρότητας και σεξουαλικής υγείας (συμπεριλαμβανομένων ιατρών, μαιών και νοσηλευτών)	Μια μέρα εκπαίδευση	Εκπαιδευτική μέθοδος: Διεπιστημονικές συνεδρίες Περιεχόμενο: Ευαισθητοποίηση για την οικογενειακή βία, πρακτική εκπαίδευση για την τακτική διερεύνηση της οικογενειακής βίας, τεκμηρίωση και παραπομπή στην υπηρεσία υποστήριξης.	39,9% των συμμετεχόντων/ουσων ανέφεραν ότι είχαν λάβει περιορισμένη εκπαίδευση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Συνολικά, το 43,3% των συμμετεχόντων/ουσων ανέφερε ότι είχε βιώσει τουλάχιστον μία αποκάλυψη περί ενδοοικογενειακής βίας στους 12 μήνες που προηγήθηκαν της συνεδρίας εκπαίδευσης. Το 46% των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της φροντίδας μητρότητας ανέφερε ότι υποψιάζονταν πως μια γυναίκα ήταν επιζώσα από ενδοοικογενειακή βία, σε σύγκριση με το 30,6% του υπόλοιπου προσωπικού στον τομέα της μητρότητας.

(Baird, Salmon and White, 2013) Ηνωμένο Βασίλειο	Να αξιολογηθεί ο βαθμός διατήρησης των αλλαγών στην κλινική πρακτική που εντοπίστηκαν από την προηγούμενη αξιολόγηση του Προγράμματος Ενδοοικογενειακής Βίας κατά την Εγκυμοσύνη (BPDVP), σχετικά με τη συστηματική διερεύνηση ενδοοικογενειακής βίας.	Μελέτη παρακολούθησης – μικτή μεθοδολογία Ημιδομημένα ερωτηματολόγια Συνεντεύξεις ομάδων εστίασης Πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή του προγράμματος εκπαίδευσης 58 M/M	Μια μέρα εκπαίδευση	Εκπαιδευτική μέθοδος: Δεν αναφέρθηκε Περιεχόμενο: Ευαισθητοποίηση, ανάπτυξη πολιτικής, τρόποι παραπομπής και τεκμηρίωση, τρόποι διασφάλισης ασφάλειας των γυναικών.	Το 61% των μαιών ανέφερε ότι τα επίπεδα αυτοπεποίθησής τους για τη διερεύνηση της ενδοοικογενειακής βίας αυξήθηκαν μετά την εκπαίδευση, σε σύγκριση με το 36% στην πρώτη μελέτη. Γενικά, η επίδραση της εκπαίδευσης στη γνώση αυξήθηκε σημαντικά όσον αφορά τη διερεύνηση και την ανταπόκριση στην ενδοοικογενειακή βία.
(Jayatilleke et al., 2015) Σρι Λάνκα	Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος στη βελτίωση της ικανότητας των κοινοτικών μαιών για την αναγνώριση και τη διαχείριση	Μελέτη πριν και μετά την παρέμβαση Διεξήχθη έρευνα πριν και μετά την παρέμβαση, με αξιολόγηση έξι μήνες μετά την εκπαίδευση.	4 ημέρες εκπαίδευσης	Εκπαιδευτική μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της προσομοίωσης ρόλων και μελέτης περιπτώσεων, όπου οι εκπαιδευτές συζήτησαν τρόπους διαχείρισης περιστατικών ΣΒ σε διαφορετικές καταστάσεις.	Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελτίωσε σημαντικά τις πρακτικές. Το 98,5% των μαιών αναγνώρισαν τουλάχιστον μια επιζώσα ΣΒ, συγκριτικά με τα ποσοστά πριν από την παρέμβαση. Όλες οι μετρήσεις μετά την παρέμβαση ήταν τουλάχιστον 50% υψηλότερες από τις μετρήσεις πριν από τη συνέντευξη (γνώσεις, αντιλαμβανόμενη ευθύνη, αυτοπεποίθηση).

	περιστατικών ΣΒ στην Κάντι..	Συμμετείχαν συνολικά 408 κοινοτικές/οι Μ/Μ		Περιεχόμενο: Ρόλοι φύλου, τύποι βίας και επιπτώσεις στην υγεία από την ΣΒ. Ο νόμος περί πρόληψης ΣΒ στη Σρι Λάνκα. Διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης των θυμάτων ΣΒ στη χώρα. Πώς να αναγνωρίζονται και να υποστηρίζονται οι επιζώσες ΣΒ	
(K. Baird et al., 11 2018) Αυστραλία	Να αξιολογηθεί η μακροπρόθεσμη επίδραση εκπαιδευτικού προγράμματος εκπαίδευσης και υποστήριξης για την ενδοοικογενειακή βία, με στόχο την προώθηση της συστηματικής διερεύνησης περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας από Μ/Μ κατά τη διάρκεια της προγεννητικής	Μικτή μεθοδολογία Έρευνα σε μαιές έξι μήνες μετά την εκπαίδευση Συνεντεύξεις με βασικούς εμπλεκόμενους σε δώδεκα μήνες Ανασκόπηση δεδομένων αρχείων σχετικά με τη διερεύνηση ΣΒ και τα ποσοστά αποκάλυψης (για δεκαέξι μήνες) 83 Μ/Μ	7ώρο εργαστήριο	Εκπαιδευτική μέθοδος Περιλάμβανε μια ποικιλία διδακτικών προσεγγίσεων, όπως ομαδικές δραστηριότητες, προσομοίωση ρόλων και ανάλυση μελετών περιπτώσεων. Περιεχόμενο: Εμπειρία μιας επιζήσασας που βίωσε ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη. Οι αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας. Συνεδρία ανταλλαγής πληροφοριών από τοπικό φορέα υποστήριξης και παραπομπής περιστατικών ΣΒ και ενδοοικογενειακής βίας. Συζήτηση στρατηγικών για την αντιμετώπιση πιθανών εμποδίων στη συστηματική διερεύνηση ΣΒ στην κλινική πράξη. Ευκαιρία για τις συμμετέχουσες να	Η μελέτη αυτή διαπιστώνει ότι όλα τα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με αποτελέσματα πριν την εκπαίδευση. Το σκορ για το επίπεδο ετοιμότητας αυξήθηκε κατά 20%, ενώ οι γνώσεις αυξήθηκαν κατά 17% για την ενδοοικογενειακή βία. Περισσότερο από το 90% των συμμετεχουσών ανέφεραν βελτίωση της αυτοπεποίθησής τους για τη διεξαγωγή διερεύνησης ΣΒ. Ο έλεγχος των αρχείων έδειξε ότι το 90% των γυναικών υποβλήθηκαν σε έλεγχο κατά τις προγεννητικές επισκέψεις. Το 2% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε έλεγχο αποκάλυψαν ΣΒ, ενώ οι περισσότερες γυναίκες που διέτρεχαν κίνδυνο αρνήθηκαν την παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες.

	φροντίδας, χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο μικτών μεθόδων.			μοιραστούν ανησυχίες και να αποφορτιστούν μέσω αναστοχασμού.	
(K. M. Baird et al., 2018) Αυστραλία	Να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της εκπαίδευσης στη γνώση και την ετοιμότητα των μαϊών και των νοσηλευτών/-τριών για τη διεξαγωγή τακτικής διερεύνησης της ενδοοικογενειακής βίας στις γυναίκες κατά την περιγεννητική περίοδο.	Μελέτη πριν και μετά την παρέμβαση Προ και μετά την παρέμβαση ερωτηματολόγιο 149 M/M	Μια μέρα εργαστήριο	Εκπαιδευτική μέθοδος: Οι διδακτικές προσεγγίσεις περιλάμβαναν διαλέξεις, ομαδικές δραστηριότητες, βίντεο, παιχνίδια ρόλων και ανάλυση μελετών περίπτωσης. Οι συνεδρίες ομαδικής εργασίας ενθάρρυναν τη συζήτηση γύρω από θέματα όπως τι συνιστά βία κατά των γυναικών και γιατί οι γυναίκες μπορεί να επιλέξουν να παραμείνουν με έναν βίαιο σύντροφο. Περιεχόμενο: • Τι συνιστά βία κατά των γυναικών και γιατί οι γυναίκες μπορεί να επιλέξουν να παραμείνουν με έναν βίαιο σύντροφο. • Στερεοτυπικές αντιλήψεις και μύθοι σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. • Συνηθισμένες παρανοήσεις για την ενδοοικογενειακή βία.	Όλες οι βαθμολογίες μετά την παρέμβαση ήταν σημαντικά υψηλότερες από τις βαθμολογίες πριν από την παρέμβαση (γνώση, ετοιμότητα). Η βαθμολογία για το επίπεδο γνώσης αυξήθηκε κατά 19%. Η ετοιμότητα αυξήθηκε κατά 31%. 93% των μαϊών ανέφεραν ότι το πρόγραμμα εκπαίδευσης βελτίωσε την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, καθώς και τις δεξιότητές τους στη διερεύνηση και στην ανταπόκριση στις αποκαλύψεις των γυναικών για ενδοοικογενειακή βία.

				• Επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στα παιδιά και νομοθεσία για την υποχρεωτική αναφορά για την ασφάλεια των παιδιών. • Ο ρόλος των μαιών και των νοσηλευτών/-τριών στον εντοπισμό και την υποστήριξη γυναικών που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία, συμπεριλαμβανομένων συζητήσεων για την ανταπόκριση, τα όρια, την ασφάλεια και την τήρηση αρχείων. • Επιζήσασα μοιράστηκε την ιστορία και τις εμπειρίες της σχετικά με τη μαιευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. • Παρουσίαση από φορέα υποστήριξης επιζώντων ενδοοικογενειακής βίας σχετικά με τις διαδικασίες παραπομπής και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Χρησιμοποιήθηκε	
--	--	--	--	--	--

				βιντεοσκοπημένο παιχνίδι ρόλων για την αναγνώριση σεβαστικών δεξιοτήτων επικοινωνίας. • Συζήτηση στρατηγικών για την αντιμετώπιση πιθανών εμποδίων στην τακτική διερεύνηση.	
(Smith, Wight and Homer, 23 2018) Αυστραλία	Να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση των φοιτητών μαιευτικής στον εντοπισμό και την ανταπόκριση σε αποκαλύψεις ενδοοικογενειακής βίας στις μαιευτικές υπηρεσίες.	Μελέτη μικτής μεθόδου (Ποσοτικές και ποιοτικές ερωτήσεις) 174 φοιτητές/-τριες μαιευτικής	Μια μέρα εργαστήριο	Εκπαιδευτική μέθοδος: Θεωρία και πρακτική σχετικά με τη διερεύνηση και την ανταπόκριση στην ενδοοικογενειακή βία κατά την εγκυμοσύνη. Περιεχόμενο: 1. Επισκόπηση της ενδοοικογενειακής βίας στην Αυστραλία. 2. Συζήτηση για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στη στήριξη των μαιών που εργάζονται με γυναίκες που βιώνουν βία, με παρουσίαση από κοινωνικό λειτουργό περιγεννητικής φροντίδας.	Οι φοιτητές/-τριες μαιευτικής παρουσίασαν αυξημένη αυτοπεποίθηση να ανταποκριθούν σε αποκαλύψεις ενδοοικογενειακής βίας και σε βοήθεια προς τις γυναίκες για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης. Η μεγαλύτερη αύξηση (47%) στα επίπεδα αυτοπεποίθησης των φοιτητών καταγράφηκε στον τομέα «Παροχή κατάλληλης ανταπόκρισης σε περίπτωση που η γυναίκα αποκαλύψει τρέχουσα ενδοοικογενειακή βία».

				3. Εισαγωγή στο έργο "Counting Dead Women" (Counting Dead Women Australia και Destroy the Joint, 2016), με παρουσίαση από ακτιβίστρια και δημοσιογράφο που ίδρυσε το Destroy The Joint – μια διαδικτυακή κοινότητα που υποστηρίζει την ισότητα των φύλων και τον πολιτισμένο δημόσιο διάλογο στην Αυστραλία. 4. Ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τις επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στην εγκυμοσύνη και τη γονεϊκότητα. 5. Αντιμετώπιση του ερωτήματος "Γιατί απλά δεν φεύγει;" μέσω της χρήσης του TEDTalk "Why Domestic Violence Victims Don't Leave" (Morgan-Steiner, 2012). 6. Τακτική διερεύνηση και ασφαλής ανταπόκριση σε αποκαλύψεις ενδοοικογενειακής βίας κατά την εγκυμοσύνη, με	
--	--	--	--	---	--

				τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου αυθεντικού εκπαιδευτικού βίντεο. 7. Επισκόπηση θεμάτων προστασίας παιδιών. 8. Στρατηγικές αυτοφροντίδας για φοιτητές/-τριες και M/M.	
(Yilmaz, 22 2018) Τουρκία	Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ενός μαθήματος για την ισότητα των φύλων στην αλλαγή των στάσεων των προπτυχιακών φοιτητών/-τριών μαιευτικής απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία και τους ρόλους των φύλων.	One-group before-after quasi-experimental design -“The Attitudes Towards Domestic Violence Scale”, and “The Gender Roles Attitudes Scale” First-year undergraduate midwifery students (n = 64)	Μάθημα – 10 συναντήσεων με διάρκεια 2 ωρών	Εκπαιδευτική μέθοδος: Χρήση αναφορών περιστατικών, οπτικών παρουσιάσεων και συζητήσεων. Περιεχόμενο: Το μάθημα για την ισότητα των φύλων αποτελείται από δύο μέρη: 1. Ρόλοι φύλων – Δομημένο βάση σχετικής βιβλιογραφίας: WHO (2006) Prime Ministry Directorate General on the Status of Women (2008b) WHO (2009)	Το μάθημα βοήθησε τους φοιτητές/-τριες να αναπτύξουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία και τους ρόλους των φύλων. Οι βαθμολογίες σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία αυξήθηκαν μόνο κατά λίγες ποσοστιαίες μονάδες, ενώ η βαθμολογία για τις στάσεις απέναντι στους ρόλους των φύλων αυξήθηκε κατά 7%.

				Ecevit et al. (2011) Dökmen (2016) 2. Ενδοοικογενειακή βία – Δομημένο βάσει σχετικής βιβλιογραφίας: Berman, Barlow, Koziol-McLain (2005) Jayatilleke et al. (2015) Crombie , Hooker, Reisenhofer (2016)	
(Sis Çelik and Aydın, 18 2019) Τουρκία	Να προσδιοριστεί η επίδραση ενός μαθήματος σχετικά με τη βία κατά των γυναικών στις στάσεις των φοιτητών/-τριών μαιευτικής και νοσηλευτικής απέναντι στη βία κατά των γυναικών, καθώς και στις	Ημιπειραματική μελέτη με πειραματική και ομάδα ελέγχου Ερωτηματολόγιο Πειραματική ομάδα: 78 φοιτητές/-τριες μαιευτικής και νοσηλευτικής (εγγεγραμμένοι στο μάθημα)	Μάθημα για τη βία κατά των γυναικών Διάρκεια: 2 ώρες διάλεξη κάθε εβδομάδα για 14 εβδομάδες Συνολικές ώρες εκπαίδευσης: 28 ώρες	Εκπαιδευτική μέθοδος: Παρουσιάσεις Περιεχόμενο: • Κοινωνική και έμφυλη ισότητα • Ορισμός, τύποι, αιτίες και συμπτώματα της βίας κατά των γυναικών • Επιπτώσεις της βίας στην υγεία των γυναικών • Νομικές διαστάσεις της βίας κατά των γυναικών	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών προ-τεστ και μετά-τεστ, κατά μέσο όρο, στις τρεις κλίμακες (στάσεις απέναντι στη βία – 25%, στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών – 29%, και ικανότητα των νοσηλευτών/-τριών και μαιών να αναγνωρίζουν τα σημάδια της βίας κατά των γυναικών – 41%) ήταν στατιστικά σημαντική για τους φοιτητές/-τριες της πειραματικής ομάδας, ενώ

	ικανότητές τους να αναγνωρίζουν τα σημάδια της βίας.	Ομάδα ελέγχου: 73 φοιτητές/-τριες μαιευτικής και νοσηλευτικής (δεν επέλεξαν να εγγραφούν στο μάθημα)		- Υπηρεσίες που παρέχονται σε γυναίκες επιζώσες βίας - Ευθύνες των επαγγελματιών υγείας στην εξάλειψη της βίας - Ευθύνες των επαγγελματιών υγείας και παρουσίαση των υπηρεσιών υγείας για τις γυναίκες - Εργαλεία διερεύνησης της βίας - Εκτίμηση κινδύνου, ανάπτυξη σχεδίων ασφάλειας και έντυπα αναφοράς.	ήταν στατιστικά μη σημαντική για τους φοιτητές/-τριες της ομάδας ελέγχου.
(Duchesne et al.,2020) Γαλλία	Να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος μιας σύντομης εκπαίδευσης για μαιευτήρες και Μ/Μ σχετικά με τη διερεύνηση της ενδοοικογενειακής βίας κατά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και να εντοπιστούν τα εμπόδια στην	Ημειπειραματική μελέτη Έρευνα σε γυναίκες Παρέμβαση: 13 μαιευτήρες/γυναικολόγοι και 8 Μ/Μ Ομάδα ελέγχου: 495 γυναίκες Πειραματική ομάδα: 395 γυναίκες	Διάρκεια εκπαίδευσης: Μία ώρα και τριάντα λεπτά	Εκπαιδευτική μέθοδος: Οι παρουσιάσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση λογισμικού PowerPoint. Οι εισηγητές παρείχαν επιπλέον λεπτομέρειες, παραδείγματα και απαντούσαν σε ερωτήσεις όταν ζητούνταν. Περιεχόμενο: Η παρέμβαση παρείχε γενικές πληροφορίες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, με στόχο την	Μόνο το 4,1% των ασθενών υποβλήθηκαν σε διερεύνηση για ενδοοικογενειακή βία κατά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης. Το 38,1% των επαγγελματιών υγείας δεν είχε ποτέ διερευνήσει την ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας. Μόνο το 14,3% δήλωσε ότι το κάνει πάντα κατά την διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων. Η μελέτη εντόπισε τα ακόλουθα εμπόδια στη διερεύνηση: Η παρουσία του συντρόφου κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η έλλειψη ευαισθητοποίησης για την ανάγκη διερεύνησης. Τα συναισθήματα αμηχανίας των επαγγελματιών

	τακτική διερεύνηση..		ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εξής: • Επιδημιολογία (επιπολασμός) • Παράγοντες κινδύνου • Επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών, στην εγκυμοσύνη και στα παιδιά • Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διερεύνηση της ενδοοικογενειακής βίας • Τρόποι διαχείρισης των αποκαλύψεων ενδοοικογενειακής βίας από τις γυναίκες	υγείας και την δυσκολία στον εντοπισμό των θυμάτων.
--	-------------------------	--	--	--

3.4 Σχολιασμός Ευρημάτων

3.4.1 Έλλειψη Εκπαίδευσης για τη ΣΒ σε Μ/Μ

Η παρούσα ανασκόπηση επιβεβαιώνει την έλλειψη ερευνών σχετικά με την ύπαρξη και τα αποτελέσματα των υφιστάμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΣΒ για Μ/Μ (Crombie et al., 2017; Wathen et al., 2009). Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι η θεματική της ΣΒ δεν είναι επαρκώς ενσωματωμένη ούτε στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Μ/Μ ούτε στα προγράμματα σπουδών της μαιευτικής, αλλά αντίθετα προσφέρεται μέσω μεμονωμένων και αποσπασματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε πανεπιστήμια, νοσοκομεία ή υπηρεσίες υγείας (Parveen et al., 2021).

Αυτό επιβεβαιώνεται από τα υψηλά ποσοστά επαγγελματιών υγείας που αναφέρουν έλλειψη εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο θέμα, τόσο στην παρούσα ανασκόπηση όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία (Ambikile et al., 2020). Οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ τονίζουν την ανάγκη η εκπαίδευση σε θέματα ΣΒ να ενσωματώνεται τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο όσο και στη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος. Αυτή η εκπαίδευση έχει βρεθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες οι Μ/Μ και οι νοσηλεύτές/τριες να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη σε γυναίκες που βιώνουν ΣΒ (Ali et al., 2022).

3.4.2 Διεθνείς Κατευθυντήριες και Συστάσεις για την Εκπαίδευση στη ΣΒ

Η εκπαίδευση για την ΣΒ για Μ/Μ είναι απαραίτητο να ξεκινά σε προπτυχιακό επίπεδο και να συνεχίζεται μετά την εγγραφή τους σε επαγγελματικό μητρώο, ώστε να διασφαλίζεται η διατήρηση και η συνέχιση των δεξιοτήτων και των γνώσεων τους (Crombie, Hooker and Reisenhofer, 2017). Οι ελλείψεις σε γνώσεις, στάσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την παροχή φροντίδας σε γυναίκες που έχουν βιώσει βία από τον σύντροφό τους, οδηγώντας σε αρνητικές εμπειρίες στον τομέα της υγείας (Korab-Chandler et al., 2022).

Επιπλέον, οι πλείστοι/ες φοιτητές/τριες δήλωσαν ότι νιώθουν χαμηλή ευαισθητοποίηση για το ζήτημα και εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τη βία, ενώ περισσότεροι από τους/τις μισούς/ες ανέφεραν ότι το θέμα δεν είχε καλυφθεί προηγουμένως στο πρόγραμμα σπουδών τους με αποτέλεσμα και αργότερα σαν επαγγελματίες να μην μπορούν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά σε περιπτώσεις ΣΒ (Merits et al., 2024).

Τονίζεται λοιπόν ότι η αυτοπεποίθηση σε επαγγέλματα που βασίζονται στην πρακτική εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η εκπαιδευτική προετοιμασία, η κλινική εμπειρία, είτε μέσω πραγματικών είτε μέσω προσομοιωμένων περιστατικών καθώς και η ανατροφοδότηση σχετικά με την απόκτηση δεξιοτήτων. Έτσι, γίνεται η σύσταση από τους Doran et al., (2019) όπως τα προγράμματα σπουδών στη Μαιευτική να περιλαμβάνουν περιεχόμενο σχετικά με την ΣΒ προκειμένου να καλύψουν το υφιστάμενο έλλειμμα γνώσης των φοιτητών/τριών, ειδικά σε θέματα που αφορούν τη δυναμική εξουσίας και φύλου, καθώς και τους μύθους που σχετίζονται με τις επιζώσες και τους δράστες. Επιπλέον, αυτές οι έννοιες θα πρέπει να ενσωματώνονται σταδιακά και σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος σπουδών, ώστε να ενθαρρύνουν μια αναπτυξιακή επίγνωση και κατανόηση της ΣΒ καθώς οι φοιτητές διαμορφώνουν τη επαγγελματική τους ταυτότητα και αποκτούν τις αναγκαίες δεξιότητες για την πρακτική τους.

Για να ενισχυθούν οι θετικές στάσεις και οι κατάλληλες δεξιότητες διερεύνησης ΣΒ μεταξύ των Μ/Μ, οι Baird et al. (2018) πρότειναν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να αμφισβητούν κοινές απόψεις σχετικά με την ΣΒ και να ενισχύουν τις γνώσεις και την ετοιμότητα των Μ/Μ για τη συστηματική διερεύνηση της ΣΒ σε κλινικά περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας. Συνιστάται παράλληλα, αυτά τα προγράμματα να περιλαμβάνουν λεπτομερείς, ολοκληρωμένες πληροφορίες για τις τοπικές υπηρεσίες υποστήριξης και να δίνουν έμφαση στις βέλτιστες πρακτικές για τη διερεύνηση και την αντιμετώπιση της. Επιπλέον, προτείνεται η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης για την ΣΒ στα προγράμματα σπουδών της μαιευτικής, εστιάζοντας στις επιπτώσεις της ΣΒ στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την λοχεία και την πρόσβαση σε προγεννητική φροντίδα (Siller et al., 2022). Λίγα εκπαιδευτικά προγράμματα επικεντρώνονται ειδικά στην ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη (Crombie et al., 2017). Τα περισσότερα καλύπτουν περιεχόμενο σχετικό με την ευαισθητοποίηση για την ΣΒ, τον ορισμό των μορφών της, την εξερεύνηση των ρόλων φύλου και των επιπτώσεων της ΣΒ στην υγεία των γυναικών, την παρουσίαση συστημάτων παραπομπής και την εξήγηση νόμων σχετικών με την ΣΒ σε συγκεκριμένες χώρες.

Τα υπάρχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα τις περισσότερες φορές δεν αξιολογούνται πάντοτε μακροπρόθεσμα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερη μελέτη για τον προσδιορισμό των πιο αποτελεσματικών στρατηγικών για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής, καθώς και για τις συνέπειες στις

έγκυες γυναίκες (Crombie, Hooker and Reisenhofer, 2017). Επίσης, αν υπάρχει ξεκάθαρη σύσταση και υποστήριξη για διερεύνηση της ΣΒ στην ανάλογη χώρα που γίνεται η εκπαίδευση αλλάζει και το πλαίσιο αξιολόγησης του προγράμματος αλλά και των αποτελεσμάτων των συμμετεχόντων σε σχέση με τις χώρες όπου γίνονται για πρώτη φορά προσπάθειες ενημέρωσης των επαγγελματιών για διερεύνηση της ΣΒ στην προγεννητική φροντίδα (Duchesne et al., 2020).

3.4.3 Ποικιλομορφία στις Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις

Όσον αφορά τη θεματολογία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η οποία παρουσιάζει σημαντική ποικιλία, φαίνεται ότι τόσο τα προγράμματα που παρέχουν ενημέρωση σχετικά με τα υφιστάμενα πρωτόκολλα και τις τοπικές διαδικασίες παραπομπής γυναικών (Zaher et al., 2014) όσο και εκείνα που ενσωματώνουν ενεργητικές μεθόδους διδασκαλίας όπως τα παιχνίδια ρόλων, η ανάλυση μελετών περίπτωσης, οι ομαδικές δραστηριότητες και οι βιωματικές εμπειρίες, συμβάλλουν στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και της ετοιμότητας των Μ/Μ στον εντοπισμό και τη διαχείριση περιστατικών ΣΒ (Jayatilleke et al., 2015; Colombini et al., 2017; Boyle et al., 2019).

Παρ' όλα αυτά, παραμένει δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια ποια είναι η πιο αποτελεσματική εκπαιδευτική στρατηγική ή παρέμβαση, δεδομένου ότι οι μετρήσεις της αποτελεσματικότητας διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ερευνών (Smith et al., 2013, O'Doherty et al., 2015). Τα κοινά βασικά χαρακτηριστικά των επιτυχημένων παρεμβάσεων όμως, όπως η έμφαση στη βιωματική μάθηση, η διεπιστημονική συνεργασία και η ενίσχυση των πρακτικών δεξιοτήτων μπορούν να αξιοποιηθούν ως βάση για τον σχεδιασμό νέων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων που σχετίζονται με το υπό μελέτη θέμα (WHO, 2019, García-Moreno et al., 2015).

3.4.4 Δυνατά σημεία και περιορισμοί

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της ανασκόπησης είναι ότι τα περισσότερα σημεία εξετάστηκαν ανεξάρτητα από δύο αξιολογητές, γεγονός που ενίσχυσε την αντικειμενικότητα και την αξιοπιστία της διαδικασίας. Επιπλέον, ένα ακόμα ισχυρό σημείο είναι ο ικανοποιητικός αριθμός πρωτογενών μελετών που συμπεριλήφθηκαν, οι

οποίες καλύπτουν ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα εφαρμογής και παρέχουν μια πολυδιάστατη εικόνα των εξεταζόμενων θεμάτων.

Παρ' όλα αυτά, αναγνωρίζονται ορισμένοι περιορισμοί που επηρεάζουν τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Κατά τη διαδικασία αναζήτησης στη βιβλιογραφία, συμπεριλήφθηκαν αποκλειστικά μελέτες που περιείχαν τον όρο «μυΐες». Αυτός ο περιορισμός, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αριθμό διαθέσιμων μελετών για επαγγελματίες M/M, οδήγησε στην ανάγκη να συμπεριληφθούν μελέτες που αφορούσαν φοιτήτριες/των M/M. Παράλληλα, εξαιρέθηκαν μελέτες που αφορούσαν άλλους επαγγελματίες υγείας, περιορίζοντας έτσι την ποικιλομορφία των δεδομένων.

Ένας επιπλέον περιορισμός είναι η γλωσσική μεροληψία, καθώς εξετάστηκαν μόνο άρθρα που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα, αποκλείοντας δυνητικά σημαντικές πληροφορίες από άλλες γλώσσες. Επιπλέον, οι μελέτες που περιλήφθηκαν προέρχονταν κυρίως από περιοχές όπως η Ασία, η Ευρώπη και η Αυστραλία, ενώ παρατηρήθηκε απουσία δεδομένων από την Αμερική και την Αφρική. Η έλλειψη αυτών των δεδομένων υποδηλώνει ότι πιθανώς υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα σε άλλες περιοχές που δεν έχουν καταγραφεί ή δημοσιευθεί στη βιβλιογραφία.

Για την αντιμετώπιση αυτών των περιορισμών, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών που θα στοχεύουν στη συλλογή δεδομένων από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και πολιτισμικά πλαίσια. Με αυτόν τον τρόπο, θα διασφαλιστεί μια παγκόσμια και ολοκληρωμένη κατανόηση σχετικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα για M/M, ενισχύοντας την εγκυρότητα και τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

3.5 Σύνδεση με τα ερευνητικά αποτελέσματα

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΣΒ μπορούν να είναι επωφελή για τις/τους επαγγελματίες M/M και τις φοιτήτριες, παρά το ότι δεν διοργανώνονται συχνά. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να παρέχουν στις/ους συμμετέχουσες/όντες γνώσεις και δεξιότητες για την αναγνώριση περιστατικών ΣΒ την αντιμετώπισή τους και την προστασία των εγκύων γυναικών που την υφίστανται. Αναδεικνύεται η επιτακτική ανάγκη για τη δημιουργία νέων προγραμμάτων που να προσαρμόζονται στις νεότερες κλινικές πρακτικές και συστάσεις για την εκπαίδευση στη μαιευτική όσον αφορά τη ΣΒ

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτά τα νέα προγράμματα θα πρέπει να ενσωματωθούν στα πανεπιστημιακά προγράμματα μαιευτικής, καθώς και σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τις/τους Μ/Μ που εργάζονται σε νοσοκομεία, στην κοινότητα ή ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες. Η αναγνώριση του προβλήματος από Μ/Μ μπορεί να αποτελέσει τον καλύτερο τρόπο για την πρόληψή του. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν επικεντρωθούν στη χρήση των αποτελεσμάτων της παρούσας ανασκόπησης για τη δημιουργία ενός νέου εκπαιδευτικού προγράμματος που θα συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν και να διερευνά την αποτελεσματικότητα των γνώσεων, στάσεων και ετοιμότητας των Μ/Μ για τη διεξαγωγή διερεύνησης σχετικά με τη ΣΒ σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ερευνητική Μεθοδολογία

Αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζει αναλυτικά τον σχεδιασμό της ερευνητικής μεθοδολογίας της μελέτης. Αρχικά, οι στόχοι και οι επιδιώξεις διατυπώνονται στην ενότητα 4.1. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία μικτή περιγραφική προσέγγιση. Η μεθοδολογία ποσοτικού μέρους αναλύεται στην ενότητα 4.2, ενώ η διαδικασία του ποιοτικού μέρους περιγράφεται στην ενότητα 4.3, όπου παρουσιάζονται λεπτομερώς ο σχεδιασμός της μελέτης, η στρατολόγηση των συμμετεχόντων/ουσων, οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων και οι τεχνικές ανάλυσης.

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν: α) η διερεύνηση των διαθέσιμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ΣΒ σε Μ/Μ, β) να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά των διαθέσιμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και οι κύριοι τομείς της αποτελεσματικότητας τους, γ) να αναπτυχθεί εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσαρμοσμένο πολιτισμικά στο κυπριακό πλαίσιο, δ) να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του προς τις Μ/Μ, ε) να διερευνηθούν σε βάθος οι βιωματικές εμπειρίες των Μ/Μ που έχουν κληθεί να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιστατικά συντροφικής βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης(στ) καθώς και να αποτυπωθούν οι προκλήσεις των εφαρμοζόμενων πρακτικών, των υφιστάμενων πολιτικών και των αναδυόμενων αναγκών που σχετίζονται με τον ρόλο τους.

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε μικτό ερευνητικό σχεδιασμό, όπου περιλαμβάνει δύο διαδοχικά μέρη (Ποσοτικό→Ποιοτικό), το καθένα με διαφορετική μεθοδολογική προσέγγιση.

- Ποσοτική μελέτη ποσοτικής αξιολόγησης πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση (Pre -Post Intervention study) σε Μ/Μ
- Ακολουθούμενη με ποιοτική μελέτη με ομάδες εστίασης με Μ/Μ

Η ποσοτική μελέτη προηγήθηκε της ποιοτικής, με στόχο την αρχική αποτύπωση και αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων, στάσεων και ετοιμότητας των Μ/Μ σχετικά με την αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Παράλληλα, αποσκοπούσε στον εντοπισμό κρίσιμων παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα των Μ/Μ να διερευνούν περιστατικά συντροφικής βίας στον χώρο εργασίας τους.

Η ποσοτική φάση πραγματοποιήθηκε με απώτερο σκοπό τα ευρήματά της να αξιοποιηθούν ως βάση για στοχευμένη διερεύνηση μέσω της ποιοτικής μελέτης, προκειμένου να συζητηθούν εις βάθος ζητήματα, αντιλήψεις και εμπειρίες που αναδείχθηκαν στα ποσοτικά δεδομένα.

Στόχοι της ποσοτικής μελέτης

Α) Ανάπτυξη και δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος για Μ/Μ με θέμα την συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιάστηκε με βάση την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, με σκοπό την ενσωμάτωση των βασικών χαρακτηριστικών και των βέλτιστων πρακτικών από αντίστοιχα προγράμματα που έχουν ήδη εφαρμοστεί σε διεθνές επίπεδο. Επιπλέον, στο πλαίσιο του σχεδιασμού, αξιοποιήθηκε εκτενώς εκπαιδευτικό υλικό από τους Baird et al. (2018), το οποίο παρείχε ουσιαστική καθοδήγηση ως προς τη δομή, το περιεχόμενο και τις παιδαγωγικές προσεγγίσεις του προγράμματος.

Β) Εμπλοκή της ακαδημαϊκής κοινότητας και αρμόδιων υπηρεσιών για την ΣΒ στην Κύπρο

Για τη διασφάλιση μιας πολυδιάστατης, ολιστικής προσέγγισης και την ενσωμάτωση των πλέον σύγχρονων και τεκμηριωμένων πρακτικών, επιδιώχθηκε ενεργή συνεργασία με τα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας, καθώς και με τους εκπροσώπους υπηρεσιών και οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ΣΒ στην Κύπρο. Η συνεργασία αυτή είχε στόχο να συμβάλει στην επιστημονική εγκυρότητα και κοινωνική απήχηση του προγράμματος.

Γ) Διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης όλων των εγγεγραμμένων Μ/Μ στο Κυπριακό Μητρώο Μαιών

Λήφθηκαν όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να διασφαλιστεί η δυνατότητα συμμετοχής όλων των εγγεγραμμένων Μ/Μ στο Κυπριακό Μητρώο Μαιών στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ανεξαρτήτως τύπου εργασίας ή διαμονής. Ωστόσο, ο τρόπος εργασίας των Μ/Μ με κυκλικό ή/και εναλλασσόμενο ωράριο ενδέχεται να αποτελέσει εμπόδιο συμμετοχής για ορισμένες, καθώς οι επαγγελματικές τους υποχρεώσεις πιθανόν να δυσχέραναν ή ακόμη και να απέκλεισαν τη δυνατότητα παρακολούθησης του προγράμματος.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Διερεύνηση των γνώσεων των Μ/Μ για την ΣΒ στην εγκυμοσύνη πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOP-IPV.
2. Διερεύνηση των στάσεων των Μ/Μ για την ΣΒ στην εγκυμοσύνη πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOP-IPV.
3. Διερεύνηση της ετοιμότητας των Μ/Μ για διαχείριση περιπτώσεων ΣΒ στην εγκυμοσύνη και στήριξη των επιβιωσάντων γυναικών πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
4. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις/τους Μ/Μ στη διερεύνηση της ΣΒ στο χώρο εργασίας τους.

Στόχοι ποιοτικής μελέτης

Α) Διερεύνηση των βιωμένων εμπειριών των Μ/Μ που κλήθηκαν να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιστατικά ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι εμπειρίες των Μ/Μ από την διερεύνηση και διαχείριση περιστατικών ΣΒ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
2. Ποιες είναι οι αντιλήψεις των Μ/Μ σχετικά με τις τρέχουσες κλινικές πρακτικές όσον αφορά τα περιστατικά ΣΒ στην εγκυμοσύνη.
3. Ποιες είναι οι νοσοκομειακές πολιτικές και διαδικασίες για την αξιολόγηση και παραπομπή περιστατικών ΣΒ.
4. Ποια είναι τα εμπόδια που επηρεάζουν την τακτική διερεύνηση και τον εντοπισμό περιστατικών ΣΒ σε κλινικά περιβάλλοντα των μαιευτικών μονάδων.
5. Ποιες είναι οι ανάγκες των Μ/Μ για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση περιστατικών ΣΒ στον χώρο εργασίας τους.

4.2 Εκπαιδευτική Παρέμβαση

Η εκπαιδευτική παρέμβαση βασίστηκε στη δομή και το περιεχόμενο του μονοήμερου προγράμματος που αναπτύχθηκε από την K. M. Baird και τους συνεργάτες της (2018), το οποίο πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία και δημοσιεύθηκε στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό Women and Birth. Μετά από συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, το εν λόγω πρόγραμμα αξιολογήθηκε θετικά τόσο ως προς το περιεχόμενό του, όσο και λόγω της εμπειρίας της ερευνητικής ομάδας στην εφαρμογή παρόμοιων παρεμβάσεων.

Το εν λόγω εκπαιδευτικό πρόγραμμα αποτελεί εξέλιξη του προγράμματος Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme (BPDVP), το οποίο αναπτύχθηκε το 2004/2005 από τη Salmon et al. (2006) και στόχευε στην ενδυνάμωση των κοινοτικών μαϊών μέσω της παροχής γνώσεων, δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης για την αποτελεσματική διερεύνηση και διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Η αρχική εφαρμογή του περιλάμβανε μελέτη σκοπιμότητας, κατά την οποία αξιολογήθηκε η επίδραση της παρέμβασης στη γνώση, στις στάσεις και στην ετοιμότητα των επαγγελματιών να εφαρμόσουν ρουτίνα διερεύνησης ΣΒ στο πλαίσιο της

προγεννητικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν θετικό αντίκτυπο, κυρίως σε επίπεδο αυξημένης ευαισθητοποίησης και επαγγελματικής αυτοπεποίθησης, καθώς και βελτιώσεις που διατηρήθηκαν έξι μήνες μετά την εφαρμογή (Salmon et al., 2006). Ως αποτέλεσμα, το πρόγραμμα υιοθετήθηκε ως βέλτιστη πρακτική από το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και εφαρμόστηκε σε εθνικό επίπεδο.

Με τη σχετική άδεια και τα πνευματικά δικαιώματα χρήσης του προγράμματος, αποφασίστηκε η προσαρμογή και μετονομασία του σε STOIPV, ακρωνύμιο του αγγλικού όρου *Intimate Partner Violence*, αντανakλώντας την αποστολή της παρέμβασης να ενισχύσει την ευαισθητοποίηση και την ετοιμότητα των Μ/Μ στην πρόληψη και διαχείριση της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση τροποποιήθηκε ώστε να προσαρμοστεί στις τοπικές ανάγκες και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της Κυπριακής Δημοκρατίας. Το περιεχόμενό της εμπλουτίστηκε βάσει των ευρημάτων πρόσφατης ανασκόπησης (Manoli et al., 2024), η οποία ανέλυσε τα χαρακτηριστικά και τις θεματικές ενότητες παρόμοιων διεθνών προγραμμάτων για τη ΣΒ στην εγκυμοσύνη (Διάγραμμα 6): Α) Εισαγωγή στο πρόγραμμα και τους στόχους του, με εννοιολογική αποσαφήνιση όρων όπως "συντροφική βία" και "ενδοοικογενειακή βία", και παρουσίαση εθνικής πολιτικής και κυπριακών δεδομένων.

Β) Κατανόηση των λόγων για τους οποίους οι γυναίκες παραμένουν ή επιστρέφουν σε βίαιες σχέσεις, με ιδιαίτερη αναφορά στις επιπτώσεις στην οικογένεια και τα παιδιά.

Γ) Ο ρόλος της μαιάς – καθορισμός ορίων, επαγγελματικές ευθύνες, τήρηση αρχείων και διασφάλιση ασφάλειας.

Δ) Παρουσίαση των υπηρεσιών του ΣΠΑΒΟ και η εμπλοκή του στην υποστήριξη εγκύων σε περιβάλλοντα βίας.

Ε) Συνεργασία με άλλους φορείς και η σημασία της εμπλοκής της Αστυνομίας Κύπρου.

Ζ) Σενάρια προσομοίωσης για ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, με έμφαση στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, την ενσυναίσθηση και την προώθηση της ασφάλειας.

Η εκπαίδευση παραδόθηκε από διεπιστημονική ομάδα που περιλάμβανε: ακαδημαϊκούς του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τη διευθύντρια του Μεσογειακού Ινστιτούτου Μελετών Κοινωνικού Φύλου, τη διευθύντρια του ΣΠΑΒΟ, καθώς και εκπρόσωπο της Αστυνομίας Κύπρου. Διήρκεσε έξι ώρες (6) και

πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας ZOOM, λόγω των περιορισμών που ίσχυαν την περίοδο της πανδημίας COVID-19.

Οι συμμετέχουσες/οντες είχαν ενεργή συμμετοχή, με δυνατότητα διατύπωσης ερωτήσεων, συζήτησης και ανταλλαγής εμπειριών. Η εκπαιδευτική παρέμβαση αναγνωρίστηκε από την Επιτροπή Μοριοδότησης του ΠΑΣΥΝΜ και πιστοποιήθηκε με 3.50 Διεθνείς Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Εκπαίδευσης (CNE/CME). Πιστοποιητικά συμμετοχής απονεμήθηκαν σε όσες/όσους ολοκλήρωσαν επιτυχώς το πρόγραμμα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πριν και μετά την παρέμβαση.

4.3 Ποσοτική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου

Ο ερευνητικός σχεδιασμός που εφαρμόστηκε στην παρούσα μελέτη ήταν ποσοτικός και βασίστηκε στη μεθοδολογική προσέγγιση της μελέτης αξιολόγησης πριν και μετά την παρέμβαση (pre-post intervention study). Σε αυτό το μοντέλο, οι μεταβλητές ενδιαφέροντος αξιολογούνται σε δύο χρονικά σημεία: πριν από την εφαρμογή της παρέμβασης (pre-test) και μετά από αυτήν (post-test), στους ίδιους/ίδιες συμμετέχοντες/ουσες (Aggarwal et al., 2019).

Η μεθοδολογία αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην αξιολόγηση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, καθώς παρέχει τη δυνατότητα να εξεταστεί με αξιόπιστο τρόπο η επίδραση της παρέμβασης στην κατανόηση, τις στάσεις και τις δεξιότητες των συμμετεχόντων/ουσών (Marsden et al., 2012). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες/ουσες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο πριν από την εκπαίδευση, συμμετείχαν στο δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (STOP IPV) και στη συνέχεια επανέλαβαν το ίδιο ερωτηματολόγιο μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, ώστε να εντοπιστούν τυχόν αλλαγές στις μετρήσιμες παραμέτρους.

Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογικής προσέγγισης τεκμηριώνεται από τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία. Ενδεικτικά, στην προγενέστερη μελέτη των Baird et al. (2018), η οποία αποτέλεσε πρότυπο για την παρούσα μελέτη, εφαρμόστηκε η ίδια μεθοδολογία με το ίδιο εργαλείο μέτρησης, ενισχύοντας έτσι τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων και

τη μεθοδολογική εγκυρότητα της παρούσας εφαρμογής στο πολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου.

4.3.1 Δείγμα και δειγματοληψία

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με σκοπίμη επιλογή συμμετεχουσών. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αφορούσε το σύνολο των εγγεγραμμένων μαιών στο Κυπριακό Μητρώο Μαιών της Κυπριακής Δημοκρατίας. Όλες οι Μ/Μ κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη μέσω ηλεκτρονικής πρόσκλησης, η οποία διανεμήθηκε μέσω επαγγελματικών δικτύων, οργανισμών υγείας και σχετικών συλλόγων. Στόχος της δειγματοληψίας ήταν η όσο το δυνατόν ευρύτερη κάλυψη του πληθυσμού-στόχου, ανεξαρτήτως τομέα απασχόλησης (δημόσιος ή ιδιωτικός τομέας) και γεωγραφικής τοποθεσίας εντός της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η στρατηγική αυτή επελέγη προκειμένου να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και να συμπεριληφθούν διαφορετικές εμπειρίες και προοπτικές από όλο το φάσμα της κλινικής πρακτικής στη χώρα.

4.3.1.1 Κριτήρια Εισδοχής

Για τη συμμετοχή στη μελέτη, οι συμμετέχουσες/οντες έπρεπε να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια:

- A) Να είναι εγγεγραμμένες/οι στο Κυπριακό Μητρώο Μ/Μ,
- B) Να εργάζονται ενεργά ως Μ/Μ κατά τη διάρκεια της μελέτης, είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό νοσηλευτήριο,
- Γ) Να έχουν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας,
- Δ) Να συμμετέχουν εθελοντικά, έχοντας δώσει ηλεκτρονική ενημερωμένη συγκατάθεση.

4.3.1.2 Κριτήρια Αποκλεισμού

Αποκλείστηκαν από τη μελέτη άτομα που:

- A) Δεν ήταν εγγεγραμμένα στο Κυπριακό Μητρώο Μαιών (M/M ή άλλοι επαγγελματίες υγείας),
- B) Δεν κατείχαν γνώση της ελληνικής γλώσσας,
- Γ) Δεν παρείχαν ηλεκτρονική συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη.

Σε διεθνές επίπεδο, η συμμετοχή M/M σε παρόμοια εκπαιδευτικά προγράμματα και έρευνες ποικίλλει. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Salmon et al. (2006), συμμετείχαν 82 κοινοτικές M/M, εκ των οποίων μόνο οι 70 ολοκλήρωσαν όλα τα στάδια της μελέτης. Παρόμοια συμμετοχή καταγράφηκε και στη μελέτη των Baird et al. (2018), με 82 M/M να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η μεγαλύτερη καταγεγραμμένη συμμετοχή σε μελέτη αυτού του τύπου αφορά τη Σρι Λάνκα, όπου συμμετείχαν 408 M/M (Jayatilleke et al., 2015), σε έναν πληθυσμό περίπου 7.087 εγγεγραμμένων M/M στη χώρα (Silva et al., 2020).

Στην περίπτωση της Κύπρου, σύμφωνα με επίσημη ενημέρωση από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και τον Έφορο Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων, ο συνολικός αριθμός των εγγεγραμμένων M/M το έτος της μελέτης ανερχόταν σε 348. Από αυτές, οι 202 εργάζονταν στα πέντε δημόσια νοσοκομεία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ) (βλ. Πίνακας 3), ενώ οι υπόλοιπες 146 απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (βλ. Πίνακας 4).

Πίνακας 3 Αριθμός Μ/Μ που εργάζονταν στο ΟΚΥΠΥ (2021)

ΕΠΑΡΧΙΑ/ΤΥΠΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΧ.ΜΑΚ. Γ ' ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	85
ΛΑΡΝΑΚΑ	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΝΑΚΑΣ	29
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ	21
ΛΕΜΕΣΟΣ	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ	42
ΠΑΦΟΣ	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΦΟΥ	25
ΣΥΝΟΛΟ	202

Πίνακας 4 Αριθμός Μ/Μ που εργάζονταν στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (2021)

ΕΠΑΡΧΙΑ/ΤΥΠΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	58
ΛΑΡΝΑΚΑ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	23
ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	7
ΛΕΜΕΣΟΣ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	46
ΠΑΦΟΣ	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	12
ΣΥΝΟΛΟ	146

4.3.2 Συλλογή Δεδομένων

Όλες οι Μ/Μ που ήταν εγγεγραμμένες στο Κυπριακό Μητρώο Μ/Μ προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη μέσω ηλεκτρονικής πρόσκλησης, η οποία διανεμήθηκε από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ) μέσω του επίσημου ηλεκτρονικού τους ταχυδρομείου. Η πρόσκληση συνοδευόταν από αναλυτική ενημερωτική επιστολή (βλ. Παράρτημα), στην οποία περιγράφονταν:

- ο σκοπός του ερευνητικού και εκπαιδευτικού προγράμματος,
- οι βασικοί του στόχοι,
- καθώς και οι διαδικασίες εγγραφής και συμπλήρωσης του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου.

Για τη διευκόλυνση της εγγραφής και πρόσβασης στην πληροφορία, δημιουργήθηκε ειδικά για τις ανάγκες της μελέτης η ιστοσελίδα www.stopipv.com.cy, η οποία λειτουργήσε ως κεντρική πλατφόρμα ενημέρωσης και εγγραφών. Στην ιστοσελίδα, οι ενδιαφερόμενες/οι είχαν τη δυνατότητα να ενημερωθούν λεπτομερώς για:

- το περιεχόμενο και τους στόχους του εκπαιδευτικού προγράμματος,
- τη σύνθεση και τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνητικής ομάδας,
- το αναλυτικό πρόγραμμα του STOP-IPV,
- τη φόρμα εγγραφής και
- την πρόσβαση στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, που ήταν διαδικτυακό ερωτηματολόγιο και δημιουργήθηκε μέσω της πλατφόρμας Google Forms.

Οι εγγραφές για συμμετοχή στο πρόγραμμα ξεκίνησαν 2 εβδομάδες πριν την έναρξη της εκπαίδευσης και παρέμειναν ανοιχτές έως και την παραμονή της πρώτης ημέρας υλοποίησής του. Η διαδικασία σχεδιάστηκε ώστε να είναι απλή, γρήγορη και προσβάσιμη, με στόχο τη διευκόλυνση της συμμετοχής όσο το δυνατόν περισσότερων Μ/Μ, λαμβάνοντας υπόψη το απαιτητικό και κυκλικό ωράριο εργασίας τους.

Field Code Changed

4.3.3 Ηθικά ζητήματα

Λήφθηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (αρ. πρωτ. ΕΕΒΚ ΕΠ 2020.01.137) (βλ. Παράρτημα Ζ), καθώς και από την Επιτροπή Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου. Επιπλέον για την

Κάθε συμμετέχων/ουσα λάμβανε γραπτή ενημέρωση πριν από την εγγραφή του/της και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η οποία περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με: τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, καθώς και το δικαίωμα απόσυρσης της συγκατάθεσης οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία απολύτως συνέπεια. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και κωδικοποιήθηκαν με μοναδικούς αριθμούς, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι απαντήσεις δεν μπορούσαν να συσχετιστούν με την ταυτότητα των συμμετεχόντων/ουσών, διασφαλίζοντας έτσι τη μέγιστη δυνατή προστασία της ιδιωτικότητας και της προσωπικής τους πληροφορίας.

4.3.4 Εργαλείο Μέτρησης

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων αξιολόγησης που αναπτύχθηκαν από τους K. M. Baird et al. (2018), κατόπιν σχετικής άδειας των δημιουργών τους. Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία, δεν εντοπίστηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα το οποίο να αξιολογεί τις σχετικές γνώσεις, στάσεις και ικανότητες του πληθυσμού-στόχου αναφορικά με το υπό μελέτη αντικείμενο. Κατά συνέπεια, κρίθηκε απαραίτητη η μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του πρωτότυπου ερωτηματολογίου από τα αγγλικά στα ελληνικά, με στόχο τη διασφάλιση της γλωσσικής και εννοιολογικής ισοδυναμίας του εργαλείου. Εξακριβώθηκε από την ερευνήτρια ότι το αγγλικό ερωτηματολόγιο που πρόκειται να μεταφραστεί, δεν έχει ήδη μεταφραστεί στα Ελληνικά από προηγούμενους ερευνητές.

Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του μεταφρασμένου εργαλείου, ακολουθήθηκε η μεθοδολογία της προώθησης και ανατροφοδότησης (forward-backward translation) (Galanis, 2013; Hall et al., 2018). Αρχικά, δύο μεταφραστές (η κύρια ερευνήτρια και η επιβλέπουσα καθηγήτρια) προέβησαν ανεξάρτητα στη μετάφραση του αγγλικού

ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα. Στη συνέχεια, δύο άλλα μέλη της ερευνητικής ομάδας (μέλη της τριμελούς επιτροπής) πραγματοποίησαν την αντίστροφη μετάφραση (backward translation) των ελληνικών εκδόσεων στα αγγλικά. Ακολούθησε σύγκριση της τελικής αγγλικής μετάφρασης με το αρχικό πρωτότυπο, προκειμένου να διασφαλιστεί η ακρίβεια, η σαφήνεια και η συνοχή του περιεχομένου.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε κριτική αξιολόγηση του εργαλείου από ομάδα εμπειρογνομόνων (group of experts), η οποία συγκροτήθηκε βάσει επιστημονικών και επαγγελματικών κριτηρίων. Η ομάδα αποτελούνταν από ακαδημαϊκούς, έναν εγγεγραμμένο ψυχολόγο, έναν κοινωνικό λειτουργό και έναν ειδικό από μη κυβερνητική οργάνωση (ΜΚΟ) με τεκμηριωμένη εμπειρία στον τομέα της έμφυλης βίας. Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με όλα τα μέλη της επιτροπής, κατά την οποία συζητήθηκαν αναλυτικά τα περιεχόμενα του εργαλείου και συλλέχθηκαν σχόλια και προτάσεις βελτίωσης.

Σκοπός της επιτροπής ήταν η ενδελεχής εξέταση των εννοιών, ορισμών και διατυπώσεων του ερωτηματολογίου, ώστε να διασφαλιστεί η καταλληλότητα και η πολιτισμική του συνάφεια στο κοινωνικό και γλωσσικό πλαίσιο της κυπριακής πραγματικότητας. Η διεπιστημονική φύση της ομάδας εμπειρογνομόνων κατέστησε εφικτή την πολύπλευρη ανάλυση και τεκμηρίωση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου, ενισχύοντας την προσαρμογή του στις εμπειρίες και τις αντιλήψεις του πληθυσμού-στόχου.

Η ανάλυση αξιοπιστίας μέσω του δείκτη Cronbach's Alpha ανέδειξε υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας για τις περισσότερες κλίμακες. Συγκεκριμένα, οι κλίμακες παράγοντες στο χώρο εργασίας ($\alpha = .905$), στάσεις για διερεύνηση ΣΒ ($\alpha = .963$), ετοιμότητα για διερεύνηση ΣΒ ($\alpha = .955$) και αξιολόγηση προγράμματος ($\alpha = .908$) παρουσίασαν εξαιρετική αξιοπιστία, γεγονός που καταδεικνύει τη σταθερότητα και την ομοιογένεια των επιμέρους ερωτήσεων. Η κλίμακα Γνώσεις για Διερεύνηση ΣΒ ($\alpha = .770$) εμφάνισε αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας, αν και ορισμένα ερωτήματα παρουσίασαν χαμηλότερη συσχέτιση με το συνολικό σκορ, στοιχείο που θα μπορούσε να εξεταστεί σε μελλοντική αναθεώρηση. Συνολικά, τα αποτελέσματα ενισχύουν την αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε.

4.3.4.1 Πρώτο μέρος ερωτηματολογίου:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αξιολόγησης πριν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Παράρτημα ζ) περιλάμβανε 5 ενότητες.

- **Ενότητα 1: Δημογραφικά Στοιχεία**

Περιλάμβανε πληροφορίες όπως χρόνια εμπειρίας, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασιακή κατάσταση, τομέας πρακτικής, τύπος προηγούμενης εκπαίδευσης για τη ΣΒ και διάρκειά της.

- **Ενότητα 2: Παράγοντες στον Χώρο Εργασίας**

Αποτελείτο από 15 ερωτήσεις με απαντήσεις 5 βαθμίδων Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα). Οι ερωτήσεις επικεντρώνονταν σε παράγοντες που επηρεάζουν τη διερεύνηση της ΣΒ στον χώρο εργασίας.

- **Ενότητα 3: Ετοιμότητα για Διερεύνηση ΣΒ**

Περιλάμβανε 12 ερωτήσεις για την ετοιμότητα των Μ/Μ να εφαρμόσουν αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ και να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ. Οι συμμετέχοντες/ουσες αξιολογούσαν την ετοιμότητά τους σε μια κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (1=Αβέβαιος/η, 2=Καθόλου έτοιμος/η, 3=Λίγο έτοιμος/η, 4=Μέτρια έτοιμος/η, 5=Αρκετά έτοιμος/η).

Επιπλέον, περιλάμβανε αξιολόγηση με αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες καλούνταν να βαθμολογήσουν πόσο καλά προετοιμασμένοι νιώθουν για να διερευνήσουν και να υποστηρίξουν γυναίκες με εμπειρίες ΣΒ (1=Καθόλου προετοιμασμένος/η, 10=Απόλυτα προετοιμασμένος/η).

- **Ενότητα 4: Γνώσεις για Θέματα ΣΒ**

Περιλάμβανε 14 ερωτήσεις που αξιολογούσαν τις γνώσεις σχετικά με ζητήματα ΣΒ, με τις απαντήσεις να κατηγοριοποιούνται ως σωστό, λάθος ή δεν γνωρίζω.

Επίσης, περιλάμβανε αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες/ουσες αυτοαξιολογούσαν τις γνώσεις τους για ζητήματα ΣΒ (1=Καθόλου επαρκείς, 10=Πολύ επαρκείς).

- **Ενότητα 5: Στάσεις Σχετικά με τη ΣΒ**

Περιλάμβανε 15 ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις των Μ/Μ απέναντι στη διερεύνηση και τη φροντίδα γυναικών που βιώνουν ΣΒ, με απαντήσεις 5 βαθμίδων

Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

4.3.4.2 Δεύτερο μέρος ερωτηματολογίου

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αξιολόγησης μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Παράρτημα ζ) περιλάμβανε 5 ενότητες.

- **Ενότητα 1:** Επιδράση του εκπαιδευτικού προγράμματος στις γνώσεις τους σε σχέση με τα ποσοστά ΣΒ, πώς γίνεται η αξιολόγηση περιπτώσεων της ΣΒ, το πώς ερωτάται μία γυναίκα σχετικά με τη ΣΒ, το πώς να διαχειριστεί τις απαντήσεις γυναικών, τους τρόπους και τις διαδικασίες παραπομπής, το πώς να συνεργαστεί με άλλους οργανισμούς/φορείς για να υποστηρίξετε τις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ. Σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (1=Καθόλου, 2=Ελάχιστο βαθμό, 3=Αβέβαια/ος, 4=Μέτριο βαθμό, 5=Πολύ). Περιλάμβανε και αξιολόγηση με αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες/ουσες καλούνταν να βαθμολογήσουν πόσο επηρέασε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα την κλινική πρακτική τους (1=Καθόλου, 10=Πολύ).
- **Ενότητα 2:** Ζητήθηκε να απαντήσουν σε 6 ερωτήσεις για **ποιό** θα ζητούσαν υποστήριξη στον κλινικό χώρο για διερεύνηση της ΣΒ με απαντήσεις 5 βαθμίδων Likert (1=Καθόλου Πιθανό, 2=Λιγότερο πιθανό, 3=Αβέβαια/ος, 4=Πιθανό, 5=Πολύ πιθανό).
- **Ενότητα 3: Ετοιμότητα για Διερεύνηση ΣΒ:** Περιλάμβανε 12 ερωτήσεις για την ετοιμότητα των Μ/Μ μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για να εφαρμόσουν αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ και να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ. Οι συμμετέχοντες/ουσες αξιολογούσαν την ετοιμότητά τους σε μια κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (1=Αβέβαιος/η, 2=Καθόλου έτοιμος/η, 3=Λίγο έτοιμος/η, 4=Μέτρια έτοιμος/η, 5=Αρκετά έτοιμος/η).
Επιπλέον, περιλάμβανε αξιολόγηση με αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες/ουσες καλούνταν να βαθμολογήσουν πόσο καλά προετοιμασμένοι/ες νιώθουν για να διερευνήσουν και να υποστηρίξουν γυναίκες με εμπειρίες ΣΒ (1=Καθόλου προετοιμασμένος/η, 10=Απόλυτα προετοιμασμένος/η).
- **Ενότητα 4: Γνώσεις για Θέματα ΣΒ:** Περιλάμβανε 14 ερωτήσεις που αξιολογούσαν τις γνώσεις σχετικά με ζητήματα ΣΒ μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τις απαντήσεις να κατηγοριοποιούνται ως σωστό, λάθος ή δεν γνωρίζω. Επίσης,

Commented [EM2]: Δεν βγαζει νοημα

περιλάμβανε αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες/ουσες αυτοαξιολογούσαν τις γνώσεις τους για ζητήματα ΣΒ (1=Καθόλου επαρκείς, 10=Πολύ επαρκείς).

- **Ενότητα 5: Στάσεις Σχετικά με τη ΣΒ:** Περιλάμβανε 15 ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις των Μ/Μ απέναντι στη διερεύνηση και τη φροντίδα γυναικών που βιώνουν ΣΒ μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, με απαντήσεις 5 βαθμίδων Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).
- **Ενότητα 6: Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος** μέσω ερωτήσεων που σχετίζονται με τη χρησιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Οι συμμετέχοντες καλέστηκαν να αξιολογήσουν κάθε δήλωση χρησιμοποιώντας μια **κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων** (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα). Περιλάμβανε αριθμητική κλίμακα όπου οι συμμετέχοντες/ουσες αυτοαξιολογούσαν την ημέρα ως προς την επίδραση και τη χρησιμότητά της (1=Καθόλου, 10=Πολύ).
- **Ενότητα 7:** Ανοικτές ερωτήσεις που μπορούσαν να αναφέρουν τη εντόπισαν ως πιο χρήσιμο και λιγότερο χρήσιμο από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η πρώτη φάση συλλογής δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά την εγγραφή, καθώς ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες/ουσες να συμπληρώσουν διαδικτυακά το ερωτηματολόγιο πριν την παρέμβαση, δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της εκπαίδευσης (Ιούνιος 2021). Η δεύτερη φάση συλλογής δεδομένων έγινε επίσης διαδικτυακά, μία εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, με αποστολή email για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μετά την παρέμβαση.

4.4 Στατιστική ανάλυση

Η ερευνήτρια προχώρησε στην καταχώρηση των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή, λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα μέτρα ασφαλούς φύλαξης μέσω χρήσης κωδικών πρόσβασης. Τα συλλεχθέντα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν αρχικά στο λογισμικό Microsoft Excel και στη συνέχεια εισήχθησαν στο στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS), προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στατιστική ανάλυση.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με στόχο τη συνοπτική παρουσίαση και κατανόηση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και των μεταβλητών που αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης. Στις κλίμακες αξιολόγησης κάθε ενότητας, τα ερωτήματα που έφεραν αντίστροφη βαθμολόγηση εντοπίστηκαν και βαθμολογήθηκαν εκ νέου με τον κατάλληλο τρόπο, ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ο υπολογισμός τόσο των συνολικών βαθμολογιών όσο και των επιμέρους υποκλιμάκων, επιτρέποντας μια πιο λεπτομερή ανάλυση. Για την περιγραφή των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκαν βασικοί δείκτες, όπως οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και το εύρος τιμών, οι οποίοι παρείχαν σαφή εικόνα της κατανομής και των διαφοροποιήσεων στις μετρήσεις.

Για τη σύγκριση των μέσων όρων πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση, πραγματοποιήθηκε δοκιμασία t για συσχετισμένα δείγματα (paired-samples t -test), εστιάζοντας σε μεταβλητές που σχετίζονταν με το επίπεδο γνώσεων, στάσεων και επαγγελματικής ετοιμότητας των συμμετεχουσών όσον αφορά τη συστηματική διερεύνηση περιστατικών ΣΒ. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 25.0, διασφαλίζοντας την ακρίβεια, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Για τη στατιστική διερεύνηση των διαφορών που προέκυψαν πριν και μετά την εφαρμογή της εκπαιδευτικής παρέμβασης, πραγματοποιήθηκε δοκιμασία t για συσχετισμένα δείγματα (paired-samples t -test). Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει τη σύγκριση δύο επαναλαμβανόμενων μετρήσεων στο ίδιο δείγμα, προσφέροντας έτσι αξιόπιστη εκτίμηση της επίδρασης της παρέμβασης. Η ανάλυση επικεντρώθηκε σε μεταβλητές που αφορούσαν το επίπεδο γνώσεων, τις στάσεις και την ετοιμότητα των συμμετεχουσών ως προς τη συστηματική διερεύνηση περιστατικών ΣΒ, προκειμένου να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος.

4.5 Ποιοτική μελέτη με ομάδες εστίασης

Ο στόχος της ποιοτικής μελέτης ήταν η σε βάθος διερεύνηση των βιωμένων εμπειριών των Μ/Μ που έχουν κληθεί να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν περιστατικά ΣΒ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και η αποτύπωση των προκλήσεων, των πρακτικών,

των πολιτικών και των αναγκών που σχετίζονται με τον ρόλο τους στο πλαίσιο αυτό (Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

Η επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας μέσω ομάδων εστίασης κρίθηκε κατάλληλη, καθώς δίνει τη δυνατότητα να αναδειχθούν πολλαπλές και βιωματικές οπτικές, μέσα από την αλληλεπίδραση επαγγελματιών που εργάζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα παροχής φροντίδας. Η ανταλλαγή εμπειριών και απόψεων σε ομαδικό πλαίσιο ενισχύει τη συλλογική αν στοχαστική διερεύνηση, γεγονός που είναι κρίσιμο σε ζητήματα ευαίσθητου χαρακτήρα, όπως η ΣΒ στην εγκυμοσύνη.

4.5.1 Δείγμα και δειγματοληψία

Στο πλαίσιο της ποιοτικής μελέτης, πραγματοποιήθηκαν δύο ομαδικές συζητήσεις (focus groups) με επαγγελματίες Μ/Μ επιλεγμένες με σκόπιμη δειγματοληψία ώστε να εκπροσωπούν διαφορετικά επαγγελματικά περιβάλλοντα και ρόλους εντός του συστήματος υγείας.

Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 10 Μ/Μ που εργάζονταν σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια στις πέντε επαρχίες της Κύπρου, με στόχο την καταγραφή εμπειριών από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και τα νοσοκομειακά πλαίσια.

Η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 5 Μ/Μ που παρείχαν φροντίδα σε προγεννητική κλινική και στην κοινότητα, στο πλαίσιο του γενικού συστήματος υγείας, προσφέροντας έτσι οπτικές από την πρωτοβάθμια και κοινοτική φροντίδα.

Η επιλογή της μεθόδου των ομαδικών συζητήσεων αντί των ατομικών συνεντεύξεων βασίστηκε στη δυνατότητά τους να ενισχύουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχουσών, επιτρέποντας την ανταλλαγή εμπειριών, την αναγνώριση κοινών προκλήσεων, καθώς και τη συλλογική αναστοχαστική επεξεργασία ζητημάτων που προκύπτουν στην κλινική πράξη.

Η δυναμική της ομάδας συνέβαλε στη βαθύτερη διερεύνηση των θεμάτων, προσφέροντας πλουσιότερα και πολυδιάστατα δεδομένα, χάρη στον διαλογικό χαρακτήρα της προσέγγισης και στην ενίσχυση της αίσθησης κοινής εμπειρίας μεταξύ των επαγγελματιών.

4.5.2 Στρατολόγηση Συμμετεχουσών/όντων

Για τη στρατολόγηση των συμμετεχουσών χρησιμοποιήθηκαν δύο διακριτές στρατηγικές, ανάλογα με την κάθε ομάδα εστίασης.

4.5.2.1 Πρώτη Ομαδική Συζήτηση (n=10)

Η ερευνήτρια, σε συνεργασία με τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ), απέστειλε επίσημη επιστολή στις διοικήσεις πέντε δημόσιων και πέντε ιδιωτικών νοσοκομείων της Κύπρου. Η επιστολή περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και ζητούσε την υποστήριξη της διοίκησης για τον εντοπισμό και παραπομπή υποψήφιων Μ/Μ με ενδεχόμενη εμπειρία ή ενδιαφέρον για τη διερεύνηση περιστατικών συντροφικής βίας στην εγκυμοσύνη.

Οι διοικήσεις πρότειναν Μ/Μ που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και εξέφρασαν ενδιαφέρον. Η ερευνήτρια επικοινωνήσε μαζί τους για περαιτέρω ενημέρωση και επιβεβαίωση συμμετοχής. Συνολικά, συμμετείχαν δέκα Μ/Μ από όλα τα δημόσια νοσοκομεία των πέντε επαρχιών (Λευκωσία, Λεμεσός, Λάρνακα, Αμμόχωστος, Πάφος), καθώς και από δύο ιδιωτικά νοσοκομεία (Λευκωσία και Λάρνακα).

4.5.2.2 Δεύτερη Ομαδική Συζήτηση (n=5)

Για τη δεύτερη ομάδα, απευθύνθηκε πρόσκληση συμμετοχής σε όλες τις Μ/Μ του μεγαλύτερου δημόσιου μαιευτηρίου της Κύπρου (n=7), το οποίο διαθέτει αυτόνομο τμήμα προγεννητικής φροντίδας, και όλες τις κοινοτικές Μ/Μ που εργάζονται αυτόνομα στο ΓΕΣΥ (n=20). Ανταποκρίθηκαν συνολικά πέντε Μ/Μ τέσσερις από προγεννητικές υπηρεσίες και μία κοινοτική μαία.

Οι δύο ομαδικές συζητήσεις πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Μαρτίου και Απριλίου 2024.

4.5.2.3 Κριτήρια συμμετοχής:

- Εγγραφή στο Κυπριακό Μητρώο Μ/Μ

- Επαγγελματική απασχόληση σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία ή ως πάροχοι κοινοτικών υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο του ΓεΣΥ. Καλή γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας.

4.5.2.4 Κριτήρια αποκλεισμού:

- Επαγγελματίες που δεν είναι εγγεγραμμένοι στο Μητρώο Μ/Μ
- Ανεπαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας.
- Δεν τέθηκαν περιορισμοί ως προς φύλο, ηλικία ή άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ο συνολικός αριθμός συμμετεχουσών (n=15) ήταν συγκρίσιμος με άλλες παρόμοιες ποιοτικές μελέτες (π.χ. Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017). Καθώς η δεύτερη ομάδα δεν παρήγαγε νέα θεματικά ευρήματα, δεν κρίθηκε αναγκαία η πραγματοποίηση επιπλέον ομάδας.

4.5.3 Χώροι διεξαγωγής της μελέτης

Η πρώτη ομαδική συζήτηση διεξήχθη σε ειδικά διαμορφωμένη αίθουσα του πανεπιστημίου, η οποία παρείχε ήσυχο, άνετο και ουδέτερο περιβάλλον, ενισχύοντας την αίσθηση ασφάλειας και την ελευθερία έκφρασης των συμμετεχουσών. Η επιλογή του χώρου αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός ουδέτερου πλαισίου που ενίσχυε τη συγκέντρωση και τη συζήτηση γύρω από ευαίσθητα θέματα, όπως η συντροφική βία στην εγκυμοσύνη.

Αντίστοιχα, η δεύτερη ομαδική συζήτηση πραγματοποιήθηκε σε αίθουσα παρουσιάσεων μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου, εξασφαλίζοντας πρακτική προσβασιμότητα στις Μ/Μ που εργάζονταν στον συγκεκριμένο οργανισμό. Ο χώρος είχε επιλεγεί ώστε να διευκολυνθεί η συμμετοχή κοινοτικών Μ/Μ και προγεννητικής φροντίδας, μειώνοντας πιθανά εμπόδια που σχετίζονταν με την τοποθεσία ή το ωράριο εργασίας.

Και στις δύο περιπτώσεις, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία ενός ασφαλούς, υποστηρικτικού και μη επικριτικού περιβάλλοντος, κατάλληλου για τη συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική πρακτική και την αντιμετώπιση περιστατικών ευαλωτότητας.

Την ευθύνη του συντονισμού όλων των ομάδων είχε η κύρια ερευνήτρια (Ε.Μ.). Η Ε.Χ. ήταν υπεύθυνη για την καταγραφή συμπληρωματικών στοιχείων, τα οποία ενσωματώθηκαν στη μεταγενέστερη ανάλυση των δεδομένων. Παράλληλα, σε κάθε συνεδρία παρευρισκόταν παρατηρητής, με στόχο την καταγραφή μη λεκτικών αντιδράσεων, όπως: στάσεις σώματος, αντιδράσεις σε κρίσιμες στιγμές, εκδηλώσεις συμφωνίας ή διαφωνίας, σιωπές, αμηχανία, ή εκφράσεις ενθουσιασμού και επιφυλακτικότητας καθώς και αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συμμετεχουσών. Η παρουσία του παρατηρητή συνέβαλε ουσιαστικά στην πλουσιότερη κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο διατυπώνονταν οι εμπειρίες και οι απόψεις των συμμετεχουσών, ενισχύοντας τη βαθύτερη ερμηνεία των δεδομένων.

Οι συζητήσεις πραγματοποιήθηκαν στην ελληνική γλώσσα, σε περιβάλλον που διασφάλιζε εμπιστευτικότητα, άνεση και σεβασμό στις συμμετέχουσες, με συνολική διάρκεια 60 έως 90 λεπτά ανά συνεδρία. Η διάρκεια καθορίστηκε βάσει της φύσης της συζήτησης, επιτρέποντας επαρκή χρόνο για την εις βάθος διερεύνηση των θεματικών, την ενθάρρυνση του διαλόγου και τη φυσική ροή της συζήτησης ανάμεσα στις συμμετέχουσες, χωρίς να δημιουργείται κόπωση ή πίεση χρόνου.

4.5.4 Συλλογή δεδομένων να ενωθεί με το χώρο διεξαγωγής

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ομαδικών συζητήσεων, βασισμένων σε ημιδομημένο οδηγό θεματικών ενοτήτων, ο οποίος σχεδιάστηκε από την ερευνητική ομάδα με στόχο την εξερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Το εργαλείο αυτό παρείχε ένα πλαίσιο αναφοράς για τη συζήτηση, διασφαλίζοντας την ομοιογένεια στη θεματολογία μεταξύ των ομάδων, ενώ παράλληλα προσέφερε ευελιξία στους συντονιστές, ώστε να προσαρμόζουν τη ροή της συζήτησης ανάλογα με τις εμπειρίες, τις ανάγκες και τις προτεραιότητες των συμμετεχουσών.

Κάθε συνεδρία που ηχογραφήθηκε ψηφιακά, με τη συγκατάθεση των συμμετεχουσών, και στη συνέχεια έγινε λέξη προς λέξη απομαγνητοφώνηση στο περιβάλλον του Microsoft Word από την ΕΜ, στη γλώσσα διεξαγωγής της συζήτησης. Ακολούθως οι απομαγνητοφωνήσεις επανεξετάστηκαν προσεκτικά από την ΕΧ, η οποία προέβη σε επιπλέον έλεγχο για την ακρίβεια και την πληρότητα των κειμένων.

Η μέθοδος αυτή επέτρεψε τη λεπτομερή ανάλυση του περιεχομένου, διασφαλίζοντας την εγκυρότητα των δεδομένων και την πιστή αποτύπωση των απόψεων των συμμετεχουσών.

4.5.5 Οδηγός Συνέντευξης

Οι συζητήσεις βασίστηκαν σε έναν ημιδομημένο οδηγό θεματικών ενοτήτων, ο οποίος παρείχε τη δυνατότητα ευελιξίας, επιτρέποντας την ελεύθερη ροή της συζήτησης και τη φυσική ανάπτυξη θεμάτων που ανέκυπταν από τις ίδιες τις συμμετέχουσες, ενώ παράλληλα διασφαλιζόταν η κάλυψη των βασικών θεμάτων ενδιαφέροντος.

Ο οδηγός περιλάμβανε ανοικτού τύπου ερωτήσεις, σχεδιασμένες ώστε να προκαλέσουν λεπτομερείς, βιοματικές αφηγήσεις σχετικά με: τις εμπειρίες των Μ/Μ στη διαχείριση περιστατικών ΣΒ, τις πρακτικές και διαδικασίες που ακολουθούνται στον χώρο εργασίας, τις προκλήσεις και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην εφαρμογή της αξιολόγησης ρουτίνας, τη διεπιστημονική συνεργασία, και τις ανάγκες τους σε επίπεδο υποστήριξης.

Η διαδραστική φύση των ομαδικών συζητήσεων ενίσχυσε τη δυναμική της ανταλλαγής εμπειριών, δίνοντας τη δυνατότητα για ανάδειξη τόσο κοινών μοτίβων όσο και μοναδικών προκλήσεων, όπως αυτές βιώνονται στο εκάστοτε επαγγελματικό πλαίσιο (Lander et al., 2025). Ο ημιδομημένος χαρακτήρας του οδηγού διευκόλυνε τον αυθόρμητο διάλογο, επιτρέποντας στις Μ/Μ να εκφράσουν ελεύθερα προσωπικές εμπειρίες, απόψεις και προτάσεις.

Ο θεματικός οδηγός που χρησιμοποιήθηκε στις συνεδρίες, παρουσιάζεται στον Πίνακα 5 και αναπτύχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση: τα ευρήματα της προγενέστερης ποσοτικής φάσης της μελέτης και τις αρχές του εκπαιδευτικού προγράμματος STOP IPV, το οποίο είχε προηγηθεί των ομαδικών συζητήσεων.

Πίνακας 5 Θεματικός Οδηγός ποιοτικής μελέτης

Εμπειρίες (εστίαση στη διαχείριση περιστατικών)	1. Πώς αισθάνεστε σχετικά με την αξιολόγηση θεμάτων ασφάλειας και κινδύνου που αφορούν εγκύους; Μπορείτε
---	--

	να μας δώσετε κάποια παραδείγματα τέτοιων περιστατικών;
Αξιολόγηση των υφιστάμενων πρακτικών	2. Πώς αξιολογείτε και διαχειρίζεστε περιστατικά ΣΒ στον χώρο εργασίας σας; α) Υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο ή πολιτική για τα περιστατικά ΣΒ στον εργασιακό σας χώρο; β) Μπορείτε να μας εξηγήσετε τη διαδικασία (καταγραφή, παραπομπή κ.λπ.); γ) Εάν δεν υπάρχει πρωτόκολλο, ποια διαδικασία ακολουθείτε στην αξιολόγηση περιστατικών ΣΒ;
Προκλήσεις & Εμπόδια	3. Ποιες είναι μερικές από τις προκλήσεις ή τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε κατά τη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ; Μπορείτε να τις εξηγήσετε με περισσότερες λεπτομέρειες;
Διεπιστημονική Ομάδα	4. Πώς θα περιγράφατε τη συνεργασία σας με άλλες Μ/Μ, προϊστάμενες/οξύς, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας στη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ στον εργασιακό σας χώρο;
Ανάγκες των κλινικών επαγγελματιών	5. Ποιες θα ήταν οι εισηγήσεις σας είναι μερικά από τα πράγματα που πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να σας βοηθήσουν στην αντιμετώπιση περιστατικών ΣΒ στον χώρο εργασίας σας;
Εκπαιδευτική Παρέμβαση	6. Μπορείτε να μας πείτε τι βρήκατε χρήσιμο στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOIPV που παρακολουθήσατε; Υπάρχει κάτι που θα μπορούσε να βελτιωθεί;
Κλείσιμο	7. Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να αναφέρετε, ακόμα και αν δεν το θεωρείτε άμεσα σχετικό με τη συζήτησή μας;

4.5.6 Ηθικά ζητήματα

Λήφθηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (EEBK ΕΠ2020.01.137), καθώς και από την Επιτροπή Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού

Πανεπιστημίου Κύπρου. Η μελέτη υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές που καθορίζονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι, ακολουθώντας όλες τις ισχύουσες κατευθυντήριες γραμμές και εθνικούς/ευρωπαϊκούς κανονισμούς δεοντολογίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Πριν από τη συμμετοχή τους, οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν γραπτώς, μέσω ενημερωτικής επιστολής που απεστάλη στις διοικήσεις των εμπλεκόμενων νοσοκομείων, καθώς και προφορικά πριν από την έναρξη κάθε ομαδικής συζήτησης. Στην αρχή κάθε συνεδρίας, γινόταν υπενθύμιση των στόχων και της διαδικασίας της μελέτης, και στη συνέχεια ζητείτο από κάθε συμμετέχουσα να υπογράψει έντυπο συγκατάθεσης στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με το τυποποιημένο έντυπο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου.

Τονίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική, με πλήρεις εγγυήσεις για την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία των παρεχόμενων δεδομένων. Επίσης, επισημάνθηκε ότι οι συμμετέχουσες διατηρούσαν το δικαίωμα να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της μελέτης, χωρίς καμία απολύτως συνέπεια.

Για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας, κάθε συμμετέχουσα έλαβε μοναδικό κωδικό, ενώ όλα τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα ήταν ανώνυμα και δεν περιλάμβαναν προσωπικά στοιχεία. Επιπλέον, ονόματα νοσοκομείων, κλινικών ή επαγγελματιών υγείας δεν συμπεριλήφθηκαν σε καμία έκθεση ή αναφορά, ακόμη και όταν αυτά αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια των συζητήσεων.

Όλες οι συμμετέχουσες παρείχαν ρητή γραπτή συγκατάθεση για την ηχογράφιση, την απομαγνητοφώνηση και τη θεματική ανάλυση των συζητήσεων, καθώς και για τη χρήση ανώνυμων αποσπασμάτων σε επιστημονικές δημοσιεύσεις ή αναφορές της ερευνητικής ομάδας.

Τέλος, ζητήθηκαν βασικές κοινωνικο-δημογραφικές πληροφορίες, οι οποίες καταγράφηκαν μέσω ανώνυμης φόρμας συλλογής δεδομένων, αποκλειστικά για σκοπούς περιγραφικής ανάλυσης του δείγματος.

4.5.7 Ανάλυση δεδομένων

Κατά τη διάρκεια των ομαδικών συζητήσεων, πραγματοποιήθηκε ηχογράφηση ήχου με τη χρήση ψηφιακής συσκευής καταγραφής (voice recorder), κατόπιν ρητής έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχουσών. Δεν πραγματοποιήθηκε καταγραφή εικόνας, σεβόμενοι την αρχή της διακριτικότητας και της προστασίας της ιδιωτικότητας.

Μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών, τα ηχητικά αρχεία απομαγνητοφωνήθηκαν κατά λέξη, μετατράπηκαν σε επεξεργάσιμη γραπτή μορφή (.docx) και τα πρωτογενή αρχεία ήχου διαγράφηκαν από τη συσκευή. Τα κείμενα αποθηκεύτηκαν με ασφαλή τρόπο σε προστατευμένο υπολογιστή της κύριας ερευνήτριας, στον οποίο μόνο η ίδια είχε πρόσβαση. Τα δεδομένα θα διατηρηθούν για ένα έτος μετά την ολοκλήρωση της διατριβής και έως τη δημοσίευση των ευρημάτων.

Η ανάλυση δεδομένων ακολούθησε την προσέγγιση της ποιοτικής περιγραφικής μελέτης (qualitative descriptive design), επιτρέποντας την εις βάθος κατανόηση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των πρακτικών των συμμετεχουσών (Doyle et al., 2020). Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε η μέθοδος της επαγωγικής ανάλυσης περιεχομένου (Elo and Kynäas, 2008), κατά την οποία τα θέματα και τα μοτίβα αναδύθηκαν χωρίς την επιβολή προκαθορισμένων θεωρητικών πλαισίων.

Η επεξεργασία των δεδομένων επέτρεψε τη συμπύκνωση εννοιών, διατηρώντας τη σημασιολογική τους αξία. Οι λέξεις και φράσεις που ταξινομήθηκαν στις ίδιες κατηγορίες παρουσίαζαν κοινό νοηματικό περιεχόμενο, διευκολύνοντας την ανάδειξη θεματικών περιοχών και τάσεων (Bengtsson, 2016).

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε συνεργατικά από την ερευνητική ομάδα, η οποία αποτελείται από τέσσερα μέλη: α) την κύρια ερευνήτρια (υποψήφια διδάκτορα και μαία), β) μία επίκουρη καθηγήτρια μαιευτικής με εξειδίκευση στην ποιοτική έρευνα, γ) μία αναπληρώτρια καθηγήτρια ψυχικής υγείας με εμπειρία σε ερμηνευτική ανάλυση, δ) έναν αναπληρωτή καθηγητή με ειδίκευση Μεθοδολογία Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας και Βιοστατιστικής.

Οι δύο πρώτες ερευνήτριες (EM και EX) ανέλαβαν την αρχική κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση, μέσω ανοιχτής κωδικοποίησης. Ακολούθως, τα ευρήματα

επανεξετάστηκαν ανεξάρτητα από τους άλλους δύο ερευνητές (MN και NM), προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία και η επιβεβαιωσιμότητα της ανάλυσης. Η διαδικασία αυτή λειτούργησε ως peer review, επιτρέποντας τον έλεγχο της εγκυρότητας των ερμηνειών.

Για την ενίσχυση της αξιοπιστίας των ποιοτικών δεδομένων, εφαρμόστηκαν επιπλέον οι αρχές της πιστότητας, εξαρτησιμότητας, μεταβιβασιμότητας, και επιβεβαιωσιμότητας σύμφωνα με το πλαίσιο των Lincoln et al., (1985). Η τριγωνοποίηση με τα ποσοτικά ευρήματα, ο αναστοχασμός της ερευνητικής ομάδας και η παρουσίαση αυθεντικών αποσπασμάτων συνέβαλαν στη διατήρηση της σημασιολογικής αξίας των αφηγήσεων (Valencia, 2022).

Για τη διασφάλιση της πιστότητας, εφαρμόστηκαν στρατηγικές που αποσκοπούσαν στην αποτύπωση της πολυπλοκότητας και της αυθεντικότητας των εμπειριών των συμμετεχουσών. Η αρχική κωδικοποίηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από δύο ερευνήτριες (EM και EX) μέσω ανοιχτής κωδικοποίησης, με στόχο τη μέγιστη ελευθερία αναγνώρισης των μοτίβων. Στη συνέχεια, ακολούθησε ανεξάρτητη επανεξέταση των ευρημάτων από δύο επιπλέον ερευνητές (MN και NM), διαδικασία που λειτούργησε ως αξιολόγηση περιορίζοντας την πιθανότητα μεροληψίας.

Η εξαρτησιμότητα, η οποία αφορά τη σταθερότητα και την επαναληψιμότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ενισχύθηκε μέσω της σχολαστικής καταγραφής κάθε φάσης της ανάλυσης. Η διατήρηση αναλυτικού αρχείου κωδικών και θεματικών κατηγοριών επέτρεψε την τεκμηρίωση όλων των αποφάσεων που ελήφθησαν κατά την κωδικοποίηση και την ανάπτυξη των θεμάτων. Επιπλέον, μέσω αναστοχαστικών σημειώσεων, η ερευνητική ομάδα κατέγραψε κρίσιμες σκέψεις, διασφαλίζοντας τη διαφάνεια της διαδικασίας και επιτρέποντας σε τρίτους την ανεξάρτητη επαλήθευση της ανάλυσης.

Για την ενίσχυση της μεταβιβασιμότητας, δόθηκε έμφαση στην αναλυτική περιγραφή του ερευνητικού πλαισίου, του πληθυσμού των συμμετεχουσών και των συνθηκών συλλογής των δεδομένων. Μέσω της παροχής πλούσιων περιγραφών, οι αναγνώστες έχουν τη δυνατότητα να εκτιμήσουν σε ποιο βαθμό τα ευρήματα μπορούν να εφαρμοστούν ή να μεταφερθούν σε άλλα περιβάλλοντα ή συγκείμενα.

Η επιβεβαιωσιμότητα των ευρημάτων υποστηρίχθηκε μέσω της συστηματικής

τεκμηρίωσης όλων των σταδίων ανάλυσης, μειώνοντας την επίδραση υποκειμενικών προκαταλήψεων. Η δημιουργία αναστοχαστικών ημερολογίων κατέγραψε τις ερευνητικές αποφάσεις και τις αιτιολογήσεις τους, προσφέροντας διαφάνεια στην ερμηνευτική διαδικασία. Επιπλέον, η χρήση άμεσων αποσπασμάτων από τα δεδομένα ενίσχυσαν την αντικειμενικότητα των συμπερασμάτων και διασφάλισαν ότι οι ερμηνείες ήταν γειωμένες στα ίδια τα δεδομένα και όχι σε προκαθορισμένες υποθέσεις των ερευνητών.

Η τριγωνοποίηση δεδομένων αποτέλεσε βασικό μηχανισμό ενίσχυσης της πιστότητας: τα ποιοτικά ευρήματα αντιπαραβλήθηκαν με τα ποσοτικά αποτελέσματα, εντοπίζοντας σημεία σύγκλισης και αποκλίσεων (Valencia, 2022). Η στρατηγική αυτή επέτρεψε την ενίσχυση της αξιοπιστίας και τη βαθύτερη κατανόηση των υπό μελέτη φαινομένων. Παράλληλα, μέσω της παράθεσης αυθεντικών αποσπασμάτων από τις αφηγήσεις, διασφαλίστηκε η αντιπροσωπευτική αποτύπωση των εμπειριών των συμμετεχουσών.

Η ανάλυση των δεδομένων οργανώθηκε σε θεματικές και υπο-θεματικές κατηγορίες, βασισμένες στα μοτίβα που εντοπίστηκαν στις συζητήσεις, ενώ τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τρόπο που αντανακλά τις φωνές των συμμετεχουσών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης

5.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Μετά την ηλεκτρονική πρόσκληση σε όλες τις/τους εγγεγραμμένες/ους Μ/Μ, 171 συμμετέχουσες/όντες (49% των Κυπρίων Μ/Μ) ανταποκρίθηκαν, απάντησαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου και παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Παρ' όλα αυτά, μόνο 103 από αυτούς ολοκλήρωσαν και τα δύο μέρη του ερωτηματολογίου, πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ώστε να γίνουν οι μετρήσεις πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση. Για τους σκοπούς της μελέτης, χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις αυτών των 103 συμμετεχόντων (Πίνακας 6).

Οι περισσότερες συμμετέχουσες ήταν γυναίκες, 99% (n=102), και οι περισσότερες εργάζονταν σε ιδιωτικά μαιευτήρια στην Κύπρο, 55,3% (n=57), ενώ 44,7% (n=46) εργάζονταν στα νοσοκομεία του ΟΚΥΠΥ. Οι περισσότερες εργάζονταν με πλήρη απασχόληση. Η μέση επαγγελματική εμπειρία ήταν 8,85 έτη (SD=8,84 έτη), με την ελάχιστη εμπειρία να είναι 0 έτη και τη μέγιστη 40 έτη (Range=40 έτη).

Από τις/τους Μ/Μ, το 49,5% (n=51) είχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Ενώ το 12,6% (n=13) είχε μεταπτυχιακό δίπλωμα στη μαιευτική που είχε απονεμηθεί τα προηγούμενα χρόνια στην Κύπρο, το 33,0% (n=34) είχε πτυχίο. Υπήρχε μόνο μία κάτοχος διδακτορικού (n=1) 1%.

Σχετικά με την προηγούμενη εκπαίδευση που είχαν λάβει για την ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, οι περισσότερες απάντησαν ότι δεν είχαν λάβει ποτέ (35,9%, n=37), ενώ το 35% (n=36) δήλωσαν ότι είχαν παρακολουθήσει μια διάλεξη για το θέμα, ενώ το 15,5% (n=16) είχαν διαβάσει κάποιο πρωτόκολλο βίας/πολιτικής νοσοκομείου. Το χαμηλότερο ποσοστό σημειώθηκε για την παρακολούθηση ενός διαδικτυακού εκπαιδευτικού προγράμματος, το οποίο είχε ποσοστό 1% και αφορούσε μία συμμετέχουσα. Όσες/όσες δήλωσαν ότι είχαν λάβει κάποια εκπαίδευση είχαν κατά μέσο όρο 2,24 ώρες εκπαίδευσης (S.D.=3,47). Οι περισσότερες 39,8% (n=41) δεν μπορούσαν να θυμηθούν πότε είχαν λάβει την συγκεκριμένη εκπαίδευση, ακολούθως το 22,3% 9 (n=23) ήταν πριν 2-5 χρόνια, ενώ το 15,5% (n=16) μέσα στο τελευταίο χρόνο, το 8,7% (n=9) και το 5,8% (n=6) τον προηγούμενο μήνα.

Πίνακας 6 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών/όντων

		n	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρες	1	1.0%
	Γυναίκες	102	99.0%
	Σύνολο	103	100.0%
	Πτυχίο	34	33.0%
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	13	12.6%
	Μεταπτυχιακό	51	49.5%
	Διδακτορικό PhD	1	1.0%
	Άλλο	4	3.9%
	Σύνολο	103	100.0%
Συχνότητα Εργασίας	Πλήρης Απασχόληση	83	80.6%
	Μερική Απασχόληση	7	6.8%
	Περιστασιακή Απασχόληση	13	12.6%
	Σύνολο	103	100.0%
Τομέας εργασίας	Ιδιωτικός Τομέας	57	55.3%
	Δημόσιος Τομέας	46	44.7%
	Σύνολο	103	100.0%
Είδος προηγούμενης εκπαίδευσης/κατάρτισης για τη ΣΒ	Καμία	37	35.9%
	Διάβασα την πολιτική του νοσοκομείου/κλινικής	16	15.5%
	Παρακολούθησα εκπαιδευτικό βίντεο	9	8.7%
	Παρακολούθησα διάλεξη ή συζήτηση	36	35.0%

	Έλαβα κατάρτιση από τον οργανισμό εργοδότης μου (τουλάχιστον 1/2 μέρας)	0	0.0%
	Συμμετείχα σε βιοματικό εργαστήριο για την απόκτηση δεξιοτήτων (τουλάχιστον 1)	3	2.9%
	Παρακολούθησα και ολοκλήρωσα διαδικτυακή εκπαίδευση	1	1.0%
	Άλλο	1	1.0%
	Σύνολο	103	100.0%
Πόσο πρόσφατη ήταν η εκπαίδευση/κατάρτιση που είχε;	Έγινε τον τελευταίο μήνα	6	5.8%
	Έγινε τους τελευταίους 6 μήνες	9	8.7%
	Έγινε τον τελευταίο χρόνο	16	15.5%
	Έγινε πριν από 2-5 χρόνια	23	22.3%
	Έγινε πριν από τουλάχιστον 5 χρόνια	8	7.8%
	Δεν θυμάμαι	41	39.8%
	Σύνολο	103	100.0%

5.2 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τη διερεύνηση ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη

Οι συμμετέχοντες/ουσες απάντησαν σε 15 ερωτήσεις σχετικά με τους παράγοντες του εργασιακού τους περιβάλλοντος για τη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ που διαχωρίστηκαν σε 3 πίνακες με βάση την θεματολογία των ερωτήσεων ως προς την πολιτική/κλινική πρακτική, τις προσωπικές εμπειρίες και τα εμπόδια (Πίνακας 4,5,6). Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν ότι στον εργασιακό τους χώρο ενθαρρύνονται να διερευνήσουν ΣΒ, 54,3% (n=56). Το μεγαλύτερο ποσοστό, 55,4% (n=57), δήλωσε ότι ένιωθε υποστήριξη για τη διερεύνηση ΣΒ από τους προϊστάμενους, καθώς και από συναδέλφους 54,3% (n=56), ενώ μικρότερο ποσοστό ένιωθε υποστήριξη από γυναικολόγους 46,6% (n=48) (Πίνακας 7).

Η πλειονότητα των συμμετεχουσών/όντων αισθανόταν ότι υποστηρίζεται για να κάνει τις κατάλληλες παραπομπές για γυναίκες που βιώνουν ΣΒ, 37,9% (n=39). Παράλληλα, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό, 34,0% (n=35), εξέφρασε αβεβαιότητα, δεν συμφωνούσε, δεν διαφωνούσε για αυτή τη δήλωση. Όσον αφορά το πρωτόκολλο διαχείρισης περιστατικών ΣΒ στον κλινικό χώρο, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι αισθάνονται εξοικειωμένοι 34,9% (n=36), ενώ 37,9% (n=39) δεν συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν με αυτή τη δήλωση, και το 27,2% (n=28) διαφώνησαν. Σημειώνεται ότι δεν υπάρχουν πρωτόκολλα/πολιτικές για το θέμα στα νοσοκομεία της Κύπρου, γεγονός που εγείρει ερωτήματα σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

Σχετικά με το εάν οι προσωπικές τους εμπειρίες βίας (Πίνακας 8) επηρεάζουν τη διερεύνηση άλλων περιστατικών, 34% δήλωσαν ότι δεν συμφωνούσαν δεν διαφωνούσαν (n=35), ενώ ένα αξιοσημείωτο ποσοστό, 30,1% (n=31), συμφώνησε με αυτή τη συγκεκριμένη δήλωση. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σχετικά με ανησυχίες για την προσωπική τους ασφάλεια κατά τη διερεύνηση τέτοιων περιστατικών, όπου το 29,1% (n=30) δήλωσε ότι δεν συμφωνούσαν δεν διαφωνούσαν, το 25,2% (n=26) συμφώνησε και το 25,2% (n=26) διαφώνησε.

Commented [EM3]: Ποιο από τα δύο

Οι συμμετέχοντες/ουσες συμφώνησαν ότι υπάρχει φόβος να προσβάλουν μια γυναίκα ή να επηρεάσουν τη σχέση τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση για ΣΒ. Το 41,7% (n=43) είτε συμφώνησε είτε συμφώνησε απόλυτα, ενώ το 28,2% (n=29) διαφώνησε και το 30,1% (n=31) δεν συμφώνησε ούτε διαφώνησε.

Όσον αφορά τα εμπόδια (Πίνακας 9) για τη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ, οι Μ/Μ συμφώνησαν ότι η παρουσία του συντρόφου κατά τη διάρκεια επισκέψεων επηρεάζει σημαντικά τη διαδικασία, με το 60,2% (n=62) να συμφωνεί ή να συμφωνεί απόλυτα, καθώς και τα γλωσσικά εμπόδια π.χ. μη ελληνόφωνες) επηρεάζουν την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ, με το ίδιο ποσοστό. Σχετικά με ερωτήσεις για το αν ο εργασιακός τους χώρος παρέχει αρκετό χρόνο για να ανταποκριθούν σε ΣΒ και αν μπορούν να συμμετάσχουν σε πολυεπιστημονική ομάδα για τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών, τα ποσοστά που δεν συμφωνούσαν/δεν διαφωνούσαν ήταν 36,9% και 40,8%, αντίστοιχα. Παρόμοια αβεβαιότητα εκφράστηκε για τη διαθεσιμότητα κατάλληλου ιδιωτικού χώρου για τη διερεύνηση περιστατικών, με το 32,0% (n=33) να δηλώνει αμφιβολία. Επιπλέον,

το 47,6% (n=49) διαφώνησε ή διαφώνησε έντονα ότι υπάρχει τέτοιος ιδιωτικός χώρος στον εργασιακό τους χώρο για να διερευνήσουν ΣΒ με τις γυναίκες.

Πίνακας 7 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ σε σχέση με πολιτική/κλινική πρακτική

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν συμφωνώ/Δεν διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ Απόλυτα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Πολιτική/Κλινική Πρακτική										
Στον εργασιακό μου χώρο ενθαρρύνομαι να αντιμετωπίσω περιπτώσεις ΣΒ.	13	12.6%	11	10.7%	30	29.1%	36	35.0%	13	12.6%
Είμαι εξοικειωμένη/ος με τη πολιτική του νοσηλευτηρίου και τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη (διερεύνηση;) ανίχνευση και διαχείριση ΣΒ.	11	10.7%	23	22.3%	33	32.0%	29	28.2%	7	6.8%
Είμαι εξοικειωμένη/ος με το πρωτόκολλο αντιμετώπισης ΣΒ στο κλινικό μου χώρο.	11	10.7%	17	16.5%	39	37.9%	30	29.1%	6	5.8%
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ (είχα;) ένιωσα υποστήριξη από τους συναδέλφους ιατρούς.	7	6.8%	12	11.7%	36	35.0%	37	35.9%	11	10.7%
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ, (είχα;) ένιωσα υποστήριξη από την/τον προϊστάμενη/ο μου.	8	7.8%	12	11.7%	26	25.2%	42	40.8%	15	14.6%
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ, ένιωσα (είχα;) υποστήριξη από τους συναδέλφους μου.	6	5.8%	9	8.7%	32	31.1%	40	38.8%	16	15.5%

Νιώθω (Εγώ;) υποστήριξη προκειμένου να κάνω την κατάλληλη παραπομπή στις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	8	7.8%	11	10.7%	35	34.0%	39	37.9%	10	9.7%
--	---	------	----	-------	----	-------	----	-------	----	------

Πίνακας 8 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ - Προσωπικές εμπειρίες.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ Απόλυτα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Προσωπικές Εμπειρίες										
Μερικές φορές η προσωπική μου εμπειρία σε σχέση με βία με επηρεάζει κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	13	12.6%	20	19.4%	35	34.0%	31	30.1%	4	3.9%
Μερικές φορές οι δικές μου ανησυχίες για την προσωπική μου ασφάλεια με επηρεάζουν κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	17	16.5%	26	25.2%	30	29.1%	26	25.2%	4	3.9%
Ο φόβος μήπως προσβάλω μια γυναίκα ή μήπως επηρεάσω τη σχέση μας με επηρεάζει κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	8	7.8%	21	20.4%	31	30.1%	36	35.0%	7	6.8%

Πίνακας 9 Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την διερεύνηση ΣΒ - Εμπόδια

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ Απόλυτα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Εμπόδια										
Η παρουσία του συντρόφου κατά την αξιολόγηση επηρεάζει στον τρόπο που κάνω τη συνέντευξη.	10	9.7%	7	6.8%	24	23.3%	32	31.1%	30	29.1%
Γλωσσικά εμπόδια (π.χ. μη ελληνόφωνες) επηρεάζουν την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	4	3.9%	8	7.8%	29	28.2%	33	32.0%	29	28.2%
Στον εργασιακό μου χώρο έχω στη διάθεσή μου όσο χρόνο χρειάζομαι για να αποσαφηνίσω περιπτώσεις ΣΒ.	18	17.5%	21	20.4%	38	36.9%	20	19.4%	6	5.8%
Είμαι πολύ απασχολημένη/ος για να συμμετέχω σε πολυθεματική ομάδα για τη διαχείριση περιστατικών ΣΒ.	15	14.6%	26	25.2%	42	40.8%	17	16.5%	3	2.9%
Υπάρχει κατάλληλος ιδιωτικός χώρος στο εργασιακό μου περιβάλλον για να αξιολογήσω το ζήτημα της συντροφικής βίας με τις γυναίκες.	25	24.3%	24	23.3%	33	32.0%	14	13.6%	7	6.8%

5.3 Γνώσεις για την ΣΒ

Οι Μ/Μ ρωτήθηκαν σχετικά με συγκεκριμένες γνώσεις που αφορούν τη ΣΒ τόσο πριν όσο και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει την συχνότητα και την ποσοστιαία κατανομή των πραγματικών γνώσεων πριν και μετά την παρέμβαση σχετικά με τη ΣΒ, ενώ οι σωστές απαντήσεις για τις γνώσεις πριν και μετά την παρέμβαση παρουσιάζονται στον Πίνακα 11. Διεξήχθη δοκιμασία t για συσχετισμένα δείγματα (paired-samples t -test) για να συγκριθεί η μέση βαθμολογία των σωστών απαντήσεων σχετικά με τη ΣΒ πριν και μετά την παρέμβαση (Πίνακας 11).

Οι μέσες σωστές απαντήσεις για το ερώτημα σχετικά με το ότι οι λόγοι ανησυχίας για ΣΒ δεν πρέπει να καταγράφονται στις προσωπικές σημειώσεις της γυναίκας αν η ίδια δεν αποκαλύψει τη βία, αυξήθηκαν κατά 12,6% μετά την παρέμβαση ($m.d.=12.6\%$, $t(102)=2.18$, $p=.032$). Οι μέσες σωστές απαντήσεις για το ότι οι Μ/Μ δεν πρέπει να πιέζουν τις γυναίκες να παραδεχθούν ότι ζουν σε μια βίαιη σχέση αυξήθηκαν κατά 11,7% μετά την παρέμβαση ($m.d.=11.7\%$, $t(102)=2.63$, $p=.010$). Οι μέσες σωστές απαντήσεις για το ότι οι τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις ΣΒ αυξήθηκαν κατά 18,4% μετά την παρέμβαση ($m.d.=18.4\%$, $t(102)=2.94$, $p=.004$). Οι μέσες σωστές απαντήσεις για το ερώτημα «Ακόμα και αν ένα παιδί δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, έχω την ευθύνη να αναφέρω ένα περιστατικό όπου το παιδί υπήρξε μάρτυρας ΣΒ στον Κοινωνικό Λειτουργό του Νοσοκομείου» αυξήθηκαν κατά 10,7% μετά την παρέμβαση ($m.d.=10.7\%$, $t(102)=2.75$, $p=.007$).

Αντίστοιχα, οι μέσες σωστές απαντήσεις για το ερώτημα «Έχω την ευθύνη να επικοινωνήσω με υπηρεσίες της κοινότητας για να καθορίσω μια παραπομπή», αυξήθηκαν κατά 10,7% μετά την παρέμβαση ($m.d.=10.7\%$, $t(102)=2.94$, $p=.004$). Για όλα τα υπόλοιπα θέματα, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων πριν και μετά την παρέμβαση, στο επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Συνολικά, η παρέμβαση ήταν στατιστικά σημαντική για τη συνολική μέση βαθμολογία γνώσεων (παράγοντας), $t(102)=4.29$, $p<.001$). Μετά την παρέμβαση, το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων ($M=65,9\%$, $SD=13,1\%$) ήταν σημαντικά υψηλότερο από ό,τι πριν την παρέμβαση ($M=58,0\%$, $SD=15,7\%$).

Πίνακας 10 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή των γνώσεων πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

	Φάση	Σωστό		Λάθος		Δεν γνωρίζω	
		n	%	n	%	n	%
Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο κυριότερος προγονωστικός παράγοντας για ΣΒ.	Πριν	62	60.2%	22	21.4%	19	18.4%
	Μετά	69	67.0%	28	27.2%	6	5.8%
Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα παραμένει σε μια βιαιή σχέση.	Πριν	98	95.1%	2	1.9%	3	2.9%
	Μετά	99	96.1%	2	1.9%	2	1.9%
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, αν δεν αποκαλύψει η ίδια τη βία	Πριν	33	32.0%	47	45.6%	23	22.3%
	Μετά	41	39.8%	55	53.4%	7	6.8%
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις χειρόγραφες σημειώσεις τους, αν δεν αποκαλύψει η ίδια η γυναίκα τη βία	Πριν	27	26.2%	55	53.4%	21	20.4%
	Μετά	28	27.2%	68	66.0%	7	6.8%
Οι μαίες/ μαιευτές όταν ρωτούν τις γυναίκες για τη ΣΒ, πρέπει να χρησιμοποιούν λέξεις όπως «κακοποιημένη» και όχι «χτυπημένη» ή «δαρμένη».	Πριν	63	61.2%	21	20.4%	19	18.4%
	Μετά	58	56.3%	39	37.9%	6	5.8%
Το να υποστηρίζεις την επιλογή της γυναίκας να παραμένει σε μια βιαιή σχέση είναι σαν να παραβλέπεις τη βία.	Πριν	73	70.9%	14	13.6%	16	15.5%
	Μετά	71	68.9%	26	25.2%	6	5.8%
Οι επιβιώσασες από ΣΒ είναι σε θέση να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές για το πως να χειριστούν περαιτέρω την κατάστασή τους (Ως «επιβιώσασες ΣΒ» θεωρούνται οι γυναίκες που υπέστησαν ΣΒ, αλλά έχουν απομακρυνθεί πλέον από τη βιαιή σχέση).	Πριν	47	45.6%	27	26.2%	29	28.2%
	Μετά	55	53.4%	36	35.0%	12	11.7%
	Πριν	73	70.9%	20	19.4%	10	9.7%

Οι μαιέζ/μαιευτές δεν πρέπει να ασκούν πίεση στις γυναίκες ώστε να αναγνωρίσουν/αποδεχτούν/αποκαλύψουν ότι βρίσκονται σε μια βίαιη σχέση.	Μετά	84	81.6%	15	14.6%	4	3.9%
Οι επιβιώσασες από ΣΒ, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τραυματισμό όταν φύγουν από τη σχέση.	Πριν	49	47.6%	20	19.4%	34	33.0%
	Μετά	52	50.5%	35	34.0%	16	15.5%
Οι τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις συντροφικής βίας.	Πριν	11	10.7%	56	54.4%	36	35.0%
	Μετά	10	9.7%	75	72.8%	18	17.5%
Επιτρέποντας στους συντρόφους ή στους συνοδούς της γυναίκας να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της λήψης ιστορικού και της σωματικής εξέτασης προασπίζεται η ασφάλεια εκείνων που βιώνουν ΣΒ.	Πριν	18	17.5%	70	68.0%	15	14.6%
	Μετά	17	16.5%	81	78.6%	5	4.9%
Ακόμα κι αν ένα παιδί δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, εξακολουθώ να έχω την ευθύνη να αναφέρω περίπτωση παιδιού που είναι μάρτυρας ΣΒ στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ευημερίας/ κοινωνικό λειτουργό του νοσηλευτηρίου.	Πριν	89	86.4%	8	7.8%	6	5.8%
	Μετά	100	97.1%	2	1.9%	1	1.0%
Έχω τη υπευθυνότητα να επικοινωνήσω με υπηρεσίες στη κοινότητα για να γίνει παραπομπή.	Πριν	88	85.4%	8	7.8%	7	6.8%
	Μετά	99	96.1%	3	2.9%	1	1.0%
Χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη στήριξη των γυναικών που βιώνουν ΣΒ.	Πριν	86	83.5%	9	8.7%	8	7.8%
	Μετά	89	86.4%	11	10.7%	3	2.9%

Πίνακας 11 Ποσοστιαία κατανομή του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης των γνώσεων πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Ερωτήσεις	Πριν		Μετά	
	Mean	S. D.	Mean	S. D.
Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο κυριότερος προγνωστικός παράγοντας για ΣΒ.	21.4%	41.2%	27.2%	44.7%
Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα παραμένει σε μια βιαίη σχέση.	95.1%	21.6%	96.1%	19.4%
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, αν δεν αποκαλύψει η ίδια τη βία.	45.6%	50.1%	53.4%	50.1%
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις χειρόγραφες σημειώσεις τους, αν δεν αποκαλύψει η ίδια η γυναίκα τη βία	53.4%	50.1%	66.0%	47.6%
Οι μαίες/ μαιευτές όταν ρωτούν τις γυναίκες για τη ΣΒ, πρέπει να χρησιμοποιούν λέξεις όπως «κακοποιημένη» και όχι «χτυπημένη» ή «δαρμένη».	61.2%	49.0%	56.3%	49.8%
Το να υποστηρίζεις την επιλογή της γυναίκας να παραμένει σε μια βιαία σχέση είναι σαν να παραβλέπεις τη βία	13.6%	34.4%	25.2%	43.7%
Οι επιβιώσασες από ΣΒ είναι σε θέση να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές για το πως να χειριστούν περαιτέρω την κατάστασή τους (Ως «επιβιώσασες ΣΒ» θεωρούνται οι γυναίκες που υπέστησαν ΣΒ, αλλά έχουν απομακρυνθεί πλέον από τη βιαία σχέση).	26.2%	44.2%	35.0%	47.9%
Οι μαίες/μαιευτές δεν πρέπει να ασκούν πίεση στις γυναίκες ώστε να αναγνωρίσουν/αποδεχτούν/αποκαλύψουν ότι βρίσκονται σε μια βιαία σχέση.	70.9%	45.7%	81.6%	39.0%
Οι επιβιώσασες από ΣΒ, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τραυματισμό όταν φύγουν από τη σχέση.	47.6%	50.2%	50.5%	50.2%

Οι τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις συντροφικής βίας.	54.4%	50.1%	72.8%	44.7%
Επιτρέποντας στους συντρόφους ή στους συνοδούς της γυναίκας να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της λήψης ιστορικού και της σωματικής εξέτασης προασπίζεται η ασφάλεια εκείνων που βιώνουν ΣΒ.	68.0%	46.9%	78.6%	41.2%
Ακόμα κι αν ένα παιδί δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, εξακολουθώ να έχω την ευθύνη να αναφέρω περίπτωση παιδιού που είναι μάρτυρας ΣΒ στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ευημερίας/ κοινωνικό λειτουργό του νοσηλευτηρίου.	86.4%	34.4%	97.1%	16.9%
Έχω τη υπευθυνότητα να επικοινωνήσω με υπηρεσίες στη κοινότητα για να γίνει παραπομπή.	85.4%	35.4%	96.1%	19.4%
Χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη στήριξη των γυναικών που βιώνουν ΣΒ.	83.5%	37.3%	86.4%	34.4%
Σύνολο θετικών απαντήσεων για τις γνώσεις	58.0%	15.7%	65.9%	13.1%

5.4 Ετοιμότητα για την ΣΒ

Ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τις μεταβολές στην ετοιμότητα των Μ/Μ πριν και μετά την παρέμβαση για τη διερεύνηση και διαχείριση περιστατικών ΣΒ. Τα δεδομένα υποδεικνύουν σημαντική βελτίωση της ετοιμότητας των συμμετεχόντων/ουσών, με εμφανή μεταβολή από τις χαμηλότερες κατηγορίες («Καθόλου έτοιμος/η» και «Λίγο έτοιμος/η») προς τις υψηλότερες («Μέτρια έτοιμος/η» και «Αρκετά έτοιμος/η»).

Το ποσοστό των Μ/Μ που αισθάνονταν αρκετά έτοιμες/οι να κάνουν ερωτήσεις σχετικά με τη ΣΒ αυξήθηκε από 11.7% (πριν) σε 32.0% (μετά), ενώ οι μέτρια προετοιμασμένες/οι αυξήθηκαν από 33.0% σε 53.4%. Η ικανότητα των επαγγελματιών να ανταποκριθούν επαρκώς σε αποκαλύψεις περιστατικών βίας παρουσίασε επίσης σημαντική βελτίωση, με το ποσοστό των συμμετεχόντων/ουσών που δήλωσαν «Αρκετά έτοιμοι» να αυξάνεται από 15.5% (πριν) σε 29.1% (μετά), ενώ οι «Μέτρια έτοιμοι» από 29.1% σε 51.5%.

Η αναγνώριση και καταγραφή προγνωστικών παραγόντων για τη ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας παρουσίασε την πιο αξιοσημείωτη βελτίωση, με το ποσοστό των «Αρκετά

έτοιμων» να αυξάνεται από 19.4% σε 52.4%. Οι συμμετέχοντες/ουσες έδειξαν επίσης σημαντική πρόοδο στην τεκμηρίωση της αξιολόγησης της ΣΒ με τρόπο που να προασπίζει την ασφάλεια της γυναίκας, με το ποσοστό στην υψηλότερη κατηγορία ετοιμότητας να αυξάνεται από 18.4% (πριν) σε 41.7% (μετά). Αντίστοιχα, η ικανότητα παροχής ασφαλών παραπομπών βελτιώθηκε αισθητά, με το ποσοστό των συμμετεχόντων/ουσών που δήλωσαν «Αρκετά έτοιμοι» να αυξάνεται από 29.1% σε 39.8%, ενώ το ποσοστό των «Μέτρια έτοιμων» από 26.2% σε 45.6%.

Η ετοιμότητα για τη διεξαγωγή υποχρεωτικής καταγραφής περιστατικών ΣΒ ενισχύθηκε, με τους /τις συμμετέχοντες/ουσες που αισθάνονταν «Αρκετά έτοιμοι/ες» να αυξάνονται από 24.3% σε 30.1%, ενώ το ποσοστό των «Μέτρια έτοιμων» διπλασιάστηκε από 24.3% σε 53.4%.

Η παρέμβαση φαίνεται να είχε θετικό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της διερεύνησης και διαχείρισης της ΣΒ, με ιδιαίτερα αξιοσημείωτη πρόοδο στις δεξιότητες αναγνώρισης και καταγραφής περιστατικών, καθώς και στην ανταπόκριση σε αποκαλύψεις. Τα θέματα που εξακολουθούν να εμφανίζουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα, όπως η βοήθεια προς τις γυναίκες στη δημιουργία ενός πλάνου ασφάλειας, υποδηλώνουν την ανάγκη για επιπλέον εκπαίδευση και κατάρτιση στο συγκεκριμένο θέμα.

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τις μέσες τιμές (Mean) και τις τυπικές αποκλίσεις (S.D.) της ετοιμότητας των Μ/Μ για κάθε δεξιότητα πριν και μετά την παρέμβαση. Παρατηρείται γενική αύξηση της ετοιμότητας σε όλες τις κατηγορίες, γεγονός που επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Στα πιο σημαντικά σημεία είναι η συνολική ετοιμότητα των επαγγελματιών αυξήθηκε από 3.48 (πριν) σε 4.14 (μετά), υποδηλώνοντας γενική βελτίωση των δεξιοτήτων τους μετά την παρέμβαση.

Η μεγαλύτερη βελτίωση καταγράφεται στην ικανότητα αναγνώρισης και καταγραφής προγνωστικών παραγόντων για τη ΣΒ, με τη μέση τιμή να αυξάνεται από 3.58 (πριν) σε 4.41 (μετά), κάτι που υποδηλώνει ενισχυμένη ικανότητα των επαγγελματιών να αξιολογούν σωστά τα περιστατικά. Αντίστοιχα, σημαντική αύξηση σημειώνεται στην ικανότητα συγκέντρωσης πληροφοριών για τη ΣΒ ως υποκείμενη αιτία τραυματισμών, όπου η μέση τιμή αυξήθηκε από 3.69 σε 4.28.

Η ικανότητα τεκμηρίωσης της αξιολόγησης της ΣΒ με τρόπο που διασφαλίζει την ασφάλεια της γυναίκας σημείωσε βελτίωση από 3.45 σε 4.25, κάτι που ενισχύει την αξιοπιστία της διαχείρισης περιστατικών ΣΒ από τις/τους Μ/Μ. Σχετικά μικρότερη

βελτίωση καταγράφηκε στην ικανότητα βοήθειας προς τις γυναίκες για τη δημιουργία ενός πλάνου ασφάλειας, όπου η μέση τιμή αυξήθηκε από 3.43 σε 3.92. Αυτό επιβεβαιώνει ότι το πεδίο του σχεδιασμού ατομικής ασφάλειας απαιτεί περαιτέρω εκπαίδευση και ανάπτυξη πρακτικών δεξιοτήτων.

Η συμμόρφωση με τις υποχρεώσεις καταγραφής και αναφοράς παρουσίασε επίσης σημαντική βελτίωση (από 3.50 σε 4.08 και από 3.53 σε 4.10, αντίστοιχα), γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερη εξοικείωση με τις νομικές και ηθικές διαστάσεις της ΣΒ που αναφέρθηκαν από εμπειρογνώμονα σε θέματα βίας στην εκπαιδευτική παρέμβαση.

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα είναι η μείωση της τυπικής απόκλισης (S.D.) στις περισσότερες κατηγορίες, γεγονός που υποδεικνύει μείωση της διαφοροποίησης μεταξύ των συμμετεχόντων/ουσών και μεγαλύτερη ομοιογένεια στην ετοιμότητα τους. Αυτό σημαίνει ότι η παρέμβαση όχι μόνο αύξησε τη γενική ετοιμότητα, αλλά και εξομάλυνε τις διαφορές στις γνώσεις και τις δεξιότητες μεταξύ των επαγγελματιών.

Πίνακας 12 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή της ετοιμότητας πριν και μετά την παρέμβαση

	Φάση	Αβέβαιος/α		Καθόλου έτοιμος/η		Λίγο έτοιμος/η		Μέτρια έτοιμος/η		Αρκετά έτοιμος/η	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη ΣΒ	Πριν	6	5.8%	12	11.7%	39	37.9%	34	33.0%	12	11.7%
	Μετά	1	1.0%	3	2.9%	11	10.7%	55	53.4%	33	32.0%
Ανταποκριθώ επαρκώς κατά την αποκάλυψη περιστατικών βίας	Πριν	6	5.8%	11	10.7%	40	38.8%	30	29.1%	16	15.5%
	Μετά	1	1.0%	2	1.9%	17	16.5%	53	51.5%	30	29.1%
Αντιληφθώ και να καταγράψω τους προγνωστικούς παράγοντες για ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας	Πριν	7	6.8%	5	4.9%	32	31.1%	39	37.9%	20	19.4%
	Μετά	0	0.0%	2	1.9%	8	7.8%	39	37.9%	54	52.4%
Τεκμηριώσω την αξιολόγησή μου για τη ΣΒ με τρόπο που να προασπίζεται η ασφάλεια της γυναίκας.	Πριν	6	5.8%	11	10.7%	36	35.0%	31	30.1%	19	18.4%
	Μετά	0	0.0%	1	1.0%	15	14.6%	44	42.7%	43	41.7%
Βοηθήσω τη γυναίκα να αξιολογήσει η ίδια τον βαθμό του κινδύνου που διατρέχει λόγω ΣΒ.	Πριν	7	6.8%	11	10.7%	32	31.1%	31	30.1%	22	21.4%
	Μετά	1	1.0%	2	1.9%	14	13.6%	52	50.5%	34	33.0%
Να διεξαγάγω αξιολόγηση για την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών της.	Πριν	7	6.8%	14	13.6%	28	27.2%	35	34.0%	19	18.4%
	Μετά	1	1.0%	3	2.9%	19	18.4%	48	46.6%	32	31.1%
Βοηθήσω γυναίκα υπό ΣΒ να δημιουργήσει ένα πλάνο ασφάλειας για την ίδια.	Πριν	4	3.9%	17	16.5%	34	33.0%	27	26.2%	21	20.4%
	Μετά	2	1.9%	3	2.9%	23	22.3%	48	46.6%	27	26.2%

Κάνω τις κατάλληλες και ασφαλείς παραπομπές για τη γυναίκα σε άλλες υπηρεσίες.	Πριν	5	4.9%	17	16.5%	24	23.3%	27	26.2%	30	29.1%
	Μετά	2	1.9%	3	2.9%	10	9.7%	47	45.6%	41	39.8%
Εφαρμόσω την υποχρεωτική καταγραφή περιστατικών ΣΒ.	Πριν	5	4.9%	14	13.6%	34	33.0%	25	24.3%	25	24.3%
	Μετά	1	1.0%	4	3.9%	12	11.7%	55	53.4%	31	30.1%
Εφαρμόσω την υποχρεωτική αναφορά περιστατικών κακοποίησης παιδιών υπό υποψία.	Πριν	4	3.9%	18	17.5%	28	27.2%	25	24.3%	28	27.2%
	Μετά	1	1.0%	2	1.9%	14	13.6%	55	53.4%	31	30.1%
Συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση ΣΒ ως υποκείμενης αιτίας των τραυματισμών μιας γυναίκας (π.χ. μώλωπες, κατάγματα κλπ.)	Πριν	4	3.9%	12	11.7%	26	25.2%	31	30.1%	30	29.1%
	Μετά	1	1.0%	1	1.0%	12	11.7%	43	41.7%	46	44.7%
Συζητήσω για τη ΣΒ με γυναίκες από διαφορετική κουλτούρα/εθνικότητα.	Πριν	6	5.8%	12	11.7%	38	36.9%	28	27.2%	19	18.4%
	Μετά	1	1.0%	5	4.9%	17	16.5%	38	36.9%	42	40.8%

Πίνακας 13 Περιγραφικά στατιστικά της ετοιμότητας πριν και μετά την παρέμβαση

Ερώτηση	Πριν			Μετά	
	Mean	S. D.		Mean	S. D.
Κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη συντροφική βία	3.33	1.02		4.13	0.79
Ανταποκριθώ επαρκώς κατά την αποκάλυψη περιστατικών βίας	3.38	1.06		4.06	0.79
Αντιληφθώ και να καταγράψω τους προγνωστικούς παράγοντες για ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας	3.58	1.07		4.41	0.72
Τεκμηριώσω την αξιολόγησή μου για τη ΣΒ με τρόπο που να προσαπίζεται η ασφάλεια της γυναίκας.	3.45	1.09		4.25	0.74
Βοηθήσω τη γυναίκα να αξιολογήσει η ίδια τον βαθμό του κινδύνου που διατρέχει λόγω ΣΒ.	3.49	1.15		4.13	0.79
Να διεξαγάγω αξιολόγηση για την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών της.	3.44	1.14		4.04	0.84
Βοηθήσω γυναίκα υπό ΣΒ να δημιουργήσει ένα πλάνο ασφάλειας για την ίδια.	3.43	1.11		3.92	0.88
Κάνω τις κατάλληλες και ασφαλείς παραπομπές για τη γυναίκα σε άλλες υπηρεσίες.	3.58	1.21		4.18	0.87
Εφαρμόσω την υποχρεωτική καταγραφή περιστατικών ΣΒ .	3.50	1.15		4.08	0.81
Εφαρμόσω την υποχρεωτική αναφορά περιστατικών κακοποίησης παιδιών υπό υποψία.	3.53	1.18		4.10	0.77
Συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση ΣΒ ως υποκείμενης αιτίας των τραυματισμών μιας γυναίκας (π.χ. μώλωπες, κατάγματα κλπ.)	3.69	1.13		4.28	0.78
Συζητήσω για τη ΣΒ με γυναίκες από διαφορετική κουλτούρα/εθνικότητα.	3.41	1.10		4.12	0.92
Συνολική ετοιμότητα	3.48	0.94		4.14	0.66

5.5 Στάσεις για την ΣΒ

Ο Πίνακας 14 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των στάσεων πριν και μετά την παρέμβαση. Στην πρώτη ερώτηση, που αφορά την αντίληψη ότι δεν μπορεί να γίνουν πολλά αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ατόμων που διαφωνούν μετά την παρέμβαση (από 26,2% σε 41,7%). Αυτό δείχνει ότι περισσότεροι συμμετέχοντες/ουσες αντιλήφθηκαν πως υπάρχει δυνατότητα υποστήριξης, ακόμη και όταν η ίδια η γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση.

Η ερώτηση σχετικά με τη σημασία της διερεύνησης της βίας σε όλες τις γυναίκες καταδεικνύει ενίσχυση της θετικής στάσης, με αύξηση στα ποσοστά όσων συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα (από 66,3% σε 66,1%), ενώ το ποσοστό των ατόμων που είναι αβέβαια μειώνεται. Αυτό υποδηλώνει ότι η εκπαίδευση συνέβαλε στην ενίσχυση της αντίληψης για τη σημασία της διερεύνησης της βίας, ανεξάρτητα από ενδείξεις κακοποίησης. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στην άποψη ότι η αναγνώριση της βίας είναι δυνατή χωρίς να ρωτηθούν οι γυναίκες, καθώς τα ποσοστά όσων συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα αυξήθηκαν (από 64% σε 75,8%).

Στην ερώτηση για τη σύνδεση της κατάχρησης ουσιών με το ιστορικό συντροφικής βίας, τα ποσοστά όσων συμφωνούν αυξήθηκαν ελαφρώς (από 63,2% σε 69%), γεγονός που υποδηλώνει αυξημένη αναγνώριση της σχέσης μεταξύ των δύο φαινομένων. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η αλλαγή στην ερώτηση για το αν οι Μ/Μ θα πρέπει να βοηθούν γυναίκες που βιώνουν βία μόνο εφόσον το επιθυμούν. Το ποσοστό των συμμετεχόντων/ουσών που συμφωνούν αυξήθηκε από 62,1% σε 64,1%, ενώ το ποσοστό των αβέβαιων μειώθηκε.

Η ερώτηση σχετικά με το αν οι γυναίκες που παραμένουν σε βίαιες σχέσεις πρέπει να αποδεχτούν την ευθύνη για τη βία καταγράφει μια μετατόπιση προς την απόρριψη αυτής της άποψης. Το ποσοστό εκείνων που διαφωνούν αυξήθηκε από 30,1% σε 38,8%, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες/ουσες αντιλαμβάνονται περισσότερο ότι η ευθύνη δεν ανήκει στην γυναίκα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερώτηση σχετικά με το αν οι Μ/Μ διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο για να βοηθήσουν τις γυναίκες που βιώνουν βία. Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού όσων διαφωνούν με την άποψη ότι οι Μ/Μ δεν έχουν χρόνο (από 57,3% σε 68,9%), γεγονός που δείχνει ότι, μετά την παρέμβαση, περισσότεροι συμμετέχοντες/ουσες πιστεύουν πως οι Μ/Μ μπορούν να αφιερώσουν χρόνο στην υποστήριξη αυτών των γυναικών.

Όσον αφορά το ερώτημα για το αν οι Μ/Μ πρέπει να φροντίζουν μόνο τα τραύματα μιας γυναίκας όταν εκείνη αρνείται να συζητήσει την κακοποίηση, το ποσοστό όσων διαφωνούν αυξήθηκε (από 46,6% σε 54,4%). Ενώ στη ερώτηση αν οι γυναίκες μπορούν να φύγουν από μια βίαιη σχέση εάν το θελήσουν, παρατηρείται μικρή αύξηση στο ποσοστό όσων συμφωνούν απόλυτα (από 23,3% σε 35%). Αυτό ενδεχομένως αντανακλά την ενίσχυση της πεποίθησης ότι οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως η αποχώρηση είναι πάντα εύκολη.

Αναφορικά με τις γνώσεις και τις ικανότητες των Μ/Μ για την υποστήριξη των γυναικών που βιώνουν βία, το ποσοστό όσων διαφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει έλλειψη γνώσεων αυξήθηκε μετά την παρέμβαση, άρα οι συμμετέχοντες/ουσες είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ικανότητες των Μ/Μ.

Η αντίληψη ότι η διερεύνηση της συντροφικής βίας μπορεί να προσβάλει τις γυναίκες καταγράφει μικρή αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που διαφωνούν (από 33,1% σε 53,4%), γεγονός που υποδηλώνει πως η παρέμβαση συνέβαλε στη μείωση αυτής της ανησυχίας. Παράλληλα, η πεποίθηση ότι η απόκλιση από τους παραδοσιακούς ρόλους αποτελεί αιτία συντροφικής βίας φαίνεται να μειώνεται, καθώς αυξάνεται το ποσοστό εκείνων που διαφωνούν με αυτή την άποψη.

Η τελευταία ερώτηση, που αφορά την αντίληψη ότι η συντροφική βία είναι έγκλημα και δεν πρέπει να γίνεται ανεκτή, καταγράφει σημαντική αύξηση στην πλήρη αποδοχή αυτής της θέσης (από 69,9% σε 77,7%). Αυτό υποδηλώνει την ενίσχυση την αντίληψη για μη ανοχή της ΣΒ μετά την παρέμβαση.

Ο Πίνακας 15 δείχνει ότι οι μέσοι όροι μειώθηκαν σημαντικά μετά την παρέμβαση για τις ακόλουθες δηλώσεις: «Αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση, δεν μπορώ

να κάνω πολλά για να τη βοηθήσω» (μέση διαφορά = -0,27, $t(102) = 2,18$, $p = .023$), «Η αξιολόγηση για τη συντροφική βία είναι πιθανό να προσβάλει τις γυναίκες» (μέση διαφορά = -0,41, $t(102) = -3,40$, $p = .001$) και «Οι M/M δεν έχουν τις δεξιότητες να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν συντροφική βία» (μέση διαφορά = -0,24, $t(102) = -2,08$, $p = .040$).

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η παρέμβαση βελτίωσε σημαντικά βασικές στάσεις σχετικά με την υποστήριξη των θυμάτων συντροφικής βίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τον ρόλο και τις ικανότητες των M/M στην ανίχνευση και παροχή βοήθειας στις γυναίκες. Ωστόσο, ορισμένες αντιλήψεις, όπως η προσωπική ευθύνη των θυμάτων και οι παραδοσιακοί ρόλοι, παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητες.

Συνολικά, η διαφορά στον συνολικό μέσο όρο πριν και μετά την παρέμβαση δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($m.d. = -0,05$, $t(102) = -0,76$, $p = .449$).

Πίνακας 14 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή των στάσεων πριν και μετά την παρέμβαση

	Φάση	Διαφωνώ Απόλυτα		Διαφωνώ		Αβέβαιη/ος		Συμφωνώ		Συμφωνώ Απόλυτα	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση που υπόκειται, δεν μπορώ να βοηθήσω πολύ.	Πριν	14	13.6%	27	26.2%	28	27.2%	31	30.1%	3	2.9%
	Μετά	14	13.6%	43	41.7%	22	21.4%	23	22.3%	1	1.0%
Είναι σημαντικό να ερωτούνε όλες οι γυναίκες για βία στη σχέση τους.	Πριν	1	1.0%	12	11.7%	32	31.1%	44	42.7%	14	13.6%
	Μετά	2	1.9%	11	10.7%	22	21.4%	46	44.7%	22	21.4%
Είναι δυνατό να αναγνωρίσουμε τη χωρίς να ρωτήσουμε τις γυναίκες.	Πριν	2	1.9%	9	8.7%	26	25.2%	50	48.5%	16	15.5%
	Μετά	1	1.0%	6	5.8%	18	17.5%	60	58.3%	18	17.5%
Οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών είναι δυνατό να έχουν ιστορικό συντροφική βία.	Πριν	4	3.9%	5	4.9%	29	28.2%	53	51.5%	12	11.7%
	Μετά	3	2.9%	7	6.8%	22	21.4%	59	57.3%	12	11.7%
Οι γυναίκες που υπόκεινται σε βία, έχουν δικαίωμα να αποφασίσουν αν θέλουν να παρέμβουν οι μαίες/μαιευτές.	Πριν	5	4.9%	5	4.9%	29	28.2%	47	45.6%	17	16.5%
	Μετά	8	7.8%	12	11.7%	17	16.5%	54	52.4%	12	11.7%
Εάν οι γυναίκες παραμείνουν στη σχέση τους μετά από επανειλημμένα επεισόδια βίας, πρέπει να αποδεχθούν την ευθύνη για τη βία.	Πριν	14	13.6%	17	16.5%	36	35.0%	30	29.1%	6	5.8%
	Μετά	9	8.7%	31	30.1%	22	21.4%	35	34.0%	6	5.8%
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν χρόνο να βοηθήσουν γυναίκες που υπόκεινται σε συντροφική βία.	Πριν	32	31.1%	27	26.2%	31	30.1%	10	9.7%	3	2.9%
	Μετά	37	35.9%	34	33.0%	20	19.4%	8	7.8%	4	3.9%
Εάν μια γυναίκα αρνείται να συζητήσει την κακοποίηση, οι μαίες/μαιευτές θα πρέπει να φροντίσουν μόνο τα τραύματά της.	Πριν	20	19.4%	28	27.2%	35	34.0%	18	17.5%	2	1.9%
	Μετά	17	16.5%	39	37.9%	27	26.2%	15	14.6%	5	4.9%
Οι γυναίκες που βιώνουν βία, μπορούν να φύγουν από τη σχέση τους αν το θέλουν.	Πριν	6	5.8%	15	14.6%	22	21.4%	36	35.0%	24	23.3%
	Μετά	5	4.9%	16	15.5%	19	18.4%	27	26.2%	36	35.0%
	Πριν	18	17.5%	27	26.2%	37	35.9%	17	16.5%	4	3.9%

Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν γνώσεις για να υποστηρίξουν γυναίκες που υπόκεινται συντροφική βία.	Μετά	24	23.3%	32	31.1%	30	29.1%	14	13.6%	3	2.9%
Η διερεύνηση ρουτίνας συντροφικής βίας είναι πιθανό να προσβάλει τις γυναίκες.	Πριν	12	11.7%	22	21.4%	35	34.0%	30	29.1%	4	3.9%
	Μετά	16	15.5%	39	37.9%	29	28.2%	17	16.5%	2	1.9%
Οι γυναίκες που επιλέγουν να λειτουργούν 'έξω' από τους παραδοσιακούς ρόλους είναι μια πολύ σημαντική αιτία της συντροφικής βίας.	Πριν	10	9.7%	21	20.4%	42	40.8%	29	28.2%	1	1.0%
	Μετά	11	10.7%	29	28.2%	34	33.0%	22	21.4%	7	6.8%
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν τις ικανότητες να υποστηρίξουν γυναίκες που υπόκεινται συντροφική βία.	Πριν	23	22.3%	26	25.2%	33	32.0%	19	18.4%	2	1.9%
	Μετά	26	25.2%	36	35.0%	27	26.2%	14	13.6%	0	0.0%
Κάποιες εθνικότητες θεωρούν τη βία κατά των γυναικών αποδεκτή.	Πριν	13	12.6%	11	10.7%	26	25.2%	43	41.7%	10	9.7%
	Μετά	14	13.6%	11	10.7%	16	15.5%	52	50.5%	10	9.7%
Η συντροφική βία είναι έγκλημα και δεν πρέπει να είναι ανεκτή.	Πριν	7	6.8%	1	1.0%	6	5.8%	17	16.5%	72	69.9%
	Μετά	4	3.9%	2	1.9%	4	3.9%	13	12.6%	80	77.7%

Πίνακας 15 Περιγραφικά στατιστικά των στάσεων πριν και μετά την παρέμβαση

	Πριν		Μετά		Mean Differenc e	p
	Mean	S. D.	Mea n	S. D.		
Αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση που υπόκειται, δεν μπορώ να βοηθήσω πολύ.	2.83	1.10	2.55	1.02	-0.27	0.023
Είναι σημαντικό να ερωτώνται όλες οι γυναίκες κατά την αξιολόγηση για περιπτώσεις βίας στις σχέσεις τους.	3.56	0.90	3.73	0.98	0.17	0.147
Είναι εφικτό να αναγνωρίσουμε περιπτώσεις ΣΒ χωρίς να ρωτήσουμε τις γυναίκες.	3.67	0.91	3.85	0.81	0.18	0.079
Οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλες ουσίες είναι πιθανόν να έχουν ιστορικό ΣΒ.	3.62	0.90	3.68	0.88	0.06	0.595
Οι γυναίκες που υπόκεινται σε βία, έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν αν θέλουν να παρέμβουν οι μαίες/μαιευτές σχετικά.	3.64	0.98	3.49	1.09	-0.16	0.300
Εάν οι γυναίκες παραμείνουν στη σχέση τους μετά από επανειλημμένα επεισόδια βίας, πρέπει να αποδεχθούν και την προσωπική τους ευθύνη για τη βία αυτή.	2.97	1.12	2.98	1.11	0.01	0.940
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν χρόνο να βοηθήσουν γυναίκες που υπόκεινται σε ΣΒ.	2.27	1.10	2.11	1.10	-0.17	0.215
Εάν μια γυναίκα αρνείται να συζητήσει την κακοποίηση οι μαίες/μαιευτές θα πρέπει να φροντίσουν μόνο τα τραύματά της.	2.55	1.05	2.53	1.08	-0.02	0.874
Οι γυναίκες που βιώνουν βία μπορούν να φύγουν από τη σχέση τους αν το θελήσουν.	3.55	1.17	3.71	1.23	0.16	0.253
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν γνώσεις για να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	2.63	1.08	2.42	1.08	-0.21	0.092
Η αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ είναι πιθανό να προσβάλει τις γυναίκες.	2.92	1.06	2.51	1.01	-0.41	0.001
Οι γυναίκες που επιλέγουν να λειτουργούν 'έξω' από τους παραδοσιακούς ρόλους είναι μι	2.90	0.96	2.85	1.09	-0.05	0.688

Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν τις δεξιότητες να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	2.52	1.09		2.28	0.99	-0.24	0.040
Σε κάποιες κουλτούρες/ εθνικές ομάδες η βία κατά των γυναικών θεωρείται αποδεκτή.	3.25	1.17		3.32	1.21	0.07	0.642
Η ΣΒ είναι έγκλημα και δεν πρέπει να είναι ανεκτή.	4.42	1.12		4.58	0.96	0.17	0.248
Στάσεις	3.15	0.52		3.11	0.47	-0.05	0.449

5.6 Αξιολόγηση εκπαιδευτικού προγράμματος από τις/τους συμμετέχουσες/όντες

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχουσών/ντων (66,7% "Συμφωνώ" και 31,4% "Συμφωνώ απόλυτα") αξιολόγησε θετικά τη χρησιμότητα των πληροφοριών που παρείχε το πρόγραμμα για τη διερεύνηση ρουτίνας της ΣΒ στην καθημερινή τους κλινική πρακτική (Πίνακας 16). Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (2,0%) εξέφρασε διαφωνία, ενώ κανείς δεν δήλωσε "Διαφωνώ απόλυτα" ή "Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ". Εξίσου θετική ήταν η αξιολόγηση ως προς την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για τη διεξαγωγή διερεύνησης ρουτίνας σχετικά με περιστατικά συντροφικής βίας, με το 68,9% να δηλώνει "Συμφωνώ" και το 30,1% "Συμφωνώ απόλυτα". Μόλις ένας συμμετέχων (1,0%) διαφώνησε ελαφρώς, ενώ κανείς δεν εξέφρασε πλήρη διαφωνία ή αβεβαιότητα.

Η συνολική αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος ως προς την οργάνωση, την επάρκεια των εκπαιδευτών και τη διάρκεια υπήρξε εξαιρετικά θετική από τους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, το 96,1% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι ο τρόπος διεξαγωγής του προγράμματος ήταν άνετος και κατάλληλος, ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (3,8%) εξέφρασε διαφωνία. Παράλληλα, η επάρκεια και η ικανότητα των εκπαιδευτριών/ών αναγνωρίστηκε σχεδόν καθολικά, με το 41,2% να συμφωνεί και το 57,8% να συμφωνεί απόλυτα, γεγονός που υποδηλώνει υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού και αποτελεσματικής μετάδοσης γνώσης. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (98,1%) θεώρησε ότι η διάρκεια του προγράμματος ήταν κατάλληλη, γεγονός που υποστηρίζει την ορθότητα του σχεδιασμού του ως προς τη χρονική του διάσταση.

Πίνακας 16 Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή της αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος από τις/τους συμμετέχουσες/όντες

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν συμφωνώ/ δεν διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Οι πληροφορίες ήταν χρήσιμες για να κάνω τη διερεύνηση ρουτίνας στην κλινική πρακτική μου	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	68	66.7%	32	31.4%
Η εκπαίδευση αύξησε την αυτοπεποίθησή μου για διερεύνηση ρουτίνας της ΣΒ	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	71	68.9%	31	30.1%
Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ικανοποίησε τις μαθησιακές μου ανάγκες	0	0.0%	3	2.9%	0	0.0%	68	66.0%	32	31.1%
Ο τρόπος διεξαγωγής ήταν άνετος	2	1.9%	2	1.9%	0	0.0%	62	60.2%	37	35.9%
Οι εκπαιδευτές ήταν ικανοί/ες	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%	42	41.2%	59	57.8%
Η διάρκεια του προγράμματος ήταν ορθή	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	55	53.4%	46	44.7%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης

6.1 Δημογραφικά

Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων/ουσών της ποιοτικής μελέτης είναι γυναίκες (14 από τους 15), ενώ μόνο ένας άνδρας μαιευτής συμμετείχε στη μελέτη (Πίνακας 17). Οι Μ/Μ καλύπτουν ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα (από 30 έως 55 ετών), με μεγαλύτερη συγκέντρωση στην ηλικιακή ομάδα των 50-55 ετών.

Πίνακας 17 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών

Αριθμός Συμμετέχουσας/όντα	Ηλικία	Φύλο	Έτη Εμπειρίας	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Χώρος Εργασίας	Τμήμα
1	55	Γυναίκα	24	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
2	50	Γυναίκα	18	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
3	30	Γυναίκα	6	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Ιδιωτικό	Μαιευτήριο
4	41	Γυναίκα	12	Πτυχίο	Δημόσιο	Μαιευτήριο
5	38	Γυναίκα	17	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
6	39	Γυναίκα	17	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
7	49	Γυναίκα	19	Μεταβασικό Δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
8	33	Άνδρας	8	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Ιδιωτικό	Μαιευτήριο
9	50	Γυναίκα	18	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο
10	42	Γυναίκα	4	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Μαιευτήριο

11	32	Γυναίκα	10	Πτυχίο	Δημόσιο	Προγεννητική Κλινική
12	50	Γυναίκα	20	Μεταβασικό Δίπλωμα	Δημόσιο	Προγεννητική Κλινική
13	55	Γυναίκα	25	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Προγεννητική Κλινική
14	55	Γυναίκα	26	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Δημόσιο	Προγεννητική Κλινική
15	34	Γυναίκα	9	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Πάροχος ΓεΣΥ	Κοινωνική Μαιευτική

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων/ουσών είναι περίπου 43,53 έτη. Αναφορικά με την επαγγελματική εμπειρία, οι συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν από 4 έως και 26 έτη υπηρεσίας στον τομέα της μαιευτικής, με την πλειονότητα να διαθέτει περισσότερα από 10 έτη εμπειρίας. (Πίνακας 17).

Η πλειονότητα κατείχε μεταπτυχιακό δίπλωμα, με λίγες εξαιρέσεις που διαθέτουν πτυχίο ή μεταβασικό δίπλωμα. Οι περισσότερες συμμετέχουσες/όντες εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία του ΟΚΥΠΥ, κυρίως σε μαιευτήρια και προγεννητικές κλινικές. Υπήρχαν μόνο 2 συμμετοχές από τον ιδιωτικό τομέα και μια συμμετέχουσα, κοινωνική μαία συμβεβλημένη με το ΓεΣΥ.

Οι εμπειρίες των συμμετεχουσών/όντων περιλάμβαναν διάφορα περιστατικά ΣΒ στην εγκυμοσύνη που κυμαίνονταν από ψυχολογική και συναισθηματική κακοποίηση έως σωματική επίθεση. Οι αναφερόμενες επιπτώσεις δεν επηρέαζαν μόνο τη σωματική κατάσταση και την ψυχολογία των εγκύων γυναικών, αλλά και το έμβρυο καθώς και άλλα παιδιά στην οικογένεια. Από τη ποιοτική ανάλυση των εστιασμένων ομάδων αναδείχθηκαν τέσσερα κύρια θέματα και δεκατρία επιμέρους υποθέματα (Πίνακας 18).

Πίνακας 18 Αναλυτική παρουσίαση των θεμάτων και υποθεμάτων με χαρακτηριστικό απόσπασμα

Θέματα	Υποθέματα	Αποσπάσματα
Δύσκολα Περιστατικά	Φόβος θυματοποίησης/αποκάλυψης	"Ο φόβος είναι το πιο έντονο χαρακτηριστικό σε αυτές τις γυναίκες." (M2)
	Αρνηση καταγγελίας/εξέτασης	"Συνήθως αντιμετωπίζουμε αυτό το πρόβλημα, οι γυναίκες δεν θέλουν να αποκαλύψουν, γιατί φοβούνται τι θα συμβεί μετά στο σπίτι." (M6)
	Ασφάλεια των μαιών	"Υπάρχουν συνάδελφοι που δεν μπορούν να διαχειριστούν ψυχολογικά τέτοιες περιπτώσεις, δεν νιώθουν ασφαλείς." (M13)
Ασαφείς Διαδικασίες Διαχείρισης	Διεπιστημονική ομάδα	"Αστυνομικός, ιατροδικαστής, συνοδός και μερικές φορές διερμηνέας όταν δεν μιλούν αγγλικά. Δεν έχουμε γραπτό πρωτόκολλο που ακολουθούμε. Είναι απλώς μια διαδικασία που εφαρμόζεται." (M12)
	Διαχείριση από τη μαιευτική ομάδα/εισαγωγή στην προγεννητική κλινική	"Ηρθε σε εμάς με ασθενοφόρο και τη νοσηλεύσαμε στην κλινική, ήταν τραυματισμένη." (M3)
	Παραπομπή σε κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους του νοσοκομείου	"Η αποστολή της φόρμας αναφοράς περιστατικών βίας στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι χρονοβόρα, και όταν υπάρχουν άλλες υποχρεώσεις στο τμήμα, δεν είναι εύκολο." (M14)
	Παραπομπή στο ΣΠΑΒΟ	"Ωστόσο, είναι ο πιο εύκολος τρόπος, αφού έχουμε τον αριθμό

		τηλεφώνου του ΣΠΑΒΟ για να επικοινωνήσουμε μαζί τους." (M7)
Εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση	Ανεπαρκής συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους	"Δεν έχουμε πλέον άμεση σύνδεση (με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους), όπως παλιά στα νοσοκομεία, όπου λειτουργούσαν ως συνδετικοί κρίκοι μεταξύ μας (μαιών) και αυτών. Αυτό ήταν μεγάλη βοήθεια."
	Παρουσία συντρόφου	"Την έφερνε συνεχώς στην προγεννητική κλινική, δεν την άφηνε ποτέ να μιλήσει." (M11)
	Έλλειψη ιδιωτικών χώρων στα νοσοκομεία	"Χρειαζόμαστε έναν δικό μας χώρο για να την αξιολογούμε κάθε φορά που έρχεται για επίσκεψη." (M12)
	Γλωσσικά εμπόδια	"Εκλαιγε μόνο... δεν μπορούσε να μας εξηγήσει... χρειαζόταν διερμηνέα για να μας εξηγήσει." (M4)"
Μαιέζ/Μαιευτές χωρίς επαρκή υποστήριξη	Πρωτόκολλο διαχείρισης/κλινικές οδηγίες	"Χρειάζονται κάποια γραπτά βήματα για να μας καθοδηγήσουν." (M9)
	Ανάπτυξη μαιευτικής εκπαίδευσης	"Νομίζω ότι η εκπαίδευσή μας σε αυτό το συγκεκριμένο θέμα δεν ήταν επαρκής. Χρειαζόμαστε ανάπτυξη δεξιοτήτων." (M15)

Το πρώτο ζήτημα που αναδείχθηκε ήταν τα δύσκολα περιστατικά καθώς οι Μ/Μ εξέφρασαν έντονα τη δυσκολία και την πολυπλοκότητα της διαχείρισης αυτών των περιστατικών. Συχνά ανέφεραν ότι αισθάνονται άγχος για το πώς να τα διαχειριστούν ή ακόμη και λύπη, όταν η γυναίκα δηλώνει ότι δεν θέλει να το καταγγείλει. Το θέμα αυτό υποστηρίζεται από τρία υποθέματα: α) Φόβος θυματοποίησης αποκάλυψης, β) Άρνηση καταγγελίας/εξέτασης, και γ) Ασφάλεια των μαιών.

Οι περισσότερες Μ/Μ ανέφεραν ότι αναγνωρίζουν τις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ μέσα από τη συμπεριφορά τους τις περισσότερες φορές, βασιζόμενες κυρίως στη μη λεκτική

επικοινωνία. Ωστόσο, εξέφρασαν φόβο τόσο για την αποκάλυψη της βίας όσο και για το ποια είναι η καλύτερη απόφαση για διαχείριση του κάθε περιστατικού.

6.2 Θέμα 1: Δύσκολα Περιστατικά

Φόβος θυματοποίησης/αποκάλυψης

"Όταν βρίσκεσαι στην προγεννητική κλινική και τις παρακολουθείς συστηματικά, μπορείς να καταλάβεις από τη συμπεριφορά τους πότε έχουν βιώσει βία. Αλλά υπάρχει και σε εμάς φόβος όταν αποκαλύψουμε αυτή τη βία – πώς θα τη διαχειριστούμε; Αν θα δεχτούν τη βοήθειά μας;" (M3)

Επτά Μ/Μ ανέφεραν ότι αισθάνονται φόβο, δηλώνοντας πως δεν είχαν σαφή κανάλια παραπομπής ή επαρκή υποστήριξη για τις γυναίκες. Ως αποτέλεσμα, διαχειρίζονταν κάθε περίπτωση ξεχωριστά, προσαρμόζοντας την προσέγγισή τους ανάλογα με τις ανάγκες της γυναίκας εκείνη τη στιγμή. Παράλληλα, αναγνώρισαν ότι η βοήθεια που μπορούσαν να προσφέρουν ενδέχεται να μην είναι επαρκής ή ακόμη και ασφαλής για την γυναίκα. Επιπλέον, ανέφεραν ότι δεν ήταν εύκολο να πουν ευθέως στη γυναίκα ότι ενδέχεται να βιώνει βία, καθώς υπήρχε ο κίνδυνος να αρνηθεί ή να αντιδράσει αμυντικά, γεγονός που θα δυσκόλευε περαιτέρω την παροχή υποστήριξης. Για τον λόγο αυτό, πολλές φορές διστάζουν να αποφασίσουν ποια επιλογή είναι η καλύτερη και ασφαλέστερη για την έγκυο γυναίκα.

"Όταν η γυναίκα δεν θέλει να το καταγγείλει, δεν θα προχωρήσουμε στην αποκάλυψή του, γιατί θα μπορούσε να είναι επικίνδυνο για εκείνη." (M1)

Επιπλέον ανέφεραν ότι χρειάζεται και η απαραίτητη ψυχραιμία και ηρεμία να αποδεκτούν ότι ίσως μπορεί να μην επιθυμεί, για διάφορους λόγους την αναφορά βίας. Συνήθως τις περισσότερες φορές είναι για λόγους ασφαλείας της ίδιας και ίσως και άλλων παιδιών της οικογένειας.

Μια έντονη εμπειρία για τις περισσότερες Μ/Μ όσον αφορά τη διαχείριση εγκύων που υπέστησαν ΣΒ είναι η απροθυμία των θυμάτων να καταγγείλουν το περιστατικό ή ακόμη και να επιτρέψουν στους επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν τους τραυματισμούς τους. Οι Μ/Μ έδειξαν κατανόηση στους λόγους που οδήγησαν ορισμένες γυναίκες να αρνηθούν την εξέταση, προσπαθώντας όπως ανέφεραν τις περισσότερες φορές να τις καθησυχάσουν και να τις ηρεμήσουν. Πρόσθεσαν παράλληλα πως κάποιες διαδικασίες μπορεί να θύμιζαν επεισόδια βίας που πέρασαν οι γυναίκες και ίσως να χρειάζεται να τα παραλείψουν κάποιες φορές.

"Συνάντησα μια γυναίκα που δεν ήθελε να εξεταστεί. Μόλις ο γιατρός πλησίασε με τον κολποδιαστολέα, άρχισε να κλαίει. Ήταν αγχωμένη. Συνεπώς, δεν υπήρχε λόγος να την υποβάλουμε σε κάτι που τις θύμιζε βία." (Μ8)

"Εβγαине μπροστά ο σύζυγος» και προσπαθούσαμε να τους «ξεκολλήσουμε» για να μπορέσει να μας μιλήσει μόνη της. Δεν τα καταφέραμε σχεδόν ποτέ. Είχε και άλλο μωρό μαζί με αυτό τον άντρα. Και όταν πλέον γέννησε κοντά μας, είδαμε και την συμπεριφορά του συζύγου, ότι ήταν μπροστά μας πολύ καλός αλλά όταν φεύγαμε εμείς από εκεί και πήγαίνες προς το πλάι του δωματίου να ακούσεις τι γινόταν ήταν επιθετικός. Προσπαθήσαμε να την προσεγγίσουμε αλλά δεν άνοιγε το στόμα της να πει τίποτα." (Μ10)

Η άρνηση των θυμάτων συχνά προκαλούσε έντονα συναισθήματα στις Μ/Μ. Αυτά τα συναισθήματα ενδέχεται να προέρχονταν από την ανεκτικότητα που έδειχναν ορισμένες επιζώσες απέναντι στη βία. Κάποιες Μ/Μ ανέφεραν ότι αυτό τους προκαλούσε απογοήτευση, ενώ άλλες δήλωσαν ότι οδηγούνταν σε αυτοκριτική σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του περιστατικού, καθώς και σε αμφιβολίες για τις επαγγελματικές τους δεξιότητες.

"Όταν μου είπε ότι δεν ήθελε να το καταγγείλει, ένιωσα λίγο στεναχωρημένη και απογοητευμένη. Υποπετυμόουν ότι δεν θα ήθελε, αλλά αμφέβαλα και για τις επαγγελματικές μου ικανότητες." (Μ5)

Ασφάλεια των μαιών

Για πολλές Μ/Μ η αντιμετώπιση περιστατικών ΣΒ δεν προκάλεσε μόνο φόβο για τη δική τους ασφάλεια, αλλά και συναισθηματική καταπόνηση. Συχνά, οι δράστες που συνόδευαν τις επιζώσες, ιδιαίτερα στις προγεννητικές κλινικές, επέδειξαν επιθετική και ελεγκτική συμπεριφορά απέναντι στις Μ/Μ θεωρώντας ότι η εμπλοκή τους αποτελούσε απειλή για την κυριαρχία τους έναντι της γυναίκας και πιθανό κίνδυνο αποκάλυψης των βίαιων πράξεων τους.

"Θυμάμαι ήρθε ένα απόγευμα ο άντρας αργά προς την νύκτα κατά τις 8 στο νοσοκομείο, ο άντρας της, και μας είπε θυμωμένα ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΦΥΓΕΙ Η ΚΟΠΕΛΑ (η σύζυγός του). ΑΦΗΣΤΕ ΤΗΝ " (Μ4)

Αυτή η εχθρική στάση περιλάμβανε λεκτική επιθετικότητα, όπως ειρωνικά σχόλια, απειλές ή απότομη συμπεριφορά, καθώς και μη λεκτικές εκδηλώσεις ελέγχου, όπως επίμονα βλέμματα, σωματική εγγύτητα ή παρεμπόδιση της επικοινωνίας της γυναίκας με τις Μ/Μ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι δράστες προέβαιναν σε άμεσες παρεμβάσεις στη διαδικασία παροχής φροντίδας, αρνούμενοι να επιτρέψουν στη γυναίκα να παραμείνει μόνη με τις/τους επαγγελματίες υγείας ή επιμένοντας να απαντούν οι ίδιοι αντί της γυναίκας.

Αυτό δημιούργησε αρκετές φορές όπως είπαν ένα εχθρικό εργασιακό περιβάλλον, καθιστώντας ακόμη πιο δύσκολη την ικανότητα των Μ/Μ να παρέχουν επαρκή και ασφαλή φροντίδα στις εγκύους. Παράλληλα, επέτεινε το άγχος και την ανασφάλεια των επαγγελματιών υγείας, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις αισθάνονταν ανυπεράσπιστες/οι ως προς τον τρόπο διαχείρισης αυτών των περιστατικών.

"Η συμπεριφορά του δράστη απέναντί μας ήταν επιθετική, γιατί πίστευε ότι θέλαμε να κρατήσουμε τη σύντροφό του μέσα [αναφερόμενη στον ιδιωτικό χώρο εξέτασης] και να την πιέσουμε να αποκαλύψει περιστατικό βίας που προηγήθηκε στο σπίτι." (Μ10)

6.3 Θέμα 2: Ασαφείς Διαδικασίες Διαχείρισης

Οι περισσότερες/οι Μ/Μ παρείχαν λεπτομερείς και εκτενείς πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση των εγκύων θυμάτων στα μαιευτήρια της Κύπρου, αναδεικνύοντας μια ποικιλία προσεγγίσεων και πρακτικών μεταξύ των διαφορετικών υγειονομικών δομών. Αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμη και επαγγελματίες που εργάζονται στον ίδιο χώρο ανέφεραν αποκλίνουσες διαδικασίες και πρωτόκολλα, γεγονός που υποδηλώνει μια έλλειψη εναρμονισμένων και τυποποιημένων οδηγιών στις υπηρεσίες υγείας.

Ομάδα αστυνομικών και ιατροδικαστή

Οι Μ/Μ περιέγραψαν τη διαδικασία που ακολουθείται όταν περιστατικά ΣΒ φτάνουν σε εκείνες και στα τμήματα όπου εργάζονται, μέσω της αστυνομίας. Συνήθως, για να ενεργοποιηθεί αυτή η διαδικασία, προϋποτίθεται ότι οι έγκυες γυναίκες που έχουν υποστεί ΣΒ απευθύνονται πρώτα στην αστυνομία για να υποβάλουν επίσημη καταγγελία. Στη συνέχεια, μεταφέρονται σε μαιευτήριο ή προγεννητική κλινική —συνήθως σε δημόσιο νοσοκομείο για ιατρική εξέταση. Συχνά φτάνουν συνοδευόμενες από ομάδα αστυνομικών και ιατροδικαστή.

«Εάν η αναφορά βίας γίνει σε αστυνομικό τμήμα, η γυναίκα έρχεται στις προγεννητικές υπηρεσίες συνοδευόμενη από αστυνομικούς, ιατροδικαστή, φωτογράφο και διερμηνείς.»
(M9)

Οι Μ/Μ περιέγραψαν αυτή την πρακτική ως ιδιαίτερα δυσάρεστη και προβληματική, εκφράζοντας έντονη δυσαρέσκεια, καθώς θεωρούν ότι συμβάλλει στον επανατραυματισμό και επιβαρύνει σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών που έχουν υποστεί βία. Η διαδικασία αυτή τις περισσότερες φορές δεν διαφυλάσσει την ιδιωτικότητα των γυναικών καθώς εκτίθενται σε άλλα άτομα που βρίσκονται στο νοσοκομείο εκείνη τη στιγμή, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αισθήματα ντροπής, άγχους και φόβου. Επιπλέον, η παρουσία αστυνομικών και ιατροδικαστών σε δημόσιους χώρους του νοσοκομείου καθιστά το περιστατικό ορατό σε τρίτους, ενισχύοντας το αίσθημα στιγματοποίησης. Η γυναίκα, έχοντας ήδη λάβει τη δύσκολη και συχνά ψυχοφθόρα απόφαση να προχωρήσει σε καταγγελία, ενδέχεται να βιώσει αυξημένα επίπεδα άγχους και ανασφάλειας, εάν δεν υπάρξει μια περισσότερο ευαίσθητη και

προστατευτική προσέγγιση εκ μέρους των αρμόδιων υπηρεσιών. Οι Μ/Μ υπογράμμισαν την ανάγκη για διακριτικότερους και ψυχολογικά ευαίσθητους χειρισμούς, οι οποίοι θα σέβονται την αξιοπρέπεια και την ψυχική κατάσταση των γυναικών, ιδίως κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

«Ένας αστυνομικός που τις παραλαμβάνει και τραβά την προσοχή... οι άνθρωποι δεν ξέρουν τι συμβαίνει, αλλά ούτε και εσύ ξέρεις πώς το βιώνει η ίδια, καθώς έρχεται με συνοδεία.» (M12)

Επιπλέον, οι Μ/Μ εξέφρασαν αβεβαιότητα ως προς το αν οι γυναίκες ενημερώνονται επαρκώς για τη διαδικασία που ακολουθείται μετά την αναφορά περιστατικού ΣΒ στην αστυνομία. Υπογράμμισαν τη σημασία της σαφούς και έγκαιρης επικοινωνίας, ώστε η επίζωσα να είναι πλήρως ενήμερη για τα στάδια της διαδικασίας, τον σκοπό της μεταφοράς της στο νοσοκομείο, τις προγραμματισμένες εξετάσεις, καθώς και για την αναγκαιότητα διασφάλισης ότι δεν υφίστανται επιπλοκές στην εγκυμοσύνη.

Διαχείριση από τη μαιευτική ομάδα/εισαγωγή στην προγεννητική κλινική

Οι Μ/Μ επισήμαναν ότι κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στις εγκύους που αποκαλύπτουν πως έχουν βιώσει βία από τους συντρόφους τους. Η αποκάλυψη αυτή μπορεί να γίνει είτε προς τους/τις γυναικολόγους/μαιευτήρες είτε απευθείας προς τους/τις Μ/Μ, οι οποίοι/οποίες συχνά αποτελούν το πρώτο σημείο εμπιστοσύνης και στήριξης για τις γυναίκες αυτές.

Σε πολλές περιπτώσεις, τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά μαιευτήρια, προσφέρεται προσωρινή φιλοξενία στο θύμα ως ένα έκτακτο αλλά κρίσιμο μέτρο προστασίας. Αυτή η παρέμβαση εφαρμόζεται ιδιαίτερα όταν εκτιμάται ότι υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα είτε της ίδιας της γυναίκας είτε του εμβρύου. Η φιλοξενία αυτή δεν λειτουργεί μόνο ως μέσο απομάκρυνσης από τον δράστη, αλλά και ως καταφύγιο όπου η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια, έστω και προσωρινή.

«Η έγκυος, φοβισμένη, ήρθε μόνη της στο ραντεβού με τον γιατρό. Εξαιτίας αυτής της στάσης, ο γιατρός και εμείς οι μαίες αποφασίσαμε να προχωρήσουμε στην εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Το κάναμε κυρίως για την προστασία της, ώστε να προλάβουμε το ενδεχόμενο να της συμβεί κάτι κακό.» (M13)

Οι Μ/Μ περιέγραψαν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γυναίκες χρειάστηκε να νοσηλευτούν περισσότερες από μία φορές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Κάποιες από αυτές προσήλθαν με εμφανή σημάδια σωματικής κακοποίησης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, αν και δεν υπήρχαν εξωτερικά τραύματα, η ανάγκη για απομάκρυνση από το κακοποιητικό περιβάλλον υπαγόρευσε την παραμονή τους στο μαιευτήριο, ως μέσο προσωρινής προστασίας.

«Η κοπέλα ήταν γνωστή σε όλους μας στην κλινική. Ερχόταν πολύ συχνά, σχεδόν χωρίς λόγο, προφασισόμενη ότι αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας. Ωστόσο, όλοι καταλαβαίναμε πως υπήρχε κάτι πιο βαθύ που την έφερνε κοντά μας.» (M8)

Η προσωρινή εισαγωγή στο μαιευτήριο λειτούργησε για πολλές από αυτές τις γυναίκες ως ένας σωτήριος μηχανισμός άμεσης προστασίας και απομάκρυνσης από τον κίνδυνο. Σε ένα περιβάλλον που συχνά αποτελεί το μοναδικό ασφαλές πλαίσιο στη ζωή τους εκείνη τη στιγμή, η νοσηλεία προσέφερε όχι μόνο σωματική ανακούφιση, αλλά και ψυχολογική στήριξη, βοηθώντας τις γυναίκες να αισθανθούν ότι δεν είναι μόνες, ότι κάποιος τις πιστεύει και ενδιαφέρεται ουσιαστικά για την ευημερία τους.

Παραπομπή σε κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους νοσοκομείων

Οι Μ/Μ που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία αναφέρθηκαν στην πρακτική της παραπομπής εγκύων που έχουν βιώσει βία σε κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, όταν δεν απαιτείται περαιτέρω μαιευτική φροντίδα. Ωστόσο, επισήμαναν ότι αυτή η πρακτική

από μόνη της δεν είναι επαρκής, καθώς οι γυναίκες χρειάζονται επιπλέον ψυχολογική υποστήριξη και σαφή καθοδήγηση σχετικά με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, ανέδειξαν τον ανεπαρκή συντονισμό τόσο μεταξύ των διασυνδεδεμένων υπηρεσιών όσο και εντός των ίδιων των νοσοκομειακών δομών.

«Είχαμε περιπτώσεις που ήδη παρακολουθούνταν από κοινωνικό λειτουργό. Οι γυναίκες δεν το ανέφεραν, αλλά όταν δώσαμε πληροφορίες στον κοινωνικό λειτουργό, μας είπε: "Γνωρίζω αυτή την οικογένεια, την παρακολουθούμε."» (M1)

Η δυνατότητα σύνδεσης με κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο αναφέρθηκε μόνο από M/M που εργάζονται σε προγεννητικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων. Οι M/M που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές δεν ανέφεραν την παρουσία κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου, αλλά επισήμαναν και μια γενικότερη έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και στους/στις συναδέλφους τους.

Η περιορισμένη γνώση των επαγγελματιών του ιδιωτικού τομέα για τα δίκτυα βοήθειας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην έγκαιρη παρέμβαση και την παροχή κατάλληλης φροντίδας στις γυναίκες που τη χρειάζονται. Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά μία μαία:

«Στον ιδιωτικό τομέα, εκτός από λίγες M/M που εμπλέκονται περισσότερο, οι περισσότερες δεν γνωρίζουν τις διαθέσιμες υπηρεσίες για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν αυτό το ζήτημα. Στον δημόσιο τομέα, υπάρχει ενημέρωση για τις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων αυτών που παρέχουν η αστυνομία, οι ψυχολόγοι και το ΣΠΑΒΟ. Ωστόσο, στον ιδιωτικό τομέα, αυτή η ενημέρωση απουσιάζει.» (M8)

Η απουσία συστηματικής ενημέρωσης των εγκύων γυναικών σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης, συνδέεται στενά με τον περιορισμένο ρόλο που διαδραματίζει η μαία στην προγεννητική φροντίδα εντός του δημόσιου συστήματος υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, η μαία εμπλέκεται μόνο σε αποσπασματικά στάδια της φροντίδας, περιοριζόμενη σε τεχνικές ή καθαρά κλινικές παρεμβάσεις, χωρίς να της δίνεται ο χρόνος

και ο χώρος να οικοδομήσει ουσιαστική, υποστηρικτική σχέση με την έγκυο. Το γεγονός αυτό περιορίζει τη δυνατότητα παροχής εξατομικευμένων πληροφοριών και την καλλιέργεια συνθηκών εμπιστοσύνης, που είναι απαραίτητες για την αναγνώριση και παραπομπή περιστατικών σε κατάλληλες κοινωνικές ή ψυχολογικές υπηρεσίες.

Παραπομπή στο ΣΠΑΒΟ

Η Παραπομπή στο ΣΠΑΒΟ αναφέρθηκε από πολλές/πολλούς Μ/Μ ότι ήταν η πιο εύκολη διαδικασία.

«όμως είναι το πιο εύκολο που μπορούμε να κάνουμε, αφού έχουμε το τηλέφωνο του ΣΠΑΒΟ να επικοινωνούμε μαζί τους» (Μ6)

Το ΣΠΑΒΟ αποτελεί τη σημαντικότερη ΜΚΟ στην Κύπρο που προσφέρει ολοκληρωμένη υποστήριξη σε επιζώσες έμφυλης βίας, κυρίως σε γυναίκες. Διαθέτει καταφύγιο σε όλες τις επαρχίες της χώρας, διασφαλίζοντας την πρόσβαση των επιζωσών και των παιδιών τους σε ασφαλή διαμονή και βασικές υπηρεσίες. Η ευρεία αναγνώριση του ΣΠΑΒΟ αποδίδεται στις ιδιαίτερα αποτελεσματικές εκστρατείες ενημέρωσης που έχει υλοποιήσει, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ευαισθητοποίηση τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Οι Μ/Μ, οι οποίες συχνά έρχονται σε επαφή με επιζώσες βίας στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαδικασία παραπομπής. Πολλές ανέφεραν ότι, με προσωπική τους πρωτοβουλία, επικοινωνούν με τις τηλεφωνικές γραμμές του ΣΠΑΒΟ ή παρέχουν πληροφορίες στις γυναίκες που το έχουν ανάγκη, ιδίως σε περιπτώσεις όπου απαιτείται άμεση στέγαση ή άλλες μορφές υποστήριξης.

Όπως ανέφερε μία μαιά:

"Φοβόταν τον σύντροφό της, οπότε το μόνο που μπορούσαμε να κάνουμε ήταν να της προσφέρουμε κάποια συμβουλευτική. Αν χρειαζόταν κάτι, της δώσαμε τον αριθμό τηλεφώνου του ΣΠΑΒΟ. Ωστόσο, δεν μπορούσαμε να κάνουμε τίποτα άλλο." (Μ4)

Η δήλωση αυτή αντικατοπτρίζει μια κοινή στάση μεταξύ των Μ/Μ, σύμφωνα με την οποία η παραπομπή στο ΣΠΑΒΟ θεωρείται ως η βασική ή ακόμη και η μοναδική ενέργεια που μπορούν να αναλάβουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια επιζώσα ΣΒ. Αν και η ενημέρωση των επιζωσών για την ύπαρξη του ΣΠΑΒΟ είναι, χωρίς αμφιβολία, ιδιαίτερα σημαντική, οι απόψεις των Μ/Μ υποδηλώνουν ότι ο ρόλος τους περιορίζεται κυρίως στην παροχή πληροφοριών. Πολλές/οί Μ/Μ φαίνεται να θεωρούν ότι, μετά την παραπομπή, η ευθύνη τους ολοκληρώνεται. Αυτό αναδεικνύει ένα ευρύτερο ζήτημα αναφορικά με την υποστήριξη που παρέχεται στις επιζώσες, καθώς οι Μ/Μ ενδέχεται να νιώθουν αβεβαιότητα ή αμηχανία σχετικά με το εύρος της εμπλοκής τους πέραν της αρχικής ενημέρωσης.

6.4 Θέμα 3: Εμπόδια στην αποτελεσματική διαχείριση

Ανεπαρκής συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους

Ένα σημαντικό μέρος των συζητήσεων με τις/τους Μ/Μ επικεντρώθηκε στα πολυάριθμα και συχνά αλληλένδετα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την διαχείριση περιστατικών ΣΒ κατά εγκύων γυναικών.

" Τώρα που δεν βρίσκονται εντός του νοσοκομείου, δεν ανταποκρίνονται γρήγορα. Τους καλούμε, τους στέλνουμε φαξ, και απαντούν μετά από επτά ημέρες." (Μ7)

Παρόλο που οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι εξακολουθούν να είναι παρόντες στις δομές των δημόσιων νοσοκομείων, οι Μ/Μ έχουν αναφέρει σημαντικές δυσκολίες στην άμεση πρόσβαση σε αυτούς τους επαγγελματίες. Ζητήματα όπως ο εντοπισμός τους, η καθιέρωση αποτελεσματικής επικοινωνίας και η διαδικασία παραπομπής αναφέρονται συχνά ως βασικά εμπόδια.

Επιπλέον, παρά την ύπαρξη ειδικών εντύπων παραπομπής, ορισμένες Μ/Μ δεν ήταν ενήμερες για τη διαθεσιμότητά τους, γεγονός που υποδηλώνει κενά στην εκπαίδευση και την εφαρμογή των σχετικών πολιτικών που είχαν αποφασιστεί στο παρελθόν από τη νοσοκομειακή μονάδα. Ένα ακόμη ζήτημα που τέθηκε ήταν η έλλειψη παρακολούθησης ή ανατροφοδότησης στη διαδικασία παραπομπής. Συχνά, οι Μ/Μ ανέφεραν περιστατικά σε κοινωνικούς λειτουργούς ή ψυχολόγους, χωρίς όμως να ενημερώνονται για την εξέλιξη της υπόθεσης.

Παρομοίως, όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί διαχειρίζονταν περιστατικά ανεξάρτητα, οι Μ/Μ δεν λάμβαναν ενημέρωση, πιθανώς στο πλαίσιο της τήρησης της εμπιστευτικότητας. Ωστόσο, αυτό το γεγονός περαιτέρω εμποδίζει τον συντονισμό των παρεμβάσεων, περιορίζοντας τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και επηρεάζοντας την ολιστική φροντίδα των θυμάτων.

Παρουσία συντρόφου

Η παρουσία συντρόφου ήταν ένας παράγοντας που προκαλούσε προβλήματα επικοινωνίας και παροχής φροντίδας διότι οι έγκυες γυναίκες φοβόντουσαν να μιλήσουν.

«Η αδερφή της είπε ότι εξαφανίζεται συνέχεια, είναι αλκοολικός και τη χτυπάει. Ωστόσο, η ίδια δεν είπε τίποτα. Φέραμε έναν διερμηνέα. Τους χωρίσαμε και τους ζητήσαμε να περιμένουν έξω μέχρι να αποφασίσουμε τι θα κάνουμε. Η γυναίκα δεν άλλαξε γνώμη και συνέχισε να λέει: 'Δεν μπορώ να κάνω τίποτα· κάνω ό,τι θέλει ο άντρας μου.» (M5)

Όλες οι Μ/Μ, ανεξάρτητα από το αν εργάζονταν σε προγεννητικές κλινικές, μαιευτικά τμήματα ή στην κοινότητα, ανέφεραν το ίδιο ζήτημα: την παρουσία του συντρόφου κατά τη διάρκεια της επαφής τους με την επιζώσα. Αυτό αποτέλεσε ιδιαίτερη πρόκληση στις περιπτώσεις όπου η/ο Μ/Μ διασθανόταν ότι η έγκυος επιθυμούσε να μιλήσει ιδιωτικά, πιθανόν για να αναφέρει περιστατικά βίας ή ανησυχίες που δεν μπορούσε να εκφράσει παρουσία του συντρόφου της. Η απουσία θεσμικής πρόβλεψης στο κυπριακό σύστημα υγείας για τη διασφάλιση του δικαιώματος κάθε εγκύου να έχει, τουλάχιστον μία φορά,

κατ' ιδίαν επικοινωνία με επαγγελματία υγείας, καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την αποκάλυψη τέτοιων ευαίσθητων ζητημάτων. Σε αυτό το πλαίσιο, οι Μ/Μ καλούνται να στηριχθούν σχεδόν αποκλειστικά στη διαίσθηση και την παρατήρηση μη λεκτικών ενδείξεων όπως η αποφυγή βλεμματικής επαφής, η σωματική ένταση ή η σιωπηλή συναισθηματική αντίδραση για να υποψιαστούν ότι η γυναίκα ενδέχεται να βιώνει βία.

Μια μαία περιέγραψε την εμπειρία της όταν ένιωσε ότι μια γυναίκα προσπαθούσε να της δώσει να καταλάβει ότι υπήρχε κάτι περισσότερο που ήθελε να συζητήσει:

«Ήταν σαν, μέσα από τον τρόπο που κινούνταν και μιλούσε, οι χειρονομίες της να έδειχναν ότι ήθελε να μου πει κάτι. Ήταν σαν να προσπαθούσε να με κάνει να καταλάβω ότι δεν ήθελε τον σύντροφό της παρόντα στην προγεννητική κλινική.» (M10)

Έλλειψη Ιδιωτικών Χώρων στα Νοσοκομεία

Η έλλειψη ιδιωτικών χώρων στα νοσοκομεία σχολιάστηκε από Μ/Μ ότι τους εμπόδιζε να δώσουν τη φροντίδα που επιθυμούσαν.

«Βλέπουμε τις γυναίκες δύο-δύο κατά τη διάρκεια των ραντεβού, ειδικά στην πρώτη επίσκεψη της εγκυμοσύνης.» (M12)

Κατά τη διάρκεια των ομάδων εστίασης αναφέρθηκαν αρκετά δομικά προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας στις μαιευτικές μονάδες. Ένα από τα πλέον κρίσιμα ζητήματα που εντοπίστηκαν ήταν η έλλειψη κατάλληλων ιδιωτικών χώρων για τις συναντήσεις μεταξύ των Μ/Μ και των εγκύων γυναικών. Οι περισσότερες δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες στεγάζονται σε παλαιά κτίρια, με ανεπαρκή αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη διασφάλιση συνθηκών εχεμύθειας και προσωπικού απορρήτου κατά την παροχή φροντίδας.

«Δεν είναι σωστό να φροντίζουμε τις έγκυες μπροστά σε όλους. Πρέπει να έχουμε έναν δικό μας χώρο, όπου θα μπορούμε να τις βλέπουμε και να τις αξιολογούμε κάθε φορά που έρχονται για εξέταση.» (M14)

Αυτό το ζήτημα δεν οφείλεται μόνο στον μειωμένο αριθμό Μ/Μ στην Κύπρο, αλλά και στην αυξανόμενη ιατρικοποίηση της εγκυμοσύνης, η οποία περιορίζει τον ρόλο των Μ/Μ στις προγεννητικές υπηρεσίες, καθιστώντας δυσκολότερη τη δημιουργία μιας πιο ολιστικής και εξατομικευμένης προσέγγισης φροντίδας για τις εγκύους. Να προσθέσεις ένα απόσπασμα για την ιατρικοποίηση

Γλωσσικά Εμπόδια

Η γεωπολιτική θέση της Κύπρου, σε συνδυασμό με τη συνεχιζόμενη εμπόλεμη αστάθεια και τις συγκρούσεις σε διάφορες περιοχές της Ανατολικής Μεσογείου και της Μέσης Ανατολής, έχει οδηγήσει σε έντονη μεταναστευτική κινητικότητα προς το νησί. Ως αποτέλεσμα, η Κύπρος αποτελεί σημαντικό σημείο πρώτης υποδοχής για μεγάλο αριθμό προσφύγων, αιτούντων άσυλο και οικονομικών μεταναστών, οι οποίοι αναζητούν ασφάλεια και σταθερότητα. Στο πλαίσιο αυτό, παρατηρείται ότι η συντριπτική πλειονότητα των νεοεισερχόμενων πληθυσμών προσφεύγει στα δημόσια νοσοκομεία και τις κρατικές δομές υγείας για την κάλυψη των βασικών και εξειδικευμένων υγειονομικών τους αναγκών.

“Δυσκολευόμαστε με την επικοινωνία, ενώ θέλει να μας πει κάτι δεν μπορεί” (M1)

Ωστόσο, ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τόσο οι Μ/Μ όσο και οι λήπτες των υπηρεσιών είναι η γλώσσα. Η έλλειψη κοινής γλωσσικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γυναικών δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόλο που η ανάγκη για διερμηνείς είναι

επιτακτική, τις περισσότερες φορές τα νοσοκομεία δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν επίσημη γλωσσική υποστήριξη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, τον ρόλο του διερμηνέα αναλαμβάνει ο σύντροφος της γυναίκας, κάτι που δημιουργεί πρόσθετα εμπόδια, ιδίως όταν πρόκειται για θέματα που σχετίζονται με την ΣΒ. Η έλλειψη επαγγελματία διερμηνέα καθιστά σχεδόν αδύνατο για τη γυναίκα να εκφράσει ανησυχίες ή να αποκαλύψει περιστατικά κακοποίησης, ακόμη και αν το επιθυμεί. Η απουσία ανεξάρτητης μετάφρασης περιορίζει την αυτονομία της και την ελευθερία έκφρασής της, καθιστώντας την ακόμα πιο ευάλωτη σε πιθανές μορφές κακοποίησης ή εκμετάλλευσης.

«Έμοιαζε σαν να ήθελε να μας πει κάτι, αλλά δεν μπορούσαμε να καταλάβουμε τι, οπότε φέραμε έναν μεταφραστή.» (M3)

Η μαρτυρία αυτή αποτυπώνει εύγλωττα τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στην προσπάθεια να «ακούσουν» τη σιωπηλή φωνή των γυναικών όταν λείπει το κατάλληλο μέσο επικοινωνίας.

6.5 Θέμα 4: Μαίες/Μαιευτές χωρίς επαρκή υποστήριξη

Πρωτόκολλο διαχείρισης/κλινικές οδηγίες

Κατά τη διάρκεια των ομάδων εστίασης, οι Μ/Μ διατύπωσαν πληθώρα προτάσεων που στόχευαν στη βελτίωση του τρόπου διερεύνησης και διαχείρισης περιστατικών ΣΒ. Οι προτάσεις αυτές αναδείκνυαν την ανάγκη για μια πιο οργανωμένη, ευαίσθητη και ολιστική προσέγγιση, ικανή να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών

«δεν έχουμε πρωτόκολλο διαχείρισης, γραπτό τρόπο διαχείρισης, ο καθένας τα αντιμετωπίζει διαφορετικά » (M2)

Η πιο συχνή και καθολική πρόταση αφορούσε την ανάγκη ύπαρξης ενός κοινού πρωτοκόλλου διαχείρισης σε όλα τα μαιευτικά τμήματα, ανεξαρτήτως αν ανήκουν στον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα, ή εάν λειτουργούν σε επίπεδο κοινότητας.

«Χρειάζονται δεξιότητες και συγκεκριμένες ερωτήσεις, καθώς και ένα εργαλείο που να καθορίζει τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουμε και να είναι σε γραπτή μορφή.» (M1)

Μέσα από τις συζητήσεις και την ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με τους διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης τέτοιων περιστατικών, αναδείχθηκε η επιτακτική ανάγκη για μια κοινή προσέγγιση και ενιαία διαδικασία. Η ύπαρξη ενός σαφώς καθορισμένου πρωτοκόλλου θα διασφάλιζε ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι σε αυτή τη διαδικασία θα λειτουργούσαν βάσει επαγγελματικών ρόλων, χωρίς αποκλίσεις από τα καθήκοντά τους. Μια τέτοια ενιαία πρακτική θα ενίσχυε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, θα εξασφάλιζε καλύτερη φροντίδα για τις γυναίκες που βιώνουν βία και θα συνέβαλε στην ανάπτυξη ενός πιο ευαισθητοποιημένου και εξειδικευμένου προσωπικού.

Ανάπτυξη μαιευτικής εκπαίδευσης

Οι πιο έμπειρες Μ/Μ τόνισαν την ανάγκη για συνεχή και ενδεδειγμένη εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τη βία, τόσο όσον αφορά την αναγνώριση των θυμάτων όσο και τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών. Υπογράμμισαν ότι η επαγγελματική κατάρτιση δεν πρέπει να είναι αποσπασματική, αλλά να αποτελεί μια διαρκή και οργανωμένη διαδικασία που θα επιτρέπει στις Μ/Μ να αποκτούν εξειδικευμένες δεξιότητες και να ανταποκρίνονται με επάρκεια στις προκλήσεις του επαγγέλματος.

«νομίζω δεν ήταν αρκετή η εκπαίδευση μαςγινόταν μια αναφορά για τη βία» (M14)

Μία από τις συμμετέχουσες ανέδειξε τη σημασία της εκπαίδευσης ως καθοριστικού παράγοντα ενδυνάμωσης του επαγγελματικού ρόλου, επισημαίνοντας ότι οι συνάδελφοι που είχαν την ευκαιρία να συμμετάσχουν τόσο σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όσο και σε σύγχρονα πανεπιστημιακά προγράμματα μαιευτικής, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και σαφέστερη αντίληψη των επαγγελματικών τους ευθυνών. Η εμπειρία αυτή επιβεβαιώνει την άρρηκτη σύνδεση ανάμεσα στην εκπαίδευση και την επαγγελματική ενδυνάμωση, καθώς φαίνεται πως η πρόσβαση σε επικαιροποιημένη, επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση μιας πιο ενεργής, ενημερωμένης και αποτελεσματικής επαγγελματικής ταυτότητας.

«Ίσως θα έπρεπε να αυξηθούν τα βιωματικά εργαστήρια και η εκπαίδευση πάνω σε αυτό το θέμα. Ένιωσα ότι η συνάδελφός μου, που συμμετείχε σε τέτοια προγράμματα, ένιωσε ενδυναμωμένη μέσα από αυτά.» (M8)

Η ανάγκη για περισσότερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και βιωματικής μάθησης αναδείχθηκε ως κεντρικός άξονας βελτίωσης της επαγγελματικής πρακτικής στον χώρο της υγείας, και ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αναγνώρισης και διαχείρισης περιστατικών βίας. Οι συμμετέχοντες/ουσες στη μελέτη τόνισαν ότι η θεωρητική κατάρτιση από μόνη της δεν είναι επαρκής για την ενίσχυση της κλινικής επάρκειας, ειδικά όταν πρόκειται για σύνθετα και ευαίσθητα ζητήματα. Η συστηματική ενσωμάτωση τέτοιων εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Μ/Μ και των λοιπών επαγγελματιών υγείας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση της επαγγελματικής αβεβαιότητας και στην προαγωγή μιας πιο συνεκτικής, ασφαλούς και προσανατολισμένης στον άνθρωπο παροχής υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

7.1 Ενίσχυση γνώσεων και ετοιμότητας μέσω της εκπαίδευσης

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν την συμβολή του εκπαιδευτικού προγράμματος "STOPIPV" στην ενίσχυση τόσο των γνώσεων όσο και της ετοιμότητας των Μ/Μ για τη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη. Η σημαντική αύξηση στους δείκτες ετοιμότητας και γνώσης μετά την παρέμβαση επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα των στοχευμένων εκπαιδευτικών προσεγγίσεων στην ενίσχυση των επαγγελματικών δεξιοτήτων και της αυτοπεποίθησης των επαγγελματιών υγείας (Alshammari et al., 2018).

Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σύμφωνα με την οποία τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν την αντιμετώπιση της ΣΒ μπορούν να έχουν θετική επίδραση στη γνώση, τις στάσεις και τις κλινικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (Sawyer et al., 2016). Επιπλέον, καταγράφεται σημαντική ενίσχυση της επίγνωσης και της ετοιμότητας για αναγνώριση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών, γεγονός που συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στην ενίσχυση της ασφάλειας των γυναικών (García-Moreno et al., 2016; O'Doherty et al., 2015)

Η παρούσα μελέτη συγκαταλέγεται στις ελάχιστες διεθνώς που εστιάζουν στην εκπαίδευση των Μ/Μ για τη διαχείριση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, ένα φαινόμενο που αναγνωρίζεται πλέον ως κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας. Τα ευρήματα ανέδειξαν αύξηση στις γνώσεις και την ετοιμότητα των συμμετεχόντων να διερευνούν περιστατικά ΣΒ, ευθυγραμμιζόμενα με προηγούμενες έρευνες που υπογραμμίζουν τον κρίσιμο ρόλο της εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση έχει αποδειχθεί καθοριστικής σημασίας για την ενίσχυση της ικανότητας των Μ/Μ στην τεκμηρίωση περιστατικών, την παροχή κατάλληλης υποστήριξης στις επιζώσες και τη διευκόλυνση της πρόσβασής τους σε αναγκαίες υπηρεσίες (K. M. Baird et al., 2018; Crombie et al., 2017; Colombini et al., 2022). Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αξιολόγησης μάλιστα κατέγραψαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις, στοιχείο που τεκμηριώνει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Οι στατιστικά σημαντικές αυξήσεις σε επιμέρους γνωστικές ερωτήσεις αναδεικνύουν την επιτυχία του προγράμματος στην αντιμετώπιση ελλειμμάτων σε κρίσιμες γνώσεις. Για παράδειγμα, η αύξηση κατά 12,6% στις σωστές απαντήσεις αναφορικά με την ερώτηση που εξετάζει αν οι Μ/Μ πρέπει να καταγράφουν ενδείξεις ή ανησυχίες για συντροφική βία στις σημειώσεις της γυναίκας, ακόμα κι αν η ίδια δεν έχει αποκαλύψει ότι βιώνει βία εναρμονίζεται με τις ηθικές και επαγγελματικές οδηγίες που περιγράφονται από οργανισμούς όπως το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (RCM, 2013) και τον ΠΟΥ (2013), που δίνουν έμφαση στην προστασία της ιδιωτικότητας, στην ανάγκη για εμπιστοσύνη στη σχέση Μ/Μ – γυναίκας.

Επιπλέον, η αύξηση κατά 11,7% στις σωστές απαντήσεις σχετικά με την ανάγκη αποφυγής πίεσης προς τις γυναίκες να αποκαλύψουν ότι βιώνουν συντροφική βία, συνάδει με τις βασικές αρχές της τραυματοκεντρικής προσέγγισης φροντίδας (Trauma-Informed Care). Η προσέγγιση αυτή αποτελεί μια θεμελιώδη κατεύθυνση στην περιγεννητική φροντίδα, καθώς εστιάζει στη δημιουργία ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τις γυναίκες που έχουν βιώσει τραύμα. Σύμφωνα με τον Οδηγό Καλής Πρακτικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου(2021)(Law et al., 2021) οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν την αναγνώριση των επιπτώσεων του τραύματος και την παροχή φροντίδας με συμπόνια, ευαισθησία και σεβασμό προς τις εμπειρίες της γυναίκας· τη διατήρηση ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας, ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή της στη λήψη αποφάσεων· τη συνέπεια και συνέχεια στη φροντίδα μέσω σταθερών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας· καθώς και την αναγνώριση της διαφορετικότητας και την προσαρμογή της φροντίδας στις μοναδικές πολιτισμικές, κοινωνικές και προσωπικές ανάγκες κάθε γυναίκας, με στόχο τη διευκόλυνση της αποκατάστασης. Η ενσωμάτωση αυτών των αρχών στην καθημερινή κλινική πρακτική ενισχύει την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την εμπιστοσύνη στη σχέση μεταξύ επαγγελματία και γυναίκας, προάγοντας μια φροντίδα ουσιαστικά υποστηρικτική και θεραπευτική. Σύμφωνα με τους (Feder et al., (2011) η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στη δημιουργία ασφαλούς, υποστηρικτικού περιβάλλοντος και στη διατήρηση του ελέγχου από την ίδια τη γυναίκα, αποφεύγοντας κάθε μορφή καταναγκασμού που μπορεί να οδηγήσει σε επανατραυματισμό ή αποστασιοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η αύξηση στην αναγνώριση της ευθύνης παραπομπής σε υπηρεσίες της κοινότητας (+10,7%), μια δεξιότητα που έχει αποδειχθεί κρίσιμη για τη σύνδεση των θυμάτων με υποστηρικτικά δίκτυα και τη μείωση της περαιτέρω έκθεσης σε κίνδυνο (Ramsay et al., 2012). Η δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν ασφαλείς και αποτελεσματικές παραπομπές αποτελεί βασικό στοιχείο της ολιστικής αντιμετώπισης της συντροφικής βίας, καθώς ενισχύει την πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, προάγοντας την ανάκαμψη και την ασφάλεια των γυναικών (O'Doherty et al., 2015). Επιπλέον, η έγκαιρη παραπομπή έχει συνδεθεί με τη μείωση της επαναθυματοποίησης και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των θυμάτων στο σύστημα υγείας, ιδιαίτερα όταν αυτή συνοδεύεται από ενσυναίσθηση και κατάλληλη πληροφόρηση (Feder et al., 2011; Spangaro et al., 2016).

Το ποσοστό των Μ/Μ που δήλωσαν ότι αισθάνονται «αρκετά έτοιμοι» να κάνουν ερωτήσεις για τη ΣΒ αυξήθηκε από 11.7% (πριν) σε 32.0% (μετά), γεγονός που δείχνει ενίσχυση της κλινικής ετοιμότητας για πρωτογενή ανίχνευση. Αντίστοιχη πρόοδος σημειώθηκε στην ικανότητα ανταπόκρισης σε αποκαλύψεις ΣΒ (15.5% σε 29.1%), μια δεξιότητα που θεωρείται κεντρική για την έγκαιρη παρέμβαση και υποστήριξη (O'Doherty et al., 2015). Στην ίδια κατεύθυνση, η ικανότητα τεκμηρίωσης και παραπομπής, που είναι απαραίτητη για τη συνέχεια της φροντίδας, παρουσίασε ουσιαστική ενίσχυση, με τους «αρκετά έτοιμους» να φτάνουν έως και το 41.7% σε ορισμένα πεδία.

Η αναγνώριση και καταγραφή προγνωστικών παραγόντων για τη ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας ήταν το πεδίο με τη μεγαλύτερη μεταβολή (αύξηση στο 52.4%). Η βελτίωση αυτή υποστηρίζεται από βιβλιογραφικά ευρήματα που δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις βοηθούν τους επαγγελματίες να αναγνωρίζουν πρότυπα κινδύνου, ιδιαίτερα όταν αυτά δεν συνοδεύονται από άμεση αποκάλυψη της βίας (Miller et al., 2010).

Αν και καταγράφηκε βελτίωση σε όλες τις δεξιότητες ετοιμότητας, το πεδίο που σχετίζεται με τη βοήθεια προς τις γυναίκες για τη δημιουργία ενός πλάνου ασφάλειας παρουσίασε μικρότερη πρόοδο (μέση τιμή από 3.43 σε 3.92). Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι η αποτελεσματική καθοδήγηση στη δημιουργία πλάνου ασφάλειας δεν αποτελεί μια απλή διαδικασία, αλλά απαιτεί σύνθετες διαπροσωπικές δεξιότητες,

επαρκή πρακτική εμπειρία καθώς και πρόσβαση ή διασύνδεση με κατάλληλες υποστηρικτικές υπηρεσίες (Wathen & Macmillan, 2013).

Η ενίσχυση της επαγγελματικής επάρκειας των Μ/Μ στον τομέα της ΣΒ συμβάλλει ουσιαστικά στην προώθηση της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας (Στόχος Βιώσιμης Ανάπτυξης SDG 3.8), ιδιαίτερα για ευάλωτες ομάδες, όπως οι γυναίκες που βιώνουν βία. Η ενσωμάτωση της πρόληψης και αντιμετώπισης της ΣΒ στην πρωτοβάθμια φροντίδα μητρότητας αντανάκλα μια ολιστική, έμφυλη και δικαιοκεντρική προσέγγιση της υγείας, όπως προτείνεται από διεθνείς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του ΠΟΥ και της UN Women.

7.2 Περιορισμένη αλλαγή στις στάσεις

Παρά τη θετική μεταβολή στις γνώσεις και την ετοιμότητα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις των συμμετεχόντων/ουσών απέναντι στη διερεύνηση της ΣΒ δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μεταβολή. Το εύρημα αυτό ερμηνεύεται και μέσα από τα ποιοτικά δεδομένα, όπου αναδείχθηκε ότι υπάρχει ριζωμένος δισταγμός στην αναγνώριση της ΣΒ ως προτεραιότητας φροντίδας, ειδικά όταν δεν υπάρχει άμεση αποκάλυψη από την έγκυο. Δηλώσεις όπως «αν η γυναίκα δεν το αναγνωρίζει, δεν μπορώ να κάνω πολλά» ή «η ρουτίνα διερεύνησης ίσως προσβάλλει τη γυναίκα» φανερώνουν αντιφατικά συναισθήματα και αμφιβολίες σχετικά με τον ρόλο των Μ/Μ στην ενεργητική αναζήτηση και παρέμβαση (Kalra et al., 2021).

Η περιορισμένη αλλαγή στις στάσεις υπογραμμίζει ότι η εκπαίδευση, αν και απαραίτητη, δεν είναι από μόνη της ικανή για την αλλαγή βαθιά εδραιωμένων πεποιθήσεων. Όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, η αλλαγή στάσεων απαιτεί επαναλαμβανόμενη, βιωματική και συνεχή μάθηση, καθώς και συγκεκριμένο πλαίσιο υποστηρικτικής κλινικής πρακτικής μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να νιώθουν ασφαλείς να εφαρμόσουν τις νέες γνώσεις (Baird et al., 2018; Di Giacomo et al., 2017).

Σύμφωνα με τη Θεωρία της Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς, η αλλαγή στάσης δεν είναι αυτόματη συνέπεια της εκπαίδευσης (Aliwa et al., 2024). Οι μαίες/μαιευτές μπορεί να κατανόησαν τη σημασία της διερεύνησης της ΣΒ, αλλά να μην ένιωσαν σίγουρες για την ικανότητά τους να την εφαρμόσουν στην πράξη (αντιλαμβανόμενος έλεγχος) ή να

πίστευαν ότι το εργασιακό περιβάλλον τους αποθαρρύνει τέτοιες παρεμβάσεις (κοινωνικές νόρμες).

Παράλληλα, βάσει του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής, η εκπαίδευση πιθανόν να μετέφερε τις συμμετέχουσες από το στάδιο της άρνησης ή της άγνοιας στο στάδιο του προβληματισμού, αλλά δεν επαρκεί για να προκαλέσει μετατόπιση στη φάση της δράσης, όπου η στάση μετατρέπεται σε ενεργό συμπεριφορά (Hunter, 2024). Η ΣΒ, ως ιδιαίτερα συναισθηματικά και ηθικά φορτισμένο θέμα, πυροδοτεί συχνά αμυντικούς μηχανισμούς όπως ο φόβος, η ενοχή ή η αμηχανία, που ενισχύουν τη διατήρηση υφιστάμενων στάσεων (Can Özdemir et al., 2023).

Η διαμόρφωση των στάσεων δεν καθορίζεται αποκλειστικά από την επαγγελματική κατάρτιση, αλλά επηρεάζεται επίσης από ένα σύνολο κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων, ατομικών αξιών και κυρίαρχων κοινωνικών αντιλήψεων σχετικά με τον ρόλο της γυναίκας και τη «φύση» της βίας (Tekin et al., 2024). Έμφυλες προκαταλήψεις, είτε συνειδητές είτε ασυνειδητές, δύνανται να περιορίσουν την ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να προχωρήσουν σε παρέμβαση, ακόμη και όταν υφίστανται σαφείς ενδείξεις βίας. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες υγείας συχνά έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα που άπτονται των αρχών της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας (Can Özdemir et al., 2023).

Τα ποιοτικά δεδομένα ενίσχυσαν την παραπάνω ερμηνεία. Οι Μ/Μ που συμμετείχαν στις ομάδες εστίασης αναγνώρισαν ότι συχνά ένιωθαν ανασφάλεια, φόβο μήπως χειριστούν λανθασμένα το θέμα ή ακόμη και ότι δεν είχαν την «εξουσιοδότηση» να θίξουν το ζήτημα της ΣΒ. Επιπλέον, ανέφεραν ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν ένιωθαν να διαθέτουν την απαραίτητη θεσμική κάλυψη ή την επαρκή υποστήριξη από το σύστημα υγείας, ώστε να εφαρμόσουν με συνέπεια τη διερεύνηση, ακόμη και όταν υπήρχαν σαφείς ενδείξεις κακοποίησης.

Οι Μ/Μ βίωναν έντονη συναισθηματική επιβάρυνση όταν οι γυναίκες συνειδητοποιούσαν, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων, ότι είχαν εκτεθεί σε βία. Η συνειδητοποίηση αυτή ενίσχυε την αίσθηση ευθύνης τους να παρακολουθούν ενεργά την ψυχοκοινωνική ευημερία των γυναικών (Zobbi et al., 2022). Ωστόσο, η άρνηση λήψης βοήθειας ή η ομαλοποίηση της βίας από την πλευρά των γυναικών προκαλούσε στις Μ/Μ

αισθήματα απογοήτευσης και αδυναμίας παρέμβασης, εντείνοντας το ψυχικό τους φορτίο (Zamora Hernandez *et al.*, 2025).

Συνεπώς, για την ουσιαστική βελτίωση των στάσεων απέναντι στη ΣΒ απαιτείται μια πολυεπίπεδη προσέγγιση *al.*, 2018). Επιπλέον, τα διαθέσιμα δεδομένα καταδεικνύουν ότι όσο περισσότερο ενισχύονται οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, τόσο αυξάνεται η αυτοπεποίθησή και η στάση τους (Ambikile *et al.*, 2020), στην αναγνώριση και την αποτελεσματική διαχείριση περιστατικών ΣΒ (Olaitan Bamigboye *et al.*, 2023).

7.3 Εμπόδια στην εφαρμογή της διερεύνησης ΣΒ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ποσοτικά και ποιοτικά ανέδειξαν πολλαπλά εμπόδια που περιορίζουν την εφαρμογή της διερεύνησης της συντροφικής βίας ΣΒ κατά την προγεννητική φροντίδα από τις Μ/Μ. Συγκεκριμένα, το 65,4% των συμμετεχόντων/ουσών δήλωσε ότι η έλλειψη ιδιωτικότητας αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τα ποιοτικά δεδομένα. Όπως περιγράφουν οι συμμετέχουσες/όντες, η συνεχής παρουσία του συντρόφου στην εξέταση δημιουργεί κλίμα ανασφάλειας και σιωπής για τη γυναίκα, περιορίζοντας τη δυνατότητα αποκάλυψης.

Η παρουσία του συντρόφου κατά τις προγεννητικές επισκέψεις αναδείχθηκε ως ένας από τους πιο σημαντικούς ανασταλτικούς παράγοντες για τη διερεύνηση της ΣΒ από τις Μ/Μ. Σύμφωνα με τα ποσοτικά ευρήματα της παρούσας μελέτης, το 60,2% των συμμετεχόντων/ουσών συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι η παρουσία του συντρόφου επηρεάζει τη δυνατότητά τους να πραγματοποιήσουν ανοιχτή και ειλικρινή συνέντευξη.

Τα ποιοτικά ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η συνεχής παρουσία του συντρόφου κατά τις προγεννητικές επισκέψεις λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την αποκάλυψη εμπειριών συντροφικής βίας. Οι περισσότερες Μ/Μ ανέφεραν ότι σε τέτοιες συνθήκες, οι γυναίκες δυσκολεύονται να εκφράσουν προσωπικά βιώματα, ενώ συχνά εντοπίζονται μη λεκτικά σημάδια δυσφορίας ή σιωπηλής έκκλησης για βοήθεια που, λόγω της απουσίας ιδιωτικότητας, δεν μπορούν να διερευνηθούν επαρκώς. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις, οι σύντροφοι αναλαμβάνουν ρόλο διερμηνέα, γεγονός

Commented [EM4]: Γίνεται επαναληψη

που όχι μόνο υπονομεύει την αυθεντική επικοινωνία αλλά περιορίζει και την αυτονομία, την ασφάλεια και την ελευθερία έκφρασης της γυναίκας, όπως έχει καταγραφεί και σε άλλες μελέτες (Garnweidner-Holme et al., 2017).

Η πρακτική αυτή έρχεται σε αντίθεση με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες υπογραμμίζουν τη σημασία της παροχής εμπιστευτικού και ασφαλούς χώρου ήδη από την πρώτη προγεννητική επίσκεψη (booking visit), ώστε να ενισχυθεί η σχέση εμπιστοσύνης και να διευκολυνθεί η αποκάλυψη ευαίσθητων πληροφοριών (WHO, 2016).

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι η παρουσία του συντρόφου έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ελέγχου, επιβολής σιωπής και παρακολούθησης, ιδίως σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα δεν ομιλεί τη γλώσσα και δεν έχει πρόσβαση σε κατάλληλη διερμηνεία. Το γεγονός αυτό επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της επικοινωνίας και ενδέχεται να παρεμποδίζει την αποκάλυψη της βίας (Briones-Vozmediano et al., 2014; Guruge et al., 2010). Η αδυναμία δημιουργίας ασφαλούς και προστατευμένου χώρου μπορεί να καταστήσει το σύστημα υγείας άθελα συνένοχο στη σιωπή και στη συνέχιση της βίας, εφόσον δεν δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την αποκάλυψή της.

Κατά συνέπεια, η θεσμοθέτηση μίας ιδιωτικής συνεδρίας μεταξύ της εγκύου και του επαγγελματία υγείας, σε κάθε εγκυμοσύνη, κρίνεται απολύτως αναγκαία. Τέτοια παρέμβαση είναι καθοριστική τόσο για την πρόληψη, αναγνώριση και διαχείριση της ΣΒ, όσο και για την καθιέρωση ενός μοντέλου φροντίδας με επίκεντρο τη γυναίκα, όπως υποστηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2016).

Η έλλειψη χρόνου συχνά αναφέρεται ως βασικό εμπόδιο στη διερεύνηση της ΣΒ σε άλλες μελέτες (Liebschutz et al., 2008; Maruyama et al., 2024) μόνο το 18,7% των συμμετεχόντων/ουσών στην παρούσα μελέτη το αναγνώρισε ως πρόβλημα. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί αφενός από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των δομών υγείας στην Κύπρο, και αφετέρου από τον περιορισμένο προγεννητικό ρόλο των Μ/Μ, ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι Μ/Μ δεν έχουν την ευθύνη για την παρακολούθηση των εγκύων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα να μη βιώνουν τον ίδιο φόρτο χρόνου που αναφέρεται σε άλλες χώρες όπου η μαία αποτελεί βασικό πρόσωπο στην παροχή συνεχούς προγεννητικής φροντίδας (Χατζηγεωργίου, 2024). Έτσι, η σχετικά χαμηλή αναφορά του χρόνου ως εμπόδιο, ενδέχεται να σχετίζεται περισσότερο με την περιορισμένη εμπλοκή των Μ/Μ στην προγεννητική παρακολούθηση και λιγότερο με την πραγματική διαθεσιμότητα χρόνου ανά επίσκεψη.

Ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο που καταγράφηκε στα ποσοτικά δεδομένα αφορά την έλλειψη πρόσβασης σε κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους, με το 58,1% των συμμετεχόντων/ουσών να δηλώνει ότι δεν υπάρχει δυνατότητα παραπομπής εντός της μονάδας εργασίας τους. Το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται και στον ιδιωτικό τομέα, όπου απουσιάζει θεσμική πρόβλεψη για συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Παράλληλα, ακόμα και στον δημόσιο τομέα, δεν καταγράφεται συστηματική σύνδεση των περιγεννητικών υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του ΓΕΣΥ δεν παρέχει στις Μ/Μ τη δυνατότητα επίσημης παραπομπής σε κοινωνικές ή ψυχολογικές υπηρεσίες, γεγονός που οδηγεί σε αποσπασματική και μη ολιστική παροχή φροντίδας στις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.

Έρευνες (Parlalis and Christodoulou, 2018; UNICEF, 2023) αναδεικνύουν το πρόβλημα ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Κύπρο αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις, όπως η ανεπαρκής υποστηρικτική υποδομή και τα γραφειοκρατικά εμπόδια, τα οποία παρεμποδίζουν τη λειτουργική συνεργασία με τα νοσοκομεία. Οι παράγοντες αυτοί ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά τόσο τη διαθεσιμότητα όσο και την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων στο νοσοκομειακό περιβάλλον (UNICEF, 2023).

Αξιοσημείωτη είναι και η έλλειψη διαθεσιμότητας κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Η απουσία σαφών, επίσημων οδηγιών και η έλλειψη θεσμοθετημένου τρόπου και διαδικασίας παραπομπής αποδυναμώνει την ετοιμότητα, την αυτοπεποίθηση και την αποτελεσματικότητα των Μ/Μ, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η ΣΒ είναι εμφανής (Hamberger et al., 2015; Siller et al., 2022). Παράλληλα, αυτή η έλλειψη συνδέεται με αυξημένα επίπεδα αβεβαιότητας, φόβου για λάθος χειρισμούς και αποφυγή για διαχείριση ή φροντίδα με αποτέλεσμα να υπονομεύεται η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι γυναίκες (Baird et al., 2018). Η ύπαρξη σαφών διαδικασιών και οδηγιών σίγουρα στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής συνεργασίας έχει αποδειχθεί κρίσιμη για τη διευκόλυνση της ενεργού συμμετοχής των Μ/Μ στην πρόληψη και διαχείριση περιστατικών ΣΒ (WHO, 2020; Colombini et al., 2022). Επιπλέον, σε έρευνα των υπήρξε εισήγηση από επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την φροντίδα μητρότητας ακόμα και αν δεν είναι εφικτή η δημιουργία πρωτοκόλλου ώστε να ενσωματωθούν ερωτήσεις που διερευνούν την ύπαρξη IPV, με στόχο τη διευκόλυνση του εντοπισμού και της υποστήριξης των γυναικών που ενδέχεται να υφίστανται βία κατά τη διάρκεια των

προγεννητικών επισκέψεων. να γίνει τροποποίηση των καρτών παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, σε έρευνα (Anguzu *et al.*, 2022) προέκυψε εισήγηση από επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα μητρότητας, σύμφωνα με την οποία, ακόμη και αν δεν είναι εφικτή η δημιουργία επίσημου πρωτοκόλλου, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί τροποποίηση των καρτών παρακολούθησης της εγκυμοσύνης ώστε να ενσωματωθούν ερωτήσεις που διερευνούν την ύπαρξη ΣΒ. Στόχος της παρέμβασης αυτής είναι η διευκόλυνση του εντοπισμού και της υποστήριξης των γυναικών που ενδέχεται να υφίστανται βία κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων και ενημέρωση όλων των επαγγελματιών που μπορεί να εμπλακούν στην φροντίδα της γυναίκας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων/ουσών ανέφερε δυσκολία επικοινωνίας λόγω γλωσσικού φραγμού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μεταναστριών. Το εύρημα αυτό συνάδει με προηγούμενες μελέτες, οι οποίες αναδεικνύουν ότι η γλώσσα, το διαπολιτισμικό χάσμα και η έλλειψη διαπολιτισμικής διαχείρισης συνιστούν σημαντικά εμπόδια στη διερεύνηση της ΣΒ και στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των Μ/Μ και των γυναικών (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Siller *et al.*, 2022). Ως εκ τούτου, οι μετανάστριες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν κοινωνική απομόνωση λόγω γλωσσικών εμποδίων και της γεωγραφικής απομάκρυνσης από την οικογένεια και τους φίλους τους. Οι νεοαφιχθείσες ειδικότερα, μπορεί να μην είναι ενήμερες για τους νόμους και τις πολιτικές σχετικά με τη ΣΒ ή για τις υπηρεσίες που υποστηρίζουν τα θύματα (Sanhueza-Morales *et al.*, 2025).

Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί ότι η έλλειψη διαθέσιμων διερμηνέων, καθώς και η απουσία ενημερωτικού υλικού σε διαφορετικές γλώσσες, περιορίζει τις γυναίκες στην κατανόηση των επιλογών τους και στην πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (WHO, 2013).

Ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι, ενώ οι Μ/Μ γνώριζαν και ανέφεραν με αυτοπεποίθηση την ύπαρξη του ΣΠΑΒΟ ως βασική δομής υποστήριξης στην Κύπρο σε επιζώσες βίας καμία δεν αναφέρθηκε στο γεγονός ότι ο ΣΠΑΒΟ παρέχει βοήθεια και υλικό σε πολλές γλώσσες, κάτι που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την υποστήριξη των γυναικών από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα. Η παράλειψη αυτή ενδέχεται να υποδηλώνει έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τη διαθεσιμότητα των παρεχόμενων

υπηρεσιών και να περιορίζει τις δυνατότητες αξιοποίησης του φορέα για τη διαπολιτισμική φροντίδα.

Πέρα από τα θεσμικά και λειτουργικά ζητήματα, ορισμένοι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι προσωπικές τους εμπειρίες σχετικές με τη βία ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την επαγγελματική τους ανταπόκριση σε τέτοιες περιπτώσεις. Σύμφωνα με τα ποσοτικά δεδομένα, το 34% των συμμετεχόντων/ουσών δήλωσε ότι οι προσωπικές τους εμπειρίες επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν τη διερεύνηση της ΣΒ. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τα ποιοτικά δεδομένα, όπου συμμετέχουσες περιέγραψαν τέτοιες περιπτώσεις ως «δύσκολες», εκφράζοντας ανησυχία, φόβο ή αμφιβολία σχετικά με το πώς να διαχειριστούν τις αποκαλύψεις βίας και αν οι γυναίκες θα αποδέχονταν τελικά τη βοήθειά τους.

Παρόμοια συναισθήματα καταγράφονται και σε άλλες μελέτες, όπου οι Μ/Μ αναφέρουν συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας ή άγχους, ιδιαίτερα όταν δεν αισθάνονται επαρκώς εκπαιδευμένες ή όταν δεν υπάρχει σαφές πλαίσιο υποστήριξης (Eustace et al., 2016; Mauri et al., 2015; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017). Ακόμη και σε χώρες όπου η διερεύνηση της ΣΒ έχει ενσωματωθεί επίσημα στην κλινική πρακτική, οι Μ/Μ συχνά διστάζουν να ρωτήσουν με ανοικτού τύπου ερωτήσεις ή δεν νιώθουν σιγουριά για τον ρόλο τους (Siller et al., 2022). Η αποτυχία δημιουργίας ενός ασφαλούς, εμπιστευτικού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος μπορεί να περιορίσει τη φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες και να έρχεται σε αντίθεση με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ, οι οποίες επισημαίνουν την ανάγκη για φροντίδα με επίκεντρο τη γυναίκα, που να ενισχύει την αυτο-αποτελεσματικότητα και να διασφαλίζει μια θετική εμπειρία τοκετού (WHO, 2016).

Στην Κύπρο, αυτή η πρόκληση εντείνεται από το γεγονός ότι η διερεύνηση της ΣΒ δεν είναι θεσμικά ενσωματωμένη στην καθημερινή πρακτική, και οι Μ/Μ που ασχολούνται με τέτοιες περιπτώσεις το πράττουν με προσωπική πρωτοβουλία, συχνά χωρίς την απαραίτητη εκπαίδευση ή πρόσβαση σε δομημένα εργαλεία παρέμβασης, μια πραγματικότητα που καταγράφεται και σε άλλες χώρες (Baird et al., 2018; Henriksen et al., 2017). Παράλληλα, οι γυναίκες που αποφασίζουν να αποκαλύψουν εμπειρίες βίας δεν αναζητούν απλώς κάποιον να τις ακούσει, αλλά προσδοκούν την ύπαρξη ουσιαστικής γνώσης για τις διαδρομές παραπομπής, καθώς και πρακτικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας. Η αποκάλυψη αυτή γίνεται συχνά με την προσδοκία για άμεση

βοήθεια, όπως τεκμηριώνεται και από μελέτες που εξετάζουν την εμπειρία των θυμάτων (Tarzia et al., 2020).

Η Mezey (2003) έχει επισημάνει ότι οι προσωπικές εμπειρίες βίας των επαγγελματιών υγείας μπορεί να λειτουργούν ως παράγοντας συναισθηματικής αποστασιοποίησης ή υπερπροστατευτικότητας, επηρεάζοντας άμεσα την ικανότητα, την αυτοπεποίθηση και την ποιότητα της επαγγελματικής ανταπόκρισης σε περιστατικά ΣΒ. Επομένως, η ψυχολογική στήριξη και εποπτεία των Μ/Μ είναι κρίσιμη, τόσο για την προστασία των ίδιων, όσο και για τη διασφάλιση μιας συνεπούς, ευαίσθητης και τεκμηριωμένης φροντίδας προς τις γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Ένα εμπόδιο που δεν αναδείχθηκε από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες στην παρούσα μελέτη, αλλά έχει καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, αφορά την έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, σε μια ποσοτική μελέτη των Martins et al., (2023) που εξέτασε τις τρέχουσες πρακτικές αναφορικά με τη διαχείριση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη και την περίοδο μετά τον τοκετό, αναδείχθηκε ως σημαντικό εμπόδιο η ανεπάρκεια στρατηγικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων από πλευράς επαγγελματιών.

Αντιθέτως, στην παρούσα μελέτη το ζήτημα αυτό δεν τέθηκε καθόλου από τις συμμετέχουσες/όντες, γεγονός που εγείρει προβληματισμό. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με πολιτισμική ευαισθησία, είναι καθοριστικής σημασίας για την παροχή ασφαλούς και υποστηρικτικής φροντίδας στις γυναίκες που βιώνουν βία. Η ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης μπορεί να βοηθήσει τις/τους Μ/Μ να υπερβούν πολιτισμικούς και γλωσσικούς φραγμούς, διευκολύνοντας τη συζήτηση γύρω από ένα τόσο ευαίσθητο θέμα όπως η ΣΒ (Garnweidner-Holme et al., 2017b).

Η απουσία αναφοράς σε αυτό το εμπόδιο από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ενδέχεται να υποδηλώνει ότι οι Μ/Μ δεν αναγνωρίζουν την ανάγκη για βελτίωση στον τομέα αυτό, είτε επειδή βασίζονται σε προϋπάρχουσες, άτυπες μεθόδους επικοινωνίας που θεωρούν επαρκείς, είτε επειδή υπάρχει υψηλό αίσθημα αυτοπεποίθησης όσον αφορά την ικανότητά τους να προσεγγίζουν με ευαισθησία τέτοια περιστατικά στην καθημερινή τους πρακτική.

Ζητήματα που σχετίζονται με τις υλικοτεχνικές υποδομές και τους διαθέσιμους χώρους φροντίδας για εγκύους που βιώνουν συζυγική βία έχουν επισημανθεί και σε άλλες μελέτες

(Martins *et al.*, 2023; Musa-Maliki and Duma, 2024). Συγκεκριμένα, η έλλειψη ιδιωτικών και κατάλληλα διαμορφωμένων χώρων συνομιλίας στα νοσοκομεία και στις προγεννητικές κλινικές αναγνωρίζεται ως σοβαρό εμπόδιο για την παροχή ασφαλούς και εμπιστευτικής επικοινωνίας μεταξύ των Μ/Μ και των γυναικών. Η αδυναμία διασφάλισης ενός προστατευμένου περιβάλλοντος ενδέχεται να λειτουργεί αποτρεπτικά για την αποκάλυψη περιστατικών βίας και να μειώνει την πιθανότητα αναζήτησης υποστήριξης, αυξάνοντας τελικά τον κίνδυνο επανάληψης ή ενίσχυσης της θυματοποίησης εντός του συστήματος υγείας (Baird *et al.*, 2018).

7.4 Ανάγκες Μ/Μ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε με σαφήνεια ότι οι Μ/Μ αντιμετωπίζουν πολλαπλές και πολυεπίπεδες ανάγκες προκειμένου να ανταποκριθούν ουσιαστικά και αποτελεσματικά στον ρόλο τους στη διερεύνηση, αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Οι ανάγκες αυτές δεν περιορίζονται μόνο σε γνώσεις θεωρητικού περιεχομένου, αλλά επεκτείνονται σε πρακτικές δεξιότητες, επικοινωνιακές ικανότητες, και στην ανάπτυξη κριτικής ευαισθησίας απέναντι σε ζητήματα φύλου, εξουσίας και ανισοτήτων (Garnweidner-Holme *et al.*, 2017).

Κυρίαρχο και επαναλαμβανόμενο εύρημα που αναδείχθηκε τόσο από την ανάλυση των ποσοτικών όσο και από την ερμηνεία των ποιοτικών δεδομένων, αποτελεί η ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης και της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης των Μ/Μ σε θέματα που αφορούν τη ΣΒ. Η εκπαιδευτική αυτή ενίσχυση θα πρέπει να είναι δομημένη, συστηματική και προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της περιγεννητικής φροντίδας.

Το εύρημα αυτό συνάδει με τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών και τεκμηριώνεται σταθερά στη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία επισημαίνει ότι η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης περιορίζει σημαντικά την ικανότητα των Μ/Μ να εντοπίζουν, να υποστηρίζουν και να παραπέμπουν αποτελεσματικά τις γυναίκες που βιώνουν βία κατά την εγκυμοσύνη (Mauri *et al.*, 2015; Garnweidner-Holme *et al.*, 2017).

Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη θεωρητική κατανόηση των διαφόρων μορφών βίας και των ενδείξεων που παρουσιάζουν οι γυναίκες αλλά και την

ανάπτυξη πρακτικών δεξιοτήτων όπως η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και οι τεχνικές διεξαγωγής υποστηρικτικών συνομιλιών (Schrubbe *et al.*, 2023). Εξίσου σημαντική είναι η ενημέρωση για την ασφαλή διαχείριση κινδύνου, τόσο για την ασφάλεια της επιζώσας όσο και του ίδιου του επαγγελματία ή της ομάδας, καθώς και τη πρόληψη της δευτερογενούς θυματοποίησης (Siller *et al.*, 2022).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη οι Μ/Μ ανέφεραν την ανάγκη για σαφή πρωτόκολλα, κατευθυντήριες οδηγίες και εργαλεία, τα οποία κρίνονται απαραίτητα για την εξασφάλιση συνέπειας και ασφάλειας στην κλινική πρακτική. Η απουσία θεσμικής καθοδήγησης αναγκάζει τις/τους Μ/Μ να βασίζονται στις προσωπικές τους γνώσεις και εμπειρίες, γεγονός που μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεών τους και να αυξήσει την επαγγελματική αβεβαιότητα (Anguzu *et al.*, 2022).

Ωστόσο, η ανάπτυξη ενός κλινικού πρωτοκόλλου ή σύστασης αποτελεί μια πολυεπίπεδη διαδικασία, η οποία στοχεύει στην παροχή σαφούς καθοδήγησης στους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της συνέπειας της παρεχόμενης φροντίδας (Anguzu *et al.*, 2022). Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει τον καθορισμό του σκοπού και του πεδίου εφαρμογής του πρωτοκόλλου ή εργαλείου. Είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ποιο κλινικό πρόβλημα ή ποια ανάγκη επιχειρείται να καλυφθεί, ποιος είναι ο πληθυσμός-στόχος και σε ποιο πλαίσιο θα εφαρμοστεί (όπως σε νοσοκομεία ή στην κοινότητα).

Λόγω της χαμηλής εγκυρότητας ορισμένων εργαλείων ανίχνευσης ΣΒ κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι εργαλεία ανίχνευσης που βασίζονται σε μία μόνο ερώτηση μπορεί να είναι επαρκή έγκυρα για την ανάδειξη ιστορικού τραύματος από τους επαγγελματίες υγείας και αξιόπιστα στη μέτρηση της ΣΒ σε διάφορους πληθυσμούς και πολιτισμικά περιβάλλοντα (Chapman and Gillespie, 2019)

Στο πεδίο της πολιτισμικής επάρκειας, παρά το γεγονός ότι το προφίλ των γυναικών που λαμβάνουν υπηρεσίες είναι πλέον έντονα πολυπολιτισμικό, οι συμμετέχουσες Μ/Μ δεν αναφέρθηκαν ρητά σε ζητήματα που αφορούν πολιτισμικές προκαταλήψεις ή εμπόδια στην αποκάλυψη της βίας. Συγκεκριμένα, σε αρκετά πολιτισμικά πλαίσια η βία αντιμετωπίζεται όχι ως κοινωνικό πρόβλημα, αλλά ως εσωτερική οικογενειακή υπόθεση, η οποία καλείται να επιλυθεί εντός των ορίων της ιδιωτικής σφαίρας. Παράλληλα, η αναφορά τέτοιων περιστατικών συχνά συνοδεύεται από συναισθήματα ντροπής, φόβου

στιγματισμού ή κοινωνικού αποκλεισμού, με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να σιωπούν προκειμένου να προστατεύσουν την τιμή της οικογένειας ή τη δική τους θέση εντός της κοινότητας (Peters et al., 2022). Επαγγελματίες υγείας με πολιτισμική επάρκεια θα μπορούσαν να αποτελέσουν σημαντική πηγή υποστήριξης για οικογένειες με πολιτισμική ποικιλομορφία, ενώ η έλλειψή του έχει συσχετιστεί με άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και με αντίστοιχα προβλήματα στην έκβαση της υγείας τους (Pokharel et al., 2023). Η απουσία σχετικής αναφοράς μπορεί να αντανάκλα είτε έλλειψη εκπαίδευσης είτε περιορισμένη έκθεση των Μ/Μ στη διαπολιτισμική διαχείριση της ΣΒ, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης της πολιτισμικά ευαίσθητης εκπαίδευσης (Garnweidner-Holme et al., 2017b).

7.5 Δυνατά σημεία και περιορισμοί

Το βασικό πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι παρείχε μια μοναδική ευκαιρία σε σημαντικό αριθμό Μ/Μ της Κύπρου να συμμετάσχουν σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη, ένα θέμα το οποίο, μέχρι σήμερα, δεν είχε εμπλουτιστεί στη εκπαίδευση ή στην επαγγελματική τους επιμόρφωση. Η παρέμβαση ήρθε να καλύψει ένα σαφές και αναγνωρισμένο εκπαιδευτικό κενό, ενισχύοντας τις γνώσεις, την ετοιμότητα και την κριτική επίγνωση των συμμετεχουσών/όντων στον τομέα της αναγνώρισης, διαχείρισης και παραπομπής περιστατικών ΣΒ. Επιπλέον, η μελέτη υιοθέτησε ένα μικτό μεθοδολογικό σχεδιασμό που συνέβαλε ουσιαστικά στην τριγωνοποίηση των ευρημάτων, ενισχύοντας την εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Η συμμετοχή Μ/Μ από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής φροντίδας συνέβαλε στην ενίσχυση της πολυμορφίας των εμπειριών και αντιλήψεων που καταγράφηκαν, γεγονός που καθιστά τα ευρήματα πλούσια και χρήσιμα για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών αλλά και για την προσαρμογή μελλοντικών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε διαφορετικά πλαίσια.

Ωστόσο, η μελέτη συνοδεύεται και από ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Παρά την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό

συμμετεχουσών/όντων δεν συμπλήρωσε το μετα-παρεμβατικό ερωτηματολόγιο. Η απώλεια αυτή επηρεάζει την πληρότητα και ενδεχομένως την αντιπροσωπευτικότητα των ποσοτικών δεδομένων, περιορίζοντας την ισχύ των συμπερασμάτων. Επιπρόσθετα, ο σχετικά περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων, σε συνδυασμό με τον γεωγραφικό περιορισμό της μελέτης στην Κυπριακή επικράτεια, δυσχεραίνει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Ένας ακόμα σημαντικός περιορισμός αφορά το χρονικό πλαίσιο συλλογής των μετα-παρεμβατικών δεδομένων: το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μόλις δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής παρέμβασης. Αυτή η σύντομη χρονική απόσταση πιθανόν να μην επαρκεί για την καταγραφή της μακροπρόθεσμης διατήρησης της γνώσης ή των ουσιαστικών αλλαγών στην επαγγελματική πρακτική. Οι θετικές μεταβολές που καταγράφηκαν στο επίπεδο γνώσεων ή στάσεων ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν την άμεση επίδραση της εκπαιδευτικής εμπειρίας και όχι απαραίτητα σταθερές, βιώσιμες αλλαγές στη συμπεριφορά ή στη φροντίδα των γυναικών.

Η εξ αποστάσεως διεξαγωγή του εκπαιδευτικού προγράμματος, αν και αναγκαία λόγω των περιορισμών της πανδημίας COVID-19 το 2021, παρότι προσέφερε ευελιξία και αυξημένη προσβασιμότητα, περιόρισε ταυτόχρονα τη δυνατότητα άμεσης αλληλεπίδρασης, βιωματικής μάθησης και πρακτικής εξάσκησης. Η απουσία των στοιχείων μπορεί να επηρέασε αρνητικά τη δέσμευση και την εμβάθυνση στη θεματική, καθώς η δια ζώσης εκπαίδευση συχνά ενισχύει την ενεργή συμμετοχή, την κατανόηση και την εφαρμογή των γνώσεων στην πράξη.

Ένας επιπλέον περιορισμός εντοπίζεται στο γεγονός ότι μόνο μία μαία αναφέρθηκε ρητά σε εμπειρίες από την κοινότητα, γεγονός που περιορίζει την πολυφωνία και την εκπροσώπηση διαφορετικών επαγγελματικών πλαισίων. Επιπλέον, η διεξαγωγή μίας από τις ομάδες εστίασης σε νοσοκομειακό περιβάλλον ενδέχεται να περιόρισε την ελευθερία έκφρασης των συμμετεχουσών, λόγω της δυναμικής του χώρου και των υφιστάμενων επαγγελματικών ιεραρχιών.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η μελέτη παρουσιάζει σημαντική ερευνητική προστιθέμενη αξία. Τα ποιοτικά δεδομένα ανέδειξαν πολύτιμες μαρτυρίες που προσφέρουν σημαντικές ενδείξεις για τις αντιλήψεις, τις προκλήσεις και τις

εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ΣΒ. Επιπλέον, τα ποσοτικά ευρήματα, επιβεβαιώνουν σημαντικές τάσεις και συμβάλλουν στη σκιαγράφηση του άμεσου αντίκτυπου της εκπαιδευτικής παρέμβασης.

Για την ενίσχυση της αξιοπιστίας και της βιωσιμότητας αντίστοιχων παρεμβάσεων στο μέλλον, κρίνεται απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθηση της επίδρασης στην επαγγελματική πρακτική, καθώς και η συγκριτική αξιολόγηση διαφορετικών μορφών εκπαίδευσης (εξ αποστάσεως vs δια ζώσης).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα /Εισηγήσεις

Το διαδικτυακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOIPV συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση των γνώσεων και της ετοιμότητας των Μ/Μ σχετικά με τη διερεύνηση και διαχείριση περιστατικών ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη. Παρά την ύπαρξη θεσμικών και πρακτικών εμποδίων, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι στα μαιευτικά ιδρύματα της Κύπρου υπάρχει ένα πλαίσιο υποστήριξης που μπορεί να αξιοποιηθεί και να ενισχυθεί, ώστε να διευκολύνεται η αναγνώριση της ΣΒ και η παροχή κατάλληλης φροντίδας στις γυναίκες που την έχουν βιώσει.

Ωστόσο, για να διασφαλιστεί η διατήρηση και εφαρμογή των αποκτηθέντων γνώσεων και δεξιοτήτων στην κλινική πρακτική, είναι αναγκαία η περαιτέρω μελέτη ως προς την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Παράλληλα, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για ανάπτυξη διεπιστημονικών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα απευθύνονται όχι μόνο σε Μ/Μ αλλά και σε γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική προσέγγιση θα μπορούσε να βελτιώσει τη συνολική διαχείριση περιστατικών ΣΒ εντός των μαιευτικών δομών, ενισχύοντας τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών και προάγοντας μια πιο αποτελεσματική και ευαίσθητοποιημένη ανταπόκριση στις ανάγκες των γυναικών.

Η θεσμοθέτηση παρόμοιων παρεμβάσεων ως μέρος της συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και η ένταξή τους στην Εθνική Στρατηγική για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών θα μπορούσε να ενισχύσει σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης μαιευτικής και περιγεννητικής φροντίδας.

Η συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη συνιστά ένα κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας, με τεκμηριωμένες αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, όσο και στην ανάπτυξη, υγεία και ευημερία του εμβρύου. Η κατάλληλη εκπαίδευση των Μ/Μ αναφορικά με τη ΣΒ αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής, ασφαλούς και ευαίσθητοποιημένης μαιευτικής φροντίδας.

Ωστόσο, παρά τη βαρύτητα του φαινομένου, η ΣΒ εξακολουθεί να μην κατέχει ουσιαστική θέση στα υφιστάμενα προγράμματα εκπαίδευσης στη μαιευτική, τόσο σε

επίπεδο βασικών σπουδών όσο και συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Η απουσία της από τον κεντρικό πυρήνα της διδακτέας ύλης περιορίζει την ικανότητα των Μ/Μ να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες αναγνώρισης, διαχείρισης και υποστήριξης των γυναικών που υφίστανται ΣΒ.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η εκπαίδευση, αν και καθοριστική, δεν επαρκεί από μόνη της. Απαιτείται η υιοθέτηση παράλληλων θεσμικών, οργανωτικών και πολιτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα συμβάλουν στη διαμόρφωση ενός ευρύτερου πλαισίου πρόληψης και διαχείρισης της ΣΒ, καθιστώντας την προτεραιότητα του συστήματος υγείας σε διαρκή και ουσιαστική βάση.

Αν και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOIPV ήταν σύντομης διάρκειας, κατέδειξε θετικό αντίκτυπο στη γνώση και στην αντιληπτή ετοιμότητα των Μ/Μ σχετικά με τη διερεύνηση περιστατικών ΣΒ στην εγκυμοσύνη. Παρ' όλα αυτά, δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη μεταβολή στις στάσεις των συμμετεχόντων/ουσων, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για αναθεώρηση και εμπλουτισμό του περιεχομένου του προγράμματος.

Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η ενσωμάτωση θεματικών όπως: πολιτισμική επάρκεια και διαπολιτισμική ευαισθησία, ενσυναίσθηση και δεξιότητες επικοινωνίας, αντιμετώπιση προκαταλήψεων και στερεοτύπων γύρω από τη ΣΒ, προώθηση της ολιστικής και διεπιστημονικής φροντίδας για τις επιζώσες.

Συμπερασματικά, η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση σε περιστατικά ΣΒ μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις τόσο για την υγεία της εγκύου όσο και για την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού. Η ενίσχυση των μεθόδων ανίχνευσης, η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η ευαισθητοποίησή τους στο ζήτημα της ΣΒ αποτελούν βασικούς πυλώνες για τη διαμόρφωση ενός ασφαλέστερου και πιο υποστηρικτικού πλαισίου παροχής φροντίδας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν σημαντικές προτάσεις σε επίπεδο πολιτικής υγείας, εκπαιδευτικού σχεδιασμού και μελλοντικής μελέτης, με στόχο την ενδυνάμωση του ρόλου της μαιάς και τη βελτίωση της φροντίδας για τις γυναίκες που βιώνουν συντροφική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

8.1 Εφαρμογές στην εκπαίδευση

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η διδασκαλία του θέματος της συντροφικής βίας κατά την εγκυμοσύνη απουσιάζει από την μαιευτική εκπαίδευση και δεν εμπλουτίζεται επαρκώς. Ως αποτέλεσμα, οι Μ/Μ δηλώνουν ανέτοιμοι στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών κατά την άσκηση της μαιευτικής. Η έλλειψη εκπαίδευσης οδηγεί σε αβεβαιότητα, δυσκολία στην αναγνώριση περιστατικών συντροφικής βίας και περιορισμένη ικανότητα παροχής υποστήριξης στις γυναίκες που την υφίστανται.

Η μελέτη αναδεικνύει τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, όπως η διάρκεια, η εκπαιδευτική μέθοδος και το περιεχόμενο αυτών. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο θεωρητική γνώση για τη συντροφική βία αλλά και πρακτική εξάσκηση μέσω προσομοιώσεων, κλινικών περιστατικών και βιωματικών εργαστηρίων. Επιπλέον, η διεπιστημονική συνεργασία με άλλους επαγγελματίες μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης και να εξασφαλίσει μια ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της συντροφικής βίας.

Τα στοιχεία αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν τόσο για τον εμπλουτισμό της εκπαίδευσης των φοιτητών/φοιτητριών Μαιευτικής όσο και για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών Μ/Μ. Είναι σημαντικό να ενσωματωθούν στα προγράμματα σπουδών ειδικές ενότητες σχετικά με τις επιπτώσεις της ΣΒ στη μητρική και νεογνική υγεία, τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης, καθώς και στρατηγικές παρέμβασης που διασφαλίζουν την ασφάλεια των γυναικών.

Αυτή η μελέτη μπορεί να λειτουργήσει ως κίνητρο για την περαιτέρω εξέλιξη της εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο ζήτημα, εμπλέκοντας όλους τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην περιγεννητική φροντίδα. Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση και ανανέωση της γνώσης των επαγγελματιών, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά περιστατικά βίας.

Ο απώτερος στόχος είναι η αναβάθμιση του εκπαιδευτικού προγράμματος που θα παρέχει εκπαίδευση τόσο ως προς τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις όσο και ως προς την ολοκληρωμένη φροντίδα των γυναικών που βιώνουν συντροφική βία κατά την εγκυμοσύνη.

8.2 Εφαρμογές στην έρευνα

Αυτή η μελέτη μπορεί να αποτελέσει αφετηρία για μελλοντικές μελέτες, με πρωταρχικό στόχο τη διερεύνηση του πραγματικού επιπολασμού της συντροφικής βίας σε πληθυσμό εγκύων στην Κύπρο. Οι ποιοτικές αναφορές των Μ/Μ επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του προβλήματος στα κυπριακά μαιευτήρια, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για ποσοτική και συστηματική καταγραφή των περιστατικών. Η Κοινοτική Μαιευτική και ο τρόπος που εφαρμόζεται στο πλαίσιο του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ), μέσω της συμβουλευτικής που παρέχεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί ίσως να αποτελέσει την πρώτη ευκαιρία για την πρώτη συστηματική διερεύνηση του πραγματικού επιπολασμού του προβλήματος στην Κύπρο μετά από την στοχευμένη εκπαίδευση κοινοτικών Μ/Μ.

Ο απώτερος στόχος είναι η ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, οι οποίες θα βασίζονται σε τεκμηριωμένα δεδομένα, λαμβάνοντας υπόψη το γεωγραφικό πλαίσιο της Κύπρου καθώς και τους κοινοτικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την εμφάνιση όσο και τη διαχείριση της ΣΒ κατά την εγκυμοσύνη.

Είναι σαφές ότι απαιτείται περαιτέρω μελέτη σχετικά με τον τρόπο ενσωμάτωσης της διερεύνησης της συντροφικής βίας στις μαιευτικές υπηρεσίες. Χρειάζεται σε βάθος μελέτη των ήδη υπάρχοντων μεθόδων και εργαλείων που καταγράφονται στη βιβλιογραφία, ώστε να εντοπιστεί η πλέον κατάλληλη προσέγγιση για το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου και τις υπηρεσίες φροντίδας μητρότητας.

Η εφαρμογή ενός τέτοιου μηχανισμού ανίχνευσης πρέπει να συνδέεται με σαφώς καθορισμένες, τυποποιημένες και στελεχωμένες διαδικασίες για τη διαχείριση και παραπομπή των θυμάτων, διασφαλίζοντας ότι οι γυναίκες που αποκαλύπτουν ότι βιώνουν ΣΒ θα λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη και φροντίδα όχι μόνο κατά την εγκυμοσύνη, αλλά και μετέπειτα στη ζωή τους, με ασφάλεια και συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών.

Επιπλέον, είναι απαραίτητο να διερευνηθούν τρόποι διασύνδεσης των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, με σκοπό τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου υποστήριξης, που θα περιλαμβάνει μαιευτικές κλινικές, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ένα τέτοιο δίκτυο δεν θα προστατεύει τις γυναίκες μόνο κατά την εγκυμοσύνη, αλλά θα επεκτείνει τη φροντίδα και στη λοχεία, προσφέροντας διαχρονική υποστήριξη στις επιζώσες της συντροφικής βίας.

Η ανάπτυξη διεπιστημονικών πρωτοκόλλων συνεργασίας μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική ανίχνευση, παρέμβαση και προστασία των θυμάτων συντροφικής βίας, βελτιώνοντας έτσι τη συνολική ποιότητα της περιγεννητικής φροντίδας.

Επιπλέον, η επανάληψη και ο εμπλουτισμός του εκπαιδευτικού προγράμματος, μέσω της ενεργής συμμετοχής περισσότερων επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται κλινικά με την εγκυμοσύνη, όπως γυναικολόγοι-μαιευτήρες, παιδίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι, μπορεί να συμβάλει σε μια πολύπλευρη προσέγγιση της περίθαλψης των εγκύων που βιώνουν συντροφική βία.

Αυτή η διεπιστημονική συνεργασία θα επιτρέψει την ανάδειξη διαφορετικών διαστάσεων αναφορικά με την πολυπλοκότητα της φροντίδας που απαιτείται σε αυτές τις περιπτώσεις.

Επιπλέον, θα επιτρέψει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, προσφέροντας πιο ακριβή και στατιστικά έγκυρα αποτελέσματα.

8.3 Εφαρμογές σε πολιτικές υγείας

Τα ποσοτικά και ποιοτικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν σημαντικά κενά στις υποδομές και τις πρακτικές των χώρων παροχής μαιευτικής φροντίδας στην Κύπρο, ιδίως σε ό,τι αφορά τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας των γυναικών που ενδέχεται να επιθυμούν να αναφέρουν περιστατικά ΣΒ.

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη κατάλληλων, ιδιωτικών χώρων αποτελεί έναν από τους κύριους ανασταλτικούς παράγοντες για την αποκάλυψη εμπειριών βίας από τις εγκύους. Η παρουσία των γυναικών σε κοινόχρηστους ή πολυσύχναστους χώρους εντός των δομών υγείας περιορίζει σημαντικά την αίσθηση ασφάλειας και εμπιστευτικότητας, αποθαρρύνοντας τόσο την αναφορά περιστατικών όσο και την αναζήτηση υποστήριξης. Αυτή η έλλειψη διακριτικότητας επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες που έχουν ήδη αποκαλύψει περιστατικά ΣΒ ή που αναζητούν φροντίδα.

Η αναβάθμιση των υποδομών και η δημιουργία εξειδικευμένων, ιδιωτικών χώρων εντός των μαιευτικών μονάδων θα μπορούσε να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της πρόσβασης των γυναικών σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Παράλληλα, μια τέτοια αλλαγή θα ενίσχυε τη δυνατότητα ανίχνευσης από Μ/Μ και παρέμβασης τόσο στον δημόσιο όσο

και στον ιδιωτικό τομέα, όπου παρατηρείται σημαντικός περιορισμός του προγεννητικού ρόλου των επαγγελματιών αυτών.

Ένα ακόμα κρίσιμο ζήτημα αφορά την παρουσία του συντρόφου σε όλες τις προγεννητικές συναντήσεις, η οποία ενδέχεται να παρεμποδίζει τη διαδικασία διερεύνησης περιστατικών ΣΒ. Σε πολλές περιπτώσεις, η συνεχής παρουσία του συζύγου ή συντρόφου μπορεί να λειτουργήσει αποτρεπτικά για τη γυναίκα, καθώς μειώνει την πιθανότητα να αποκαλύψει με ειλικρίνεια την κατάσταση που βιώνει. Για τον λόγο αυτό, προτείνεται η καθιέρωση τουλάχιστον μίας προγεννητικής συνάντησης της εγκύου με το μαιευτικό προσωπικό χωρίς την παρουσία του συντρόφου, ώστε να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα και να διευκολυνθεί η ανοιχτή συζήτηση για πιθανά περιστατικά βίας.

Επιπλέον, η παρουσία εκπαιδευμένων μεταφραστών σε θέματα βίας και ιδιωτικότητας θα μπορούσε να ενισχύσει την πρόσβαση στη φροντίδα και τη στήριξη για γυναίκες με γλωσσικά εμπόδια. Η χρήση επαγγελματιών μεταφραστών με εξειδίκευση στη διαχείριση τέτοιων ευαίσθητων ζητημάτων είναι απαραίτητη, καθώς η απλή παρουσία ενός γενικού μεταφραστή ή συγγενικού προσώπου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αίσθηση ασφάλειας και ελευθερίας της εγκύου.

Εξίσου σημαντική είναι η ανάγκη καθιέρωσης ενός ενιαίου πρωτοκόλλου διαχείρισης περιστατικών συντροφικής βίας σε όλες τις μαιευτικές μονάδες, το οποίο θα περιλαμβάνει σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και τη διαχείριση τέτοιων περιπτώσεων. Το πρωτόκολλο αυτό θα πρέπει να καθορίζει συγκεκριμένες διαδικασίες για τη διεξαγωγή ιδιωτικών συναντήσεων, τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας, την εμπλοκή εξειδικευμένων επαγγελματιών και τη διασύνδεση με υποστηρικτικές δομές. Η εφαρμογή ενός κοινού πρωτοκόλλου διαχείρισης θα εξασφαλίσει ομοιομορφία στις πρακτικές φροντίδας και υποστήριξης, μειώνοντας τις πιθανότητες παράλειψης ή πλημμελούς διαχείρισης περιστατικών ΣΒ.

Παράλληλα, η ενσωμάτωση διεπιστημονικών ομάδων στα μαιευτήρια, που να περιλαμβάνουν Μ/Μ, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, καθώς και εκπροσώπους της αστυνομίας και της εισαγγελίας, κρίνεται απολύτως αναγκαία για τη συνολική διαχείριση περιστατικών ΣΒ. Οι Μ/Μ, ως επαγγελματίες που βρίσκονται σε άμεση επαφή με τις εγκύους, θα πρέπει να συνεργάζονται στενά με κοινωνικούς

λειτουργούς για την παροχή κοινωνικής υποστήριξης και τη διασύνδεση των θυμάτων με εξειδικευμένες υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, η παρουσία ψυχολόγων μέσα στις μαιευτικές δομές, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, είναι απαραίτητη για τη διαχείριση των ψυχολογικών επιπτώσεων της βίας και την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των εγκύων. Η ύπαρξη τέτοιων ομάδων θα διασφαλίσει ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν ΣΒ θα λαμβάνουν ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα, η οποία να καλύπτει όλες τους τις ανάγκες.

Αναγκαία είναι επίσης η διεύρυνση της διεπιστημονικής συνεργασίας Μ/Μ και ιατρών με τις αρμόδιες αρχές, όπως η αστυνομία και η εισαγγελία, με στόχο τη βελτίωση του εντοπισμού, της αξιολόγησης και της διαχείρισης του φαινομένου. Στο ίδιο πλαίσιο, θα πρέπει να εξεταστούν πιθανά μέτρα και νομοθετικές ρυθμίσεις που θα θεσμοθετούν την υποχρεωτική εφαρμογή ενιαίων πρωτοκόλλων, θα καθιερώνουν σαφείς διαδικασίες παραπομπής και συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών, και θα διασφαλίζουν την προστασία των θυμάτων μέσα από συγκεκριμένες εγγυήσεις εμπιστευτικότητας και ασφάλειας.

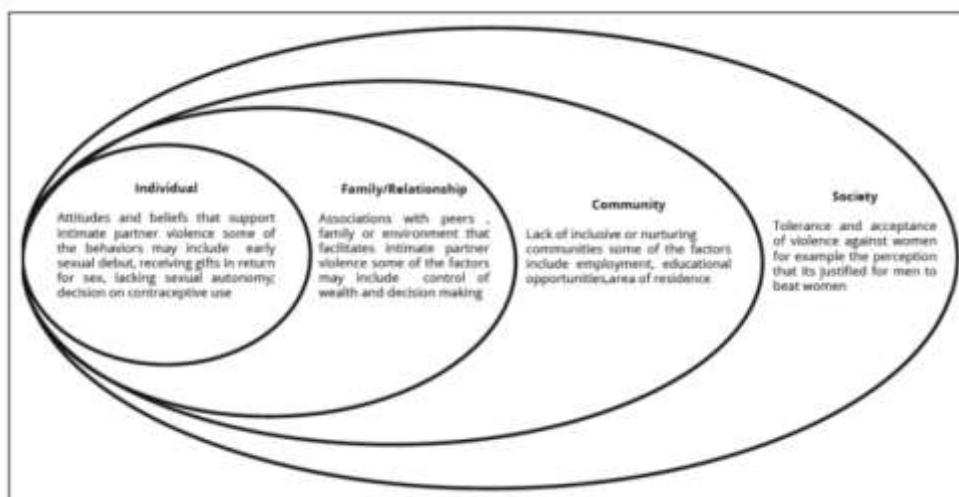
Τέλος, η καταγραφή των αναφορών περιστατικών ΣΒ πρέπει να γίνεται με αυστηρή τήρηση των αρχών εμπιστευτικότητας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των γυναικών. Είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστεί ότι κάθε πληροφορία διαχειρίζεται με απόλυτο σεβασμό προς την αξιοπρέπεια και την ασφάλεια των θυμάτων, αποτρέποντας τον κίνδυνο περαιτέρω έκθεσης ή στιγματισμού.

Οι ανωτέρω παρεμβάσεις αποτελούν κρίσιμα βήματα για τη βελτίωση των πολιτικών υγείας, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της πρόσβασης των γυναικών σε ασφαλείς, διακριτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ



Διάγραμμα 2. Στατιστικά ΣΠΑΒΟ 2020



Διάγραμμα 5. Κοινωνικό-οικολογικό μοντέλο της Heise για την κατανόηση της βίας



**Διαδικτυακό Εκπαιδευτικό
Πρόγραμμα σε Μαίες/Μαιευτές
για τη Συντροφική βία στη
εγκυμοσύνη**

15:00- 15:45 : Εισαγωγή στο Εκπαιδευτικό και Ερευνητικό
Πρόγραμμα STOP IPV.
Συντροφική Βία, Βία στην Οικογένεια.
Εθνική Πολιτική και Δεδομένα.
Σουζάνα Παύλου, Εμμανουέλα Μανώλη

15:45-16:05: Βία Ενάντια στις Γυναίκες: Λόγοι που οι Γυναίκες
Παραμένουν ή Επιστρέφουν σε Βίαιες Σχέσεις.
Συντροφική Βία: Οικογένεια και Παιδιά.
Σουζάνα Παύλου

16:05-16:35: Ο Ρόλος της Μαίας/του Μαιευτή: Οι Περιορισμοί και τα
Όρια του Ρόλου, η Τήρηση Αρχείων και η Διατήρηση της
Ασφάλειας.
Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου

16:35-16:45
Διάλειμμα

16:45-17:00: Ο ρόλος των προγραμμάτων του ΣΠΑΒΟ στη
συντροφική Βία : Διαχείριση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας
που εγκυμονούσαν.
Επιστημονική Διευθύντρια ΣΠΑΒΟ- **Δρ. Άντρη Ανδρονίκου**

17:00-17:15: Συνεργασία με άλλους Οργανισμούς και η Σημασία της
Αστυνομία Κύπρου - **Κα. Έυη Νικολάου**

17:15-18:30: Εκπαιδευτικά Σεμινάρια.
Δρ. Μαρία Καρανικόλα

18:30-19:00: Συζήτηση, Οδηγίες για ερωτηματολόγιο 2.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 ΙΟΥΛΙΟΥ 2021
15.00-19.00

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΕΣ: WWW.STOPIPV.COM.CY
ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΠΑΣΥΝΜ ΜΕ ΔΜΣΙΝΕ

Διάγραμμα 6. Πρόγραμμα εκπαιδευτικού προγράμματος

Πίνακες αξιολόγησης της μεθοδολογίας ποιότητας των εργαλείων για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δεδομένων

Πίνακας 19 Quality assessment for the included Cross-sectional studies and Before-After (Pre-Post) Studies - NIH Quality Assessment

	Scale Items															
First Author et al., Year	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total Score	Quality Rating
Torres-Vitolas, Bacchus and Aston, 2010	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	8/14	Fair
Jayatileke et al., 2015	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	/	/	12/12	Good
K. M. Baird et al., 2018	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	/	/	12/12	Good
Yilmaz, 2018	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	/	/	9/12	Good

Πίνακας 20 Quality assessment of the included studies Mixed Method studies-Mix Methods Appraisal Tool (MMAT)

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses								
		First Author et al., Year								
		Baird, Salmon and White, 2013			K. Baird et al., 2018			Smith, Wight and Homer, 2018		
		Yes	No	Can't Tell	Yes	No	Can't Tell	Yes	No	Can't Tell
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions	✓			✓			✓		
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	✓			✓			✓		
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	✓			✓			✓		
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	✓			✓			✓		
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	✓			✓			✓		
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	✓			✓			✓		
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	✓			✓			✓		
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?	✓			✓			✓		
	2.2. Are the groups comparable at baseline?	✓			✓				✓	

	2.3. Are there complete outcome data?				✓			✓	✓	
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?	✓			✓			✓	✓	
	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?	✓			✓			✓		
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?		✓		✓			✓		
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	✓			✓			✓		
	3.3. Are there complete outcome data?	✓			✓				✓	
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?	✓			✓			✓		
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?		✓		✓				✓	
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	✓			✓			✓		
	4.2. Is the sample representative of the target population?	✓			✓				✓	
	4.3. Are the measurements appropriate?	✓			✓			✓		
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	✓			✓			✓		
5. Mixed methods	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	✓			✓			✓		

Πίνακας 21 Quality assessment of the quasi-experimental studies - JBI Critical appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies

	First Author et al., Year							
	Yilmaz,2018				Duchesne et al., 2020			
	Yes	No	Unclear	Not applicable	Yes	No	Unclear	Not applicable
Is it clear in the study what is the cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?					✓			
Were the participants included in any comparisons similar?	✓				✓			
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	✓				✓			
Was there a control group?		✓			✓			
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	✓				✓			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?	✓				✓			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

(α) Πρόσκληση συμμετοχής στο panel of experts



Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικού
προγράμματος – STOP-IPV- σε

#STOPipv

μαίες/μαιευτές, για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη

Στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με τίτλο «Συντροφική βία στην εγκυμοσύνη», η οποία εκπονείται στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, με κύρια ερευνήτρια την κ. Εμμανουέλα Μανώλη, πρόκειται να εφαρμοστεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOP- IPV μαίες/μαιευτές.

Συγκεκριμένα, για την εκπόνηση της διατριβής αυτής, πρόκειται να εφαρμοστεί μικτή μεθοδολογία, με ποσοτικό και ποιοτικό σχεδιασμό. Στο πλαίσιο της ποσοτικής μελέτης θα γίνει αξιολόγηση των γνώσεων, στάσεων και της ετοιμότητας, των μαιών/μαιευτών αναφορικά με περιπτώσεις συντροφικής βίας (ΣΒ), πριν και μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος STOP-IPV προκειμένου να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητά του. Για τον σκοπό αυτό, θα δοθεί ερωτηματολόγιο πριν και μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν αναπτυχθεί από την Dr Baird (Baird et al., 2018) και έχουν μεταφραστεί στα Ελληνικά από την παρούσα ερευνητική ομάδα.

Τα ερωτηματολόγια θα δοθούν σε μαίες/μαιευτές Παγκύπρια. Επίσης, βάσει ποιοτικής μεθοδολογίας

θα διερευνηθούν τα βιώματα των μαιών/μαιευτών από τη συμμετοχή τους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα- STOP-IPV.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι να διερευνηθούν σε μαίες/μαιευτές στην Κύπρο:

1. Οι γνώσεις και οι στάσεις τους για τη ΣΒ στην εγκυμοσύνη.
2. Η ετοιμότητά τους για τη διαχείριση περιπτώσεων ΣΒ στην εγκυμοσύνη και στήριξη των επιβιωσάντων γυναικών.
3. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διερεύνηση για ΣΒ στο χώρο εργασίας.
4. Η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος STOP-IPV αναφορικά με τη ΣΒ

στην εγκυμοσύνη.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOP-IPV δημιουργήθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από την ερευνητική ομάδα της Dr Baird (Baird et al., 2018) στην Αυστραλία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Με την άδεια της Dr Baird το εν λόγω πρόγραμμα πρόκειται να προσαρμοστεί στο πολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου, ώστε να εφαρμοστεί στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα. Επίσης, στο πλαίσιο του ποσοτικού μέρους της μελέτης, προβλέπεται η σύσταση ομάδας ειδικών (Panel of experts) για τη διερεύνηση της καταλληλότητας των ερωτηματολογίων που πρόκειται να χορηγηθούν στους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, η σύσταση ομάδας ειδικών αφορά μια μεθοδολογική διαδικασία κατά την οποία συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, προτού διανεμηθούν στον πληθυσμό στόχο, διανέμονται σε ομάδα εμπειρογνομόνων - στην οποία καλείστε να συμμετάσχετε, με σκοπό την εποικοδομητική ανατροφοδότησή τους για το θέμα υπό μελέτη.

Επομένως, θα ήταν τιμή μας να συμμετάσχετε στην ομάδα ειδικών (Panel of experts) η οποία θα αποτελείται από 5-6 άτομα. Αφού μελετήσετε τα δύο ερωτηματολόγια, θα κληθείτε σε μια ομαδική διαδικτυακή συνάντηση, διάρκειας 60 λεπτών για να παραθέσετε τα σχόλιά σας στα παρακάτω ερωτήματα:

- Πώς αξιολογείτε το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου (δημογραφικά στοιχεία, εργασιακή κουλτούρα σε σχέση με τη συντροφική βία, ετοιμότητα, γνώσεις, στάσεις μαιών) για να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος σε σχέση με τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη;

- Θεωρείτε ότι παραλείπεται κάτι ή κάτι δεν είναι κατάλληλο για τα Κυπριακά δεδομένα/ κουλτούρα;

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Εμμανουέλα Μανώλη

Bsc, Msc (Midwifery), PhD (c), RN, RM

Συμβουλευτική Ομάδα:

Δρ. Χριστιάννα Κούτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα Διδακτορικής διατριβής)

Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Δρ. Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής - Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας

Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

(β) Πρόσκληση ενδιαφέροντος για συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα



#STOPIPV

Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για Μαίες/Μαιευτές για τη Συντροφική Βία στην Εγκυμοσύνη- STOPIPV

Αξιότιμε,

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα STOP-IPV αφορά την συντροφική βία στην εγκυμοσύνη. Δημιουργήθηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από την ερευνητική ομάδα της Dr Baird (Baird et al., 2018) στην Αυστραλία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Με την άδεια της Dr Baird το εν λόγω πρόγραμμα έχει προσαρμοστεί στο πολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου, και αναμένεται να εφαρμοστεί για τη εκπαίδευση Μαιών/Μαιευτών. Το πρόγραμμα ηγείται ομάδα του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Με την παρούσα επιστολή και επειδή ο ρόλος της αστυνομίας στην πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας είναι ουσιαστικός, σας προσκαλούμε να συμμετέχετε στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για να παρουσιάσετε τις υπηρεσίες και το τρόπο δράσης σας. Με αυτό το τρόπο θα μπορούν οι μαίες/μαιευτές να ενημερωθούν για τον ρόλο της αστυνομίας και την ανάπτυξη εποικοδομητικής συνεργασίας σχετικά με περιστατικά βίας (ειδικά κατά την εγκυμοσύνη) στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα γίνει στις **2 Ιουλίου, Παρασκευή 2021**, διαδικτυακά, μέσω της πλατφόρμας ZOOM. Η παρουσίαση σας μπορεί να έχει διάρκεια 15 λεπτών.

Θα ήταν τιμή μας να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Παρακαλώ απαντήστε μας μέχρι τις 18 Ιουνίου για τη πρόθεση σας για συμμετοχή και το όνομα του παρουσιαστή. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο: manolienmanouela@gmail.com ή στο τηλ. 99977108

Με εκτίμηση,

Εμμανουέλα Μανώλη Bsc, Msc (Midwifery), PhD (c), RN, RM

Συμβουλευτική Ομάδα: Δρ. Χριστιάνα Κούτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Δρ. Ελένη Χατζηγεωργίου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Δρ. Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής

(γ) Ερωτηματολόγιο Πριν και Μετά την Εκπαιδευτική Παρέμβαση

Ερωτηματολόγιο Μαιών/Μαιευτών : Αξιολόγηση πριν την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος

Τίτλος μελέτης: **Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού προγράμματος – STOP Intimate Partner Violence σε μαιές/μαιευτές, για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη μέσω μικτής μεθοδολογίας**

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να διασφαλίσουμε ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες σας και θα σας βοηθήσει να αναγνωρίσετε και να διαχειριστείτε τη συντροφική βία (ΣΒ) κατά των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί περίπου 15 λεπτά.

Καταγράψτε την πρώτη, ενστικτώδη απάντησή σας. Μην προσπαθήσετε να σκεφτείτε «πώς πρέπει να είναι» οι απαντήσεις σας. Δεν θα κριθείτε για τις απαντήσεις σας, ούτε θα υπάρξει οποιαδήποτε επίπτωση σε εσάς.

Όλες οι απαντήσεις θα κωδικοποιηθούν με τη χρήση ενός αναγνωριστικού αριθμού προκειμένου να συνδεθούν οι προ της εκπαίδευσης με τις μετά την εκπαίδευση απαντήσεις σας (στάδια μελέτης). Επισημαίνεται ότι οι απαντήσεις σας σε κάθε στάδιο της μελέτης είναι εμπιστευτικές και θα αναλυθούν με τρόπο που δεν θα αναγνωριστεί καμία προσωπική πληροφορία. Στον/ην κάθε συμμετέχοντα/ουσα θα δοθεί μυστικός αριθμός που θα καταγραφεί πάνω στο ερωτηματολόγιο και στα δύο στάδια της μελέτης, δηλαδή πριν και μετά (2 μήνες μετά) το εκπαιδευτικό πρόγραμμα-STOP-IPV. Αυτός ο κωδικός θα επιτρέψει την ανωνυμία αλλά και την παροχή βοήθειας στους ερευνητές για παρακολούθηση πιθανών αλλαγών στους/στις συμμετέχοντες/ούσες μετά την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ:.....

Παρακαλώ μην ξεχνάτε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό δεν είναι κάποιος τρόπος εξέτασης ή διαγωνίσματος. Παρακαλώ προσπαθήστε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.

Για την διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις από την:

- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου
- Επιτροπή Διδακτορικών Προγραμμάτων Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

Δημογραφικά στοιχεία

1. Πόσα χρόνια είσαι εγγεγραμμένος/η μαία/ευτης; Χρόνια

2. Εκπαιδευτικό επίπεδο

A) Δίπλωμα []

B) Πτυχίο []

Γ) Μεταβατικό Δίπλωμα []

Δ) Μεταπτυχιακό τίτλος επιπέδου Μάστερ []

E) Διδακτορικός τίτλος []

ΣΤ) Άλλο ----- []

3. Εργάζεσαι σε καθεστώς:

A) Πλήρους απασχόληση []

B) Μερικής απασχόληση []

Γ) Περιστασιακής απασχόληση []

4. Τι είδους εκπαίδευση/κατάρτιση είχες σχετικά με τη συντροφική βία; (σημείωσε όσα ταιριάζουν)

A) Καμιά []

B) Διάβασα την πολιτική του νοσοκομείου/κλινικής []

Γ) Παρακολούθησα εκπαιδευτικό βίντεο []

Δ) Παρακολούθησα διάλεξη ή συζήτηση []

E) Έλαβα κατάρτιση από τον οργανισμό εργοδότης μου (τουλάχιστον 1/2 μέρας) []

ΣΤ) Συμμετείχα σε βιωματικό εργαστήριο για την απόκτηση δεξιοτήτων (τουλάχιστον 1) []

Z) Παρακολούθησα και ολοκλήρωσα διαδικτυακή εκπαίδευση []

H) Άλλο ----- []

5. Πόσο πρόσφατη ήταν εκπαίδευση/κατάρτιση που είχες;

- Α) Έγινε τον τελευταίο μήνα []
- Β) Έγινε τους τελευταίους 6 μήνες []
- Γ) Έγινε τον τελευταίο χρόνο []
- Δ) Έγινε πριν από 2-5 χρόνια []
- Ε) Έγινε πριν από τουλάχιστον 5 χρόνια []
- ΣΤ) Δεν θυμάμαι []

6. Πόσες περίπου ώρες θα έλεγες ότι ήταν είναι η εκπαίδευση σχετικά με τη ΣΒ που έχει λάβει;
..... Ώρες

7. Παρακάτω ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την κουλτούρα στον εργασιακό σου χώρο αναφορικά με το ζήτημα της συντροφικής βίας (ΣΒ). Παρακαλώ κύκλωσε το αριθμό που εκφράζει καλύτερα αυτό που ισχύει σύμφωνα με την εμπειρία σου.

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
Στον εργασιακό μου χώρο ενθαρρύνομαι να αντιμετωπίζω περιπτώσεις ΣΒ.	1	2	3	4	5
Είμαι εξοικειωμένη/ος με τη πολιτική του νοσηλευτηρίου και τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη (διερεύνηση;) ανίχνευση και διαχείριση ΣΒ.	1	2	3	4	5
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ (είχα;) ένιωσα υποστήριξη από τους συναδέλφους ιατρούς.	1	2	3	4	5
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ, (είχα;) ένιωσα υποστήριξη από την/τον προϊστάμενη/ο μου.	1	2	3	4	5
Τις φορές που παρείχα φροντίδα σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε ΣΒ, ένιωσα (είχα;) υποστήριξη από τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5
Νιώθω (Έχω;) υποστήριξη προκειμένου να κάνω την κατάλληλη παραπομπή στις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	1	2	3	4	5
Είμαι εξοικειωμένη/ος με το πρωτόκολλο αντιμετώπισης ΣΒ στο κλινικό μου χώρο.	1	2	3	4	5
Μερικές φορές η προσωπική μου εμπειρία σε σχέση με βία με επηρεάζει κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	1	2	3	4	5

Παρακαλώ
σημειώστε
οτιδήποτε
μπορεί να σας
εμποδίσει στη
αξιολόγηση ΣΒ..

Μερικές φορές οι δικές μου ανησυχίες μου για την προσωπική μου ασφάλεια με επηρεάζουν κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	1	2	3	4	5
Ο φόβος μήπως προσβάλω μια γυναίκα ή μήπως επηρεάσω τη σχέση μας με επηρεάζει κατά την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	1	2	3	4	5
Η παρουσία του συντρόφου κατά την αξιολόγηση επηρεάζει στον τρόπο που κάνω τη συνέντευξη.	1	2	3	4	5
Στον εργασιακό μου χώρο έχω στη διάθεσή μου όσο χρόνο χρειάζομαι για να αποσαφηνίσω περιπτώσεις ΣΒ.	1	2	3	4	5
Είμαι πολύ απασχολημένη/ος για να συμμετέχω σε πολυθεματική ομάδα για τη διαχείριση περιστατικών ΣΒ.	1	2	3	4	5
Γλωσσικά εμπόδια (π.χ. μη ελληνόφωνες) επηρεάζουν την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.	1	2	3	4	5
Υπάρχει κατάλληλος ιδιωτικός χώρος στο εργασιακό μου περιβάλλον για να αξιολογήσω το ζήτημα της συντροφικής βίας με τις γυναίκες.	1	2	3	4	5

8. Ετοιμότητα

Μας ενδιαφέρει ποσό έτοιμος/η νιώθεις ότι είσαι για να εφαρμόσεις μία αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ και να υποστηρίξεις τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν συντροφική βία. Παρακαλώ κύκλωσε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την ετοιμότητα σου σε σχέση με καθένα από τα πιο κάτω ζητήματα.

Νιώθω έτοιμος/η να:	1 Αβέβαιος/α	2 Καθόλου έτοιμος/η	3 Λίγο έτοιμος/η	4 Μέτρια έτοιμος/η	5 Αρκετά έτοιμος/η
Κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη συντροφική βία	1	2	3	4	5
Ανταποκριθώ επαρκώς κατά την αποκάλυψη περιστατικών βίας	1	2	3	4	5
Αντλήφθω και να καταγράψω τους προγνωστικούς παράγοντες για ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας	1	2	3	4	5
Τεκμηριώσω την αξιολόγησή μου για τη ΣΒ με τρόπο που να προασπίζεται η ασφάλεια της γυναίκας.	1	2	3	4	5
Βοηθήσω τη γυναίκα να αξιολογήσει η ίδια τον βαθμό του κινδύνου που διατρέχει λόγω ΣΒ.	1	2	3	4	5
Να διεξαγάγω αξιολόγηση για την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών της.	1	2	3	4	5
Βοηθήσω γυναίκα υπό ΣΒ να δημιουργήσει ένα πλάνο ασφάλειας για την ίδια.	1	2	3	4	5
Κάνω τις κατάλληλες και ασφαλείς παραπομπές για τη γυναίκα σε άλλες υπηρεσίες.	1	2	3	4	5
Εφαρμόσω την υποχρεωτική καταγραφή περιστατικών ΣΒ .	1	2	3	4	5
Εφαρμόσω την υποχρεωτική αναφορά περιστατικών κακοποίησης παιδιών υπό υποψία.	1	2	3	4	5
Συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση ΣΒ ως υποκείμενης αιτίας των τραυματισμών μιας γυναίκας (π.χ. μώλωπες, κατάγματα κλπ.)	1	2	3	4	5
Συζητήσω για τη ΣΒ με γυναίκες από διαφορετική κουλτούρα/εθνικότητα.	1	2	3	4	5

9. Γενικά πόσο καλά προετοιμασμένος/η νοιώθεις ότι είσαι για να ρωτήσεις και να υποστηρίξεις γυναίκες με εμπειρίες ΣΒ; (1=καθόλου προετοιμασμένος και 10 = αρκετά προετοιμασμένος).
Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σε παρακαλώ να περιγράψεις οτιδήποτε άλλο θέλεις να αναφέρεις σχετικά με τις δεξιότητές σου ή την προετοιμασία σου σε σχέση με την αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ.

10. Γνώσεις για τη συντροφική βία.

	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο κυριότερος προγνώστικός παράγοντας για ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ
Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα παραμένει σε μια βίαιη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, αν δεν αποκαλύψει η ίδια τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις χειρόγραφες σημειώσεις τους, αν δεν αποκαλύψει η ίδια η γυναίκα τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι μαίες/ μαιευτές όταν ρωτούν τις γυναίκες για τη ΣΒ, πρέπει να χρησιμοποιούν λέξεις όπως «κακοποιημένη» και όχι «χτυπημένη» ή «δαρμένη».	Σ	Λ	ΔΓ
Το να υποστηρίζεις την επιλογή της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση είναι σαν να παραβλέπεις τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι επιβιώσασες από ΣΒ είναι σε θέση να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές για το πώς να χειριστούν περαιτέρω την κατάστασή τους (Ως «επιβιώσασες ΣΒ» θεωρούνται οι γυναίκες που υπέστησαν ΣΒ, αλλά έχουν απομακρυνθεί πλέον από τη βίαιη σχέση).	Σ	Λ	ΔΓ
Οι μαίες/μαιευτές δεν πρέπει να ασκούν πίεση στις γυναίκες ώστε να αναγνωρίσουν/αποδεχτούν/αποκαλύψουν ότι βρίσκονται σε μια βίαιη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι επιβιώσασες από ΣΒ, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τραυματισμό όταν φύγουν από τη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ

Οι τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις συντροφικής βίας.			
Επιτρέποντας στους συντρόφους ή στους συνοδούς της γυναίκας να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της λήψης ιστορικού και της σωματικής εξέτασης προασπίζεται η ασφάλεια εκείνων που βιώνουν ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ
Ακόμα κι αν ένα παιδί δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, εξακολουθώ να έχω την ευθύνη να αναφέρω περίπτωση παιδιού που είναι μάρτυρας ΣΒ στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ευημερίας/κοινωνικό λειτουργό του νοσηλευτηρίου.	Σ	Λ	ΔΓ
Έχω τη υπευθυνότητα να επικοινωνήσω με υπηρεσίες στη κοινότητα για να γίνει παραπομπή.	Σ	Λ	ΔΓ
Χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη στήριξη των γυναικών που βιώνουν ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ

Γενικά πως αξιολογείς τις γνώσεις σου για τα ζητήματα για τα ζητήματα ΣΒ; (1= καθόλου επαρκείς και 10 = πολύ επαρκείς) Παρακαλώ κυκλώστε.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Στάσεις σχετικά με τη συντροφική βία

Για καθεμία από τις ακόλουθες δηλώσεις κυκλώστε τον αριθμό που ανταποκρίνεται καλύτερα σε εσάς.

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
Αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση που υπόκειται, δεν μπορώ να βοηθήσω πολύ.	1	2	3	4	5
Είναι σημαντικό να ερωτούνται όλες οι γυναίκες κατά την αξιολόγηση για περιπτώσεις βίας στις σχέσεις τους.	1	2	3	4	5
Είναι εφικτό να αναγνωρίσουμε περιπτώσεις ΣΒ χωρίς να ρωτήσουμε τις γυναίκες.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλες ουσίες είναι πιθανόν να έχουν ιστορικό ΣΒ.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που υπόκεινται σε βία, έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν αν θέλουν να παρέμβουν οι μαίες/μαιευτές σχετικά.	1	2	3	4	5
Εάν οι γυναίκες παραμένουν στη σχέση τους μετά από επανειλημμένα επεισόδια βίας, πρέπει να αποδεχθούν και την προσωπική τους ευθύνη για τη βία αυτή.	1	2	3	4	5
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν χρόνο να βοηθήσουν γυναίκες που υπόκεινται σε ΣΒ.	1	2	3	4	5
Εάν μια γυναίκα αρνείται να συζητήσει την κακοποίηση οι μαίες θα πρέπει να φροντίσουν μόνο τα τραύματά της.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που βιώνουν βία μπορούν να φύγουν από τη σχέση τους αν το θελήσουν.	1	2	3	4	5
Οι μαίες δεν έχουν γνώσεις για να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	1	2	3	4	5
Η αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ είναι πιθανό να προσβάλει τις γυναίκες.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που επιλέγουν να λειτουργούν 'έξω' από τους παραδοσιακούς ρόλους είναι μια πολύ σημαντική αιτία της ΣΒ.	1	2	3	4	5
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν τις δεξιότητες να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	1	2	3	4	5
Σε κάποιες κουλτούρες/εθνικές ομάδες η βία κατά των γυναικών θεωρείται αποδεκτή.	1	2	3	4	5
Η ΣΒ είναι έγκλημα και δεν πρέπει να είναι ανεκτή.	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Αν υπάρχει κάτι που θα θέλατε να συζητήσετε μαζί μας ή αν σας δημιουργήθηκαν ερωτήματα μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή χρειάζεστε υποστήριξη λόγω προσωπικών εμπειριών βίας παρακαλώ επικοινωνήστε με τη ερευνητική ομάδα

Δρ. Χριστιάνα Κούτα - christiana.kouta@cut.ac.cy

Δρ. Μαρία Καρανικόλα - maria.karanikola@cut.ac.cy

Εμμανουέλα Μανώλη - emmanouela.manoli@cut.ac.cy

ΣΠΑΒΟ - Σύνδεσμός για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Βίας στην οικογένεια **1440**

Το τηλεφωνικό κέντρο του ΣΠΑΒΟ στελεχώνεται με ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν εκπαιδευτεί σε τεχνικές επικοινωνίας από το τηλέφωνο. Η Γραμμή Βοήθειας 1440

είναι:

Δωρεάν

24 ώρες τη μέρα

365 μέρες τον χρόνο

Στη γραμμή 1440 μπορείτε να λάβετε:

- Συμβουλευτική στήριξη για θέματα οικογενειακής βίας που αφορούν εσάς ή άλλα άτομα.
- Πληροφόρηση για άλλες υπηρεσίες σχετικές με το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας.
- Ενημέρωση για τα βασικά δικαιώματα και τις επιλογές των ατόμων με στόχο την καλύτερη διεύθυνση στο θέμα που τους απασχολεί.

Ερωτηματολόγιο Μαιών/Μαιευτών : Αξιολόγηση μετά την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος

Τίτλος μελέτης: Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού προγράμματος – STOP Intimate Partner Violence σε μαίες/μαιευτές, για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη μέσω μικτής μεθοδολογίας

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να διαπιστώσουμε τον βαθμό στον οποίο το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ανταποκρίθηκε στις ανάγκες σας και σας βοηθήσει να αξιολογήσετε και να διαχειριστείτε αποτελεσματικά τη συντροφική βία (ΣΒ) κατά των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Για να συμπληρωθεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απαιτούνται περίπου 15 λεπτά.

Καταγράψτε την πρώτη, ενστικτώδη απάντησή σας. Μην προσπαθήσετε να σκεφτείτε «πώς πρέπει να είναι» οι απαντήσεις σας.

Όλες οι απαντήσεις θα κωδικοποιηθούν με τη χρήση ενός αναγνωριστικού αριθμού μόνο, θα είναι εμπιστευτικές και θα αναλυθούν με τρόπο που δεν θα αναγνωριστεί καμία προσωπική πληροφορία. Στον/ην κάθε συμμετέχοντα/ουσα θα δοθεί μυστικός αριθμός, που θα καταγραφεί στα δύο μέρη του ερωτηματολογίου πριν και μετά (2 μήνες μετά) το εκπαιδευτικό πρόγραμμα-STOP-IPV. Αυτός ο κωδικός θα επιτρέψει την ανωνυμία αλλά και την παροχή βοήθειας στους ερευνητές για παρακολούθηση πιθανών αλλαγών στους/στις συμμετέχοντες/ούσες με την πάροδο του εκπαιδευτικού προγράμματος.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ:.....

Παρακαλώ μην ξεχνάτε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό δεν είναι διαγώνισμα. Παρακαλώ προσπαθήστε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.

Για την διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις από την:

- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου
- Επιτροπή Διδακτορικών Προγραμμάτων Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

1. Επίδραση του εκπαιδευτικού προγράμματος

Σε ποιο βαθμό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελτίωσε τις γνώσεις σας για:	1 Καθόλου	2 Ελάχιστο βαθμό	3 Αβέβαια/ος	4 Μέτριο βαθμό	5 Πολύ
1.Τα ποσοστά ΣΒ.					
2.Το πως γίνεται η αξιολόγηση περιπτώσεων της ΣΒ.					
3.Το πώς ερωτάται μία γυναίκα σχετικά με τη ΣΒ.					
4.το πώς να διαχειριστείς τις απαντήσεις γυναικών.					
5. τους τρόπους και τις διαδικασίες παραπομπής.					
6.το πώς να συνεργαστείς με άλλους οργανισμούς/φορείς για να υποστηρίξετε τις γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.					

2. Σε ποιο βαθμό το πρόγραμμα εκπαίδευσης **STOP Intimate Partner Violence** επηρέασε την κλινική πρακτική σου;

(παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Καθόλου Πολύ

Σε παρακαλώ ανέφερε τους κύριους λόγους για την απάντηση σου. Επίσης, τυχόν παραδείγματα θα ήταν βοηθητικά.

.....

.....

.....

.....

3. Εάν προσπαθήσεις να αλλάξεις την κλινική πρακτική σου σχετικά με την αξιολόγηση ρουτίνας της ΣΒ πιθανά να χρειαστείς υποστήριξη. Πόσο πιθανό είναι να ζητήσεις υποστήριξη από τις ακόλουθες πηγές; Κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα [«1» (λιγότερο πιθανό) έως «5» (πολύ πιθανό)].

Είναι πιθανό να ζητήσω υποστήριξη από:	1 Καθόλου πιθανό	2 Λιγότερο πιθανό	3 Αβέβαια/ος	4 Πιθανό	5 Πολύ πιθανό
1.τους/τις συναδέλφους μου	1	2	3	4	5
2.τον/τη προϊστάμενο/η	1	2	3	4	5
3.γιατρό	1	2	3	4	5
4.τον /την κοινωνικό λειτουργό του νοσηλευτηρίου	1	2	3	4	5
5.το πρόγραμμα υποστήριξης συναδέλφων	1	2	3	4	5
6.κάποιο/α εκτός του χώρου εργασίας	1	2	3	4	5

Παρακαλώ αναφέρετε σε ποιες άλλες πηγές υποστήριξης μπορεί να έχετε πρόσβαση

.....

.....

.....

.....

4. Ετοιμότητα

Μας ενδιαφέρει πόσο προετοιμασμένος/η (καταρτισμένος/η;) θεωρείς ότι είσαι τώρα μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την αξιολόγηση ρουτίνας ΣΒ και τη στήριξη των γυναικών που αντιμετωπίζουν ΣΒ . Σκεφτείτε την εκπαίδευση στην οποία συμμετείχατε σήμερα και κύκλωσε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την ετοιμότητα σου σε σχέση με τα πιο κάτω:

Νιώθω έτοιμος/η να:	1 Αβέβαιος/ α	2 Καθόλου έτοιμος/η	3 Λίγο έτοιμος/η	4 Μέτρια έτοιμος/ η	5 Αρκετά έτοιμος/η
Κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη συντροφική βία	1	2	3	4	5
Ανταποκριθώ επαρκώς κατά την αποκάλυψη περιστατικών βίας	1	2	3	4	5
Αντιληφθώ και να καταγράψω τους προγνωστικούς παράγοντες για ΣΒ βάσει του ιστορικού της γυναίκας	1	2	3	4	5
Τεκμηριώσω την αξιολόγησή μου για τη ΣΒ με τρόπο που να προασπίζεται η ασφάλεια της γυναίκας.	1	2	3	4	5
Βοηθήσω τη γυναίκα να αξιολογήσει η ίδια τον βαθμό του κινδύνου που διατρέχει λόγω ΣΒ.	1	2	3	4	5
Να διεξαγάγω αξιολόγηση για την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών της.	1	2	3	4	5
Βοηθήσω γυναίκα υπό ΣΒ να δημιουργήσει ένα πλάνο ασφάλειας για την ίδια.	1	2	3	4	5
Κάνω τις κατάλληλες και ασφαλείς παραπομπές για τη γυναίκα σε άλλες υπηρεσίες.	1	2	3	4	5
Εφαρμόσω την υποχρεωτική καταγραφή περιστατικών ΣΒ .	1	2	3	4	5

Εφαρμόσω την υποχρεωτική αναφορά περιστατικών κακοποίησης παιδιών υπό υποψία.	1	2	3	4	5
Συγκεντρώσω τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διάγνωση ΣΒ ως υποκείμενης αιτίας των τραυματισμών μιας γυναίκας (π.χ. μώλωπες, κατάγματα κλπ.)	1	2	3	4	5
Συζητήσω για τη ΣΒ με γυναίκες από διαφορετική κουλτούρα/εθνικότητα.	1	2	3	4	5

5. Γενικά πόσο έτοιμη/ος νοιώθεις για να ρωτήσεις και να υποστηρίξεις γυναίκες που υπόκεινται σε ΣΒ ; (1=καθόλου έτοιμος και 10 = αρκετά έτοιμος). Παρακαλώ κυκλώστε.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Υπάρχει κάτι άλλο για την **ετοιμότητα** σας σχετικά με τη διερεύνηση ρουτίνας για τη συντροφοική που θα θέλετε να μας πείτε; (Παρακαλώ δηλώστε)

.....
.....
.....

7. Γνώσεις για τη ΣΒ

Παρακαλώ απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με τη ΣΒ. Δεν είναι διαγώνισμα απλά ενδιαφερόμαστε να ξέρουμε τι σκέφτεστε τώρα.

	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο κυριότερος προγνωστικός παράγοντας για ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ
Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα παραμένει σε μια βίαιη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, αν δεν αποκαλύψει η ίδια τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι υποψίες των επαγγελματιών υγείας για περιπτώσεις ΣΒ δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις χειρόγραφες σημειώσεις τους, αν δεν αποκαλύψει η ίδια η γυναίκα τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι μαίες/ μαιευτές όταν ρωτούν τις γυναίκες για τη ΣΒ, πρέπει να χρησιμοποιούν λέξεις όπως «κακοποιημένη» και όχι «χτυπημένη» ή «δαρμένη».	Σ	Λ	ΔΓ
Το να υποστηρίζεις την επιλογή της γυναίκας να παραμένει σε μια βίαιη σχέση είναι σαν να παραβλέπεις τη βία.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι επιβιώσασες από ΣΒ είναι σε θέση να κάνουν τις κατάλληλες επιλογές για το πως να χειριστούν περαιτέρω την κατάστασή τους (Ως «επιβιώσασες ΣΒ» θεωρούνται οι γυναίκες που υπέστησαν ΣΒ, αλλά έχουν απομακρυνθεί πλέον από τη βίαιη σχέση).	Σ	Λ	ΔΓ
Οι μαίες/μαιευτές δεν πρέπει να ασκούν πίεση στις γυναίκες ώστε να αναγνωρίσουν/αποδεχτούν/αποκαλύψουν ότι βρίσκονται σε μια βίαιη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι επιβιώσασες από ΣΒ, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τραυματισμό όταν φύγουν από τη σχέση.	Σ	Λ	ΔΓ
Οι τραυματισμοί από στραγγαλισμό είναι σπάνιοι σε περιπτώσεις συντροφικής βίας.			
Επιτρέποντας στους συντρόφους ή στους συνοδούς της γυναίκας να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της λήψης ιστορικού και της σωματικής εξέτασης προασπίζεται η ασφάλεια εκείνων που βιώνουν ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ

Ακόμα κι αν ένα παιδί δεν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, εξακολουθώ να έχω την ευθύνη να αναφέρω περίπτωση παιδιού που είναι μάρτυρας ΣΒ στην Υπηρεσία Κοινωνικής Ευημερίας/κοινωνικό λειτουργό του νοσηλευτηρίου.	Σ	Λ	ΔΓ
Έχω τη υπευθυνότητα να επικοινωνήσω με υπηρεσίες στη κοινότητα για να γίνει παραπομπή.	Σ	Λ	ΔΓ
Χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη στήριξη των γυναικών που βιώνουν ΣΒ.	Σ	Λ	ΔΓ

Γενικά πόσο γνώστης νιώθεις για τα προβλήματα που σχετίζονται με τη ΣΒ;

(1= καθόλου γνώστης και 10 = πολύ γνώστης) Παρακαλώ κυκλώστε.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Στάσεις σχετικά με τη ΣΒ

Για καθεμία από τις ακόλουθες δηλώσεις, αναφέρετε την απάντησή σας κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό.

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
Αν μια γυναίκα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση που υπόκειται, δεν μπορώ να βοηθήσω πολύ.	1	2	3	4	5
Είναι σημαντικό να ερωτούνται όλες οι γυναίκες κατά την αξιολόγηση για περιπτώσεις βίας στις σχέσεις τους.	1	2	3	4	5
Είναι εφικτό να αναγνωρίσουμε περιπτώσεις ΣΒ χωρίς να ρωτήσουμε τις γυναίκες.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλες ουσίες είναι πιθανόν να έχουν ιστορικό ΣΒ.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που υπόκεινται σε βία, έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν αν θέλουν να παρέμβουν οι μαίες/μαιευτές σχετικά.	1	2	3	4	5
Εάν οι γυναίκες παραμένουν στη σχέση τους μετά από επανειλημμένα επεισόδια βίας, πρέπει να αποδεχθούν και την	1	2	3	4	5

προσωπική τους ευθύνη για τη βία αυτή.					
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν χρόνο να βοηθήσουν γυναίκες που υπόκεινται σε ΣΒ.	1	2	3	4	5
Εάν μια γυναίκα αρνείται να συζητήσει την κακοποίηση οι μαίες θα πρέπει να φροντίσουν μόνο τα τραύματά της.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που βιώνουν βία μπορούν να φύγουν από τη σχέση τους αν το θελήσουν.	1	2	3	4	5
Οι μαίες δεν έχουν γνώσεις για να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	1	2	3	4	5
Η αξιολόγηση ρουτίνας για τη ΣΒ είναι πιθανό να προσβάλει τις γυναίκες.	1	2	3	4	5
Οι γυναίκες που επιλέγουν να λειτουργούν 'έξω' από τους παραδοσιακούς ρόλους είναι μια πολύ σημαντική αιτία της ΣΒ.	1	2	3	4	5
Οι μαίες/μαιευτές δεν έχουν τις δεξιότητες να υποστηρίξουν γυναίκες που βιώνουν ΣΒ.	1	2	3	4	5
Σε κάποιες κουλτούρες/ εθνικές ομάδες η βία κατά των γυναικών θεωρείται αποδεκτή.	1	2	3	4	5
Η ΣΒ είναι έγκλημα και δεν πρέπει να είναι ανεκτή.	1	2	3	4	5

9. Αξιολόγηση του σημερινού εκπαιδευτικού προγράμματος

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Δεν συμφωνώ/ Δεν διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
Οι πληροφορίες ήταν χρήσιμες για να κάνω τη διερεύνηση ρουτίνας στην κλινική πρακτική μου	1	2	3	4	5
Η εκπαίδευση αύξησε την αυτοπεποίθησή μου για διερεύνηση ρουτίνας της ΣΒ	1	2	3	4	5
Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ικανοποίησε τις μαθησιακές μου ανάγκες	1	2	3	4	5
Ο τρόπος διεξαγωγής ήταν άνετος	1	2	3	4	5
Οι εκπαιδευτές ήταν ικανοί/ες	1	2	3	4	5
Η διάρκεια του προγράμματος ήταν ορθή	1	2	3	4	5

Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα, αξιολογήστε την ημέρα ως προς την επίδραση και τη χρησιμότητά της.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Καθόλου Πολύ

10. Ποιο μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος βρήκατε πιο χρήσιμο και γιατί;

.....

11. Ποιο μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος βρήκατε λιγότερο χρήσιμο και γιατί;

.....

.....
.....

Παρακαλώ προσθέστε άλλα σχόλια που θέλετε να κάνετε.

.....
.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστούμε που ολοκληρώσατε το ερωτηματολόγιο. Η γνώμη σας είναι σημαντική για μας.

(δ) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2020.01.137
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

24 Ιουνίου, 2020

Κυρία Εμμανουέλλα Μανώλη
Νίκου Μπελογιάννη 5
Λύμπια
2566 Λευκωσία

Αγαπητή κυρία Μανώλη,

Αίτηση γνωμοδότησης για την πρόταση με τίτλο:

“ Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας εκπαιδευτικού προγράμματος - STOIPV σε μαίες/μαιευτές, για τη συντροφική βία στην εγκυμοσύνη: Μικτή έρευνα”

Αναφέρομαι στην αίτηση σας ημερομηνίας 18 Ιουνίου 2020 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει, που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) γνωμοδοτεί υπέρ της διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας.

2. Παράκληση όπως μας καταθέσετε αντίγραφο του ερευνητικού εργαλείου όταν αυτό μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και πριν να χορηγηθεί στο δείγμα της μελέτης.

3. Η Επιτροπή επιθυμεί να τονίσει ότι παραμένει ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να τηρούνται οι πρόνοιες του νέου Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (2016/679) και του περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν. 125(I) /2018).

4. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

5. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

.../2

Λαέρτου 22, 2365 Άγιος Δομέτιος, Λευκωσία
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy, Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

-2-

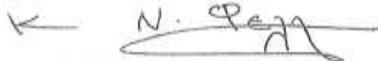
6. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

7. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

8. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

9. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,



Καθ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλός
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κόλπου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agarwal, S. *et al.* (2023) 'A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health', *Cureus* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.39262>.
- Aggarwal, R. and Ranganathan, P. (2019) 'Study designs: Part 4-Interventional studies', *Perspectives in Clinical Research*, 10, pp. 137–139. Available at: https://doi.org/10.4103/picr.PICR_91_19.
- Alhusen, J.L. *et al.* (no date) 'Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes'. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>.
- Ali, P. *et al.* (2022) 'Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey', *Journal of Nursing Management*, 30(6), pp. 1434–1444. Available at: <https://doi.org/10.1111/jonm.13503>.
- Aliwa, M., Sawarka, Y. and Amit Aharon, A. (2024) 'Factors affecting intent to perpetrate violence against nurses: Theory of Planned Behavior approach', *Nursing Outlook*, 72(2). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102136>.
- Allen, L.M., Hay, M. and Palermo, C. (2022) 'Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough?', *Medical Education*, 56(1), pp. 127–136. Available at: <https://doi.org/10.1111/medu.14654>.
- Alvarez, C. *et al.* (2018) 'Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings', *Research in Nursing and Health*, 41(2), pp. 145–155. Available at: <https://doi.org/10.1002/nur.21853>.
- Ambikile, J.S., Leshabari, S. and Ohnishi, M. (2020) 'Knowledge, attitude, and preparedness toward IPV care provision among nurses and midwives in Tanzania', *Human Resources for Health*, 18(1), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00499-3>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) 'Intimate Partner Violence ACOG', (518), p. 6. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>.

Andreu-Pejó, L. *et al.* (2022) 'Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: Barriers, facilitators, and tools', *Nursing and Health Sciences*. John Wiley and Sons Inc, pp. 564–578. Available at: <https://doi.org/10.1111/nhs.12967>.

Anguzu, R. *et al.* (2022) 'Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda', *BMC Health Services Research*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07669-0>.

Antoniou, E. and Iatrakis, G. (2019) 'Domestic violence during pregnancy in Greece', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph16214222>.

Australian College of Midwives (2024) *ACT domestic, family and sexual violence strategy*.

Babu, B. V, Kusuma, Y.S. and Author, C. (2016) 'Violence against women and girls in the Sustainable Development Goals', *Health Promotion Perspectives*, 7(1), pp. 1–3. Available at: <https://doi.org/10.15171/hpp.2017.01>.

Bailey, B.A. (2010) *Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management*, *International Journal of Women's Health*. Available at: www.dovepress.com.

Bailey, B.A. and Daugherty, R.A. (2007) 'Intimate partner violence during pregnancy: Incidence and associated health behaviors in a rural population', *Maternal and Child Health Journal*, 11(5), pp. 495–503. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0191-6>.

Baird, K. *et al.* (2018) 'Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives', *Women and Birth*, 31(5), pp. 398–406. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.004>.

Baird, K. *et al.* (2021) 'Red flags and gut feelings—Midwives' perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department', *Women and Birth*, 34(5), pp. e468–e474. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.023>.

- Baird, K.M. *et al.* (2018) 'Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study', *Women and Birth*, 31(4), pp. 285–291. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.014>.
- Baird, K., Salmon, D. and White, P. (2013) 'A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry', *Midwifery*, 29(8), pp. 1003–1010. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.007>.
- Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review*, 84(2), pp. 191–215. Available at: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Becker, P., Kafonek, K. and Manzer, J.L. (2022) 'Feminist Perspectives of Intimate Partner Violence and Abuse (IPV/A) 95'. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-89999-2_155.
- Bengtsson, M. (2016) 'How to plan and perform a qualitative study using content analysis', *NursingPlus Open*, 2, pp. 8–14. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>.
- Beyer, K., Wallis, A.B. and Hamberger, L.K. (2015) 'Neighborhood Environment and Intimate Partner Violence: A Systematic Review', *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(1), pp. 16–47. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838013515758>.
- Blix, E. *et al.* (2012) 'Recommendations | Intrapartum care | Guidance | NICE', *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(4), pp. 147–153. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.001>.
- Bourey, C. *et al.* (2015) 'Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: Organizing evidence for prevention Health behavior, health promotion and society', *BMC Public Health*, 15(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4>.
- Brevik, T.B. *et al.* (2024) 'An educational intervention study on mandatory reporting of intimate partner violence: changes in knowledge and attitudes among healthcare providers', *BMC medical education*, 24(1), p. 1124. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06120-8>.

Briones-Vozmediano, E. *et al.* (2014) *Economic crisis, immigrant women and changing availability of intimate partner violence services: a qualitative study of professionals' perceptions in Spain*. Available at: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/79>.

Brown, J.B. *et al.* (1996) 'Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice.', *Family medicine*, 28(6), pp. 422–8.

Butler, M.M. *et al.* (2015) 'Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy', *Midwifery*, 31(4), pp. 418–425. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.002>.

Campbell, K., Taylor, V. and Douglas, S. (2019) 'Effectiveness of Online Cancer Education for Nurses and Allied Health Professionals; a Systematic Review Using Kirkpatrick Evaluation Framework', *Journal of Cancer Education*, 34(2), pp. 339–356. Available at: <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1308-2>.

Can Özdemir, R., Işık, M.T. and Nazik, S. (2023) 'Attitudes of health professionals towards violence and their tendency to report spousal violence', *Asian Journal of Psychiatry*, 83. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103540>.

Capaldi, D.M. *et al.* (2012) 'A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence', *Partner Abuse*, 3(2), pp. 231–280. Available at: <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>.

CDC (2015) *INTIMATE PARTNER VIOLENCE SURVEILLANCE - Uniform Definitions and recommended data elements*. Georgia Atlanta.

Centers for Disease Control and Prevention (2024a) *Violence and Pregnancy*. Available at: [cdc.gov/intimate-partner-violence/about/violence-and-pregnancy.html#cdc_health_safety_special_topic_resources_resources](https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/violence-and-pregnancy.html#cdc_health_safety_special_topic_resources_resources) (Accessed: 20 January 2025).

Centers for Disease Control and Prevention (2024b) *Violence and Pregnancy | Intimate Partner Violence Prevention | CDC*. Available at: <https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/violence-and-pregnancy.html> (Accessed: 4 April 2025).

Chamberlain, L. *et al.* (2015) *Healthy Moms, Happy Babies: A Train the Trainers Curriculum on Trauma Informed Domestic Violence Programming and Practice*. San Francisco.

Chapman, H. and Gillespie, S.M. (2019) 'The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): A review of the properties, reliability, and validity of the CTS2 as a measure of partner abuse in community and clinical samples', *Aggression and Violent Behavior*. Elsevier Ltd, pp. 27–35. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.10.006>.

Colombini, M. *et al.* (2022) 'Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework', *BMC Health Services Research*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08826-1>.

Confederation of Midwives, I. (2014) *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Prague. Available at: www.internationalmidwives.org.

Copp, J.E. *et al.* (2019) 'The Development of Attitudes Toward Intimate Partner Violence: An Examination of Key Correlates Among a Sample of Young Adults HHS Public Access', *J Interpers Violence*, 34(7), pp. 1357–1387. Available at: <https://doi.org/10.1177/0886260516651311>.

Crombie, N., Hooker, L. and Reisenhofer, S. (2017a) 'Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review', *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2100–2125. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>.

Crombie, N., Hooker, L. and Reisenhofer, S. (2017b) 'Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review', *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2100–2125. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>.

Curry, S.J. *et al.* (2018) 'Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement', *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(16), pp. 1678–1687. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>.

Department of Health and Ageing of Australian Government (2020) *Australian Pregnancy Care Guidelines*. Available at: <https://app.magicapp.org/?language=en#/guideline/jm83RE> (Accessed: 25 March 2025).

Deshpande, N.A. and Lewis-O'Connor, A. (2013) 'Screening and Management review Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy', *Rev Obstet Gynecol*, 6(4), pp. 141–148. Available at: <https://doi.org/10.3909/riog0226>.

- Devries, K.M. *et al.* (2010) *Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries*, *Reproductive Health Matters*. Violence and Health Centre. Available at: www.rhm-elsevier.comwww.rhmjournal.org.uk.
- Doran, F. *et al.* (2019) 'Australian nursing and midwifery student beliefs and attitudes about domestic violence: A multi-site, cross-sectional study', *Nurse Education in Practice*, 40(August), p. 102613. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.007>.
- Doyle, L. *et al.* (2020) 'An overview of the qualitative descriptive design within nursing research', *Journal of Research in Nursing*, 25(5), pp. 443–455. Available at: <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>.
- Duchesne, S. *et al.* (2020) 'Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service', *Archives of Women's Mental Health* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01058-4>.
- Eckhardt, C.I. *et al.* (2013) 'The Effectiveness of Intervention Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence', *Partner Abuse*, 4(2), pp. 196–231. Available at: <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>.
- Eikemo, R. *et al.* (2024) 'I had to tell to survive' - a cross-sectional study on exposure to intimate partner violence in pregnant women and the importance of screening', *Sexual and Reproductive Healthcare*, 42. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101045>.
- Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) 'The qualitative content analysis process', *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107–115. Available at: <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04569.X>.
- European Commission (no date) *What is gender-based violence?* Available at: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en (Accessed: 20 January 2025).
- European Institute for Gender Equality (2018) *Cyprus: Recommendations to improve data collection on intimate partner violence by the police and justice sectors*. Luxembourg. Available at: <https://doi.org/10.2839/270948>.

European Institute for Gender Equality (2021) *Cyprus | Gender Equality Index*.

Available at: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021/domain/violence/CY>
(Accessed: 24 February 2025).

Eustace, J. *et al.* (2016) 'Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy', *Women and Birth*, 29(6), pp. 503–510. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>.

Feder, G. *et al.* (2009) 'How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria', *Health Technology Assessment*, 13(16). Available at: <https://doi.org/10.3310/hta13160>.

Feder, G. *et al.* (2011) 'Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial', *The Lancet*, 378(9805), pp. 1788–1795. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61179-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3).

Fernández-López, R. *et al.* (2024) 'Prevalence and associated factors of intimate partner violence against pregnant women who attend antenatal care in Denmark and Spain: A digital screening approach', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1111/aogs.15000>.

Finnbogadóttir, H. *et al.* (2020) 'Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study', *European Journal of Midwifery*, 4(September). Available at: <https://doi.org/10.18332/ejm/125941>.

Finnbogadóttir, H. and Dykes, A.K. (2012) 'Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden', *Midwifery*, 28(2), pp. 181–189. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>.

Fisher, J. *et al.* (2012) 'Systematic reviews Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review', *Bull World Health Organ*, 90, pp. 139–149. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>.

García-Moreno, C. and Amin, A. (2016) 'The sustainable development goals, violence and women's and children's health', *Bull World Health Organ*, 94, pp. 396–397. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.16.172205>.

Garnweidner-Holme, L.M. *et al.* (2017a) 'Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: A qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1308-6>.

Garnweidner-Holme, L.M. *et al.* (2017b) 'Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: A qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1308-6>.

Gebreslasie, K.Z. *et al.* (2024) 'Intimate partner violence during pregnancy and risks of low birth weight and preterm birth in hospitals of Tigray, Northern Ethiopia', *Scientific Reports*, 14(1). Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51569-8>.

Di Giacomo, P. *et al.* (2017) 'Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives', *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2307–2316. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>.

Gómez-Fernández, M.A., Goberna-Tricas, J. and Payà-Sánchez, M. (2017) 'Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study', *Nurse Education in Practice*, 27, pp. 13–21. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.001>.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. and Sandall, J. (2014) 'Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women', *Midwifery*, 30(6), pp. 628–635. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.008>.

Guruge, S., Khanlou, N. and Gastaldo, D. (2010) 'Intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race and class', *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 103–113. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05184.x>.

Hadjigeorgiou, E. *et al.* (2023) 'Exploring mothers' experiences of perinatal care in Cyprus: Babies Born Better survey', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05800-5>.

Hahn, C.K. *et al.* (2018) 'Perinatal Intimate Partner Violence', *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. W.B. Saunders, pp. 535–547. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.008>.

Hamberger, L.K., Rhodes, K. and Brown, J. (2015) 'Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: Creating sustainable system-level programs', *Journal of Women's Health*, 24(1), pp. 86–91. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4861>.

Heise, L.L. (1998) 'Violence against women: An integrated, ecological framework', *Violence Against Women*, 4(3), pp. 262–290. Available at: <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>.

Heydari, M.R. *et al.* (2019) 'Using Kirkpatrick's model to measure the effect of a new teaching and learning methods workshop for health care staff', *BMC Research Notes*, 12(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4421-y>.

Hilbert, J.C. and Krishnan, S.P. (2000) 'Addressing Barriers to Community Care of Battered Women in Rural Environments', *Journal of Health & Social Policy*, 12(1), pp. 41–52. Available at: https://doi.org/10.1300/J045v12n01_03.

Hill, A. *et al.* (2016) 'A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 133, pp. 269–276. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>.

Homer, C.S.E. *et al.* (2014) 'The projected effect of scaling up midwifery', *The Lancet*. Lancet Publishing Group, pp. 1146–1157. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X).

Huang, L. *et al.* (2014) *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*.

Hudspeth, N. *et al.* (2022) 'Health practitioners' perceptions of structural barriers to the identification of intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis', *BMC Health*

Services Research, 22(1), pp. 1–20. Available at: <https://doi.org/10.1186/S12913-022-07491-8/TABLES/3>.

Hunter, H. (2024) ‘The transtheoretical model of behavior change: Implications for social work practice’, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 34(2), pp. 300–314. Available at: <https://doi.org/10.1080/10911359.2023.2253307>.

International Confederation of Midwives (2018) *Essential Competencies 2018*. Available at: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf.

Jayatilleke, A.C. *et al.* (2015) ‘Training Sri Lankan public health midwives on intimate partner violence: A pre- and post-intervention study’, *BMC Public Health*, 15(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1674-9>.

Jeanne Alhusen, B., McDonald, M. and Emery, B. (2023) ‘Intimate partner violence: A clinical update’, *Nurse Practitioner* •, 48(9). Available at: www.tnpj.com.

Jewkes, R. (2002) ‘Intimate partner violence: causes and prevention’, *Lancet*, 359, p. 142329. Available at: www.thelancet.com.

Jewkes, R. *et al.* (2017) ‘Women’s and men’s reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women’s risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific’, *PLoS Medicine*, 14(9). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002381>.

J. Gelles, R. and A. Straus, M. (1988) *Intimate violence*. Edited by Simon & Schuster. Touchstone Books.

Kalra, N. *et al.* (2021a) ‘Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>.

Kalra, N. *et al.* (2021b) ‘Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>.

Kataoka, Y. and Imazeki, M. (2018) ‘Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: A qualitative study of women in Japan’, *BMC Women’s Health*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0566-4>.

- Keeling, J. and Fisher, C. (2015) 'Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence', *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), pp. 2363–2378. Available at: <https://doi.org/10.1177/0886260514552449>.
- Kelly, U.A. (2011) 'Theories of intimate partner violence: From blaming the victim to acting against injustice: Intersectionality as an analytic framework', *Advances in Nursing Science*, 34(3). Available at: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182272388>.
- Korab-Chandler, E. *et al.* (no date) 'Women's experiences and expectations of intimate partner abuse identification in healthcare settings: a qualitative evidence synthesis'. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058582>.
- Kouta, C., Kofou, E. and Zorba, A. (2019) 'Femicide in Greek-Cypriot and Turkish-Cypriot communities in Cyprus: A pilot study', *Women's Studies International Forum*, 77. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.102294>.
- Koziol-Mclain, J. *et al.* (2010) 'A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention', *Annals of Emergency Medicine*, 56(4). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.05.001>.
- Kreft, A.-K. (2023) "'This Patriarchal, Machista and Unequal Culture of Ours": Obstacles to Confronting Conflict-Related Sexual Violence', *Social Politics*, 30(2). Available at: <https://doi.org/10.1093/sp/jxac018>.
- Kruger, E.G.. (2002) *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Kruger, E.G.. and Dahl (2002) *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Kyriakidou, M. *et al.* (2021) 'Longitudinal Fluctuations of National Help-Seeking Reports for Domestic Violence Before, During, and After the Financial Crisis in Cyprus', *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15–16), pp. NP8333–NP8346. Available at: <https://doi.org/10.1177/0886260519843278>.
- Lander, J. *et al.* (2025) 'Recruiting participants for focus groups in health research: a meta-research study', *BMC medical research methodology*, 25(1), p. 9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12874-025-02464-x>.

- Laughon, K. *et al.* (2025) 'Disability-Related Disparities in Screening for Intimate Partner Violence During the Perinatal Period: A Population-Based Study', *Women's Health Issues* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2024.12.001>.
- Law, C. *et al.* (2021a) *A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period*.
- Law, C. *et al.* (2021b) *A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period*.
- Leone, J.M. *et al.* (2010) 'Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placental abruption', *Journal of Women's Health*, 19(8), pp. 1501–1509. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1716>.
- Liebschutz, J. *et al.* (2008) 'Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - What a difference the setting makes: A qualitative study', *BMC Public Health*, 8. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-229>.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. and Pilotta, J.J. (1985) 'Naturalistic inquiry', *International Journal of Intercultural Relations*, 9(4), pp. 438–439. Available at: [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8).
- Li, Q. *et al.* (2024) 'Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study', *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), pp. 174–190. Available at: <https://doi.org/10.1111/jnu.12929>.
- Loberg, M. (2024) *Nordic cooperation supports screening for domestic violence in the first 1000 days, NordicWelfare*.
- Lockington, E.P. *et al.* (2023) 'Intimate partner violence is a significant risk factor for adverse pregnancy outcomes', *AJOG Global Reports*, 3(4). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100283>.
- MacMillan, H.L. (2009) 'Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings<sub>title>A Randomized Trial</sub>', *JAMA*, 302(5), p. 493. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1089>.
- Ma, N. *et al.* (2023) 'Prevalence and changes of intimate partner violence against women aged 15 to 49 years in 53 low-income and middle-income countries from 2000

to 2021: a secondary analysis of population-based surveys', *Lancet*, 11, pp. 1863–1873. Available at: www.thelancet.com/lancetgh.

Marsden, E. and Torgerson, C.J. (2012) 'Single group, pre-post test research designs: Some methodological concerns.', *Oxford Review of Education* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.2307/41702779>.

Martins, A.R. *et al.* (2023) 'Do We Care? Portuguese Healthcare Professionals' Practices and Related Barriers to Addressing Intimate Partner Violence During Pregnancy and the Postpartum Period', *Sexuality Research and Social Policy*, 20(3), pp. 1032–1048. Available at: <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00774-z>.

Martin, S.L. *et al.* (2004) *Changes in Intimate Partner Violence During Pregnancy*, *Journal of Family Violence*. Gelles.

Maruyama, N. and Horiuchi, S. (2024a) 'Views from midwives and perinatal nurses on barriers and facilitators in responding to perinatal intimate partner violence in Japan: baseline interview before intervention', *BMC health services research*, 24(1), p. 1234. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11737-y>.

Maruyama, N. and Horiuchi, S. (2024b) 'Views from midwives and perinatal nurses on barriers and facilitators in responding to perinatal intimate partner violence in Japan: baseline interview before intervention', *BMC health services research*, 24(1), p. 1234. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11737-y>.

McFarlane, J. (1992) 'Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(23), pp. 3176–3178. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.267.23.3176>.

Mckenzie, J.E. *et al.* (2021) 'The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews', *The BMJ* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

Merits, M. *et al.* (2024) 'Midwife students' attitudes towards violence against women: A pilot study', *European Journal of Midwifery*, 8(October). Available at: <https://doi.org/10.18332/EJM/193603>.

- Mezey, G. (2003) 'Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(8), pp. 744–752. Available at: [https://doi.org/10.1016/s1470-0328\(03\)01263-1](https://doi.org/10.1016/s1470-0328(03)01263-1).
- Middleton, N. *et al.* (2022) 'Identifying barriers to the educational role of midwives in Cyprus and defining determinants in behaviour terms using the Behaviour Change Wheel: a mixed-method formative study', *BMC Health Services Research*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08599-7>.
- Miller, E. *et al.* (2010) 'Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy', *Contraception*, 81(4), pp. 316–322. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004>.
- Mojahed, A. *et al.* (2021) 'Prevalence of Intimate Partner Violence Among Intimate Partners During the Perinatal Period: A Narrative Literature Review', *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.601236>.
- Musa-Maliki, A.U. and Duma, S.E. (2024) 'Barriers to routine screening for intimate partner violence during pregnancy in Nigeria', *Heliyon*, 10(9). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30504>.
- Nishan, M.D.N.H. *et al.* (2025) 'Influence of spousal educational disparities on intimate partner violence (IPV) against pregnant women: a study of 30 countries', *Scientific Reports*, 15(1), p. 2022. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84867-2>.
- Ochani, K., Siddiqui, A. and Ochani, S. (2024) 'An insight on gender-based violence', *Health Science Reports*. John Wiley and Sons Inc. Available at: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1815>.
- O'Doherty, L. *et al.* (2015a) 'Screening women for intimate partner violence in healthcare settings', *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>.
- O'Doherty, L. *et al.* (2015b) 'Screening women for intimate partner violence in healthcare settings', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.PUB3>.

- O'Doherty, L. *et al.* (2015c) 'Screening women for intimate partner violence in healthcare settings', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7). Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>.
- O'Shea, B. *et al.* (2024) 'Rethinking sexual violence labels: exploring the impact of "victim" and "survivor" discourse', *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). Available at: <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2296329>.
- Overstreet, N.M. and Quinn, D.M. (2013) 'The Intimate Partner Violence Stigmatization Model and Barriers to Help Seeking', *Basic and Applied Social Psychology*, pp. 109–122. Available at: <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>.
- Papendick, M. and Bohner, G. (2017) "'Passive victim - Strong survivor'? Perceived meaning of labels applied to women who were raped', *PLoS ONE*, 12(5). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177550>.
- Parlalis, S.K. and Christodoulou, P. (2018) 'Social welfare services staff burnout in Cyprus: Who is responsible?', *International Journal of Social Welfare*, 27(3), pp. 248–257. Available at: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12297>.
- Parveen, S. *et al.* (2021) 'Addressing violence against women within the midwifery curriculum in Bangladesh: A focus group discussion inquiry', *JAM) Journal of Asian Midwives (JAM)*, 8(1), pp. 15–34. Available at: <https://ecommons.aku.edu/jam/vol8/iss1/3>.
- Pavlou, S.E. and Faustmann, H. (2022) *Covid and Gender in Cyprus About the author Responsible for this publication within the FES Covid and Gender in Cyprus*. Available at: <http://www.cyprus-tomorrow.gov.cy/cypresidency/kypros->.
- Peralta, R.L. *et al.* (2011) 'The Effects of Gender Identity and Heavy Episodic Drinking on Alcohol-Related Violence', *Gender Issues*, pp. 111–133. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12147-011-9102-7>.
- Peters, P. *et al.* (2022) 'Exploring barriers to domestic violence screening among culturally and linguistically diverse and migrant women in a regional midwifery setting', *Midwifery*, 114. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103454>.
- Petridou, I. *et al.* (2021) *Country Report: Cyprus-Other side of the story: Perpetrators in Change*.

Plazaola-Castaño, J. *et al.* (2008) 'Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España (Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain)', *Gac Sanit*, 22(5), pp. 415–435.

Pokharel, B. *et al.* (2023) 'A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care', *Trauma, Violence, and Abuse*. SAGE Publications Ltd, pp. 928–945. Available at: <https://doi.org/10.1177/15248380211046968>.

Pool, M.S. *et al.* (2014) 'Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-71>.

Potter, L.C. *et al.* (2021) 'Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence', *International Journal of Epidemiology*, 50(2), pp. 652–662. Available at: <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220>.

Powell, R. *et al.* (no date) 'American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities Family caregivers' attitudes and perspectives about the sexual and reproductive health'.

Rabin, R.F. *et al.* (2009) 'Intimate Partner Violence Screening Tools. A Systematic Review', *American Journal of Preventive Medicine*. Elsevier Inc. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>.

Ramsay, J. *et al.* (2012) 'Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians', *British Journal of General Practice*, 62(602). Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>.

Rayment-Jones, H. *et al.* (2020) 'Project 20: Midwives' insight into continuity of care models for women with social risk factors: what works, for whom, in what circumstances, and how', *Midwifery*, 84. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102654>.

Román-Gálvez, R.M., Martín-Peláez, S., Martínez-Galiano, J.M., *et al.* (2021) 'Prevalence of intimate partner violence in pregnancy: An umbrella review',

International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(2), pp. 1–13.
Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020707>.

Román-Gálvez, R.M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B.M., *et al.* (2021) ‘Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis’, *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media S.A. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738459>.

Rooks, J.P. (1999) ‘The midwifery model of care’, *Journal of Nurse-Midwifery*. American College of Nurse-Midwives, pp. 370–374. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(99\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(99)00060-9).

Sammut, D. *et al.* (2021) ‘Which Violence Against Women Educational Strategies Are Effective for Prequalifying Health-Care Students?: A Systematic Review’, *TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838019843198>.

Sanhueza-Morales, T. *et al.* (2025) ‘Barriers in accessing intimate partner violence services: Intersecting views of immigrant and minority ethnic survivors and community organization workers’, *Women’s Health*, 21. Available at: <https://doi.org/10.1177/17455057251323091>.

Sawyer, S. *et al.* (2016) ‘A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners’, *Medical Education*, 50(11), pp. 1107–1121. Available at: <https://doi.org/10.1111/medu.13108>.

Schrubbe, L. *et al.* (2023) ‘Intimate partner violence against women during pregnancy: a systematic review and meta-analysis protocol for producing global and regional estimates’, *Systematic Reviews*. BioMed Central Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02232-2>.

Shamu, S. *et al.* (2011) ‘A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors’, *PLoS ONE*, 6(3). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017591>.

Sharps, P.W. *et al.* (2016) ‘Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial’, *Journal of Women’s Health*, 25(11), pp. 1129–1138. Available at: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5547>.

- Sherin, K.M. *et al.* (1998) 'HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting.', *Family medicine*, 30(7), pp. 508–12.
- Siller, H. *et al.* (2022) 'Midwives Perceiving and Dealing With Violence Against Women: Is It Mostly About Midwives Actively Protecting Women? A Modified Grounded Theory Study', *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4), pp. 1902–1932. Available at: <https://doi.org/10.1177/0886260520927497>.
- Silva, T. *et al.* (2022) 'Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka', *BMC Public Health*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13116-w>.
- Simon, T.R. *et al.* (2001) 'Attitudinal acceptance of intimate partner violence among U.S. adults', *Violence and Victims*, 16(2), pp. 115–126. Available at: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.2.115>.
- Sis Çelik, A. and Aydın, A. (2019) 'The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence', *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), pp. 210–217. Available at: <https://doi.org/10.1111/ppc.12333>.
- Smith, R., Wight, R. and Homer, C.S.E. (2018) "'Asking the hard questions": Improving midwifery students' confidence with domestic violence screening in pregnancy', *Nurse Education in Practice*, 28, pp. 27–33. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.05.006>.
- Soares, M.Q., Melo, C.M. de and Bevilacqua, P.D. (2024) 'Femicide during pregnancy and postpartum period by an intimate partner: An integrative review', *Aggression and Violent Behavior*. Elsevier Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101919>.
- Sohal, H., Eldridge, S. and Feder, G. (2007) 'The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice', *BMC Family Practice*, 8. Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-49>.
- Spangaro, J. *et al.* (2016) 'Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care', *Social*

Science and Medicine, 154, pp. 45–53. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>.

Sprague, S. *et al.* (2012) ‘Barriers to Screening for Intimate Partner Violence’, *Women and Health*, 52(6), pp. 587–605. Available at:
<https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>.

Sprague, S., Swaminathan, A., Slobogean, Gerard P., *et al.* (2018) ‘A scoping review of intimate partner violence educational programs for health care professionals’, *Women and Health*, 58(10), pp. 1192–1206. Available at:
<https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1388334>.

Sprague, S., Swaminathan, A., Slobogean, Gerard P., *et al.* (2018) ‘Women & Health A scoping review of intimate partner violence educational programs for health care professionals’. Available at: <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1388334>.

Stubbs, A. and Szoek, C. (2022) ‘The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature’, *Trauma, Violence, and Abuse*. SAGE Publications Ltd, pp. 1157–1172. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>.

Surita, F.G. and Sánchez, O.D.R. (2022) ‘Routine Enquiry for Domestic Violence during Antenatal Care: An Opportunity to Improve Women’s Health’, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. Georg Thieme Verlag, pp. 211–213. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742735>.

Taillieu, T. and Brownridge, D. (2010) ‘Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research’, *Aggression and Violent Behavior*, pp. 14–35. Available at:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2009613499>.

Tarzia, L. *et al.* (2020a) ‘Women’s experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis’, *BMJ Open*, 10(11). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041339>.

Tarzia, L. *et al.* (2020b) 'Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis', *BMJ Open*, 10(11). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041339>.

Tekin, S.B., Gündoğan, R.M. and Topak, O.Z. (2024) 'Attitudes of health care professionals towards violence against women: Are mental health professionals more sensitive?', *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 27(4), pp. 311–319. Available at: <https://doi.org/10.5505/kpd.2024.34270>.

Da Thi Tran, T., Murray, L. and Van Vo, T. (2022) 'Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04604-3>.

Torres-Vitolas, C., Bacchus, L.J. and Aston, G. (2010) 'A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse', *Public Health*, 124(8), pp. 472–478. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.04.003>.

Tower, M. (2007) 'Intimate partner violence and the health care response: A postmodern critique', *Health Care for Women International*, 28(5), pp. 438–452. Available at: <https://doi.org/10.1080/07399330701226404>.

UNICEF (2023) *Mental Health Support Analysis | Cyprus Young Minds Matter: Mental Health Support for Youth and Children in Cyprus*.

United Nations (1993) *Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly resolution*. New York.

Valencia, M.M.A. (2022) 'Principles, Scope, and Limitations of the Methodological Triangulation', *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 40(2). Available at: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e03>.

Walker, L.E.A. (2006) 'Battered woman syndrome: Empirical findings', in *Annals of the New York Academy of Sciences*. Blackwell Publishing Inc., pp. 142–157. Available at: <https://doi.org/10.1196/annals.1385.023>.

Walker, N. *et al.* (2022) 'The Experiences of Persistent Pain Among Women With a History of Intimate Partner Violence: A Systematic Review', *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2) 490-505(2). Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838020957989>.

Wathen, C.N. *et al.* (2009) 'Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada', *BMC Medical Education*, 9(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-34>.

Wathen, N. and Macmillan, H.L. (2013) *Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*, *Paediatr Child Health*.

Webster, J. *et al.* (2024) *National Clinical Practice Guideline - Screening and Management of Domestic Violence in Pregnancy and the Early Postnatal Period*. Available at: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>.

Wong, J.Y.H. *et al.* (2024) 'Intimate partner violence during pregnancy: To screen or not to screen?', *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Bailliere Tindall Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2024.102541>.

World Health Organization (1996) *Prevention of violence public health priority*.

World Health Organization (2005) *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : summary report : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. World Health Organization.

World Health Organization (2011) 'Intimate partner violence during pregnancy', *World Health Organization*, 9(1), pp. 183–197. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085084>.

World Health Organization (2012) 'Understanding and addressing violence against women', *World Health Organization*, pp. 1–12. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=B8C19DD38BCADE44C1319BB33155CB02?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=25F71A2738AEF7DAC4518C9E86AD6FE9?se.

World Health Organization (2013) *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women : WHO Clinical and Policy Guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization (2014) *Global status report on violence prevention, World Health Organization*. Available at:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>.

World Health Organization (2016a) 'WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience', p. 172. Available at:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=34B1B4325C67C3DC89EA387FB9F7377A?sequence=1>.

World Health Organization (2016b) *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary, The Lancet*. Lancet Publishing Group. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7).

World Health Organization (2019) *Framework for action strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030*.

World Health Organization (2020) *COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do*. Available at: <https://www.womensaid.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-women-and-children-experiencing-domestic-abuse-and-the->.

World Health Organization (2021a) *Caring for Women Subjected to Violence : A WHO Curriculum for Training Health-Care Providers. Revised Edition 2021*. World Health Organization.

World Health Organization (2021b) *Comprehensive Mental Health Action PLAN 2013-2030*.

World Health Organization (2021c) *Devastatingly pervasive: 1 in3 women globally experience violence*.

Yilmaz, E.B. (2018) 'The effectiveness of a gender equality course in changing undergraduate midwifery students— attitudes towards domestic violence and gender roles', *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(2), pp. 840–847. Available at: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0013>.

Zaher, E., Ratnapalan, S. and Keogh, K. (2014) 'Impact of Domestic Violence Training: Systematic Review of Randomized Controlled Trials', *PsycEXTRA Dataset* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1037/e529382014-198>.

Zamora Hernandez, M. *et al.* (2025) 'Midwives' experiences and challenges in addressing intimate partner violence: A qualitative study at youth clinics in Stockholm', *Sexual and Reproductive Healthcare*, 44. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101105>.

Zapata-Calvente, A.L. *et al.* (2022) 'Screening for intimate partner violence during pregnancy: A test accuracy study', *European Journal of Public Health*, 32(3), pp. 429–435. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac009>.

Zobbi, V.F. *et al.* (2022) 'Intimate partner violence screening during pregnancy: midwives' perspective', *Women & Health*, 62(9–10), pp. 827–838. Available at: <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2148804>.

Κυπριακή Δημοκρατία (2012) *Οι περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής - Κανονισμοί του 2012 Παράρτημα IV (κανονισμός 2) - ΚΩΔΙΚΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*.

Πηλαβάκη, Α. (2020) *Οι Έμφυλες επιπτώσεις της πανδημίας*. Available at: <https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/covid19/en/index.html#portfolioModal6>.

Συνδεσμός για την πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας στην οικογένεια (2020) *Στατιστικά – Σύνδεσμος για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Βίας στην Οικογένεια*. Available at: <https://domviolence.org.cy/statistika/> (Accessed: 1 June 2025).

Χατζηγεωργίου, Ε. (2024) *Η Μαιευτική στη Κύπρο: Ιστορική Επισκόπηση*. Edited by Εκδόσεις Ηλία Επιφανίου. Λευκωσία.