



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
Παιδική κακοποίηση & ο ρόλος του νοσηλευτή

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Καλούτσα Γεωργία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
3.ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	7
4.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	9
Α΄ ΜΕΡΟΣ	11
1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	11
2.ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ	11
3.ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	13
3.1. Βασικές μορφές παιδικής κακοποίησης	13
3.1.1 Σωματική κακοποίηση.....	13
3.1.2 Σεξουαλική κακοποίηση	14
3.1.3 Παραμέληση.....	15
3.1.4 Συναισθηματική Κακοποίηση.....	15
3.2 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης	16
3.2.1 Σύνδρομο ταρακουνημένου βρέφους	16
3.2.2 Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι΄ αντιπροσώπου	16
3.2.3 Σύνδρομο αμέτοχου θεατή	17
3.2.4 Παιδική εργασία	17
3.2.5 Εμπορική σεξουαλική εκμετάλλευση	18
4. ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	19
4.1 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το παιδί.....	19
4.2 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τους γονείς.....	20
4.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια.....	20
4.4. Κοινωνικοί και Περιβαλλοντικοί παράγοντες	21
4.5 Covid-19 και Παιδική Κακοποίηση.....	21
5. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ - ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	22
6. ΣΗΜΑΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	23
7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	25
8.Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	27
9. ΠΡΟΛΗΨΗ	29
Β΄ ΜΕΡΟΣ	32
1.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	32

2.ΣΤΑΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	35
3. ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ.....	36
4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	38
4.1. Σχολικοί νοσηλευτές.....	40
5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	41
5.1 Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης (Child Sexual Abuse Treatment Program).....	41
5.2 Πρόγραμμα Θεραπείας Σεξουαλικού Τραύματος (Sexual Trauma Treatment Program)	43
5.3 Γνωστικο-συμπεριφορική Θεραπεία που εστιάζει στο Τραύμα (Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy)	44
5.4 Γνωστικο-συμπεριφορική μέσω Παιχνιδιού. Θεραπεία για παιδιά που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα και για τους φροντιστές τους	45
5.5 Μέθοδος EMDR	45
5.6 Φαρμακευτική αγωγή	45
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	46
1.ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
2. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	46
3. ΜΕΘΟΔΟΣ	46
4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	46
5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ	47
7.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	52
7.1 Επιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.....	52
7.2 Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών απέναντι στην παιδική κακοποίηση	53
7.3 Πρόληψη παιδικής κακοποίησης.....	53
7.4 Θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού.....	54
7.5 Παιδική κακοποίηση και Covid-19.....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	57

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα από τα κυριότερα ζητήματα που απασχολούν παγκοσμίως την υγεία και την κοινωνία είναι η παιδική κακοποίηση. Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι ένα διαχρονικό πρόβλημα με αυξητικές τάσεις και η πρόληψή του είναι προτεραιότητα όλων. Η κακοποίηση ανηλίκων έχει σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογική και σωματική υγεία τους, τις οποίες φέρουν και στην ενήλικη ζωή τους. Ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς συμβάλλει στην διάγνωση της κακοποίησης, παρέχει προστασία και φροντίδα στα παιδιά και επίσης είναι ένας καθοριστικός παράγοντας της πρόληψης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης και του ρόλου των νοσηλευτών.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Google Scholar. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα, κατά κύριο λόγο, στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η παιδική κακοποίηση, ανεξάρτητα με ποια μορφή παρουσιάζεται είναι ένα οδυνηρό βίωμα για τα παιδιά και τα επηρεάζει σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο και μερικές φορές επέρχεται και θάνατος. Με τα κατάλληλα μέτρα, το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί και σε αυτό η νοσηλευτική επιστήμη είναι απαραίτητη.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτής είναι αυτός που έχει στενή επαφή με τους ασθενείς του και είναι υπεύθυνος για την φροντίδα τους. Έτσι, οι νοσηλευτές στα παιδιατρικά τμήματα είναι εκείνοι που έρχονται πρώτοι σε επαφή με τα παιδιά και μπορούν να διαγνώσουν την κακοποίησή τους και να κινήσουν διαδικασίες για την αντιμετώπισή τους παρέχοντας τους πάνω από όλα ασφάλεια και στοργή.

Λέξεις κλειδιά: Κακοποίηση παιδιών, Σεξουαλική κακοποίηση, Σωματική κακοποίηση, Παραμέληση, Ψυχολογική κακοποίηση, Νοσηλευτική, ρόλος νοσηλευτή, επιπτώσεις, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Introduction: One of the main issues concerning health and society worldwide is child abuse. The phenomenon of child abuse is diachronic and a growing problem, the prevention of which should be a matter of utmost priority. Children abuse has a significant effect on children's bodies and psychology and could influence their adult life as well. The role of nursing is particularly essential since it does not only contribute to the diagnosis of any abuse but also protects, takes care of the mistreated children and is regarded as a pivotal factor for its prevention.

Purpose: The aim of this current study is the overview of certain literature which investigates the phenomenon of child abuse in relation to the role of the nurses in dealing with this problem.

Material-Methods: The review of the international literature was realized in specific platforms such as PubMed and Google Scholar. The material has been derived from meticulous study based on certain published articles written in English.

Results: Independently of what type of maltreatment has been exerted on children, the experience is extremely painful that influences the victims and affects them both physically and psychologically and sometimes results even in death. The phenomenon of child abuse can be prevented and dealt satisfactorily with certain appropriate measures and treatment and the role of the nurses in the problem is considered to be essential.

Conclusions: It is well known that nurses establish a close relationship with their patients and are hold responsible for their care and treatment. Moreover, the nurses inpediatric clinics are the ones who first come in contact with the abused children and can diagnose their maltreatment. Also, they are the first to initiate the procedures in order to deal with the abuse and surround the children with safety and affection.

Key words: Child abuse, sexual child abuse, neglect, physical abuse, psychological abuse, nursing role, nurses, nursing investigations, effects of child abuse

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα αναγνωρισμένο διαχρονικό και σοβαρό πρόβλημα τόσο της δημόσιας υγείας όσο και της κοινωνικής πρόνοιας παγκοσμίως. Το θέμα της παιδικής κακοποίησης εδώ και αρκετά χρόνια έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις όχι μόνο στον ελλαδικό χώρο αλλά και στον διεθνή, καθώς τα φαινόμενα βίας κατά των παιδιών έχουν αυξητικές τάσεις. Το 50% των παιδιών στον κόσμο, περίπου 1 δισεκατομμύριο, πλήττονται κάθε χρόνο από παιδική κακομεταχείριση (WHO, 2020).

Η κακοποίηση ατόμων κάτω των 18 ετών περιλαμβάνει όλα τα παιδιά, χωρίς διακρίσεις για την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την θρησκευτική αντίληψη, την κοινωνική και οικονομική τους θέση (Γυφτοπούλου και συν, 2013). Επίσης, η κακοποίηση μπορεί να εμφανίζεται είτε με την μορφή της παραμέλησης παιδιού είτε να είναι σωματική, σεξουαλική είτε συναισθηματική-ψυχολογική και μπορεί να λάβει μέρος μέσα στην οικογένεια του παιδιού, στο σχολείο ή στις διάφορες κοινότητες με τις οποίες το παιδί έρχεται σε επαφή (Abbasi et al., 2015). Το πρόβλημα αυτό φέρει σοβαρές επιπτώσεις στις ζωές των παιδιών σε σωματικό, ψυχολογικό, αναπτυξιακό και κοινωνικό φάσμα τόσο κατά την διάρκεια του συμβάντος όσο και μελλοντικά, ενώ υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να επέλθει και ο θάνατος.

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού τα συμβαλλόμενα κράτη έχουν δράσει για κατάλληλα νομοθετικά, ποινικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά και προληπτικά μέτρα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα για την Ελλάδα είναι ο νόμος για την ενδοοικογενειακή βία (Ν.3500/2006), ο οποίος την καθιστά αδίκημα και ο δράστης τιμωρείται με φυλάκιση (Αβραμίκα και συν, 2013). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η παιδική κακοποίηση έχει πολυπαραγοντικά αίτια, για αυτό η λύση στο πρόβλημα δεν είναι μόνο μια. Για την σωστή πρόληψή της πρέπει να ληφθούν υπόψιν σοβαρά οι παράγοντες κινδύνου και να μειωθούν, ώστε η μάστιγα της κακοποίησης ανηλίκων να αρχίσει να εξαλείφεται σταδιακά (van Leuven et al., 2022).

Τέλος, η κακοποίηση παιδιών είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη μελέτη και οι εκτιμήσεις ποικίλλουν ανάλογα με την χώρα και την μέθοδο της έρευνας. Επιπλέον, η συναισθηματική κακοποίηση είναι πιο παραμελημένη, διότι τα διαθέσιμα δεδομένα είναι πιο περιορισμένα (Lecic-Tosevski et al., 2014).

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο, που έχει τις ρίζες του βαθιά μέσα στον χρόνο και αποτελεί μέρος της ιστορίας όλων των πολιτισμών εδώ και χιλιετίες. Οι πρώτες αναφορές βίας και συγκεκριμένα της σωματικής τιμωρίας ξεκινάνε από την μυθολογία με τον θάνατο του Ουρανού από τον γιό του τον Κρόνο, ο οποίος εν τέλει σκοτώθηκε από τον γιό του τον Δία. Επίσης, η παιδική κακοποίηση προϋπήρχε ακόμη από την αρχαία Ελλάδα, και πιο συγκεκριμένα στην αρχαία Σπάρτη, όπου σύμφωνα με την νομοθεσία του Λυκούργου έριχναν στον Καιάδα ποταμό όλα τα νεογέννητα μωρά τα οποία ήταν ανάπηρα ή είχαν σοβαρά προβλήματα υγείας, ώστε να μην αποτελούν μετέπειτα εμπόδιο στην κοινωνία της Σπάρτης. Επιπρόσθετα, κατά τον 16^ο με 17^ο αιώνα τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική συνήθειες πρακτικές για την συμμόρφωση των παιδιών ήταν το μαστιγώμα και το χτύπημα ή ακόμη και ο θάνατος των ζωντανών παιδιών. Η πρακτική του μαστιγώματος των παιδιών άρχισε να ελαττώνεται πριν το 1830 και κατά την διάρκεια των έκτακτων μεταρρυθμίσεων το 1870 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αρχίζει να αλλάζει αυτός ο τρόπος σκέψης για την σωματική τιμωρία, διότι ανακαλύφθηκε η σκληρότητα κατά των παιδιών από ειδικούς, από υπηρεσίες και από τα μέσα ενημέρωσης (Κικίλα & Κουτελέκος, 2011).

Το 1874, ιδρύθηκε στις ΗΠΑ η «Ένωση για την Αποτροπή της Σκληρότητας προς τα Παιδιά» εξαιτίας μια υπόθεσης της Mary Ellen, ενός οκτάχρονου βαριά κακοποιημένου παιδιού, ενώ το 1875 στην Νέα Υόρκη υιοθετήθηκε ο νόμος για την προστασία των παιδιών (Κώτση, 2008). Το 1889 ιδρύθηκε στο Λονδίνο η Εθνική Εταιρία για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και στα χρόνια του 1890 και του 1920 υπήρχε έντονη ανησυχία για τα δικαιώματα του παιδιού και έγινε αντιληπτό ότι έπρεπε να γίνουν νέες μεταρρυθμίσεις για την προστασία των παιδιών. Έτσι, η σωματική τιμωρία άρχισε να απορρίπτεται από τα δημόσια σχολεία. Κατά τις δεκαετίες του 1920 και 1930 με την έλευση της Φροϋδικής ψυχιατρικής η σωματική τιμωρία άρχισε να αποτελεί θέμα παιδιατρικού ενδιαφέροντος και επιπλέον στις 20 Νοεμβρίου του 1959 η γενική συνέλευση του ΟΗΕ ψήφισε ομόφωνα την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού (Κικίλα & Κουτελέκος, 2011).

Το 1945 ο ακτινολόγος Caffey εξέφρασε για πρώτη φορά την υπόνοια ότι παιδιά με χρόνια υποσκληρίδια αιματώματα και με επανειλημμένα κατάγματα προέρχονται από κακοποίηση από ενήλικους ενώ στη δεκαετία του 1860, ο Γάλλος παθολόγος και

ιατροδικαστής Tardieu περιέγραψε το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού, σύμφωνα με νεκροψίες παιδιών που είχαν ξυλοκοπηθεί μέχρι θανάτου (Κώτση, 2008).

Ο Kempe et al., 1962, έγραψαν το άρθρο ορόσημο, "Το σύνδρομο κακοποιημένων παιδιών", το οποίο οδήγησε το κίνημα να αναγνωριστεί η κακοποίηση παιδιών ως μείζον παιδιατρικό, ψυχιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Μέχρι το 1965, ιδρύθηκαν οι Υπηρεσίες Προστασίας Παιδιών, ακολουθούμενες από τον Νόμο περί Πρόληψης και Θεραπείας της Κακοποίησης των Παιδιών (CAPTA) (Ellington, 2017). Τέλος, το 1989 υπογράφεται και ψηφίζεται η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, από την οποία, τα άρθρα 19 και 34, αφορούν την προστασία του παιδιού από κάθε μορφή βίας γενικά (Κικίλα & Κουτελέκος, 2011).

Ωστόσο, η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών άρχισε να αντιλαμβάνεται την δεκαετία του 1970 με τις υπηρεσίες της παιδικής πρόνοιας και άλλων επαγγελματιών να αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο το εύρος και τις συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης σε όλους τους τομείς της (Cheisa & Goldson, 2017).

3.ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εκτιμάται ότι κάθε χρόνο 40 εκατ. παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών πέφτουν θύματα βίας, ενώ εκτιμάται ότι κάθε χρόνο παγκοσμίως υπάρχουν περίπου 41.000 θάνατοι παιδιών. Ωστόσο ο αριθμός αυτός υποτιμά την πραγματική έκταση του προβλήματος, καθώς ένα ποσοστό των θανάτων λόγω παιδικής κακομεταχείρισης αποδίδεται εσφαλμένα σε άλλες αιτίες όπως είναι οι πτώσεις, τα εγκαύματα, ο πνιγμός. Ακόμη, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες αποκαλύπτεται ότι το ένα τέταρτο όλων των ενηλίκων έχει υποστεί σωματική βία ως παιδιά και 1 στις 5 γυναίκες και 1 στους 13 άνδρες έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδιά. Τέλος, τα ποσοστά εκτίμησης κάθε μορφής βίας έχουν ως εξής: 78,3% για την παραμέληση, 17,6% για την σωματική κακοποίηση, 9,2% για την σεξουαλική κακοποίηση και 8,1% για ψυχολογική κακομεταχείριση (Abassi et al., 2015).

Οι εκτιμήσεις της συχνότητας εμφάνισης παραμέλησης είναι από 16,3% για τη σωματική και 18,4% για συναισθηματική παραμέληση έως 20,6% και 29,4% αντίστοιχα, ανάλογα με την ηλικία. Η πιο τραγική συνέπεια της παραμέλησης είναι ο θάνατος, με το ποσοστό του να ανέρχεται σε 30% έως 40%. Τα περισσότερα θύματα παραμέλησης πεθαίνουν μέχρι την ηλικία των δύο ετών, ενώ το 41% των θυμάτων είναι

κάτω του ενός έτους. Έτσι, υπολογίζεται ότι το ποσοστό θνησιμότητας των παιδιών που έχουν παραμεληθεί είναι μεγαλύτερο από αυτό της σωματικής κακοποίησης. Επιπλέον, σε έρευνα για την κακοποίηση και την παραμέληση παιδιών που πραγματοποιήθηκε σε εννιά χώρες των Βαλκανίων το ποσοστό παραμέλησης ήταν από 22,6% έως 42,6% (Avdibegoniü & Brkiü, 2020). Η παραμέληση και όλες οι μορφές κακοποίησης είναι συχνότερες στα κορίτσια και στα βρέφη κάτω των 5 ετών. Παρά το γεγονός αυτό, τα αγόρια θύματα είναι πιθανότερο να λάβουν κάποιου είδους περίθαλψη, σε αντίθεση με τα κορίτσια (Σκλάβου, 2013).

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται σε όλες τις χώρες ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο σε αντίθεση με την σωματική κακοποίηση και την παραμέληση που παρατηρείται συχνότερα σε φτωχές οικογένειες και σε περιθωριοποιημένες περιοχές. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ και τον Καναδά διαπιστώθηκε ότι το 16,8% των κοριτσιών και το 7,9% των αγοριών θα κακοποιηθούν σεξουαλικά μέχρι την ηλικία των 18 ετών, με την αποκάλυψη της κακοποίησης να γίνεται σε μεταγενέστερο χρόνο ή ποτέ (Κουμούλα, 2013). Σύμφωνα με έρευνες αποδείχθηκε ότι παγκόσμια υπάρχουν 73.000.000 αγόρια και 150.000.000 κορίτσια που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, με την ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση να καλύπτει το 1/4 ως 1/2 της κακοποίησης (Βλασοπούλου & Ρακιτζή, 2016).

Το 2014, υπήρχαν περίπου 702.000 τεκμηριωμένα περιστατικά κακοποίησης παιδιών, εκ των οποίων το 8,2% ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Πρόσφατες εκτιμήσεις σημειώνουν ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών στο 11% για τις γυναίκες και στο 2% για τους άνδρες (Cheisa & Goldson, 2017).

Στην Ταϊβάν, το ποσοστό επικράτησης της παιδικής κακοποίησης σχεδόν τριπλασιάστηκε από 0,15% το 2004 σε 0,38% το 2013. Τα οικονομικά προβλήματα της οικογένειας, η αστικοποίηση και οι γεωγραφικές περιοχές σχετίζονται με την εμφάνιση παιδικής κακοποίησης. Επίσης, εξαιτίας των γονέων με ιστορικό κατάθλιψης, μανίας ή σχιζοφρένειας διπλασιάστηκε και τριπλασιάστηκε το ποσοστό της κακοποίησης των παιδιών (Chang et al., 2018).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2002, 31.000 θάνατοι παιδιών παγκοσμίως αποδόθηκαν σε ανθρωποκτονίες ενώ, σε 48 μελέτες πληθυσμών ανά τον κόσμο, το 20% των γυναικών και ένα 5% με 10% των ανδρών ανέφεραν ότι ως παιδιά είχαν υποστεί βία. Ακόμη, στις ΗΠΑ, το 2008, 1.740 παιδιά έχασαν την ζωή τους εξαιτίας παιδικής κακοποίησης (Σκλάβου, 2013), ενώ σε ετήσια βάση υπολογίζεται ότι

899.000 παιδιά κακοποιούνται, εκ των οποίων 6.700 νοσηλεύτηκαν και ένα μικρό ποσοστό από αυτά κατέληξε. Επιπλέον, στην Αυστραλία, ο αριθμός των παιδιών που κακοποιούνται κάθε χρόνο ανέρχεται στις 665.500 (Αβραμικά και συν, 2013).

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα σοβαρότατο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο έχει παγκόσμια ισχύ και επιφέρει τεράστιο ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε, στις ΗΠΑ υπολόγισε το μέσο κόστος ζωής για κάθε θύμα σε 210.012 δολάρια για περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και 1.272.900 δολάρια όταν οδήγησε στο θάνατο του παιδιού (van Leuven et al., 2022). Η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης εκτός από αποτελεσματικότερη προσέγγιση αποδίδει και οικονομικά, καθώς ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας υπολογίζει ότι για κάθε 1\$ που ξοδεύεται για την πρόληψη της κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών εξοικονομούνται 19\$ από το κόστος που επιφέρουν κλινικές, κοινωνικές ή νομικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης των κρουσμάτων, που δεν προλαμβάνονται και εκδηλώνονται ή που δεν εντοπίζονται σε πρώιμα στάδια (Νικολαΐδης, 2013).

4.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, το ποσοστό κακοποίησης παιδιών ετησίως εκτιμάται στις 28.000. Το 10% των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών που εξετάζονται στα νοσοκομεία για τραυματισμούς είναι κακοποιημένα και το 8% των κακοποιημένων παιδιών έχει παράλληλα και κάποια μορφή αναπηρίας (Αβραμικά και συν, 2013). Ακόμα, οι Πετρουλάκη και συν (2013) βρήκαν ότι ο επιπολασμός της παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα για την σωματική βία ήταν 76,37%, για την ψυχολογική 83,16%, για την σεξουαλική 15,84% και για την παραμέληση 37,20%. Ενώ ο επιπολασμός της σεξουαλικής κακοποίησης στα κορίτσια έως 18 ετών είναι 17% και στα αγόρια 7%. Περίπου το 1/3 των δραστών ήταν μέλος της οικογένειας, 1/3 εκτός οικογένειας, αλλά οικείο στο παιδί άτομο και στο άλλο 1/3 ο δράστης ήταν άγνωστο στο παιδί άτομο (Βλασοπούλου & Ρακιτζή, 2016). Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, αποδεικνύεται ότι τα ποσοστά παραμέλησης είναι υψηλά και αυξάνονται προοδευτικά, και συγκεκριμένα στην Πάτρα η παραμέληση παιδιών υπολογίζεται σε ποσοστό 61,5% (Νικολακοπούλου και συν, 2019).

Το έτος 2019, το χαμόγελο του παιδιού δέχτηκε 272.453 τηλεφωνικές κλήσεις με το 34,1% να αφορά σε καταγγελίες για παιδιά που διέτρεχαν κίνδυνο, ενώ ακόμη δέχτηκε 825 καταγγελίες κακοποίησης που αφορούσαν συνολικά 1.622 παιδιά, από τα οποία το 40% ήταν ηλικίας μέχρι 6 ετών. Το 48% των καταγγελιών αφορούσαν την παραμέληση, ενώ στο 36,5% θύτες ήταν οι γονείς (Χαμόγελο του παιδιού, 2019).

Το 2020, σύμφωνα με τις καταγραφές του χαμόγελου το παιδιού, υπήρχαν 814 καταγγελίες για σωματική κακοποίηση, 31 για σεξουαλική κακοποίηση, 1026 για παραμέληση και εγκατάλειψη παιδιών, 36 για οικονομική εκμετάλλευση παιδιών και 102 για ψυχολογική /συναισθηματική κακοποίηση (Χαμόγελο του παιδιού, 2020). Το πρώτο εξάμηνο του επόμενου έτους καταγράφηκε ραγδαία αύξηση στα περιστατικά κακοποίησης παιδιών σε σχέση με αυτό του 2020 με 41,29% στις ανώνυμες και επώνυμες αναφορές στη Γραμμή SOS 1056, για παιδιά σε κίνδυνο, με τα ποσοστά αναφορών σεξουαλικής κακοποίησης ωστόσο να παραμένουν εξαιρετικά χαμηλά, χωρίς να αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα (Χαμόγελο του παιδιού, 2021).

A' ΜΕΡΟΣ

1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, συναισθηματικής κακομεταχείρισης και παραμέλησης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς. Η παιδική κακοποίηση είναι μια πράξη ή μια σειρά πράξεων βίας που πραγματοποιείται από γονέα, κηδεμόνα ή φροντιστή προς ένα βρέφος, ένα παιδί ή έναν έφηβο έως 18 ετών, και οδηγεί σε βλάβη και σε σοβαρές συνέπειες για την ζωή και την ανάπτυξη του (Gonzalez et al., 2021).

Η παιδική κακοποίηση μπορεί να έχει πολλές και διαφορετικές πτυχές. Δεν είναι βέβαιο ότι θα είναι εμφανής σε τρίτους ή ότι θα συμβεί μία ή περισσότερες φορές, με την ίδια ή διαφορετική μορφή, ή να συμβεί με συνδυασμό πολλών ή όλων των μορφών της και ποιο θα είναι το αποτύπωμα της στην ζωή του παιδιού (Αβραμικά και συν, 2013).

2.ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα περίπλοκο και διαχρονικό κοινωνικό φαινόμενο, χωρίς όρια, εφόσον δεν γνωρίζει πολιτιστικούς, κοινωνικοοικονομικούς, εκπαιδευτικούς, θρησκευτικούς ή γεωγραφικούς περιορισμούς. Είναι ένα φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, το οποίο προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ξεκινώντας με τον ορισμό, η ενδοοικογενειακή βία είναι κάθε μορφή βίας και παραμέλησης η οποία ασκείται εντός της οικογένειας ή της οικογενειακής μονάδας ή μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων. Η ενδοοικογενειακή βία περιλαμβάνει μια σειρά βίαιων πράξεων, συμπεριλαμβανόμενης της σωματικής, σεξουαλικής και ψυχολογικής κακοποίησης καθώς και του οικονομικού ελέγχου που πλήττει κυρίως τα πιο ευάλωτα μέλη μιας οικογένειας, πρωτίστως τις γυναίκες, τα παιδιά και τους ηλικιωμένους (Huecker et al., 2022).

Κάθε χρόνο 10 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ πέφτουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας με ποσοστό εμφάνισης στις γυναίκες 1 στις 3 και 1 στους 9 άντρες, ενώ ακόμη ευθύνεται για περισσότερους από 15.000 θανάτους. Επίσης, η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει περίπου 325.000 εγκυμονούσες γυναίκες κάθε χρόνο και ένα ποσοστό 5% των ανδρών σκοτώνονται από τις συντρόφους τους. Τέλος, περίπου το 10% των παιδιών εκτίθενται σε ενδοοικογενειακή βία ετησίως και το 25%

εκτίθεται τουλάχιστον σε ένα τέτοιο περιστατικό κατά την παιδική τους ηλικία. Το εθνικό οικονομικό κόστος της ενδοοικογενειακής βίας υπολογίζεται ότι είναι πάνω από 12 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, ενώ το ετήσιο κόστος των υπηρεσιών ιατρικής και ψυχικής φροντίδας υπολογίζεται πάνω από 8 δισεκατομμύρια δολάρια (Huecker et al., 2022).

Οι αιτίες για την ύπαρξη πολλών περιστατικών βίας, ιδίως μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον είναι τα θέματα διαχείρισης θυμού, η ζήλια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα κατωτερότητας, τα οικονομικά προβλήματα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, τα ψυχικά νοσήματα και η δομή της οικογένειας (Ευαγγέλου και συν, 2013). Επίσης, άλλοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ενδοοικογενειακής βίας, με θύματα τα παιδιά, εστιάζουν στο γεγονός ότι γονείς έχουν συχνά λανθασμένες προσδοκίες σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών, τις οποίες συνήθως ενισχύουν με σωματική τιμωρία, δημιουργώντας και διατηρώντας έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορικών προτύπων στην οικογένεια. Ακόμη, οι μέλλουσες μητέρες που κακοποιούνται και ζουν σε περιβάλλον ενδοοικογενειακής βίας, δεν μπορούν μετά την γέννηση του παιδιού τους να το φροντίσουν, να του δείξουν αγάπη και στοργή αλλά αντίθετα, αδιαφορούν για το παιδί τους και το παραμελούν.

Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα διάχυτο κοινωνικό πρόβλημα που έχει επιζήμιες συνέπειες τόσο για τα θύματα και για τους δράστες όσο και για τα παιδιά που εκτίθενται σε αυτές τις συμπεριφορές. Παρόλο που η οικογένεια θεωρείται ένα ασφαλές μέρος, τα επιδημιολογικά δεδομένα εντοπίζουν υψηλό κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς ανάμεσα στις οικογενειακές σχέσεις, με την κακοποίηση των παιδιών εντός των οικογενειών να είναι ένα πολύ συνηθισμένο φαινόμενο που εξακολουθεί να αυξάνεται. Τα παιδιά μπορούν να εκτεθούν με διάφορους τρόπους στην ενδοοικογενειακή βία όπως είναι η προγεννητική έκθεση, η λεκτική ή σωματική παρέμβαση για να σταματήσει η σωματική ή λεκτική επίθεση κατά τη διάρκεια περιστατικού ενδοοικογενειακής βίας, η συμμετοχή στην επίθεση, είτε με βία είτε οικειοθελώς, να είναι αυτόπτες μάρτυρες της επίθεσης, να ακούνε, αλλά να μην βλέπουν την επίθεση, να βλέπουν τις άμεσες συνέπειες της επίθεσης, να αντιμετωπίζουν αλλαγές στη ζωή ως αποτέλεσμα της επίθεσης και να παρουσιάζουν φαινομενικά άγνοια της επίθεσης. Σε περιπτώσεις που τα παιδιά έρχονται σε άμεση επαφή με περιστατικά βίας κατά του ενός γονέα, τότε αντιλαμβάνονται ότι η βία είναι ένας τρόπος ελέγχου ή ένας λογικός τρόπος επίλυσης ενός διαπληκτισμού (Van Horn & Lieberman, 2011).

Τα παιδιά που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια σειρά από δυσμενείς εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένων συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών, κοινωνικών ανησυχιών, γνωστικών και ακαδημαϊκών δυσκολιών, συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και προβλημάτων σωματικής υγείας. Τα παιδιά αυτά αναφέρουν συναισθήματα φόβου και αδυναμίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοκτονικό ιδεασμό, επιθετικότητα προς τους άλλους και εξάρτηση από τη χρήση ουσιών. Επίσης, διαταράσσεται η σχέση του παιδιού με τους γονείς του, λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης που του δημιουργείται είτε λόγω άγχους και φόβου μήπως χάσει κάποιον γονιό του ή μήπως αυτός σταματήσει να το αγαπά (Hui & Maddern, 2021). Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά που είναι θύματα οικογενειακής κακοποίησης, παρουσιάζουν λιγότερες λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας και ασθενέστερη κοινωνική ικανότητα στην ενήλικη ηλικία, η οποία μπορεί να αποτελεί κίνδυνο ανάπτυξης αντικοινωνικής συμπεριφοράς καθώς και να επιφέρει προβλήματα στις μελλοντικές σχέσεις με τους συντρόφους τους. Τέλος, ο αντίκτυπος του τραύματος, που βιώνεται στο οικογενειακό περιβάλλον θεωρείται ότι σχετίζεται με διάφορες ψυχικές διαταραχές, όπως διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές και σχιζοφρένεια. Η κατάθλιψη και η κοινωνική εσωστρέφεια μπορούν να αναπτυχθούν στα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε οικογένειες όπου σημειώθηκε σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση (Lecic-Tosevski et al., 2014).

3.ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

3.1. Βασικές μορφές παιδικής κακοποίησης

3.1.1 Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση των παιδιών είναι ο οποιοσδήποτε μη τυχαίος τραυματισμός ενός παιδιού με χρήση σωματικής βίας από έναν ενήλικα. Η σωματική βία περιλαμβάνει ξυλοδαρμό, μώλωπες, γρατζουνιές, δάγκωμα, κάψιμο, τραντάγματα, κλωτσιές, πνιγμό, στραγγαλισμό ή γενικά κάθε πράξη που προκαλεί σωματικό πόνο και έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική βλάβη ή ακόμη και τον θάνατο (Brown et al., 2021).

Η νεαρή ηλικία, ο πρόωρος τοκετός, τα δίδυμα, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, οι κολικοί, τα κλάματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η εκπαίδευση διάφορων καθημερινών αναγκών αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για σωματική κακοποίηση των παιδιών (Brown et al., 2021).

Επίσης, η σωματική τιμωρία είναι μια μορφή σωματικής κακοποίησης, η οποία χρησιμοποιείται από τα πολύ παλιά χρόνια σχεδόν σε όλον τον κόσμο ως μέθοδος διαπαιδαγώγησης, συμμόρφωσης και πειθαρχίας των παιδιών από τους γονείς, τους φροντιστές και τους εκπαιδευτικούς. Οι περισσότερες τιμωρίες πραγματοποιούνται με χτύπημα με το χέρι ή με αντικείμενο όπως, μαστίγιο, ξύλο, ζώνη, παπούτσι, χάρακα, είτε με τράβηγμα μαλλιών και αυτιών, είτε με παραμονή σε άβολες θέσεις, είτε με την ταπείνωση και την γελοιοποίηση του παιδιού (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011). Ωστόσο, από το 1979, 34 χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν απαγορεύσει την ενδοοικογενειακή σωματική τιμωρία των παιδιών, εκ των οποίων οι 22 ανήκουν στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανόμενης και της Ελλάδας (Abbasi et al., 2015).

3.1.2 Σεξουαλική κακοποίηση

Με τον όρο σεξουαλική κακοποίηση παιδιών εννοούμε την συμμετοχή αναπτυξιακά ανώριμων παιδιών ή εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν μπορούν να συναινέσουν, διότι δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν ή να αντιληφθούν πλήρως το περιεχόμενο τους λόγω του νεαρού της ηλικίας τους. Πιο συγκεκριμένα, αυτές οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται, είτε με σωματική επαφή είτε με μη σωματική επαφή περιλαμβάνοντας, είτε αγγίγματα, χάρδια σε διάφορα σημεία του σώματος και συνουσία είτε λόγια και βλέμματα με σεξουαλικά υπονοούμενα, έκθεση σε πορνογραφία και σε ακατάλληλο σεξουαλικό περιεχόμενο. Με άλλα λόγια, η σεξουαλική κακοποίηση αφορά την σεξουαλική ικανοποίηση του ενήλικα ή ενός μεγαλύτερου έφηβου και επιτυγχάνεται πιο εύκολα εξαιτίας των σχέσεων εμπιστοσύνης, δύναμης και αδυναμίας ανάμεσα στον θύτη και στο θύμα (Βίλλη και συν, 2012).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, αυξημένο κίνδυνο για σεξουαλική κακοποίηση παρουσιάζουν τα παιδιά ηλικίας 7-13 ετών, τα παιδιά ανύπαντρων γονέων, τα άτομα με αναπτυξιακά ή νοητικά προβλήματα, τα απομονωμένα παιδιά από φίλους ή αδέρφια τους και τα κορίτσια που ζουν με τον πατριό τους (Διαμαντοπούλου & Κεϊσογλου, 2016).

3.1.3 Παραμέληση

Η παραμέληση ανηλίκων είναι η πιο συχνή μορφή κακοποίησης και αναφέρεται σε μη επαρκή κάλυψη των βασικών αναγκών του παιδιού. Ως παραμέληση ορίζεται η αποτυχία του γονέα, του φροντιστή ή του απόμου που έχει την ευθύνη ενός τέκνου να διασφαλίσει την ανάπτυξη του παιδιού και να του προσφέρει τα απαραίτητα για την επιβίωση του. Η παραμέληση περιλαμβάνει την σωματική παραμέληση, η οποία χαρακτηρίζεται από την έλλειψη τροφής, ένδυσης, στέγης, επίβλεψης, ασφάλειας και προστασίας του παιδιού από κινδύνους. Επίσης, αποτελείται από την συναισθηματική παραμέληση, η οποία είναι η μη παροχή αγάπης, στοργής και υποστήριξης για την συναισθηματική υγεία του παιδιού. Η ιατρική παραμέληση που σχετίζεται με την έλλειψη ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας και με την ελλιπή προσφορά φαρμάκων στα παιδιά. Τέλος, υπάρχει και η εκπαιδευτική παραμέληση, κατά την οποία οι γονείς δεν φροντίζουν για την παιδαγωγική μόρφωση των παιδιών τους (Avdibegoniü & Brkiü, 2020). Μερικά παρατηρήσιμα σημεία σ' αυτά τα παιδιά είναι το γεγονός ότι συχνά απουσιάζουν από το σχολείο, κλέβουν ή ζητάνε φαγητό και χρήματα και είναι βρώμικα με ελλιπή ρουχισμό (Abbasi et al., 2015).

Η παραμέληση των παιδιών δεν πρέπει να συγχέεται με την φτώχεια της οικογένειας καθώς αναπαριστά μια συμπεριφορά αποστέρησης βασικών πόρων από τους γονείς/φροντιστές προς τα παιδιά, ανεξάρτητα αν είναι οικονομικά ευκατάστατοι (Γυφτοπούλου και συν, 2013).

3.1.4 Συναισθηματική Κακοποίηση

Η συναισθηματική κακοποίηση ορίζεται συνήθως ως μη σωματική κακομεταχείριση ενός παιδιού και επηρεάζει σοβαρά τη συναισθηματική του υγεία. Τα πρότυπα κακοποιητικής συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν τη συνεχή απόρριψη, τον τρόμο, την γελοιοποίηση, την καταστροφή προσωπικών αντικειμένων, την απομόνωση, την έκθεση ενός παιδιού σε διαφθορά, βία ή εγκληματική συμπεριφορά, παράλογη συμπεριφορά και λεκτική κακοποίηση με υπερβολικές φωνές, υποτιμήσεις και πειράγματα. Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να αποτελεί μόνο ένα περιστατικό ή να είναι ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αποτυχίας του γονέα ή φροντιστή να παράσχει στο παιδί ένα περιβάλλον αναπτυξιακά κατάλληλο και υποστηρικτικό (Γυφτοπούλου και συν, 2013).

Τα παιδιά που βιώνουν ψυχολογική κακοποίηση στερούνται την αγάπη και την φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε μια ψυχικά τραυματισμένη προσωπικότητα. Παρουσιάζονται σημάδια κοινωνικής απομόνωσης, υπερβολικό άγχος, κατάθλιψη, βία, αντικοινωνική συμπεριφορά και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Kimber, 2017).

3.2 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης

3.2.1 Σύνδρομο ταρακουνημένου βρέφους

Το σύνδρομο του ταρακουνημένου βρέφους είναι μια μορφή σωματικής κακοποίησης. Προκαλείται από ένα έντονο και βίαιο «ταρακούνημα» από τα χέρια και τους ώμους που κάνει τον εγκέφαλο του βρέφους να χτυπάει μπρος και πίσω μέσα στο κρανίο, ως συνέπεια, την ενδοκρανιακή αιμορραγία με μετέπειτα συμπτώματα λήθαργο, σπασμούς, απώλεια των αισθήσεων και συχνά μόνιμη εγκεφαλική βλάβη ή θάνατο (I.Y.Π., 2015). Τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου περιλαμβάνουν την τριάδα που αποτελείται από αιμορραγία αμφιβληστροειδούς, υποσκληριδίου, και/ή υπαραχνοειδή αιμορραγία με μικρά σημάδια εξωτερικού τραύματος. Υπολογίζεται ότι το 10% έως 12% των θανάτων των βρεφών είναι εξαιτίας του συνδρόμου αυτού. Τα θύματα είναι ηλικίας μικρότερης του ενός έτους, με τα περισσότερα να είναι μικρότερα των 6 μηνών. Κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης αυτού του είδους κακοποίησης είναι οι κολικοί, το απαρηγόρητο κλάμα, ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος γέννησης και κάποια αναπηρία του βρέφους καθώς και το άγχος, η απογοήτευση, ο θυμός και ο μη έλεγχος των συναισθημάτων των γονέων (Altimier, 2008).

3.2.2 Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο Μινχάουζεν δια αντιπροσώπου, είναι μια διαταραχή όπου ένα άτομο προκαλεί την εμφάνιση προβλημάτων υγείας σε ένα άλλο άτομο. Συνήθως το σύνδρομο αυτό αφορά τον γονέα και το παιδί του, με τις περισσότερες φορές ο δράστης να είναι η μητέρα (76,5%). Επίσης, χαρακτηρίζεται από τέσσερα σημαντικά χαρακτηριστικά και αυτά είναι πρώτον, η δημιουργία της ασθένειας από τον γονέα στο παιδί, δεύτερον το παιδί που υποβάλλεται σε πολλαπλές διαγνωστικές διαδικασίες και χαρακτηρίζεται από επίμονη ασθένεια, τρίτον ο δράστης αρνείται την αιτία της παιδικής ασθένειας και τέταρτον τα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί σταματούν

όταν διαχωρίζεται από τον δράστη (Babu et al., 2019). Το σύνδρομο αυτό αντιπροσωπεύει το 0.04% των περιπτώσεων της παιδικής κακοποίησης και εμφανίζεται περίπου από 0,05 έως 2 ανά 100.000 παιδιά ηλικίας μικρότερης των 16 ετών. Η ενδιάμεση ηλικία των παιδιών είναι μεταξύ 14 μηνών και 2 ετών. Τέλος, κάποια πιθανά συμπτώματα του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου είναι η μυϊκή αδυναμία, τα σπασμένα οστά, η αναπνευστική δυσχέρεια, το άσθμα, ο διαβήτης, η ναυτία, ο έμετος, το κοιλιακό άλγος, η διάρροια, η απώλεια βάρους, τα εξανθήματα και οι πληγές (Abeln, 2018).

3.2.3 Σύνδρομο αμέτοχου θεατή

Ως σύνδρομο αμέτοχου θεατή ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μεγάλο χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς όμως το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ των συζύγων είναι η χαρακτηριστικότερη μορφή βίας που έρχεται αντιμέτωπο το παιδί. Το σύνδρομο αμέτοχου θεατή είναι μια μορφή ψυχολογικής/συναισθηματικής κακοποίησης, εφόσον το παιδί βιώνει ένα ψυχικό τραύμα, υποφέρει και κατακλύζεται από ένα πλήθος συναισθημάτων, κυρίως φόβου, άγχους, ανασφάλειας και απειλής (I.Y.Π, 2013).

3.2.4 Παιδική εργασία

Η παιδική εργασία είναι κάθε μορφή εργασίας που στερεί από τα παιδιά την παιδική τους ηλικία, τις δυνατότητές τους, την αξιοπρέπειά τους και την εκπαίδευσή τους και βλάπτει τη σωματική και πνευματική τους ανάπτυξη. Οι χειρότερες μορφές παιδικής κακοποίησης σύμφωνα με την Διεθνή Οργάνωση εργασίας είναι: (i) όλες οι μορφές δουλείας ή πρακτικές παρόμοιες με τη δουλεία, όπως η πώληση και η εμπορία παιδιών, η δουλοπαροικία, η καταναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία, συμπεριλαμβανομένης της αναγκαστικής ή υποχρεωτικής στρατολόγησης παιδιών για την χρήση τους σε ένοπλες συγκρούσεις, (ii) χρήση ή προσφορά παιδιών για πορνεία, παραγωγή πορνογραφίας ή πορνογραφικών παραστάσεων, (iii) η χρήση παιδιών ώστε να ασκήσουν παράνομες δραστηριότητες όπως είναι η παραγωγή και η διακίνηση ναρκωτικών και (iv) η εργασία η οποία μπορεί να βλάψει την υγεία και την ασφάλεια των παιδιών. Παγκοσμίως, το 2016 εργάζονταν 152 εκατομμύρια παιδιά, με

μεγαλύτερο επιπολασμό στην Αφρική (19,6%) και στην Αμερική (5,3%) (Garcia & Galvão, 2021).

3.2.5 Εμπορική σεξουαλική εκμετάλλευση

Η σεξουαλική εμπορία παιδιών είναι μια μορφή κακοποίησης που συμβαίνει όταν ένα παιδί κάτω των 18 ετών διαφημίζεται, ζητείται ή γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης μέσω εμπορικής σεξουαλικής πράξης. Η σεξουαλική εκμετάλλευση περιλαμβάνει τη σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών για εμπορικούς σκοπούς, ηχητικό ή οπτικό υλικό σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, παιδική πορνεία, τη σεξουαλική δουλειά, τη σεξουαλική εκμετάλλευση στον ταξιδιωτικό τομέα, την εμπορία εντός και εκτός συνόρων και την πώληση παιδιών για σεξουαλικούς σκοπούς και καταναγκαστικούς γάμους (Greenbaum, 2014).

3.2.6 Περιτομή γεννητικών οργάνων

Ο ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων αναφέρεται σε όλες τις διαδικασίες που περιλαμβάνουν μερική ή ολική αφαίρεση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων ή οποιαδήποτε τραυματισμού χωρίς ιατρικούς λόγους. Ο ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων γίνεται σχεδόν πάντα σε ανήλικους και αφορά κορίτσια κυρίως ηλικίας μέχρι 15 ετών. Ως εκ τούτου αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού. Η μέθοδος αυτή θεωρείται απαραίτητη για να μεγαλώσει σωστά ένα κορίτσι και να προετοιμαστεί για την ενηλικίωση και τον γάμο. Επίσης υπολογίζεται ότι 100 έως 140 εκατομμύρια κορίτσια και γυναίκες στον κόσμο έχουν υποβληθεί σε τέτοιες επεμβάσεις και 3 εκατομμύρια κορίτσια εκτιμάται ότι κινδυνεύουν να υποβληθούν σε αυτές κάθε χρόνο. Η πρακτική αυτή είναι πιο διαδεδομένη στις δυτικές, ανατολικές και βορειοανατολικές περιοχές της Αφρικής, σε ορισμένες χώρες της Ασίας και της Μέσης Ανατολής και σε ορισμένες κοινότητες μεταναστών της Βόρειας Αμερικής και Ευρώπης (WHO, 2008). Τέλος, οι θρησκευτικές πρακτικές όπως η κλειτοριδεκτομή στα κορίτσια αλλά και περιτομή στα αγόρια πλέον αναγνωρίζονται ως κακοποιητικές από πολλούς διακρατικούς οργανισμούς (I.Y.Π., 2013).

4. ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Υπάρχει μια ποικιλία συνδυασμών παραγόντων που οδηγούν κάποιον να κακοποιήσει ένα παιδί και δεν υπάρχει καμία θεωρία που να εξηγεί πλήρως αυτό το φαινόμενο. Ωστόσο υπάρχουν τρία διαφορετικά μοντέλα αιτιώδους κακοποίησης, τα οποία είναι το μοντέλο γονικού ελλείμματος, το πρότυπο περιβαλλοντικού ελλείμματος και το μοντέλο οικολογικής συναλλαγής (Avdibegoniü & Brkiü, 2020).

Το μοντέλο γονικού ελλείμματος αναφέρεται στο γεγονός ότι τα άτομα, οι γονείς και οι φροντιστές είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα των παιδιών τους. Σε αυτό το μοντέλο τα γονεϊκά χαρακτηριστικά είναι οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες για την κακοποίηση και ιδιαίτερα για την παραμέληση των παιδιών τους και όχι τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορούν να επηρεάσουν την γονική μέριμνα. Αντίθετα, το μοντέλο του περιβαλλοντικού ελλείμματος υποστηρίζει ότι η υλική στέρηση είναι η κύρια αιτία της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών. Το μοντέλο αυτό αναφέρεται στο άγχος που μεταδίδεται στους γονείς εξαιτίας της φτώχειας και τους καθιστά ανίκανους να παρέχουν στα παιδιά τους τα απαραίτητα υλικά αγαθά αλλά ούτε και την συναισθηματική πληρότητα. Τέλος, το τρίτο μοντέλο, το οικολογικό-συναλλακτικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η αιτία της κακοποίησης είναι η αλληλεπίδραση των οικογενειακών χαρακτηριστικών και των περιβαλλοντικών παραγόντων και εστιάζει στα επίπεδα άγχους και στους μηχανισμούς αντιμετώπισης τους. Όσο το άγχος μέσα στην οικογένεια υπερβαίνει τον έλεγχο, τόσο ο κίνδυνος για κακοποίηση αυξάνεται (Avdibegoniü & Brkiü, 2020).

4.1 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το παιδί

Υπάρχει μια σειρά αιτιών και παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με το παιδί ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι τα παιδιά είναι θύματα της κακοποίησης και δεν ευθύνονται ποτέ και για κανέναν λόγο για την κακοποίησης τους. Ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού που αυξάνουν την πιθανότητα κακοποίησης είναι η ηλικία, το φύλο, η προωρότητα, το χαμηλό βάρος κατά την γέννηση, η σωματική ή νοητική αναπηρία, κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια, η νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα, η ιδιοσυγκρασία και τα προβλήματα συμπεριφοράς (Γυφτοπούλου κα συν, 2013). Σύμφωνα με έρευνες της Κώτση (2008) τα παιδιά βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, τα πρόωρα, αυτά με κάποια μορφή αναπηρίας, τα αγόρια και τα πρώτα παιδιά κινδυνεύουν περισσότερο για σωματική κακοποίηση, ενώ

τα παιδιά με αναπηρίες είναι 4,6 φορές πιο εκτεθειμένα σε παραμέληση σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς αναπηρία (Avdibegoniü & Brkiü, 2020). Τέλος, ενώ τα αγόρια είναι τα πιο συνηθισμένα θύματα σωματικής κακοποίησης, τα κορίτσια είναι συχνότερα θύματα παιδοκτονίας, σεξουαλικής κακοποίησης, πορνείας και εκπαιδευτικής και διατροφικής παραμέλησης (Ross & Juarez, 2014).

4.2 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τους γονείς

Η κοινωνική απομόνωση, τα ψυχικά τραύματα των γονέων στην παιδική ηλικία, η έλλειψη γονικής γνώσης και δεξιοτήτων, ο αλκοολισμός, οι εγκληματικές δραστηριότητες, ο εθισμός στην χαρτοπαιξία είναι μόνο μερικοί από τους παράγοντες των γονέων που αυξάνουν τον κίνδυνο κακοποίησης των παιδιών. Ακόμη, τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι νεότεροι, για παράδειγμα έφηβοι, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παραμεληθούν λόγω της περιορισμένης εμπειρίας ζωής, της συναισθηματικής ανωριμότητας, της έλλειψης χρηματοδότησης και ενός ασφαλούς περιβάλλοντος (Avdibegoniü & Brkiü, 2020). Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η έλλειψη επίγνωσης της ανάπτυξης των παιδιών ή ύπαρξη μη ρεαλιστικών προσδοκιών, το στρες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ανεργία, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας είναι σημαντικοί δείκτες για την παιδική κακοποίηση. Τέλος, η χρήση ουσιών είναι ένας άλλος κοινός παράγοντας κινδύνου, καθώς το 2015, το 10% των θυμάτων είχαν φροντιστή που καταχράται αλκοόλ και το 25% των θυμάτων είχαν φροντιστή που καταχράται ναρκωτικά (Ellington, 2017).

4.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια

Η δομή και ο αριθμός των μελών της οικογένειας, οι οικογενειακές σχέσεις, η ενδοοικογενειακή βία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς με συζυγικές συγκρούσεις, τα έντονα συγκρουσιακά διαζύγια, οι πολυμελείς ή μονογονεϊκές οικογένειες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, το στρες και οι αγχωτικές καταστάσεις λόγω οικονομικών προβλημάτων ή ανεργίας, η έλλειψη δικτύου υποστήριξης και η ποιότητα της σχέσης μεταξύ γονέων και παιδιών είναι αιτίες που επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών καθώς οδηγούν σε παιδική κακοποίηση (Γυφτοπούλου και συν, 2013).

4.4. Κοινωνικοί και Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ, η κοινωνική απομόνωση, οι απρόσιτες υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης, η ελλιπής πρόσβαση στο εκπαιδευτικό δίκτυο, η ελλιπής πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα, η διαβίωση σε βίαιες και επικίνδυνες γειτονιές, η εύκολη διαθεσιμότητα αλκοόλ και ναρκωτικών είναι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση παιδικής κακοποίησης. Επίσης, οι πολιτιστικοί και κοινωνικοί κανόνες, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις καθώς και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανατροφή, την διαπαιδαγώγηση και την πειθαρχία των παιδιών, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των γονέων και την αντίληψή τους για την σωστή φροντίδα των παιδιών (Abbasi et al., 2015).

4.5 Covid-19 και Παιδική Κακοποίηση

Με τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας, το κλείσιμο σχολικών μονάδων σε εθνικό επίπεδο και τις εντολές παραμονής στο σπίτι, η πανδημία του κορονοϊού αναστάτωσε απότομα και σημαντικά την καθημερινή ζωή των μικρών παιδιών και των οικογενειών σε όλο τον κόσμο. Ειδικότερα, η αναστάτωση και το άγχος που προκλήθηκαν από την πανδημία Covid-19 ενέχουν σημαντικό κίνδυνο για αυξημένη ενδοοικογενειακή βία, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης παιδιών. Κατά την περίοδο του lockdown εξαιτίας της νόσου Covid-19, στην Γαλλία μέσα σε δύο μήνες 92 παιδιά τέθηκαν υπό φροντίδα από τα δικαστήρια λόγω παιδικής κακοποίησης ενώ, η γαλλική εθνική γραμμή βοήθειας για την κακοποίηση παιδιών έλαβε 14.531 κλήσεις μεταξύ 13 και 19 Απριλίου 2020, μια αύξηση 89.4% με σύγκριση με το 2019 (Caron et al., 2020).

5. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ - ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συνήθως, η κακοποίηση ξεκινά με λεκτικές απειλές που κλιμακώνονται και οδηγούν στην σωματική κακοποίηση. Τα βίαια γεγονότα είναι συχνά απρόβλεπτα και ασαφή για τα θύματα και διαπράττονται σε έναν φαύλο κύκλο που περιλαμβάνει τρεις φάσεις.

Αρχικά, το πρώτο στάδιο της βίας λέγεται «φάση αύξησης έντασης». Σε αυτό το στάδιο εμφανίζονται μικρά επεισόδια έντασης και βίας και ο κακοποιητής εμφανίζει απροσδόκητα ξεσπάσματα θυμού για ασήμαντες αφορμές. Κατά την διάρκεια αυτής της φάσης, ενώ ο θύτης είναι συχνά κυκλοθυμικός, απρόβλεπτος, ουρλιάζει, απειλεί και εκφοβίζει, το θύμα κατακλύζεται από φόβο και αγωνία και προσπαθεί να ηρεμήσει και να κρατήσει απόσταση. Τέλος, η φάση αυτή διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (Houseman & Semien, 2022).

Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται «φάση έκρηξης», εδώ τα περιστατικά βίας ξεφεύγουν από τον έλεγχο και επικρατεί μένος, μανία και βαναυσότητα. Σε αυτή την φάση υπάρχει ξεκάθαρη σωματική ή ακόμη και σεξουαλική κακοποίηση με το θύμα να συνειδητοποιεί ότι κάθε προβαλλόμενη αντίσταση θα χειροτερέψει την κατάσταση. Πρόκειται για την πιο τρομακτική φάση της βίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές σωματικές βλάβες ή στον θάνατο. Η χρονική περίοδος της φάσης είναι από δύο έως είκοσι τέσσερις ώρες, ωστόσο το θύμα συνεχίζει να βιώνει ψυχολογική κακοποίηση για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα αφού ζει με τον φόβο και την αγωνία για μια πιθανή επόμενη έκρηξη βίας (Διοτίμα, 2022).

Τέλος, η τρίτη φάση του κύκλου της βίας είναι η «φάση της μεταμέλειας-συγχώρεσης». Ο θύτης δείχνει μεταμέλεια, ζητάει συγχώρεση, προσφέρει δώρα και υπόσχεται να μην το ξανακάνει. Το θύμα σε αυτήν την φάση προκειμένου να διατηρήσει την ήρεμη ατμόσφαιρα δικαιολογεί το περιστατικό βίας και πείθει τον εαυτό του ότι δεν θα ξαναγίνει κάτι παρόμοιο. Ωστόσο αυτή η συμπεριφορά του θύματος οδηγεί στον εγκλωβισμό και στην θυματοποίηση του (Διοτίμα, 2022).

Επιπρόσθετα, εκτός από τον κύκλο της βίας και τις φάσεις της υπάρχουν και κάποια άλλα διαφορετικά στάδια που αναφέρονται στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και εστιάζουν στην προσέγγιση των παιδιών-θυμάτων. Αρχικά, το πρώτο στάδιο είναι η «δημιουργία φιλίας», κατά το οποίο ο δράστης κερδίζει την εμπιστοσύνη του θύματος, παρακολουθώντας και συγκεντρώνοντας πληροφορίες σχετικά με το παιδί, προσπαθώντας να μάθει τις ανάγκες του και πως να τις ικανοποιήσει, ώστε να

δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας. Το δεύτερο στάδιο είναι «η αποτίμηση του κινδύνου» και ακολουθεί το στάδιο της «αποκλειστικότητας», στο οποίο ο παιδόφιλος διαβεβαιώνει στο παιδί την φιλία τους και το επιβραβεύει για την απόλυτη εμπιστοσύνη του. Στην συνέχεια, προκύπτει το «σεξουαλικό στάδιο», όπου ξεκινά μέσω της συζήτησης και ερωτήσεων τύπου αν έχει φιλήσει ποτέ κανέναν, αν έχει αγγίξει τον εαυτό του. Στην πορεία το παιδί προτρέπεται να αγγίξει τον εαυτό του και να πάρει μέρος σε διάφορες σεξουαλικές πράξεις, οι οποίες συνοδεύονται συνήθως από φωτογραφίες παιδικής πορνογραφίας ή πορνογραφίας ενηλίκων, νομίζοντας ότι αυτό που κάνει είναι κάτι αποδεκτό και φυσιολογικό. Μόλις συμβεί η σεξουαλική κακοποίηση με το παιδί, ο δράστης προσπαθεί να διατηρήσει την μυστικότητα της σχέσης αυτής είτε μέσω απειλών και συναισθηματικού εκφοβισμού για τη ζωή και την σωματική ακεραιότητα του ίδιου και των δικών του είτε με την παροχή ανταλλαγμάτων, όπως για παράδειγμα την αγορά δώρων. Επίσης, όλη αυτή η διαδικασία προσέγγισης και σεξουαλικής εκμετάλλευσης των παιδιών αυξάνεται και γίνεται πιο εύκολη μέσω του διαδικτύου (Διαμαντοπούλου & Κεϊσογλου, 2016). Τέλος, το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της «αποκάλυψης», εκεί το θύμα ομολογεί το περιστατικό της σεξουαλικής κακοποίησης σε ένα τρίτο άτομο ή κάποιος άλλος το αντιλαμβάνεται. Ωστόσο, η αποκάλυψη του περιστατικού μπορεί να πραγματοποιηθεί μήνες ή χρόνια μετά από αυτό το βίαιο περιστατικό (Cheisa & Goldson, 2017).

6. ΣΗΜΑΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όσον αναφορά τα σημάδια που μαρτυρούν την παιδική κακοποίηση ενός παιδιού, είναι πολλά τα στοιχεία που μπορεί να την αποδεικνύουν και μπορεί να είναι παρατηρήσιμα τόσο από έναν επαγγελματία υγείας όσο και από το ευρύ κοινό. Η κλινική εικόνα ενός κακοποιημένου παιδιού μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την μορφή κακοποίησης, ωστόσο υπάρχουν πολλά κοινά σημεία (Αβραμικά και συν, 2013).

Γενικά χαρακτηριστικά ενός κακοποιημένου παιδιού είναι ο φόβος που έχει προς τους γονείς/φροντιστές του, το γεγονός ότι δεν θέλει να γυρίσει σπίτι του, είναι απομονωμένο, παθητικό και δεν παρουσιάζει κανένα ενδιαφέρον. Επιπλέον, παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στην σχολική του απόδοση, έντονο άγχος, παλινδρόμηση σε προγενέστερα αναπτυξιακά στάδια, όπως η νυχτερινή ενούρηση και το πιπίλισμα του αντίχειρα. Τέλος, τα παιδιά που υφίστανται βία έχουν

αυτοκαταστροφικές τάσεις, ξαφνικές και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και αρκετά συχνά κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών και ναρκωτικών ουσιών (Αβραμικά και συν, 2013).

Κλινικά σημάδια που παρατηρούνται στο σώμα των παιδιών που κακοποιούνται σωματικά είναι μώλωπες σε ασυνήθιστες περιοχές όπως στα αυτιά, στον λαιμό, στους γλουτούς και στα γεννητικά όργανα, πληγές, εκδορές, δηλητηρίαση, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, κακώσεις, διαστρέμματα, εξαρθρώσεις και κοψίματα. Το τραύμα στο κεφάλι είναι η κύρια αιτία θανάτου από σωματική κακοποίηση σε παιδιά ηλικίας κάτω των δύο ετών, ενώ το 25% των καταγμάτων σε παιδιά ηλικίας μικρότερα του ενός έτους είναι εξαιτίας της σωματικής κακοποίησης. Παραδείγματα καταγμάτων είναι κατάγματα πλευρών, μηριαίου οστού και κρανίου, σε ηλικίες συνήθως κάτω των 1,5 ετών. Επιπλέον, στο σώμα του παιδιού παρατηρούνται τραυματισμοί για τους οποίους δεν υπάρχει καμία εξήγηση ή η εξήγηση δεν ταιριάζει με τα τραύματα και τραυματισμοί που έχουν ορισμένο σχήμα ή μοιάζουν να έχουν προκληθεί από ένα αντικείμενο όπως για παράδειγμα ζώνη, χέρι. Μη ορατά σημάδια είναι ο φόβος των παιδιών στα αγγίγματα, η άμεση συμμόρφωση σε εντολές, ο δισταγμός των παιδιών να επιστρέψουν στην οικία τους και οι ξαφνικές αλλαγές στις σχολικές τους επιδόσεις (Brown et al., 2021).

Η κλινική εικόνα ενός σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού περιλαμβάνει τραυματισμούς, μώλωπες ή αιμορραγία στα γεννητικά όργανα ή στον πρωκτό, σημάδια δαγκώματος, βλάβες στην περιοχή του περινέου και απουσία ενός μέρους του υμενικού ιστού, εκδορές στον ουρανίσκο, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως παρουσία γονόρροιας, σύφιλης, τριχομονάδας, γλαυιδίων, ιού του HIV, εγκυμοσύνη ή να βρεθεί σπέρμα πάνω στο παιδί. Επίσης, υπάρχει κνησμός στην γεννητική χώρα και εκκρίσεις από τα γεννητικά όργανα, καθώς και πόνος κατά το περπάτημα ή το κάθισμα. Τέλος, μπορεί να παρατηρηθούν εσώρουχα λερωμένα με αίμα ή κατεστραμμένα, πόνος κατά την εκκένωση της ουροδόχου κύστης, επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις και κολπίτιδα. Σε μετέπειτα χρόνο τα παιδιά παρουσιάζουν εφιάλτες, διαταραχές ύπνου, σεξουαλικές φοβίες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, ψυχικές διαταραχές, μετατραυματικό στρες, έχουν αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές τάσεις και κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Άλλα σημάδια που μαρτυρούν σεξουαλική κακοποίηση είναι το γεγονός ότι το παιδί δεν θέλει να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες που σχετίζονται με το σώμα του, διαθέτει ερωτικές ικανότητες ή γνωρίζει πράγματα πάνω σε αυτό τον τομέα που δεν συνάδουν με την ηλικία του, έχει ελάχιστες φιλικές σχέσεις

και απομονώνεται. Τα παιδιά μετά από μια σεξουαλική εκμετάλλευση καθιστούν τον εαυτό τους υπαίτιο και νιώθουν ενοχές και ότι έχουν στιγματιστεί, ενώ παράλληλα νιώθουν αβοήθητα και προδομένα (Chiesa & Goldson, 2017).

Τα σημάδια που παρατηρούνται σε ένα παραμελημένο παιδί και υποδηλώνουν κακοποίηση είναι σχεδόν ξεκάθαρα. Αρχικά, τα παραμελημένα παιδιά εμφανίζονται καθημερινά με παραμελημένη προσωπική υγιεινή, με τα ίδια ρούχα, τα οποία πολλές φορές είναι λερωμένα, ελλιπείς ή δεν ταιριάζουν με τις καιρικές συνθήκες. Επίσης, παρατηρούνται τραυματισμοί που οφείλονται στην μη επίβλεψη τους, καθώς και τραυματισμοί για τους οποίους δεν έχει δοθεί άμεσα η απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Τα παιδιά αυτά, πολλές φορές εμπλέκονται σε παραβατικές πράξεις, είναι πιο παθητικά και απομονωμένα και εμφανίζουν σημαντικές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και μειωμένη απόδοση στο σχολείο εξαιτίας της διαταραχής ύπνου (Avdibegoniü & Brkiü, 2020).

Η συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών παρουσιάζει σημάδια τόσο στο σώμα των παιδιών όσο και στην συμπεριφορά τους. Αρχικά, αυτή η μορφή κακοποίησης αποτυπώνεται στα παιδιά μέσω ψυχοσωματικών συμπτωμάτων όπως για παράδειγμα, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, τα κοιλιακά άλγη και η συχνή διάρροια, μέσω στερεοτυπικών κινήσεων ή μέσω βίαιων κινήσεων του κεφαλιού τους. Τα παιδιά αυτά αυτοτραυματίζονται, επιχειρούν απόπειρες αυτοκτονίας, κατακλύζονται από άγχος, εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και απότομες αλλαγές στην σχολική επίδοση. Ακόμη, το συναισθηματικά κακοποιημένο παιδί αντιδράει αρκετές φορές βίαια, κυρίως λεκτικά, και παρουσιάζει νέες φοβίες ή φοβίες που δεν ταιριάζουν με την ηλικία του (Avdibegoniü & Brkiü, 2020).

7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η κακοποίηση των παιδιών επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στις ζωές των θυμάτων που αφορούν όχι μόνο το παρόν αλλά και το μέλλον. Τόσο τα σωματικά όσο και τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα μετά την παιδική κακοποίηση είναι αναπόφευκτα. Τα παιδιά, και μετέπειτα ως ενήλικοι, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν βία ή να είναι θύματά της, να εμφανίζουν κατάθλιψη, παχυσαρκία, σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, ακούσιες εγκυμοσύνες, να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και να καπνίζουν. Ακόμη, η βία κατά των παιδιών

τα αποτρέπει από την εκπαίδευσή τους, καθώς παιδιά που βίωσαν οποιαδήποτε μορφή βίας στην παιδική ηλικία έχουν 13% μεγαλύτερη πιθανότητα να μην αποφοιτήσουν από το σχολείο. Τέλος, πέρα από τις υγειονομικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές συνέπειες της κακομεταχείρισης των παιδιών, υπάρχει ο οικονομικός αντίκτυπος, συμπεριλαμβανομένου του κόστους νοσηλείας, της θεραπείας ψυχικής υγείας, της παιδικής πρόνοιας και των μακροπρόθεσμων δαπανών για την υγεία (WHO, 2020).

Οι εμπειρίες κακοποίησης στην αρχή της ζωής των ατόμων και η έκθεση τους σε μόνιμο άγχος επηρεάζουν την νευροβιολογική ανάπτυξή τους, την ψυχική υγεία, τις συμπεριφορές και την παθολογία τους. Η πρόωμη κακοποίηση και η χρόνια έκθεση στο στρες αλλάζουν την γονιδιακή έκφραση, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται άμεσα η λειτουργία και η ανάπτυξη του εγκεφάλου και η ανάπτυξη του νευρικού και ανοσοποιητικού συστήματος. Αρχικά, έχει βρεθεί ότι τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένες γνωστικές λειτουργίες, π.χ. η επίδοση στον σχολικό τομέα, και αυτό συμβαίνει εξαιτίας των νευροβιολογικών συσχετίσεων, συμπεριλαμβανομένου του μικρότερου ενδοκρανιακού όγκου, της μειωμένης ημισφαιρικής ολοκλήρωσης και ενός πιο μικρού μεσολοβίου. Επίσης, ενδοκρανιακοί όγκοι, μικρότερο μεσολόβιο και μικρότερος υπόκαμπος, η απορρύθμιση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και μυριάδες πρόσθετες νευροβιολογικές αλλοιώσεις παρατηρούνται σε παιδιά και ενήλικες επιζώντες παιδικής κακοποίησης. Ακόμη, παιδιά που εκτίθενται σε σωματική κακομεταχείριση στο σπίτι, εμφανίζουν σημαντικές αλλαγές στους μετωπιαίους φλοιούς και σε άλλες βασικές περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη γνωστική και τη συναισθηματική λειτουργία. Η σωματική υγεία επηρεάζεται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα σε άτομα που έχουν βιώσει κάποια μορφή κακοποίησης καθώς έχει συσχετιστεί με αρκετές ασθένειες, πολλές από τις οποίες συνδέονται με αυξημένη θνησιμότητα, π.χ. χρόνιο πονοκέφαλο και ημικρανία, καρδιακές παθήσεις, πνευμονικές παθήσεις, καρκίνοι, αυτοάνοσα νοσήματα. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που έχουν κακοποιηθεί ως παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με έξι ή περισσότερες πρώιμες εμπειρίες κακοποίησης είναι πιθανό να πεθάνουν έως και 20 χρόνια νωρίτερα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν βιώσει περιστατικά βίας (Sinnamon, 2019).

Οι μελέτες του παιδικού τραυματικού στρες υποδηλώνουν την ύπαρξη συχνότητας πρώιμου τραύματος σε άτομα που αναπτύσσουν ψυχιατρική διαταραχή, ειδικά διαταραχές προσωπικότητας. Οι τραυματικές εμπειρίες που σχετίζονται με την παιδική

ηλικία μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη διαταραχών στην αντίληψη του σώματος κάποιου, τη δυσκολία στην εδραίωση της εμπιστοσύνης και την αυτοπεποίθηση. Τα άτομα που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, συχνά αναπτύσσουν πρότυπα αποφυγής της συναισθηματικής σύνδεσης γεγονός που καθιστά δύσκολη την καθιέρωση στενών σχέσεων με άλλους σε ενήλικη ηλικία, ιδίως στον τομέα των σχέσεων με τους συντρόφους. Ακόμη, τα άτομα αυτά αναπτύσσουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές για την καταπολέμηση του στρες, και κυρίως τα θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης έχουν οκτώ φορές υψηλότερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας (Lecic-Tosevski et al., 2014). Σύμφωνα, με τον Sinnamon, το 2019, αποδείχθηκε ότι περίπου τα 2/3 (~67%) του κινδύνου αυτοκτονίας σε ολόκληρο τον πληθυσμό μπορούν να αποδοθούν σε παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση, ενώ το 32% όλων των ψυχιατρικών ασθενειών μπορεί να εξηγηθεί από την έκθεση σε εμπειρίες παιδικής κακοποίησης.

Η κακοποίηση των παιδιών και το τραυματικό στρες που βιώνουν έχει συσχετιστεί θετικά με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στην μετέπειτα ζωή τους. Διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές και σχιζοφρενική διαταραχή προσωπικότητας είναι κάποια από τα ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα θύματα στην ενήλικη ζωή. Τέλος, τα θύματα της κακοποίησης εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κακοποιούν και οι ίδιοι τα παιδιά τους ή να διαπράττουν οποιαδήποτε μορφή βίας (Lecic-Tosevski et al., 2014).

8.Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η θεωρητική και η ερευνητική προσέγγιση της παιδικής κακοποίησης επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα του φαινομένου. Κάποιες φορές φαίνεται σαν μια λανθασμένη πεποίθηση, βαθιά ριζωμένη στις ατομικές και κοινωνικές αντιλήψεις περί γονεϊκού ρόλου και ανατροφής των παιδιών ενώ άλλες ως αποτέλεσμα ψυχολογικής ή ψυχιατρικής διαταραχής. Ωστόσο, στην πραγματικότητα αυτά τα δύο συνδυάζονται, καθώς η εκάστοτε κοινωνία παραβλέπει, υποθάλπει, εξαγνίζει διάφορες μορφές βίας. Έτσι, η κατάσταση αυτή είναι επικίνδυνη και βλαπτική για τις επόμενες γενιές, καθώς αποδέχονται και υιοθετούν τα βίαια πρότυπα συμπεριφοράς στους κοινωνικούς τους ρόλους (Σκλάβου, 2013).

Σε μια τέτοια λοιπόν, κοινωνία, με πολλά και αυξανόμενα κρούσματα παιδικής κακοποίησης είναι απαραίτητη η διαφώτιση του κοινωνικού πληθυσμού σχετικά με το θέμα της κακοποίησης ώστε να εδραιωθούν οι κοινωνικοί κανόνες οι οποίοι καθιστούν την βία μη αποδεκτή. Επίσης, θα πρέπει να οργανωθούν παρεμβάσεις για την πρόληψη και την αποτροπή της βίας και να αναπτυχθούν κατάλληλοι μηχανισμοί επέμβασης, με κύριο στόχο την προστασία των παιδιών (Μόσχος, 2013).

Παρ' όλα αυτά, η κοινωνία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο σχετικά με την αντιμετώπιση και την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και οι παρεμβάσεις που πραγματοποιεί φαίνεται να βοηθούν στην εξάλειψη αυτού του φαινομένου. Αρχικά, η θεωρία της αποδιοργάνωσης σχετίζεται με την δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο θα υπάρχει αλληλοϋποστήριξη και η προστασία των παιδιών μέσα στην κοινωνία θα είναι ο κύριος στόχος. Έτσι, υπάρχουν οι κοινοτικοί κανόνες που πλαισιώνουν αυτό που οι γονείς μπορούν να θεωρήσουν κατάλληλους ή ουσιαστικούς τρόπους αλληλεπίδρασης με τα παιδιά τους και θέτουν τα πρότυπα ως προς το πότε και πως οι γονείς πρέπει να ζητήσουν βοήθεια (Daro & Dodge, 2009).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, ορίζεται ότι για να αναπτύξει ένα παιδί αρμονικά την προσωπικότητά του πρέπει να μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον στο οποίο θα επικρατεί η αγάπη, η στοργή, η ειρήνη, η κατανόηση, η αλληλεγγύη και η ισότητα. Στην σύμβαση, υπάρχουν τέσσερις κυρίαρχες αρχές, οι οποίες περιστρέφονται γύρω από το παιδί. Η πρώτη είναι η αρχή της διάκρισης, όπου όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως επωφελούνται τα δικαιώματά τους. Η δεύτερη αρχή αναφέρεται στο γεγονός ότι όσες αποφάσεις παίρνονται από όλους τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες θα πρέπει να προβλέπουν το συμφέρον του παιδιού. Η τρίτη αρχή είναι το δικαίωμα του παιδιού να εκφέρει την άποψή του για θέματα που το αφορούν και να λαμβάνεται υπόψιν σύμφωνα με την ηλικία του και την ωριμότητά του. Τέλος, η τέταρτη αρχή είναι το βασικό δικαίωμα του παιδιού στην ζωή και την ομαλή ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της παιδικής κακοποίησης, η Δ.Σ.Δ.Π επισημαίνει ότι το συμβαλλόμενο κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει στο παιδί την απαραίτητη φροντίδα και προστασία, δίνοντας όμως έμφαση και στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των νόμιμων φροντιστών του. Έτσι, το κράτος λαμβάνει όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις και αποφάσεις για την προστασία του παιδιού για όλες τις μορφές κακοποίησης κατά την διάρκεια που είναι υπό την επίβλεψη των γονέων του. Ακόμη, στο άρθρο 34 και 39 επισημαίνεται ιδιαίτερα η υποχρέωση του κράτους για την προστασία των παιδιών από κάθε μορφή βίας και για

την διευκόλυνση της θεραπείας τους και της κοινωνικής επανένταξής τους, αντίστοιχα. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Gunnlaugsson & Einarsdottir, 2018, παρά την υιοθέτηση της σύμβασης αυτής σε παγκόσμιο επίπεδο, μόνο 53 χώρες έχουν υιοθετήσει νομοθεσία που προστατεύει τα παιδιά. Στην Ισλανδία, το 2009, καθιερώθηκε η ενημέρωση των φορέων σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον χώρο της υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση του πληθυσμού με ειδική προσοχή στα παιδιά και τις οικογένειες. Όλο αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μέχρι και το 2015 να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σχετικά με την παιδική κακοποίηση και την πρόληψη. Έτσι, εισήχθη νομοθεσία κατά την οποία απαγορεύεται ρητά κάθε είδους κακοποίηση κατά των παιδιών, και μπήκε σε εφαρμογή από το 2013.

Από το 1979, 34 χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν απαγορεύσει την ενδοοικογενειακή σωματική τιμωρία των παιδιών. Στην Ευρώπη, 22 χώρες έχουν απαγορεύσει την πρακτική αυτή. Όμως, οι πολιτιστικοί κανόνες σχετικά με το τι είναι η κακοποίηση ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών και του ευρύτερου κοινού. Ορισμένοι επαγγελματίες ισχυρίζονται ότι οι πολιτιστικοί κανόνες που επιβάλλουν κυρώσεις για τη σωματική τιμωρία είναι μία από τις αιτίες της κακοποίησης παιδιών και έχουν αναλάβει εκστρατείες για τον επαναπροσδιορισμό τέτοιων κανόνων (Abbasi et al., 2015).

Τέλος, στην Ελλάδα επικυρώθηκε το 2007 η απόφαση του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την παιδική κακοποίηση. Η απόφαση περιείχε αλλαγές για την πρόληψη, σκληρότερες ποινές για τους δράστες της σεξουαλικής κακοποίησης, μεταρρυθμίσεις στην αναφορά των περιστατικών κακοποίησης και ιδιαίτερη βαρύτητα στην προάσπιση του κακοποιημένου παιδιού. Αξιοσημείωτη αλλαγή σε νομικό επίπεδο, έφερε ο νόμος 3500/2006, ο οποίος αναφέρεται στην ενδοοικογενειακή βία, το περιεχόμενο του οποίου περιλαμβάνει διατάξεις για την ψυχολογική κακοποίηση, την δευτερογενή κακοποίηση, και αυστηρότερες κυρώσεις για τους θύτες (Αβραμικά και συν, 2013).

9. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη της κακοποίησης είναι η σημαντικότερη παρέμβαση για την εξάλειψη του φαινομένου αυτού και διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνει παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας, όπως γενική αποτροπή

εγκληματικότητας, εκπαίδευση, επαρκή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία. Επίσης, η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στους θεσμούς, στο ευρύ κοινό και στα παιδιά (Knack et al., 2019). Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει πιο στοχευμένες παρεμβάσεις ώστε να εντοπίσει τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες εμφανίζουν την μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσουν κακοποιητικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα προς τα παιδιά. Ουσιαστικά, η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος, πριν ακόμη αυτό συμβεί, με διάφορες παρεμβάσεις και προγράμματα (Μπαλόρδος & Φρονίμου, 2011):

- Εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών να διακρίνουν τους παράγοντες κινδύνου.
- Υποστήριξης των ζευγαριών νεαρής ηλικίας ώστε να μπορούν να ανταπεξέρχονται στο άγχος και στην ανατροφή των παιδιών τους.
- Επισκέψεων επαγγελματιών στο σπίτι των νεαρών μητέρων και των μητέρων με νεογέννητα μωρά.
- Δημιουργία κέντρων πληροφόρησης και κοινωνικής υποστήριξης για οικογένειες που ζουν στο όριο της φτώχειας καθώς και δημόσιες πολιτικές για την εξάλειψη της ανεργίας.

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην θεραπεία του προβλήματος, όταν δηλαδή η κακοποίηση έχει ήδη συμβεί, περιλαμβάνοντας παρεμβάσεις και νομικά μέτρα ώστε να αποτρέψουν την επαναθυματοποίηση και να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειες αυτού του συμβάντος (Knack et al., 2019).

Για την μεγιστοποίηση της πρόληψης, ο WHO συστήνει ότι είναι υποχρεωτική η προσέγγιση τεσσάρων βημάτων, τα οποία είναι ο ορισμός του προβλήματος, ο προσδιορισμός των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου, ο σχεδιασμός και η δοκιμή παρεμβάσεων με στόχο την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου και η διάδοση πληροφοριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και αύξηση της κλίμακας των αποδεδειγμένα αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Knack et al., 2019).

Επιπρόσθετα, η κακοποίηση των παιδιών από τους φροντιστές τους μπορεί να προληφθεί μέσω προγραμμάτων (Abbasi et al., 2015):

- Εκπαίδευσης των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη και την φροντίδα των παιδιών, τη μη βίαιη πειθαρχία και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

- Οικογενειακού προγραμματισμού για να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και στήριξης νέων γονέων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα ανάπτυξης γονεϊκών ικανοτήτων.

- Μείωσης των επιβλαβών επιπέδων αλκοόλ και παράνομης χρήσης ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή από τους νέους γονείς.

- Παροχής υπηρεσιών κατ' οίκων επισκέψεων από επαγγελματίες νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς σε οικογένειες όπου τα παιδιά διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κακοποίησης.

Ακόμη, η βία κατά των παιδιών μέσα στην κοινότητα, μπορεί να προληφθεί μέσω ενημέρωσης των ίδιων των παιδιών στα σχολεία, για το φαινόμενο αλλά και για τα δικαιώματά τους, μέσω παροχής βοήθειας σε παιδιά υψηλού κινδύνου για την ολοκλήρωση της σχολικής τους εκπαίδευσης. Επίσης, η μείωση της διαθεσιμότητας αλκοολούχων ποτών μέσω της θέσπισης και επιβολής των νόμων περί αδειοδότησης οινοπνευματωδών ποτών, της φορολογίας και της τιμολόγησης και ο περιορισμός της πρόσβασης σε πυροβόλα όπλα, είναι παρεμβάσεις πρόληψης της κακοποίησης (Abbasi et al., 2015).

Επιπρόσθετα, σχετικά με τα προγράμματα γονικής μέριμνας έχει αποδειχθεί ότι είναι μία από τις πιο επιτυχημένες παρεμβάσεις για τη μείωση της κακομεταχείρισης των παιδιών σε άτομα με αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου. Τα προγράμματα είναι επιτυχημένα στη μείωση του επιπολασμού των αναφορών παιδικής κακομεταχείρισης, αποτρέποντας την επανεμφάνισή της και μειώνοντας τους παράγοντες κινδύνου. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να αναπτύξουν δεξιότητες για τον εντοπισμό των κινδύνων κακομεταχείρισης και την προετοιμασία για την προσφορά στρατηγικών πρόληψης. Το μοντέλο Safe Environment for Every Kid (SEEK) έχει αναφερθεί ότι επιτρέπει στους επαγγελματίες να εντοπίζουν και να βοηθούν στην αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων όπως είναι η γονική κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών, το άγχος, η ενδοοικογενειακή βία και άλλα που σχετίζονται με την παραμέληση (Ashraf et al., 2020).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η έγκαιρη αναγνώριση της παιδικής κακοποίησης καθώς και η έγκαιρη παρέμβαση βοηθούν ώστε να σταματήσει τόσο ο κύκλος της βίας όσο και οι συνέπειές της μακροπρόθεσμα. Για να επιτευχθεί αυτό, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τους δείκτες που σχετίζονται με την κακοποίηση, ώστε να εξεταστεί η υπόθεση λεπτομερώς και με προσοχή. Έτσι, πολλά νοσοκομεία και κοινότητες έχουν αναπτύξει ομάδες επαγγελματιών υγείας όπως παιδίατροι, παιδοψυχολόγοι, νοσηλευτές που ειδικεύονται στην αξιολόγηση ύποπτης κακοποίησης. Υπάρχουν κλινικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση που απαιτούν ιατροψυχοκοινωνική αξιολόγηση και για τις οποίες το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι απαραίτητο. Επειδή το νοσοκομείο δεν είναι χώρος διαβίωσης για ένα παιδί, αυτό το είδος φροντίδας πρέπει να πληροί αυστηρά κριτήρια, ώστε η νοσηλεία του να είναι μια ευεργετική περίοδος, τόσο ψυχικά όσο και σωματικά (Pannizzotto, 2021).

Όταν ένα κακοποιημένο παιδί φτάσει στο νοσοκομείο, η πρώτη παρέμβαση που πρέπει να επιτευχθεί είναι η σταθεροποίηση του παιδιού, η εξασφάλιση της ασφάλειάς του και η καταπράυνση του άγχους και του φόβου του. Τα κακοποιημένα παιδιά μπορεί να εμφανιστούν με μια σειρά από τραυματισμούς, σημαντικούς έως απειλητικούς για τη ζωή. Η κλινική προσέγγιση σε ένα βρέφος ή ένα παιδί με πιθανούς καταχρηστικούς τραυματισμούς δεν διαφέρει σημαντικά από τη συνήθη παιδιατρική φροντίδα. Όπως συμβαίνει με όλους τους ασθενείς, ένα σοβαρά τραυματισμένο παιδί πρέπει να σταθεροποιηθεί πριν από την περαιτέρω αξιολόγηση. Αυτή η αρχική αξιολόγηση μπορεί να απαιτήσει μια ομάδα για την απόκριση του τραύματος, η οποία αποτελείται από παιδοχειρουργούς, την επείγουσα ιατρική και την εντατική φροντίδα (Christian, 2015).

Στην συνέχεια, απαραίτητο για την διάγνωση και την αξιολόγηση της κακοποίησης είναι ένα λεπτομερές νοσηλευτικό και ιατρικό ιστορικό. Μπορεί να ζητηθεί από τους γονείς να περιγράψουν λεπτομερώς τα γεγονότα που αφορούν όλους τους τραυματισμούς που φέρει το παιδί. Η καλύτερη προσέγγιση είναι να επιτραπεί στον γονέα να παρέχει μια αφήγηση χωρίς διακοπές, έτσι ώστε το ιστορικό να μην επηρεάζεται από τις ερωτήσεις ή τις ερμηνείες του γιατρού/νοσηλευτή και έπειτα να

ακολουθήσουν διευκρινιστικές ερωτήσεις. Μερικές φορές, μπορεί να είναι κλινικά χρήσιμο η συνέντευξη από κάθε γονέα να γίνεται ξεχωριστά. Επίσης, είναι σημαντικό να συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τραυματισμό, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων της ημέρας, των γεγονότων που οδήγησαν στον τραυματισμό, των χρόνων σίτισης και του επιπέδου ανταπόκρισης. Τέλος, για επιπρόσθετες και λεπτομερείς πληροφορίες είναι απαραίτητο να ληφθούν τα εξής: οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό εγκυμοσύνης, κοινωνικό ιστορικό και τα οικογενειακά πρότυπα πειθαρχίας (Christian, 2015).

Μετά την απόκτηση του ιστορικού, ακολουθεί η φυσική εξέταση του παιδιού. Αρχικά, πραγματοποιείται εξέταση του τριχωτού της κεφαλής, των ματιών, των αυτιών, της μύτης και του λαιμού, στοματική εξέταση η οποία μπορεί να αποκαλύψει οδοντικό τραύμα, παραμελημένη οδοντική φροντίδα ή τερηδόνα και δερματική εξέταση, η οποία μπορεί να φανερώσει μώλωπες, τραύματα, εγκαύματα, δαγκώματα ή άλλους τραυματισμούς που μπορούν να τεκμηριωθούν με τη θέση, το μέγεθος, το σχήμα και άλλες λεπτομέρειες του τραυματισμού. Επιπλέον, το στήθος και η κοιλιά μπορεί να αποκαλύψουν τραυματισμό και μια προσεκτική ψηλάφηση των ποδιών, των χεριών, των πλευρών και του κεφαλιού μπορεί να αποκαλύψει οξέα ή επουλωτικά κατάγματα. Μια πλήρης νευρολογική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένων των αντανακλαστικών, των κρανιακών νεύρων, των αδρών και λεπτών κινητικών ικανοτήτων κατάλληλων για την ανάπτυξη και την ηλικία του παιδιού, είναι σημαντική στη συνολική αξιολόγηση. Ακόμη, το παιδί υποβάλλεται σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων ώστε να διαγνωστεί και να αξιολογηθεί η κακοποίηση. Κάποιες από αυτές περιλαμβάνουν πλήρη εξέταση αίματος, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των αιμοπεταλίων, των χρόνων πήξης (π.χ. χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης), του ινωδογόνου, του παράγοντα von Willebrand. Επίσης, πραγματοποιείται εργαστηριακός έλεγχος των οστών, συμπεριλαμβανομένου ασβεστίου, φωσφόρου, αλκαλικής φωσφατάσης, έλεγχος των ηπατικών και παγκρεατικών ενζύμων, ελέγχονται ακόμη τα επίπεδα 25-υδροξυβιταμίνης D και PTH, τα επίπεδα χαλκού στον ορό, βιταμίνης C και σερουλοπλασμίνης. Γίνονται επίσης καλλιέργειες ούρων και τοξικολογικός έλεγχος. Τέλος, η ακτινογραφία, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία είναι διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες προσφέρουν ευρήματα που αποκαλύπτουν κάποια μορφή κακοποίησης (Konder & Wetherston, 2013).

Στην περίπτωση της σεξουαλικής κακοποίησης, στην σωματική εξέταση των παιδιών ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε περιοχές που συμμετείχαν στη σεξουαλική δραστηριότητα όπως είναι το στόμα, το στήθος, τα γεννητικά όργανα, η περινεϊκή περιοχή, οι γλουτοί και ο πρωκτός. Στα κορίτσια η εξέταση θα πρέπει να συμπεριλάβει: εξέταση των εσωτερικών περιοχών των μηρών, τα μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου, την κλειτορίδα, την ουρήθρα, τον περιουρηθρικό ιστό, τον παρθενικό υμένα, την οπή του παρθενικού υμένα, το σκαφοειδές βοθρίο, τον οπίσθιο χαλινό των αιδοϊκών χειλέων, το περίνεο και τους περιπρωκτικούς ιστούς. Η εξέταση γίνεται με το παιδί ξαπλωμένο σε ύπτια θέση με τα πόδια σε βατραχοειδή θέση ή/και σε γονατο-αγκωνιαία θέση. Οι περισσότερες εξετάσεις σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας είναι μη παρεμβατικές και όσο το δυνατόν ανώδυνες. Η χρήση κολποσκοπίου ή δαχτυλική ή αμφίχειρη εξέταση δεν χρειάζεται εκτός αν ενδείκνυται ιατρικά και εάν χρειαστεί εξέταση με κολποσκόπιο, τότε χορηγείται φαρμακευτική μέθη ή αναισθησία. Ακόμη, τα αγόρια εξετάζονται για εκχυμώσεις, ουλές, δήγματα και εκκρίσεις στους μηρούς, στο πέος, στο όσχεο, στο περίνεο, και στους περιπρωκτικούς ιστούς. Στην σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών απαραίτητη είναι η συλλογή ιατροδικαστικών αποδείξεων και ο παιδίατρος πρέπει αμέσως να ενημερώσει τις αρμόδιες αρχές. Η συλλογή ιατροδικαστικών αποδείξεων μπορεί να συμπεριλάβει δείγματα σωματικών υγρών, δείγματα τριχών και σάλιου, συλλογή ινών ρουχισμού ή κλινოსκεπασμάτων, καθώς και δείγματα αίματος (I.Y.Π., 2013). Τέλος, και εξίσου σημαντικό, σε αυτού του είδους κακοποίησης, τα παιδιά πρέπει να ελέγχονται για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Ο επιπολασμός των ΣΜΝ είναι χαμηλός στα προεφηβικά παιδιά, επομένως ο έλεγχος και η προφυλακτική θεραπεία δεν συνιστώνται εάν το παιδί είναι ασυμπτωματικό, ενώ τα θετικά τεστ για τα χλαμύδια, τη γονόρροια και τη σύφιλη εκτός της νεογνικής περιόδου είναι απαραίτητα για τη σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, σε περιπτώσεις οξείας σεξουαλικής επίθεσης, οι έφηβοι θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή. Ακόμη, μετά από μια σεξουαλική κακοποίηση πρέπει να προληφθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και για αυτό η προφύλαξη πρέπει να χορηγείται σε όλα τα εφηβικά παιδιά εντός 72-96 ωρών ή σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου (Jackson et al., 2015).

Εν κατακλείδι, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν προσεκτικά υπόψη όλο το ιστορικό που συγκεντρώθηκε καθώς και την επιδημιολογία των τραυματισμών και τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Οι ιατροί/νοσηλευτές πρέπει επίσης να σκεφτούν τη διαφορική διάγνωση και να εξετάσουν ιατρικές καταστάσεις που μπορούν

να μιμηθούν τη σωματική κακοποίηση παιδιών. Επίσης, για την αξιολόγηση, την διάγνωση, την αντιμετώπιση και την θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού συντονίζεται και συνεργάζεται μια ολόκληρη ομάδα από επαγγελματίες υγείας (Bennett & Christian, 2021).

2.ΣΤΑΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται και συναναστρέφονται καθημερινά με παιδιά είναι εκείνοι που μπορούν να εντοπίσουν πρώτοι πιθανά σημάδια κακοποίησης, να αξιολογήσουν το περιστατικό και να δράσουν άμεσα με τα κατάλληλα μέτρα, τα οποία θα επικεντρώνονται στο συμφέρον και στην ασφάλεια του παιδιού. Σε κάθε τέτοια περίπτωση, οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να ανταποκριθούν στο περιστατικό κακοποίησης με έγκαιρη, αντικειμενική και ανάλογη διαχείριση (Christian, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας όταν έρχονται αντιμέτωποι με ύποπτα περιστατικά παιδικής κακοποίησης, θα πρέπει να συντονιστούν με μια εξειδικευμένη ομάδα ώστε να συλλέξουν περαιτέρω πληροφορίες. Αρχικά, ο παιδίατρος θα διεξάγει τη σωματική εξέταση και θα λαμβάνει ένα άρτιο ιστορικό του παιδιού και της οικογένειας. Ο παιδοψυχίατρος και ο ψυχολόγος θα πραγματοποιήσουν μια σειρά αρχικών ανιχνευτικών κλινικών συνεντεύξεων με το παιδί και τους γονείς/φροντιστές και θα χορηγήσουν ψυχομετρικά τεστ, ενώ ο κοινωνικός λειτουργός συναντά την ευρύτερη οικογένεια και διερευνά το οικογενειακό υπόβαθρο (Γυφτοπούλου και συν, 2013).

Επιπλέον, οι γιατροί και οι νοσηλεύτες θα πρέπει να αφιερώσουν χρόνο ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τα κοινωνικά και γονικά ζητήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια και να λάβουν υπόψιν τόσο τις ανάγκες των παιδιών όσο και των γονιών. Θα πρέπει ακόμη να μεταφέρουν τις ανησυχίες τους στην οικογένεια και θα πρέπει να αναγνωρίσουν τα δυνατά της σημεία ώστε να δημιουργηθεί ένα σχέδιο δράσης. Αυτό το σχέδιο δράσης πρέπει να είναι συγκεκριμένο και αρκετά απλό για να μπορέσει να είναι εφικτό και μερικές φορές, υπογράφεται από τους γονείς μια γραπτή σύμβαση για να διασφαλιστεί η πλήρης κατανόηση του σχεδίου. Εάν, ωστόσο, η κακοποίηση είναι μέτρια ή σοβαρή, τότε οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας θα πρέπει να δράσουν, ώστε να βεβαιωθούν ότι το παιδί θα είναι ασφαλές (Kairys, 2020).

Στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κακοποίησης και δεν πρόκειται για ένα περιστατικό ήπιας βαρύτητας πρέπει να γίνει αναφορά του περιστατικού στην αρμόδια εισαγγελία, στην αστυνομία ή στον φορέα παιδικής προστασίας. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν το χρέος να αναφέρουν τα περιστατικά κακοποίησης και είναι υποχρεωμένοι να το κάνουν από τον νόμο, ο οποίος διαφέρει ανάλογα με την πολιτεία. Μόλις ληφθεί η απόφαση για την αναφορά της κακοποίησης, είναι σημαντικό να γίνει μια συζήτηση με τους γονείς του παιδιού. Πριν ξεκινήσει η συζήτηση, θα πρέπει να διασφαλιστεί η ασφάλεια του παιδιού και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Σε αυτήν την συζήτηση, οι πάροχοι θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ανάγκη για την ασφάλεια και την ευημερία του παιδιού, χωρίς να επιρρίψουν ευθύνες στους γονείς, αλλά να τους ενημερώσουν ότι λόγω της φύσης και των συνθηκών του τραυματισμού απαιτείται από τον νόμο η αναφορά για περαιτέρω έρευνα (Bennet & Christian, 2021).

Η αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωση, ο φόβος να βλάψουν τη σχέση με τους γονείς, η έλλειψη γνώσης σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, η πίεση χρόνου και οι ελλειπείς πληροφορίες είναι σημαντικοί λόγοι που οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν την αναφορά ενός περιστατικού κακοποίησης. Οι γιατροί έχουν συνηθίσει να συγκρίνουν υποθέσεις με μια τυπική αναφορά, μια καλά περιγραφόμενη ασθένεια με τα σημεία και τα συμπτώματά της και την πορεία εξέλιξής της, ωστόσο στην περίπτωση της παιδικής κακοποίησης το πλαίσιο αναφοράς είναι λιγότερο σαφές, καθώς η κρίση εξαρτάται από αξίες που καθορίζονται από προσωπικές και πολιτισμικές απόψεις (Stopler et al., 2020).

3. ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Μετά την αναφορά στις αρμόδιες αρχές, η πρώτη απαραίτητη κίνηση είναι η προστασία του παιδιού. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει τον προσδιορισμό της έκθεσης αν πληροί τις νομοθετικές οδηγίες και τις κατευθυντήριες γραμμές της υπηρεσίας για διερεύνηση, οικογενειακή αξιολόγηση, προγραμματισμό της υπόθεσης, την παροχή υπηρεσιών, την αξιολόγηση της προόδου της οικογένειας και το κλείσιμο της υπόθεσης προσδιορίζοντας εάν η οικογένεια μπορεί να προστατεύσει το παιδί χωρίς περαιτέρω παρέμβαση των υπηρεσιών παιδικής προστασίας. Η διαδικασία προστασίας των παιδιών διαφέρει από κράτος σε κράτος, αλλά ιδανικά περιλαμβάνει

το νομικό σύστημα και μια διεπιστημονική ομαδική προσέγγιση (Konder & Wetherton, 2013).

Η παιδική κακοποίηση καθίσταται νομική υπόθεση και τα δικαστήρια καλούνται να κρίνουν επί της ουσίας τις ανησυχίες και τα σχέδια για την προστασία του παιδιού, την οικογένεια και να παρακολουθούν το θεραπευτικό πλαίσιο. Το νομικό σύστημα προχωράει αργά και οι υποθέσεις μπορεί να μείνουν στα δικαστήρια για πολλούς μήνες και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τίθεται σε εφαρμογή ένα σχέδιο ασφάλειας για να διασφαλιστεί ότι το παιδί παραμένει ασφαλές έως ότου εκδοθεί η τελική απόφαση. Σε περιπτώσεις σοβαρής κακοποίησης η οικογένεια θα πρέπει να επιβλέπεται από άλλο συγγενή που θα παραμένει στο σπίτι με την οικογένεια. Εάν ένα τέτοιο άτομο δεν είναι διαθέσιμο, τότε τα παιδιά πρέπει να μετακομίζουν σε ένα νέο περιβάλλον και να ζουν με έναν συγγενή μέχρι να επιλυθεί η υπόθεση. Ως έσχατη λύση, για παιδιά που δεν έχουν κατάλληλο συγγενή πρόθυμο να παράσχει αυτή τη φροντίδα η ανάδοχη φροντίδα είναι αναγκαίο κακό για πολλά παιδιά. Έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και λίγες εβδομάδες μακριά από την οικογένειά τους είναι μια ζωή για πάρα πολλά παιδιά. Επίσης, γίνονται συστάσεις για τρεις επισκέψεις τους πρώτους τρεις μήνες στο τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών, είτε βρίσκονται σε ανάδοχη φροντίδα είτε όχι, και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες (Kairys, 2020).

Σε θεραπευτικό επίπεδο, απαραίτητα βήματα είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προσφέρει ασφάλεια για το παιδί και με απόλυτη ηρεμία να ξεκινήσει η θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης, απαραίτητες είναι οι ψυχιατρικές συνεντεύξεις και οι ατομικές ψυχολογικές συνεντεύξεις με το παιδί ώστε να αξιολογηθούν η ψυχική υγεία του παιδιού και οι επιπτώσεις που επέφερε η κακοποίηση στη συμπεριφορά του παιδιού, ενώ απαραίτητες είναι και οι ψυχολογικές συνεντεύξεις των γονέων. Ακόμη, πραγματοποιούνται συναντήσεις μεταξύ γονέων και παιδιών με σκοπό την παρατήρηση της σχέσης τους και την αποκατάσταση της. Αυτές οι επισκέψεις πραγματοποιούνται 2 φορές την εβδομάδα για 1 ώρα, αλλά αυτό μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την ηλικία του παιδιού ή με την εξέλιξη της αξιολόγησης (Pannizzotto, 2021).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αναγνώριση, την αντιμετώπιση και την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης είναι πολυδιάστατος και κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς οι νοσηλευτές έρχονται πρώτοι σε επαφή με τον παιδιατρικό ασθενή. Για αυτό τον λόγο, όλοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν το ανάλογο μορφωτικό υπόβαθρο για την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, το οποίο θα μπορούν να αποκτήσουν με εκπαίδευση στην παιδική κακοποίηση και ειδική εκπαίδευση στις μορφές της κακοποίησης. Επίσης, η συμμετοχή τους σε οργανώσεις για την παιδική κακοποίηση και η παρακολούθηση διαφόρων σεμιναρίων με αυτό το θέμα είναι δράσεις που θα εμπλουτίσουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους. Είναι πολύ σπουδαίο, οι νοσηλευτές να γνωρίζουν, να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να διερευνούν την παιδική κακοποίηση, ώστε οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις να είναι εύστοχες και βάσιμες (Yıldız & Tanrıverdi, 2018).

Οι νοσηλευτές που βρίσκονται σε στενή επαφή με τους ασθενείς και έχουν στενή επικοινωνία είναι σε θέση να επιφέρουν θετικές αλλαγές για τα κακοποιημένα παιδιά. Ο πρώτος στόχος της προσέγγισης, σε μια περίπτωση κακοποίησης, είναι να διασφαλιστεί η ασφάλεια του θύματος και να αποφευχθεί η επανάληψη της κακοποίησης με την κάθε προσέγγιση όμως να είναι εστιασμένη και εξειδικευμένη για κάθε ένα κακοποιημένο παιδί. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επισημαίνει την κακοποίηση, να παρέχει συμβουλές στα παιδιά και στους γονείς και θα πρέπει να φροντίζει για την άνεση και το άγχος του παιδιού (Yıldız & Tanrıverdi, 2018).

Η διάγνωση ενός ασθενούς με παιδική κακοποίηση είναι δύσκολη, καθώς το θύμα μπορεί να είναι μη λεκτικό ή πολύ φοβισμένο ή σοβαρά τραυματισμένο για να μιλήσει, ενώ ο δράστης σπάνια θα παραδεχτεί τον τραυματισμό και οι μάρτυρες είναι σπάνιοι. Η αρχική αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου παιδιού περιλαμβάνει σταθεροποίηση, αξιολόγηση των αεραγωγών, της αναπνοής και της κυκλοφορίας του ασθενούς. Αφού διασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι σταθερός, απαιτείται πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό, που θα περιέχει πληροφορίες για την συμπεριφορά του παιδιού πριν, κατά την διάρκεια και μετά την κακοποίηση και θα περιλαμβάνει τις συνεντεύξεις του παιδιού και του κάθε γονέα ξεχωριστά και τέλος η φυσική εξέταση κρίνεται αναγκαία. Έπειτα, σε υποψία κακοποίησης πρέπει να ενημερωθούν οι υπηρεσίες προστασίας του παιδιού και να ειδοποιηθεί κοινωνικός λειτουργός (Gonzalez et al., 2021).

Κάποιες από τις συνήθειες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι το παιδί να παρατηρείται φοβισμένο, ανήσυχο, ντροπαλό, μελαγχολικό, ευέξαπτο αναμαλλιασμένο και να κλαίει. Παρατηρούνται επίσης και σωματικά συμπτώματα όπως ουλές, πόνος, κοιλιακό άλγος, μώλωπες και σπασμένα οστά (Gonzalez et al., 2021). Άλλες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι ο κίνδυνος διαταραγμένης ακεραιότητας του δέρματος, η ανεπαρκής αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού, το άγχος, η διαταραχή της γονικής λειτουργίας και η μη ισορροπημένη διατροφή, η οποία είναι λιγότερη από τις σωματικές απαιτήσεις.

Έτσι, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να διεκπεραιωθούν είναι (Luxner, 2011:Ουζόνη, 2013):

- Εξέταση του παιδιού για κακοποίηση και για σημάδια σεξουαλικής κακοποίησης.
- Η δημιουργία στενής σχέσης με το παιδί.
- Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς και της διάθεσης.
- Η εκτίμηση του επιπέδου άγχους και η αναγνώριση της πηγής του άγχους.
- Η έκφραση στοργής και αποδοχής προς το παιδί.
- Η απασχόληση του με παιχνίδια.
- Να ακούν και να κατανοούν το παιδί.
- Να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια.
- Να του επιτρέπουν να εκφράζει τις ανησυχίες και τους φόβους του.
- Να του εξηγούν τις θεραπείες και τις επεμβάσεις ώστε να μειωθεί το στρες και ο φόβος.
- Εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση) για να είναι ανεκτή η επαναβίωση της εμπειρίας του και για να μπορεί να αμβλύνει τις τραυματικές μνήμες.
- Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρατηρεί αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης, καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας.
- Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τις διαταραχές ύπνου των παιδιών παραμένοντας δίπλα τους μέχρι να κοιμηθούν, διαβάζοντάς τους ένα αισιόδοξο παραμύθι.
- Παρεμβάσεις σχετικά με την σωματική άσκηση και με την ενασχόληση του παιδιού με διάφορες δραστηριότητες είναι απαραίτητες από τους νοσηλευτές ώστε να απομακρυνθεί το στρες και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η κοινωνικότητα του.

- Θεραπευτική αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων. Τα παιδιά δυσκολεύονται να περιγράψουν καταστάσεις όταν αυτές σχετίζονται με βία στην οικογένειά τους και ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να εκφράσει αυτό που το απασχολεί με όποιο εκφραστικό μέσο μπορεί το ίδιο, π.χ. μέσω ζωγραφιών.

Ακόμη, σχετικά με την διαταραχή της γονικής λειτουργίας και της γονικής επιμέλειας οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν (Luxner, 2011):

- Εκτίμηση του ατόμου που κακοποιεί για βίαιη συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ ή ουσιών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
- Αξιολόγηση της συμπεριφοράς των γονέων προς το παιδί και τις αντιδράσεις του παιδιού.
- Προσφορά ενός προτύπου ανατροφής παιδιών για να το αφομοιώσουν οι γονείς.
- Συμπερίληψη των γονέων στο σχεδιασμό της φροντίδας.
- Συζήτηση με τους γονείς για μεθόδους που θα μειώσουν τις συγκρούσεις και να είναι συνεπείς στην συμπεριφορά και στις ανάγκες των παιδιών.
- Παραπομπή σε κοινοτικές υπηρεσίες με μαθήματα γονικής επιμέλειας.
- Πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού και γραπτές οδηγίες για την φροντίδα και τις ανάγκες του παιδιού.
- Ενημέρωση γονέων για την επιλογή τοποθέτησης του παιδιού σε θετό σπίτι.

4.1. Σχολικοί νοσηλευτές

Οι σχολικοί νοσηλευτές διαδραματίζουν αξιοσημείωτο ρόλο στην παιδική κακοποίηση καθώς έχουν μακροχρόνιες σχέσεις εμπιστοσύνης με τους μαθητές και συνεργατικές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, τις οικογένειες των παιδιών, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους ψυχολόγους. Οι σχολικοί νοσηλευτές παρατηρούν τα παιδιά και συνήθως τα κακοποιημένα παραβρίσκονται στο σχολείο βρώμικα, με ανεξήγητους τραυματισμούς ή υπάρχουν ακόμη ξαφνικές αλλαγές στην συμπεριφορά και στην επίδοσή τους. Επίσης, μπορεί να παρέχουν άμεσες παρεμβάσεις που σχετίζονται με υποστήριξη ψυχικής και συναισθηματικής υγείας τόσο των παιδιών όσο και των γονέων και μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία καταλόγων με πόρους για το πώς οι γονείς να έχουν υποστηρίξιμη σίτισης, ένδυσης και βοήθειας για τα μαθήματα των παιδιών στο σπίτι και έτσι να προλαμβάνεται η κακοποίηση και η παραμέληση των ανηλίκων. Ένας ακόμη ρόλος των σχολικών νοσηλευτών είναι η εκπαίδευση των εκπαιδευτών να εντοπίζουν

και να παρατηρούν σημάδια κακοποίησης των παιδιών, ειδικά σε αυτήν την εποχή που διανύουμε με τον εγκλεισμό εξαιτίας της πανδημίας της Covid-19 και τα διαδικτυακά μαθήματα. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να παρατηρούν το περιβάλλον του παιδιού από τις κάμερες, να ελέγχουν αν τα παιδιά φοράνε ρούχα που ταιριάζουν με τις καιρικές συνθήκες, να προσέχουν αν ακούγονται φωνές στο παρασκήνιο ή αν υπάρχουν σπασμένα αντικείμενα και να επικοινωνούν με τα παιδιά ιδιωτικά (Haas, 2020).

5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

5.1 Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης (Child Sexual Abuse Treatment Program)

Το Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης δημιουργήθηκε το 1971 από τον ψυχολόγο Hank Giarretto στην Καλιφόρνια. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσφέρει υπηρεσίες που καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους και αποτελείται από επιστημονικό προσωπικό το οποίο περιλαμβάνει αστυνόμους, δικαστές, κοινωνικούς λειτουργούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εθελοντές και ομάδες αυτοβοήθειας. Προσφέρει βοήθεια και στήριξη κατά την διάρκεια της κρίσης στα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά, στους δράστες, αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, ενώ προσφέρει, ακόμη, υπηρεσίες και σε ενήλικες που κατά την παιδική ηλικία είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Βασικό συστατικό του προγράμματος είναι η ομαδική θεραπεία με αποτέλεσμα στο θεραπευτικό πλαίσιο να αναπτύσσονται διάφορων τύπων ομάδες, οι οποίες απευθύνονται σε έναν συγκεκριμένο υποπληθυσμό κάθε φορά. Έτσι, δημιουργούνται ομάδες για παιδιά-θύματα, ομάδες για δράστες, ομάδες για δράστες που βρίσκονται σε φάση άρνησης, ομάδες για δράστες που είναι και οι ίδιοι θύματα κακοποίησης, ομάδες για γονείς κακοποιημένων παιδιών ή ομάδες για παιδιά-θύματα και τους δράστες τους, οι οποίες προσφέρουν στους συμμετέχοντες το πλαίσιο για αμοιβαία ανάρρωση. Οι συναντήσεις των ομάδων διεξάγονται μία φορά την εβδομάδα για διάστημα περίπου οκτώ εβδομάδων. Τέλος, το πρόγραμμα αποτελείται από τέσσερις διακριτές φάσεις: τη φάση της διερεύνησης, τη φάση πριν τη δίκη, τη φάση πριν την επιβολή της ποινής και τη φάση της επιτήρησης (Βίλλη και συν, 2012).

Στην πρώτη φάση, η ομάδα του κοινωνικού ελέγχου θα πρέπει αρχικά να αξιολογήσει εάν το αναφερόμενο περιστατικό συνιστά περίπτωση παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εάν διαπιστωθεί πως όντως αποτελεί, τότε παρεμβαίνει για να σταματήσει την κακοποίηση του παιδιού. Ταυτόχρονα, η θεραπευτική ομάδα αναλαμβάνει δράση και έρχεται σε επαφή με την οικογένεια για να βοηθήσει τους γονείς να διαχειριστούν το γεγονός. Σε περιπτώσεις αιμομιξίας ο πατέρας-δράστης έχει ήδη απομακρυνθεί από το σπίτι ή βρίσκεται στην φυλακή και έτσι η θεραπευτική ομάδα δουλεύει με κάθε γονέα ξεχωριστά, φέρνοντας κυρίως την μητέρα σε επαφή με άλλες που έχουν ανάλογες εμπειρίες. Στην συνέχεια, προσεγγίζεται το παιδί με τον θεραπευτή να προσπαθεί να το ηρεμήσει και να καθησυχάσει τους φόβους του. Ακολουθούν δυαδικές θεραπευτικές συνεδρίες ανάμεσα στην μητέρα και στο παιδί και το παιδί υποβάλλεται, επίσης, και σε ομαδική θεραπεία με άλλα θύματα και έτσι μέσα από αυτήν την θεραπευτική προσέγγιση παρέχεται αμοιβαία υποστήριξη και αναπτύσσεται έτσι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ανάμεσα στα παιδιά. Τέλος, όταν η θεραπευτική ομάδα κρίνει πως το θύμα και ο δράστης μπορούν να έρθουν σε επαφή προγραμματίζονται συνεδρίες στις οποίες συμμετέχουν και οι δύο και σταδιακά παίρνει μέρος και η μητέρα, και εν τέλει συμμετέχει στις συνεδρίες όλη η οικογένεια (Βίλλη και συν, 2012).

Στην δεύτερη φάση, η θεραπευτική ομάδα βοηθά τον πατέρα-δράστη να προσαρμοστεί σε έναν νέο τρόπο ζωής σύμφωνα με τους όρους που έχει θέσει ο δικαστής, ενώ η μητέρα έρχεται σε επαφή με άλλη μητέρα ώστε να της προσφερθεί βοήθεια και υποστήριξη για να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών της. Με τον τρόπο αυτό η μητέρα εκτίθεται σε νέα πρότυπα γονεϊκού ρόλου και αναλαμβάνει καινούργιες ευθύνες. Επίσης, το ζευγάρι συμμετέχει σε ομαδική θεραπεία ενήλικων ζευγαριών, όπου υποστηρίζονται και αξιολογούνται από την ομάδα (Βίλλη και συν, 2012).

Στην τρίτη φάση, ο δράστης και η σύζυγος υποβάλλονται σε μια δοκιμασία έξι εβδομάδων για να διαπιστωθεί εάν ένα πρόγραμμα θεραπείας που δεν προϋποθέτει νοσηλεία είναι κατάλληλο για την περίπτωσή τους, εφόσον το δικαστήριο αποφασίσει να αφήσει ελεύθερο το δράστη αλλά υπό επιτήρηση (Βίλλη και συν, 2012).

Στην τέταρτη και τελευταία φάση, ο δικαστής αποφασίζει για το αν θα επιβληθεί στο δράστη ποινή φυλάκισης ή αν θα τεθεί υπό επιτήρηση. Στην περίπτωση που ο δράστης φυλακίζεται, η θεραπευτική ομάδα επικεντρώνεται στην οικογένεια βοηθώντας την και αποτρέποντας την απομόνωση της. Αντίθετα, στην περίπτωση που ο δράστης τίθεται υπό επιτήρηση, το πρόγραμμα εστιάζει στη προστασία των παιδιών

και προσφέρει βοήθεια στο ζευγάρι, ώστε να ξαναχτίσει τη συζυγική σχέση και να προσφέρει στα παιδιά ένα ασφαλές και υγιές οικογενειακό περιβάλλον (Bίλλη και συν, 2012).

Έχει αποδεχθεί ότι το πρόγραμμα φέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα καθώς αποτρέπει την μείωση της σχολικής επίδοσης των θυμάτων, τα προστατεύει από τη χρήση ναρκωτικών και βελτιώνει σημαντικά την ψυχική τους υγεία. Επίσης, τα παιδιά μετά από δύο χρόνια συμμετοχής στο πρόγραμμα παρουσίασαν αύξηση της αυτοεκτίμησής τους και σημαντική μείωση της κατάθλιψης, ενώ οι δράστες και οι σύζυγοί τους αισθάνονται λιγότερες ενοχές και περισσότερη ευθύνη για τις συνθήκες που οδήγησαν στην κακοποίηση (Bίλλη και συν, 2012).

5.2 Πρόγραμμα Θεραπείας Σεξουαλικού Τραύματος (Sexual Trauma Treatment Program)

Το Πρόγραμμα Θεραπείας Σεξουαλικού Τραύματος απευθύνεται σε οικογένειες που έχουν βιώσει την αιμομιξία και υπηρεσίες τόσο στα παιδιά θύματα της σεξουαλικής κακοποίησης όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών τρόπων. Αρχικά αφού αποκαλυφθεί η αιμομιξία και η οικογένεια αποδεχθεί να λάβει μέρος στη θεραπευτική διαδικασία, δημιουργείται η θεραπευτική ομάδα, η οποία αποτελείται από δύο θεραπευτές, έναν για το παιδί-θύμα και έναν για τη μητέρα του παιδιού και ο ένας από τους δύο θεραπευτές ορίζεται και ως συντονιστής της υπόθεσης. Οι δύο πρώτες εβδομάδες της θεραπείας περιλαμβάνουν την αξιολόγηση, τη διερεύνηση και τη τεκμηρίωση της σεξουαλικής κακοποίησης. Η πρώτη απόφαση που πρέπει να παρθεί από την θεραπευτική ομάδα είναι αν το παιδί θα πρέπει να απομακρυνθεί από το σπίτι και να τοποθετηθεί σε κάποιο άλλο πλαίσιο ή αν θα πρέπει να απομακρυνθεί ο δράστης από το οικογενειακό περιβάλλον. Πρωταρχικός στόχος του προγράμματος είναι η προστασία του παιδιού και οι συμμετέχοντες υποβάλλονται σε ατομική θεραπεία, σε ομαδική, σε οικογενειακή, σε συζυγική και σε θεραπεία μέσω τέχνης. Η ατομική θεραπεία εφαρμόζεται για να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης, η ομαδική για να μειώσει την άρνηση και την απομόνωση των συμμετεχόντων, η οικογενειακή και η θεραπεία ζευγαριού για να προωθήσει την οικογενειακή αλλαγή και η θεραπεία μέσω της τέχνης για να μειώσει την αντίσταση των συμμετεχόντων και να συμβάλει στην εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης (Bίλλη και συν, 2012).

5.3 Γνωστικο-συμπεριφορική Θεραπεία που εστιάζει στο Τραύμα (Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy)

Η Γνωστικο-συμπεριφορική Θεραπεία που εστιάζει στο Τραύμα συνιστά βραχυπρόθεσμη παρέμβαση που συνήθως αποτελείται από 12-18 συνεδρίες. Στόχος της προσέγγισης είναι η μείωση των αρνητικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων των θυμάτων και η αντικατάσταση των δυσπροσαρμοστικών αντιλήψεων και αποδόσεων που σχετίζονται με την εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης με άλλες περισσότερο λειτουργικές.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το τραυματικό γεγονός νοηματοδοτείται αρνητικά από το άτομο με σκέψεις/πεποιθήσεις και ακόλουθα συναισθήματα είναι η ντροπή, ο θυμός και η ενοχή. Έτσι, η θεραπεία περιλαμβάνει αναγνώριση των συναισθημάτων και άμεση συζήτηση για τις ποικίλες πλευρές της εμπειρίας της σεξουαλικής κακοποίησης μέσα από τεχνικές σταδιακής έκθεσης, όπως την αφήγηση της τραυματικής εμπειρίας και την έκθεση στην φαντασία ή *in vivo*, σε εξωτερικά και εσωτερικά σημάδια. Το θύμα εκπαιδεύεται στη γνωσιακή αναδόμηση, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται τυχόν προβλήματα ζωής που συνδέονται με το τραύμα, όπως οι συνθήκες διαβίωσης ή η κακή σωματική υγεία. Η ψυχοεκπαίδευση της παιδικής κακοποίησης γίνεται τόσο στους ίδιους τους θεραπευόμενους, όσο και στις οικογένειές τους. Στόχος είναι να παρουσιαστεί ένα αιτιολογικό μοντέλο στους θεραπευόμενους και να δοθεί εξήγηση για το πώς εμφανίστηκε και διατηρείται η τωρινή δυσκολία/πρόβλημα. Επιπλέον, βασικό κομμάτι της παρέμβασης είναι οι γνωσιακές ερμηνείες του τραύματος, που χωρίζονται σε πρωτογενείς, οι οποίες γεννιούνται κατά τη διάρκεια της έκθεσης στο τραύμα, σε δευτερογενείς, οι οποίες δημιουργούνται μετά την έκθεση και στις χειρότερες στιγμές (*hot-spots*) της μνήμης του τραύματος. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη σταδιακή έκθεση μέσω της φαντασίας και οι βασικοί στόχοι είναι η μείωση του άγχους, η κατασκευή ενός σεναρίου μέσω της δημιουργίας εικόνων αντιμετώπισης, η επαναξιολόγηση των πεποιθήσεων καθώς και η προσαρμογή αυτών στη ζωή του ατόμου. Ακόμη, προς το τέλος της θεραπείας συμμετέχει ολόκληρη η οικογένεια ώστε να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους (Βλασοπούλου & Ρακιτζή, 2016).

5.4 Γνωστικο-συμπεριφορική μέσω Παιχνιδιού. Θεραπεία για παιδιά που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα και για τους φροντιστές τους

Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 6-12 ετών που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και αποτελεί βραχυπρόθεσμη παρέμβαση που ολοκληρώνεται σε 12 θεραπευτικές συνεδρίες και στα πλαίσιά της προσφέρονται υπηρεσίες τόσο στα θύματα όσο και στους φροντιστές τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στις αρχές της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας και της θεραπείας μέσω του δυναμικού παιχνιδιού. Το παιχνίδι αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της θεραπείας παρέχοντας τη δυνατότητα στο σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί να εκφραστεί και αυτό συμβάλλει στη διαχείριση των συναισθημάτων του θύματος και στην αλλαγή της συμπεριφοράς του (Bίλλη και συν, 2012).

5.5 Μέθοδος EMDR

Η τεχνική EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του τραύματος. Η μέθοδος αφορά στην οφθαλμοκινητική απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του «τραύματος» και έχει θεωρηθεί μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους, η οποία μέσω κατευθυνόμενων οφθαλμικών κινήσεων ενισχύει την επεξεργασία του οδυνηρού μετατραυματικού μνημονικού υλικού, έτσι ώστε να είναι ανεκτό από το άτομο (Ουζόνη, 2013).

5.6 Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων και βοηθά δραστικά στην αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης που συνδέονται με το «τραύμα», καθώς και στη σταθεροποίηση του συναισθήματος του παιδιού. Σε περιπτώσεις, όπου υπάρχουν αυτοκαταστροφικές ή επιθετικές συμπεριφορές, ενδεχομένως είναι αναγκαία και η χορήγηση ενός νευροληπτικού παράγοντα (Ουζόνη, 2013).

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

1.ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την υλοποίηση της εργασίας είναι δευτερογενής και σχεδιάστηκε για να την κατανόηση των νέων ερευνητικών δεδομένων της παιδικής κακοποίησης.

2. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό της παιδικής κακοποίησης και του ρόλου των νοσηλευτών στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της.

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα της τελευταίας διετίας, τα οποία συλλέχθηκαν κατόπιν λεπτομερούς μελέτης. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των άρθρων είναι Child abuse, “Child abuse” and nurses, “Child abuse” and “nursing staff” and “nursing role”, “Child maltreatment” and “nursing care”, Child abuse and nurs*.

4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας στη μηχανή αναζήτησης PubMed. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα, κατά κύριο λόγο, την τελευταία διετία (2020-2022) στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα. Στην αρχή με τον όρο Child Maltreatment στην ηλεκτρονική βάση PubMed εμφανίστηκαν για τα έτη 2020-2022 7.934 άρθρα. Στην συνέχεια χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος «Child abuse AND Nurse» και ανακτήθηκαν αρχικά 1.808 άρθρα, έπειτα με το φίλτρο για χρονολογίες από το 2020 μέχρι το 2022 ανακτήθηκαν 178 άρθρα. Ο τρόπος

επιλογής των άρθρων ήταν με βάση το θέμα της αναζήτησης μου, διαβάζοντας κυρίως τον τίτλο και την περίληψη των άρθρων.

5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θεωρήθηκαν τα εξής: να είναι πρωτογενή άρθρα από το έτος 2020 και μετά και άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα που να έχουν επικεντρωθεί στην παιδική κακοποίηση και στην νοσηλευτική διαχείριση των κακοποιημένων παιδιών. Δεδομένο θεωρήθηκε ότι ο αναφερόμενος πληθυσμός θα αναφερόταν σε παιδιά ηλικίας μέχρι 18 ετών. Τα κριτήρια αποκλεισμού άρθρων επρόκειτο για άρθρα μη ερευνητικής ανασκόπησης, μη αναφορά των αποτελεσμάτων αποκλειστικά στην παιδική κακοποίηση και στην νοσηλευτική επιστήμη, μελέτες δημοσιευμένες με την μορφή μεταπτυχιακών και διδακτορικών διατριβών και μελέτες που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια.

6. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

α/α	Συγγραφέας, Έτος δημοσίευσης, Χώρα	Είδος Μελέτης	Σκοπός Μελέτης	Κύρια Ευρήματα
1.	Goodman et al., 2021, Βόρεια Καρολίνα.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή.	Αυτή η μελέτη στοχεύει στον εντοπισμό της επίδρασης ενός προγράμματος επισκέψεων νοσηλευτών στο σπίτι για νεογέννητα στην παιδική κακοποίηση.	Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι, όταν εφαρμόζεται με υψηλή ποιότητα και ευρεία εμβέλεια, ένα τέτοιο πρόγραμμα μετά τον τοκετό μπορεί να μειώσει τα ποσοστά παιδικής

				κακοποίησης στον πληθυσμό και τη χρήση επείγουσας ιατρικής περίθαλψης στην πρόωμη παιδική ηλικία.
2.	Karakachian et al., 2021, Πίτσμπεργκ, ΗΠΑ.	Συγχρονική μελέτη συσχέτισης.	Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να περιγράψει την ηθική δυσφορία και εξουθένωση των παιδιατρικών νοσηλευτών και τον αντίκτυπο της στην φροντίδα των κακοποιημένων παιδιών.	Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν με θανατηφόρα περιστατικά παιδικής κακοποίησης νιώθουν επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και θέλουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα τους.

3.	Yoshioka-Maeda & Fujii, 2021, Ιαπωνία.	Συγχρονική μελέτη.	Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά των μητέρων που βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο για μελλοντική παιδική κακοποίηση και την επιρροή των νοσηλευτών στην πρόληψη της.	Εντοπίζοντας τους παράγοντες κινδύνου της παιδικής κακοποίησης, οι νοσηλευτές μπορούν να εντοπίσουν νέες μητέρες που χρειάζονται υποστήριξη και συγκεκριμένη φροντίδα ώστε να προλαμβάνουν την παιδική κακοποίηση.
4.	Kuruppu et al., 2022, Αυστραλία.	Ποιοτική Μελέτη.	Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να κατανοήσει πώς οι ιατροί και οι νοσηλευτές βιώνουν την παιδική κακοποίηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	Η έρευνα δείχνει ότι η ανταπόκριση στην κακοποίηση παιδιών είναι δύσκολη για τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά η πράξη της αναφοράς κακοποίησης παιδιών. Ωστόσο συναισθηματική εργασία μπορεί να μειωθεί με διάφορους τρόπους.

5.	Lines et al., 2020, Αυστραλία.	Ποιοτική έρευνα.	Η έρευνα διερευνά τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτών για τη διατήρηση της ασφάλειας των παιδιών από την κακομεταχείριση.	Οι νοσηλευτές εντοπίζουν και ανταποκρίνονται στην παιδική κακοποίηση και διατηρούν θεραπευτικές σχέσεις ώστε να διασφαλίσουν συνεχή πρόσβαση σε ευάλωτα παιδιά.
6.	Villodas et al., 2021, ΗΠΑ.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή.	Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής της θεραπείας αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης.	Από την έρευνα βρέθηκαν θετικά ευρήματα σχετικά με την θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα- παιδιού και την μείωση της παιδικής κακοποίησης καθώς υπήρξε βελτιωμένη γονική μέριμνα.
7.	Degli Esposita et al., 2020, Βρετανία.	Μελέτη κοόρτης.	Στόχος της μελέτης είναι να εξεταστούν οι συσχετίσεις μεταξύ της παιδικής κακοποίησης και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε	Η παιδική κακοποίηση συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

			όλη τη διάρκεια της ζωής.	
8.	Gubbels et al., 2021, Άμστερνταμ, Ολλανδία.	Μετά-αναλυτική ανασκόπηση.	Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει την επίδραση των σχολικών προγραμμάτων που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση.	Τα προγράμματα πρόληψης στο σχολείο παρουσιάζουν θετικές επιπτώσεις τόσο στις γνώσεις όσο και στις δεξιότητες αυτοπροστασίας των παιδιών σε περίπτωση κακοποίησης.
9.	Schonfelder et al., 2021, Γερμανία	Ανάλυση δικτύου.	Η παρούσα μελέτη εξετάζει την παιδική κακοποίηση σε συνάρτηση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό.	Η συναισθηματική και σεξουαλική παιδική κακοποίηση είχε άμεση σχέση με τις απόπειρες αυτοκτονίας.

10.	Lawson et al., 2020, ΗΠΑ.	Ποσοτική μελέτη.	Η τρέχουσα μελέτη διερεύνησε παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.	Η απώλεια εργασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για παιδική κακοποίηση.
-----	------------------------------	---------------------	--	--

7.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα 10 άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση με βάση το θέμα τους χωρίστηκαν σε ομάδες, δημιουργώντας νέες θεματικές ενότητες για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων και για την ανάδειξη χρήσιμων πληροφοριών.

7.1 Επιπτώσεις παιδικής κακοποίησης

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2020, από τους ερευνητές Degli et al., ανακάλυψαν ότι η παιδική κακοποίηση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Ένα παιδί που κακοποιείται είναι ευάλωτο στην αντικοινωνική συμπεριφορά, καθώς είναι πιθανό να αναπτύξει μια σειρά από δυσπροσάρμοστες αντιδράσεις, όπως βιολογικών, συναισθηματικών, γνωστικών και διαπροσωπικών χαρακτηριστικών. Έτσι, η παιδική κακομεταχείριση επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά στην κοινωνία και έχει μάλιστα τεράστια επιρροή στα θύματα μέχρι και τα 50 χρόνια τους. Επίσης, σε μια έρευνα του Schönfelder και των συνεργατών του το 2021, διερευνήθηκε το θέμα της παιδικής κακοποίησης συσχετίζοντάς την με την αυτοκτονία. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι από όλες τις μορφές κακοποίησης η ψυχολογική ήταν αυτή που είχε τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών.

7.2 Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών απέναντι στην παιδική κακοποίηση

Οι νοσηλευτές που έρχονται αντιμέτωποι με περιστατικά παιδικής κακοποίησης νιώθουν επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και θέλουν να αποχωρήσουν από την νοσηλεία ή ακόμη και να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους. Αν και η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία είναι παρόμοιες έννοιες, είναι διακριτά φαινόμενα. Η εξουθένωση είναι η μείωση της ψυχολογικής, συναισθηματικής και σωματικής ενέργειας που προκαλείται από εργασιακό στρες, ενώ η ηθική δυσφορία εμφανίζεται όταν η ηθική ακεραιότητα ενός ατόμου διακυβεύεται σοβαρά, είτε επειδή αισθάνεται ανίκανος να ενεργήσει σύμφωνα με τις βασικές αξίες και υποχρεώσεις ή επειδή οι προσπάθειες του για το επιθυμητό αποτέλεσμα αποτυγχάνουν. Έτσι, οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν και να περιθάλψουν κακοποιημένα παιδιά έρχονται αντιμέτωποι με τέτοια συναισθήματα επηρεάζοντας έτσι τόσο την ψυχική υγεία τους όσο και την εργασία τους (Karakachian et al., 2021). Επιπλέον, σε έρευνα των Kuruppu et al., το 2022, αποδείχθηκε το γεγονός ότι η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας στην παιδική κακοποίηση είναι ιδιαίτερα δύσκολη για αυτούς, ειδικά όταν πρέπει πραγματοποιήσουν αναφορά του ύποπτου περιστατικού. Για αυτόν τον λόγο, οι νοσηλευτές μάχονται με εσωτερικές συναισθηματικές μάχες, οι οποίες οδήγησαν σε ψυχολογική και επαγγελματική εξάντληση. Η κατάσταση αυτή, ωστόσο, μπορεί να μειωθεί με την ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων, με τη διενέργεια εσωτερικής, οργανωτικής και συστημικής αξιολόγησης αξιών και την ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

7.3 Πρόληψη παιδικής κακοποίησης

Η νοσηλευτική συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης με διάφορους τρόπους. Ένας από αυτούς είναι το πρόγραμμα Family Connects, στο οποίο οι νοσηλευτές πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον στα νεογέννητα σε όλη την κοινότητα, με έρευνες για την ύπαρξη ή μη παιδικής κακοποίησης. Τα συγκεκριμένα προγράμματα περιλαμβάνουν την άμεση παρέμβαση μετά την γέννηση, τις 1 έως 3 κατ' οίκον επισκέψεις που ξεκινούν από τη βρεφική ηλικία των 3 εβδομάδων και έχουν σχεδιαστεί για τον εντοπισμό των ειδικών οικογενειακών αναγκών, την παροχή εκπαίδευσης και παρέμβασης και τη σύνδεση των οικογενειών με κοινοτικούς πόρους που ταιριάζουν με τους ανάγκες τους και τέλος μια τηλεφωνική επικοινωνία 4 εβδομάδες μετά τις κατ' οίκον επισκέψεις. Τα ευρήματα υποδεικνύουν

ότι, όταν εφαρμόζεται με υψηλή ποιότητα και ευρεία εμβέλεια, ένα τέτοιο πρόγραμμα μετά τον τοκετό μπορεί να μειώσει τα ποσοστά παιδικής κακοποίησης στον πληθυσμό και τη χρήση επείγουσας ιατρικής περίθαλψης στην πρώιμη παιδική ηλικία (Goodman et al., 2021).

Επιπρόσθετα, σε έρευνα των Yoshioka-Maeda & Fujii, (2021), διαπιστώθηκε ότι τα νεογέννητα και οι γονείς τους στην πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη τους παιδικής κακοποίησης στην κοινότητα. Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη των νεογνών και των γονέων τους και στην ανάπτυξη συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψή της παιδικής κακοποίησης σε κοινοτικά περιβάλλοντα. Έτσι, προγράμματα επισκέψεων κατ' οίκον, προγράμματα εκπαίδευσης γονέων και η ατομική διαβούλευση είναι μέτρα πρόληψης στα οποία συμμετέχουν οι νοσηλευτές για να εντοπίσουν νέες μητέρες με υψηλούς παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης και να προστατεύσουν τα παιδιά τους.

Η έρευνα των Lines et al., (2020), έδειξε ότι ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι πολύ σημαντικός για την εξασφάλιση της υγείας των παιδιών από την κακοποίηση, διότι προσπαθούν να διατηρούν σχέσεις επικοινωνίας με τους γονείς, να εντοπίζουν τα σημάδια κακοποίησης και να προσπαθούν να βρουν λύση στο πρόβλημα και να προστατεύσουν τα θύματα.

Τέλος, η εφαρμογή σχολικών προγραμμάτων είναι μια προσδοκώμενη προσέγγιση για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Τα περισσότερα παιδιά πηγαίνουν καθημερινά στο σχολείο, γεγονός που παρέχει ευκαιρίες στους δασκάλους και στο υπόλοιπο σχολικό προσωπικό να ανιχνεύουν παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης. Τα προγράμματα πρόληψης στο σχολείο αυξάνουν τις γνώσεις του παιδιού, τις δεξιότητες αυτοπροστασίας και την πιθανότητα αποκάλυψης της κακοποίησης. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η μείωση της παιδικής κακοποίησης (Gubbels et al., 2021).

7.4 Θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού

Μια παρέμβαση γονικής μέριμνας που έχει υποστηριχθεί για την πρόληψη των υποτροπών κακοποίησης παιδιών μεταξύ οικογενειών που διατρέχουν κίνδυνο σε μια σειρά δοκιμών είναι η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού. Η συγκεκριμένη θεραπεία είναι μια σχεσιακή παρέμβαση γονέα-παιδιού που αναπτύχθηκε για χρήση με φροντιστές παιδιών ηλικίας 2-7 ετών αν και είναι αποτελεσματική με παιδιά ηλικίας

ακόμη και 18 μηνών και συνήθως εξελίσσεται σε δύο ξεχωριστές φάσεις. Η αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από το παιδί περιλαμβάνει την καθοδήγηση γονέων κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, διδάσκοντας τους γονείς να δημιουργούν μια ασφαλή σχέση με τα παιδιά τους. Η κατευθυνόμενη από τους γονείς αλληλεπίδραση επικεντρώνεται στη βελτίωση των προσδοκιών των φροντιστών, τις δεξιότητες καθορισμού ορίων και στη χρήση ασφαλών και αποτελεσματικών στρατηγικών πειθαρχίας για τη μείωση της μη συμμορφούμενης συμπεριφοράς των παιδιών. Ως συνέπεια, η σχέση γονέα και παιδιού χτίζεται με ισχυρά θεμέλια και η ύπαρξη παιδικής κακοποίησης εξαλείφεται καθώς και η γονεϊκή συμπεριφορά αλλάζει (Villodas et al., 2021).

7.5 Παιδική κακοποίηση και Covid-19.

Σε έρευνα των Lawson et al., (2020), ερευνήθηκαν οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στην παιδική κακοποίηση. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ανεργία των γονέων, που προήλθε από την πανδημία, επιφέρει ψυχολογική και σωματική κακοποίηση στα παιδιά τους. Συμπερασματικά, η πανδημία προκάλεσε αύξηση των κρουσμάτων παιδικής κακοποίησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα, το οποίο έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις. Τα θύματα της παιδικής κακοποίησης ολοένα και αυξάνονται και πολλές φορές τα στατιστικά νούμερα δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Η παιδική κακοποίηση, ανεξαρτήτως μορφής, είναι μια τραυματική εμπειρία για τα παιδιά, η οποία επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή τους. Τα αίτιά της δεν επικεντρώνονται σε κάποιο συγκεκριμένο τομέα, αλλά αντίθετα είναι πολυπαραγοντικά και για αυτό τον λόγο οι παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης προσαρμόζονται ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου, τα χαρακτηριστικά των θυτών και το είδος της κακοποίησης. Η κακοποίηση παιδιών μπορεί να πραγματοποιηθεί όχι μόνον από κάποιον άγνωστο αλλά πολύ συχνά συμβαίνει μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι καθοριστικός τόσο στην αντιμετώπιση όσο και στην πρόληψη του συγκεκριμένου φαινομένου. Ο νοσηλευτής είναι ο πρώτος που θα έρθει σε επαφή με ένα κακοποιημένο παιδί και μέσα από τις γνώσεις του μπορεί να αντιληφθεί τα ύποπτα σημάδια της κακοποίησης και να δράσει ανάλογα. Έτσι, η εκπαίδευση των νοσηλευτών, των σχολικών νοσηλευτών και όλων των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbasi, M. A., et al., 2015. Child maltreatment in the worldwide: A review article. *International Journal of Pediatrics*, 3(1.1), pp. 353–365.
- Abeln, B. and Love, R., 2018. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nursing Clinics of North America*, 53(3), pp. 375–384.
- Altimier, L., 2008. Shaken Baby Syndrome. *J Perinat Neonat Nurs*, 22 (1), pp. 68–76.
- Ashraf, I. J. et al., 2020. Making the Most of Clinical Encounters: Prevention of Child Abuse and Maltreatment. *Pediatric Clinics of North America*, 67(3), pp. 481–498.
- Avdibegović, E. & Brkić, M., 2020. Child neglect - Causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(2015), pp. 337–342.
- Babu A.K., Mohamed A. & Das N., 2019. Munchausen Syndrome by Proxy. *Indian Dermatology Online Journal*, 10 (4), pp. 496–497.
- Bennet C. E. & Christian C. W., 2021. Clinical evaluation and management of children with suspected physical abuse. *Pediatric Radiology*, 51, pp.853–860.
- Brown C, Yilanli A. & Rabbitt L., 2021. Child Physical Abuse And Neglect. StatPearls - NCBI Bookshelf.
- Caron F. et al., 2020. Was child abuse underdetected during the COVID-19 lockdown? *Archives de Pe'diatrie*, 27(7), pp. 399-401.
- Chang, C. C. et al., 2021. Multiple Factors Associated with Child Abuse Perpetration: A Nationwide Population-Based Retrospective Study. *Journal of interpersonal violence*, 36(11–12), pp. 5360–5382.
- Chiesa, A. and Goldson, E., 2017. Child sexual abuse. *Pediatrics in Review*, 38(3), pp.105–118.
- Christian, C. W. 2015. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), pp. e1337–e1354.
- Daro, D. & Dodge, K., 2009. Creating Community Responsibility for Child Protection: Possibilities and Challenges. *Future Child*, 19(2), pp.67–93.

- Degli Esposti, M. et al., 2020. Child maltreatment and the risk of antisocial behaviour: A population-based cohort study spanning 50 years. *Child Abuse and Neglect*, 99(2020) pp.1-13.
- Ellington, E., 2017. Psychiatric nursing's role in child abuse. *Psychosocial Nursing*, 55(11), pp.16–21.
- Garcia L. P. & Galvão T. F., 2021. 2021: International Year for the Elimination of Child Labour. *Epidemiol. Serv. Saude*, 30(1), pp.1-3.
- Goodman, W. B. et al., 2021. Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 4(7), pp.1–12.
- Gonzalez, D. et al., 2021. Child Abuse and Neglect (Nursing). StatPearls.
- Greenbaum, V. J., 2014. Commercial sexual exploitation and sex trafficking of children in the United States. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 44(9), pp.245–269.
- Gubbels, J. et al., 2021. Effective Components of School-Based Prevention Programs for Child Abuse: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), pp.553–578.
- Gunnlaugsson, G. and Einarsdóttir, J., 2018. Review shows that Icelandic society is taking firmer steps to tackle the diverse forms of child abuse and neglect that its children are exposed to. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 107(9), pp.1500–1511.
- Haas, J. J. 2021. The Role of the School Nurse in Detecting and Preventing Child Abuse During This Age of Online Education. *NASN school nurse (Print)*, 36(1), pp.16–19.
- Houseman B. & Semien G., 2022. Florida Domestic Violence. StatPearls.
- Huecker M. R., King K.C, Jordan G.A., et al. 2022. Domestic Violence. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL).
- Hui, M. and Maddern, R., 2021. Children's perceptions of their parents in the context of domestic violence: A qualitative synthesis. *Child Abuse and Neglect*, 122(2021), p.105343.

- Jackson, A. M., Kissoon, N. and Greene, C., 2015. Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), pp.58–70.
- Kairys S., 2020. Child Abuse and Neglect: The Role of the Primary Care Pediatrician. *Pediatric Clinics of North America*, 67(2), pp.325-339.
- Karakachian, A. et al., 2021. Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout. *Nursing Ethics*, 28(5), pp.687–703.
- Kimber, M. and MacMillan, H. L., 2017. Child psychological abuse. *Pediatrics in Review*, 38(10), pp.496–498.
- Knack, N. et al., 2019. Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International Review of Psychiatry*, 31(2), pp.181–194.
- Kodner, C. and Wetherton, A., 2013. Diagnosis and Management of Physical Abuse in Children. *American Family Physician*, 88(10), pp.669–675.
- Kuruppu, J. et al., 2022. Tensions in the therapeutic relationship: emotional labour in the response to child abuse and neglect in primary healthcare. *BMC Primary Care*, 23(1), pp.1–13.
- Lawson M, Piel M. P. & Simon M., 2020. Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. *Child Abuse & Neglect*, 110 (2020), pp1-12.
- Lecic-Tosevski et al., 2014. Child is father of the man: Child abuse and development of future psychopathology. *PSYCHIATRIKI*, 25 (3), pp.185-191.
- Lines, M. L. E., Grant, J. M. and Hutton, A., 2020. How can we work together?" Nurses using relational skills to address child maltreatment in Australia: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, pp.1–9.
- Luxner K. L., 2011. Pediatric: Nursing care plans. Μεταφρασμένο από Δημήτριος Χατζηστεφανίδης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
- Pannizzoto S., 2021. Quelle place en hospitalisation pédiatrique pour la maltraitance infantile? Critères et orientations. In *Revue Medicale de Liege*, 76(10), pp.756- 760.
- Ross, A. H. and Juarez, C. A., 2014. A brief history of fatal child maltreatment and neglect. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 10(3), pp.413–422.

- Schönfelder, A. et al., 2021. Child abuse and suicidality in the context of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide: A network analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(4), pp.425–442.
- Sinnamon, G. C. B., 2019. The pathological consequences of exposure to domestic and family violence in childhood. *Child Abuse and Neglect*, pp.175-201.
- Stolper, E. et al., 2020. GPs' suspicion of child abuse: how does it arise and what is the follow-up? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), pp.117–123.
- van Leuven, L. et al., 2022. Feasibility and implementation of Safer Kids – A parenting program to reduce child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 123(2022), p.105434.
- Van Horn, P. & Lieberman, A.F., 2011. Psychological Impact on and Treatment of Children Who Witness Domestic Violence. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. pp.501-515.
- Villodas, M. T. et al., 2021. Feasibility and promise of community providers implementing home-based parent-child interaction therapy for families investigated for child abuse: A pilot randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 117 (July 2021), pp.105063.
- World Health Organization (WHO), 2020. Preventing Child Maltreatment. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organization (WHO), 2008. Eliminating Female genital mutilation An interagency statement. [9789241596442_eng.pdf \(who.int\)](#)
- Yildiz E. and Tanrıverdi, D., 2018. Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*, 65(3), pp.370–380.
- Yoshioka-Maeda, K. and Fujii, H., 2022. Mothers susceptible to child maltreatment and requiring public health nurses' continuous support. *Public Health Nursing*, 39(1), pp.48–61.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμικά Μ., Λαφαζάνης Π. & Στεφανούδη Ε., 2013. Παιδική Κακοποίηση και παρεμβάσεις. *Επιστημονικά Χρόνια*, 18(3), σελ.146-151.
- Βίλλη Μ., Γαλάνη Α. & Μπογιατζόγλου Ν., 2012. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας* (07)4, σελ.55-66.
- Βλασοπούλου Α. & Ρακιτζή Σ., 2016. Η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία του Μετατραυματικού Στρες, το οποίο συνδέεται με παιδική σεξουαλική κακοποίηση. *Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική έρευνα & θεραπεία*, 2 (1), σελ.41-52,
- Γυφτοπούλου Αγγελική, Κυριάκου Κατερίνα, Σταμάτη Δάφνη και Νικολαΐδης Γιώργος, 2013. Ενέργειες των επαγγελματιών σε περιστατικά κακοποίησης παραμέλησης παιδιών. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, Κέντρο για τη μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών
- Διαμαντοπούλου Ό., Κεϊσογλου Χ. & Πειραιά Μ. Υ., 2016. Σεξουαλική Κακοποίηση Παιδιών: Διαδίκτυο και ο Ρόλος των Επισκεπτών Υγείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 55(4), σελ.337–346
- Διοτίμα, 2021. Unlock Your Power , Ο κύκλος της βίας. [Unlock Your Power | Ο κύκλος της βίας - Διοτίμα \(diotima.org.gr\)](https://diotima.org.gr)
- Ευαγγέλου Ε., και συν., 2013. Εμπειρίες Βίας και Κακομεταχείρισης Νεαρών Ενηλίκων στο Χώρο του Σπιτιού. *Νοσηλευτική*, 52 (2), σελ.223- 233.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2013. Η αξιολόγηση της σεξουαλικής κακοποίησης σε παιδιά. Επιτροπή για την κακοποίηση παιδιών και παραμέληση, p.506–512.
http://kesy.dra.sch.gr/images/pdfs/Odigos_Efarmogis_protokollou_kakopiisis.pdf
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ INTOVIAN ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΝΗΠΙΑ ΣΕ ΠΙΘΑΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ, σελ.1-50.
- Κίκιλα Μ. & Κουτελέκος Ι., 2011. Ο ρόλος της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(3), σελ.299-310.

- Κουμούλα, Α., 2013. Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης: ιατρικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. σ.12-19.
- Κώτση Σ., 2008. Η κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια. *Η Ιατρική Σήμερα*, Ι.Θ. (51), σελ.51-54
- Μόσχος Γ., 2013. Η προστασία των παιδιών από την κακοποίηση και ο ρόλος του Συνηγόρου του Παιδιού. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. σελ.21-33.
- Μπαλούρδος, Δ., 2012. *Έρευνα για κακοποιημένα παιδιά*, Αθήνα, Εκδόσεις: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Νικολαΐδης Γ., 2013. Η κακοποίηση- παραμέληση των παιδιών ως πεδίο συνάρθρωσης επιστημονικών θεωριών και πρακτικών τεχνικών. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής, σελ. 35-59.
- Νικολακοπούλου Κ., Ζαφειροπούλου Μ. & Θεοδώρου Μ., 2019. Η παιδική κακοποίηση σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Περιπτωσιολογική μελέτη της Πάτρας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(3), σελ.281-307.
- Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ., 2013. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 12(2), σελ.137-166.
- Πετρουλάκη, Κ., Τσιριγώτη, Α., Ζαρόκωστα, Φ., & Νικολαΐδης, Γ., 2013. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά έκθεσης ανηλίκων σε βίαιες εμπειρίες στην Ελλάδα: Η έρευνα BECAN. *Ψυχιατρική*, 24(4), σελ.262–271.
- Σκλάβου, Κ., 2013. Ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα παιδιών με ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. σ.136-152
- Χαμόγελο του παιδιού, 2020. Ετήσια Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία. https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2021/02/03/p1etjp7orcmlj1mrp1g5pthe1jk bt.pdf

- Χαμόγελο του παιδιού, 2019. Ετήσια Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία. https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2020/02/25/p1e1tntodr11krj9p1f5j1jhcsd6j.pdf
- Χαμόγελο του παιδιού, 2021. Ιδιαίτερα ανησυχητικά τα θέματα των αυξημένων κλήσεων από παιδιά κατά το Α' Εξάμηνο 2021. [Ιδιαίτερα ανησυχητικά τα θέματα των αυξημένων κλήσεων από παιδιά κατά το Α' Εξάμηνο 2021 \(hamogelo.gr\)](#)