



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

Πτυχιακή εργασία:

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παιδική κακοποίηση



Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Σαββίδου Νεκταρία

Ιωάννινα 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Summary.....	4
1. Εισαγωγή.....	5
2. Ιστορική Αναδρομή.....	7
2.1. Ιστορική Αναδρομή στην Ελλάδα.....	8
3. Επιδημιολογία	10
4. Κλίμακα του προβλήματος	12
Α ΜΕΡΟΣ	
1. Εννοιολογικοί ορισμοί.....	15
2. Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας.....	16
3. Τρόποι εκδήλωσης του φαινομένου- Χαρακτηριστικά ενδοοικογενειακής βίας.....	18
4. Αίτια	21
5. Χαρακτηριστικά	23
6. Μορφές Κακοποίησης.....	24
6.1. Σωματική Κακοποίηση.....	24
6.2. Σεξουαλική Κακοποίηση.....	25
6.3. Συναισθηματική Κακοποίηση.....	26
6.4. Παραμέληση.....	28
7. Νέες Μορφές Κακοποίησης.....	31
7.1. Σύνδρομο αμέτοχου θεατή.....	31
7.2. Σύνδρομο ταρακουνημένου βρέφους	31
7.3. Υπολειπόμενη ανάπτυξη μη οργανικής αιτιολογίας	31
7.4. Μη τυχαία δηλητηρίαση.....	32
7.5. Σύνδρομο Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου.....	32
7.6. Παιδιά στρατιώτες.....	32
7.7. Παιδική εργασία.....	33
8. Επιπτώσεις.....	35
8.1. Συνέπειες της σωματικής κακοποίησης.....	35
8.2. Συνέπειες της παραμέλησης.....	36
8.3. Συνέπειες της ψυχολογικής – συναισθηματικής κακοποίησης.....	37

8.4. Συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης.....	38
9. Πρόγνωση.....	39
10. Πρόληψη.....	40
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κακοποίηση.....	43
2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αναγνώριση της παιδικής κακοποίησης.....	44
2.1. Η στάση του ιατρού και του νοσηλευτή σε ύποπτο περιστατικό.....	47
3. Θεραπευτική αντιμετώπιση	50
3.1. Θεραπευτικό πλαίσιο	53
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	
Νέα δεδομένα.....	55
Βιβλιογραφία.....	78

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα εκτεταμένο διαχρονικά και διατοπικά κοινωνικό ζήτημα, με τραυματικές συνέπειες στην ψυχοσύνθεση και την ομαλή εξέλιξη του παιδιού, που το συνοδεύουν και στην ενήλικη ζωή.

Σκοπός: Να αποσαφηνιστεί η έννοια της παιδικής κακοποίησης και το περιεχόμενό της, να αναδειχθεί ο αντίκτυπος της κακοποίησης στο σώμα και τον ψυχισμό των κακοποιημένων παιδιών και να διερευνηθεί ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, Cochrane. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο το τρέχον έτος και στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Για να την αναζήτηση της συγκεκριμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: παιδική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία, νοσηλευτής, νοσηλευτική παρέμβαση, πρόληψη.

Αποτελέσματα: Η παιδική κακοποίηση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μορφών με τις οποίες μπορεί να εκφρασθεί και οι συνέπειες της είναι σοβαρές, πολυεπίπεδες και μακροχρόνιες. Η σύνδεση της παιδικής κακοποίησης με την ενδοοικογενειακή βία βοηθά στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου για αυτήν και τον σχεδιασμό των κατάλληλων προληπτικών μέτρων. Ο νοσηλευτής ως πάροχος φροντίδας συνεισφέρει σημαντικά στον τομέα της πρόληψης αλλά και της αποτροπής της παιδικής κακοποίησης.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές ως πρόσωπα που έρχονται σε επαφή με παιδιά και μεριμνούν για την ψυχοσωματική τους υγεία, μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή της κακοποίησης αλλά και στην βελτίωση της υγείας του κακοποιημένου παιδιού. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και καλά ενημερωμένοι σχετικά με την παιδική κακοποίηση, ώστε να είναι σε θέση να εντοπίσουν την κακοποίηση και να ανταποκριθούν με τον πλέον ενδεδειγμένο για το όφελος του παιδιού τρόπο.

Λέξεις κλειδιά: παιδική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία, νοσηλευτής, νοσηλευτική παρέμβαση, πρόληψη.

Summary

Aim: Child abuse is a social problem, extended in time and places, with traumatic experiences for the character of the child, that remains within him/her for a whole life

Purpose: To clarify the meaning of the child abuse and its content, to declare the impact on body and soul of the abused children, and to research its role that the nurse can play to face the child abuse.

Material and Methods: A review of the Greek and international literature was published in the electronic databases PubMed, Cinahl, Cochrane. The material of the study was selected articles published mainly this year in both English and Greek. The following keywords were used to search for the particular bibliography: child abuse, domestic violence, nurse, nursing intervention, prevention.

Results: Child abuse consists of a wide range of types with which it can be expressed and the consequences can be multilevel and long term. The connection of the child abuse and the domestic violence helps in locating the agents of danger for that and the planning of the appropriate measures. The nurse, as provider of care, contributes significantly in prevention and abuse as well.

Conclusions: The nurses as persons that have contact with children and care about their bodily health can play a critical role in the prevention/avoidance of the abused child's health. For this reason they must be sensitized and well informed about child abuse in order to be able to respond in the most appropriate way.

Key words: child abuse, domestic violence, nurse, nursing intervention, prevention.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα διαχρονικό κοινό χαρακτηριστικό των ανθρώπινων κοινωνιών. Είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που συνδέεται άρρηκτα με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες καθώς επίσης και με το μοτίβο γονικών πρότυπων που επιβάλλει η εκάστοτε κοινωνία.

Η παγκόσμια ιστορία αλλά και η μυθολογία έχουν μια πληθώρα από αναφορές τόσο κακοποίησης όσο και παραμέλησης των παιδιών, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που κάνουν λόγο και για θανάτωση παιδιών από τους γονείς τους υπό το πρίσμα του σωφρονισμού.

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης το φέρνει στο προσκήνιο για πρώτη φορά το 1860 ο Ambroise Tardieu, καταγράφοντας τις λεπτομέρειες των τραυμάτων αλλά της συμπεριφοράς γονέων και παιδιών. Ο κυριότερος σκοπός του ήταν αν αφυπνίσει γιατρούς και νοσηλευτές ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρή διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος, χωρίς όμως να έχει να επιθυμητά αποτελέσματα. Έτσι, η παιδική κακοποίηση αναδεικνύεται ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα μόλις το 1962, όταν ο παιδίατρος Henry Kempe χρησιμοποίησε τον όρο «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» (Rey-Salmon, 2018).

Η βία κατά των παιδιών αποτελεί κρίση για τη δημόσια υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο ΟΗΕ με μια μελέτη που διεξήγαγε εκτιμά ότι 133 έως 275 εκατομμύρια παιδιά εκτίθενται κάθε χρόνο σε ενδοοικιακή βία, ενώ οι επιστήμονες από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ εκτιμούν ότι 1 δισεκατομμύριο παιδιά βιώνουν βία ετησίως (Chiang et al., 2018).

Στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας ενός ανθρώπου βασικό ρόλο διαδραματίζει η παιδική ηλικία. Για τον λόγο αυτό η βία οποιασδήποτε μορφής αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για την διαμόρφωση της υγείας ενός παιδιού. Δεν είναι λίγες οι αναφορές για ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που εμφανίζει ένα παιδί ή ένας έφηβος μετά από μια κακοποιητική συμπεριφορά. Επιπλέον, τέτοιου είδους τραύματα στην παιδική ηλικία αποτελούν υπόβαθρο για την εμφάνιση άγχους, καταθλιπτικών συμπεριφορών και άλλων ψυχικών διαταραχών και στην ενήλικη ζωή.

Στην ψυχοκοινωνική όμως, ανάπτυξη του παιδιού καθοριστικό ρόλο έχουν, επίσης, το οικογενειακό, το σχολικό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Κοινωνικές συνθήκες όπως η φτώχεια, η αποχή από την εκπαίδευση, αλλά και βιώματα που σχετίζονται με τον

κοινωνικό αποκλεισμό (οικογενειακά προβλήματα, απώλεια γονέα, κακοποίηση, παιδική εργασία, στερήσεις, προβληματική γονική ανατροφή) ευνοούν την ανάπτυξη και δημιουργία ψυχικών διαταραχών (Caykoğlu, 2011).

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των ανθρώπινων κοινωνιών, όπως παρατηρείται στο διάβα των αιώνων από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, είναι η περιφρόνηση, η βάνουση μεταχείριση και η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς προς τα παιδιά (Rey-Salmon, 2018). Μέσα στην ιστορία της παιδικής ηλικίας φαίνεται πως τα παιδιά υπήρξαν, σχεδόν σε κάθε ιστορική περίοδο, θύματα εκμετάλλευσης και κακοποίησης από τους ενήλικους. Μια όψη της ενστικτώδους βαναυσότητας και επιθετικότητας της ανθρώπινης φύσης για την επικράτηση του ισχυρότερου, ερήμην των αισθημάτων του άλλου, διαμόρφωσε τους διαχρονικούς εφιάλτες της παιδικής ηλικίας (Σταυριανάκη και συν, 2008).

Φτάνοντας στον 19^ο αιώνα στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης η ζωή των παιδιών ήταν ακόμη σκληρή μιας και η πείνα, η εγκατάλειψη και εργασία των παιδιών σε μικρή ηλικία ήταν σύνηθες φαινόμενο, ενώ ο ξυλοδαρμός, ως έκφραση πειθαρχίας, ήταν καθημερινότητα. Την πολύωρη εργασιακή εκμετάλλευση των παιδιών, που έφτασε στο αποκορύφωνα της κατά τη Βιομηχανική Επανάσταση, περιέγραψε γλαφυρά ο Κάρολος Ντίκενς (Rey-Salmon, 2018). Αν και η Βιομηχανική Επανάσταση έφερε για πολλούς ανακούφιση από τη σκληρή εργασία, ήταν απλώς μια νέα εποχή κακομεταχείρισης για τα φτωχά παιδιά που εισήλθαν στο εργατικό δυναμικό. Ακόμα και πολύ μικρά παιδιά αναγκάστηκαν να εργαστούν για πολλές ώρες σε τρομακτικές συνθήκες, στις οποίες εκτέθηκαν σε επαγγελματικές κακουχίες (McCoy, 2009).

Την πρώτη προσπάθεια περιγραφής κακοποίησης και αφύπνισης της κοινής γνώμης και των ιατρών για την παιδική κακοποίηση πραγματοποίησε το 1860 ο Ambroise Tardieu. Ο Γάλλος ιατροδικαστής κατέγραψε 37 περιπτώσεις παιδιών, κακοποιημένων από τους γονείς τους, με λεπτομέρειες τυπικών τραυμάτων (κατάγματα, εγκαύματα) καθώς και παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά των γονιών και των παιδιών. Παράκληση του ήταν να γίνεται έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος (Rey-Salmon, 2018).

Δυστυχώς δεν πήραν πολλοί στα σοβαρά τα λόγια του Tardieu και δεν ασχολήθηκαν με τα κακοποιημένα και εγκαταλελειμμένα παιδιά. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η πρώτη ιδιωτική προσπάθεια προστασίας ενός χρόνια κακοποιημένου παιδιού με την απομάκρυνση του από το επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το 1871, βασισμένη στο επιχείρημα ότι το παιδί ανήκει στο ζωικό βασίλειο και πρέπει να απολαμβάνει την ίδια προστασία με τα ζώα (McCabe, 2017; McCoy, 2014).

Το 1953 ήταν η πρώτη φορά που ένας ιατρός, ο Frederic Silverman τόλμησε να πει πως οι γονείς θα μπορούσαν εκούσια να προκαλέσουν σοβαρούς τραυματισμούς στο παιδί τους (Rey-Salmon, 2018). Έπειτα το 1957 ο ακτινολόγος John Caffey εξετάζοντας αρκετά περιστατικά κακοποιημένων παιδιών, όπου στα κατάγματα τους υπήρχε και συνακόλουθο υποσκληρίδιο αιμάτωμα, εξέφρασε αρθρογραφικά την πεποίθηση πως τα τραύματα δεν είναι τυχαία αλλά να είναι αποτέλεσμα της βίας που επικρατεί το σπίτι (Rey-Salmon, 2018). Το ίδιο έτος ιδρύεται και το «Διεθνές Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για την Άμεση Βοήθεια των Παιδιών (UNICEF).

Λίγο αργότερα το 1961 ο Αμερικανός παιδίατρος Henry Kempe μιλώντας στην Αμερικανική Παιδιατρική εταιρία κάνει λόγο για το πρόβλημα της «Γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης». Παράλληλα το 1959 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών προέβη στην ψήφιση της Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του παιδιού, που προβλέπει ένα νομοθετικό πλέον καθεστώς προστασίας από κάθε μορφή εκμετάλλευσης και παραμέλησης (Σταυριανός, 2008). Στη συνέχεια το 1989 πραγματοποιήθηκε η σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, που αφορούν την προστασία του παιδιού από κάθε μορφή βίας και ειδικά από την σεξουαλική βία, που αποτελεί πολύ συχνό ενδοοικογενειακό φαινόμενο κακοποίησης (Rey-Salmon, 2018).

Τέλος, το Σεπτέμβριο 1990 στην Αβάνα, διατυπώνονται οι Συστάσεις της Γενικής Γραμματείας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Υπό την ονομασία “Αρχές του Riyard” οι Συστάσεις αφορούν άμεσα την πρόληψη της κακοποίησης και της ενδοοικογενειακής βίας (Τσιάντης, 2000).

2.1. Ιστορική αναδρομή στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, αν και το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης ανηλίκων υφίσταται εδώ και πολλά χρόνια, η επιστημονική ενασχόληση με το θέμα της παιδικής κακοποίησης πρωτοπαρουσιάστηκε αργότερα, στη δεκαετία του 70'. Συγκεκριμένα η πρώτη γραπτή αναφορά σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών έγινε το 1976 από τον έλληνα παιδίατρο Σπύρο Δοξιάδη και δημοσιεύτηκε με τη μορφή επιφυλλίδας σε εφημερίδα. Με την αφορμή αυτή, μέσα σε τρία χρόνια, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) αναπτύχθηκε σε μια πλήρη διεπιστημονική ομάδα μελέτης του προβλήματος της κακοποίησης. Έκτοτε ο επιστημονικός-ερευνητικός αυτός πυρήνας ερευνά το ζήτημα της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης,

ευαισθητοποιώντας το επιστημονικό κοινό και τον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ παράλληλα προσφέρει θεραπευτική παρέμβαση στις πάσχουσες οικογένειες (McCabe, 2017).

Το 1984 η συνεργασία του Ι.Υ.Π. με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας συντέλεσε στην ίδρυση της γνωστής μονάδας ΚαΠα, της πρώτης Μονάδας-ξενώνα στην Ελλάδα για τη φιλοξενία κακοποιημένων και παραμελημένων βρεφών και νηπίων που έπρεπε να απομακρυνθούν από την οικογένεια τους. Κατά τη λειτουργία της Μονάδας η διεπιστημονική ομάδα του Ι.Υ.Π. εργαζόταν στην διαγνωστική εκτίμηση, στη θεραπευτική παρέμβαση εντός της οικογένειας του παιδιού, στη νομική και προνοιακή αποκατάσταση των παιδιών από δύσκολα περιβάλλοντα και στην ευαισθητοποίηση και επιστημονική εποπτεία του προσωπικού (Αγάθωνος, 1991). Το έργο της Μονάδας ανέλαβε μετά από 4 χρόνια να συνεχίσει το κέντρο βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ», ως το πλέον κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας της προσχολικής ηλικίας.

Παράλληλα το Μάρτη του 1984 μετά από πρόταση του Ι.Υ.Π. συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μια διεπιστημονική ομάδα εργασίας, με καρπό την «Μελέτη για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα». Μέσα από αυτή προτείνονται μέτρα κατασταλτικά και προληπτικά, με βάση τις ήδη υπάρχουσες δομές, για την αντιμετώπιση του φλέγοντος θέματος της κακοποίησης των παιδιών. Αν και η ανωτέρω εισήγηση κατατέθηκε σε όλα τα σχετιζόμενα με το πρόβλημα υπουργεία, δεν αποτέλεσε βάση για περαιτέρω εφαρμογή των προτάσεων. Οι προτάσεις που πραγματοποιήθηκαν είναι εκείνες, που λόγω του υποφερτού κόστους, υλοποιήθηκαν από την διεπιστημονική ομάδα του Ι.Υ.Π. και περιελάμβαναν προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματιών στην Ελλάδα, Μονάδα-ξενώνα ΚαΠα για κακοποιημένα και παραμελημένα βρέφη και νήπια και ερευνητικά προγράμματα για την «αποκάλυψη» της σεξουαλικής παραβίασης (McCabe, 2017).

Έτσι ακόμη και το 1987 στην Ελλάδα δεν υφίσταται καμιά επίσημη κρατική πολιτική σχετικά με τον εντοπισμό και τη διαγνωστική εκτίμηση περιπτώσεων κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών. Το φαινόμενο αυτό ίσως οφείλεται στη διάσταση μεταξύ έρευνας και κοινωνικής πολιτικής, μιας και οι όποια επιστημονική ανακοίνωση δε μετουσιώνεται σε πολιτική βούληση.

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα συγκεντρωτικά στοιχεία για εκτίμηση του προβλήματος της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών λόγω έλλειψης πρωτογενώς στοιχείων επιδημιολογικών μελετών και της μη συστηματικής καταγραφής των περιστατικών που ανιχνεύθηκαν και αναφέρθηκαν (Ι.Υ.Π., 2013).

Το φαινόμενο της κακοποίησης στη χώρα μας μελετήθηκε κυρίως, όπως προαναφέραμε, από ερευνητικές προσπάθειες, που ξεκίνησαν στη δεκαετία του 80' από το Ι.Υ.Π. Αποτέλεσμα των ερευνών ήταν η επιβεβαίωση του προβλήματος της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης στην Ελληνική κοινωνία, η ανάδειξη των συνεπειών εκδήλωσης βίας στα παιδιά, ενώ παράλληλα δοκιμάστηκαν με επιτυχία τρόποι παρέμβασης σε οικογένειες με προληπτικό χαρακτήρα (ΕΚΚΕ, 2011).

Συγκεκριμένα σε αναδρομική μελέτη του Ι.Υ.Π. σε παιδιά ηλικίας έως 14 ετών, που προσήλθαν στο νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» κατά την περίοδο 1984-1992, η συχνότητα της επίσημης διάγνωσης κακοποίησης ανερχόταν μόλις στο 0,62%. Η χαμηλή, βέβαια αυτή εκτίμηση μπορεί να αποδοθεί στην απουσία συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς της κακοποίησης και στην απροθυμία του ιατρικού προσωπικού να αναμειχθεί σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας (Σταυριανάκη και συν, 2008). Ο ίδιος οργανισμός στο θέμα της σεξουαλικής παραβίασης κατά το έτος 1992 πραγματοποίησε μελέτη σε 743 φοιτητές 18-20 ετών, όπου η συχνότητα του φαινομένου ήταν 17% για τα κορίτσια και 7% για τα αγόρια.

Σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε και το 2001 απευθυνόμενη σε εκατό περίπου γονείς παιδιών, που προσκομίζονταν στα τακτικά ιατρεία του παιδιατρικού τμήματος του Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας. Με βάση τα αποτελέσματα το 82,85% των γονέων χρησιμοποιούν τη χειροδικία, αν και το 61% δεν τη θεωρεί μέσο «διαπαιδαγώγησης». Το 90,8% αναφέρει ότι χρησιμοποιεί ήπια μέσα (χτύπημα με το χέρι σε μαλακά μέρη) ενώ το 11,49% ότι χρησιμοποιεί αντικείμενα (κουτάλα, παντόφλα, βέργα, χάρακας, βούρτσα) κατά την εφαρμογή της σωματικής τιμωρίας (Παπαδάκου, 2016).

Για το έτος 2007 ο οργανισμός «Το Χαμόγελο του Παιδιού» δέχθηκε 1380 κλήσεις για κακοποίηση παιδιών με τις 631 από αυτές να αφορούν σοβαρές περιπτώσεις. Το 53% των περιπτώσεων αφορούσε παραμέληση και εγκατάλειψη, το 36% αναφερόταν σε σωματική

κακοποίηση με θύτες κατά το 93% των περιπτώσεων να είναι οι ίδιοι οι γονείς (Σταυριανός, 2008).

Σε πρόσφατη εκτεταμένη μελέτη της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά μιας και σχεδόν τα μισά (47,38%) παιδιά του δείγματος (περίπου 10.000 μαθητές της ΣΤ΄ δημοτικού, Α΄ γυμνασίου και Α΄ Λυκείου) ανέφεραν έκθεση σε σωματική βία κατά τον τελευταίο χρόνο. Συγχρόνως τρία στα τέσσερα παιδιά (76,37%) αναφέρουν μια αντίστοιχη ανάμνηση κατά τη διαδρομή της παιδικής τους ηλικίας. Όσον αφορά την έκθεση σε κάποιας μορφής ψυχολογική βία φαίνεται να αποτελεί κανόνα παρά εξαίρεση για τα παιδιά της χώρας μας, μιας και περίπου επτά στα δέκα (70,02%) και δεκαεπτά στα είκοσι (83,16%) αναφέρουν τέτοιο ιστορικό στη διάρκεια του τελευταίου έτους και στην παιδική τους ηλικία αντίστοιχα. Παράλληλα η έκθεση σε κάποιας μορφής ανεπιθύμητη σεξουαλική εμπειρία παραβίασης αναφέρθηκε από το 15,86% των παιδιών, με το 7,8% εξ αυτών να περιλαμβάνει και τη σωματική επαφή. Ακόμη η αναφορά αισθήματος παραμέλησης αναφέρεται από το 27,4% και το 37,2% των παιδιών που συμμετείχαν αναφερόμενα στο τελευταίο δωδεκάμηνο και σ' ολόκληρη την παιδική τους ηλικία. Βέβαια, παρά την απογοητευτική αυτή εικόνα σχεδόν το σύνολο των παιδιών που συμμετείχαν αναφέρουν εμπειρίες θετικών γονεϊκών πρακτικών (Πετρουλάκη και συν, 2013). Τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ σημαντικά και ανησυχητικά, ειδικά αν σκεφτεί κανείς πως υπάρχουν πολλές περιπτώσεις κακοποίησης που δεν αποκαλύπτονται από τα παιδιά. Ακόμη θα πρέπει να αναφερθεί πως από την ίδια μελέτη αναδεικνύεται ότι πάνω από το 80% των παιδιών της μελέτης έχουν υποστεί πολλαπλών τύπων κακοποίηση, ενώ οι δράστες ήταν κατά το ίδιο ποσοστό άτομα του στενού οικογενειακού κύκλου.

4. Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στις μέρες λαμβάνει ολοένα και πιο τραγικές διαστάσεις τόσο στη χώρα μας, όσο και στο εξωτερικό. Η συχνότητα των περιπτώσεων που καταγράφονται βιβλιογραφικά ποικίλουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με το βαθμό ευαισθητοποίησης, της διερεύνησης του προβλήματος, όσο και με τα κοινωνικά και νομικά δεδομένα που αφορούν την κακοποίηση (Σταυριανός, 2008).

Τις τελευταίες δεκαετίες η επιρροή του γυναικείου κινήματος και του κινήματος για τα ανθρώπινα δικαιώματα επέδρασε σημαντικά και στο θέμα της προστασίας των παιδιών με αποτέλεσμα την αναγνώριση της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών ως ιδιαίτερη μορφή άσκησης βίας. Η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος δεν είναι εύκολη διεθνώς λόγω της 1) έλλειψης ενός διεθνούς λειτουργικού ορισμού της κακοποίησης ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση μεταξύ των χωρών 2) της αποτυχίας διάγνωσης και αναγνώρισης των κακώσεων που προέρχονται από κακοποίηση, 3) της αποτυχίας του συστήματος να αναγνωρίσει κάποια περίπτωση ως κακοποιητική και να ακολουθήσει ανακριτική διαδικασία και νομικές παρεμβάσεις, 4) όπως και την απουσία σε πολλές χώρες συστημάτων αναφοράς περιστατικών βίας (Σταυριανάκη και συν, 2008). Οι περισσότερες πληροφορίες που έχουμε αντλούνται από ανεπτυγμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ, όπου η καταγραφή των περιστατικών που προσφεύγουν στις διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες είναι υποχρεωτική.

Η μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης έχει σηματοδοτηθεί κατά τα τελευταία χρόνια από δύο διεθνούς σημασίας πρωτοβουλίες (ΕΚΚΕ, 2011): α) Τη Διεθνή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού του Ο.Η.Ε., που προώθησε τα δικαιώματα των παιδιών, δίνοντας βαρύτητα στην προστασία των παιδιών αλλά και τη συμμετοχή τους στα ζητήματα που τα αφορούν β) την ανάδειξη, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, της βίας κατά των παιδιών σε πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με συνακόλουθη την χρήση της επιστημονικής μεθοδολογίας της δημόσιας υγείας για τη μελέτη και την αντιμετώπιση του θέματος.

Η μεθοδολογία αυτή προβλέπει (Αγάθωνος, 2008):

- Την ανάπτυξη κοινού ορισμού
- Την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών, της κοινής γνώμης, των γονιών και των παιδιών
- Τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων

- Την παρακολούθηση και τον έλεγχο
- Την αξιολόγηση και
- Πολιτικές παρεμβάσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολογίζεται (1999) πως 40.000.000 παιδιά σ όλο τον κόσμο υπόκεινται σε κακοποίηση. Παράλληλα αναφέρει (2002) πως ανά χρόνο δολοφονούνται περί τα 53.000 βρέφη μετά την γέννησή τους και τη διαπίστωση πως είναι κορίτσια σε χώρες όπως η Ινδία και η Κίνα.

Συγκεκριμένες έρευνες υπολογίζουν πως στις ΗΠΑ το 1%-2% των παιδιών που είναι έως 18 ετών κακοποιούνται ανά έτος, με 2.500-5.000 από αυτά να πεθαίνουν λόγω της κακοποίησης (ΕΚΚΕ, 2011). Παράλληλα καταγράφονται περίπου 3 εκατομμύρια καταγγελίες για παιδική κακοποίηση και παραμέληση στις αρμόδιες υπηρεσίες ανά έτος, με τον πραγματικό αριθμό των περιστατικών να υπολογίζεται στο τριπλάσιο. Στο έτος 2006 καταγράφηκαν 905.000 περιστατικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, με την εκτίμηση του ρυθμού θυματοποίησης στο 12,1 ο/ο. Από το σύνολο των περιστατικών το 64,1% αναφερόταν σε παραμελημένα παιδιά, το 16% και το 8,8% σε παιδιά που δέχθηκαν σωματική και σεξουαλική κακοποίηση αντίστοιχα, ενώ το 6,6 % και 2,2% σε παιδιά θύματα συναισθηματικής κακοποίησης και φαρμακευτικής παραμέλησης αντίστοιχα. Όσον αφορά την κατανομή του φύλου των θυμάτων το 48,2% ήταν αγόρια και το 51,5 κορίτσια. Επιπλέον διαπιστώθηκε πως τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά έχουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου κακοποίησης. Επομένως στα βρέφη έως 1 έτους ο ρυθμός θυματοποίησης είναι 24,4 ο/ο, ενώ στα παιδιά μέχρι 3 ετών έφτανε 14,2 ο/ο (Child abuse, 2006).

Όσον αφορά τη σχέση των θυμάτων με το θύτη, το 39,9% των παιδιών θυμάτων κακοποιήθηκαν από την μητέρα τους, ενώ το 17,6% από τον πατέρα. Στο 17,8% τα παιδιά υπήρξαν θύματα κακοποίησης και από τους δύο γονείς, ενώ στο 10% των θυμάτων ο δράστης ήταν κάποιο μη γονικό πρόσωπο (π.χ. ανύπαντρος σύντροφος του γονέα, προσωπικό παιδικού σταθμού κ.α.) (Child abuse, 2006).

Αναφορικά με την παραμέληση των παιδιών το 86,7% εξ αυτών παραμελήθηκε από τους γονείς, ενώ από τα θύματα της σεξουαλικής κακοποίησης στο 26,2 % ο δράστης ήταν κάποιος από τους γονείς του παιδιού και στο 29,1 % ο δράστης ήταν συγγενικό πρόσωπο πέραν του γονιού.

Στα ακραία αποτελέσματα της κακοποίησης η στατιστική δείχνει πως το 2006 στις ΗΠΑ 1.530 θάνατοι παιδιών (σχεδόν 4 την ημέρα) αποδόθηκαν στην κακοποίηση και παραμέληση που υπέστησαν. Η αναγωγή των αριθμών αυτών στα 100.000 παιδιά αντιστοιχεί σε 2.04 θανάτους. Κύρια αιτία θανάτου αναδείχθηκε η παραμέληση, που αποδόθηκε στο 41,1% των θανάτων. Ακολουθούμενη από τη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση με 24,4% και 0,3% αντίστοιχα. Βέβαια στο 31,4% των περιπτώσεων ο θάνατος προήλθε από πολλαπλές μορφές κακοποίησης. Στα ηλικιακά δεδομένα το 78% των κακοποιημένων μέχρι θανάτου παιδιών ήταν ηλικιακά μικρότερα των 4 ετών και στα τρία τέταρτα των θανάτων ο δράστης ήταν κάποιος από τους γονείς (Child abuse, 2006).

Όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση στην Αμερική διατηρείται ως μείζον κοινωνικό πρόβλημα, μιας και πολλά περιστατικά μένουν στην αφάνεια από την αδυναμία των παιδιών να τα καταγγείλουν. Αρκετές φορές η αποκάλυψη τέτοιου είδους περιστατικών πραγματοποιείται αρκετά αργότερα, όταν η ζημιά στο παιδί είναι πλέον ανεπανόρθωτη. Από μελέτη του ΟΗΕ υπολογίζεται ότι 150 εκατομμύρια κορίτσια και 73 εκατομμύρια αγόρια κάτω των 18 ετών έχουν υποστεί σεξουαλική παραβίαση ή άλλες μορφές σεξουαλικής βίας και εκμετάλλευσης, συμπεριλαμβανομένης και της φυσικής επαφής (Giurea & Holloway, 2011:ΕΚΚΕ, 2011). Σε έρευνες επιπολασμού σε Ευρωπαϊκές χώρες σε δείγματα ενηλίκων που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά ή έφηβοι, καταγράφονται συχνότητες μεικτής σεξουαλικής παραβίασης για θύματα κορίτσια από 7% σε Φιλανδία, Ιρλανδία και Γαλλία μέχρι 36% στην Αυστρία και 33% στην Ολλανδία. Η ενδοοικογενειακή παραβίαση αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα (1/2 ως 1/4) της μεικτής παραβίασης και είναι συχνότερη στα κορίτσια απ ό τι στα αγόρια (Σταυριανάκη και συν, 2008). Γενικότερα σε συγκρίσεις που έχουν γίνει μεταξύ χωρών η σεξουαλική κακοποίηση έχει αναδειχθεί σε διεθνές πρόβλημα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Με τον όρο παιδική κακοποίηση περιγράφεται το σύνολο των πράξεων κακομεταχείρισης σε σωματικό, ψυχολογικό και σεξουαλικό επίπεδο ή παραμέληση βρέφους ή παιδιού (Rey-Salmon, 2018; DuPre, 2015). Ένα παιδί μπορεί να αποτελέσει θύμα ενός, μέχρι και όλων των επιπέδων κακομεταχείρισης που αναφέρθηκαν (McCabe, 2017). Η κακομεταχείριση αυτή έχει πολλές φορές ως συνέπεια την πρόκληση, σωματικής βλάβης ή βλάβης στον ψυχισμό του παιδιού, ενώ πολλές φορές καταλήγει στα όρια της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Ασκείται από άτομο που κατέχει θέση εμπιστοσύνης και εξουσίας (Newton, 2011). Το πιο σύνηθες είναι η άσκηση της από βιολογικούς γονείς, ενώ πολλές φορές μπορεί να εμπλέκονται θετοί γονείς, φίλοι, γονιός φίλου, δάσκαλοι, εραστές ή εργαζόμενοι σε κέντρα ημερήσιας φύλαξης παιδιών (Newton, 2011). Οι συμπεριφορές κακοποίησης, μπορεί να συμβούν μια φορά μεμονωμένα ή κατ' επανάληψη κλιμακωτά σε ένα χρονικό διάστημα μεταξύ μηνών ή και ετών. Παράλληλα, δεν είναι λίγες οι φορές που η κακοποίηση επιδεινώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Luxner, 2011).

Ως ενδοοικογενειακή βία ορίζεται η χρήση δύναμης σε σωματικό ή λεκτικό επίπεδο, με σκοπό το άτομο που την ασκεί να επιβάλλει τη θέλησή του και να ελέγξει, να υποτάξει ένα άλλο άτομο στα πλαίσια της οικογένειας (Bewley, 2014; Newton, 2011). Συνήθως αναφέρεται στη συναισθηματική, ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση που δέχεται μια γυναίκα, πιθανώς και το παιδί της, από έναν άνδρα που είναι ή ήταν παλαιότερα σε σχέση με τη γυναίκα (McGee, 2000). Έτσι η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να ασκηθεί σε συζύγους, σε παιδιά ή ακόμη και σε ηλικιωμένους, με την πλειοψηφία των θυμάτων να είναι γυναίκες και παιδιά (Brown, 2011). Συχνά οι συνέπειες φτάνουν ως και τον βαρύ τραυματισμό του μέλους που γίνεται αποδέκτης της βίας. Ο τραυματισμός αυτός, μπορεί να αφορά το σώμα, τον ψυχισμό και την παραβίαση των δικαιωμάτων του ή της ελευθερίας του (Davis, 2008).

2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Ο κάθε άνθρωπος με αφορμή τα βιώματα της παιδικής του ηλικίας διαπλάθει ένα μοτίβο συμπεριφοράς. Σε ορισμένους ανθρώπους η παιδική τους ηλικία, τους πρόσφερε όμορφες εμπειρίες ενός όμορφου και σταθερού περιβάλλοντος, καθώς οι γονείς τους αποτέλεσαν για αυτούς πρότυπα θετικής συμπεριφοράς. Σε αντίθεση, έρχονται οι περιπτώσεις ανθρώπων που έγιναν είτε θύματα είτε θεατές βίας, συγκρούσεων, παραμέλησης, κακοποίησης ή εκμετάλλευσης από τους ίδιους τους γονείς τους. Τα άτομα αυτά είναι πολύ σύνηθες μεγαλώνοντας να ασκήσουν και τα ίδια βία ως ενήλικες, συνεχίζοντας τη διαγενεακή μεταβίβαση της βίας (Μόττη-Στεφανίδη, 2015: DuPre, 2015).

Σε αυτό το πλαίσιο η ενδοοικογενειακή βία ορίζεται ως η κακοποιητική πράξη ή συμπεριφορά ανάμεσα σε άτομα που τους συνδέει κάποιος συντροφικός ή συγγενικός βαθμός ή σε άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι, με σκοπό τη διατήρηση ισχύος του ενός (Davis, 2008). Ο όρος αυτός περιλαμβάνει την κακοποίηση παιδιών, συζύγων/συντρόφων ή ηλικιωμένων ανθρώπων, που τυγχάνει να μένουν στο ίδιο σπίτι, είτε στο σωματικό είτε στο συναισθηματικό-ψυχολογικό επίπεδο (Μόττη-Στεφανίδη, 2015: Newton, 2011). Πέραν της παιδικής κακοποίησης η έκθεση σε γεγονότα βίας μέσα στην οικογένεια, πόσο μάλλον ο τραυματισμός ενός γονιού, αποτελεί εξίσου τραυματικό γεγονός για τα παιδιά. Ακόμη και το άκουσμα ή το θέαμα ενός καυγά μπορεί να τα επηρεάσει αρνητικά (DuPre, 2015: Hilder, 2016).

Η Καθηγήτρια Miri Keren αναφέρει χαρακτηριστικά, πως ο πιο προδιαθεσικός παράγοντας της διαταραχής μετατραυματικού στρες στα παιδιά δεν είναι ένα γεγονός που στρέφεται εναντίον τους, αλλά το γεγονός ότι έχουν δει μια απειλή για το άτομο που τον φροντίζει. Έτσι το πιο σοβαρό τραύμα είναι η ενδοοικογενειακή βία, επειδή απειλεί τη σωματική και συναισθηματική ακεραιότητα του ατόμου που είναι υπεύθυνο για το παιδί, το πρόσωπο που εξασφαλίζει το παιδί, το πρόσωπο που συνήθως το καθησυχάζει και το οποίο είναι συνήθως η μητέρα του. Είναι πλέον γνωστό ότι τα βρέφη και τα μικρά παιδιά θυμούνται τραυματικά γεγονότα, χωρίς απαραίτητα να τα γνωρίζουν με την έννοια του ενήλικα. Παράλληλα τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν, πως η παρουσία βίας έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση διάφορων ψυχοσυναισθηματικών και γνωστικών διαταραχών (Rey-Salmon, 2018).

Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί πως μεταξύ της ενδοοικογενειακής βίας και της παιδικής κακοποίησης φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση, καθότι στις περισσότερες των περιπτώσεων τα

δύο φαινόμενα συντρέχουν (Ross, 2015:Humphreys, 2006). Στις περιπτώσεις που υφίσταται ενδοοικογενειακή βία ο κίνδυνος σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών αυξάνεται μέχρι και το 60%. Συνάμα οι μητέρες που δέρνονται από τους συντρόφους τους και οι πατεράδες που χτυπούν τις συζύγους τους κατά πάσα πιθανότητα χτυπούν και τα παιδιά τους (DuPre, 2015:Μοττη-Στεφανίδη, 2015).

Η τραγική ειρωνεία είναι ότι η οικογένεια που σε φυσιολογικές συνθήκες αποτελεί τον πυρήνα της κοινωνίας μέσα στον οποίο το άτομο μαθαίνει την έμπρακτη αγάπη και την υποστήριξη, στις περιπτώσεις αυτές γίνεται η πιο βίαιη ομάδα στην οποία θα είχε την ατυχία να ανήκει ένας άνθρωπος. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, λοιπόν, η οικογένεια γίνεται το περιβάλλον εκτόνωσης και πολλές φορές αποδοχής συμπεριφορών, οι οποίες δεν είναι αποδεκτές στην έξω κοινωνία. Η οικογενειακή βία εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και σε όλες τις ηλικίες. Το ποσοστό εμφάνισής της είναι σχεδόν το ίδιο ανεξαρτήτως φυλετικού υποβάθρου (Brown, 2010: Roberts, 2002).

3. ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Οι οικογένειες με περιβάλλον βίας έχουν ορισμένα κοινά στοιχεία, που μπορούμε να πούμε ότι τις χαρακτηρίζουν.

- **Παράγοντες Κινδύνου**

Έτσι κατ' αρχάς κάποια δεδομένα φαίνεται να λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου. Η άνευ ορίων χρήση οινοπνευματωδών ποτών και ουσιών, ο διαταραγμένος ψυχισμός και η άσχημη οικονομική κατάσταση είναι βασικοί παράγοντες που ευνοούν την εκδήλωση των περισσότερων μορφών βίας (ΠΟΥ, 2007). Ο Davis (2008) αναφέρει η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία κατέχουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση βίας μεταξύ των συντρόφων. Περισσότερες πιθανότητες να υποστούν κακοποίηση από τον σύντροφό τους έχουν οι γυναίκες ηλικίας μεταξύ 17 και 28, ειδικά όταν αυτές ή ο σύντροφός τους κάνουν χρήση ουσιών ή οινοπνεύματος, βρίσκονται σε περίοδο εγκυμοσύνης (Humphreys & Stanley, 2006), έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία, καθώς επίσης αν ο σύντροφος είναι άνεργος ή το εισόδημα και των δύο είναι χαμηλό (Brown, 2010; Gonzalez & MacMillan, 2008).

- **Κοινωνική Απομόνωση**

Η κοινωνική απομόνωση είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τις βίαιες οικογένειες. Λόγω των κυρώσεων νομικής και κοινωνικής φύσης η ενδοοικογενειακή βία αποσιωπάται. Ακόμα και όταν δεν απαιτείται ευθέως η αποσιώπηση του προβλήματος, η κατεύθυνση γίνεται με έμμεσο τρόπο, τέτοιο ώστε τα μέλη της οικογένειας να κρατούν το πρόβλημα μυστικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι καταγγελίες για ενδοοικογενειακή βία να είναι πολύ λιγότερες από τον πραγματικό αριθμό. Συχνό είναι το φαινόμενο ο θύτης να απαγορεύει στη σύζυγο την εργασία καθώς επίσης και να αποθαρρύνει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να δημιουργήσουν παρέες ή να έχουν κοινωνικές επαφές. Η κοινωνική απομόνωση συνοδεύει όλες τις μορφές της ενδοοικογενειακής βίας όπως είναι η βία μεταξύ των συντρόφων και η κακοποίηση παιδιών ή ηλικιωμένων (Brown, 2010).

- **Κατάχρηση Εξουσίας**

Σε όλες τις περιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας ο θύτης έχει ένα είδος εξουσίας και ελέγχει τα θύματά του με τη χρήση βίας (σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική, ψυχολογική). Συνηθέστερα ο θύτης έχει τον απόλυτο έλεγχο της οικογένειας, καθώς χειρίζεται μόνος τα

οικονομικά της και παίρνει αποφάσεις (McGee, 2000). Ο θύτης θα επιρρίψει τις ευθύνες για το οικονομικό πρόβλημα στο θύμα του καθώς επίσης και για την ίδια την κακομεταχείριση που αυτό δέχεται. Παράλληλα ο θύτης δεν ανέχεται τη διαφοροποίηση και το θύμα γνωρίζει ότι δεν μπορεί να εκφράσει διαφορετική άποψη χωρίς να υποστεί τον κίνδυνο βίας (Rey-Salmon, 2018). Αν το θύμα δείξει ανυπακοή ή ο θύτης πιστέψει για κάποιο λόγο ότι το θύμα νιώθει ανεξάρτητο, τότε είναι βέβαιο ότι θα υπάρξει τουλάχιστον κρούσμα βίας μεγαλύτερου βαθμού (Brown, 2010).

- Η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών θεωρείται στενά συνδεδεμένη με την ενδοοικογενειακή βία. Αν και όντως είναι πιθανό σε οικογένειες που τουλάχιστον ένα γονέας να είναι χρήστης να υπάρχουν κρούσματα βίας, η χρήση ουσιών δε συνεπάγεται αυτομάτως με τη βία (Humphreys & Stanley, 2006). Το αλκοόλ από μόνο του δεν αρκεί για να οδηγηθούν οι δράστες στις άσκηση βίας. Συνήθως αυτό αποτελεί μια δικαιολογία από μέρους του θύτη για να εξηγήσει την ένοχη πράξη του. Με τον τρόπο αυτό ο θύτης θεωρεί ότι μπορεί να έχει τον έλεγχο στον/ στην σύντροφο και στα παιδιά του, έχοντας εξασφαλίσει εν μέρη την ανοχή της κοινωνίας (Brown, 2010). Η θεωρία της αποκάλυψης υποθέτει ότι οι φυσιολογικές επιδράσεις της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ περιλαμβάνουν μια κατάσταση χαμηλών αναστολών ή ελέγχου της συμπεριφοράς του καταναλωτή. Οι Marlatt και Rohsenow (1980) διαπίστωσαν ότι ο σημαντικότερος καθοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς αμέσως μετά το ποτό δεν είναι η φυσιολογική επίδραση του ίδιου του αλκοόλ, αλλά οι προσδοκίες που οι άνθρωποι θέτουν στην εμπειρία του ποτού. Η αφαίρεση του αλκοόλ δεν θεραπεύει την κακοποιητική προσωπικότητα (Roberts, 2002).

Ένα βασικό στοιχείο της ενδοοικογενειακής βίας που εκφράζεται με το χτύπημα της γυναίκας συντρόφου λαμβάνει χώρα σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, τις θρησκείες, τις φυλές και τις εθνικές ομάδες. Παρόλο που η βία κατά των γυναικών φαίνεται να είναι πιο ορατή στην κατώτερη τάξη, επειδή αναφέρεται συχνότερα στους αστυνομικούς και νοσοκομειακούς χώρους έκτακτης ανάγκης, στις συνοικίες της πόλης, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως διαδεδομένο πρόβλημα στα σπίτια μεσαίας και ανώτερης τάξης. Υπάρχει μια μεγάλη και κρυμμένη ομάδα κακοποιημένων γυναικών, που ζουν σε ιδιαίτερα εύπορα προάστια σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες. Επειδή τα περιστατικά κακοποίησης σε πλούσια νοικοκυριά είναι συνήθως διακοπτόμενα-ασυνεχή, μερικές φορές ακόμη και για ένα χρόνο, και οι γυναίκες μπορεί να ζουν σε κτήματα δύο ή τριών στρεμμάτων, οι γείτονες σπάνια ακούν τη βία. Οι γυναίκες σε αυτούς

τους βασανιστικούς, μεταβλητούς και απρόβλεπτους γάμους γίνονται τραυματικά συνδεδεμένες με τους καταχρηστικούς εταίρους τους. Δυστυχώς, αυτές οι γυναίκες σπάνια αναφέρουν τα περιστατικά στην αστυνομία και όταν χρειάζονται ιατρική περίθαλψη, βλέπουν τον οικογενειακό γιατρό και εξηγούν ότι είναι επιρρεπείς σε ατύχημα (Roberts, 2002).

Όσον αφορά την έκταση του φαινομένου μπορεί να φαίνεται μια μείωση των ποσοστών της ενδοοικογενειακής βίας σε σχέση με το παρελθόν, ωστόσο εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, καθώς για το έτος 2010 το 11% των παιδιών της έρευνας είχαν εκτεθεί σε ενδοοικογενειακή βία (Ross, 2015).

Με τη βεβαιότητα ότι ο αντίκτυπος της κακοποίησης συζύγων στα παιδιά υπάρχει από την εποχή της εγκυμοσύνης και αυξάνει όσο αυξάνεται και η έκθεση σε διάφορες μορφές βίας (McGee, 2000) οι συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας στα παιδιά μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: η βλάβη στο παιδί, η βλάβη σε άλλους και η διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Όσον αφορά τη βλάβη στο παιδί, ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, παρατηρείται η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οι διαταραχές του στα μοτίβα τροφής και ύπνου, η εξάρτηση, το άγχος, ο διαρκής φόβος, η απόσυρση, η κατάθλιψη, και αυτοκτονικά στοιχεία (McKibbin et al., 2015).

Σε περίπτωση βλάβης σε άλλο πρόσωπο, παρατηρείται, ανάλογα την ηλικία του παιδιού, η βαρβαρότητα προς τους άλλους, η γενική επιθετικότητα, ο θυμός, η σκληρότητα στα ζώα, πράξεις καταστροφής περιουσιακών στοιχείων, η βία κατά των συνομηλίκων, η βία κατά των μητέρων ή των φίλων, στερεότυπες πεποιθήσεις για το ρόλο των γυναικών και των ανδρών (McGee, 2000).

Τέλος, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες εκδηλώνεται με συμπτώματα νευροφυτικής ενεργοποίησης (δυσκολία συγκέντρωσης ή ύπνου), συμπτώματα αποφυγής (ειδικά άτομα, μέρη ή αντικείμενα που θυμίζουν τη βία) και συμπτώματα επανάληψης (εφιάλτες, αναβιώσεις) (Coopermsc & Vetere, 2005).

4. ΑΙΤΙΑ

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία είναι οι εξής:

- Ατομικοί παράγοντες: Γάμος σε νεαρή ηλικία, υπέρμετρη κατανάλωση οιοπνευματωδών, κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, χαμηλό εισόδημα, εμπειρίες βίας ή κακοποίησης στην παιδική ηλικία.
- Παράγοντες διαπροσωπικών σχέσεων: Συζυγικές συγκρούσεις, συζυγική ανισορροπία, ανδροκρατική οικογένεια, οικονομικό άγχος, οικογένεια με φτώχη λειτουργικότητα.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Αδύναμοι κοινοτικοί δεσμοί, φτώχεια, ανύπαρκτο Κοινοτικό υποστηρικτικό σύστημα.
- Κοινωνικοί παράγοντες: Κοινωνική αποδοχή της βίας, επικινδυνότητα της γειτονίας, παραδοσιακοί ρόλοι, κοινωνική απομόνωση.

Οι αιτίες της παιδικής κακοποίησης εντοπίζονται στη δυσλειτουργία του γονεϊκού ρόλου, στην ανάληψη καθηκόντων σε νεαρή ηλικία (ανεπιθύμητη κύηση), στην εκτός γάμου μητρότητα, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στη γέννηση παιδιού με ειδικές ανάγκες, στην ψυχοπαθολογία γονέων και στο ότι οι γονείς που κακοποιούν έχουν και οι ίδιοι βιώσει την κακοποίηση από τους γονείς τους ως παιδιά. Ένας άλλος παράγοντας, που κρύβεται πίσω από την παιδική κακοποίηση, είναι η άποψη ότι η σωματική τιμωρία είναι ο κατάλληλος τρόπος πειθαρχίας των παιδιών. Παράλληλα η βαθιά (ναρκισσιστική) γονεϊκή ανάγκη για εξάρτηση και προσοχή από τους άλλους, ωθεί στη χρήση των παιδιών τους ως πάροχο φροντίδας, παραμελώντας με τον τρόπο αυτό τις φυσικές ανάγκες του παιδιού (σύνδρομο «γονεοποιημένου παιδιού»). Επιπλέον η αρνητικής αυτοεικόνα των γονέων προβάλλεται και στην αρνητική περιγραφή του παιδιού τους («γκρινιάρικο», «δύσκολο, «κακό») (Μοττη-Στεφανίδη, 2015:Μαδιανός, 2006).

Ο δεύτερος παράγοντας κακοποίησης έχει να κάνει με τις σχέσεις εντός της οικογένειας, οι οποίες εφ' όσον βρίσκονται σε προβληματικό επίπεδο προδιαθέτουν την εκδήλωση παιδικής κακοποίησης. Χαρακτηριστικά έχει βρεθεί πως η σωματική κακοποίηση είναι πιο πιθανό να συμβεί σε οικογένειες που έχουν βιώσει διαζύγιο, διαχωρισμό και / ή επαναπατρισμό (Juettner, 2009). Συνοδευτικό στοιχείο σε αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί συνήθως η κοινωνική απομόνωση από γείτονες, φίλους, γειτονιά (Γιωτάκος, 2014).

Τέλος σημαντικό ρόλο στην κακοποίηση διαδραματίζουν οι εξω-οικογενειακοί παράγοντες. Πρόκειται για τα δεδομένα και το πλαίσιο και μέσα στο οποίο οι γονείς προσπαθούν να ανταποκριθούν στην ανατροφή του παιδιού. Έτσι συνήθως η παιδική κακοποίηση συνδέεται με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, με οικονομικές δυσκολίες και με περιορισμένες παροχές και πηγές στήριξης του γονεϊκού ρόλου, όπως παιδικοί σταθμοί (Juettner, 2009). Σε αυτές τις συνθήκες η αντοχή του γονέα μπροστά στην πίεση των αναγκών και της ανατροφής του παιδιού μειώνεται (Howe, 2005). Παράλληλα η στάση της ευρύτερης ή τοπικής κοινωνίας σε θέματα, όπως η επιβολή πειθαρχίας μέσω της σωματικής τιμωρίας, μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση της παιδικής κακοποίησης. Συγχρόνως η στάση της αποφυγής στην ανάμειξη «ξένων», «ενδοοικογενειακών υποθέσεων», που μπορεί να εμπεριέχουν παιδική κακοποίηση αποτελεί ανασχετικό παράγοντα στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της (Γιωτάκος, 2014).

5. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Πέραν των γονικών χαρακτηριστικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, που λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου κακομεταχείρισης παιδιών, υπάρχουν και κάποια στοιχεία των παιδιών που τα θέτουν σε υψηλό κίνδυνο (McCoy, 2014).

Έτσι τα παιδιά που κινδυνεύουν περισσότερο από σωματική κακοποίηση είναι τα πολύ μικρά, ειδικά τα παιδιά κάτω των τριών ετών. Οι έφηβοι είναι η επόμενη πιο συχνά κακοποιημένη ηλικιακή ομάδα. Βέβαια και τα παιδιά ηλικίας τεσσάρων έως δώδεκα επίσης κακοποιούνται συχνά. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να χτυπηθούν, ενώ τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να παρενοχληθούν σεξουαλικά (McCoy, 2014).

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο είναι εκείνα τα οποία είναι ιδιαίτερα δύσκολα στη φροντίδα. Σε αυτά ανήκουν, για παράδειγμα, παιδιά που είχαν χαμηλό βάρος γέννησης ή ήταν πρόωρα. Επίσης σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα παιδιά με σωματική αναπηρία ή αναπτυξιακά καθυστερημένα. Είναι ιδιαίτερα εύκολο για το θύτη να υπερνικήσει ένα παιδί που είναι ασυνήθιστα μικρό, αδύναμο ή με ειδικές ανάγκες. Όταν αυτά τα παιδιά μεγαλώνουν και δυναμώνουν, μερικές φορές η κακοποίηση μειώνεται, επειδή ο θύτης φοβάται ότι θα χτυπηθεί. Όσο είναι μικρά όμως, τα παιδιά δεν αντιμάχονται. Αυτό που μπορούν να κάνουν είναι να κλάψουν. Ωστόσο το κλάμα μπορεί να ωθήσει ορισμένους φροντιστές να γίνουν θυμωμένοι και βίαιοι (Juettner, 2009).

Ορισμένοι υποστηρικτές της ευημερίας των παιδιών διαπιστώνουν ότι τα παιδιά σε οικογένειες που έχουν μόνο ένα ή δύο παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τα παιδιά σε μεγαλύτερες οικογένειες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι όταν τα μεγαλύτερα παιδιά είναι παρόντα, μπορούν να επέμβουν και να προσπαθήσουν να προστατεύσουν τα μικρότερα παιδιά από την κακοποίηση. Αυτό που συμβαίνει πιο συχνά είναι τα μεγαλύτερα παιδιά να αναλαμβάνουν την φροντίδα των μικρότερων αδελφών. Ως αποτέλεσμα, τα μικρότερα παιδιά στην οικογένεια περνούν λιγότερο χρόνο με έναν γονέα, που μπορεί να τους κακοποιήσει. Αυτό βοηθά στο να κρατηθούν τα μικρότερα παιδιά της οικογένειας ασφαλή. Ωστόσο υποχρεώνει τα μεγαλύτερα παιδιά να μεγαλώσουν πολύ πιο γρήγορα. Σε αυτές τις οικογένειες, τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να αισθάνονται σαν μικροί ενήλικες, φροντίζοντας τα παιδιά πριν γίνουν οι ίδιοι ενήλικες (Juettner, 2009).

6. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι πιο συχνές και κύριες μορφές κακοποίησης είναι εξής:

6.1. Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση είναι ο πιο οπτικός ή προφανής τύπος κακοποίησης που ευθύνεται για το ήμισυ των θανάτων των κακοποιημένων παιδιών (Newton, 2011). Χρησιμοποιείται ως όρος για να προσδιορίσει κάθε είδους σωματική δύναμη που έχει ως αποτέλεσμα προσωρινή ή μόνιμη παραμόρφωση του παιδιού ή οποιαδήποτε βλάβη κάποιας σωματικής λειτουργίας ή οργάνου. Η κακοποίηση μπορεί να είναι σκόπιμη, όπως όταν ένας γονέας ή φροντιστής χτυπά ένα παιδί ενώ είναι θυμωμένος ή ακούσια, όπως όταν ένας γονέας είναι θυμωμένος και ρίχνει μια καρέκλα που τυχαία χτυπά ένα παιδί (Newton, 2011). Εν γένει εμπεριέχει, όλων των ειδών τους τραυματισμούς, που δεν οφείλονται σε ατύχημα (DuPre, 2015:Κοντοπούλου, 2007). Οι μορφές της σωματικής κακοποίησης διακυμαίνονται από ήπιες όπως, ταρακούνημα, δάγκωμα, κλωτσιά, χτύπημα με ένα αντικείμενο, όπως ζώνη ή παπούτσι και τράβηγμα μαλλιών, έως και απειλητικές για τη ζωή του παιδιού όπως, δηλητηρίαση, κάψιμο, ενώ είναι πιθανό να επέλθει και ο θάνατος σε πολύ ακραίες καταστάσεις όπως ο πνιγμός και η ασφυξία (Lissauer & Clayden, 2016:Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Η σωματική κακοποίηση πολύ συχνά συμβαίνει κάτω από το πρίσμα της σκληρής σωματικής τιμωρίας, είτε γιατί ο γονέας ή κηδεμόνας δε συμφωνεί με τον τρόπο συμπεριφοράς του παιδιού, είτε γιατί έχει προσδοκίες που δε συνάδουν με το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται το παιδί το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Brown, 2010:Howe, 2005). Κατά την πρώτη περίπτωση, εάν ο γονέας υπερβεί τα όρια του νομικά επιτρεπτού γονικού ρόλου (σωματική τιμωρία), παρεκκλίνει στη βίαιη κακοποιητική συμπεριφορά (DuPre, 2015). Στην δεύτερη περίπτωση, εντάσσονται οι περιπτώσεις γονέων που τιμωρούν το βρέφος επειδή, παραδείγματος χάρη, κλαίει ή γιατί λέρωσε τις πάνες του.

Πολλοί κακοποιητικοί γονείς αργούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, ειδικά όταν τα παιδιά τους εμφανίζουν πόνους μετά από κάταγμα ή σοβαρό έγκαυμα. Όταν οι φροντιστές παρουσιάζουν το παιδί τους στο νοσοκομείο, οι εξηγήσεις για τον τραυματισμό μπορεί να είναι αβάσιμες, ασαφείς ή ασυνεπείς.

Αυξημένο κίνδυνο σωματικής κακοποίησης κατέχουν τα άτομα με σωματική αναπηρία, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα όρασης και ακοής, χαμηλό βάρος γέννησης και προβλήματα σωματικής υγείας. Επίσης, βρίσκονται σε κίνδυνο όσα έχουν γεννηθεί πρόωρα και παιδιά που πάσχουν από χρόνια αρρώστια. Με άλλα λόγια, τα παιδιά που για κάποιο λόγο τοποθετούν ψυχολογικά ευάλωτους γονείς σε επίπεδα στρες πέρα από αυτά που συνήθως βιώνουν, κινδυνεύουν περισσότερο. Γενικά τα παιδιά με ποικίλες δυσκολίες ή προβλήματα συμπεριφοράς, όπως η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ιδιαίτερα εάν φροντίζονται από επισφαλείς φροντιστές, που υποφέρουν από άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες πίεσης, μπορούν να βρεθούν σε αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης και παραμέλησης (Brown, 2010).

6.2. Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει την συμμετοχή με τη βία ενός παιδιού, ηλικίας μικρότερης των 18 χρόνων, σε δραστηριότητες σεξουαλικού περιεχομένου. Στις πράξεις αυτές μπορεί να υπάρχει επαφή του θύτη και του θύματος, όπως στην περίπτωση ενός βιασμού με εισαγωγή του πέους ή άλλων αντικειμένων σε οποιαδήποτε οδό του θύματος. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει σωματική επαφή, όπως η παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού ή σεξουαλικών πράξεων. Στην κατηγορία της σεξουαλικής κακοποίησης εντάσσεται και η εκμετάλλευση του παιδιού, με τη συμμετοχή του δηλαδή για στη δημιουργία πορνογραφικού υλικού (Lissauer & Clayden, 2016: Brown, 2010).

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι συνήθως επακόλουθο της ενδοοικογενειακής βίας, με τα παιδιά που ζουν σε βίαια οικογενειακά περιβάλλοντα να είναι αρκετά ευάλωτα (McCabe, 2017). Στις περισσότερες των περιπτώσεων τα παιδιά γνωρίζουν τον θύτη, και λόγω της ηλικίας τους ή του σταδίου ανάπτυξης στο οποίο βρίσκονται η σχέση μεταξύ θύτη και θύματος είναι σχέση εμπιστοσύνης, φροντίδας ή οικειότητας (Ινστιτούτο Προστασίας Παιδιού, 2014:Brown, 2010). Οι γονείς ή κηδεμόνες αποτελούν την πλειοψηφία των δραστών, ενώ συχνά εμφανίζεται και το ενδεχόμενο εμπλοκής άλλου ενήλικου, όπως για παράδειγμα φίλοι της οικογένειας, εραστές ή εργαζόμενοι σε κέντρα ημερήσιας φύλαξης παιδιών (Brown, 2009:Luxner, 2011). Επιπλέον, την εμφάνισή τους κάνουν και πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης από άλλα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Η πιο διαδεδομένη μορφή παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι η αιμομιξία ανάμεσα στον πατέρα και στην κόρη, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που εμπλέκονται και τα αδέρφια, τα οποία θα πρέπει να εξετάζονται εξίσου αν υπάρχουν δείγματα κακοποίησης (Brown, 2010).

Οι περισσότερες περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης δεν έρχονται ποτέ στο φως. Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια φοβάται την κοινωνική κατακραυγή, το στιγματισμό και νιώθει ενοχή, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μια ατμόσφαιρα άρνησης και αποσιωπία το γεγονός (Γιωτάκος & Πρεκατε, 2006). Ο θύτης θα καταφέρει να κάνει το θύμα να μη μιλήσει είτε απειλώντας το, με ξυλοδαρμό ή θάνατο, είτε με απειλές που αφορούν ένα άλλο μέλος της οικογένειας, κυρίως τα αδέρφια. Επιπλέον, μια άλλη αιτία που αφήνει την κακοποίηση χωρίς περαιτέρω διερεύνηση είναι ο φόβος, πως αν αναφερθεί ότι το παιδί έχει υποστεί κακοποίηση, ενώ στην πραγματικότητα δεν έχει συμβεί κάτι τέτοιο, τότε τόσο το παιδί όσο και η οικογένειά του θα υποστούν το στιγματισμό αδίκως (Brown, 2010).

Τα περισσότερα θύματα παιδικής κακοποίησης είναι κάτω των δύο ετών. Κατά την εξέταση της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, περίπου το 25% των θυμάτων που αναφέρθηκαν είναι ηλικίας μεταξύ 12 και 14 ετών, περίπου 35% είναι ηλικίας 6 έως 11 ετών και περίπου 15% είναι ηλικίας μεταξύ 3 και 5. Ωστόσο, η McCabe (2003) αναφέρει ότι υπάρχουν περισσότερα κρούσματα σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών ηλικίας κάτω των τριών ετών, αλλά, δυστυχώς, αυτές οι περιπτώσεις συνήθως δεν ανιχνεύονται ούτε αναγγέλλονται μέχρις ότου το παιδί είναι μεγαλύτερο (McCabe, 2017).

6.3. Συναισθηματική κακοποίηση

Η συναισθηματική κακοποίηση ενός παιδιού, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Προστασίας του Παιδιού, μπορεί να αφορά περιστατικά που συνέβησαν μόνο μια φορά, αλλά και καθημερινώς επαναλαμβανόμενα περιστατικά, που αποδεικνύουν ότι οι κηδεμόνες ή οι φροντιστές δεν είναι ικανοί για την παροχή ενός περιβάλλοντος κατάλληλου και υποστηρικτικού για τη σωστή ανάπτυξη του παιδιού (Ινστιτούτο Προστασίας του Παιδιού). Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους πιθανόν να είναι ανώριμοι συναισθηματικά. Μη μπορώντας να καλύψουν τις δικές τους συναισθηματικές ανάγκες, παραμελούν και αγνοούν και τις ανάγκες των παιδιών τους. Δεν είναι στοργικοί και δε φροντίζουν τα παιδιά τους, γιατί δεν έχουν μάθει πώς να το κάνουν (Brown, 2010). Η συναισθηματική κακοποίηση είναι μια εσωτερικά τραυματική μορφή

κακοποίησης, που δημιουργεί βαθιές ουλές στην αίσθηση της αυτοεκτίμησης του παιδιού (DuPre, 2015;Newton, 2011).

Περιλαμβάνει εμφανείς μορφές όπως η χρήση λεκτική βίας με φωνές και απειλές, αλλά και πιο λεπτές μορφές όπως οι κατηγορίες, τα υποτιμητικά σχόλια, αλλά και συνεχείς εκφράσεις και συμπεριφορές που κάνουν το παιδί να αισθάνεται ανεπιθύμητο, μη αγαπητό ή άχρηστο (Newton, 2011;Howe, 2005). Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνει και την επιβολή στο παιδί να βλέπει και να ακούει την κακομεταχείριση ενός άλλου ατόμου. Όλες αυτές οι πρακτικές έχουν ως αποτέλεσμα το παιδί να αισθάνεται ότι κινδυνεύει και να φοβάται, ενώ ταυτόχρονα οι επιπτώσεις στην συναισθηματική του ανάπτυξη και την σωστή κοινωνικοποίησή του είναι σοβαρές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως στις πρακτικές της συναισθηματικής κακοποίησης ανήκει επιπλέον και υπερπροστασία του παιδιού και η μη φυσιολογική κοινωνική αλληλεπίδραση (Brown, 2010:Luxner, 2011).

Συχνά, η συναισθηματική κακοποίηση συνυπάρχει μαζί με άλλες μορφές κακοποίησης, αν και αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να εμφανίζεται μεμονωμένα. Στο σπίτι συχνά δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και συνήθως επικρατεί κατάσταση χάους (Brown, 2010:Luxner, 2011).

Η συναισθηματική κακοποίηση εξετάζεται συνήθως σε κάποιες υποκατηγορίες: την απόρριψη, την απομόνωση, τον εκφοβισμό, την αδιαφορία, τη διαφθορά και την καταστροφή προσωπικής ιδιοκτησίας.

Κάποιοι γονείς δυστυχώς εκδηλώνουν άρνηση-απόρριψη της αγάπης στο παιδί τους με καταστρεπτικές για εκείνο συνέπειες. Εκτός από την ψυχική ασθένεια στον γονέα, οι λόγοι για την απόρριψη ενός παιδιού από τον γονέα περιλαμβάνουν μη επαληθευμένες προσδοκίες σχετικά με τη γέννα και την οικογενειακή δυναμική (McCabe, 2017).

Με την απομόνωση οι γονείς περιορίζουν το παιδί σε ένα συγκεκριμένο χώρο ή ακόμη μπορεί να του στερήσουν κάποια δραστηριότητα έξω από το σπίτι, όπως το να παίζει έξω με τους φίλους του (McCabe, 2017).

Ένας άλλος τύπος συναισθηματικής κακοποίησης είναι η τρομοκρατία, στην οποία ο θύτης απειλεί λεκτικά ή και με διάφορα υλικά μέσα το παιδί για να δημιουργήσει ένα κλίμα τρόμου και φόβου (McCabe, 2017).

Για λόγους σαφήνειας, η κακοποίηση ενός παιδιού, όταν αφορά αδιαφορία για τις βασικές ανάγκες του για τρόφιμα και στέγη, μπορεί να θεωρηθεί ως παραμέληση. Ωστόσο, όταν ένα

παιδί στερείται κοινωνικών ερεθισμάτων και ανταπόκρισης από τον φροντιστή του, αυτή η ενέργεια της αδιαφορίας χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική κακοποίηση. Η αδιαφορία για ένα παιδί συχνά οδηγεί σε ένα παιδί με αδιαφορία για κοινωνική αλληλεπίδραση, αυτο-αντίληψη αναξιοσύνης και προβλήματα υγείας (McCabe, 2017).

Η διαφθορά ενός παιδιού συνεπάγεται την ένταξη του παιδιού σε αυτοκαταστροφικές (αλκοόλ, ναρκωτικά) και μερικές φορές εγκληματικές συμπεριφορές και αποτελεί επίσης ένα είδος συναισθηματικής κακοποίησης (McCabe, 2017).

Η συναισθηματική κακοποίηση μπορεί επίσης να εκδηλωθεί με την καταστροφή των πραγμάτων ενός παιδιού ή θανάτωση κατοικίδιων ζώων. Με αυτόν τον τρόπο ο θύτης εκφράζει στο παιδί την εξουσία που έχει ακόμη και στη ζωή και στο θάνατο (McCabe, 2017).

Υπάρχουν περίπου 250.000 παιδικά θύματα συναισθηματικής κακοποίησης στις Ηνωμένες Πολιτείες σε ετήσια βάση (Gchildren's Bureau, 2014). Έτσι, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παιδιών, διαφόρων ηλικιών, που δικαιούνται βοήθεια. Περίπου το 40% των θυμάτων συναισθηματικής κακοποίησης είναι ηλικίας κάτω των 6 ετών, περίπου το 35% των θυμάτων είναι ηλικίας μεταξύ 6 και 11 ετών και περίπου το 25% είναι άνω των 12 ετών (McCabe, 2017).

6.4. Παραμέληση

Ως παραμέληση ορίζεται η έλλειψη ικανότητας των γονέων ή των κηδεμόνων να καλύψουν τις βασικές ανάγκες του παιδιού, για τη σωστή ανάπτυξή του. Τέτοιες είναι η σωματική και τη συναισθηματική ανάγκη, την ανάγκη για υγεία και εκπαίδευση, όπως και την κάλυψη ασφαλών συνθηκών διαβίωσης .

Η παραμέληση ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα ανωριμότητας ή ψυχικής νόσου των γονέων/ κηδεμόνων ή χρήσης ουσιών από αυτούς. Η παραμέληση συχνά συμβαίνει και όταν οι γονείς είναι παθητικοί με αποτέλεσμα τα παιδιά να γίνονται κατά μίμηση παθητικά (Howe, 2005). Παράλληλα η έλλειψη επίβλεψης εν ώρα εργασίας ή και η ακούσια έκθεση παιδιών σε επιβλαβείς ουσίες (π.χ. γυναίκα χρήστης ναρκωτικών που θηλάζει) (Juetner, 2009). Τέλος, πολλές φορές οι πεποιθήσεις σε πολιτισμικό και θρησκευτικό επίπεδο οδηγούν σε περιπτώσεις ιατρικής παραμέλησης (Brown, 2010).

Αποτελεί την πιο κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης, μιας και περισσότερο από το ήμισυ των περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών, που διερευνούνται από υπηρεσίες παιδικής προστασίας αφορούν την παραμέληση (McCabe, 2017). Διακρίνεται σε υποκατηγορίες.

Τα ευρεία χαρακτηριστικά της σωματικής παραμέλησης είναι γνωστά στους περισσότερους επαγγελματίες παιδικής φροντίδας. Σε αυτά περιλαμβάνονται η κακή υγιεινή και διατροφή, η απεριποίητη ή ακατάλληλη ενδυμασία, η φιλασθένεια και η γενικότερη έλλειψη φροντίδας. Η ανάπτυξη των παραμελημένων παιδιών συχνά εξασθενεί, σωματικά, εκπαιδευτικά και συναισθηματικά. Είναι κουρασμένα, απαθή και υποφέρουν από διαταραχές του δέρματος (Luxner, 2011;Howe, 2005).

Η Συναισθηματική παραμέληση κάνει λόγο για την απομόνωση του παιδιού και τον αποκλεισμό του στο σπίτι, εμποδίζοντας το με αυτόν τον τρόπο να αναπτύξει υγιείς σχέσεις και να κοινωνικοποιηθεί σωστά. Το παιδί που δεν γνωρίζει ποτέ τη θετική επαφή μεταξύ γονέα και παιδιού, αγνοεί αυτές τις μορφές σχέσεων και σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να ξεκινήσει τη διαδικασία σύνδεσης με άλλα άτομα, ακόμη και όταν ενηλικιωθεί. Τέλος, σε άλλες περιπτώσεις συναισθηματικής αμέλειας, το παιδί, λόγω κάποιας ψυχικής ασθένειας, απαιτεί ψυχολογική παρέμβαση. Ωστόσο, ο γονέας, είτε λόγω περιορισμένης γνώσης, είτε λόγω μη αναγνώρισης της ψυχικής ασθένειας στο δικό του παιδί, δεν ζητά βοήθεια από την ψυχολογική κοινότητα. Στην υποκατηγορία αυτή της παραμέλησης εντάσσεται και η εγκατάλειψη (Luxner, 2011).

Η Ιατρική παραμέληση αναφέρεται στην αμέλεια των γονέων/ κηδεμόνων για την παροχή κατάλληλης ιατρικής φροντίδας ή την μη έγκαιρη αναζήτηση θεραπείας για κάποιο τραύμα ή για κάποια νόσο από την οποία πάσχει το παιδί (McCabe, 2017).

Η Εκπαιδευτική παραμέληση κάνει λόγο για τη μη φοίτηση του παιδιού στην υποχρεωτική εκπαίδευση ή τη στέρηση της ειδικής αγωγής σε περιπτώσεις που αυτή κρίνεται απαραίτητη (Luxner, 2011). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εκπαιδευτική παραμέληση είναι αποτέλεσμα της φτώχειας, καθώς οι γονείς επιτρέπουν στα παιδιά τους να εργάζονται αντί να παρακολουθούν το σχολείο. Από εκπαιδευτική άποψη, ένα παιδί που δεν αντιλαμβάνεται το σχολείο για τον γονέα του ως προτεραιότητα, δε θα γίνει και δική του προτεραιότητα. Αυτά τα παιδιά θα προσπαθήσουν ελάχιστα στις εργασίες τους και απλά θα περάσουν από τάξη σε τάξη, έως ότου μπορέσουν να αποφασίσουν τα ίδια εάν επιθυμούν να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους. Χωρίς

τη γονική υποστήριξη, πολλά παιδιά δεν θα επιλέξουν να έχουν επιτυχία στο σχολείο (McCabe, 2017).

Η Παραμέληση της Εποπτείας είναι η αποτυχία του ανεπαρκή κηδεμόνα να εποπτεύει επαρκώς ένα παιδί, αφήνοντας το μόνο του, ή εκτοπίζοντας το από το σπίτι. Η παραμέληση της εποπτείας περιλαμβάνει την εγκατάλειψη. Περιλαμβάνεται επίσης σε αυτή την κατηγορία παραμέλησης, η αποδοχή από τους γονείς της απουσίας του παιδιού στο σπίτι, είτε για μια νύχτα είτε για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, χωρίς να γνωρίζουν την τοποθεσία του παιδιού. Δυστυχώς, στον σημερινό κόσμο των μονογονεϊκών οικογενειών, των μετακινήσεων μεγάλων αποστάσεων και των γονέων που ταξιδεύουν εκτενώς, η εποπτεία των παιδιών είναι μία από τις πιο κοινές κατηγορίες παραμέλησης (McCabe, 2017).

Εκτιμάται ότι περίπου το 60% όλων των θυμάτων παιδιών σωματικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης είναι επίσης θύματα παραμέλησης. Επιπλέον, πολλοί θάνατοι παιδιών από κακομεταχείριση ή κακοποίηση σχετίζονται με παραμέληση.

7. Νέες μορφές κακοποίησης

7.1. Σύνδρομο αμέτοχου θεατή

Ως «Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή» ορίζεται η έκθεση του παιδιού (συνήθως συστηματική) σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Σε αυτό το σύνδρομο παρότι η βία δε στοχεύει στο ίδιο το παιδί, εκείνο μπαίνει ψυχολογικά «στη θέση του θύματος», βιώνοντας έτσι το ψυχικό μέρος του τραύματος. Υπό αυτή την έννοια το σύνδρομο αυτό αποτελεί το καλύτερο παράδειγμα αποσύνδεσης του σωματικού από το ψυχολογικό συστατικό του φαινομένου της βίας (Νικολαΐδης, 2009).

7.2. Σύνδρομο ταρακουνημένου βρέφους

Το σύνδρομο του «ταρακουνημένου βρέφους» “Shaken baby syndrome” είναι αποτέλεσμα του δυνατού ταρακουνήματος ενός βρέφους, το οποίο με το χτύπημα του εγκεφάλου στο κρανίο μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη, τύφλωση, παράλυση, επιληπτικές κρίσεις ακόμη και θάνατο. Τα βρέφη είναι ειδικά ευάλωτα σε αυτό το σύνδρομο μιας και το κεφάλι τους είναι συγκριτικά μεγαλύτερο από τα άλλα μέρη του σώματος του και οι μύες του λαιμού είναι αδύναμοι για να παρέχουν επαρκή στήριξη στο κεφάλι. Η αφορμή για την πρόκληση του συνδρόμου αυτού προέρχεται από τη δυσκολία στη σίτιση ενός βρέφους ή από τον παροξυσμό κλάματος του, που οδηγεί στην απώλεια του ελέγχου κάποιων από τους φροντιστές του βρέφους. Στο σύνδρομο αυτό η θνητότητα των βρεφών από εγκεφαλική αιμορραγία είναι υψηλή. Χαρακτηριστικά στην Αμερική 100 από τα περίπου 3000 ετήσια περιστατικά παιδιών με αυτό το σύνδρομο πεθαίνουν (Νικολαΐδης, 2009).

7.3. Υπολειπόμενη ανάπτυξη μη οργανικής αιτιολογίας

Μια ιδιαίτερη (αρκετά επικίνδυνη για το παιδί) μορφή παραμέλησης είναι η «υπολειπόμενη ανάπτυξη μη οργανικής αιτιολογίας» (αναφερόμενη παλαιότερα και ως «μη-οργανική συστροφία»), που ορίζεται ως η νοσολογική οντότητα, όπου το βάρος του σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση (Νικολαΐδης, 2009).

7.4. Μη τυχαία δηλητηρίαση

Η μη τυχαία δηλητηρίαση ή αλλιώς «χημική κακοποίηση» (Chemical abuse), αναφέρεται στην εσκεμμένη χορήγηση τοξικής ουσίας (ναρκωτικά, φάρμακα, απορρυπαντικά) σε ένα παιδί, με σκοπό την πρόκληση βλάβης σε αυτό ή ακόμη και του θανάτου. Πρόκειται για ύπουλη και επικίνδυνη μορφή κακοποίησης από γονείς που συνήθως είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα και χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση (Σταυριανός, 2008).

7.5. Σύνδρομο Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων – στην πλειοψηφία μητέρες-που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, σπασμούς, εμετούς ή να προκαλέσουν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ. αίμα, ούρα). Με τις ενέργειες αυτές απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς.

7.6. Παιδιά στρατιώτες

Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά ορίζει ως παιδί στρατιώτη «κάθε άτομο ηλικίας κάτω των 18 ετών, που ανήκει σε οποιοδήποτε είδος τακτικής ή έκτακτης ένοπλης δύναμης ή ένοπλης ομάδας υπό οποιαδήποτε ιδιότητα, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, μαγείρων, αχθοφόρων, αγγελιοφόρων και όσων συνοδεύουν τέτοιες ομάδες, εκτός από μέλη της οικογένειας. Το συγκεκριμένο ηλικιακό όριο είναι σχετικά πρόσφατο μιας και θεσπίστηκε το 2002 από το Προαιρετικό πρωτόκολλο στη Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού (Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child). Πριν το 2002, από τη Σύμβαση της Γενεύης το 1947 μέχρι και τη Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού (1989) τα 15 έτη ήταν το κατώτερο όριο της συμμετοχής σε ένοπλη διαμάχη (UNICEF, 2003).

Το φαινόμενο αυτό απαντάται κυρίως σε χώρες της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής Τα παιδιά στρατιώτες συνήθως υπόκεινται σε βιαιοπραγίες, βασανιστήρια, σεξουαλική εκμετάλλευση ή και δολοφονίες (Σταυριανός, 2009). Το φαινόμενο των παιδιών στρατιωτών

είναι μια πραγματικότητα παγκοσμίως με πολύ μεγάλο αριθμό παιδιών να στερούνται την παιδική τους ηλικία εκούσια ή με τη βία, για διάφορους λόγους, όπως οικονομικούς ή επιβίωσης. Αν και οι έρευνες δείχνουν ότι 300.000 παιδιά στρατιώτες συμμετέχουν σε πάνω από 30 συγκρούσεις σε όλο τον κόσμο, στην πραγματικότητα, κανείς δεν ξέρει τον πραγματικό αριθμό (UNICEF, 2003).

7.7. Παιδική εργασία

Στις μέρες μας σε πολλές χώρες, όπως η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Η.Π.Α., αναγνωρίζεται το δικαίωμα των παιδιών να εργάζονται, να κερδίζουν χρήματα αν το επιθυμούν ή το έχουν ανάγκη. Το πρόβλημα με την παιδική εργασία έγκειται στην εκμετάλλευση της ικανότητας των παιδιών να εργαστούν. Εδώ είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά παραδείγματα ειδεχθούς εργασιακής εκμετάλλευσης των παιδιών όπως, καταναγκαστική εργασία, πορνεία, παιδιά-στρατιώτες και άλλες ιδιαίτερες επικίνδυνες, απάνθρωπες ή ανθυγιεινές μορφές εργασίας (Αλιάκου, 2014). Κατ' αυτό τον τρόπο η παιδική εργασία θεωρήθηκε ως μια μορφή παραμέλησης και κακομεταχείρισης των παιδιών, αλλά και οικονομικής και σεξουαλικής εκμετάλλευσης.

Δεν θα πρέπει να θεωρείται παιδική εργασία η βοήθεια των παιδιών στις δουλειές του σπιτιού, με τις οποίες αποκτούν γνώσεις και υπευθυνότητα, ούτε μια απλή ολιγόωρη εργασία για να έχουν τα παιδιά ένα «χαρτζιλίκι». Σύμφωνα με τη ΔΟΕ, παιδική εργασία συνιστά η οικονομική δραστηριότητα παιδιών μικρότερων των 15 ετών, ανεξαρτήτου εργασιακού καθεστώτος, που εργάζονται πολλές ώρες σε συνθήκες καταστρεπτικές για την υγεία τους, για τη φυσική και νοητική τους ανάπτυξη, συχνά μακριά από την οικογένειά τους και στερούμενα των δυνατοτήτων για μάθηση και εκπαίδευση (βλέπε άρθρο 32 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού CRC). Αν κάτι από αυτά συμβαίνει και στην οικιακή εργασία τότε και αυτή θεωρείται παιδική εργασία (Αλιάκου, 2014).

Επομένως με τον όρο «παιδική εργασία» μπορεί να θεωρηθεί η εργασία που διεκπεραιώνεται από παιδιά και είναι επιζήμια, επειδή είναι καταχρηστική, εκμεταλλευτική, επικίνδυνη ή με οποιονδήποτε τρόπο αντιτίθεται στο συμφέρον του παιδιού (Αλιάκου, 2014).

Στη χώρα μας, σε μια έρευνα που πραγματοποίησε η UNICEF, υπολογίζεται ότι τα «παιδιά του δρόμου και των φαναριών» ανέρχονται σε 5800 και υποβάλλονται σε κάθε είδους κακοποίηση από τους «προστάτες» τους (Σταυριανός, 2008).

8. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η παιδική κακοποίηση, όπως έχει ήδη γίνει φανερό, αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα ανάσχεσης και διαστρέβλωσης της πορείας του παιδιού προς την ομαλή του ανάπτυξη και προσαρμογή. Συνεπώς θεωρούνται αυτονόητες και οι συνακόλουθες προβληματικές επιπτώσεις της κακοποιητικής κατάστασης, σε κάθε πτυχή της προσωπικότητας και της λειτουργικότητας του παιδιού, που αρκετά συχνά διατηρούνται μακροπρόθεσμα (Μοττη-Στεφανίδη, 2015).

8.1. Συνέπειες της σωματικής κακοποίησης

Οι εμφανείς συνέπειες της φυσικής-σωματικής κακοποίησης είναι τα ιατρικά ή υγειονομικά προβλήματα που αυτή προκαλεί. Αυτά ποικίλουν από σχετικά ελαφρούς τραυματισμούς, με μελανιές και γρατσουνιές, μέχρι σοβαρούς τραυματισμούς όπως κατάγματα, αιμορραγίες, εγκαύματα και τραυματισμούς που καταλήγουν σε θάνατο. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης, που συνδέονται με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες, που στη συνέχεια επιφέρουν αναταραχή στην ομαλή σωματική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη. Παραδειγματικά το βίαιο ταρακούνημα ενός βρέφους (shaken baby syndrome) μπορεί να προκαλέσει άμεσα επακόλουθα όπως εμετό, διάσειση, ρινορραγία, εσωτερικά αιματώματα, αναπνευστικά προβλήματα, ανορεξία, ληθαργικότητα μέχρι και θάνατο. Όσον αφορά τις μακροχρόνιες συνέπειες μπορεί να επιφέρει τύφλωση, νοητική υστέρηση, εγκεφαλική ή σωματική παράλυση (Μόττη-Στεφανίδη, 2015;McCoy, 2014).

Βέβαια η σωματική κακοποίηση δε βλάπτει μόνο το σώμα ενός παιδιού, αλλά βλέπουμε επίσης να επιφέρει προβλήματα που δεν είναι απαραίτητα οφθαλμοφανή πάνω στο σώμα του. Για παράδειγμα, οι περισσότερες, αν όχι όλες, οι μελέτες δείχνουν ότι τα θύματα σωματικής κακοποίησης υποφέρουν από διανοητικά και μαθησιακά προβλήματα, που φανερώνονται στη σχολική επίδοση και συμπεριφορά. Συνάμα η προβληματική συναναστροφή με τους κακοποιητικούς φροντιστές τους στερεί από τα παιδιά την απαραίτητη ασφάλεια, την αυτοεκτίμηση καθώς και κοινωνικές δεξιότητες. Επομένως οι διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι προβληματικές ενώ η επιθετικότητα κατά μίμηση (σε συνομηλίκους, σύζυγο, παιδιά), η εκδικητικότητα, η κατάχρηση ουσιών και ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελούν πιθανά συνοδευτικά συμπτώματα. Τέλος άλλες διαταραχές που συνδέονται με τη σωματική κακοποίηση

είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάθλιψη, η δυσθυμία, ΔΕΠΥ και εναντιωματική διαταραχή (McCabe, 2017;McCoy, 2014).

8.2. Συνέπειες της παραμέλησης

Παρότι η παιδική παραμέληση είναι λιγότερο εμφανής και δραματική από ότι η σωματική ή η σεξουαλική κακοποίηση, αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τύπο κακοποίησης με μακροχρόνιες συνέπειες μέχρι και θάνατο. Βέβαια ο αντίκτυπος της παραμέλησης εξαρτάται από παράγοντες όπως η σοβαρότητα της κακοποίησης, η διάρκεια και το εξελικτικό επίπεδο στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Έτσι κατά τη νηπιακή ηλικία τα παραμελημένα παιδιά μπορεί να διαγνωστούν με ανεπάρκεια αύξησης/δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, ψυχοκινητική καθυστέρηση και αναπτυξιακά προβλήματα, όπως σχολική αποτυχία ή νοητική υστέρηση. Παράλληλα η έλλειψη υγιούς γονικής αλληλεπίδρασης και προσκόλλησης (attachment) προδιαθέτει αρνητικά τις μελλοντικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τη γνωστική και σωματική (μυϊκή) ανάπτυξη (McCabe, 2017;McCoy, 2014).

Στην παιδική ηλικία η παραμέληση συνεπάγεται τη μειωμένη γλωσσική κατανόηση, σχολική επιτυχία και κοινωνικότητα, γνωστικές ελλείψεις καθώς και διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Στην εφηβεία οι ελλείψεις της νηπιακής ηλικίας σε κοινωνικό και γνωστικό επίπεδο γίνονται πιο εμφανείς σε αυτό το στάδιο. Παράλληλα ανάγκες των παιδιών που δεν καλύπτονται μπορεί να τους οδηγήσουν σε αναζητήσεις εκτός σπιτιού με πιθανή έκβαση την εγκληματικότητα ή τη θυματοποίηση. Επιπλέον τα παραμελημένα παιδιά έχουν υψηλό ποσοστό ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών όπως σωματοποίηση, εμμονή-καταναγκασμούς (υποχονδριακός), διαπροσωπική ευαισθησία, κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη, άγχος, εχθρότητα, φοβικό άγχος, παρανοϊκό ιδεασμό και ψυχωσισμό και είναι πιο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία από ό, τι οι συνομήλικοί τους (McCoy, 2014). Τέλος η ανασφάλεια των ελλείψεων που είχαν βιώσει λόγω της παραμέλησης οδηγεί τα θύματα στην αγωνία για βιοτική εξασφάλιση, σε υψηλές προσδοκίες από τα παιδιά τους με πιθανή την ενδοοικογενειακή βία (McCabe, 2017).

8.3. Συνέπειες της ψυχολογικής-συναισθηματικής κακοποίησης

Η επίδραση και της ψυχολογικής κακοποίησης εξαρτάται από παράγοντες όπως η φύση, η σοβαρότητα και η διάρκεια της κακοποίησης καθώς και η ηλικία, το φύλο και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού κατά το οποίο συμβαίνει η κακοποίηση. Συγκεκριμένα οι συνέπειες θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε πέντε κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία συνεπειών που αφορά τις εσωτερικές σκέψεις, τα αισθήματα και τη συμπεριφορά, εμπεριέχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητική αυτοεικόνα, άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονικούς ιδεασμούς. Στη δε νηπιακή ηλικία οι συνέπειες περιλαμβάνουν την απάθεια και ευερεθιστότητα (McCabe, 2017).

Στη δεύτερη κατηγορία, που αφορά τα συναισθηματικά προβλήματα της κακοποίησης, αναδεικνύονται η συναισθηματική αστάθεια, ο ανεπαρκής έλεγχος παρορμήσεων, η κατάχρηση ουσιών, η μη ανταπόκριση, η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας και οι διατροφικές διαταραχές (βουλιμία). Παράλληλα τα θύματα της συναισθηματικής κακοποίησης αποτελούν πιθανούς θύτες της αντίστοιχης κακοποίησης μιας και δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματα των δικών τους παιδιών (Γιωτάκος, 2014).

Στην κατηγορία της κοινωνικής και αντικοινωνικής λειτουργικότητας εμφανίζονται οι συνέπειες του ανασφαλούς δεσμού προσκόλλησης του παιδιού προς τους γονείς, που συνεπάγεται φτωχή κοινωνική ικανότητα, κοινωνική απομόνωση, επιθετικότητα, βία, εγκληματικότητα, έλλειψη ενσυναίσθησης και κακή σεξουαλική προσαρμογή (DuPre, 2015).

Συνέχεια έχουν τα μαθησιακά προβλήματα που περιλαμβάνουν καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου και τη γνωστική ανάπτυξη, όπως και μειωμένη διανοητική ικανότητα και ακαδημαϊκά προβλήματα.

Τέλος στη σωματική υγεία οι μη αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί έρχονται ως αυτοτιμωρία για την αρνητική στάση των γονιών. Συγχρόνως η απορριπτική στάση των γονιών προς τα παιδιά μπορεί να επιφέρει αλλεργίες, άσθμα, αναπνευστικά προβλήματα, υπέρταση, δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, πονοκεφάλους, και γενικότερα χαμηλότερη ανθεκτικότητα σε αρρώστιες κατά την ενήλικη ζωή (Γιωτάκος και συν, 2014).

8.4. Συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης

Η βλάβη που προκαλείται στο παιδί από τη σεξουαλική κακοποίηση είναι μεν πολύ σοβαρή για τη σωματική και συναισθηματική του ανάπτυξη, περισσότερο όμως για την εμπιστοσύνη του στους ενηλίκους, ειδικά αν ο δράστης είναι κάποιο αγαπημένο πρόσωπο. Συνακόλουθα της κακοποίησης αποτελούν συνήθως η κατάθλιψη, η αυτοκαταστροφική σκέψη (αυτοκτονικός ιδεασμός λόγω ντροπής και ενοχικότητας) και συμπεριφορά, οι αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάχρηση ουσιών (ως αντιμετώπιση των αναμνήσεων), ο θυμός, η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, η αποσυνδεδετική διαταραχή, η απώθηση αρνητικών εμπειριών, η αίσθηση διαρκούς κινδύνου στον οποίο είναι αβοήθητοι, η προβληματική κοινωνικότητα, η ακατάλληλη σεξουαλική δραστηριότητα με παιχνίδια ή αντικείμενα, η υπερσεξουαλικότητα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, εφιάλτες και προβλήματα ύπνου, οι αναβιώσεις, η σύγχυση σεξουαλικής ταυτότητας. Τέλος φαίνεται πως η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με την ενδοοικογενειακή βία και τη συζυγική πορνεία (DuPre, 2015).

9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αρκετές έρευνες φαίνεται να επιβεβαιώνουν την υπόθεση κατά την οποία παιδιά τα οποία έχουν συστηματικά βιώσει ή έχουν γίνει μάρτυρες κακοποίησης, είναι πιο πιθανό να διαπράξουν ή να γίνουν δέκτες (επαναθυματοποίηση) βίας καθώς μεγαλώνουν και ενηλικιώνονται (Caykoylu, 2011). Επομένως υπάρχει συνήθως μια σύνδεση, μια πρόγνωση, μεταξύ των δύο καταστάσεων. Η σύνδεση αυτή της βίας, βέβαια, αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα μιας και η βία συνδέεται με αρκετές κοινωνικές μειονεξίες και πολιτισμικές-θρησκευτικές πεποιθήσεις (Benedini, 2016;Caykoylu, 2011).

Η παιδική κακοποίηση, λοιπόν, μαζί με την ενδοοικογενειακή βία και την γονεϊκή απόρριψη αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την μελλοντική εξέλιξη του παιδιού. Η επιρροή επέρχεται κυρίως στη στάση του, που χαρακτηρίζεται από θυματοποίηση και βιαιότητα, είτε προς συνομηλίκους είτε ειδικότερα προς το σύντροφό και την οικογένεια (Chiang, 2018). Αυτή, βέβαια, η στάση αποτελεί ίσως και το μόνο γνωστό και οικείο τρόπο διαπροσωπικής στάσης, διαμάχης ή επίλυσης προβλημάτων, που αναπαράγεται κατά μίμηση του γονεϊκού προτύπου. Μέσω άλλωστε μιας βίαιης γονεϊκής σχέσης επέρχεται και η φτώχη γονική μέριμνα, που αναπτύσσει τραυματισμένες προσωπικότητες (Abramovait,2015;Rodriguez, 2011).

Αποτέλεσμα αποτελεί αρκετά συχνά η πρόγνωση για αναπαραγωγή ενός «κύκλου της βίας» ή «κύκλου της θυματοποίησης» (Benedini, 2016).

Έναντι αυτής της διαπίστωσης είναι πολύ σημαντικό για τους ειδικούς να κατανοήσουν την εσωτερική διασύνδεση των εμπειριών βίας στο διάβα της ζωής ενός ατόμου. Έτσι στον προγραμματισμό των παρεμβάσεων για τα κακοποιημένα παιδιά θα λαμβάνεται υπόψη η μελλοντική πιθανή τους αδυναμία, αλλά και στη διαχείριση ανθρώπων με ιστορικό κακοποίησης θα λαμβάνεται υπόψη το βίαιο παρελθόν τους, για την καλύτερη κατανόηση της τρέχουσας έκφρασης της βίας-θυματοποίησης (Gomez, 2011).

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως ο «κύκλος της βίας» δεν αποτελεί κανόνα, καθότι φαίνεται να υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που δεν αναπαράγουν το μοτίβο της βίας. Μέσα από την συναισθηματική και κοινωνική στήριξη, τη μείωση του άγχους και την δημιουργική ανασκόπηση των προσωπικών αρνητικών εμπειριών βοηθούνται στην απόρριψη της βίας (Caykoylu, 2011).

10. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ως πρόληψη ορίζουμε το σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στην προστασία του παιδιού από παράγοντες που ευνοούν πράξεις κακοποίησης ή παραμέλησής του και στις αρνητικές επιπτώσεις που αυτές επιφέρουν τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και στον ψυχισμό του (Browne et al., 2002). Από τη στιγμή, λοιπόν, που η παιδική κακοποίηση αναδεικνύεται σε τόσο σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας η αντιμετώπιση της είναι επιβεβλημένη (McCoy, 2014). Έτσι, η πρόληψη αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, καθώς τα παιδιά ανάλογα με τα βιώματά αυτής της ηλικίας θα διαμορφώσουν ανάλογο κώδικά συμπεριφοράς ως ενήλικες. Τα παιδιά, που το οικείο περιβάλλον τους προσφέρει θετικά πρότυπα συμπεριφοράς, θα προσπαθήσουν και αυτά με τη σειρά τους να δημιουργήσουν μια ανάλογη ζωή αποτελώντας θετικά πρότυπα για τις επόμενες γενιές (Brown, 2011). Η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας διακρίνεται σε τρία στάδια: την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη (Scott et al., 2016).

Η Πρωτογενής Πρόληψη, στη φάση αυτή σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με το πρόβλημα της κακοποίησης, στοχεύοντας στην αναδιαμόρφωση των αξιών και των αντιλήψεων που ευνοούν τις ανισότητες μεταξύ των δύο φύλων, τη σωματική τιμωρία και αποτρέπουν τα μέλη της οικογένειας να μιλήσουν ανοιχτά για θέματα ενδοοικογενειακής βίας, ακόμα και αν τα ίδια βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο. Σημαντική είναι, επίσης, και η ενημέρωση του πληθυσμού για τη σωστή διαδικασία την οποία πρέπει να ακολουθήσει αν υποπτευθεί κάποιο περιστατικό κακοποίησης (McCoy, 2014).

1. Στο πλαίσιο επίσης της πρωτογενούς πρόληψης ανήκουν προγράμματα γονικής εκπαίδευσης για την προσφορά των οποίων αξιοποιούνται, ως μέσα προσέγγισης, τα σχολεία, τα παιδιατρικά τμήματα και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Scott et al., 2016). Αυτά τα προγράμματα έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι διαθέσιμα σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων και σε δυνητικά ευρύ φάσμα γονέων. Επιπλέον, παρέχουν ένα πιο γενικό επίπεδο στήριξης στους γονείς, χωρίς το στίγμα που συνδέεται με τα πιο εξειδικευμένα προγράμματα. Ωστόσο, απαιτείται οι γονείς να αναγνωρίσουν την ανάγκη τους για βοήθεια στην ανατροφή των παιδιών τους και να προθυμοποιηθούν να παρακολουθήσουν και να μάθουν από αυτά τα προγράμματα (McCoy, 2014).

Επιπλέον, χρήσιμα είναι και τα προγράμματα που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό και βοηθούν τους γονείς να αναπτύξουν τις ικανότητές τους ώστε να μπορούν να επιτελέσουν σωστά το έργο τους. Αυτή η κίνηση αποσκοπεί στη μείωση του ποσοστού των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και παράλληλα στη στήριξη των νέων γονέων. Τέλος, αυτό το στάδιο της πρόληψης επικεντρώνεται και στην ενημέρωση των παιδιών από τα σχολεία και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για το πρόβλημα της κακοποίησης, καθώς επίσης και για τα δικαιώματά τους όπως τα περιγράφει η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, με σκοπό να καταστούν ικανά να προστατέψουν το εαυτό τους (Scott et al., 2016).

2. Η Δευτερογενής Πρόληψη σκοπός της σε αυτό το στάδιο είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος πριν εκδηλωθεί. Αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία διάφορων προγραμμάτων και δράσεων. Αρχικά τα προγράμματα στοχεύουν στην ενημέρωση και στην εκμάθηση των επαγγελματιών υγείας ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τους παράγοντες επικινδυνότητας για εμφάνιση κακοποίησης. Έπειτα, υπάρχουν προγράμματα έχουν να κάνουν σχέση με την κατ' οίκον επίσκεψη των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών) σε μητέρες με νεογέννητα μωρά και μητέρες που είναι νέες σε ηλικία, ενώ σε άλλα παρέχεται υποστήριξη σε νέους γονείς ώστε να μπορέσουν να φέρουν σε πέρας το γονικό τους ρόλο (Scott et al., 2016). Τέλος, στο στάδιο αυτό σχεδιάζονται πολιτικές με σκοπό την καταπολέμηση της ανεργίας, ενώ παράλληλα δημιουργούνται και κέντρα πληροφόρησης και κοινωνικής στήριξης για την ανακούφιση των οικογενειών που το εισόδημά τους είναι χαμηλό (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Ουσιαστικά από τη μια γίνεται προσπάθεια να ελαχιστοποιηθούν οι παράγοντες κινδύνου και οι επίδρασή τους, ενώ απ την άλλη γίνεται προσπάθεια να μεγιστοποιηθούν οι παράγοντες προστασίας των οικογενειών (Scott et al., 2016).

3. Η Τριτογενής Πρόληψη είναι το στάδιο κατά το οποίο έχει ήδη εμφανιστεί το πρόβλημα και ο σκοπός αυτού του σταδίου είναι η θεραπεία και η όσο το δυνατόν ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων (τραύμα), η μείωση της έντασης και στις σοβαρότητας του προβλήματος, καθώς επίσης και η αποφυγή της επαναθυματοποίησης (McCoy, 2014). Το στάδιο αυτό προβλέπει μέτρα που αφορούν την ασφάλεια του που παιδιού, ακόμα και αν αυτό σημαίνει να απομακρυνθεί από την οικογένειά του και την εγκατάστασή του σε ξενώνα φιλοξενίας για το χρονικό διάστημα που διαρκεί η κρίση. Παράλληλα, είτε πραγματοποιηθεί η απομάκρυνση του παιδιού, είτε όχι (όπως σε περιπτώσεις όπου δεν κρίνεται απαραίτητο) τόσο το παιδί όσο οι γονείς δέχονται κάποιου είδους θεραπεία και στήριξη (εκπαίδευση γονικών

ικανοτήτων, οικογενειακή θεραπεία, ψυχοθεραπεία παιδιού-γονέα, συμβουλευτική διαχείρισης θυμού) προκειμένου να αντιμετωπιστεί αφενός το τραυματικό βίωμα και αφετέρου να ελαχιστοποιηθεί η περίπτωση επανεμφάνισής του (Scott et al., 2016). Ακόμη, ως τελευταίος αλλά εξίσου σημαντικός στόχος αυτού του επίπεδου αποτελεί η αποκατάσταση του παιδιού, που βασίζεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Ο διαχωρισμός της πρόληψης στα προαναφερθέντα τρία επίπεδα γίνεται με σκοπό να επιτυγχάνεται ευκολότερη προσέγγιση και μελέτη του προβλήματος. Δεν είναι απαραίτητο τα επίπεδα να είναι αποκομμένα το ένα από το άλλο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου και τα τρία συνυπάρχουν μεταξύ τους όσο αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία τους από τις κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν προγράμματα πρόληψης (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Δεδομένου ότι η κακοποίηση παιδιών είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με σοβαρές αρνητικές αναπτυξιακές συνέπειες, είναι σημαντικό η κακοποίηση και η πρόληψή της να κατανοηθούν από όλους εκείνους που αλληλεπιδρούν με τα παιδιά και τις οικογένειες. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ένα ευρύ φάσμα χώρων και κατέχουν διάφορους ρόλους (π.χ. πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομεία, σχολεία, ακαδημαϊκά ερευνητικά ιδρύματα, υπεράσπιση ασθενών και υγείας, κοινοτικές υπηρεσίες) βρίσκονται σε μοναδική θέση για να αποτρέψουν την παιδική κακοποίηση, να εντοπίσουν τα θύματα αυτής και να φροντίσουν για την θεραπευτική αντιμετώπισή της (Merrick & Latzman, 2014).

Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές που σχετίζονται με τη μητρότητα, όπως η εντατική φροντίδα νεογνών και άλλες παιδιατρικές μονάδες, είναι στη θέση να διδάξουν και να παρατηρήσουν τους πρωταρχικούς φροντιστές καθώς φροντίζουν το βρέφος ή το παιδί τους. Οι νοσηλευτές της μητρότητας συχνά διεξάγουν παρεμβάσεις για την πρόληψη των επιθετικών τραυμάτων του κεφαλιού και προάγουν τον ασφαλή ύπνο. Παράλληλα έχουν την ευθύνη να διασφαλίσουν ότι ο γονέας είναι ικανός να παρέχει κατάλληλη περίθαλψη πριν το βρέφος επιστρέψει στο σπίτι.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), οι οποίοι βλέπουν μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά που γίνονται δεκτά για θεραπεία τραυματισμών, κατάποσης αντικειμένων και οξειών ή χρόνιων παθήσεων, είναι σε θέση κλειδί για να εκτιμήσουν την υποψία κακοποίησης ή να ταυτοποιήσουν την πιθανή κακομεταχείριση.

Στο σχολικό περιβάλλον, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους εκπαιδευτικούς και το λοιπό προσωπικό του σχολείου και να παρέχουν προγράμματα γενικής πρόληψης για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Οι σχολικοί νοσηλευτές είναι σε θέση να αξιολογήσουν πρώτοι τους μαθητές που εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα πιθανής κακοποίησης. Η επαγρύπνηση των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου ότι τα σημεία και τα συμπτώματα της κακομεταχείρισης μπορούν να συγχέονται με άλλα προβλήματα υγείας (Merrick & Latzman, 2014).

Σε κάθε περίπτωση των ανωτέρω, βέβαια, ο νοσηλευτής καλείται, παράλληλα με τον εντοπισμό της κακοποίησης, να δημιουργεί ένα κατάλληλο πλαίσιο προστασίας και θεραπευτικής φροντίδας του παιδιού στα μέτρα των αρμοδιοτήτων του.

Οι νοσηλευτές, λοιπόν, κατέχουν έναν πολυδιάστατο και καθοριστικό ρόλο έναντι της παιδικής κακοποίησης συνδυάζοντας την πρόληψη, την ταυτοποίηση, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική αλλά και την αποκατάσταση, εργαζόμενοι στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών (Ουζούνη & Νακάκης, 2013). Εν προκειμένω θα περιοριστούμε στα δεδομένα της νοσοκομειακής αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι νοσηλευτές συναντούν τα κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους κατά κύριο λόγο σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, κέντρα επείγουσας φροντίδας, κλινικές και γραφεία (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012). Όπως και σε κάθε περιστατικό ακολουθούν την νοσηλευτική δεοντολογία που εκφράζεται με τη νοσηλευτική διεργασία.

Ως μέθοδος για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών η νοσηλευτική διεργασία στο πρώτο της βήμα περιλαμβάνει την εκτίμηση που βασίζεται στη συλλογή πληροφοριών για το παιδί και τις ανάγκες του σε κάθε πτυχή του (βιολογική, ψυχοκοινωνική και πνευματική) (Dewit, 2009). Σε αυτή τη φάση γίνεται και η λήψη του ιστορικού μέσα από την επικοινωνία με το παιδί και τους γονείς του. Για την ανίχνευση της κακοποίησης είναι καθοριστικής σημασίας η λήψη λεπτομερούς ιστορικού μαζί με μια ενδελεχή εξέταση (Lissauer & Clayden, 2016).

Μέσα σε αυτή την πρώτη αλληλεπίδραση του νοσηλευτή με το παιδί θα πρέπει να παρατηρούνται κάποια δεδομένα υποψιασμού ως προς την κακοποίηση. Έτσι το βασικό σημείο εκκίνησης για κάθε νοσηλευτή έναντι της κακοποίησης θα πρέπει να είναι η γνώση των ενδείξεων της και των παραγόντων κινδύνου γι αυτήν (ενδοοικογενειακή βία, κατάχρηση ουσιών, ψυχική ασθένεια, άγχος κλπ), προκειμένου να έχει τις προϋποθέσεις για έγκαιρη αναγνώριση και περαιτέρω προστατευτική δράση (Taylor & Bradbury-Jones, 2015:Carole, 2011).

Όσον αφορά το παιδί μπορεί να εμφανίζει κάποια στοιχεία που αποτελούν σημάδια για πιθανή κακοποίηση. Σύμφωνα με αυτά το παιδί: Είναι υπερβολικά αποσυρμένο, εσωστρεφές,

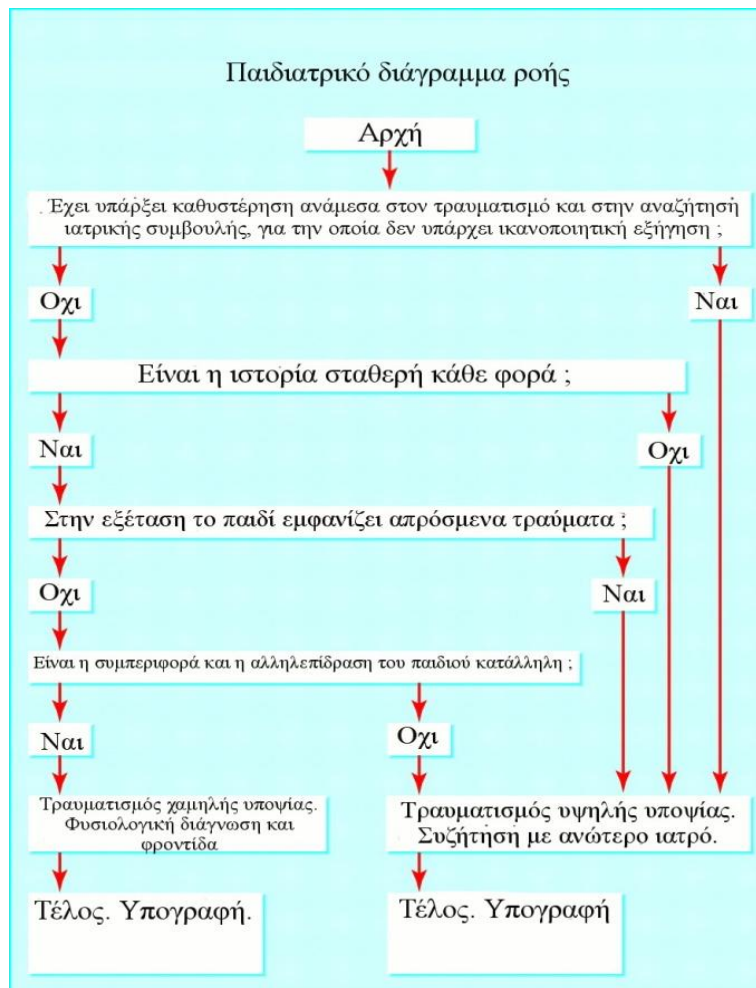
φοβισμένο, ανήσυχο ή άγρυπνο. Εμφανίζει ακραία συμπεριφορά. Δεν φαίνεται να συνδέεται με τον φροντιστή του. Φέρεται με ένα ακατάλληλα ενήλικο ή ακατάλληλα παιδικό τρόπο (καθυστέρηση αναπτυξιακών σταδίων). Έχει πολλούς τραυματισμούς ή ανεξήγητους μώλωπες. Απομακρύνεται από το άγγιγμα, τρομάζει στην αιφνίδια κίνηση. Φοβάται να πάει στο σπίτι. Είναι ακατάλληλα ντυμένο (ακατάλληλα για τις καιρικές συνθήκες, βρώμικα ρούχα). Έχει κακή υγιεινή. Φέρει μη θεραπευμένες ασθένειες και τραυματισμούς. Ψάχνει συνεχώς φαγητό. Έχει πρόβλημα με το περπάτημα ή το κάθισμα. Εμφανίζει σεξουαλικοποιημένη συμπεριφορά ή γνώση για την ηλικία του. Μέσω εξετάσεων εμφανίζει σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια ή εγκυμοσύνη, ειδικά πριν από την ηλικία των 14 ετών (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Παράλληλα κατά την κλινική παρουσίαση ενός τραυματισμού θα πρέπει να ληφθούν υπ όψη (Lissauer & Clayden, 2016; Eby & Brown, 2010):

- η ηλικία και το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού σε σχέση με τον τραυματισμό του
- το ιστορικό που δίνεται από το παιδί (αν μπορεί να επικοινωνήσει να γίνεται ξεχωριστά από τους γονείς)
- το πόσο αληθοφανής και /ή εύλογη είναι η εξήγηση σχετικά με την αιτία του τραυματισμού
- το ιστορικό π.χ. προηγούμενα περιστατικά ανησυχίας σχετικά με την προστασία του παιδιού, πολλαπλές επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου ή σε γενικό γιατρό
- η καθυστέρηση στην αναφορά του τραυματισμού
- η ύπαρξη πολλαπλών τραυμάτων σε διάφορα στάδια επούλωσης
- οι ανακρίβειες στο ιστορικό που δίδεται από τους κηδεμόνες
- η ακατάλληλη αντίδραση των γονέων ή των κηδεμόνων που είναι ασαφείς, αόριστοι, αδιάφοροι, υπερβολικά στεναχωρημένοι ή επιθετικοί.
- η δυσαναλογία μεταξύ της φύσης των τραυματισμών του παιδιού και της αναφερόμενης αιτίας τραυματισμού
- η στάση του γονέα, μιας και ο βίαιος γονιός μπορεί να μιλά εκ μέρους του παιδιού και να μη το αφήνει μόνο με το νοσηλευτή, φοβούμενος της αποκάλυψη της αλήθειας.

Παράλληλα, σε μια προσπάθεια επαγρύπνησης και αποτελεσματικότερης ανίχνευσης των εμπρόθετα τραυματισμένων παιδιών προσχολικής ηλικίας (0-6 ετών), συγκροτήθηκε ένα διάγραμμα ανίχνευσης. Η ανάγκη για ένα τέτοιο διάγραμμα προέκυψε από την δυσκολία εντοπισμού της κακοποίησης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), λόγω του

αυξημένου φόρτου και των συνθηκών (Louwers et al., 2012). Έτσι με ένα απλό διάγραμμα ροής, που εμφανίζει διάφορες παραλλαγές, το προσωπικό των επειγόντων που αντιμετωπίζει περιστατικό τραυματισμού μικρών παιδιών βελτιώνει την καταγραφή της πιθανής κακοποίησης του (Louwers, 2010).



Εικόνα 1. Παιδιατρικό διάγραμμα ροής (Πηγή: Benger & Pearce, 2002).

2.1. Η στάση του ιατρού και του νοσηλευτή σε ύποπτο περιστατικό

Ο πιο σημαντικός ρόλος ενός νοσηλευτή είναι η διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας του κακοποιημένου παιδιού (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012). Έτσι από τη στιγμή που για κάποιο παιδί υπάρξει ανησυχία κακοποίησης, με βάση τις ανωτέρω ενδείξεις, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατέχουν ένα ζωτικής σημασίας ρόλο στην βοήθεια του.

Εν πρώτοις ο νοσηλευτής ή ο ιατρός θα πρέπει να συζητήσει τις ανησυχίες του με έναν πιο έμπειρο συνάδελφο, έναν παιδίατρο της κοινότητας, έναν συνάδελφο ψυχικής υγείας παιδιού και εφήβου ή έναν επώνυμο ή ορισμένο επαγγελματία για την προστασία των παιδιών (NICE, 2009). Αυτή η πρακτική αποτελεί σημαντική πρακτική διαχείρισης μιας στρεσογόνου κατάστασης που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί ατομικά (Skarsaune & Bondas, 2016:Chihak, 2009).

Συνάμα η βάση για την εξέλιξη κάθε υπόθεσης κακοποίησης τίθεται με τη λήψη πλήρους ιστορικού και αντικειμενικής εξέτασης, που πρέπει να γίνεται με ευαισθησία και ενδιαφέρον (ΣΠ). Ειδικά σε περιπτώσεις υποψιασμού για σεξουαλική κακοποίηση η κλινική εξέταση θα πρέπει να γίνει με τρόπο μη τραυματικό για το παιδί, από εξειδικευμένο και πεπειραμένο προσωπικό (Lazoritz et al., 2010). Οι νοσηλευτές με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να συλλέξουν αποδεικτικά στοιχεία της κακοποίησης (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Στην καταγραφή είναι πολύ σημαντικό να διατηρούνται ακριβή και σύγχρονα στοιχεία. Είναι πιθανό αυτά να βοηθήσουν στη μελλοντική λήψη αποφάσεων και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να αξιοποιηθούν σε ενδεχόμενο δικαστήριο. Επομένως, η ακρίβεια και η λεπτομέρεια είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία του παιδιού αλλά και το επαγγελματικό και προσωπικό κύρος του νοσηλευτή (Taylor & Bradbury-Jones, 2015:Lazoritz et al., 2010). Κάθε τραύμα ή ιατρικό εύρημα πρέπει να σημειώνεται με προσοχή, να μετριέται, να καταγράφεται, να απεικονίζεται σε ένα διάγραμμα του σώματος και να φωτογραφίζεται μετά από συγκατάθεση. Θα πρέπει ακόμη να καταγράφονται και να σημειώνονται σε διάγραμμα εκατοστιαίων θέσεων το ύψος, το βάρος και η περίμετρος της κεφαλής (όπου χρειάζεται). Παράλληλα θα πρέπει να καταγράφεται η αλληλεπίδραση του παιδιού και των γονέων, μιας και η αξιολόγηση της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση των μη τυχαίων τραυματισμών. Όλες οι ανωτέρω σημειώσεις θα πρέπει να είναι αναλυτικές, να έχουν ημερομηνία, ώρα και υπογραφή σε κάθε σελίδα (Lissauer & Clayden, 2016: Magana & Kaufhold, 2018).

Στην πορεία για τη θεραπεία και τη διάγνωση μαζί με την αντιμετώπιση των ειδικών τραυμάτων θα πρέπει να ληφθούν εξετάσεις αίματος και ακτινογραφίες, ενώ κατά περίπτωση συστήνεται η ανάλυση ούρων, οι κοιλικές/ πρωκτικές καλλιέργειες και η αξονική τομογραφία (Luxner, 2011).

Από τη στιγμή που τίθεται ή επιβεβαιώνεται η υποψία κακοποίησης, σύμφωνα με το νομοσχέδιο CAPTA για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση της Παιδικής Κακοποίησης, δηλώνεται ότι το πιστοποιημένο υγειονομικό προσωπικό οφείλει να αναφέρει την παιδική κακοποίηση. Ο κάθε οργανισμός διαθέτει συνήθως κατευθυντήριες οδηγίες για τον τρόπο αναφοράς της παιδικής κακοποίησης (Dewit, 2009), με τις οποίες θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος ο εκάστοτε νοσηλευτής ή ιατρός. Για τους περισσότερους νοσηλευτές και άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ο εργοδότης μπορεί να έχει μια θεσμική πολιτική που τηρείται κατά την αναφορά ύποπτων για κακοποίηση περιστατικών (Magana & Kaufhold, 2018;Lazoritz et al., 2010). Οι αναφορές πάντως των νοσηλευτών, ως εντεταλμένων αναφορέων (mandated reporters), αποτελούν ουσιαστική βάση για την εκκίνηση έρευνας περιστατικού, από τις υπηρεσίες παιδικής προστασίας (Taylor & Bradbury-Jones, 2015). Επομένως οφείλουν να είναι ενήμεροι επ' αυτού, ως σημαντικοί σύνδεσμοι στην ασφάλεια των παιδιών (Lazoritz et al., 2010).

Παράλληλα ο νοσηλευτής ή ο ιατρός θα πρέπει να βεβαιωθεί πως πραγματοποίησε κάθε δυνατή ενέργεια για την προστασία του παιδιού. Στην περίπτωση που το παιδί φαίνεται να χρειάζεται άμεση προστασία για την αποφυγή περεταίρω βλαβών, αυτή θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Έτσι δίνεται παράλληλα η ευκαιρία για εργαστηριακό έλεγχο και αξιολόγηση από περισσότερους ειδικούς. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται και η δυνατότητα παρατήρησης της αλληλεπίδρασης γονέων και παιδιού ελεγχόμενο περιβάλλον (Reece, 2005). Στην περίπτωση που οι γονείς δεν είναι συνεργάσιμοι και δεκτικοί σε αυτή την προοπτική αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί δια νόμου (Lissauer & Clayden, 2016). Η αστυνομία και οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να ειδοποιηθούν άμεσα τόσο για την προστασία του τραυματισμένου παιδιού, όσο και για την ασφάλεια των υπολοίπων αδελφών που πιθανώς υπάρχουν στο σπίτι (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Η εξέλιξη της υπόθεσης κακοποίησης θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από μια πεπειραμένη διεπιστημονική ομάδα παροχών υγείας (Magana & Kaufhold, 2018). Δεν αρκεί μόνη η λεπτομερής ιατρική και νοσηλευτική εκτίμηση αλλά πρέπει να κληθεί μια συνάντηση

σχεδιασμού και στρατηγικής και έπειτα ένα συμβούλιο προστασίας του παιδιού, με βάση τις διαδικασίες που ορίζουν οι τοπικές αρχές. Τα μέλη του συμβουλίου μπορεί να αποτελούνται από κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας αστυνομικούς, γενικούς ιατρούς, παιδίατρος, δάσκαλους και δικηγόρους. Στο συμβούλιο συζητούνται λεπτομέρειες του συμβάντος για το οποίο συγκλήθηκε το συμβούλιο και το οικογενειακό υπόβαθρο του παιδιού. Με την καλή επικοινωνία και εμπιστοσύνη των συμβαλλόμενων επαγγελματιών φροντίδας θα πραγματοποιηθεί αξιολόγηση του τραυματισμού και θα αποφασιστεί (Lissauer & Clayden, 2016):

- αν και κάτω από ποια κατηγορία θα παρασχεθεί στο παιδί ένα πρόγραμμα προστασίας.
- αν χρειάζεται να γίνει αίτημα στο Δικαστήριο για την προστασία του παιδιού.
- τι είδους παρακολούθηση απαιτείται.

Γενικά οι δράσεις που απαιτούνται εξαρτώνται από το εκάστοτε πλαίσιο. Η μόνη στάση που δεν είναι ποτέ αποδεκτή σε περίπτωση υποτιθέμενης κακοποίησης παιδιού είναι η απουσία δράσης (NICE, 2009). Παρόλο που η αποφυγή αναφοράς ενός περιστατικού μπορεί να οδηγήσει σε ποινικές κυρώσεις, καθώς και σε καταγγελίες επαγγελματικής δεοντολογίας και παράνομης πρακτικής, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι πολλές περιπτώσεις κακοποίησης δεν αναφέρονται από τους επαγγελματίες (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Η έρευνα φανερώνει πως διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την αναφορά, συμπεριλαμβάνοντας την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της κατάστασης, την έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις κατάλληλες διαδικασίες υποβολής αναφορών (Ellington, 2017;Skarsaune & Bondas, 2016), τον φόβο της παρερμηνείας των πολιτιστικών πρακτικών, τις ανησυχίες για την επιδείνωση της κατάστασης, την διαταραχή μιας θεραπευτικής σχέσης (Nayda, 2005), την ανησυχία για τη προσωπική νομική συνέπεια και ανάμειξη του νοσηλευτή κ.α.. Είναι σημαντικό να υποβάλλεται πάντα μια έκθεση στην αρμόδια αρχή όταν απαιτείται και να μην υποτίθεται ότι έχει ήδη γίνει κάποια. Πολλές αναφορές από διαφορετικές πηγές ενδέχεται να σημαίνουν ότι οι υπηρεσίες προστασίας των παιδιών είναι πιο πιθανό να διερευνήσουν ή να τεκμηριώσουν μια αναφορά κακοποίησης. Επιπλέον, οι αναφορές από επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να θεωρηθούν αληθείς, από αντίστοιχες αναφορές οικογενειών, γειτόνων και άλλων μελών της κοινότητας (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα παιδιά που έχουν βιώσει κακοποίηση έχουν εκτεθεί σε εξαιρετικά ψυχοπιεστικές καταστάσεις, που «τραυματίζουν» την ψυχοσυναισθηματική τους και σωματική ευεξία και εκδηλώνονται στην συμπεριφορά τους. Οι εκδηλώσεις του τραύματος χρειάζονται ουσιαστική βοήθεια με συνεχή υποστήριξη από το περιβάλλον του παιδιού και ειδική φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας.

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως εκφράζουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις εμφανείς σωματικές βλάβες των παιδιών (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα), και όχι για εκείνες που πιθανόν υφίστανται σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρόλο που οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος. Επακόλουθο αυτού είναι για τη φροντίδα των παιδιών με “τραύμα” οι νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Στην περίπτωση που ένα παιδί με «τραύμα» νοσηλεύεται χρειάζεται προσωπική και ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του. Η ιδανικότερη συνθήκη για την παροχή αυτής της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας θα ήταν η προσωπική ανάθεσή του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή (προσωπικός νοσηλευτής-“key nurse”). Μολαταύτα, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υπάρχοντων νοσοκομειακών συνθηκών, καθότι προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών, παιδοψυχιατρικών και θεραπευτικών δομών. Συν τοις άλλοις απαιτείται η επικαιροποιημένη γνώση εξειδικευμένων νοσηλευτικών εφαρμογών και των θεραπευτικών επικοινωνιακών - συμβουλευτικών διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών (Leach, 2005).

Από τη στιγμή που για κάποιο παιδί υπάρξει ανησυχία κακοποίησης ο νοσηλευτής, από το πόστο που κατέχει, μπορεί και πρέπει να δράσει ώστε να προλάβει τις μετατραυματικές εκδηλώσεις. Γι αυτό το λόγο πρέπει, όπως προαναφέρθηκε, να καταγράψει ένα λεπτομερές ιστορικό του παιδιού και με την αξιοποίηση του να προβεί στην νοσηλευτική εκτίμηση και

διάγνωση (συμπεριλαμβάνεται η οικογένεια σε αυτή). Με βάση αυτά θα μπορέσει να διαμορφώσει τους στόχους της θεραπευτικής προσέγγισης και τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι κύριοι στόχοι κάθε θεραπευτικής παρέμβασης είτε ατομικής είτε συλλογικής προσπάθειας για τη φροντίδα των κακοποιημένων παιδιών είναι η πρόληψη της συμπτωματολογίας του τραύματος, η διαχείριση των συμπτωμάτων του τραύματος, η διευκόλυνση και η ενθάρρυνση για επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος μέσω της αυτοέκφρασης, καθώς και δημιουργία προϋποθέσεων για ένα κατάλληλο περιβάλλον, με συνθήκες φυσιολογικής ζωής (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Έτσι στην περίπτωση διαταραχών ύπνου ως μετατραυματικό επακόλουθο, ο νοσηλευτής για να διευκολύνει τον ύπνο του παιδιού θα πρέπει να δημιουργήσει συνθήκες αντίστοιχες της ανάγκης του παιδιού. Επομένως έναντι του φόβου και του άγχους κατά την ώρα του ύπνου μπορεί να κλείνει την ημέρα συζητώντας ένα ευχάριστο πρόγραμμα για την επόμενη μέρα. Παράλληλα είναι σημαντικό να εξασφαλίζει την ανάγκη για ασφάλεια και την προστασία, λέγοντάς του πως θα είναι άμεσα δίπλα του για οτιδήποτε χρειαστεί. Εφόσον το παιδί έχει μικρή ηλικία ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του ώσπου να κοιμηθεί, διαβάζοντάς του ένα αισιόδοξο παραμύθι με αίσιο τέλος (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Επειδή είναι πολύ σύνηθες για ένα κακοποιημένο παιδί να διαγνωσθεί με υψηλά επίπεδα άγχους, που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και την ανάκλησή του, θα πρέπει να εκπαιδευτεί στις βασικές τεχνικές χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση κ.ά.) (Carole, 2011). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν την έκφραση στοργής, το παιχνίδι, την έκφραση των ανησυχιών του παιδιού, την παιγνιώδη εξοικείωση του παιδιού με τις επερχόμενες ιατρικές διαδικασίες (Luxner, 2011). Στην κατεύθυνση της διαχείρισης του άγχους συμβάλλει και η γνωστική συμπεριφοριστική προσέγγιση (CBT) από εκπαιδευμένο νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Στην περίπτωση που η νοσηλευτική διάγνωση περιλαμβάνει και τη διαταραχή γονικής λειτουργίας, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να δομηθεί ένα περιβάλλον που να παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να γίνει αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης με το παιδί και να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη καθοδήγηση και συμβουλευτική όσον αφορά τον γονικό τους ρόλο. Για το λόγο αυτό συχνά συστήνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση, την ενίσχυση της ικανότητάς τους να υποστηρίξουν και

να φροντίζουν ουσιαστικά το “τραυματισμένο” παιδί, αλλά και να μπορούν να του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον (Luxner, 2011). Τέτοια είναι η Θεραπεία αλληλεπίδρασης γονιού και παιδιού (parent– child interaction therapy (PCIT), η οποία επικεντρώνεται στην εξάλειψη των σκληρών στρατηγικών πειθαρχίας ενώ παράλληλα προωθεί τη χρήση θετικών γονικών συμπεριφορών (Ellington, 2017). Γενικά επειδή η παιδική κακοποίηση συμβαίνει συχνότερα στο οικογενειακό περιβάλλον, η θεραπεία εξ’ ορισμού πρέπει να αντιμετωπίζει όχι μόνο τις ατομικές ανάγκες του παιδιού, αλλά και τη γονική και οικογενειακή δυσλειτουργία (Humphreys & Campbell, 2011).

Η μέθοδος EMDR πρόκειται για μια θεραπευτική τεχνική, η οποία μέσω κατευθυνόμενων οφθαλμικών κινήσεων βοηθά την ανεκτή επεξεργασία του τραυματικού μνημονικού υλικού (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Ουσιαστική βοήθεια στην διαχείριση των συναισθημάτων του τραύματος έχει αποδειχθεί πως προσφέρει η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT), ειδικά η εστιασμένη στο τραύμα κατεύθυνσή της (Trauma-focused CBT). Με αυτή το παιδί βοηθιέται στην επανάκτηση της αίσθησης αυτοεκτίμησης, της αυτοαποτελεσματικότητας και της συναισθηματικής ανακούφισης (Farniaet al., 2018). Εν γένει η συγκεκριμένη θεραπεία, εφ’ όσον μπορεί να εφαρμοστεί από ένα εκπαιδευμένο νοσηλευτή ή κάποιον ειδικό, μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στη διαχείριση των καταστάσεων που βιώνει το “τραυματισμένο” παιδί (Ellington, 2017).

Τέλος στην περίπτωση επιστροφής ενός “τραυματισμένου” παιδιού στην καθημερινότητα, θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να έχει ενημερώσει τα σημαντικά για τη ζωή του παιδιού πρόσωπα για τον τρόπο με τον οποίο ενδείκνυται να του συμπεριφερθούν (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Για να πραγματοποιηθούν όμως όλα τα προαναφερόμενα θα πρέπει ο νοσηλευτής να δημιουργήσει το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον-πλαίσιο.

3.1. Θεραπευτικό πλαίσιο

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος αποτελεί θεμέλιο κάθε θεραπευτικού σχεδιασμού, με στόχο το παιδί που νοσηλεύεται να αισθάνεται πρωτίστως ασφάλεια και έπειτα εμπιστοσύνη, αυτοεκτίμηση, ηθική υποστήριξη, ψυχική άνεση και προστασία. Αυτό χτίζεται από τη συναισθηματική αποδοχή μέχρι και τη μεριμνά για την τροφή του παιδιού και τον ύπνο. Το προφίλ του νοσηλευτή, που φροντίζει παιδιά μετά από τραυματική εμπειρία, χρειάζεται να είναι ενός ενήλικα, που μόνο και με την παρουσία του μπορεί να παρέχει ασφάλεια και να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Για να δομηθεί η εμπιστοσύνη, πρέπει ο νοσηλευτής να εκδηλώνει ευαισθησία στο παιδί. Για παράδειγμα, εάν το παιδί δεν επιθυμεί να μιλήσει για την κακοποίηση αυτό θα πρέπει να γίνει σεβαστό. Το παιδί θα ανοιχθεί στον δικό του χρόνο. Σημαντική είναι και η χρήση του θεραπευτικού αγγίγματος. Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί πρέπει να γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι εκεί για να τα προστατεύσουν και να τα κρατήσουν ασφαλή. Μικρές φυσικές χειρονομίες ενσυναίσθησης, όπως το κράτημα των χεριών και οι ελαφριές αγκαλιές (AMN Healthcare Education Services, 2013).

Το παιδί χρειάζεται μια προσέγγιση με ενσυναίσθηση και όχι συμπάθεια (Lazoritz et al., 2010). Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς εκδήλωση κριτικής, συμβάλλει στην καλλιέργεια σχέσης θεραπευτικής. Αυτή η στάση βοηθά στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να πραγματοποιηθεί σωστά το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντάς του ευκαιρίες για έκφραση, σε ένα περιβάλλον που αποδέχεται τις εκδηλώσεις και τα συναισθήματα του (Leach, 2005).

Ένα ακόμη στοιχείο θεραπευτικού πλαισίου είναι η παροχή μέσων λεκτικοποίησης και έκφρασης των σκέψεων και των συγκρουσιακών συναισθημάτων του τραύματος μέσα από προσιτά στο παιδί μέσα. Τέτοια μέσα μπορεί να είναι η ζωγραφική (Katzetal., 2014), το οικογενειακό φωτογραφικό υλικό, το θεατρικό παιχνίδι, αφηγηματική θεραπεία και αφήγηση αυτοβιογραφικής μνήμης. Πάντοτε με την καθοδήγηση του νοσηλευτή το παιδί εκφράζει απροσποίητα τις ενδοψυχικές συγκρούσεις του και τα συναισθήματά του λειτουργώντας θεραπευτικά και ανακουφιστικά (O'Connor, 2016).

Σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να επιδέχεται προετοιμασία για κάθε επακόλουθη ιατρική διαδικασία, με παράλληλες εξηγήσεις για τη διάρκειά της. Επειδή ήδη υπάρχει βεβαρυσμένη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση

στο παιδί, η κατάλληλη προετοιμασία και διαχείριση του σωματικού πόνου μειώνει η επιβάρυνση της. Με τη διαχείριση του σωματικού πόνου αποφεύγεται το ενδεχόμενο οι επώδυνες εμπειρίες της νοσηλείας να λειτουργήσουν συσσωρευτικά στο “τραύμα” του παιδιού (Reece, 2005).

Τέλος είναι σημαντικό οι νοσηλευτές με κάθε ευκαιρία να επιδιώκουν την ανάπτυξη του προσωπικού δυναμικού που διαθέτει το παιδί, ώστε να ανακτήσει την χαμένη του αυτοεκτίμησή. Σε αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη η ανάγνωση παραμυθιών που το περιεχόμενό τους πραγματεύεται θέματα όπως, ότι παρά τις δυσκολίες που είχε ένα παιδί στο τέλος τα κατάφερε. Έτσι το παιδί με “τραύμα” μπορεί μέσα από ήρωες που θαυμάζει να αναπλαισιώσει την κατάστασή του και να πιστέψει στις δυνατότητες που έχει εκλογικεύοντας ακόμη και τις πλέον οδυνηρές καταστάσεις (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Abstract 1

Factors that Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea

PURPOSE: This study aimed to identify knowledge of child abuse, awareness of child abuse reporting, factors that influence attitudes toward mandatory reporting, and professionalism among a sample of pediatric nurses in Korea.

METHODS: One hundred sixteen pediatric nurses working at two hospitals in Korea took part in the study and completed self-administered questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, *t* tests, analysis of variance, Pearson correlation coefficients, and hierarchical regression analysis.

RESULTS: Knowledge of child abuse, awareness of child abuse reporting, and attitudes toward mandatory reporting were low. Regarding nursing professionalism, social perceptions had the lowest mean score and nursing autonomy had the highest mean score. Attitudes toward mandatory reporting significantly correlated with professionalism. In the hierarchical regression model, the influences of nursing autonomy and intentions to report child abuse on attitudes toward mandatory reporting were statistically significant ($F= 2.176$ $p=.013$), explaining 32% of variation in attitudes toward mandatory reporting.

CONCLUSION: The results of this study could be used to improve systems and policies addressing child abuse and to further develop reporting procedures for identifying children at risk of abuse, to ensure their protection as professional responsibility (Lee & Kim, 2018).

Περίληψη

Σκοπός: Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε στον εντοπισμό της γνώσης σχετικά με την παιδική κακοποίηση, την ενημέρωση σχετικά με την αναφορά της παιδικής κακοποίησης, τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην υποχρεωτική αναφορά και τον επαγγελματισμό μεταξύ ενός δείγματος παιδιατρικών νοσηλευτών στην Κορέα.

Μέθοδοι: Εκατόν δεκαέξι παιδιατρικοί νοσηλευτές που εργάζονται σε δύο νοσοκομεία στην Κορέα συμμετείχαν στη μελέτη και ολοκλήρωσαν ερωτηματολόγια που διενήργησαν μόνοι τους. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, δοκιμές *t*, ανάλυση διακύμανσης, συντελεστές συσχέτισης Pearson και ανάλυση ιεραρχικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Η γνώση της κακοποίησης παιδιών, η ενημέρωση σχετικά με την αναφορά της παιδικής κακοποίησης και η στάση έναντι της υποχρεωτικής αναφοράς ήταν ελλιπής. Όσον αφορά τον νοσηλευτικό επαγγελματισμό, οι κοινωνικές αντιλήψεις είχαν τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία και η νοσηλευτική αυτονομία είχε το υψηλότερο μέσο όρο. Οι στάσεις απέναντι στην υποχρεωτική αναφορά σχετίζονται σημαντικά με τον επαγγελματισμό. Στο μοντέλο ιεραρχικής παλινδρόμησης, οι επιδράσεις της νοσηλευτικής αυτονομίας και οι προθέσεις για αναφορά κακοποίησης παιδιών στις στάσεις για την υποχρεωτική αναφορά ήταν στατιστικά σημαντικές ($F = 2.176$ $p = .013$), εξηγώντας το 32% της μεταβολής των στάσεων έναντι της υποχρεωτικής αναφοράς.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των συστημάτων και των πολιτικών αντιμετώπισης της κακοποίησης παιδιών και για την περαιτέρω ανάπτυξη διαδικασιών αναφοράς και τον εντοπισμό των παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία τους ως επαγγελματική ευθύνη

Abstract 2

Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children

BACKGROUND: Child abuse and violence toward children has become a complex phenomenon in nowadays societies leaving hurt children with numerous complications such as lowered self-efficacy. Hence, this study was conducted to assess the effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) in physically abused children self-efficacy.

MATERIALS AND METHODS: This study was a randomized clinical trial. From this statistical population of all abused children aged 9–12 in Kermanshah in 2016–2017, 40 were divided into intervention and control groups randomly. Tools used in this study were Maurice self-efficacy

questionnaire and child abuse questionnaire. Data analysis was done using Chi-square test, paired t-test, and independent t-test.

RESULTS: It was revealed that the mean difference between two groups was not meaningful before intervention. After TF-CBT in intervention group, self-efficacy mean scores of social (17.95 vs. 24.20) and emotional (15.05 vs. 19.05) domains showed meaningful differences, whereas academic self-efficacy mean score did not change significantly (14.10 vs. 14.65) ($P < 0.086$). In control group, social (16.20 vs. 15.55), emotional (13.90 vs. 14.35), and academic (13.40 vs. 13.90) mean self-efficacy scores were not of significant difference ($P > 0.001$).

CONCLUSIONS: TF-CBT can be used as an appropriate therapy intervention to improve social and emotional self-efficacy in abused children (Salemi et al., 2018).

Περίληψη

Υπόβαθρο: Η παιδική κακοποίηση και η βία απέναντι στα παιδιά έχει γίνει ένα πολύπλοκο φαινόμενο στις σημερινές κοινωνίες, αφήνοντας πληγωμένα παιδιά με πολλές επιπλοκές, όπως η μειωμένη αυτοεκτίμηση. Ως εκ τούτου, αυτή η μελέτη διεξήχθη για να εκτιμηθεί η επίδραση της εστιασμένης στο τραύμα γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας (TF CBT) στην αυτοεκτίμηση των σωματικά κακοποιημένων παιδιών.

Υλικά και Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη ήταν μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή. Από το στατιστικό πληθυσμό όλων των κακοποιημένων παιδιών ηλικίας 9-12 ετών στο Kermanshah το 2016-2017, 40 χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδες παρέμβασης και ελέγχου. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο για την αυτοεκτίμηση του Maurice και το ερωτηματολόγιο κακοποίησης παιδιών. Η ανάλυση δεδομένων έγινε με τη χρήση τετραγωνικής δοκιμής Chi, ζευγαρωμένης δοκιμής t και ανεξάρτητης δοκιμής t.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι η μέση διαφορά μεταξύ δύο ομάδων δεν ήταν σημαντική πριν την παρέμβαση. Μετά την TF CBT στην ομάδα παρέμβασης, οι τιμές της αυτοεκτίμησης στον κοινωνικό (17,95 έναντι 24,20) και συναισθηματικό (15,05 έναντι 19,05) τομέα έδειξαν σημαντικές διαφορές, ενώ η μέση βαθμολογία της ακαδημαϊκής αυτοεκτίμησης δεν άλλαξε σημαντικά (14,10 έναντι 14,65) $<0,086$). Στην ομάδα ελέγχου, οι κοινωνικές (16,20 έναντι 15,55), οι συναισθηματικές (13,90 έναντι 14,35) και οι ακαδημαϊκές (13,40 έναντι 13,90) μέσες βαθμολογίες αυτοεκτίμησης δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές ($P > 0,001$).

Συμπεράσματα: Το TF CBT μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση για τη βελτίωση της κοινωνικής και συναισθηματικής αυτοεκτίμησης σε παιδιά που έχουν κακοποιηθεί.

Abstract 3

How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review

OBJECTIVES: To explore the extent of child protection work performed by nurses and identify which interventions hold the strongest evidence for future practice.

DESIGN: This scoping review was guided by Arksey and O'Malley's framework for scoping reviews.

DATA SOURCES: Electronic databases (CINAHL, Medline, Scopus, Web of Science) and grey literature were searched in August 2017. Further studies were identified through manual literature searching.

RESULTS: Forty-one studies from seven countries met the inclusion criteria. The studies showed nurses keep children safe primarily through the prevention of abuse (n = 32), but also through detection of abuse (n = 1) and interventions to mitigate the effects of abuse (n = 8). Nurses' specific interventions most frequently involved post-natal home visiting (n = 20), parent education (n = 10) and assessment and care of children or adolescents following sexual abuse (n = 4). The main findings showed that although nurses did have positive impacts upon some measures of abuse and neglect, results were not consistent across studies. In addition, some studies used indirect measures of abuse and neglect, which may not impact children's experiences of abuse. It is difficult to extrapolate these findings to the broader nursing profession as literature did not accurately represent the range of ways that nurses keep children safe from abuse and neglect.

CONCLUSIONS: This review demonstrated nurses prevent, detect and respond to abuse and neglect in many ways. However, given mixed evidence and absence of some nurse interventions in the literature, further research is needed to represent the range of ways that nurses keep children safe and determine their effectiveness(Lines, 2018).

Περίληψη

Στόχοι: Να διερευνηθεί το εύρος του έργου της παιδικής προστασίας, που πραγματοποιείται από τους νοσηλευτές και να προσδιοριστεί ποιες παρεμβάσεις κατέχουν τις ισχυρότερες αποδείξεις για τη μελλοντική πρακτική.

Σχεδιασμός: Αυτή η ανασκόπηση καθοδηγήθηκε από το πλαίσιο των Arksey και O'Malley's.

Πηγές δεδομένων: Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (CINAHL, Medline, Scopus, Web of Science) και η γκριζα βιβλιογραφία αναζητήθηκαν τον Αύγουστο του 2017. Περαιτέρω μελέτες εντοπίστηκαν με χειρωνακτική αναζήτηση βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Σαράντα μία μελέτες από επτά χώρες πληρούν τα κριτήρια ένταξης. Οι μελέτες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές διατηρούν τα παιδιά ασφαλή κυρίως μέσω της πρόληψης της κακοποίησης (n = 32), αλλά επίσης μέσω της ανίχνευσης της κακοποίησης (n = 1) και των παρεμβάσεων για την μείωση των επιπτώσεων της κακοποίησης (n = 8). Οι ειδικές παρεμβάσεις των νοσηλευτών αφορούσαν συχνότερα την κατ' οίκον επίσκεψη μετά το τοκετό (n = 20), την εκπαίδευση γονέων (n = 10) και την αξιολόγηση και φροντίδα παιδιών ή εφήβων μετά από σεξουαλική κακοποίηση (n = 4). Τα βασικά ευρήματα έδειξαν ότι παρόλο που οι νοσηλευτές είχαν θετικές επιδράσεις σε ορισμένες μετρήσεις κακοποίησης και παραμέλησης, τα αποτελέσματα δεν ήταν συνεπή μεταξύ των μελετών. Επιπλέον, κάποιες μελέτες χρησιμοποίησαν έμμεσα μέτρα κακοποίησης και παραμέλησης, τα οποία μπορεί να μην επηρεάζουν τις εμπειρίες παιδικής κακοποίησης. Είναι δύσκολο να εξαχθούν αυτά τα ευρήματα στο ευρύτερο νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς η βιβλιογραφία δεν αντιπροσωπεύει με ακρίβεια το φάσμα των τρόπων με τους οποίους οι νοσηλευτές κρατούν τα παιδιά ασφαλή από κακοποίηση και παραμέληση.

Συμπεράσματα: Αυτή η επισκόπηση έδειξε ότι οι νοσηλευτές προλαμβάνουν, εντοπίζουν και αντιμετωπίζουν την κακοποίηση και την παραμέληση με πολλούς τρόπους. Ωστόσο, δεδομένης της μικτής τεκμηρίωσης και της απουσίας ορισμένων παρεμβάσεων νοσηλευτών στη βιβλιογραφία, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να αντιπροσωπεύσει το φάσμα των τρόπων με τους οποίους οι νοσηλευτές κρατούν τα παιδιά ασφαλή και καθορίζουν την αποτελεσματικότητά τους.

Abstract 4

A study of child physical abuse

BACKGROUND: Child abuse – a form of family violence – is one of the major public health issues with far-reaching effects and costs and have many implications on health policy and prevention strategies.

OBJECTIVE: The aim of the study was to assess risk factors of child physical abuse among school-aged children in the child's background and family characteristics and to estimate its psychiatric sequelae.

METHODS: The study was conducted in Maternity and Children Hospital, Al Medina (Al Monawara), Kingdom of Saudi Arabia, on school-aged children referred from the committee protection program from September 2012 to April 2015 using such some psychometric tests as the Child Maltreatment Questionnaire, the Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (for major depressive episodes), Revised Behavior Problem Checklist, and Copper Smith Self-Esteem Inventory.

RESULTS: Out of 186 students (age range between 12 and 16 years) 49.4% were the youngest children, mainly boys (58%), 94% had good health, 70% were from large-sized families, and 51% of whose mothers and 54% of fathers were illiterate, and all these variables showed a significant difference in both mild/moderate and severe child abuse. There were significant associations between physical abuse and low self-esteem, major depressive episode, conduct disorder, anxiety withdrawal, attention deficit hyperactivity disorder, and socialized aggression, mainly with severe physical abuse.

CONCLUSION: Physical abuse is found in a significant proportion of children, mostly living in largesized families, of illiterate unemployed parents. Furthermore, physical abuse is commonly associated with low self-esteem, major depression episodes, conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and socialized aggression (Elsaied & Alsehly, 2017).

Περίληψη

Ιστορικό: Η κακοποίηση παιδιών - μια μορφή οικογενειακής βίας - είναι ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας με εκτεταμένες επιπτώσεις και κόστος και επηρεάζει την πολιτική για την υγεία και στις στρατηγικές πρόληψης.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου της σωματικής παιδικής κακοποίησης των παιδιών σχολικής ηλικίας, που υπάρχουν στο ιστορικό και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά του παιδιού και η εκτίμηση των ψυχιατρικών συνεπειών του.

Ασθενείς και μέθοδοι: Η μελέτη διεξήχθη στο νοσοκομείο μητρότητας και παιδιών AlMedina (AlMonawara) του Βασιλείου της Σαουδικής Αραβίας σε παιδιά σχολικής ηλικίας, που αναφέρονται από το πρόγραμμα προστασίας επιτροπών από τον Σεπτέμβριο του 2012 έως τον Απρίλιο του 2015. Χρησιμοποιήθηκαν κάποιες ψυχομετρικές δοκιμασίες όπως Το ερωτηματολόγιο για την κακομεταχείριση παιδιών, η σύντομη Διεθνής Νευροψυχιατρική συνέντευξη για τα παιδιά και τους εφήβους (για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια), ο Αναθεωρημένος Κατάλογος Ελέγχου Προβλημάτων Συμπεριφοράς και η απογραφή αυτοεκτίμησης του Copper Smith.

Αποτελέσματα: Από τους 186 μαθητές (ηλικίας 12-16 ετών) το 49,4% ήταν τα μικρότερα παιδιά, κυρίως αγόρια (58%), το 94% είχαν καλή υγεία, το 70% ήταν από μεγάλες οικογένειες και το 51% των μητέρων και το 54% των πατέρων ήταν αναλφάβητοι. Όλες αυτές οι μεταβλητές έδειξαν σημαντική διαφορά τόσο στην ήπια / μέτρια όσο και στη σοβαρή κακοποίηση των παιδιών. Υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της σωματικής κακοποίησης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης, του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, της διαταραχής της συμπεριφοράς, της αγχωτικής απόσυρσης, της διαταραχής υπερκινητικότητας λόγω έλλειψης προσοχής και της κοινωνικοποιημένης επιθετικότητας, κυρίως με σοβαρή σωματική κακοποίηση.

Συμπέρασμα: Η σωματική κακοποίηση παρατηρείται σε ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών, που ζουν κυρίως σε μεγάλες οικογένειες, των αναλφάβητων ανέργων γονέων. Επιπλέον, η σωματική κακοποίηση συσχετίζεται συνήθως με χαμηλή αυτοεκτίμηση, επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, διαταραχή συμπεριφοράς, διαταραχή υπερκινητικότητας έλλειψης προσοχής και κοινωνική επιθετικότητα.

Abstract 5

Implementation of a comprehensive program to improve child physical abuse screening and detection in the emergency department

INTRODUCTION: Children often present to the emergency department for treatment of abuse-related injuries. ED providers—including emergency nurses—do not consistently screen children for abuse, which may allow abuse to go undetected and increases the risk for reinjury and death. ED providers frequently cite lack of knowledge or confidence in screening for and detecting child abuse. The purpose of this quality improvement project was to implement an evidencebased screening program that included provider education on child physical abuse, a systematic screening protocol, and use of the validated Escape Instrument.

METHODS: A pre-test/post-test design was used to measure the effect of a 20-minute educational session on ED provider knowledge and confidence in screening for and recognizing child physical abuse. Diagnostic codes for child physical abuse were analyzed for a 30-day period before and after implementation of the screening protocol. A final survey was administered 4 months after project implementation to evaluate the impact of the screening program.

RESULTS: There were significant increases in provider knowledge and confidence scores for child physical abuse screening and recognition ($P < .001$). There was no difference in providers' diagnostic coding of child physical abuse. The educational session and Escape Instrument were the most reported screening facilitators, and transition to a new electronic health system was the most reported barrier.

DISCUSSION: The results of this project support comprehensive screening programs to improve ED provider knowledge and confidence in screening for and recognizing child physical abuse. Future research should focus on the impact of screening on the diagnosis and treatment of child physical abuse (Carson, 2018).

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα παιδιά συχνά παρουσιάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για τη θεραπεία τραυματισμών που σχετίζονται με την κακοποίηση. Οι πάροχοι των επειγόντων -

συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών - δεν παρακολουθούν συνεπώς τα παιδιά για κακοποίηση, γεγονός που μπορεί να επιτρέψει στην κακοποίηση να μην εντοπιστεί και αυξάνει τον κίνδυνο για νέο τραυματισμό και θάνατο. Οι πάροχοι επείγουσας φροντίδας αναφέρουν συχνά την έλλειψη γνώσης ή αυτοπεποίθησης στον εντοπισμό και την ανίχνευση της κακοποίησης παιδιών. Σκοπός αυτού του έργου βελτίωσης της ποιότητας ήταν η υλοποίηση ενός προγράμματος ανίχνευσης, βασισμένου σε αποδεικτικά στοιχεία που περιελάμβανε την εκπαίδευση του παρόχου σχετικά με τη σωματική κακοποίηση παιδιών, ένα συστηματικό πρωτόκολλο ανίχνευσης και τη χρήση του επικυρωμένου εργαλείου Escape.

Μέθοδοι: Ένας σχεδιασμός πριν από/ μετά από τη δοκιμή χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί η επίδραση μιας 20 λεπτής εκπαιδευτικής συνεδρίας στην γνώση και την αυτοπεποίθηση του παρόχου επείγουσας φροντίδας στον έλεγχο και στην αναγνώριση της σωματικής κακοποίησης των παιδιών. Οι διαγνωστικοί κώδικες για σωματική κακοποίηση παιδιών αναλύθηκαν για περίοδο 30 ημερών πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου ελέγχου. Μια τελική έρευνα διεξήχθη 4 μήνες μετά την υλοποίηση του έργου για να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος του προγράμματος ελέγχου.

Αποτελέσματα: Υπήρξαν σημαντικές αυξήσεις στις βαθμολογίες γνώσης του παρόχου και αυτοπεποίθησης για τον εντοπισμό και την αναγνώριση σωματικής κακοποίησης παιδιών ($P < .001$). Δεν υπήρχε διαφορά στη διαγνωστική κωδικοποίηση των παρόχων για τη σωματική παιδική κακοποίηση. Η εκπαιδευτική συνεδρία και το εργαλείο Escape ήταν οι περισσότερο αναφερθείσες διευκολύνσεις εντοπισμού και η μετάβαση σε ένα νέο ηλεκτρονικό σύστημα υγείας ήταν το πιο αναφερόμενο εμπόδιο.

Συζήτηση: Τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος υποστηρίζουν ολοκληρωμένα προγράμματα εντοπισμού για τη βελτίωση της γνώσης και της αυτοπεποίθησης των παρόχων επείγουσας φροντίδας στον έλεγχο και την αναγνώριση της σωματικής παιδικής κακοποίησης. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στην επίδραση της ανίχνευσης στη διάγνωση και τη θεραπεία της σωματικής κακοποίησης των παιδιών.

Abstract 6

The Prevention of Child Maltreatment through the Nurse Family Partnership Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-Up Study

We examine maternal life-course mediators of the impact of a nurse home visitation program on reducing child maltreatment among participants in the Elmira trial of the Nurse Family Partnership program from the first child's birth through age 15. For women having experienced low to moderate levels of domestic violence, program effects on the number of confirmed maltreatment reports were mediated by reductions in numbers of subsequent children born to mothers and their reported use of public assistance. Together, the two mediators explained nearly one half of the total effect of nurse home visiting on child maltreatment. The long-term success of this program on reducing child maltreatment can be explained, at least in part, by its positive effect on pregnancy planning and economic self-sufficiency (Eckenrode et al., 2016).

Περίληψη

Εξετάζουμε τους μεσολαβητές μητρικής καθοδήγησης ως προς την επίδραση του προγράμματος κατ'οίκον επίσκεψης νοσηλευτών, στη μείωση της παιδικής κακοποίησης μεταξύ των συμμετεχόντων στη δίκη Elmira, του προγράμματος Συνεργασίας Νοσηλευτών-οικογενειών, από τη γέννηση του πρώτου παιδιού μέχρι την ηλικία των 15. Για τις γυναίκες που παρουσίασαν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα ενδοοικογενειακής βίας, οι επιδράσεις του προγράμματος στον αριθμό των επιβεβαιωμένων αναφορών κακοποίησης διαμορφώνονταν από τη μείωση στους αριθμούς των παιδιών που γεννήθηκαν στη συνέχεια από τις μητέρες και της αναφερόμενης χρήσης δημόσιας βοήθειας. Μαζί, οι δύο διαμεσολαβητές εξήγησαν σχεδόν το ήμισυ του συνολικού αποτελέσματος της επισκέψεως νοσοκόμου στο σπίτι για κακοποίηση παιδιών. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία αυτού του προγράμματος για τη μείωση της παιδικής κακοποίησης μπορεί να εξηγηθεί, τουλάχιστον εν μέρει, από τη θετική του επίδραση στον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και στην οικονομική αυτάρκεια.

Abstract 7

Association Between Childhood Abuse and Psychiatric Morbidities Among Hospitalized Patients

BACKGROUND: Childhood abuse has been linked with increased risk of adult psychiatric disorders including major depression, substance abuse, anxiety disorders, posttraumatic stress disorder, and personality disorders. However, only a few from India attempted to study long-term consequences of childhood abuse. Our study aimed to understand the role of physical, sexual, and emotional abuse along with psychiatric co-morbidities in hospitalized patients.

MATERIALS AND METHODS: Patients admitted to psychiatric inpatient services in the age group of 14–45 years for the 1st time were evaluated for a history of physical, sexual, and emotional abuse on the basis of retrospective chart review. Semi-structured Performa was used to evaluate the patient with a history of child abuse, and they were diagnosed according to International Classification of Diseases-10 diagnostic criteria.

RESULT: The prevalence of child abuse in our inpatient services was 43.29%; emotional abuse (61.9%) was most commonly reported among patient followed by physical (21.43%) and sexual abuse (16.67%). We observed a significant difference in terms of length of hospital stay between abuse (10.29 ± 6.01 days) and nonabuse group (5.90 ± 2.43 days) ($t = 4.902$, $df = 95$, $P < 0.0001$). The boys experienced physical abuse at a younger age (7.43 ± 2.50 years) than girls (13.50 ± 0.70 years). The sexual abuse and emotional abuse were reported at a younger age in girls than boys. We found high prevalence of substance use disorders (40.47%), psychosis (19.04%), and mood disorder (28.57%) among abuse group.

CONCLUSIONS: The study findings highlight the developing importance of the different forms of abuse on adult psychiatric diagnosis in India. The abused patients are at high risk of the development of psychiatric disorder than the nonabuse group. The increased length of hospitalization among abused group reflects severity and complexity of child abuse. The early detection of social factors contributing to child abuse may be helpful in the prevention of child abuse. Further research is warranted in longitudinal prospective for better understanding the impact of child abuse on psychiatric diagnosis in Indian settings (Mishra, 2016).

Περίληψη

Υπόβαθρο: Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών ενηλίκων συμπεριλαμβανομένης της μείζονος κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, διαταραχών άγχους, διαταραχής μετατραυματικού στρες και διαταραχών προσωπικότητας. Ωστόσο, μόνο λίγοι από την Ινδία προσπάθησαν να μελετήσουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της παιδικής κακοποίησης. Η μελέτη μας αποσκοπούσε στην κατανόηση του ρόλου της σωματικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης καθώς και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Οι ασθενείς που έγιναν δεκτοί σε ψυχιατρικές νοσοκομειακές υπηρεσίες στην ηλικιακή ομάδα 14-45 ετών για πρώτη φορά, αξιολογήθηκαν για ιστορικό φυσικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης βάσει αναδρομικής αναλυτικής επισκόπησης. Η ημι-δομημένη Performa (τρόπος εκτέλεσης/εφαρμογής) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του ασθενούς με ιστορικό παιδικής κακοποίησης και διαγνώστηκαν, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων, 10 διαγνωστικά κριτήρια.

Αποτέλεσμα: Ο επιπολασμός της κακοποίησης των παιδιών στις υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών ήταν 43,29%. η συναισθηματική κακοποίηση (61,9%) αναφέρθηκε συχνότερα μεταξύ των ασθενών, ακολουθούμενη από σωματική (21,43%) και σεξουαλική κακοποίηση (16,67%). Διαπιστώσαμε μια σημαντική διαφορά ως προς τη διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο μεταξύ της κακοποιημένης ($10,29 \pm 6,01$ ημέρες) και της μη κακοποιημένης ομάδας ($5,90 \pm 2,43$ ημέρες) ($t = 4,902$, $df = 95$, $P < 0,0001$). Τα αγόρια βίωσαν σωματική κακοποίηση σε νεότερη ηλικία ($7,43 \pm 2,50$ έτη) από τα κορίτσια ($13,50 \pm 0,70$ έτη). Η σεξουαλική κακοποίηση και η συναισθηματική κακοποίηση αναφέρθηκαν σε νεότερη ηλικία στα κορίτσια απ' ό τι στα αγόρια. Βρήκαμε υψηλή επικράτηση των διαταραχών χρήσης ουσιών (40,47%), ψύχωση (19,04%) και διαταραχή διάθεσης (28,57%) στην κακοποιημένη ομάδα.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν την αναπτυσσόμενη σημασία των διαφόρων μορφών κακοποίησης στην ψυχιατρική διάγνωση ενηλίκων στην Ινδία. Οι κακοποιημένοι ασθενείς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής σε σχέση με την μη κακοποιημένη ομάδα. Η αυξημένη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο μεταξύ της κακοποιημένης ομάδας αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα και την πολυπλοκότητα της κακοποίησης των παιδιών. Η έγκαιρη ανίχνευση των κοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν

στην κακοποίηση των παιδιών μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της κακοποίησης τους. Περαιτέρω έρευνα είναι εγγυημένη σε διαχρονική προοπτική για την καλύτερη κατανόηση του αντίκτυπου της κακοποίησης των παιδιών στην ψυχιατρική διάγνωση σε ινδικά δεδομένα.

Abstract 8

Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals: A narrative review

Child abuse is one of the most challenging social problems worldwide. Failure to report child abuse may lead to the aggravation of the situation and increase the probability of further abuses. This study aimed to determine the challenges of child abuse reports by healthcare professionals. This narrative review study was conducted through searching the databases such as Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scopus, and ProQuest. The inclusion criterion was studies in Persian and English languages which published in scientific journals between 1978 and 2017 and also refer to reporting child maltreatment. Studies which, despite referring to a child abuse, did not refer to the barriers to the reporting of child abuse were discarded from further analysis. 56 papers were used to write the present paper. The results of this study organized into four categories: individual barriers (knowledge of healthcare professionals, their attitudes and beliefs, their inadequate experiences, and uncertainty of the diagnosis), interpersonal barriers (fear of disconnecting therapeutic relationships and violation of privacy and secrecy principles), organizational barriers (poor communication and weak legal processes for reporting), and situational barriers (victims' characteristics and available evidence). Given the reporting of child abuse by healthcare professionals is affected by multiple factors such as individual, interpersonal, organizational, and situational factors, so considering a comprehensive and collaborative program for this public problem in all levels is important (Azizi & Shahhosseini, 2017).

Περίληψη

Η κακοποίηση παιδιών είναι ένα από τα πιο απαιτητικά κοινωνικά προβλήματα παγκοσμίως. Η μη αναφορά της κακοποίησης παιδιών μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης και να αυξήσει την πιθανότητα περαιτέρω κακοποιήσεων. Η μελέτη αυτή στόχευε στον προσδιορισμό των προκλήσεων στις καταγγελίες κακοποίησης παιδιών από τους επαγγελματίες

του τομέα της υγείας. Αυτή η μελέτη αφηγηματική ανασκόπησης πραγματοποιήθηκε μέσω αναζήτησης σε βάσεις δεδομένων όπως το Google Scholar, το PubMed, το Web of Science, το Scopus και το ProQuest. Το κριτήριο συμπερίληψης ήταν οι μελέτες σε περσική και αγγλική γλώσσα, οι οποίες δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά μεταξύ 1978 και 2017 και επίσης μιλούν για την καταγγελία της παιδικής κακοποίησης. Μελέτες οι οποίες, παρά την αναφορά σε κακοποίηση παιδιών, δεν ανέφεραν τα εμπόδια στην καταγγελία της παιδικής κακοποίησης απορρίφθηκαν από περαιτέρω ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκαν 56 έγγραφα για τη σύνταξη του παρόντος εγγράφου. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης οργανώθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: ατομικά εμπόδια (γνώση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, συμπεριφορές και πεποιθήσεις, ανεπαρκείς εμπειρίες και αβεβαιότητα της διάγνωσης), διαπροσωπικά εμπόδια (φόβος αποσύνδεσης των θεραπευτικών σχέσεων και παραβίαση της αρχής της ιδιωτικής ζωής και του απορρήτου), οργανωτικά εμπόδια (κακή επικοινωνία και αδύναμες νομικές διαδικασίες για την υποβολή εκθέσεων) και περιπτωσιακά εμπόδια (χαρακτηριστικά των θυμάτων και διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία). Δεδομένου ότι οι καταγγελίες για κακοποίηση παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως ατομικούς, διαπροσωπικούς, οργανωτικούς και περιστασιακούς παράγοντες. Είναι λοιπόν σημαντικό να εξετάσουμε ένα συνεκτικό και συνεργατικό πρόγραμμα για αυτό το δημόσιο πρόβλημα σε όλα τα επίπεδα.

Abstract 9

Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused

The medical evaluation is an important part of the clinical and legal process when child sexual abuse is suspected. Practitioners who examine children need to be up to date on current recommendations regarding when, how, and by whom these evaluations should be conducted, as well as how the medical findings should be interpreted. A previously published article on guidelines for medical care for sexually abused children has been widely used by physicians, nurses, and nurse practitioners to inform practice guidelines in this field. Since 2007, when the article was published, new research has suggested changes in some of the guidelines and in the table that lists medical and laboratory findings in children evaluated for suspected sexual abuse and suggests how these findings should be interpreted with respect to sexual abuse. A group of

specialists in child abuse pediatrics met in person and via online communication from 2011 through 2014 to review published research as well as recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention and the American Academy of Pediatrics and to reach consensus on if and how the guidelines and approach to interpretation table should be updated. The revisions are based, when possible, on data from well-designed, unbiased studies published in high-ranking, peer-reviewed, scientific journals that were reviewed and vetted by the authors. When such studies were not available, recommendations were based on expert consensus (Adams et al., 2016).

Περίληψη

Η ιατρική αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό μέρος της κλινικής και νομικής διαδικασίας όταν υπάρχει υποψία για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Οι ασκούμενοι που εξετάζουν τα παιδιά πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις τρέχουσες συστάσεις σχετικά με το πότε, πώς και από ποιον πρέπει να διεξάγονται αυτές οι αξιολογήσεις, καθώς και πώς πρέπει να ερμηνεύονται τα ιατρικά ευρήματα.

Ένα προηγουμένως δημοσιευμένο άρθρο σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές για την ιατρική περίθαλψη σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από ιατρούς, νοσηλευτές και επαγγελματίες του νοσηλευτικού τομέα για την ενημέρωση των πρακτικών κατευθυντήριων γραμμών στον τομέα αυτό. Από το 2007, όταν δημοσιεύθηκε το άρθρο, νέες έρευνες πρότειναν αλλαγές σε ορισμένες από τις κατευθυντήριες γραμμές και στον πίνακα που απαριθμεί ιατρικά και εργαστηριακά ευρήματα σε παιδιά, που αξιολογούνται για υποψίες σεξουαλικής κακοποίησης. Συνάμα υποδεικνύει το πώς αυτά τα ευρήματα πρέπει να ερμηνευθούν με σεβασμό στη σεξουαλική κακοποίηση. Ένα σύνολο ειδικών στην παιδιατρική της παιδικής κακοποίησης συναντήθηκαν αυτοπροσώπως και μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας από το 2011 έως το 2014, για να αναθεωρήσουν τη δημοσιευμένη έρευνα καθώς και τις συστάσεις του Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής.

Σκοπός ήταν να επιτευχθεί συναίνεση σχετικά με το αν και πώς οι κατευθυντήριες γραμμές και η προσέγγιση του πίνακα ερμηνείας πρέπει να ενημερώνονται. Οι αναθεωρήσεις βασίζονται, όταν είναι δυνατόν, σε δεδομένα από καλά σχεδιασμένες, αμερόληπτες μελέτες που δημοσιεύονται σε

επιστημονικά περιοδικά υψηλού επιπέδου, τα οποία αναθεωρήθηκαν και εξετάστηκαν από τους συγγραφείς. Όταν τέτοιες μελέτες δεν ήταν διαθέσιμες, οι αναφορές βασίστηκαν στη συναίνεση των ειδικών.

Abstract 10

Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe

AIM: To identify nurses' role and experiences of keeping children safe.

BACKGROUND: Approaches to preventing, identifying and responding to child abuse and neglect have moved towards a multidisciplinary approach where all professionals are expected to contribute to the goal of keeping children safe. Frequently in contact with children and families, nurses well positioned to contribute to keeping children safe from abuse and neglect. Much has been published around nurses' experiences of their role in keeping children safe but this literature has not yet been synthesised to determine the challenges and potential scope of this role.

DESIGN: Integrative review following an Integrative Review framework.

DATA SOURCES: Studies were identified through a search of the electronic databases CINAHL, Medline, Web of Science, Scopus and Informit to identify literature published between 2005 - 2015.

REVIEW METHODS: All the studies were critically appraised for methodological quality using the Critical Skills Appraisal Program. Data from each study was extracted and categorised according to the review aims and the study's major findings.

RESULTS: Inclusion criteria were met in 60 studies. Three main findings were identified including nurses' insufficient knowledge, need for validation and improved communication and balancing surveillance and support for vulnerable families.

CONCLUSIONS: Nurses have many roles and experiences in keeping children safe but often felt they did not have the knowledge, skills and support to take action in this area. Further research is needed to understand why nurses feel inadequate and disempowered to advocate and intervene on the behalf of children at risk of abuse or neglect (Lauren, 2016).

Περίληψη

Σκοπός: Να προσδιοριστεί ο ρόλος και οι εμπειρίες των νοσηλευτών για τη διαφύλαξη της ασφάλειας των παιδιών

Υπόβαθρο: Οι προσεγγίσεις για την πρόληψη, τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών έχουν κινηθεί προς μια διεπιστημονική προσέγγιση, όπου όλοι οι επαγγελματίες αναμένεται να συμβάλουν στο στόχο της διαφύλαξης των παιδιών. Έχοντας συχνή επαφή με παιδιά και οικογένειες, οι νοσηλευτές που είναι σωστά τοποθετημένοι μπορούν να συμβάλλουν στην προστασία των παιδιών από κακοποίηση και παραμέληση. Έχουν δημοσιευθεί πολλά σχετικά με τις εμπειρίες των νοσηλευτών όσον αφορά το ρόλο τους στην προστασία των παιδιών, αλλά αυτή η βιβλιογραφία δεν έχει ακόμη συνταχθεί, ώστε να προσδιορίσει τις προκλήσεις και το πιθανό πεδίο εφαρμογής αυτού του ρόλου.

Σχεδιασμός: Ολοκληρωμένη επισκόπηση μετά από ένα πλαίσιο ολοκληρωμένης αναθεώρησης.

Πηγές δεδομένων: Οι μελέτες εντοπίστηκαν μέσω αναζήτησης των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων CINAHL, Medline, Web of Science, Scopus και Informit για τον εντοπισμό της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκε μεταξύ του 2005 και του 2015.

Μέθοδοι ανασκόπησης: Όλες οι μελέτες αξιολογήθηκαν κριτικά για μεθοδολογική ποιότητα χρησιμοποιώντας το Πρόγραμμα Αξιολόγησης Κρίσιμων Δεξιοτήτων. Τα δεδομένα από κάθε μελέτη εξήχθησαν και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τους στόχους ανασκόπησης και τα κύρια ευρήματα της μελέτης.

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν κριτήρια συμπερίληψης σε 60 μελέτες. Διαπιστώθηκαν τρία βασικά ευρήματα, περιλαμβάνοντας την ανεπάρκεια των γνώσεων των νοσηλευτών, την ανάγκη επικυρωμένης και βελτιωμένης επικοινωνίας και την εξισορρόπηση της επιτήρησης και της υποστήριξης των ευάλωτων οικογενειών.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές έχουν πολλούς ρόλους και εμπειρίες για την ασφάλεια των παιδιών αλλά συχνά αισθάνονται ότι δεν έχουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την υποστήριξη για να αναλάβουν δράση στον τομέα αυτό. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να κατανοηθεί γιατί οι νοσηλευτές αισθάνονται ανεπαρκείς και δεν μπορούν να συνηγορήσουν και να παρέμβουν υπέρ των παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης ή παραμέλησης.

Abstract 11

History, injury, and psychosocial risk factor commonalities among cases of fatal and near-fatal physical child abuse

Failure to recognize child maltreatment results in chronic exposure to high-risk environments where re-injury or death may occur. We analyzed a series (n = 20) of fatal (n = 10) and nearfatal (n = 10) physical child abuse cases from the Commonwealth of Kentucky to identify commonalities and determine whether indicators of maltreatment were present prior to the child's fatal or near-fatal event. We conducted retrospective state record reviews involving children < 4 years of age classified as physical child abuse by the Cabinet for Health and Family Services during a 12 month period. Cases were distributed across 17 counties. IRB approvals were obtained. Three reviewers concurrently abstracted case data from medical, social, and legal documents, and descriptive statistics were analyzed. Median age of subjects was 7.5 months (range 1–32 months); 55% were male. Psychosocial risk factors (PRFs) were present in 100% of cases. Traumatic brain injury (95%) and bruising (90%) were the most common injuries. Of the 14 children with available prior medical records, 9 (64%) had sentinel injuries in the form of prior unexplained bruising; all nine suffered subsequent traumatic brain injury resulting in four deaths. A male was caring for the child at the time of the final event in 70% of cases. Our study identified key commonalities across cases of fatal and near-fatal abuse, highlighting the prevalence of psychosocial risk factors and the significance of prior unexplained bruising as a herald of escalating abuse. Further study is warranted to ascertain the predictive value of our findings in the larger population (Clydeetal., 2017).

Περίληψη

Η αδυναμία αναγνώρισης της παιδικής κακοποίησης οδηγεί σε χρόνια έκθεση σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου, όπου μπορεί να εμφανιστεί ξανά η πρόκληση τραυματισμού ή θανάτου. Αναλύσαμε μια σειρά (n = 20) θανατηφόρων (n = 10) και κοντά στο θάνατο (n = 10)

περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης παιδιών από την Κοινοπολιτεία του Κεντάκι, για να εντοπίσουμε κοινά στοιχεία και να προσδιορίσουμε αν υπήρχαν δείκτες κακοποίησης πριν από τη θανατηφόρα – κοντά στο θάνατο γεγονός. Πραγματοποιήσαμε αναδρομικές αναθεωρήσεις των κρατικών αρχείων περιλαμβάνοντας παιδιά <4 ετών που ταξινομούνται ως σωματική κακοποίηση παιδιών από το Υπουργικό Συμβούλιο για την Υγεία και τις Οικογενειακές Υπηρεσίες σε μια 12μηνη περίοδο. Οι υποθέσεις κατανέμονται σε 17 κομητείες. Έχουν ληφθεί εγκρίσεις IRB. Τρεις αξιολογητές αντλούσαν ταυτόχρονα δεδομένα από ιατρικά, κοινωνικά και νομικά έγγραφα και αναλύθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν 7,5 μήνες (εύρος 1-32 μηνών). Το 55% ήταν άνδρες. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου (PRF) ήταν παρόντες σε 100% των περιπτώσεων. Τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός (95%) και μώλωπες (90%) ήταν οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί. Από τα 14 παιδιά που διέθεταν προηγούμενα ιατρικά αρχεία, 9 (64%) είχαν τραυματισμούς σε αφτιά, με τη μορφή προγενέστερων ανεξήγητων μωλώπων. και οι εννέα υπέστησαν επακόλουθο τραυματικό εγκεφαλικό τραύμα, με αποτέλεσμα τέσσερις θανάτους. Ένας άντρας φρόντισε για το παιδί τη στιγμή του τελικού γεγονότος στο 70% των περιπτώσεων. Η μελέτη μας αναγνώρισε τις βασικά κοινά σε περιπτώσεις θανατηφόρων και σχεδόν θανατηφόρων κακοποιήσεων, επισημαίνοντας τον επιπολασμό των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου και τη σημασία των προγενέστερων ανεξήγητων μωλώπων, ως προκήρυξη της κλιμακούμενης κακοποίησης. Περαιτέρω μελέτη δικαιολογεί την εξακρίβωση της προγνωστικής αξίας των ευρημάτων μας στον μεγαλύτερο πληθυσμό.

Abstract 12

Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment

Child maltreatment is a public health problem and toxic stress impacting at least 1 in 8 children by the age of 18 years. Maltreatment can take the form of physical and sexual abuse, neglect, and emotional maltreatment. While some children may experience only one form of maltreatment, others may survive multiple forms, and in some cases particularly complex forms of maltreatment such as torture and medical child abuse. When considering maltreatment, providers should be adept at obtaining a thorough history not only from the parent but when appropriate also from the patient. The most common form of child maltreatment is neglect, which encompasses nutritional and medical neglect, as well as other forms such as physical and

emotional neglect. Talking with caregivers about stressors and barriers to care may give insight into the etiology for neglect and is an opportunity for the provider to offer or refer for needed assistance. Familiarity with injury patterns and distribution in the context of developmental milestones and injury mechanisms is critical to the recognition of physical abuse. While most anogenital exam results of child victims of sexual abuse are normal, knowing the normal variations for the female genitalia, and thereby recognizing abnormal findings, is important not only forensically but also more importantly for patient care. Pattern recognition does not only apply to specific injuries or constellation of injuries but also applies to patterns of behavior. Harmful patterns of behavior include psychological maltreatment and medical child abuse, both of which cause significant harm to patients. As health professionals serving children and families, pediatric providers are in a unique position to identify suspected maltreatment and intervene through the health care system in order to manage the physical and psychological consequences of maltreatment and to promote the safety and well-being of children and youth by making referrals to child protective services (Jackson et al., 2015).

Περίληψη

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας και ένα τοξικό στρες που πλήττει τουλάχιστον το 1 στα 8 παιδιά έως την ηλικία των 18 ετών. Η κακοποίηση μπορεί να λάβει τη μορφή σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης και συναισθηματικής κακοποίησης. Ενώ ορισμένα παιδιά μπορεί να βιώσουν μόνο μια μορφή κακοποίησης, άλλα μπορούν να βιώσουν πολλαπλές μορφές και σε μερικές περιπτώσεις ιδιαίτερα πολύπλοκες μορφές κακοποίησης όπως τα βασανιστήρια και η ιατρική κακοποίηση παιδιών.

Κατά την εξέταση της κακοποίησης, οι πάροχοι θα πρέπει να είναι έμπειροι στην απόκτηση ενός διεξοδικού ιστορικού όχι μόνο από τον γονέα αλλά και από τον ασθενή, όταν αυτό είναι κατάλληλο. Η πιο κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης είναι η παραμέληση, η οποία περιλαμβάνει τη διατροφική, την ιατρική παραμέληση, καθώς και άλλες μορφές όπως σωματική και συναισθηματική παραμέληση. Η συζήτηση με τους φροντιστές σχετικά με τους παράγοντες πίεσης και τα εμπόδια στην περίθαλψη μπορεί να δώσει μια εικόνα για την αιτιολογία της παραμέλησης και αποτελεί μια ευκαιρία για τον πάροχο να προσφέρει ή να παραπέμψει για την απαραίτητη βοήθεια. Η εξοικείωση με τα πρότυπα τραυματισμού, τη διανομή στο πλαίσιο των

αναπτυξιακών ορόσημων και των μηχανισμών τραυματισμού είναι κρίσιμη για την αναγνώριση της σωματικής κακοποίησης.

Ενώ οι περισσότερες πρωκτογεννητικές εξετάσεις των παιδιών θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης είναι φυσιολογικά, γνωρίζοντας τις συνήθεις παραλλαγές των γυναικείων γεννητικών οργάνων και αναγνωρίζοντας έτσι τα μη φυσιολογικά ευρήματα, είναι σημαντικό όχι μόνο εγκληματολογικά αλλά και πιο σημαντικό για τη φροντίδα των ασθενών. Η αναγνώριση μοτίβων δεν ισχύει μόνο για συγκεκριμένους τραυματισμούς ή συρροή τραυματισμών, αλλά ισχύει και για μοτίβα συμπεριφοράς. Τα επιβλαβή μοτίβα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την ψυχολογική κακοποίηση και την ιατρική κακοποίηση των παιδιών, τα οποία προκαλούν σημαντική βλάβη στους ασθενείς. Ως επαγγελματίες υγείας που εξυπηρετούν παιδιά και οικογένειες, οι παιδιατρικοί πάροχοι φροντίδας βρίσκονται σε μοναδική θέση να προσδιορίσουν την ύποπτη κακοποίηση και να παρεμβαίνουν μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να διαχειριστούν τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της κακοποίησης και να προωθήσουν την ασφάλεια και την ευημερία των παιδιών και της νεολαίας με παραπομπές στις υπηρεσίες προστασίας των παιδιών.

Abstract 13

Dancing Around Families: Neonatal Nurses and Child Protection

AIMS AND OBJECTIVES: To explore the processes neonatal intensive care nurses used in their child protection role with pre-term infants.

BACKGROUND: Neonatal nurses' screening for family violence is important in identifying at-risk preterm infants requiring protection upon discharge from neonatal intensive care settings. We know little about neonatal nurses and their role in child protection.

DESIGN: A qualitative research design using Glaserian Grounded Theory.

METHODS: Ten in-depth semi-structured interviews were conducted with New Zealand neonatal intensive care nurses. Data were simultaneously analysed using constant comparative analysis and theoretical sampling to develop a substantive grounded theory.

RESULTS: Dancing Around the Families is the substantive grounded theory explaining how neonatal intensive care nurses respond to and manage an infant needing child protection. Knowing At-Risk families is the process these nurses used, which draws on their personal and

professional knowledge to identify an infant's child welfare requirements. A tension exists for neonatal nurses in shaping and framing the baby's safety and protection needs between their role of nurturing and protecting at risk infant and it belonging to the family.

CONCLUSIONS: Child protection is a source of conflict for neonatal intensive care nurses. A lack of education, dodgy families, and lack of confidence in child welfare services all compromise effective child protection. Their reality is tension between wanting the best possible outcomes for the baby but having little or no control over what happens following its discharge (Saltmarsh, 2016).

Περίληψη

Σκοποί και στόχοι: Να διερευνηθούν οι διεργασίες που χρησιμοποίησαν οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας νεογνών στον προστατευτικό τους ρόλο με τα πρόωρα βρέφη.

Υπόβαθρο: Ο έλεγχος των νοσηλευτών για οικογενειακή βία είναι σημαντικός για την αναγνώριση των βρεφών σε κίνδυνο, που χρειάζονται προστασία μετά την απομάκρυνσή τους από τις εγκαταστάσεις εντατικής θεραπείας των νεογνών. Γνωρίζουμε ελάχιστα για τους νοσηλευτές νεογνών και τον ρόλο τους στην προστασία των παιδιών.

Σχεδιασμός: Ένας ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός χρησιμοποιώντας τη Glaserian Grounded Theory.

Μέθοδοι: Δέκα σε βάθος ημι-δομημένες συνεντεύξεις διεξήχθησαν με νοσηλευτές εντατικής νοσηλείας νέας Ζηλανδίας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν ταυτόχρονα χρησιμοποιώντας σταθερή συγκριτική ανάλυση και θεωρητική δειγματοληψία για την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής γειωμένης θεωρίας.

Αποτελέσματα: «Χορεύοντας γύρω από τις οικογένειες» είναι η ουσιαστική θεμελιωμένη θεωρία που εξηγεί πώς οι νοσηλευτές νεογνών εντατικής θεραπείας ανταποκρίνονται και διαχειρίζονται ένα βρέφος που χρειάζεται παιδική προστασία. Η γνώση των οικογενειών που βρίσκονται σε κίνδυνο είναι η διαδικασία που χρησιμοποίησαν αυτοί οι νοσηλευτές, οι οποίοι βασίζονται στις προσωπικές και επαγγελματικές γνώσεις τους για τον εντοπισμό των απαιτήσεων καλής διαβίωσης των παιδιών. Υπάρχει ένταση στους νοσηλευτές νεογνών για τη διαμόρφωση και την πλαισίωση των αναγκών ασφάλειας και προστασίας του μωρού μεταξύ του

ρόλου τους για την ανάπτυξη και την προστασία ενός βρέφους που παράλληλα ανήκει στην οικογένεια.

Συμπεράσματα: Η προστασία των παιδιών αποτελεί πηγή σύγκρουσης για τους νοσηλευτές ειδικής φροντίδας νεογνών. Η έλλειψη εκπαίδευσης, οι περίεργες οικογένειες και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις υπηρεσίες πρόνοιας των παιδιών υπονομεύουν την αποτελεσματική προστασία των παιδιών. Η πραγματικότητά τους είναι η ένταση μεταξύ της επιθυμίας για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για το μωρό, αλλά με ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο για το τι συμβαίνει μετά την απομάκρυνσή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

- **Abramovaite, J., & Bandyopadhyay, S., & Dixon, L.,** 2015. The Dynamics of Intergenerational Family Abuse: A Focus on Child Maltreatment and Violence and Abuse in Intimate Relationships. *Journal of Interdisciplinary Economics*, 27 (2), pp. 160-174.
- **Adams, A. et al.,** 2016. *Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused.* Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29 (2), pp. 81-87.
- **AMN Healthcare Education Services,** 2013. *A Nurse's Guide To Child Abuse*
- **Anders, N. & Svensson, B.,** 1997. *Boys-sexual abuse and treatment,* London: Kingsley.
- **Azizi, M., & Shahhosseini, Z.,** 2017. *Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals:A narrative review.* Journal of Nurse Midwifery, 4, 110-116.
- **Benedini M. K.,** 2016. *The cycle of victimization: The Relationship between Childhood Maltreatment and Adolescent Peer Victimization.* Child Abuse and Neglect, 59, pp. 111-121.
- **Benger, R. J., Pearce, V. A.,** 2002. *Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments.*BMJ, 324, pp. 780-782.
- **Bewley, S.,** 2014. *ABC of Domestic and Sexual Violence.* Oxford: John Wiley & Sons.
- **Bilo, A., C., R., & Robben, G., F., S., & Van Rijn, R., R.,** 2010. *Forensic Aspects of Pediatric Fractures: Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse.* London: Springer.
- **Brennflech-Shannon, J.,** (ed.), 2009. *Domestic Violence Sourcebook.* 3rd edition. United States: Omnigraphics.
- **Buzawa, E. S., & Buzawa, G. C.** (eds.), 2017. *Global Responses to Domestic Violence.* Switzerland: Springer.
- **Carson, M. S.,** 2018. *Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department.* Journal of Emergency Nursing, 44(6), 576-581.
- **Caykoylu, A., et al.,** 2011. *The correlation of Childhood Physical Abuse History and Later Abuse in a Group of Turkish Population.* Journal of Interpersonal Violence, 26 (17), 3455-3475.

- **Chaiyachati, B. H. & Asnes, A. G., Moles, R. L., Schaeffer, P. & Leventhal, J. M.,** 2015. *Gray cases of child abuse: Investigating factors associated with uncertainty*, Child Abuse & Neglect, 51 (8), pp. 1234-1244.
- **Chiang, L., et al., 2018.** *Cycle of Violence Among young Kenyan women: The Link between Childhood Violence and Adult Physical Intimate Partner Violence in a Population-Based Survey*. Child Abuse and Neglect, 84, pp. 45-52.
- **Chihak, A.,** 2009. *The nurse's role in suspected child abuse*. Pediatrics and Child Health, 19 (2), pp. 211-213.
- **Coopermsc J. & Vetere A.,** 2005. *A systemic approach to working with violence in families*. London: Whurr Publishers.
- **Davis, I. R.,** 2008. *Domestic Violence: Intervention, Prevention, Policies and Solutions*. New York: CRC Press.
- **DeCamp, W. J.,** 2005. *The Franklin Cover-up: Child Abuse, Satanism and Murder in Nebraska*.
- **Dewit, C. S.,** 2009. *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **DuPre, P.D. & Sites, J.,** 2015. *Child Abuse Investigation Field Guide*. Oxford: Elsevier.
- **Eby, L., & Brown, J. N.,** 2010. *Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
- **Eckenrode , J., et al.,** 2017. *The Prevention of Child Maltreatment Through the Nurse Family Partnership Program: Mediating Effects in a Long-Term Follow-Up Study*. Child Maltreatment, 22 (2):92-99.
- **Ellington, E.,** 2017. *Psychiatric Nursing's Role in Child Abuse: Prevention, Recognition, and Treatment*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 55(11), pp. 16-20.
- **Elsaied, F. H., & Alsehly, A. A.,** 2017. *A study of child physical abuse*. Egyptian journal of Psychiatry, 38 (2), pp. 120-126.
- **Farina, V., & Salemi, S., et. al.,** 2018. *Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children*. Journal of Education and Health Promotion, Vol. 7, pp. 1-7.

- **Farina, V., et al.** 2018. *Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children*, Journal of Education and Health Promotion, 7 (33).
- **Farnia, V., & Naami, A., et. al.** 2018. *Comparison of trauma-focused cognitive behavioral therapy and theory of mind: Improvement of posttraumatic growth and emotion regulation strategies*. Journal of Education and Health Promotion, Vol. 7, pp. 1-6.
- **Gomez M.A.,** 2011. *Testing the Cycle of Violence Hypothesis: Child Abuse and Adolescent Dating Violence as Predictors of Intimate Partner Violence in Young Adulthood*. Youth Society, 43 (1), pp. 171-192.
- **Gupta, S., Kubba, A. & Holloway, D.,** 2011. *Εγχειρίδιο γυναικολογικής νοσηλευτικής φροντίδας*. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Δελατσίδου Α. και Νάνου Χ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Hilder, S., & Bettinson, V.,** 2016. *Domestic Violence: Interdisciplinary Perspectives on Protection, Prevention and Intervention*. London: Palgrave Macmillan.
- **Howe, D.,** 2005. *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- **Humphreys, C. & Stanley, N., (ed),** 2006. *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- **Humphreys, J., & Campbell C. J.,** 2011. *Family Violence and Nursing Practice*. New York: Springer.
- **Jackson, M. A., & Kissoon, N., & Greene, C.,** 2015. *Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment, Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45, pp. 58-70.
- **Juettner, B.,** 2009. *Child Abuse: Hot Topics*. USA: Gale.
- **Lazoritz, S., & Rossiter, K., & Whiteaker, D.,** 2010. *What every nurse needs to know about the clinical aspects of child abuse*. American Nurse Today, 5 (7).
- **Lee, I. S., & Kim, K. J.,** 2018. *Factors That Influence Mandatory Child Abuse Reporting Attitudes of Pediatric Nurses in Korea*. Journal of Forensic Nursing, 14 (1), 31-41.
- **Lines, L. E., & Hutton A. E., & Grant, J.,** 2017. *Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe*. Journal of Advanced Nursing, 73 (2), 302-322.

- **Lines, L., et al.,** 2018. *How Do Nurses Keep Children Safe from Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review.* Journal of Pediatric Nursing, 43, pp. 75-84.
- **Lissauer, T., & Clayden, G.,** 2016. *Σύγχρονη Παιδιατρική: με ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης & κλινικά περιστατικά.* Nicosia: Broken Hill Publishers.
- **Luxner, L. K.,** 2011. *Παιδιατρική Νοσηλευτική.* Μεταφρασμένο από αγγλικά από Δ. Χατζηστεφανίδη, 3^η έκδοση. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- **Magana, J., & Kaufhold, M.,** 2018. *Child Abuse Treatment & Management.* Medscape, [internet] 24 July,
- **McCabe, A. K. & Murphy, G. D.,** 2017. *Child Abuse, today's Issues.* Boca Raton: CRC Press.
- **McCoy, L. M. & Keen, M. S.,** 2014. *Child Abuse and Neglect.* New York: Psychology Press.
- **McGee, C.,** 2000. *Childhood Experiences of Domestic Violence.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- **Merrick, M., Lutzman, N.,** 2014. *Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations.* OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.
- **Mishra, K. K., et al.,** 2016. *Association Between Childhood Abuse and Psychiatric Morbidities Among Hospitalized Patients.* Indian Journal of Social Psychiatry, 32, pp 50-55.
- **Munro, E.,** 2007. *Child Protection.* London: SAGE Publications.
- **National Institute for Health and Care Excellence (NICE),** 2009. *When to Suspect Child Maltreatment.* Clinical guideline, RCOG Press, London.
- **Nayda, R.,** 2005. *Australian nurses and child protection: practices and pitfalls,* Collegian, 12 (1). pp. 25-28.
- **Newton, S. & Gerrits, J.,** 2011. *Straight Talk About Child Abuse.* Canada: Crabtree Publishing Company.
- **O'Hagan, K.,** 2006. *Identifying Emotional and Psychological Abuse: A Guide for Childcare Professionals.* England: Open University Press.
- **Pierce, C. M., et al.,** 2017. *History, injury, and psychosocial risk factor commonalities among cases of fatal and near-fatal physical child abuse.* Child Abuse & Neglect, 69, pp. 263–277.

- **Reece, M. R.**, 2005. *Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*. London: The Johns Hopkins University Press.
- **Rey-Salmon, C., & Adamsbaum, C., (eds)**, 2018. *Child Abuse: Diagnostic and Forensic Considerations*. Translated by Nina Friedman and Anne Trager, Springer.
- **Roberts, R. A.**, 2002. *Handbook of Domestic Violence Intervention Strategies: Policies, Programs, and Legal Remedies*. New York: Oxford University Press.
- **Rodriguez, C. M., & Tucker, M. C., 2011**. *Behind the Cycle of Violence, Beyond Abuse History: A Brief Report on the Association of Parental Attachment to Physical Child Abuse Potential*. *Violence and Victims*, 26 (2), 246-256.
- **Ross, E. L.**, 2015. *Continuing the War Against Domestic Violence*. New York: CRC Press.
- **Russell, A. K., & Wade, R. A.**, 2015. *When the Court Interprets Legislative Intent: Mandatory Reporting of Child Abuse*. *Journal of Nursing Regulation*, 6 (1), pp. 39-42.
- **Saltmarsh, T., & Wilson, D.**, 2016. *Dancing Around Families: Neonatal Nurses and Child Protection*. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (15-16), pp 2244-2255.
- **Skarsaune, K., & Bondas, T.**, 2016. *Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse*. *Clinical Nursing Studies*, 4 (1), pp. 24-32.
- **Stavrianopoulos, T., & Gourvelou, O.**, 2012. *The role of the nurse in child sexual abuse in USA*. *Health Science Journal*, 6 (4), pp. 647-653.
- **Taylor, J., & Bradbury-Jones, C.**, 2015. *Child maltreatment: every nurse's business*. *Nursing Standard*, 29 (29), pp. 53-58.
- **United Nations Children's Fund (UNICEF)**, 2003. *Guide to The Optional Protocol on the Involvement of Children in Armed Conflict*, The, New York.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Αγάθωνος-Γεωργακοπούλου, Ε.,** 1991. *Κακοποίηση παραμέληση παιδιών*, Αθήνα: Εκδ. Γρηγόρη.
- **Αγάθωνος-Γεωργακοπούλου, Ε.,** 1998. *Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.
- **Αγάθωνος-Γεωργακοπούλου, Ε.,** 2008. *Από το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στα δικαιώματα του παιδιού: Μια διαχρονική πορεία*. στο Λαγωνίκα-Δημοπούλου Μ., κ.α. (επιμ) *Ενδοοικογενειακή Βία. Διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση*. Α-Ω.
- **Γιωτάκος, Ο. & Πρεκατέ Β.,** 2006. *Σεξουαλική Κακοποίηση, Μυστικό; Όχι πια!*. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα.
- **Γιωτάκος, Ο. & Τσιλιάκου, Μ.,** 2014. *Νέες Μορφές Κακοποίησης Παιδιού και Εφήβου*. Αθήνα: Βήτα.
- **Κατωπόδη, Α.,** 2005. *Παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Οικογένεια και κοινωνία: Αίτια, ρόλοι συνέπειες*. Αθήνα: Μαραθιά.
- **Μαδιανός, Μ.,** 2006. *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- **Μοττη-Στεφανίδη, Φ.,** 2015. *Παιδιά και Έφηβοι σε έναν Κόσμο που Αλλάζει: Προκλήσεις, Προσαρμογή και Ανάπτυξη*. Αθήνα: Εστία.
- **Νικολαΐδης, Γ.,** 2009. *Μορφές και χαρακτηριστικά της βίας κατά των παιδιών: θεωρητικοί μετασχηματισμοί και σύγχρονα δεδομένα*.
- **Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ.,** 2013. *Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός*. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 12 (2), σσ 137-166.
- **Παπαδάκου, Σ. & Παπαγεωργίου, Κ.,** 2016. *Σωματική τιμωρία των παιδιών ως πρακτική διαπαιδαγώγησης-πειθαρχίας*. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, (9), σσ 107-110.
- **Πετρουλάκη, Κ., Τσιριγώτη, Α., Ζαροκόστα & Νικολαΐδης Φ., Γ.,** 2013. *Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά έκθεσης ανηλίκων σε βίαιες εμπειρίες στην Ελλάδα: Η έρευνα BECAN*. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 24 (4), σσ 262-271.
- **Ρεμπελάκου, Ε.,** 2009. *Σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών στο Βυζάντιο,*

- **Σταυριανάκη, Μ., Κυριακοπούλου, Α., Ρίγκα, Α. & Νικολαΐδης, Γ., 2008.** Μεθοδολογία Delphi: Μια ποιοτική προσέγγιση του φαινομένου της βίας κατά ανηλίκων. *Κοινωνική Εργασία*. 89, 7-28.
- **Σταυριανός, Χ. & Μέτσκα, Μ. Ε., 2002.** Παιδική κακοποίηση και παραμέληση Οδοντιατρική και Οδοντιατροδικαστική θεώρηση. Θεσσαλονίκη: Λιθογραφία.
- **Σταυριανός, Χ., Τσιάντου, Δ. & Αρχάκης, Α., 2008.** Το πρόβλημα της κακομεταχείρισης των ανηλίκων: ο ρόλος του οδοντιάτρου, *Στόμα*, [internet] 21 Οκτωβρίου, Διαθέσιμο στο <http://www.sebe.gr/wp-content/uploads/2015/11/2009-Part-1-Article-9.pdf> [Πρόσβαση 13 Αυγούστου 2018].
- **Τσιάντης, Γ., 2000.** *Ψυχική υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*. τ.β' Αθήνα: Καστανιώτης.
- **Ψωμά, Α., 2001.** *Ενδοοικογενειακή βία και παιδί*. Αθήνα : Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.