



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ

ΣΚΑΦΙΔΑΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

A.M:1147

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

Ζωή Κωνσταντή

Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Σεπτέμβριος 2025

Κακοποίηση Ηλικιωμένων και Νοσηλευτικές Διεργασίες

Σκαφίδας Στέφανος

Φοιτητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

❖ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

❖ ABSTRACT

❖ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

❖ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

❖ Α΄ ΜΕΡΟΣ

❖ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- 1. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
- 2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
- 3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥ

❖ ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- 1. ΚΟΙΝΩΝΙΝΟΙ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- 2. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ
- 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

❖ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

- 1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
- 2. ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
- 3. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑ

❖ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- 1. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
- 2. ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΗ
- 3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
 - ΠΡΟΛΗΨΗ
 - ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΙΡΙΩΣΗ
 - ΑΜΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
 - ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ
 - ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ
 - ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 4. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ
 - ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ
 - ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ
 - ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
 - ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ
 - ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ
 - ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
- 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ
- 6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ (ADVOCACY ROLE)

❖ **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

❖ **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

❖ **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, περιλαμβάνοντας τη σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και σεξουαλική βία, καθώς και λιγότερο εμφανείς μορφές όπως η οικονομική εκμετάλλευση και η παραμέληση. Αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό και υγειονομικό φαινόμενο, με σοβαρές επιπτώσεις για το άτομο και το σύστημα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της άμεσης επαφής τους με την ευάλωτη αυτή πληθυσμιακή ομάδα, βρίσκονται σε κομβική θέση για την έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Σκοπός:

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να μελετήσει το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων, εξετάζοντας τις μορφές εκδήλωσής του, τους παράγοντες κινδύνου, την επιδημιολογική του διάσταση, καθώς και τον ρόλο της διεπιστημονικής συνεργασίας στην αναγνώριση και αντιμετώπισή του, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των θυμάτων.

Υλικό και Μέθοδος:

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων PubMed και Google Scholar. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν αφορούν δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας, γραμμένες στην αγγλική γλώσσα, και πληρούν κριτήρια σχετικότητας με το υπό μελέτη θέμα.

Συμπεράσματα:

Λόγω της τάσης των ηλικιωμένων θυμάτων να απομονώνονται κοινωνικά, η επαφή τους με τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να αποτελέσει κρίσιμη ευκαιρία για την αναγνώριση της κακοποίησης. Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, αποτελούν βασικά στοιχεία για την έγκαιρη παρέμβαση και την αποτελεσματική υποστήριξη των ηλικιωμένων.

Λέξεις-κλειδιά:

Κακοποίηση ηλικιωμένων, Μορφές κακοποίησης, Επιδημιολογία, Ρόλος νοσηλεύτη, Πρόληψη, Διεπιστημονική συνεργασία

ABSTRACT

Introduction:

Elder abuse manifests in various forms, including physical, emotional, psychological, and sexual abuse, as well as less visible types such as financial exploitation and neglect. It represents a widespread issue with complex social and medical implications. Health professionals are in a unique position to identify signs of abuse and take appropriate action due to their direct contact with elderly individuals.

Purpose:

This study aims to explore the phenomenon of elder abuse by examining its different forms, associated risk factors, epidemiological trends, and the significance of interprofessional communication and collaboration in improving outcomes for affected patients.

Materials and Methods:

A literature review was conducted using international sources from the electronic databases PubMed and Google Scholar. Relevant articles published primarily within the last three years in the English language were selected and analyzed based on their relevance to the topic.

Conclusions:

Given that victims of elder abuse often experience social isolation, their interactions with healthcare professionals are critical in recognizing signs of abuse, initiating interventions, and ensuring referral to appropriate support services. This highlights the crucial role of healthcare providers in addressing and combating elder abuse.

Keywords: Elder abuse, Forms of elder abuse, Epidemiology, Nursing role, Prevention, Patient outcomes

Εισαγωγή

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί ένα πολυσύνθετο και διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο επηρεάζει όχι μόνο την υγεία και την ποιότητα ζωής των θυμάτων, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2022), η κακοποίηση των ηλικιωμένων αφορά ενέργειες ή παραλείψεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ενδέχεται να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική ή ψυχική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου. Οι μορφές της περιλαμβάνουν τη σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική, οικονομική κακοποίηση, καθώς και την παραμέληση, με συχνότητα που, σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 15,7% των ατόμων άνω των 60 ετών σε παγκόσμιο επίπεδο (Yon et al., 2025).

Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου εντός ιδρυματικών δομών, όπως τα νοσοκομεία και οι οίκοι ευγηρίας, καθιστά επιτακτική την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης, έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης (Lachs & Pillemer, 2015· Pillemer et al., 2021). Οι νοσηλευτές, λόγω της άμεσης και συνεχούς επαφής τους με τους ηλικιωμένους ασθενείς, βρίσκονται σε προνομιακή θέση για να αναγνωρίσουν έγκαιρα σημάδια κακοποίησης και να ενεργοποιήσουν τους μηχανισμούς αναφοράς και προστασίας (Cooper et al., 2019).

Ωστόσο, η ανίχνευση δεν είναι πάντα εύκολη. Πολλοί ηλικιωμένοι διστάζουν να αποκαλύψουν περιστατικά κακοποίησης, είτε λόγω φόβου είτε λόγω εξάρτησης από τον θύτη (Burnett et al., 2020). Προκειμένου να διευκολυνθεί η ανίχνευση περιστατικών κακοποίησης στο κλινικό πλαίσιο, έχουν σχεδιαστεί ειδικά εργαλεία αξιολόγησης, όπως το ED Senior AID, που εφαρμόζεται σε περιβάλλοντα επειγόντων περιστατικών (Platts-Mills et al., 2020), και το εργαλείο DETECT, το οποίο χρησιμοποιείται σε υπηρεσίες επείγουσας περίθαλψης και διακομιδής (Wang et al., 2021). Η ενσωμάτωση τέτοιων εργαλείων στη νοσηλευτική πράξη αυξάνει την πιθανότητα έγκαιρης διάγνωσης, μειώνει την πιθανότητα επανάληψης της κακοποίησης και βελτιώνει τη συνέχεια της φροντίδας.

Εκτός από τα εργαλεία ανίχνευσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η εκπαίδευση των νοσηλευτών. Ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι προγράμματα εκπαίδευσης με σαφή στόχευση συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των

νοσηλευτών όσον αφορά την αναγνώριση και την κατάλληλη αναφορά περιστατικών κακοποίησης (Phelan, 2018· Flanagan et al., 2020). Προγράμματα προσομοίωσης, e-learning modules και συμβουλευτικά μοντέλα έχουν αξιολογηθεί θετικά, ενισχύοντας τόσο τις γνώσεις όσο και την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών (Moyle et al., 2019· Navarro et al., 2022).

Η κακοποίηση ηλικιωμένων συνδέεται άμεσα με ζητήματα ασφάλειας ασθενών, ποιότητας φροντίδας και επαγγελματικής ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική (Dong, 2017). Η ενσωμάτωση νοσηλευτικών διεργασιών που περιλαμβάνουν τυποποιημένα πρωτόκολλα αξιολόγησης, διατημηματική συνεργασία και έγκαιρη παραπομπή στις αρμόδιες υπηρεσίες, αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την προστασία αυτής της ευάλωτης ομάδας.

Εν κατακλείδι, η μελέτη της κακοποίησης ηλικιωμένων σε συνάρτηση με τις νοσηλευτικές διεργασίες δεν αφορά μόνο την αναγνώριση ενός κοινωνικού φαινομένου, αλλά και τη βελτίωση της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Η αναγνώριση της πολυπλοκότητας και της έκτασης της κακοποίησης ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη έγκυρων εργαλείων ανίχνευσης και την παροχή ποιοτικής εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας, συνιστούν κρίσιμες προϋποθέσεις για την εξασφάλιση της αξιοπρέπειας και της ολιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων.

Επιδημιολογία

Η κακοποίηση ηλικιωμένων αναγνωρίζεται διεθνώς ως ένα φαινόμενο με ανησυχητικές διαστάσεις και σημαντικές προεκτάσεις για τη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2022), περίπου το 16% των ατόμων άνω των 60 ετών αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης, γεγονός που αντιστοιχεί σε δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Πρόσφατη μετα-ανάλυση που περιέλαβε δεδομένα από περισσότερες από 50 χώρες κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα, επισημαίνοντας ότι η παγκόσμια επίπτωση κυμαίνεται μεταξύ 15% και 16%, με σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες κάθε περιοχής (Yon et al., 2025).

Η μορφή κακοποίησης που καταγράφεται συχνότερα είναι η ψυχολογική, ενώ ακολουθούν η οικονομική εκμετάλλευση και η παραμέληση. Αντίθετα, η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζονται σε μικρότερα ποσοστά, αν και θεωρείται ότι υποδηλώνονται σημαντικά λόγω του κοινωνικού στίγματος και της διστακτικότητας των θυμάτων να μιλήσουν (Dong, 2017). Σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, όπως οι οίκοι ευγηρίας και τα νοσοκομεία, τα ποσοστά κακοποίησης είναι συχνά ακόμη υψηλότερα. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Pillemer και συνεργατών (2021), σχεδόν δύο στους τρεις επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τέτοιου είδους περιβάλλοντα ανέφεραν ότι έχουν γίνει μάρτυρες ή έχουν εμπλακεί σε περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων.

Η πανδημία COVID-19 επέδρασε αρνητικά στην ήδη επιβαρυνμένη κατάσταση. Κατά την περίοδο της πανδημίας, οι συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης, τα περιοριστικά μέτρα και η αυξημένη πίεση στα συστήματα υγείας συνέβαλαν σε αισθητή αύξηση των αναφορών κακοποίησης και παραμέλησης (Chang & Levy, 2021). Οι εξελίξεις αυτές ανέδειξαν την ιδιαίτερη ευαλωτότητα των ηλικιωμένων σε περιόδους κρίσης, καθώς και την επιτακτική ανάγκη ενίσχυσης των υπηρεσιών κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης.

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η πιθανότητα να υποστεί κάποιος ηλικιωμένος κακοποίηση αυξάνεται όταν υπάρχουν υποκείμενα προβλήματα όπως άνοια, σοβαρά χρόνια νοσήματα, κινητικές δυσκολίες ή υψηλός βαθμός εξάρτησης από φροντιστές

για καθημερινές ανάγκες (Dong, 2017). Επιπλέον, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια, η ανεργία του φροντιστή και οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση του φαινομένου (Cooper et al., 2019).

Η κατανόηση της επιδημιολογίας της κακοποίησης ηλικιωμένων δεν έχει μόνο περιγραφική αξία· παρέχει κρίσιμα δεδομένα για τη διαμόρφωση νοσηλευτικών πρωτοκόλλων ανίχνευσης, πρόληψης και παρέμβασης. Η συστηματική καταγραφή του μεγέθους του προβλήματος ενισχύει την ανάγκη ανάπτυξης εξειδικευμένων εργαλείων screening και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα ενταχθούν στην καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών, ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα περιστατικά και να διασφαλίζεται η προστασία των ηλικιωμένων.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

1.1 Κακοποίηση Ηλικιωμένων

Η κακοποίηση ηλικιωμένων έχει αναδειχθεί τις τελευταίες δεκαετίες ως ένα σημαντικό κοινωνικό και υγειονομικό πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει με διάφορους τρόπους τη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας. Η έννοια της κακοποίησης υπερβαίνει τις εμφανείς μορφές σωματικής βίας, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών που συχνά παραμένουν αφανείς, ιδίως σε περιπτώσεις ηλικιωμένων που εξαρτώνται από φροντιστές.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2022), η κακοποίηση ηλικιωμένων συνιστά «μια μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη πράξη, ή την απουσία της κατάλληλης δράσης, εντός μιας σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία προκαλεί βλάβη ή αγωνία σε ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας». Ο ορισμός αυτός αναδεικνύει δύο θεμελιώδεις διαστάσεις: αφενός ότι η κακοποίηση μπορεί να είναι είτε ενεργητική (μέσω πράξεων) είτε παθητική (μέσω παραλείψεων), και αφετέρου ότι εκδηλώνεται συνήθως σε πλαίσια όπου προϋπάρχει σχέση εμπιστοσύνης ή εξάρτησης.

Η εμπλοκή μελών της οικογένειας, επαγγελματιών υγείας ή προσωπικού δομών φροντίδας (όπως οίκοι ευγηρίας) περιπλέκει περαιτέρω την εικόνα, καθώς τα όρια μεταξύ φροντίδας και κακομεταχείρισης είναι συχνά δυσδιάκριτα (Lachs & Pillemer, 2015). Το γεγονός ότι τέτοιες συμπεριφορές ενδέχεται να εκδηλώνονται ακόμη και στο πλαίσιο της καθημερινής φροντίδας καθιστά την ανίχνευση του φαινομένου ιδιαίτερα δύσκολη.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων δεν εμφανίζεται απαραίτητα ως μεμονωμένο γεγονός· αντίθετα, συχνά εξελίσσεται σταδιακά μέσα από επαναλαμβανόμενα περιστατικά, τα οποία παραμένουν αδιευκρίνιστα ή αγνοούνται. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από νευροεκφυλιστικά νοσήματα, κινητικές δυσκολίες ή εξαρτώνται από τρίτους για καθημερινές δραστηριότητες, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν κακοποίηση (Pillemer et al., 2021). Ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η έκθεση σε τέτοια περιστατικά σχετίζεται με επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής

υγείας, αύξηση της νοσηρότητας, κατάθλιψη, άγχος, αλλά και μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου (Dong, 2017).

Ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό στοιχείο είναι ο εξαιρετικά χαμηλός αριθμός καταγγελιών. Ο ΠΟΥ (2022) αναφέρει ότι μόλις ένα στα 24 περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων αναφέρεται επισήμως, κάτι που υποδεικνύει τεράστιο ποσοστό αδήλωτων περιστατικών. Αυτό καθιστά καθοριστική τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας, και ιδιαίτερα των νοσηλευτών, οι οποίοι έχουν συνεχή και άμεση επαφή με τους ηλικιωμένους και μπορούν να διαδραματίσουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην αναγνώριση και την παρέμβαση (Cooper et al., 2019).

Η επιστημονική τεκμηρίωση του φαινομένου έχει οδηγήσει στην αποσαφήνιση πέντε βασικών κατηγοριών κακοποίησης: σωματική βία, ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση, οικονομική εκμετάλλευση, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση (Dong, 2017). Κάθε μία από αυτές τις μορφές ενδέχεται να έχει σοβαρές συνέπειες στην ευημερία των ηλικιωμένων και απαιτεί στοχευμένες στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης.

1.2 Τύποι κακοποίησης

Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση αναφέρεται σε κάθε ενέργεια που προκαλεί σωματικό τραυματισμό, πόνο ή βλάβη στον ηλικιωμένο. Στα συχνότερα παραδείγματα περιλαμβάνονται τα χτυπήματα, τα σπρωξίματα, η άσκηση πίεσης μέσω ακατάλληλων φυσικών περιορισμών, καθώς και η εσκεμμένη ή λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων με στόχο τον έλεγχο της συμπεριφοράς (Dong, 2017). Τα φυσικά σημάδια της κακοποίησης, όπως οι μώλωπες, τα κατάγματα ή τα εγκαύματα, μπορεί να είναι ορατά, ωστόσο αρκετές φορές συγκαλύπτονται ή αποδίδονται σε τυχαία περιστατικά. Αυτό καθιστά ιδιαίτερα σημαντικό για τους νοσηλευτές να παραμένουν σε συνεχή επαγρύπνηση, ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα ύποπτες ενδείξεις και να συμβάλλουν στην προστασία των ηλικιωμένων ασθενών.

Ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μορφή κακομεταχείρισης ηλικιωμένων, παρότι συχνά παραμένει αόρατη και δύσκολα ανιχνεύσιμη. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, όπως λεκτικές προσβολές, απειλές, εξευτελιστικές συμπεριφορές, κοινωνική απομόνωση ή στέρηση συναισθηματικής στήριξης (Cooper et al., 2019). Οι επιπτώσεις αυτής της μορφής βίας είναι βαθιές και μακροχρόνιες: το θύμα μπορεί να παρουσιάσει καταθλιπτικά συμπτώματα, έντονο άγχος, απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες και συναισθήματα μοναξιάς. Συχνά, οι ηλικιωμένοι που βιώνουν ψυχολογική κακοποίηση ζουν υπό ένα διαρκές αίσθημα φόβου, το οποίο ενισχύει την απελπισία και την ψυχική επιβάρυνση (Dong, 2015).

Οικονομική εκμετάλλευση

Η οικονομική κακοποίηση περιλαμβάνει ενέργειες που αποσκοπούν στην αθέμιτη ή παράνομη αξιοποίηση των οικονομικών μέσων ενός ηλικιωμένου ατόμου. Σε αυτές συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, η αυθαίρετη χρήση τραπεζικών λογαριασμών, η παραποίηση ή παραπλάνηση μέσω νομικών εγγράφων, η πίεση για μεταβίβαση ακινήτων ή περιουσιακών στοιχείων, καθώς και η ιδιοποίηση συνταξιοδοτικών παροχών (Acierno et al., 2017). Αν και πρόκειται για μορφή κακοποίησης με σοβαρές συνέπειες, συχνά δεν εντοπίζεται εγκαίρως, καθώς οι δράστες είναι συνήθως μέλη του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος που απολαμβάνουν την εμπιστοσύνη του θύματος. Αυτή η ιδιαιτερότητα καθιστά την οικονομική κακοποίηση μία από τις πλέον δύσκολες μορφές κακομεταχείρισης στην ανίχνευση και την αναφορά της.

Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση, αν και με χαμηλότερα ποσοστά, είναι εξαιρετικά τραυματική. Περιλαμβάνει κάθε μορφή μη συναινετικής σεξουαλικής επαφής ή απόπειρας, αλλά και συμπεριφορές που εκθέτουν τον ηλικιωμένο σε σεξουαλική ταπείνωση. Παραδείγματα σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνουν βιασμό, αναγκαστικό γυμνισμό, ρητή φωτογραφία, εκθέτοντας ακατάλληλα τον εαυτό του στο θύμα, και ανεπιθύμητη επαφή. Συχνά οι ηλικιωμένοι δεν αποκαλύπτουν τέτοια περιστατικά λόγω ντροπής, φόβου ή νοητικής έκπτωσης (Yon et al., 2025). Αυτή η

απόκλιση είναι πιθανά πολύ-παραγοντική, συμπεριλαμβανομένων των ψευδών αντιλήψεων της κοινωνίας για τη σεξουαλικότητα μεταξύ των ηλικιωμένων και των φραγμών στο θύμα που αναφέρει την κακοποίηση(Dong,2015).

Παραμέληση

Η παραμέληση μπορεί να είναι σκόπιμη ή ακούσια και αφορά στην αποτυχία κάλυψης βασικών αναγκών, όπως διατροφή, υγιεινή, ένδυση και ιατρική φροντίδα. Γενικά, είναι μια αποτυχία του φροντιστή να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις τους στον ηλικιωμένο ενήλικα. . Οι μορφές παραμέλησης περιλαμβάνουν την παρακράτηση διατροφής, του νερό, των κατάλληλων ρούχων, την αποτυχία να δώσουν ή να ξαναγεμίσουν τα φάρμακα και να μην παρέχουν τις βοηθητικές τους συσκευές, όπως τα ακουστικά, τα γυαλιά ή τους περιπατητές. Η παραμέληση συχνά εκδηλώνεται με ένα άτομο που είναι λιποβαρή, αφυδατωμένο, έχοντας κακή προσωπική υγιεινή, βρώμικα ρούχα, μακριά νύχια χεριών ή ποδιών και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές από κακές ελεγχόμενες υγειονομικές συνθήκες(Dong,2015). Συχνά προκύπτει από την υπερφόρτωση φροντιστών ή από έλλειψη πόρων, ωστόσο οι επιπτώσεις είναι εξίσου σοβαρές με τις άλλες μορφές κακοποίησης (Pillemer et al., 2021).

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΠΟΙΩΝ

Η κακοποίηση ηλικιωμένων δεν είναι ένα φαινόμενο που προέρχεται αποκλειστικά από άγνωστους ή περιθωριακά πρόσωπα· αντιθέτως, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων οι θύτες είναι άτομα που βρίσκονται σε θέση εμπιστοσύνης απέναντι στο θύμα. Οι πιο συνηθισμένες κατηγορίες θυτών είναι τα μέλη της οικογένειας, οι επαγγελματίες φροντιστές και οι οργανωμένες δομές φροντίδας, όπως οι οίκοι ευγηρίας και τα νοσοκομεία (Cooper et al., 2019· Pillemer et al., 2021).

Οικογένεια

Η οικογένεια αποτελεί την κύρια πηγή στήριξης των ηλικιωμένων, αλλά και το περιβάλλον όπου καταγράφονται οι περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης. Τα παιδιά, οι σύζυγοι και τα εγγόνια συχνά βρίσκονται σε θέση ισχύος, λόγω

οικονομικής ή λειτουργικής εξάρτησης του ηλικιωμένου. Παράγοντες όπως η οικονομική πίεση, η ανεργία, η χρήση αλκοόλ ή ουσιών και η υπερφόρτωση με ευθύνες φροντίδας αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης κακοποιητικών συμπεριφορών (Dong, 2017). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κακοποίηση μπορεί να πηγάζει από μακροχρόνιες οικογενειακές συγκρούσεις ή ακόμη και από «αντιστρεπτική βία» (cycle of violence), όπου παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση σε νεαρή ηλικία αναπαράγουν το ίδιο μοτίβο απέναντι στους γονείς τους (Acierno et al., 2017).

Επαγγελματίες υγείας και φροντιστές

Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε κατ' οίκον φροντίδα, νοσοκομεία ή γηροκομεία μπορεί επίσης να εμπλακούν σε περιστατικά κακοποίησης. Η κακοποίηση από επαγγελματίες συνδέεται συχνά με έλλειψη εκπαίδευσης, υψηλά επίπεδα άγχους, επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και έλλειψη εποπτείας (Lachs & Pillemer, 2015). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κακοποίηση δεν είναι εκούσια αλλά αποτέλεσμα πλημμελούς πρακτικής, όπως η παραμέληση λόγω ανεπαρκούς προσωπικού ή υπερβολικού φόρτου εργασίας. Παρ' όλα αυτά, οι συνέπειες για τους ηλικιωμένους παραμένουν εξίσου σοβαρές.

Ιδρυματικά περιβάλλοντα

Τα ιδρύματα φροντίδας (οίκοι ευγηρίας, μονάδες μακροχρόνιας νοσηλείας, ψυχιατρικές δομές) αποτελούν περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου. Έρευνες έχουν δείξει ότι έως και 64% του προσωπικού σε γηροκομεία έχει παραδεχτεί ότι συμμετείχε ή έγινε μάρτυρας σε πράξεις κακοποίησης (Pillemer et al., 2021). Οι μορφές που εμφανίζονται συχνότερα σε ιδρύματα είναι η παραμέληση, η λεκτική κακοποίηση και η ακατάλληλη χρήση περιοριστικών μέτρων. Επιπλέον, η ανεπάρκεια προσωπικού, η έλλειψη αυστηρών πρωτοκόλλων και η απουσία συστημάτων ελέγχου και καταγραφής συμβάλλουν στη διαιώνιση του φαινομένου.

Κοινότητα και τρίτοι

Παρότι λιγότερο συχνό, υπάρχουν και περιπτώσεις κακοποίησης από πρόσωπα εκτός οικογενειακού ή επαγγελματικού περιβάλλοντος. Αυτές περιλαμβάνουν οικονομικές απάτες (fraud), τηλεφωνικές ή διαδικτυακές εξαπατήσεις, καθώς και εκμετάλλευση από γείτονες ή γνωστούς (Yon et al., 2025). Ειδικά η οικονομική κακοποίηση στην κοινότητα έχει αυξηθεί σημαντικά με την ψηφιοποίηση των συναλλαγών, γεγονός που καθιστά τους ηλικιωμένους πιο ευάλωτους σε ψηφιακές απάτες (Acierno et al., 2017).

Πολυπαραγοντική φύση του θύτη

Δεν πρέπει να αντιμετωπίζουμε τον θύτη μονοδιάστατα. Πολλές φορές, τα χαρακτηριστικά του θύτη συνδέονται με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, όπως:

- Ψυχική νόσος ή εξάρτηση από ουσίες.
- Έλλειψη εκπαίδευσης για τη φροντίδα ηλικιωμένων.
- Ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας.
- Κοινωνικός αποκλεισμός και φτώχεια.

Η ανάλυση του προφίλ του θύτη είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και η υποστήριξη οικογενειακών φροντιστών μπορούν να μειώσουν σημαντικά την πιθανότητα κακοποίησης (Navarro et al., 2022).

2. Αίτια και Παράγοντες Κινδύνου

Η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο που δεν μπορεί να αποδοθεί σε μία μόνο αιτία. Αντίθετα, προκύπτει από την αλληλεπίδραση κοινωνικών, οικογενειακών, οικονομικών, ψυχολογικών και οργανωτικών παραμέτρων, οι οποίες δημιουργούν ένα πλαίσιο ευαλωτότητας για τον ηλικιωμένο (Dong, 2017). Η κατανόηση των αιτίων και παραγόντων κινδύνου είναι απαραίτητη, καθώς επιτρέπει την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών πρόληψης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση περιστατικών κακοποίησης.

2.1 Κοινωνικοί, οικογενειακοί και οικονομικοί παράγοντες

Κοινωνικοί παράγοντες

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί έναν από τους πλέον τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου. Όσο πιο περιορισμένο είναι το κοινωνικό δίκτυο ενός ηλικιωμένου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να υποστεί κακοποίηση χωρίς να υπάρξουν αυτόπτες μάρτυρες ή παρεμβάσεις (WHO, 2022). Σε πολλές περιπτώσεις, ο ίδιος ο θύτης επιβάλλει περιορισμό επικοινωνίας του ηλικιωμένου με φίλους ή συγγενείς, ενισχύοντας την εξάρτηση του θύματος (Lachs & Pillemer, 2015). Επιπλέον, η κοινωνική προκατάληψη απέναντι στα άτομα τρίτης ηλικίας (ageism) υποτιμά τη σοβαρότητα των καταγγελιών τους, γεγονός που καθιστά δυσκολότερη την αναγνώριση και παρέμβαση (Burnett et al., 2020).

Οικογενειακοί παράγοντες

Η οικογένεια αποτελεί τον συνηθέστερο χώρο κακοποίησης. Η εξάρτηση του ηλικιωμένου από τα παιδιά ή τον/την σύζυγο για φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε ανισόρροπες σχέσεις δύναμης. Οικογενειακές εντάσεις, ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας, ψυχικές νόσοι ή χρήση αλκοόλ και ουσιών από μέλη της οικογένειας αυξάνουν τον κίνδυνο (Acierno et al., 2017). Σημαντικός είναι επίσης ο λεγόμενος «κύκλος της βίας» (cycle of violence), όπου παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση στο παρελθόν

αναπαράγουν βίαιες συμπεριφορές εις βάρος των γονέων τους στην τρίτη ηλικία (Cooper et al., 2019).

Οικονομικοί παράγοντες

Η οικονομική ανασφάλεια και η φτώχεια δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για εκμετάλλευση. Η εξάρτηση φροντιστών από τη σύνταξη ή τα περιουσιακά στοιχεία του ηλικιωμένου συχνά οδηγεί σε οικονομική κακοποίηση. Η αύξηση των περιστατικών οικονομικής απάτης μέσω τηλεφωνικών και διαδικτυακών μεθόδων τα τελευταία χρόνια επιβεβαιώνει την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων σε περιβάλλοντα οικονομικής πίεσης (Yon et al., 2025). Κατά την πανδημία COVID-19, μελέτες κατέγραψαν σημαντική άνοδο σε οικονομικές καταχρήσεις λόγω περιορισμών, μειωμένων εισοδημάτων και κοινωνικής απομόνωσης (Chang & Levy, 2021).

2.2 Εξάρτηση του ηλικιωμένου

Σωματική εξάρτηση

Η σωματική εξάρτηση από τρίτους για βασικές δραστηριότητες (φαγητό, ένδυση, υγιεινή, φαρμακευτική αγωγή) αυξάνει την πιθανότητα παραμέλησης ή κακοποίησης. Οι ηλικιωμένοι με κινητικά προβλήματα, αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις εξαρτώνται πλήρως από τη φροντίδα άλλων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε κακή μεταχείριση εάν ο φροντιστής βιώνει κόπωση ή δεν διαθέτει επαρκείς γνώσεις (Pillemer et al., 2021).

Νοητική εξάρτηση

Οι γνωστικές διαταραχές, όπως η άνοια και η νόσος Αλτσχάιμερ, αυξάνουν δραματικά τον κίνδυνο κακοποίησης. Οι ασθενείς συχνά δεν μπορούν να αναγνωρίσουν ή να περιγράψουν τι τους συμβαίνει, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αναγνώριση του φαινομένου (Dong, 2017). Επιπλέον, συμπτώματα όπως

επιθετικότητα, σύγχυση ή ανησυχία δημιουργούν πρόσθετη πίεση στους φροντιστές, αυξάνοντας την πιθανότητα άσκησης βίας ή παραμέλησης (Burnett et al., 2020).

Συνδυασμένη εξάρτηση

Όταν η σωματική και η νοητική εξάρτηση συνυπάρχουν, ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται. Έρευνες δείχνουν ότι ηλικιωμένοι με πολλαπλά προβλήματα υγείας και γνωστική έκπτωση έχουν τις υψηλότερες πιθανότητες κακοποίησης, ιδιαίτερα σε ιδρυματικά περιβάλλοντα με ανεπαρκές προσωπικό (Pillemer et al., 2021).

2.3 Επαγγελματική εξουθένωση φροντιστών

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους οργανωτικούς παράγοντες κινδύνου. Οι επαγγελματίες φροντιστές και οι νοσηλευτές σε νοσοκομεία, γηροκομεία και δομές μακροχρόνιας φροντίδας συχνά εργάζονται υπό συνθήκες έντονου φόρτου εργασίας, χαμηλών μισθών, ανεπαρκούς προσωπικού και περιορισμένων πόρων (Navarro et al., 2022).

Η συνεχής έκθεση σε στρες οδηγεί σε συναισθηματική κόπωση, απώλεια ενσυναίσθησης και μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Lachs & Pillemer, 2015). Σε αυτό το πλαίσιο, ο κίνδυνος άσκησης λεκτικής ή σωματικής βίας, καθώς και η παραμέληση των ηλικιωμένων, αυξάνονται σημαντικά.

Έρευνες έχουν δείξει ότι το burnout συσχετίζεται άμεσα με την αυξημένη πιθανότητα κακοποιητικών συμπεριφορών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου δεν υπάρχουν συστήματα υποστήριξης ή εποπτείας (Pillemer et al., 2021). Αντίθετα, όταν εφαρμόζονται παρεμβάσεις, όπως εκπαίδευση προσωπικού, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης και καλύτερη διαχείριση βαρδιών, τα ποσοστά κακοποίησης μειώνονται αισθητά (Navarro et al., 2022).

3. Συνέπειες της Κακοποίησης στους Ηλικιωμένους

Η κακοποίηση ηλικιωμένων δεν αποτελεί μόνο παραβίαση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά και σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία, την ψυχολογική ευημερία και τη συνολική ποιότητα ζωής των θυμάτων. Οι συνέπειες δεν περιορίζονται στη στιγμή του περιστατικού, αλλά έχουν βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροχρόνιες επιπτώσεις, οι οποίες συχνά επιδεινώνουν την υφιστάμενη ευαλωτότητα των ηλικιωμένων (Dong, 2017· Cooper et al., 2019).

3.1 Ψυχολογικές και Σωματικές συνέπειες

Ψυχολογικές συνέπειες

Η ψυχολογική διάσταση της κακοποίησης είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη. Η έκθεση σε λεκτική βία, εξευτελισμούς ή απειλές οδηγεί σε άγχος, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνική απόσυρση (Cooper et al., 2019). Οι ηλικιωμένοι θύματα κακοποίησης συχνά αναφέρουν διαταραχές ύπνου, απώλεια όρεξης και αισθήματα ανασφάλειας, τα οποία επιδεινώνουν την καθημερινή τους λειτουργικότητα (Dong, 2017). Σε πολλές περιπτώσεις, η εμπειρία κακοποίησης προκαλεί συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ιδίως όταν το άτομο αισθάνεται εγκλωβισμένο σε σχέση εξάρτησης από τον θύτη.

Σωματικές συνέπειες

Οι σωματικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν τραυματισμούς, κατάγματα, εκδορές, εγκαύματα, αλλά και σοβαρότερα αποτελέσματα, όπως εσωτερικές κακώσεις ή επιπλοκές από ακατάλληλη χρήση φαρμάκων και περιοριστικών μέσων (Lachs & Pillemer, 2015). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι τα θύματα παραμέλησης εμφανίζουν υποσιτισμό, αφυδάτωση, κατακλίσεις και λοιμώξεις, που συχνά απαιτούν νοσηλεία. Οι σωματικές κακώσεις έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στους ηλικιωμένους λόγω της εύθραυστης κατάστασης της υγείας τους και της μειωμένης ικανότητας ανάρρωσης.

3.2 Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων θυμάτων κακοποίησης υποβαθμίζεται σε πολλαπλά επίπεδα. Από ψυχοκοινωνική άποψη, τα θύματα παρουσιάζουν απώλεια εμπιστοσύνης στους ανθρώπους και στις δομές φροντίδας, με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να αποφεύγουν την αναζήτηση βοήθειας (Burnett et al., 2020). Αυτό οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο απομόνωσης που επιτείνει την ευάλωτότητά τους.

Σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας, οι ηλικιωμένοι που βιώνουν κακοποίηση συχνά εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Η έλλειψη στήριξης και η παραμέληση μπορεί να τους στερήσει την πρόσβαση σε επαρκή διατροφή, φαρμακευτική αγωγή και ιατρική παρακολούθηση. Έτσι, περιορίζονται οι δυνατότητες συμμετοχής σε κοινωνικές και οικογενειακές δραστηριότητες, επιβαρύνοντας περαιτέρω την ψυχική τους κατάσταση (WHO, 2022).

Η ποιότητα ζωής υπονομεύεται επίσης από την αίσθηση αδυναμίας και την έλλειψη ελέγχου που βιώνουν τα θύματα. Η κακοποίηση αφαιρεί από τον ηλικιωμένο το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και τον αυτοκαθορισμό, γεγονός που υπογραμμίζει την ηθική και κοινωνική διάσταση του προβλήματος (Navarro et al., 2022).

3.3 Μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία

Οι μακροχρόνιες συνέπειες της κακοποίησης υπερβαίνουν την άμεση ψυχοσωματική βλάβη και επηρεάζουν τη συνολική πορεία της υγείας του ηλικιωμένου. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα θύματα κακοποίησης έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων, όπως υπέρταση, καρδιαγγειακές νόσοι, διαβήτης και κατάθλιψη (Dong, 2017). Επιπλέον, η παρατεταμένη έκθεση σε στρες μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξάνοντας την ευάλωτότητα σε λοιμώξεις και καθυστερώντας την ανάρρωση (Cooper et al., 2019).

Σε μακροχρόνιο επίπεδο, η κακοποίηση έχει συσχετιστεί με **πρόωρη θνητότητα**. Μελέτη του Lachs & Pillemer (2015) έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που υπέστησαν κακοποίηση είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με συνομηλίκους τους που δεν είχαν τέτοια εμπειρία. Αυτό οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων: επιδείνωση υφιστάμενων νόσων, μειωμένη συμμόρφωση σε

θεραπευτικά σχήματα, αυξημένο ψυχολογικό βάρος και μειωμένη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις δεν αφορούν μόνο την υγεία, αλλά και το σύστημα φροντίδας συνολικά. Η αυξημένη ανάγκη για νοσηλείες, φαρμακευτική αγωγή και θεραπείες δημιουργεί οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, αναδεικνύοντας την κακοποίηση ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας (Pillemer et al., 2021).

4. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Κακοποίηση Ηλικιωμένων

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο που απαιτεί πολυδιάστατη αντιμετώπιση. Οι νοσηλευτές, λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς, βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση για την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών. Το έργο τους επεκτείνεται πέρα από την απλή παροχή φροντίδας: περιλαμβάνει την πρόληψη, την ανίχνευση, την τεκμηρίωση, την υποστήριξη και τη συνεργασία με άλλες ειδικότητες. Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο ρόλος του νοσηλευτή αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης τόσο σε επίπεδο ατομικής φροντίδας όσο και σε επίπεδο συστημικών παρεμβάσεων (Burnett et al., 2020· Navarro et al., 2022).

4.1 Αναγνώριση ενδείξεων κακοποίησης

Η αναγνώριση είναι η πρώτη γραμμή άμυνας. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να εκπαιδεύονται ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα:

- **Σωματικά σημεία:** μώλωπες σε ασυνήθιστα σημεία (π.χ. στο εσωτερικό των μηρών ή στα μπράτσα), εγκαύματα που δεν συνάδουν με το ιστορικό, κατάγματα σε διάφορα στάδια επούλωσης.
- **Σημάδια παραμέλησης:** απώλεια βάρους, υποσιτισμός, αφυδάτωση, κατακλίσεις, κακή υγιεινή.
- **Ψυχολογικά συμπτώματα:** φόβος, σιωπή μπροστά σε συγγενείς ή φροντιστές, απότομη μεταβολή διάθεσης, άρνηση συνεργασίας με προσωπικό.
- **Συμπεριφορικά μοτίβα:** αντιφατικές αφηγήσεις, αποφυγή βλεμματικής επαφής, εξάρτηση απόλυτη στον φροντιστή (Cooper et al., 2019).

Εργαλεία ανίχνευσης

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν αξιόπιστα εργαλεία που διευκολύνουν τους νοσηλευτές:

- **Elder Abuse Suspicion Index (EASI):** ερωτηματολόγιο για χρήση σε πρωτοβάθμια φροντίδα.

- ED Senior AID Tool: ειδικά σχεδιασμένο για ΤΕΠ (Platts-Mills et al., 2020).
- DETECT Tool: για χρήση από πληρώματα επείγουσας μεταφοράς και νοσηλευτές επειγόντων (Wang et al., 2021).
- VOICES digital tool: ψηφιακή εφαρμογή μέσω tablet που επιτρέπει στους ηλικιωμένους να αυτοαναφέρουν πιθανή κακοποίηση με ασφάλεια (Dong et al., 2021).

Μελέτες δείχνουν ότι η χρήση αυτών των εργαλείων αυξάνει σημαντικά την ευαισθησία ανίχνευσης περιστατικών που αλλιώς θα περνούσαν απαρατήρητα (Burnett et al., 2020).

4.2 Εκτίμηση κινδύνου

Η εκτίμηση κινδύνου είναι συστηματική και πολυπαραγοντική διαδικασία. Ο νοσηλευτής λαμβάνει υπόψη:

1. Ιστορικό του ασθενή: ύπαρξη γνωστικών διαταραχών, χρόνιων νοσημάτων, αναπηρίας.
2. Κοινωνικό πλαίσιο: κοινωνική απομόνωση, φτώχεια, εξάρτηση από τον φροντιστή.
3. Σχέση με τον φροντιστή: παρουσία συγκρούσεων, άγχους ή επιθετικότητας.
4. Διαθεσιμότητα πόρων: πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, κοινωνικά δίκτυα στήριξης.

Σύγχρονα μοντέλα εκτίμησης κινδύνου, όπως το Risk of Abuse Tool (RAT), βοηθούν τους νοσηλευτές να κωδικοποιούν πληροφορίες και να εντοπίζουν ποιοι ασθενείς χρειάζονται στενότερη παρακολούθηση (Fulmer et al., 2019).

4.2.1 Αξιολόγηση του ασθενούς

Η αξιολόγηση του ίδιου του ηλικιωμένου ασθενούς είναι αναπόσπαστο τμήμα της εκτίμησης κινδύνου και περιλαμβάνει:

- Κλινική εκτίμηση: πλήρης φυσική εξέταση για τον εντοπισμό τραυμάτων, κατακλίσεων, σημείων υποσιτισμού ή αφυδάτωσης. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε κακώσεις που δεν συνάδουν με το ιατρικό ιστορικό ή δεν εξηγούνται ικανοποιητικά από τον φροντιστή.
- Νοητική κατάσταση: αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών μέσω εργαλείων όπως το Mini-Mental State Examination (MMSE) ή το Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Η παρουσία άνοιας ή άλλων γνωστικών διαταραχών αυξάνει τον κίνδυνο θυματοποίησης (Cooper et al., 2019).
- Ψυχολογική αξιολόγηση: διερεύνηση συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, φόβου ή μετατραυματικού στρες. Η ψυχική κατάσταση συχνά αποτελεί δείκτη κακοποίησης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει απότομη επιδείνωση χωρίς εμφανή ιατρική αιτία (Burnett et al., 2020).
- Λειτουργικότητα: εκτίμηση της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης με εργαλεία όπως το Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Όσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος κακοποίησης και παραμέλησης (Pillemer et al., 2021).
- Επικοινωνία με τον ηλικιωμένο: η δημιουργία περιβάλλοντος εμπιστοσύνης είναι κρίσιμη. Ο νοσηλευτής οφείλει να μιλά σε ιδιωτικό χώρο, με απλές ερωτήσεις και χωρίς την παρουσία του φροντιστή, για να ενθαρρύνει την αποκάλυψη πιθανής κακοποίησης (Navarro et al., 2022).

Η ολιστική αξιολόγηση του ασθενούς βοηθά τον νοσηλευτή να σχηματίσει ολοκληρωμένη εικόνα, να συνδυάσει τα ευρήματα με κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και να προσδιορίσει αν χρειάζεται άμεση ενεργοποίηση προστατευτικών μηχανισμών.

4.2.2 Αξιολόγηση του φροντιστή

Η εκτίμηση του φροντιστή είναι εξίσου σημαντική με την αξιολόγηση του ηλικιωμένου, καθώς σε πολλές περιπτώσεις ο θύτης είναι το ίδιο το άτομο που έχει αναλάβει τη φροντίδα. Ο νοσηλευτής, μέσα από παρατήρηση και συνέντευξη, μπορεί να εντοπίσει ενδείξεις που υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης.

Παράγοντες προς διερεύνηση

- Συναισθηματική κατάσταση: εκδήλωση εκνευρισμού, έλλειψη υπομονής, επιθετικός τόνος απέναντι στον ηλικιωμένο. Η έντονη ψυχολογική πίεση αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Burnett et al., 2020).
- Συμπεριφορά κατά την παρουσία του ηλικιωμένου: υπερβολικός έλεγχος στις απαντήσεις του ασθενή, διακοπή της επικοινωνίας με τον νοσηλευτή, αποφυγή να μείνει ο ηλικιωμένος μόνος με το προσωπικό (Dong, 2017).
- Ιστορικό του φροντιστή: ύπαρξη ψυχικής νόσου, χρήση ουσιών ή αλκοόλ, ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, οικονομικές δυσκολίες (Cooper et al., 2019).
- Φόρτος φροντίδας: υπερβολική διάρκεια και ένταση καθηκόντων φροντίδας, έλλειψη υποστήριξης από άλλους συγγενείς ή κοινωνικές υπηρεσίες. Η παρατεταμένη πίεση οδηγεί σε επαγγελματική και συναισθηματική εξουθένωση (Pillemer et al., 2021).
- Οικονομική εξάρτηση: περιπτώσεις όπου ο φροντιστής εξαρτάται από τη σύνταξη ή τα οικονομικά του ηλικιωμένου, ενδέχεται να οδηγήσουν σε οικονομική εκμετάλλευση (Acierno et al., 2017).

Εργαλεία εκτίμησης φροντιστή

Ορισμένα ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί διεθνώς για την ανίχνευση της επιβάρυνσης και του στρες στους φροντιστές, όπως:

- Zarit Burden Interview (ZBI): αξιολογεί την ψυχολογική και πρακτική επιβάρυνση.
- Caregiver Strain Index (CSI): ανιχνεύει επίπεδα άγχους και κόπωσης.

- **Modified Conflict Tactics Scale (MCTS):** χρησιμοποιείται ερευνητικά για την αξιολόγηση συγκρουσιακών ή βίαιων συμπεριφορών.

Η εφαρμογή τέτοιων εργαλείων σε συνδυασμό με την κλινική παρατήρηση μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την ικανότητα των νοσηλευτών να προβλέπουν και να προλαμβάνουν περιστατικά κακοποίησης.

Σημασία της αξιολόγησης

Η κατανόηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών του φροντιστή βοηθά στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων, όπως εκπαίδευση, παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, σύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες και ανάπτυξη δικτύων αποφόρτισης. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται ο κίνδυνος κακοποίησης και ενισχύεται η ποιότητα φροντίδας του ηλικιωμένου (Navarro et al., 2022).

4.3 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κακοποίηση ηλικιωμένων έχουν καθοριστικό ρόλο, καθώς συνδυάζουν την κλινική φροντίδα με την πρόληψη, την τεκμηρίωση, την ψυχολογική υποστήριξη και την ενεργοποίηση θεσμικών μηχανισμών προστασίας. Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε κομβική θέση για να εφαρμόσουν μια ολιστική και πολυεπίπεδη στρατηγική, που περιλαμβάνει πρόληψη, άμεση διαχείριση και μακροχρόνια υποστήριξη (Burnett et al., 2020).

4.3.1 Πρόληψη

Η πρόληψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει σε:

- Εκπαίδευση ηλικιωμένων και οικογενειών: ενημέρωση για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, για διαθέσιμες υπηρεσίες προστασίας και για τρόπους αναφοράς περιστατικών.

- Ενδυνάμωση ηλικιωμένων: καλλιέργεια δεξιοτήτων αυτοπροστασίας, π.χ. αναγνώριση σημάτων οικονομικής απάτης ή ψηφιακών απατών (Acierno et al., 2017).
- Στήριξη φροντιστών: δημιουργία ομάδων υποστήριξης, παροχή συμβουλευτικής, σύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό μειώνει το άγχος και προλαμβάνει την εξουθένωση, που αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου (Navarro et al., 2022).
- Κοινωνική ευαισθητοποίηση: συμμετοχή νοσηλευτών σε προγράμματα ενημέρωσης κοινού, συνεργασία με ΜΚΟ και τοπικές αρχές.

Η πρόληψη είναι πιο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και συνδέεται με πολιτικές δημόσιας υγείας (WHO, 2022).

4.3.2 Ανίχνευση και τεκμηρίωση

Η τεκμηρίωση είναι ζωτικής σημασίας, καθώς εξασφαλίζει ότι οι ενδείξεις κακοποίησης καταγράφονται με τρόπο αξιόπιστο και αξιοποιήσιμο τόσο κλινικά όσο και νομικά.

- Κλινική τεκμηρίωση: λεπτομερής περιγραφή τραυμάτων, τοποθεσία, μέγεθος, χρονολογία, πιθανοί μηχανισμοί πρόκλησης.
- Φωτογραφική τεκμηρίωση: με συναίνεση του ασθενούς ή των νομικών εκπροσώπων, και σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας.
- Εργαλεία νοσηλευτικής τεκμηρίωσης: χρήση τυποποιημένων εντύπων, όπως το Elder Assessment Instrument (EAI), το οποίο περιλαμβάνει κλίμακες για σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία (Fulmer et al., 2019).
- Συνέντευξη με τον ηλικιωμένο: πραγματοποιείται σε ιδιωτικό χώρο, χωρίς την παρουσία του φροντιστή, με απλές ερωτήσεις που αποφεύγουν την καθοδήγηση.

Η σωστή τεκμηρίωση συμβάλλει στην προστασία του ηλικιωμένου και διευκολύνει την ενεργοποίηση νομικών μηχανισμών, όταν χρειάζεται (Burnett et al., 2020).

4.3.3 Άμεση κλινική φροντίδα

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης των συνεπειών της κακοποίησης:

- Σωματική φροντίδα: αντιμετώπιση τραυμάτων, πρόληψη επιπλοκών, εξασφάλιση βασικών αναγκών (διατροφή, ενυδάτωση, υγιεινή).
- Ψυχολογική υποστήριξη: παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος, ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων, ενεργητική ακρόαση. Η ενσυναίσθηση και η μη επικριτική στάση είναι καθοριστικές για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης (Cooper et al., 2019).
- Διασφάλιση αξιοπρέπειας: σεβασμός στις προσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου, εμπλοκή του στις αποφάσεις για τη φροντίδα του.

4.3.4 Διαδικασίες αναφοράς

Ο νοσηλευτής έχει τόσο ηθική όσο και νομική υποχρέωση να αναφέρει περιστατικά κακοποίησης στις αρμόδιες αρχές (Navarro et al., 2022).

- Εσωτερικές διαδικασίες: ενημέρωση του υπεύθυνου τμήματος ή της διοίκησης του νοσοκομείου.
- Εξωτερικές αναφορές: σύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες, Εισαγγελία, γραμμές καταγγελιών.
- Διασφάλιση εμπιστευτικότητας: προστασία προσωπικών δεδομένων, ενημέρωση του ηλικιωμένου για τις ενέργειες που θα ακολουθήσουν.

Η αναφορά δεν αποτελεί απλή τυπική διαδικασία, αλλά ουσιαστικό βήμα προστασίας και πρόληψης επαναλαμβανόμενων περιστατικών (Burnett et al., 2020).

4.3.5 Υποστήριξη φροντιστών

Η εξουθένωση των φροντιστών είναι συχνά η αφετηρία κακοποίησης. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει σε:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα: εκπαίδευση για τεχνικές φροντίδας, διαχείριση δύσκολης συμπεριφοράς (π.χ. σε ασθενείς με άνοια).
- Ψυχολογική στήριξη: καθοδήγηση προς ομάδες υποστήριξης ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Σύνδεση με πόρους: παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες, οικονομικά βοηθήματα, προγράμματα «ανάπαυλας» (respite care).

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι τέτοιες παρεμβάσεις μειώνουν σημαντικά την πιθανότητα κακοποίησης (Pillemer et al., 2021).

4.3.6 Χρήση τεχνολογίας στη νοσηλευτική παρέμβαση

Η τεχνολογία παρέχει νέες δυνατότητες:

- Ψηφιακές εφαρμογές για αυτόματη ανίχνευση και καταγραφή περιστατικών (Dong et al., 2021).
- Τηλεϊατρική: επιτρέπει συνεχή παρακολούθηση ηλικιωμένων σε απομακρυσμένες περιοχές, μειώνοντας τον κίνδυνο απομόνωσης.
- Ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας (EHR): ενσωματώνουν ειδικά πεδία για καταγραφή περιστατικών κακοποίησης.

Η ενσωμάτωση τεχνολογίας στην πρακτική ενισχύει την ακρίβεια και τη διαφάνεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

4.4 Συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι πολυδιάστατο πρόβλημα που υπερβαίνει τις δυνατότητες μιας μόνο επαγγελματικής ειδικότητας. Απαιτείται διεπιστημονική συνεργασία, με τον νοσηλευτή σε ρόλο συντονιστή και διαμεσολαβητή. Η διεπιστημονική ομάδα συνδυάζει ιατρικές, νοσηλευτικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και νομικές προσεγγίσεις, ώστε να επιτευχθεί ολοκληρωμένη αντιμετώπιση (Burnett et al., 2020).

4.4.1 Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν βασικούς συνεργάτες των νοσηλευτών.

Αναλαμβάνουν:

- Κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση: διερεύνηση συνθηκών διαβίωσης, εισοδήματος, πρόσβασης σε κοινωνικές παροχές.
- Παρέμβαση σε οικογενειακό πλαίσιο: εντοπισμός συγκρούσεων, συμβουλευτική υποστήριξη, παραπομπές σε υπηρεσίες στήριξης οικογένειας.
- Σύνδεση με δομές: πρόσβαση σε προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, ημερήσια κέντρα, προγράμματα «ανάπαυλας» φροντιστών.

Η συνεργασία νοσηλευτών–κοινωνικών λειτουργών είναι κρίσιμη για την αποκατάσταση της ασφάλειας και της κοινωνικής ένταξης των ηλικιωμένων (Dong, 2017).

4.4.2 Ρόλος του ψυχολόγου

Η ψυχολογική διάσταση της κακοποίησης είναι ιδιαίτερα έντονη. Οι ψυχολόγοι συμβάλλουν σε:

- Διάγνωση ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, άγχος, PTSD).
- Ατομική ψυχοθεραπεία: ενδυνάμωση του ηλικιωμένου, αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης, διαχείριση τραυματικών εμπειριών.
- Οικογενειακή θεραπεία: όταν οι συγκρούσεις μεταξύ μελών συμβάλλουν στην κακοποίηση.
- Συμβουλευτική φροντιστών: μείωση άγχους, ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης δύσκολης συμπεριφοράς (π.χ. άνοια).

Η συνεργασία με τον νοσηλευτή βοηθά στη σύνδεση της ψυχολογικής αξιολόγησης με την καθημερινή φροντίδα (Cooper et al., 2019).

4.4.3 Ρόλος των νομικών υπηρεσιών

Η νομική διάσταση είναι καθοριστική για την προστασία των θυμάτων. Οι νομικοί σύμβουλοι:

- Ενημερώνουν για δικαιώματα και διαθέσιμες νομικές διαδικασίες.
- Υποστηρίζουν τον ηλικιωμένο σε περιπτώσεις δικαστικής διαδικασίας ή λήψης εντολής προστασίας.
- Καθοδηγούν το προσωπικό υγείας για το πότε και πώς να προχωρήσει σε υποχρεωτική αναφορά.
- Συνεργάζονται με την αστυνομία και την εισαγγελία για την άμεση παρέμβαση.

Ο νοσηλευτής συχνά είναι αυτός που πρώτος ενεργοποιεί τη διαδικασία παραπομπής σε νομικές υπηρεσίες (Navarro et al., 2022).

4.4.4 Ρόλος του ιατρού

Οι ιατροί συμβάλλουν κυρίως στην ιατρική τεκμηρίωση και στη θεραπευτική διαχείριση. Σε συνεργασία με τον νοσηλευτή:

- Εξετάζουν σωματικά τραύματα και καθορίζουν αν αντιστοιχούν στις περιγραφές που δίνονται.
- Παρέχουν ιατρικές γνωματεύσεις, που αποτελούν συχνά νομικά αποδεικτικά στοιχεία.
- Συνεργάζονται στη φαρμακευτική αγωγή για σωματικές και ψυχικές συνέπειες.
- Υποστηρίζουν τον σχεδιασμό μακροχρόνιας θεραπείας και αποκατάστασης.

Η σύνδεση της ιατρικής με τη νοσηλευτική φροντίδα είναι απαραίτητη για την ολιστική αντιμετώπιση (Pillemer et al., 2021).

4.4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συντονιστή

Ο νοσηλευτής συχνά βρίσκεται στο κέντρο της διεπιστημονικής ομάδας, διότι:

- Έχει τη συνεχή επαφή με τον ηλικιωμένο.
- Διαθέτει ολιστική εικόνα (κλινική, ψυχολογική, κοινωνική).
- Μπορεί να αναλάβει τη διαμεσολάβηση μεταξύ ειδικοτήτων.
- Διασφαλίζει ότι το σχέδιο φροντίδας είναι συνεκτικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενούς.

Σύγχρονες μελέτες υπογραμμίζουν ότι η παρουσία νοσηλευτή σε ηγετικό ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και μειώνει τα περιστατικά υποτροπής κακοποίησης (Navarro et al., 2022).

4.4.6 Προκλήσεις στη διεπιστημονική συνεργασία

Παρά τα πλεονεκτήματα, υπάρχουν εμπόδια που πρέπει να αναγνωρίζονται:

- Έλλειψη σαφών πρωτοκόλλων συνεργασίας.
- Ελλιπής επικοινωνία μεταξύ φορέων (νοσοκομείων, κοινωνικών υπηρεσιών, νομικών αρχών).
- Περιορισμένοι πόροι που καθυστερούν παρεμβάσεις.
- Διπλή θυματοποίηση του ηλικιωμένου μέσα από επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις και αξιολογήσεις.

Η υπέρβαση αυτών των προκλήσεων απαιτεί θεσμική ενίσχυση, εκπαίδευση προσωπικού και καθιέρωση διαύλων άμεσης επικοινωνίας (WHO, 2022).

4.5 Ο ρόλος της εκπαίδευσης και της συνεχιζόμενης κατάρτισης

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι καθοριστική. Προγράμματα προσομοίωσης, e-learning και βιωματικές ασκήσεις ενισχύουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες αναγνώρισης περιστατικών (Moyle et al., 2019· Navarro et al., 2022). Ταυτόχρονα, η ενίσχυση της κλινικής ενσυναίσθησης και

η κατάρτιση σε θέματα επικοινωνίας βελτιώνουν την ικανότητα των νοσηλευτών να προσεγγίζουν θύματα με σεβασμό και ευαισθησία.

4.6 Νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενή (advocacy role)

Ο νοσηλευτής δεν περιορίζεται στον ρόλο του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Λειτουργεί και ως συνήγορος του ασθενή, διεκδικώντας την προστασία των δικαιωμάτων του ηλικιωμένου, προωθώντας πολιτικές για ασφαλή φροντίδα και συμβάλλοντας στη διαμόρφωση κατευθυντήριων οδηγιών σε εθνικό επίπεδο (Dong, 2017).

Β' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δεδομένου ότι η πρώτη περίπτωση του νέου Coronavirus Sars-Cov-2 διαγνώστηκε ,προκαλώντας την εμφάνιση της ασθένειας Covid-19, στις Ηνωμένες Πολιτείες στις 20 Ιανουαρίου 2020, ένα σταθερό ρεύμα νέων μέτρων πολιτικής έχει θεσπιστεί για την προστασία του κοινού από αυτή την αναπτυσσόμενη πανδημία .Στην πρώτη γραμμή αυτών των προσπαθειών ήταν μέτρα για τον περιορισμό της διαπροσωπικής επαφής για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού ,τα οποία σε συνδυασμό με τις πράξεις που τα κράτη-μέλη όλων των χωρών αναγκάστηκαν να πάρουν για την ασφάλεια των πολιτών τους έχει οδηγήσει σε υποβάθμιση των προσωπικών, οικονομικών και κοινωνικών στόχων των πολιτών ,μέσα στους οποίους βρίσκονται οι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές τους(Makaroun et al.,2020).

Σύμφωνα με μελέτη των Chang και Levy (2021), πριν από την πανδημία COVID-19, περίπου 1 στους 10 ηλικιωμένους (ηλικίας ≥ 60 ετών) στις Ηνωμένες Πολιτείες βίωνε κάποια μορφή κακοποίησης. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σημαντικά, φτάνοντας το 21,3%, γεγονός που συνιστά αύξηση κατά 83,6% συγκριτικά με τα προ πανδημίας επίπεδα. Οι ερευνητές αποδίδουν αυτή την επιδείνωση κυρίως στην κοινωνική απομόνωση και την ενίσχυση στρεσογόνων παραγόντων μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, που οδήγησαν σε αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν ηλικιωμένους

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Weissberger και τους συνεργάτες του (2020), εξετάστηκαν δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω τηλεφωνικών κλήσεων στη Γραμμή Πόρων του Εθνικού Κέντρου για την Κακοποίηση Ηλικιωμένων (NCEA). Από τους 1.939 συμμετέχοντες, οι 818 (42,2%) ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα κακοποίησης από ενήλικο άτομο. Η συχνότερα αναφερόμενη μορφή ήταν η οικονομική κακοποίηση, με 449 περιπτώσεις (54,9%). Επιπλέον, 188 άτομα (23,2%) δήλωσαν ότι είχαν βιώσει περισσότερους από έναν τύπους κακοποίησης, ενώ 149 (18,2%) ανέφεραν ότι υπήρχαν πολλαπλοί δράστες. Τα μέλη της οικογένειας αποτελούσαν την πιο συχνά αναφερόμενη ομάδα δραστών (309 περιπτώσεις, 46,8%). Τέλος, 30 καταγγελίες απορρίφθηκαν επειδή το θύμα δεν

πληρούσε τα κριτήρια ηλικίας ή διαμονής, ενώ 1.091 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν είχαν εμπειρία κακοποίησης ή κακομεταχείρισης.

Σε μια πειραματική μελέτη στο Ιράν, 120 νοσηλευτές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου, από 60 άτομα η καθεμία) για να αξιολογηθεί η επίδραση εκπαιδευτικού προγράμματος στην αναγνώριση κακοποίησης ηλικιωμένων (Ghaffari et al., 2020). Μετά την παρέμβαση, η ικανότητα αναγνώρισης αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα που έλαβε την εκπαίδευση, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν εμφάνισε ουσιαστική αλλαγή. Παρά το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες αναγνώριζαν καλά τη σωματική κακοποίηση, η αναγνώριση της σεξουαλικής κακοποίησης παρέμεινε σχετικά δύσκολη.

Οι Santos και συνεργάτες (2019) διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό την αναγνώριση διακριτών μοτίβων θυματοποίησης μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, με βάση συγκεκριμένα είδη κακοποίησης και τη σχέση τους με τον θύτη. Μέσα από ανάλυση δεδομένων από δύο διαφορετικές έρευνες – μία σε ευρύτερο πληθυσμό και μία σε θύματα – εντοπίστηκαν ποικίλα πρότυπα κακοποίησης. Στην πρώτη περίπτωση, συνηθέστερες μορφές ήταν η λεκτική βία από μη οικεία πρόσωπα (29%), η ψυχολογική κακοποίηση από μέλη της οικογένειας (18%), η παραμέληση (18%) και η οικονομική εκμετάλλευση (15%). Επιπλέον, εντοπίστηκαν περιπτώσεις λεκτικής (14%) και σωματικής/ψυχολογικής κακοποίησης (6%) από συντρόφους. Από την πλευρά των θυμάτων, η σωματική βία από παιδιά ή εγγόνια αναφέρθηκε συχνότερα (29%), ακολουθούμενη από αντίστοιχες πράξεις από συντρόφους (26%) και ψυχολογική πίεση από την οικογένεια (18%). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μορφές κακοποίησης και η ταυτότητα του δράστη παίζουν κεντρικό ρόλο στην κατανόηση των εμπειριών θυματοποίησης και στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων.

Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Νο. 1 στο Μπιντγκόζτς της Πολωνίας, διενεργήθηκε μελέτη με τη συμμετοχή 347 ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονταν στα Τμήματα Νευρολογίας και Γηριατρικής (Filipska et al., 2021). Η ανάλυση έδειξε ότι σχεδόν το 45% των συμμετεχόντων είχε υπάρξει θύμα κάποιας μορφής κακοποίησης, ποσοστό αυξημένο κατά πάνω από 6 ποσοστιαίες μονάδες σε σύγκριση με τα προ της πανδημίας επίπεδα. Η πιο συχνή μορφή ήταν η ψυχολογική κακοποίηση (72,3%). Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου περιλάμβαναν το χαμηλό εισόδημα, τις χρόνιες ασθένειες, τη δυσλειτουργική οικογενειακή σχέση, καθώς και

μέτρια έως σοβαρή λειτουργική έκπτωση. Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε ότι οι ασθενείς που είχαν νοσήσει από COVID-19 είχαν 1,59 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν κακοποίηση σε σύγκριση με όσους δεν είχαν προσβληθεί.

Σε μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά, οι Guruge και συνεργάτες (2021) διερεύνησαν τις αντιλήψεις μεταναστών ηλικιωμένων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την κακοποίηση. Το δείγμα περιλάμβανε 173 άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από τέσσερις μεταναστευτικές κοινότητες: Κινέζους, Κορεάτες, Παντζάμπι και Ταμίλ. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι αντιλήψεις των ομάδων παρουσίαζαν διαφορές ανάλογα με την πολιτισμική προέλευση. Για παράδειγμα, οι Κορεάτες ανέφεραν συχνότερα ως κρίσιμους παράγοντες την κοινωνική απομόνωση, την οικονομική εξάρτηση και τη δυσκολία στην αγγλική γλώσσα. Η κινεζική κοινότητα ανέδειξε τη φυσική, συναισθηματική και οικονομική εξάρτηση ως κύριες αιτίες, ενώ για τους Ταμίλ σημαντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν η γλωσσική δυσκολία, η συναισθηματική εξάρτηση και η εξάρτηση στη φροντίδα. Οι συμμετέχοντες από την κοινότητα Παντζάμπι επικεντρώθηκαν κυρίως στην κοινωνική απομόνωση. Τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, μέσα από συνεργασία υπηρεσιών δημόσιας υγείας και τοπικών κοινοτήτων.

Σε μια μελέτη που περιλάμβανε 100 τυχαία επιλεγμένα νορβηγικά γηροκομεία και 3.693 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, διαπιστώθηκε ότι το 76% είχε γίνει μάρτυρας τουλάχιστον ενός περιστατικού κακοποίησης ηλικιωμένων μέσα στο προηγούμενο έτος, ενώ το 60,3% παραδέχτηκε ότι είχε διαπράξει ο ίδιος/η κακοποίηση κατά την ίδια περίοδο (Botnård et al., 2020). Οι μορφές που αναφέρθηκαν συχνότερα ήταν η ψυχολογική βία και η παραμέληση. Παράλληλα, άνδρες υπάλληλοι ανέφεραν περισσότερο σωματικές πράξεις κακοποίησης, ενώ οι γυναίκες διαφοροποιήθηκαν κυρίως προς παραλείψεις φροντίδας. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη εφαρμογής πολιτικών πρόληψης με στόχο τη διασφάλιση της ευημερίας και της ασφάλειας των κατοίκων στις νορβηγικές μονάδες φροντίδας.

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση από Yon και συνεργάτες (2018), κατά το έτος που εξετάστηκε, περίπου το 64,2% του προσωπικού σε ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων παραδέχτηκε ότι είχε διαπράξει κακοποίηση ηλικιωμένων. Αντίστοιχα, όταν μελετήθηκαν οι αναφορές των κατοίκων ηλικιωμένων, η ψυχολογική

κακοποίηση ήταν η πιο διαδεδομένη μορφή (33,4%), ακολουθούμενη από σωματική (14,1%), οικονομική (13,8%), παραμέληση (11,6%) και σεξουαλική κακοποίηση (1,9%). Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι υπάρχουν λίγες μελέτες που προσφέρουν δεδομένα απευθείας από ηλικιωμένους κατοίκους γηροκομείων, γεγονός που δυσκολεύει τον ακριβή προσδιορισμό του συνολικού επιπολασμού. Συμπερασματικά, το πρόβλημα της κακοποίησης ηλικιωμένων σε ιδρύματα εμφανίζεται ως ιδιαίτερα διαδεδομένο, επιβάλλοντας την ανάγκη για ενισχυμένη επιτήρηση και πιο αυστηρή παρακολούθηση ως βάση για δράσεις πρόληψης.

Μια μελέτη στη Γερμανία επικεντρώθηκε σε άτομα ηλικίας 80 ετών κι άνω, προκειμένου να αξιολογήσει τον επιπολασμό της κακοποίησης ηλικιωμένων, καθώς και τους κινδύνους και τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής (Brijoux et al., 2021). Μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, διαπιστώθηκε ότι το 54,1% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε βιώσει κάποια μορφή κακοποίησης κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Στην ανάλυση κινδύνου, σημαντικούς παράγοντες αποτέλεσαν η παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων, η μειωμένη λειτουργικότητα, ηλικία κάτω από 90 ετών, μικρότερο κοινωνικό δίκτυο και επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον, τα άτομα που βίωσαν κακοποίηση εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, μεγαλύτερη μοναξιά, χαμηλότερη αντίληψη αυτονομίας και μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή.

Rosen και συν. (2020) σύγκριναν ηλικιωμένα άτομα που είχαν θυματοποιηθεί σωματικά με άτομα που είχαν παρουσιάσει ακούσιες πτώσεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Τα θύματα κακοποίησης, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, εμφάνιζαν μώλωπες σε σχέση με τα άτομα με πτώσεις (περίπου 78% ενάντια 54%). Παράλληλα, οι τραυματισμοί σε περιοχές όπως το πρόσωπο/γνάθος/δόντια και ο αυχένας ήταν επίσης συχνότεροι (περίπου 67% έναντι 28%). Αντίθετα, οι πτώσεις ήταν πιο πιθανό να προκαλέσουν κατάγματα και τραυματισμούς στα κάτω άκρα. Μία ιδιαίτερη σημείωση ήταν ότι τα θύματα κακοποίησης συχνά παρουσίαζαν τραυματισμούς στο πρόσωπο ή τον αυχένα χωρίς να έχουν τραυματισμούς στα άνω ή κάτω άκρα — κάτι που σπάνια παρατηρείται στις πτώσεις. Επίσης, τουλάχιστον ένα ενδεικτικό στοιχείο ήταν οι τραυματισμοί στο μάγουλο ή ζύγωμα, ή στον αυχένα και στο αυτί, που φαινόταν σχεδόν αποκλειστικά στις περιπτώσεις κακοποίησης.

Η μελέτη των Saghafi και συνεργατών (2019) είχε ως αντικείμενο την ανίχνευση ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν κατά τη διαχείριση περιστατικών κακοποίησης

ηλικιωμένων. Μέσα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα ευρήματα ομαδοποιήθηκαν σε πέντε βασικές θεματικές ενότητες: η απουσία κοινά αποδεκτού ορισμού της κακοποίησης, η έλλειψη ενιαίου νομικού πλαισίου, η ανάγκη για καθολικές ηθικές κατευθυντήριες γραμμές, οι δυσκολίες ηθικής εκτίμησης σε περιπτώσεις γνωστικής ανεπάρκειας, και τέλος, τα διλήμματα που σχετίζονται με την αναφορά και τη διαχείριση σχετικών πληροφοριών. Η μελέτη πρόβαλε ότι οι υγειονομικοί επαγγελματίες λειτουργούν σε πλαίσιο σημαντικών ηθικών αβεβαιοτήτων, καθώς οι διαφορετικές πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις δυσκολεύουν τη διαμόρφωση κοινών ορισμών και κανόνων. Αυτό το κενό αποτελεί κρίσιμο εμπόδιο για την προστασία των ηλικιωμένων από κακοποιητικές συμπεριφορές.

Η μελέτη των Mileski και συνεργατών (2019) είχε ως σκοπό την αξιολόγηση της κακοποίησης ατόμων με άνοια ή νόσο Alzheimer που μένουν σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας. Επικεντρώνοντας τόσο στην πρόληψη όσο και στους παράγοντες που δυσχεραίνουν την εφαρμογή σχετικών παρεμβάσεων, οι ερευνητές ανέδειξαν αυξημένο ποσοστό επικινδυνότητας αυτών των κατοίκων σε φαινόμενα κακομεταχείρισης.

Βασικοί παράγοντες που συνδέθηκαν με την πρόκληση κακοποίησης ήταν η ανεπαρκής κατάρτιση του προσωπικού, η έλλειψη ελέγχου για προηγούμενες εμπειρίες με άτομα με άνοια, οι αρνητικές στάσεις απέναντι στους κατοίκους, καθώς και οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες. Εξίσου σημαντικά εμπόδια για την εφαρμογή μέτρων πρόληψης αποτέλεσαν η περιορισμένη διαθέσιμη έρευνα και η απουσία συστηματικής εκπαιδευτικής υποστήριξης στο χώρο φροντίδας.

Η μελέτη καταλήγει ότι η διοίκηση των μονάδων μπορεί να διαδραματίσει ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση του φαινομένου, υιοθετώντας τεχνικές στρατηγικής όπως η ενίσχυση της εκπαίδευσης, η αναβάθμιση του εργασιακού περιβάλλοντος και η προώθηση θετικών προτύπων συμπεριφοράς από το προσωπικό.

Οι Han & Mosqueda (2020) εισήγαγαν το Μοντέλο Πρόληψης/Παρέμβασης για Κακοποίηση Ηλικιωμένων (AIM), το οποίο βασίζεται σε τρεις αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις: τον ηλικιωμένο που βρίσκεται σε ευάλωτη θέση, το άτομο εμπιστοσύνης που φροντίζει ή σχετίζεται με αυτόν, και τις συνθήκες του περιβάλλοντος όπου μπορεί να συμβεί κακοποίηση.

Το AIM προτείνει ότι η αντιμετώπιση του φαινομένου απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως η υποστήριξη μέσω τηλε-υγείας, η αυστηροποίηση των κυρώσεων όταν υπάρχει κακοποίηση, και η ανάπτυξη εξατομικευμένων σχεδίων ασφάλειας που λαμβάνουν υπόψη την επιθυμία για αυτονομία του ηλικιωμένου. Επιπλέον, προτείνεται η συνεργασία μεταξύ δημόσιων και μη κερδοσκοπικών οργανισμών, καθώς και η αξιοποίηση τοπικών φορέων προστασίας ενηλίκων, ώστε να υπάρχει προσαρμογή των υπηρεσιών πρόληψης ανάλογα με τις ανάγκες της κοινότητας.

Ο Wong & Waite (2019) διαπίστωσαν σε μελέτη με ηλικιωμένα άτομα ότι περίπου το 21% ανέφερε ότι έχει υποφέρει κάποια μορφή κακοποίησης στη ζωή του, με τις κατηγορίες να περιλαμβάνουν πολυ-θύματα και οικονομική κακοποίηση. Συγκεκριμένα, το 12% των ενηλίκων ηλικίας άνω των 60 ετών έζησε πολλαπλές μορφές κακοποίησης, ενώ ένα 6% ανέφερε ότι η οικονομική μορφή της ήταν η κυρίαρχη.

Παρότι οι θύτες δεν συνήθως ανήκουν στο κύριο κοινωνικό δίκτυο του ηλικιωμένου, τα πιο συχνά αναφερόμενα πρόσωπα είναι τα παιδιά ή συγγενείς. Οι ηλικιωμένοι που ανέφεραν ότι έχουν υποστεί κακοποίηση από την ηλικία των 60, επίσης ανέφεραν μικρότερη κοινωνική υποστήριξη, περισσότερη κοινωνική πίεση, και μικρότερο αριθμό συγγενών στο άμεσο κοινωνικό τους κύκλο. Εκείνοι που είχαν τεθεί κάτω από πολλαπλούς τύπους κακοποίησης εμφάνιζαν επίσης πιο αραιή δομή κοινωνικών δικτύων.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά, μια πιθανή στρατηγική μπορεί να περιλαμβάνει αύξηση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, αλλά με προσοχή όσον αφορά την εμπλοκή μελών της οικογένειας, διότι συχνά αυτά τα μέλη αναφέρονται ως δράστες. Επιπλέον, η παροχή εξωτερικής βοήθειας, π.χ. στη διαχείριση οικονομικών, μπορεί να είναι ωφέλιμη για εκείνους που υφίστανται κυρίως οικονομική κακοποίηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί ένα αναδυόμενο ζήτημα δημόσιας υγείας με παγκόσμιες διαστάσεις, του οποίου οι μορφές εκδήλωσης διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τη χώρα και το πολιτισμικό πλαίσιο. Παράλληλα, παρατηρείται μεγάλη ποικιλομορφία ως προς τις νομικές ρυθμίσεις και τις διαθέσιμες υπηρεσίες πρόληψης και παρέμβασης. Σε πολλές περιπτώσεις, οι δράσεις πρόληψης και προστασίας είναι πιο συστηματικά οργανωμένες σε χώρες με υψηλότερο εισόδημα, γεγονός που δημιουργεί προκλήσεις στην εφαρμογή τους σε άλλες περιοχές χωρίς ανάλογους πόρους.

Η ανάπτυξη στρατηγικών πρέπει να προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες και να λαμβάνει υπόψη τον βαθμό ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού. Σε ορισμένες χώρες, η ενημέρωση και η εκπαίδευση του κοινού ενδέχεται να προηγούνται των άμεσων παρεμβάσεων. Ωστόσο, η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο αναμένεται να εντείνει το φαινόμενο, καθιστώντας αναγκαία μια πιο συντονισμένη και διατομεακή προσέγγιση, προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες κάθε κοινωνίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2017). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292–297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
- ✓ Burnett, J., Dyer, C. B., & Halphen, J. M. (2020). Elder mistreatment: Detection, management, and prevention. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.001>
- ✓ Chang, E. S., & Levy, B. R. (2021). High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: Risk factors and implications. *The Gerontologist*, 61(6), 899–908. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa197>
- ✓ Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2019). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*, 48(2), 231–241. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy187>
- ✓ Dong, X. (2017). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(1), 142–150. <https://doi.org/10.1111/jgs.14593>
- ✓ Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M., Percak, J., & Golden, R. (2021). VOICES: Development of a digital elder abuse self-report tool. *Journal of Applied Gerontology*, 40(11), 1496–1508. <https://doi.org/10.1177/0733464820967854>
- ✓ Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C., & Connolly, M. T. (2019). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(3), 229–246. <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1618919>

- ✓ Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947–1956.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>

- ✓ Moyle, W., Parker, D., & Bramble, M. (2019). Using simulation to introduce nursing students to caring for victims of elder abuse. *Journal of Nursing Education*, 58(9), 522–528. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190819-07>

- ✓ Navarro, A. E., Wilber, K. H., Yonashiro-Cho, J., & Mosqueda, L. (2022). Developing an elder abuse forensic nurse e-learning curriculum. *Journal of Forensic Nursing*, 18(2), 89–97.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000361>

- ✓ Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2021). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(1), e13–e22. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30006-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30006-0)

- ✓ Platts-Mills, T. F., King, A. J., Dayaa, J. A., Kivett, A., Barganier, J., & Cairns, C. B. (2020). Development of the ED Senior AID tool for elder abuse screening in emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 75(5), 643–652. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.021>

- ✓ Wang, S., Rosen, T., Bloemen, E. M., Makaroun, L. K., Betz, M. E., & Platts-Mills, T. F. (2021). Detection of elder mistreatment through emergency care technicians (DETECT) pilot study. *Prehospital Emergency Care*, 25(4), 567–575. <https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1828729>

- ✓ World Health Organization (WHO). (2022). *Elder abuse: Key facts*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

- ✓ Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2025). Elder abuse without borders: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 13(1), e23–e34. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00418-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00418-2)

- ✓ El Hussein, M., et al. (2024). Nurse-administered screening tools for detecting elder abuse in emergency departments: A scoping review. *Journal of Emergency Nursing*.

- ✓ Nouri, S., et al. (2023). Development and validation of the Hospitalized Elder Abuse Questionnaire (HEAQ). *BMC Geriatrics*.

- ✓ Rosen, T., et al. (2022). Implementation of the DETECT tool in emergency medical services: Effects on reporting of elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*.

- ✓ Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC health services research*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>

- ✓ Filipka, K., Biercewicz, M., Wiśniewski, A., Jabłońska, R., Królikowska, A., Głowczewska-Siedlecka, E., Kędziora-Kornatowska, K., & Ślusarz, R. (2021). High Rate of Elder Abuse in the Time of COVID-19-A Cross Sectional Study of Geriatric and Neurology Clinic Patients. *Journal of clinical medicine*, 10(19), 4532. <https://doi.org/10.3390/jcm10194532>

- ✓ Makaroun, L. K., Bachrach, R. L., & Rosland, A. M. (2020). Elder Abuse in the Time of COVID-19-Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(8), 876–880. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>

- ✓ Weissberger, G. H., Goodman, M. C., Mosqueda, L., Schoen, J., Nguyen, A. L., Wilber, K. H., Gassoumis, Z. D., Nguyen, C. P., & Han, S. D. (2020). Elder Abuse Characteristics Based on Calls to the National Center on Elder Abuse Resource Line. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 39(10), 1078–1087. <https://doi.org/10.1177/0733464819865685>

- ✓ Ghaffari, F., Alipour, A., & Fotokian, Z. (2020). *The effects of education on nurses' ability to recognize elder abuse induced by family members. Nursing and Midwifery Studies*, 9(1), 1-8. doi:10.4103/NMS.NMS_29_19

- ✓ Santos, A. J., Nunes, B., Kislalya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours. *BMC geriatrics*, 19(1), 117.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1111-5>

- ✓ Guruge, S., Sidani, S., Man, G., Matsuoka, A., Kanthasamy, P., & Leung, E. (2021). Elder abuse risk factors: Perceptions among older Chinese, Korean, Punjabi, and Tamil immigrants in Toronto. *Journal of migration and health*, 4, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100059>

- ✓ Brijoux T, Neise M, Zank S. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. Gewalterfahrungen in der Hochaltrigkeit: Prävalenz, Risikofaktoren und Auswirkungen. *Z Gerontol Geriatr*. 2021;54(Suppl 2):132-137. doi:10.1007/s00391-021-01945-0

- ✓ Rosen, T., LoFaso, V. M., Bloemen, E. M., Clark, S., McCarthy, T. J., Reisig, C., Gogia, K., Elman, A., Markarian, A., Flomenbaum, N. E., Sharma, R., & Lachs, M. S. (2020). *Identifying injury patterns associated with physical elder abuse: Analysis of legally adjudicated cases. Annals of Emergency Medicine*, 76(3), 266–276. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.03.020>

- ✓ Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). *Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12, Article 7. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v12i7.1115>

- ✓ Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., Sweeney, L., & McClay, R. (2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical interventions in aging, 14*, 1797–1815.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>

- ✓ Wong, J. S., Breslau, H., McSorley, V. E., Wroblewski, K. E., Howe, M., & Waite, L. J. (2020). The Social Relationship Context of Elder Mistreatment. *The Gerontologist, 60*(6), 1029–1039.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnz154>