



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**

**Παιδική κακοποίηση & ο ρόλος του νοσηλευτή**

**Εισηγήτρια:**

Πάκου Βαρβάρα

**Σπουδάστρια:**

Αναγνωστοπούλου Γεωργία

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022**

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY .....	4
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	6
2.ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ /ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	7
2.1.Κλίμακα του προβλήματος.....	7
2.2. Επιδημιολογία/στατιστικά δεδομένα στην Ελλάδα .....	10
Α ΜΕΡΟΣ .....	11
1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....	11
2.ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	11
2.1. Βασικές μορφές παιδικής κακοποίησης.....	11
2.1.1.Σωματική κακοποίηση .....	11
2.1.2.Ψυχολογική κακοποίηση .....	12
2.1.3.Σεξουαλική κακοποίηση.....	12
2.1.4.Παραμέληση .....	13
2.2. Νέες μορφές παιδικής κακοποίησης.....	14
2.2.1.Σύνδρομο του Ταρακουνημένου Βρέφους.....	14
2.2.2.Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι’ Αντιπροσώπου .....	14
2.2.3.Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή.....	14
2.2.4. Σεξουαλική εκμετάλλευση και εμπορία .....	15
2.2.5.Παιδική εργασία.....	15
2.2.6.Περιτομή γυναικείων γεννητικών οργάνων.....	15
3.ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	15
4.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	19
5.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....	21
6.ΠΡΟΛΗΨΗ.....	24
7.ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	25
8.Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	26
9.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΑ ΘΥΜΑΤΑ .....	28
10.ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	31
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....	34
1.ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΧΟΛΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	34

<b>2.ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ.....</b>	<b>34</b>
<b>3.ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ .....</b>	<b>35</b>
<b>4.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....</b>	<b>37</b>
<b>5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>39</b>
<b>6.Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ</b>	<b>43</b>
<b>Γ΄ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>45</b>
<b>ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ) .....</b>	<b>45</b>
<b>1.ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>45</b>
<b>2.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>45</b>
<b>3.ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>45</b>
<b>4.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....</b>	<b>45</b>
<b>5.ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>46</b>
<b>6.ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>50</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>53</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>54</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Με την υγεία να αντιπροσωπεύει πάντοτε ένα από τα κύρια προβλήματα της κοινωνίας, η παιδική κακοποίηση καθώς και η αντιμετώπιση της από επαγγελματίες υγείας διαδραματίζει καίριο λόγο στην υγεία των παιδιών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της παιδικής κακοποίησης στη διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, ScienceDirect και στη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία διετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «παιδική κακοποίηση», «νοσηλευτής», «συνέπειες», «παράγοντες κινδύνου».

**Αποτελέσματα:** Σχετικά με το ζήτημα της παιδικής κακοποίησης υπάρχει πλήθος μελετών. Ωστόσο, ο ρόλος του νοσηλευτή και η πρόληψη σε αυτό το θέμα βρίσκεται σε έλλειμμα καθώς δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες. Γεγονός που οδηγεί στην συνέχιση του προβλήματος καθώς, δίχως πρόληψη γεννιούνται νέες καταστάσεις κακομεταχείρισης.

**Συμπεράσματα:** Τα ζητήματα που αφορούν την παιδική κακοποίηση και τον ρόλο του νοσηλευτή είναι πολλά. Καταλαβαίνει κανείς ότι είναι ένα πολύ σημαντικό φαινόμενο και πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες. Είναι αναγκαίο οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές να δράσουν με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα στα παιδιά-οικογένειες αλλά και να περιοριστεί το φαινόμενο.

**Λέξεις ευρετηρίου:** «παιδική κακοποίηση», «νοσηλευτής», «συνέπειες», «παράγοντες κινδύνου».

## SUMMARY

Health is always representing one of the main problems of society, child abuse as well as its treatment by health professionals is a basic role in children's health.

**Purpose:** The purpose of this review was to investigate child abuse in the international scientific community with the aim of highlighting their nurse role.

**Material and Method:** There was a review of the Greek and international literature in the electronic databases PubMed and Google Scholar and in the library of the University of Ioannina. The data of the study consisted of selected books and articles published mainly the last two years and the data were collected after a detailed study of the relevant literature. Restrictions were placed on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used. Keywords used in search combinations were "child maltreatment", "nurse", "consequences", "factors risk".

**Results:** On the issue of child abuse there are numerous studies. However, the role of the nurse and prevention in this matter is in deficit as there is not much information. This leads to the continuation of the problem as, without prevention, new situations of abuse are born.

**Conclusions:** There are many issues related to child abuse and the role of the nurse. It is understood that this is a very important phenomenon and more research needs to be done. It is necessary for health professionals and especially nurses to act in such a way as to provide the best possible care to children-families but also, to reduce this phenomenon.

**Keywords:** "child maltreatment ", "nurse", "consequences", "factors risk".

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακομεταχείριση είναι ένα σύνθετο ζήτημα και θεωρείται ένα κοινωνικό πρόβλημα, με σημαντικότερες ψυχολογικές συνέπειες στα παιδιά, τις οικογένειες και την κοινωνία. Το πρόβλημα αυτό παρουσιάζεται σε ανώτερες και κατώτερες κοινωνικές τάξεις παγκοσμίως αλλά και σε ανεπτυγμένα ή μη κράτη (Κουμούλα, 2013). Μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ζήτημα ιστορικό, πολιτισμικό, νομικό, εγκληματολογικό, ψυχολογικό, πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό (Σκλάβου, 2013).

Η παρούσα εργασία θίγει το θέμα της παιδικής κακοποίησης και τον ρόλο του νοσηλευτή. Αρχικά, παρουσιάζεται μία ιστορική αναδρομή του φαινομένου στα αρχαιότερα χρόνια και στη συνέχεια η επιδημιολογία του προβλήματος, σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα. Έπειτα, ακολουθεί το πρώτο μέρος στο οποίο περιγράφονται οι ορισμοί της παιδικής κακοποίησης και της ενδοοικογενειακής βίας, οι κύριες μορφές κακοποίησης (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και παραμέληση) αλλά και ορισμένες νέες μορφές όπως το σύνδρομο του ταρακουνημένου βρέφους. Ακόμη, αναλύεται το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας, η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, η κλινική εικόνα του κακοποιημένου παιδιού γενικά αλλά και σε κάθε είδος κακοποίησης, οι παράγοντες που ευθύνονται για αυτό το ζήτημα, τα στάδια της παιδικής κακοποίησης, την στάση της κοινωνίας, τις επιπτώσεις του προβλήματος στα θύματα και οι τρόποι αντιμετώπισης.

Έστερα, ακολουθεί το δεύτερο μέρος, στο οποίο γίνεται μία αναφορά στους σχολικούς νοσηλευτές, εκπαιδευτικούς και στο νοσηλευτικό απόρρητο. Αναλύονται κάποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν τα θύματα. Επιπλέον, παρουσιάζονται η νοσοκομειακή αντιμετώπιση και πιο συγκεκριμένα στο πώς θα προσεγγιστεί το θύμα, ο ρόλος του νοσηλευτή σε ένα ανάλογο περιστατικό με τις αντίστοιχες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος αναφέρεται η στάση των επαγγελματιών υγείας (ιατρός, νοσηλεύτης) απέναντι σε ένα ύποπτο περιστατικό κακοποίησης.

Ακολούθως, υπάρχει και το τρίτο μέρος της εργασίας στο οποίο περιγράφονται 10 ερευνητικά άρθρα των τελευταίων ετών. Αυτά σχετίζονται με τους λόγους που οδηγούν στην παιδική κακοποίηση, τις επιπτώσεις στα παιδιά, τις γνώσεις των νοσηλευτών, την επίδραση της πανδημίας στην κακομεταχείριση και σε μια μη ισοδύναμη υπόθεση παιδικής κακοποίησης.

## 2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το φαινόμενο της βίας δεν υπάρχει μόνο στα τωρινά χρονικά δεδομένα αλλά υπήρχε και από πολύ παλιά, αφού οι άνθρωποι παρουσίαζαν επιθετικές συμπεριφορές. Βάση της βίβλου ο Κάιν δολοφόνησε τον αδελφό του Άβελ εξαιτίας ζήλιας και θυμού. Από τα ιστορικά χρόνια οι αθλητικές εκδηλώσεις πολλές φορές οδηγούσαν σε θάνατο προκειμένου να χαροποιηθούν οι οπαδοί, παρόμοια κατάσταση με τους μονομάχους της Ρώμης. Επίσης, από τα παλιά χρόνια σκότωναν τα μωρά ή τα νεογνά που δεν τα ήθελαν. Πιο συγκεκριμένα, τα άφηναν να πεθάνουν στην περίπτωση που ήταν θηλυκού φύλου, δίδυμα, δεν ήταν καλά στην υγεία τους ή δεν είχαν φυσιολογική μορφή. Τα πρωτότοκα παιδιά τα θυσίαζαν για την θρησκεία τους. Όσοι διέπρατταν βρεφοκτονίες δεν είχαν ποινές μέχρι το ξεκίνημα του 15ου αιώνα, βέβαια αυτό δεν προφύλασσε τα παιδιά σε αρκετά κράτη. Τότε τα βρέφη θεωρούνταν ότι ανήκαν στον πατέρα τους, όπου αυτός είχε τη δυνατότητα να τους φερθεί όπως θέλει.

Για όλα τα χρόνια η σωματική τιμωρία ήταν ένας τρόπος για να ελεγχθεί η συμπεριφορά των παιδιών. Για ορισμένους γονείς η φράση «Το ξύλο βγήκε από τον παράδεισο» εκφράζει το πόσο σημαντική είναι η σωματική τιμωρία προκειμένου να πειθαρχηθεί ένα παιδί με ανάρμοστη συμπεριφορά. Ακόμα, πίστευαν πως η βία είναι αναγκαία ώστε το παιδί να συγκεντρωθεί στα μαθήματά του. Το 1874 στις Η.Π.Α. ήταν η πρώτη περίπτωση όπου κατοχυρώθηκε νομική προστασία κατά της παιδικής κακοποίησης όταν η «Εταιρεία Πρόληψης Κακοποίησης των Ζώων» μεσολάβησε και προστάτευσε ένα κοριτσάκι 8 ετών. Λόγω της άσχημης δημοσιότητας που πήρε το θέμα, συγκροτήθηκε σε μικρό χρόνο η «Εταιρεία Πρόληψης Κακοποίησης Παιδιών στη Νέα Υόρκη» (Nies & McEwen, 2011).

Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση έχει χαρακτηριστεί από πολλές δεκαετίες μέχρι τώρα ως ζήτημα κλινικής προσοχής και ενδιαφέροντος. Από την πρώτη έκθεση του Henry Kempe, ενός Αμερικανού παιδίατρου στη δεκαετία του 1950 μέχρι τον χαρακτηρισμό ως μεγάλο πρόβλημα στη κοινοτική υγεία από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας στη δεκαετία του 1990, ο τρόπος με τον οποίο διαχειριζόταν το φαινόμενο από την διεθνή επιστημονική κοινότητα άλλαξε αρκετά (Πετρουλάκη και συν, 2013). Επιπρόσθετα, ο Henry Kempe όρισε για πρώτη φορά το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού το 1962. Ωστόσο, η αλλαγή έγινε με τη διεθνή σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού το 1989, όπου και μπορούσαν πλέον να μιλήσουν για την παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού αλλά και με τον χαρακτηρισμό του

παγκόσμιου οργανισμού υγείας το 1999 «ως μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία» όπως προαναφέρθηκε (Ι.Υ.Π., 2013).

Στην χώρα μας, ο πρώτος που έθιξε το φαινόμενο της παιδικής κακομεταχείρισης ήταν ο παιδίατρος Σπύρος Δοξιάδης το 1976 (Doxiadis, 1989). Ο Σπύρος Δοξιάδης ήταν αυτός που είχε την ιδέα για τη «διαγνωστική και θεραπευτική μονάδα για το παιδί Σπύρος Δοξιάδης», την οποία και πραγματοποίησε. Η μονάδα αυτή αποτελείται από επιστήμονες, οι οποίοι συνδράμουν χωρίς κάποιο κέρδος. Στην χώρα μας από το 1982 τα μέλη της μονάδας αυτής, δουλεύουν για την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής ευεξίας των παιδιών και εφήβων, αλλά και για την προστασία και εξέλιξη της προσωπικότητάς τους (Δοξιάδης, n.d.).

## **2.ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ /ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **2.1.Κλίμακα του προβλήματος**

Οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών μειώνουν κατά πολύ την σοβαρότητα το προβλήματος. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ) (2001) αναφέρει ότι οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σεξουαλική κακομεταχείριση, καθώς το 20% με 50% του γυναικείου φύλου μαρτυρούν κακοποίηση από άτομο της οικογένειας αλλά και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σχετικά με το ανδρικό φύλο υπάρχουν λιγότερες περιπτώσεις, αφού στις δυτικές κοινωνίες δεν αναφέρουν ότι βίωσαν σεξουαλική κακομεταχείριση. Στις Κάτω Χώρες σύμφωνα με δύο έρευνες το 2007 προέκυψε πώς ετησίως σχεδόν 100.000-160.000 άτομα κάτω των 18 βιώνουν κακοποίηση. Υποστηρίζεται ότι ένα στα τρία άτομα κάτω των 18 ζουν μία κατάσταση που δύναται να χαρακτηριστεί ως παιδική κακοποίηση. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Η.Β.) η παραμέληση εντοπίζεται πολύ υψηλά και η συναισθηματική κακομεταχείριση όσο πάει και εμφανίζεται πιο πολύ. Έχει αποδειχτεί ότι μέχρι το 5% με 10% παιδικής κακοποίησης αποκαλύπτεται. Το φαινόμενο της κακοποίησης παρουσιάζεται σε όλες τις κοινωνικές θέσεις, βέβαια τα φαινόμενα αυτά δεσπόζουν σε άπορες και υστερούσες οικογένειες (Hobbs & Bilo, 2009).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2002) εκτιμάται πως 40 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως βιώνουν φυσική κακοποίηση ή παραμέληση και έχουν ανάγκη από φροντίδα και κοινωνικές υπηρεσίες. Στις Η.Π.Α. το 2006, 777.000 παιδιά ήταν θύματα κακοποίησης ή παραμέλησης, εκ των οποίων τα 142.000 υπέφεραν από φυσική κακομεταχείριση. Στις Η.Π.Α. το 60% των



περιπτώσεων παιδικής κακομεταχείρισης αφορά την παραμέληση (7 στα 1.000 θύματα) (Runyan & Zolotor, 2011).

Το 2009 βρέθηκε ότι στις Η.Π.Α. σχεδόν 899.000 παιδιά κακομεταχειρίζονται μέσα σε ένα χρόνο από αυτά τα 6.700 χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο και ένας μικρός αριθμός κατέληξε σε θάνατο (παιδιά μικρότερα από 5 χρονών). Στην Αυστραλία υπολογίζεται ότι τα παιδιά που κακοποιούνται σε διάστημα ενός χρόνου κυμαίνεται στις 665.500 (Αβραμικά και συν, 2013).

Το 2018 σχεδόν 3,5 εκατομμύρια παιδιά πήραν μέρος σε μελέτες κακοποίησης στις Η.Π.Α. και περίπου 700.000 παιδιά ήταν επιβεβαιωμένα θύματα (Lawson et al., 2020).

Υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο παιδικής κακοποίησης. Όσον αφορά την μετανάστευση το 2011 βρέθηκε ότι τα παιδιά των μεταναστών που βρίσκονται στις Κάτω χώρες έχουν υψηλές πιθανότητες να υποστούν κακοποίηση (Alink et al., 2013). Ακόμα, οι Euser et al. (2011) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που ανήκουν σε οικογένειες μεταναστών έχουν τριπλάσιες πιθανότητες κακομεταχείρισης σε σχέση με τα παιδιά όπου οι γονείς τους είναι ιθαγενής.

Σχετικά με την παιδική εργασία είχε υπολογιστεί ότι το 2008 σχεδόν το 60% των 215 εκατομμυρίων αγοριών και κοριτσιών δουλεύουν διεθνώς (Srivastava, 2011).

Ακόμα, οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν την παιδική κακοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, η μεγάλη οικονομική κάμψη το 2007-2009 σχετίστηκε με μεγάλες πιθανότητες κακοποίησης, υπέρμετρη χρήση αλκοολούχων ποτών και αρνητικές συνέπειες στην ψυχική ευεξία. Το 2011 από αρκετές έρευνες ανακαλύφθηκε πληθώρα περιπτώσεων τραύματος της κεφαλής στην περίοδο της ύφεσης. Βάση μιας έρευνας για τη μεγάλη ύφεση εξακριβώθηκε άνοδος στις περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης παιδιών, ύστερα από το γεγονός ότι οι γονείς έχασαν τις δουλειές τους, φτάνοντας στο έπακρο τέσσερις με έξι μήνες έπειτα από την αρχή της ανεργίας (Agrawal & Kelley, 2020).

Η πανδημία του Covid-19 έχει συσχετιστεί με την παιδική κακοποίηση. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι το 2020 στην περίοδο της πανδημίας οι αριθμοί παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης αύξησαν τις επισκέψεις για ιατρό-νοσηλευτική περίθαλψη. Μάλιστα, την ίδια χρονολογία η άνοδος της έντονης φυσικής κακοποίησης κυρίως σε μικρά παιδιά, εμφανίστηκε και από τις αρχές της πανδημίας μέσω των επισκέψεων στα νοσοκομεία από τους παιδίατρος σε κάποιες χώρες. Παράλληλα, το 2020 με τον κορονοϊό έχουν μεγαλώσει οι φόβοι και για σεξουαλική κακοποίηση, καθώς η «εθνική τηλεφωνική γραμμή σεξουαλικής επίθεσης»

αποκάλυψε πως υπήρχαν περισσότερα τηλεφωνήματα από άτομα κάτω των 18 ετών στο ξεκίνημα της πανδημίας. Αρκετά παιδιά ανέφεραν ότι μένουν μαζί με τον θύτη τους στο διάστημα της καραντίνας. Ακόμα, μία αξιόπιστη γραμμή βοήθειας για παιδιά και άτομα άνω των 18 υποστήριξε πως υπήρχε άνοδος 40% όλων των επαφών, από τον Μάιο του 2020 σε σχέση με τον Μάιο του 2019. Σχεδόν το ήμισυ των επαφών ήταν από άτομα 13-17 χρονών με προβλήματα κακοποίησης, με το 38% να σχετίζεται με συναισθηματική, το 32% με σωματική και το 12% με σεξουαλική. Την ίδια χρονιά το «εθνικό κέντρο για τα χαμένα και εκμεταλλεζόμενα παιδιά» επισήμανε την άνοδο των καταγγελιών περί σεξουαλικής εκμετάλλευσης σε θύματα κάτω των 18 ετών στο ίντερνετ (Agrawal & Kelley, 2020). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μελέτη του 2020 βρέθηκε ότι τα παιδιά έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο να βιώσουν ψυχολογική κακοποίηση στο διάστημα της πανδημίας σε σχέση με τα παιδιά όπου η οικογένειά τους εργάζεται (Lawson et al., 2020).

Επιπλέον, και οι φυσικές καταστροφές επηρεάζουν την παιδική κακοποίηση. Πιο αναλυτικά, έχει διαπιστωθεί άνοδος των εισαγωγών εξαιτίας βλάβης του εγκεφάλου σε παιδιά αλλά και σε μωρά κάτω των 2 ετών, στο διάστημα έξι μηνών έπειτα τον τυφώνα Floyd (Βόρεια Καρολίνα, 1999). Ακόμα, υπήρξαν πολλές περιπτώσεις σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης μέχρι και 11 μήνες κατόπιν του τυφώνα Hugo (Νότια Καρολίνα, 1989) και τον σεισμό Loma Prieta (Καλιφόρνια, 1989) (Agrawal & Kelley, 2020).

Τέλος, στις περιπτώσεις όπου η παιδική κακοποίηση ξεπερνά τα άκρα ως τελική έκβαση μπορεί να είναι ο θάνατος. Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι διαπράττονται 31.000 θάνατοι κάθε χρόνο σε θύματα τα οποία είναι κάτω από 15χρονών. Παρόλα αυτά, το αληθινό ψηφίο των παιδικών θανάτων μπορεί να υπερβαίνει κατά πολύ από αυτό που πραγματικά είναι, διότι τις περισσότερες φορές οι θάνατοι δικαιολογούνται από πτώσεις, καψίματα ή πνιγμούς. Σύμφωνα με τη UNICEF το 2003, ετησίως συνέβησαν 3.500 ανθρωποκτονίες εξαιτίας κακοποίησης στα «κράτη-μέλη του οργανισμού οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης», τα οποία εκπροσωπούν τα 30 ευπορότερα κράτη παγκοσμίως. Τα κράτη με τις λιγότερες περιπτώσεις παιδικού θανάτου ήταν η Ισπανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ιρλανδία και η Νορβηγία με αναλογία 0,3 στα 100.000 παιδιά σε κάθε χρονικό διάστημα πέντε χρονών. Στις Η.Π.Α. το 2008 υπολογίστηκαν 1.740 ανθρωποκτονίες που συνδέθηκαν με παιδική κακοποίηση σε αναλογία 2,3 στα 100.000 παιδιά. Επίσης, κατά μέσο όρο υπολογίζεται πως το 20% του γυναικείου πληθυσμού και το 5% με 10% του ανδρικού, ομολογούν ότι κακοποιήθηκαν σεξουαλικά στα

παιδικά τους χρόνια και το 25% με 50% των παιδιών ισχυρίζεται πως βίωσαν σωματική κακομεταχείριση (Rao & Lux, 2012).

Πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί συμβούν λάθη όσον αφορά την ορθή διάγνωση της κακοποίησης και αυτό να επιφέρει λανθασμένες αναφορές, άρα μη έγκυρη επιδημιολογία (Laskey, 2011).

## **2.2. Επιδημιολογία/στατιστικά δεδομένα στην Ελλάδα**

Αρχικά, πρέπει να τονιστεί ότι το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) υποστηρίζει πώς απουσιάζει η σωστή και πλήρης εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, ώστε να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να καταλάβουν την ενδεχόμενη κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού. Επομένως, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να μπορέσει να εκτιμηθεί η έκταση του προβλήματος.

Οι Αβραμικά και συν (2013) αναφέρουν βάση στατιστικών του 2005 ότι στην Ελλάδα τα παιδιά που κακοποιούνται κάθε χρόνο ανέρχονται στις 28.000. Ακόμα, οι Πετρουλάκη και συν (2013) βρήκαν ότι ο επιπολασμός της παρουσίας των παιδιών σε καταστάσεις κακοποίησης στην Ελλάδα για την σωματική βία ήταν 76,37%, για την συναισθηματική ήταν 83,16%, για την σεξουαλική ήταν 15,84% και για την παραμέληση ήταν 37,20%. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το ποσοστό των παιδιών που εκτίθενται σε ψυχολογική κακοποίηση φτάνει το 83,16%, σε σωματική κακοποίηση φτάνει το 76,37%, σε σεξουαλική κακοποίηση φτάνει το 15,86% και σε παραμέληση φτάνει το 37,20% (Νικολαΐδης και συν, 2018).

Βάση των καταγραφών από το χαμόγελο του παιδιού, το 2018 υπήρξαν 566 καταγγελίες για σωματική κακοποίηση, 4 για σεξουαλική κακοποίηση, 738 για παραμέληση και 30 για συναισθηματική κακοποίηση (Χαμόγελο του παιδιού, 2018). Τον αμέσως επόμενο χρόνο το χαμόγελο του παιδιού κατέγραψε 746 καταγγελίες για σωματική κακοποίηση, 6 για σεξουαλική κακοποίηση, 779 για παραμέληση και 76 για συναισθηματική κακοποίηση (Χαμόγελο του παιδιού, 2019). Τέλος, το 2020 αναφέρει 814 καταγγελίες για σωματική κακοποίηση, 31 για σεξουαλική κακοποίηση, 1026 για παραμέληση και 102 για συναισθηματική κακοποίηση (Χαμόγελο του παιδιού, 2020).

## **Α ΜΕΡΟΣ**

### **1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ**

«Η Παιδική κακοποίηση ορίζεται ως τα λόγια ή οι προφανείς πράξεις οι οποίες προκαλούν ζημιά, μία πιθανή βλάβη ή συνιστούν απειλή βλάβης για ένα παιδί» (Nies & McEwen, 2011). Συγκεκριμένα, αυτός ο όρος αναφέρεται σε ηλικιακές ομάδες κάτω των 18 ετών (W.H.O., 2020). Η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο το οποίο εκτείνεται σε διάφορες πτυχές της ζωής του παιδιού, τη σωματική, τη ψυχολογική, τη σεξουαλική και την παραμέληση (Pabís et al., 2011).

Η ενδοοικογενειακή βία αφορά την βία ανάμεσα στα ενήλικα μέλη μιας οικογένειας και μπορεί να περιέχει σκληρές φυσικής-λεκτικής επιθετικότητας, εκφοβισμού και εντολές για ενέργειες πάρα την θέληση των θυμάτων, όπως σεξουαλικές πράξεις κ.τ.λ. (Spilsbury et al., 2007).

### **2.ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Το ινστιτούτο υγείας του παιδιού αναφέρει ότι η παιδική κακοποίηση περιέχει κυρίως τη σωματική, τη συναισθηματική- ψυχολογική, την σεξουαλική και την παραμέληση, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά και μη προβλήματα στο παιδί (WHO & ISPCAN, 2006) και είτε γίνονται ξεχωριστά είτε συνδυαστικά.

#### **2.1. Βασικές μορφές παιδικής κακοποίησης**

##### **2.1.1.Σωματική κακοποίηση**

Η σωματική κακοποίηση είναι οι ενέργειες που επιφέρουν ενδεχόμενη ή πραγματοποιήσιμη σωματική φθορά, οι οποίες γίνεται να αποτραπούν από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του παιδιού (Robinson, 2019). Το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) κάνει λόγο για χρήση σωματικής βίας στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, στη σωματική κακοποίηση το παιδί δέχεται πράξεις που του προκαλούν πόνο και παροδικά ή διαρκή προβλήματα της σωματικής του ακεραιότητας. Μπορεί να δεχτεί «χτυπήματα, κλωτσιές, κάψιμο με τσιγάρο, τράβηγμα των μαλλιών και στραγγαλισμό». Αποτελέσματα των παραπάνω ενεργειών, είναι οι σωματικοί τραυματισμοί στο παιδί όπως «μώλωπες, εγκαύματα, τραυματισμός στο κεφάλι, κατάγματα, εσωτερικοί τραυματισμοί», καταστάσεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν και στο θάνατο

(Pabis et al., 2011). Όλα τα παραπάνω συνήθως, ο θύτης τα δικαιολογεί με ασυνήθιστους τρόπους (Saperia et al., 2009). Αρκετές φορές η σωματική βία στα παιδιά, που διαδραματίζεται στο οικιακό περιβάλλον επιβάλλεται σαν τιμωρία. Επομένως, η σωματική τιμωρία είναι και αυτή μορφή κακοποίησης και ονομάζεται κάθε ενέργεια (σφαλιάρα, ξυλοδαρμός κ.α.) που επιφέρει πόνο σε ένα παιδί και επιδιώκει την αναμόρφωση ή την σωστή διαγωγή του (Ι.Υ.Π., 2013).

### **2.1.2. Ψυχολογική κακοποίηση**

Η συναισθηματική - ψυχολογική κακοποίηση χαρακτηρίζεται ως ένα συνεχόμενο σχήμα συμπεριφοράς του γονέα/κηδεμόνα ή υπερβολικά φαινόμενα, από τα οποία τα παιδιά καταλαβαίνουν πως έχουν κάποιο πρόβλημα, δεν είναι αποδεκτά, δεν τα αγαπούν κ.α. (Robinson, 2019). Το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) επισημαίνει ότι, με αυτές τις συμπεριφορές το παιδί είναι αδύνατο να ζει σε ένα κλίμα που του αρμόζει και το προστατεύει, με αποτέλεσμα να βλάπτονται η ψυχολογία αλλά και η συναισθηματική του εξέλιξη. Σε αυτή τη μορφή το θύμα ακούει φράσεις όπου το ταπεινώνουν, το υποτιμούν, το απειλούν, το χλευάζουν, το διαταράσσουν ψυχολογικά με αποτέλεσμα να χάνει τις ψυχικές του ισορροπίες (Pabis et al., 2011). Επίσης, οι Clemmons, et al., (2007) συμπληρώνουν ότι αυτό το σχήμα συμπεριφοράς μπορεί να έχει προφορικές και μη προφορικές δράσεις, που να ντροπιάζουν και να τρομάζουν το θύμα. Το είδος αυτό δεν είναι εύκολο να γίνει αντιληπτό, δεν είναι απαραίτητο να συνάρχει με άλλες μορφές κακοποίησης και μπορεί να προκαλέσει στο παιδί διάφορες επιπτώσεις. Για παράδειγμα, να μην θέλει να φάει, να νιώθει ενοχή, να μην έχει καθόλου αυτοεκτίμηση, να μην μπορεί να εμπιστευτεί άλλα άτομα, να έχει κακή υγιεινή, να έχει καταθλιπτικό και επιθετικό χαρακτήρα (Pabis et al., 2011).

### **2.1.3. Σεξουαλική κακοποίηση**

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι κάθε σεξουαλική πράξη, η οποία είτε δεν γίνεται αντιληπτή από το παιδί, είτε δεν συναινεί σε αυτές, είτε δεν συνάδει με την νομοθεσία (Modelli et al., 2012). Ουσιαστικά, στην σεξουαλική κακοποίηση υπάρχει παρενόχληση, σε σημείο κακοποίησης ιδίως στα σεξουαλικά όργανα του παιδιού. Δίνονται οδηγίες στο παιδί όσον αφορά τις σεξουαλικές πρακτικές ανάλογα με την σωματική τους ανάπτυξη και το ηλικιακό επίπεδο (Pabis et al., 2011). Ειδικότερα, οι θύτες χαϊδεύουν τα θύματα με σεξουαλικό ύφος στα μέρη του σώματος του ή τα πιέζουν να χαϊδέψουν εκείνα με τον ίδιο τρόπο τους ίδιους.

Ακόμα, τα ωθούν προς σεξουαλικές ενέργειες όπως τον παραλίγο ή τον κανονικό συνουσιασμό (στοματικό, πρωκτικό, κολπικό) παρά την θέληση των παιδιών (Teicher & Samson, 2013). Σε αυτή την μορφή υπάρχουν και ο βιασμός, η προβολή του παιδιού με σκοπό να προσφέρει ικανοποίηση καθώς και η επαφή με πορνογραφικό υλικό (Modelli et al., 2012). Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να χαρακτηριστεί από συμπτώματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, κυοφορίας και «σεξουαλικοποιημένες συμπεριφορές» (Saperia et al., 2009). Τέλος, λογίζεται ότι κάθε ερωτική επαφή ανάμεσα σε έναν μεγάλο και ένα ανήλικο παιδί ονομάζεται κακοποίηση διότι στα 12 έτη τα παιδιά απαγορεύεται να διαπράττουν σεξουαλικές επαφές (Modelli et al., 2012).

#### **2.1.4. Παραμέληση**

Η παραμέληση είναι μία κατάσταση που το παιδί δεν δέχεται φροντίδα, έλεγχο για την ασφάλεια του και γενικότερα ενδιαφέρον/επίβλεψη σε πολλούς τομείς της ζωής του (Saperia et al., 2009). Πιο αναλυτικά, οι γονείς του παιδιού ή οι κηδεμόνες, δεν φροντίζουν για την κάλυψη ορισμένων αναγκών του παιδιού σε αρκετές πτυχές όπως σωματικές, ιατρικές, συναισθηματικές, εκπαιδευτικές. Επίσης, δεν τα αποτρέπουν από ζημιές που μπορεί να προκαλέσουν, αδυνατούν να δώσουν στο παιδί αγάπη, τρυφερότητα, ζεστασιά και εγκαρδιότητα (Nies & McEwen, 2011). Σημάδια που ίσως μαρτυρούν την παραμέληση είναι ένα παιδί με κακές συνθήκες υγιεινής (κακοσμίες, λεκέδες) και ενδυμασία που δεν συνάδει με το περιβάλλον. Σε αυτή την μορφή κακοποίησης εντάσσονται οι βλαβερές και οι επικίνδυνες συνθήκες διαβίωσης του παιδιού όπως η κακή σίτιση, η ελλιπής προσφορά φαρμάκων όταν αυτό απαιτείται και οι τραυματισμοί (καψίματα, πρόσληψη επικίνδυνων ουσιών, δήγματα ζώων). Μπορεί να παρατηρηθεί η μη υπακοή του παιδιού σε ιατρικές οδηγίες (Saperia et al., 2009).

Τέλος, υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες παραμέλησης που τα παιδιά ενδεχομένως να βιώνουν μία μόνο μορφή ή και περισσότερες. Υπάρχει η φυσική παραμέληση που αφορά τον ελλιπή σιτισμό, την λάθος ενδυμασία, καθαριότητα και κατοικία. Η ιατρική παραμέληση που σχετίζεται με την απουσία ιατρικής φροντίδας, η οδοντική παραμέληση με την έλλειψη οδοντιατρικής μέριμνας, η εποπτική παραμέληση με την απουσία ελέγχου. Ακόμα, υπάρχουν η συναισθηματική παραμέληση που σε αυτή υπάρχει ανεπάρκεια σε μεγάλο βαθμό ψυχολογικής συμπαράστασης, η εκπαιδευτική παραμέληση στην οποία απουσιάζει παιδαγωγική μόρφωση του παιδιού και η άλλη παραμέληση, όπου αυτή αποτελείται από

μηδαμινές ενέργειες οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω μορφές. Για παράδειγμα, η εμπλοκή των παιδιών σε οικιακή βία ή παράτυπες δράσεις και τα λοιπά. Μία κατηγορία που θα μπορούσε να ενταχθεί εδώ είναι και η ηθική παραμέληση που το παιδί δεν λαμβάνει ηθικά αξιώματα από τους γονείς του (Barron & Jenny, 2011).

## **2.2. Νέες μορφές παιδικής κακοποίησης**

### **2.2.1.Σύνδρομο του Ταρακουνημένου Βρέφους**

Το «Σύνδρομο του Ταρακουνημένου Βρέφους», προκαλείται από το έντονο «ταρακούνημα» του βρέφους με συνέπεια την εγκεφαλική αιμορραγία. Ακόμη και με την έγκαιρη ιατρική περίθαλψη, περίπου το ένα τρίτο των επικίνδυνων διαταραγμένων βρεφών πεθαίνουν, και οι περισσότεροι επιζώντες πάσχουν από σημαντικές μακροχρόνιες επιδράσεις παραδείγματος χάρη διανοητική καθυστέρηση, εγκεφαλική παράλυση ή τύφλωση (Τσίτουρα, 2009). Το σύνδρομο προκαλείται κυρίως από το πρόβλημα στη διατροφή παιδιών ή από κρίσεις κλάματος και της αγανάκτησης-οργής των γονέων. Παρατηρείται κυρίως στη νεογέννητη περίοδο, αλλά δεν σημαίνει ότι δεν παρουσιάζεται και σε μεγάλα παιδιά (Ι.Υ.Π., 2013).

### **2.2.2.Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου**

Στο Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου, συνήθως ο ένας γονέας μπορεί να επιφέρει στο παιδί συμπτώματα, να τα μεγαλοποιήσει ή να είναι εντελώς ψεύτικα, σκοπός του είναι να είναι γονέας ενός άρρωστου παιδιού. Τα συμπτώματα που προξενούν μπορεί να είναι διάρροια, έμετος και σπασμοί μετά από δηλητηρίαση από φάρμακα, κατάγματα και τραυματισμοί, διαστρέβλωση εργαστηριακών ευρημάτων, αναληθή συμπτώματα, όπως άπνοια, σπασμούς και ανακοπή (Ι.Υ.Π., 2013).

### **2.2.3.Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή**

Μια υποκατηγορία της ψυχολογικής-συναισθηματικής κακοποίησης είναι το σύνδρομο του αμέτοχου θεατή. Σε αυτή το παιδί παρακολουθεί για μεγάλη χρονική περίοδο ποικίλες όψεις της οικιακής βίας δίχως να δέχεται τραυματισμούς. Η βία ανάμεσα στους γονείς είναι το πιο συχνό φαινόμενο που το θύμα θα βρεθεί μπροστά. Σε αυτά τα περιστατικά το παιδί έρχεται στη θέση του κακοποιημένου ατόμου και νιώθει τη ψυχολογική διαταραχή σαν η κακοποίηση να πήγαινε στο ίδιο, παρότι το παιδί δεν υφίσταται βία από κανένα (Ι.Υ.Π., 2013).

#### **2.2.4. Σεξουαλική εκμετάλλευση και εμπορία**

Η σεξουαλική εκμετάλλευση και εμπορία μπορεί να πραγματοποιηθεί από άτομο που το παιδί γνωρίζει ή και όχι. Κατά μέσο όρο τα παιδιά που βιώνουν αυτή τη μορφή είναι μικρά σε ηλικία γύρω στα 12 ετών και κάτω. Αυτή η μορφή κακοποίησης έχει αρνητικές συνέπειες στην εξέλιξη του παιδιού και του αφήνει αρνητικές μνήμες. Παρόμοια με την παραπάνω υποκατηγορία είναι και η παιδική πορνογραφία με το έγκλημα στο διαδίκτυο (Dupre & Sites, 2015).

#### **2.2.5. Παιδική εργασία**

Ως παιδική εργασία ονομάζεται η δουλειά που δεν αφήνει τα παιδιά να ζήσουν την ηλικία στην οποία βρίσκονται, τους καταπατά τις ικανότητές τους, την τιμή τους, επιφέροντας αρνητικές επιδράσεις στην φυσική και ψυχική τους εξέλιξη εξαιτίας αυτής δεν μπορούν να πάνε σχολείο. Είναι ένα ζήτημα που απασχολεί αρκετές χώρες (Srivastava, 2011).

#### **2.2.6. Περιτομή γυναικείων γεννητικών οργάνων**

Η περιτομή γυναικείων γεννητικών οργάνων σχετίζεται με το σύνολο των διενεργειών που περιέχουν την τμηματική-ολική απομάκρυνση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων ή την οποιαδήποτε δημιουργία πληγής χωρίς κάποια ιατρική αιτία. Η διαδικασία αυτή συμβαίνει σε κορίτσια 4-10 ετών μπορεί όμως και σε μεγαλύτερες ηλικίες ή και σε πολύ μικρές όπως σε νεογέννητα (Bennett, 2011).

### **3. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ**

Βία ονομάζεται η σκόπιμη χρήση της σωματικής δύναμης εις βάρος ενός άλλου ατόμου ή και του ίδιου, η οποία μπορεί να επιφέρει ή να έχει αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσει θάνατο ή τραυματισμό. Η βία επηρεάζει τη σωματική ευεξία όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτως ηλικίας και χώρας στην οποία ζουν. Σε όλο τον κόσμο 1,6 εκατομμύρια άτομα πεθαίνουν λόγω της βίας και χαρακτηρίζεται ως σημαντική αιτία θανάτου σε άτομα 15 έως 44 χρονών. Το 2005 στις Ηνωμένες πολιτείες βρέθηκαν περισσότερα από 18.000 άτομα που ήταν θύματα ανθρωποκτονίας και περισσότεροι από 32.000 που έβαλαν τέλος στην ζωή τους. Επίσης, αρκετοί ήταν και αυτοί που έζησαν μετά από ενέργειες βίας και μετέπειτα είχαν ψυχολογικά



και σωματικά τραύματα. Οι αιτίες για την ύπαρξη των πολλών φαινομένων βίας προέρχονται από πολλούς παράγοντες όπως οικονομικά προβλήματα, χρήση ουσιών, απώλεια εργασίας, προβλήματα με την κοινωνία (Nies & McEwen, 2011).

Η βία από συνοδό η οποία λεγόταν και ενδοοικογενειακή βία στο παρελθόν, χαρακτηρίζεται από ένα σχήμα καταναγκαστικών συμπεριφορών ανάμεσα σε ένα άτομο που έχει ή είχε κοντινή επαφή με το θύμα (σύζυγος, φίλος/η). Σε αυτό το σχήμα περιέχονται η σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση που επιφέρουν την κοινωνική περιθωριοποίηση ή και την τρομοκρατία του ατόμου. Στις Ηνωμένες πολιτείες τέτοιου είδους βία είναι σημαντικός παράγοντας τραυματισμού του γυναικείου φύλου μεταξύ 15 έως 24 χρόνων. Περισσότερα από 4,5 εκατομμύρια φαινόμενα βίας προερχόμενα από τον συνοδό υπάρχουν ετησίως. Εν έτη 2004 προκλήθηκαν 1544 θάνατοι από αυτή την μορφή βίας και το 75% ήταν γυναίκες. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να παρατηρηθεί ανάμεσα σε γυναίκες και σε άντρες δηλαδή, σε ετερόφυλα αλλά και ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Επιπλέον, μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως έθνους, φυλής, κοινωνίας, οικονομικού εισοδήματος και εκπαίδευσης. Σχεδόν το 22% του γυναικείου φύλου και το 7% του ανδρικού δηλώνουν πως έχουν βιώσει ένα είδος σωματικής βίας στην ζωή τους. Οι λόγοι που οδηγούν σε τέτοια περιστατικά είναι η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η φτώχεια, ο ακραίος σεξουαλικός χαρακτήρας, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών και διαφόρων ουσιών, τα προβλήματα εμπιστοσύνης και σχέσεων. Τα άτομα που δέχονται βία τις περισσότερες φορές δεν διαμαρτύρονται και απλά το βιώνουν. 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 (Nies & McEwen, 2011). Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί ότι τα περιστατικά βίας εναντίον των γυναικών είναι περισσότερα από των ανδρών, επίσης τα αποτελέσματα της κακομεταχείρισης είναι πιο έντονα στις γυναίκες και ότι το γυναικείο φύλο έχει αυξημένες πιθανότητες για μια πιο βαριά και θανάσιμη κακοποίηση από το ανδρικό φύλο, παρά το αντίστροφο (Holt et al., 2008).

Είναι γνωστό ότι η παρουσία των παιδιών σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας έχει βλαβερές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς των παιδιών, όπως για παράδειγμα στην εκπαίδευσή, στην εξέλιξη τους, στην αλληλεπίδραση με άλλα άτομα κ.α. Τα παιδιά που βρίσκονται σε περιβάλλον ενδοοικογενειακής βίας συνήθως μαστίζονται από φυλετικές διακρίσεις, ένδεια βασικών αγαθών και έχουν πολλές πιθανότητες να υποστούν κακοποίηση (Van Horn & Lieberman, 2011). Έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά που εκτίθενται στην βία έχουν αυξημένες πιθανότητες να κακοποιηθούν και να βιώσουν φυσική κακοποίηση.

Ορισμένα παιδιά επιχειρούν να αναμειχθούν στο επεισόδιο της βίας με αποτέλεσμα να κακοποιηθούν και αυτά (Dupre & Sites, 2015). Σύμφωνα με μία μελέτη προέκυψε 50% «αλληλοεπικάλυψη» σε παιδική κακοποίηση και ενδοοικογενειακή βία. Πρέπει να αναφερθεί ότι τα παιδιά βλάπτονται από την ενδοοικογενειακή βία ακόμα και όταν είναι βρέφη, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να χτυπηθούν την ώρα που συμβαίνει κάποιος καυγάς. Τα παιδιά αυτά έχουν τεράστιο πρόβλημα διότι οι μόνοι που μπορούν να ζητήσουν βοήθεια είναι οι γονείς οι οποίοι ευθύνονται για τα επεισόδια της βίας. Επιπρόσθετα, η κατάσταση αυτή μπορεί να βλάψει την εμπιστοσύνη που προσπαθούν να δημιουργήσουν τα παιδιά προς τους γονείς τους, προκαλώντας προβλήματα όχι μόνο μεταξύ στην σχέση γονέα και παιδιού αλλά και στις σχέσεις που θα αναπτύξει αργότερα. Έπειτα, μέσα από αυτήν την μη υγιή σχέση που θα έχει αναπτυχθεί στο παιδί και στον γονέα, το παιδί θα αισθάνεται άγχος μήπως χάσει τον γονέα του, άγχος μήπως σταματήσει να το αγαπά πια και πολλά άλλα τα οποία δεν θα έπρεπε να υπάρχουν στη σκέψη ενός παιδιού. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η απειλή να παραστούν τα βρέφη σε φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας αρχίζει πριν από την ημέρα που θα έρθουν στον κόσμο. Αυτό συμβαίνει διότι οι μέλλουσες μητέρες ζουν σε περιβάλλοντα ενδοοικογενειακής βίας. Έχει βρεθεί ότι μητέρες που ήταν θύματα οικιακής βίας μετά τη γέννηση του μωρού τους δεν μπόρεσαν να συμπεριφερθούν με ζεστασιά και αγάπη στα νεογνά. Αντιθέτως, έβγαζαν μία αποστροφή προς αυτά και δεν υπήρχε αυτό το συναισθηματικό δέσιμο μητέρας και παιδιού. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι η ενδοοικογενειακή βία έχει κακό αντίκτυπο στην μαθησιακή εξέλιξη αλλά και στην αλληλεπίδραση των παιδιών (προσχολικής ηλικίας) με άτομα που δεν ανήκουν στην οικογένεια τους (Van Horn & Lieberman, 2011). Μελέτες που αφορούσαν τις συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας δείχνουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη επικινδυνότητα και εμφάνιση του φαινομένου. Τα δεδομένα παρουσιάζουν πώς τα παιδιά που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία και τα ίδια έχουν κακοποιηθεί εμφανίζουν σημαντικότερα προβλήματα διαγωγής συγκριτικά με τα παιδιά που αντικρίζουν μόνο βία (Spilsbury et al., 2007).

Για το παραπάνω φαινόμενο υπάρχουν αρκετές μέθοδοι που έχουν προκαλέσει θετικά αποτελέσματα στα παιδιά αυτά, σε όλα τα αναπτυξιακά τους στάδια και θα περιγράψουν παρακάτω. Η ψυχοθεραπεία παιδιού και γονέα πραγματοποιείται σε παιδιά μεταξύ 3-5 χρονών και καλλιεργούνται οι κοινωνικοί- μαθησιακοί τρόποι κ.α. Η παιδική λέσχη προσχολικής ηλικίας αφορά παιδιά 5-13 ετών που μέσα από αυτή τη διαδικασία προσπαθούν να ξεπεράσουν τις κακές συνέπειες της βίας, αποσκοπώντας στην αποφυγή δυσκολιών που

αφορούν ζητήματα βίας και άσχημες σκέψεις. Ταυτόχρονα, υπάρχουν και ομάδες για μητέρες που τους δίνεται βοήθεια, συμπαράσταση αλλά και ενημέρωση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στα παιδιά. Άλλη μία μέθοδος είναι και το πλάνο των 16 επταημέρων που υποστηρίζει τις μητέρες όταν φεύγουν από το καταφύγιο ενώ παράλληλα, παρέχει για 10 επτάημερα διδασκαλία σε παιδιά 7-11 ετών. Επιπρόσθετα, για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων υποστηρίζεται ότι πρέπει να περιέχονται και ορισμένα στοιχεία. Πρώτον, η εκτενή εκτίμηση της έκθεσης στην βία, τα προβλήματα που έχει το κάθε άτομο της οικογένειας ξεχωριστά, τις πιθανότητες απειλής για βία και παράγοντες προστασίας από τη βία. Δεύτερον, η επικέντρωση στην επανέκθεση ή οι σχετικές παρεμβάσεις υποστηρίζεται ότι βοηθούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Τρίτον, η διδασκαλία όσον αφορά τη βία και την αντιμετώπισή της, τέταρτον δίνεται προσοχή στην ανάλυση των ψυχολογικών ευρημάτων, στην κοινωνική επίλυση των δυσκολιών, στον ασφαλή προγραμματισμό για τον χειρισμό της βίας και στην ανάμειξη των κηδεμόνων στο κομμάτι της αντιμετώπισης. Όταν υπάρχουν τέτοια περιστατικά με παιδιά, πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν τους γονείς να καταλάβουν πώς τα παιδιά πρέπει να ζουν με ηρεμία, άνεση και ευημερία, να τους παροτρύνουν να απευθυνθούν για βοήθεια σε περίπτωση που τους είναι απαραίτητο. Επίσης, να συμβουλευσουν τους γονείς να επισημάνουν στα παιδιά τους ότι δεν ευθύνονται αυτά για την ενδοοικογενειακή βία, ότι οι ίδιοι προσπαθούν να κάνουν το καλύτερο για αυτά και να τα ενημερώσουν για το που μπορούν να απευθυνθούν σε περίπτωση που νιώσουν τρόμο. Είναι σημαντικό οι κηδεμόνες να προσέχουν την διαγωγή και την όρεξη των παιδιών ώστε να αναζητήσουν στήριξη εάν απαιτείται. Τέλος, ιδανικό θα ήταν γονείς και παιδιά να κάνουν πράγματα μαζί όπως διάβασμα, με αυτό τον τρόπο θα φτιαχτούν πάλι οι καλές σχέσεις ανάμεσά τους (Van Horn & Lieberman, 2011).

#### 4.ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Υπάρχει ποικιλία παραγόντων σχετικά με την κακοποίηση, δεν ανήκουν όλοι οι παράγοντες σε όλους τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς τομείς. Αρχικά, αξίζει να σημειωθεί ότι το παιδί δεν έχει καμία υπαιτιότητα για την κακοποίηση που δέχεται και είναι πάντα το θύμα. Σε περίπτωση που το θύμα είναι κάτω από τεσσάρων χρόνων ή είναι στην ήβη, δεν είναι ευχάριστη η παρουσία του ή δεν πραγματοποιεί τις επιθυμίες των γονιών του, έχει κάποια νόσο η οποία του δημιουργεί συγκεκριμένες ανάγκες για παράδειγμα να κλαίει για αρκετή ώρα ή να μην έχει ομαλή ανάπτυξη, έχει κάποιο διανοητικό πρόβλημα ή νευρολογικό και οι σεξουαλικές του προτιμήσεις να είναι διαφορετικές από τα συνήθη πρότυπα, τότε είναι μεγάλος ο κίνδυνος το παιδί να υποστεί κακοποίηση. Στη συνέχεια, υπάρχουν κάποιες καταστάσεις που αυξάνουν τις πιθανότητες ο γονέας ή ο κηδεμόνας να ασκήσει κάποια πράξη κακοποίησης. Αυτές είναι όταν αδυνατεί να δεθεί με το βρέφος, δεν του παρέχει τροφή, έχει βιώσει κακομεταχείριση στην παιδική του ηλικία, δεν έχει καταλάβει το πώς θα μεγαλώσει το παιδί ή δεν έχει πραγματικούς στόχους, δεν έχει αυτοεκτίμηση, είναι χρήστης ναρκωτικών-αλκοολικός, αν είναι γυναίκα ακόμα και η κυοφορία, έχει κάποιο ψυχολογικό ή νευρολογικό πρόβλημα, είναι μέλος κάποιας εγκληματικής πράξης και να έχει προβλήματα με τα οικονομικά. Ακόμα, σημαντικό ρόλο παίζει και η σχέση μεταξύ των γονέων, φίλων ή ατόμων στην ίδια ηλικία, ειδικά όταν υπάρχει ενδοοικογενειακή βία, περιθωριοποίηση από την κοινότητα, όταν δεν υπάρχει κάποια βοήθεια για παράδειγμα στο μέγιστο των παιδιών. Επίσης, υπάρχουν και κάποια χαρακτηριστικά της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει η οικογένεια και το παιδί που ενισχύουν τις πιθανότητες κακοποίησης. Αυτά είναι όταν υπάρχουν ανισότητες, άστεγες οικογένειες, πολύ χαμηλό εισόδημα, έλλειψη εργασίας, προσβασιμότητα σε αλκοόλ και ναρκωτικά, έλλειψη νομικών πλαισίων για την προστασία των παιδιών από την παράνομη εργασία, εκπόρνευση και άλλα (W.H.O., 2020). Ακόμα, το ινστιτούτο υγείας του παιδιού συμπληρώνει πως στους παράγοντες κίνδυνου εντάσσονται ο χαρακτήρας του παιδιού και του γονέα, η κακή διαγωγή του παιδιού (Μπάρλου & Ρούσσου, 2010) και οι λανθασμένες πεποιθήσεις των γονέων (Black et al., 2001). Παράλληλα, οι γονείς που επικεντρώνονται στους άσχημους τρόπους των παιδιών ενώ αντιλαμβάνονται και επαινούν πολύ λίγο τους καλούς, δεν τα αγαπάνε, δεν είναι εύθυμοι και βοηθητικοί απέναντι τους, τα θεωρούν βάρος, τα μεταχειρίζονται με ανάρμοστους τρόπους και το ότι μπορεί να είναι μονογονεϊκή οικογένεια, έχουν αυξημένο κίνδυνο να κακοποιήσουν τα παιδιά (Bennett et al., 2006).

Οι Runyan & Zolotor (2011) συμπληρώνουν ότι η χρονική περίοδος ζωής των παιδιών παίζει μεγάλο ρόλο στην άσκηση φυσικής κακοποίησης. Ο θάνατος των παιδιών εξαιτίας κακοποίησης παρουσιάζεται συνήθως στα μικρά μωρά. Η σωματική κακοποίηση στις Ηνωμένες πολιτείες εμφανίζεται περισσότερο στις ηλικίες 6-12 ετών, στην Ινδία στις ηλικίες 6-11 ετών, ενώ στην Κίνα στις ηλικίες 3-6 ετών. Όσον αφορά για την σεξουαλική κακοποίηση συνήθως συμβαίνει στην ήβη των παιδιών. Σημαντικός παράγοντας είναι και το φύλο, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα κορίτσια έχουν μεγάλες πιθανότητες για δολοφονία στην βρεφική τους ηλικία, για σεξουαλική κακομεταχείριση, για παραμέληση όσον αφορά την σίτιση και τον παιδαγωγικό τομέα και για την πορνεία. Παράλληλα, τα αγόρια έχουν υψηλές πιθανότητες για φυσική κακοποίηση με πληγές στο κεφάλι και για αυστηρή σωματική τιμωρία. Το φύλο παίζει ρόλο και στους γονείς όχι μόνο στα παιδιά, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν πιο πολύ την αυστηρή σωματική τιμωρία και τα παιδιά μαρτυρούν ότι δέχονται βία από τη μητέρα τους ή την νταντά τους. Αυτό συμβαίνει γιατί, όλο το βάρος σχετικά με την ανατροφή των παιδιών έχει πέσει στο γυναικείο φύλο, επομένως περνούν και πιο πολύ χρόνο μαζί. Από την άλλη πλευρά, έχει βρεθεί ότι στην σεξουαλική κακοποίηση οι δράστες είναι κατά κύριο λόγο άνδρες χωρίς αυτό να σχετίζεται με το φύλο του θύματος. Οι Runyan & Zolotor (2011) τονίζουν ότι οι φροντιστές που έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία παρουσιάζουν υψηλές πιθανότητες να μεταφέρουν την κακομεταχείριση/βία στα δικά τους παιδιά. Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί παράγοντα κινδύνου σε αρκετές χώρες όπως της Κολομβίας, της Κίνας, της Αιγύπτου, της Ινδίας, του Μεξικού, των Φίτζι και των Ηνωμένων πολιτειών. Σύμφωνα με μελέτες παρατηρείται ότι η φυσική κακοποίηση έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να συμβεί εκτός από τα παιδιά μικρής ηλικίας και σε πρόωρα παιδιά, παιδιά με ιδιοτροπίες αλλά και παιδιά με καθυστερημένη σωματική και νοητική ανάπτυξη (Κώτση, 2010).

Οι Keeshin & Corwin (2011) αναφέρουν ότι τα κορίτσια σε αντίθεση με τα αγόρια δέχονται συχνότερα σεξουαλική κακομεταχείριση, τόσο από άτομα της οικογένειάς τους όσο και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος τους. Παρατηρείται ότι η σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει στα παιδιά τα οποία βρίσκονται στα 8 με 12 χρόνια της ζωής τους. Προβλήματα που αφορούν την ρήξη στη σχέση ανάμεσα στο φροντιστή και στο παιδί, την διαμάχη ανάμεσα στους γονείς αλλά και τα βιώματα από άλλους τύπους κακοποίησης πολλαπλασιάζουν τις πιθανότητες σεξουαλικής κακοποίησης. Ακόμα, υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αναπτυξιακή αναπηρία (προβλήματα στη διαγωγή, υστέρηση στο νου, ψυχολογικά προβλήματα) έχουν και

αυτά πολλές πιθανότητες για σεξουαλική κακοποίηση. Αυτό το γεγονός μπορεί να υποεκτιμήσει τις περιπτώσεις κακοποίησης αφού, τα παιδιά που έχουν κάποιο πρόβλημα από τα παραπάνω δεν μπορούν να πουν τι τους συμβαίνει. Συνήθως, τα συγκεκριμένα παιδιά κακοποιούνται πιο πριν από τα υπόλοιπα που δεν έχουν κάποιο πρόβλημα ανάπτυξης.

Σε μία τοποθέτηση του κογκρέσου των ΗΠΑ το 2010 σύμφωνα με την «Τέταρτη εθνική μελέτη περιστατικών παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης» τα παιδιά όπου οι γονείς τους δεν εργάζονται διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να βιώσουν κακοποίηση σε σχέση με τα παιδιά όπου οι γονείς τους εργάζονται (Lawson et al., 2020).

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν αρκετές αναφορές για τους παράγοντες κινδύνου της παιδικής κακομεταχείρισης, ωστόσο η έλλειψη παραγόντων κινδύνου δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος. Έτσι λοιπόν και όταν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου δεν είναι σίγουρο ότι το παιδί βιώνει κακοποίηση. Το φαινόμενο αυτό δεν σχετίζεται με το κοινωνικοοικονομικό στάδιο, το επίπεδο διαπαιδαγώγησης, τη γεωγραφική θέση ή την καταγωγή (Snyder et al., 2011).

## **5.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Οι γενικές ενδείξεις της παιδικής κακοποίησης αποτελούν τα εξής: όταν το θύμα αργεί να ψάξει για βοήθεια, το ιστορικό έχει γενικολογίες οι οποίες δεν συνάδουν με την κλινική κατάσταση του θύματος, υπάρχουν τραυματισμοί σε συνεχόμενες περιόδους, υπάρχουν σημάδια που δηλώνουν κακομεταχείριση όπως κάψιμο από τσιγάρο, οι φροντιστές του θύματος αναφέρονται στο θύμα με απαξιωτικό τρόπο ή δεν αναφέρουν καν το όνομά τους, οι πληγές παύουν να υπάρχουν όταν το παιδί φύγει από το σπίτι του, όταν το παιδί δείχνει να μην νοιάζεται όταν φεύγει από τους γονείς του και δεν νιώθει ευχάριστα όταν τους ξανασυναντά (Χολέβα και συν, 2016).

Τα γενικά χαρακτηριστικά ενός κακοποιημένου παιδιού είναι ο τρόμος που έχει προς τους κηδεμόνες του, το γεγονός ότι δεν θέλει να γυρίσει στο σπίτι του, προσπαθεί να είναι κοντά με ανθρώπους που δεν γνωρίζει, ακούει τις εντολές των γονιών του σε μεγάλο βαθμό, είναι απομονωμένο, δεν είναι καθόλου ενεργητικό, το λεξιλόγιο του περιέχει άσεμνες λέξεις που δεν ταιριάζουν στην ηλικία του και έχει παλίνδρομη συμπεριφορά (Χολέβα και συν, 2016). Επίσης, οι Αβραμικά και συν (2013) αναφέρουν ότι στα παραπάνω χαρακτηριστικά μπορούν να ενταχθούν και όταν το παιδί δεν είναι καθαρό, δεν φοράει σωστά και καθαρά ρούχα, είναι

εξαντλημένο, δεν είναι συνεπής με το σχολείο συνεχώς, παρουσιάζει άγχος σε μεγάλο βαθμό, δεν έχει αυτοεκτίμηση, δεν κάνει παρέα με πολλά παιδιά γιατί δεν τα εμπιστεύεται, έχει ένδεια κοινωνικών συναναστροφών, διακατέχεται από απρόσμενες-υπερβολικές συναισθηματικές συμπεριφορές και από ιδέες που θέλουν να βλάψουν τον εαυτό του.

Τα ευρήματα που μπορούν να βρεθούν στα κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά είναι τραυματισμοί και εγκαύματα, οστικοί τραυματισμοί-εξαρθρώσεις και διαστρέμματα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, ουλές στο τριχωτό μέρος του κεφαλιού, αιματώματα αμφιβληστροειδούς, μώλωπες και γρατζουνιές, δηλητηριάσεις, σκόπιμη μη πρόσληψη φαγητού και νερού, νευρωσική συμπεριφορά, ελαττωμένη φυσική-νοητική-ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και πρόσληψη τοξικών ουσιών ή αλκοολούχων ποτών (Αβραμικά και συν, 2013).

Στη φυσική κακοποίηση τα σημάδια είναι ορατά που μπορεί να παρουσιάσει το παιδί. Παρατηρούμε ότι έχει μαυρισμένους οφθαλμούς, μη συνηθισμένα και αδικαιολόγητα κατάγματα, μώλωπες που μοιάζουν με παλάμη-δάχτυλα ή άλλα πράγματα π.χ. ζώνη, σημάδια από δαγκώματα, μώλωπες σε ασυνήθιστα μέρη του σώματος που δεν ταιριάζουν στην καθημερινότητά του. Ακόμα, παρουσιάζει εγκαύματα, σημάδια στον λαιμό, καψίματα από τσιγάρο σε μέρη του σώματος του, κυκλικά σημάδια στους καρπούς ή στους αστραγάλους, αδυναμία ελέγχου των αισθήσεων (σε μωρά), κατάγματα στο τέλος των μακρών οστών ή των πλευρών (κυρίως στην πλάτη), κακώσεις κρανίου, εσωτερικούς τραυματισμούς (όπως αιμορραγία ή ρήξη σπλάχνων) και όλα αυτά χωρίς πειστικές εξηγήσεις (Dupre & Sites, 2015). Το παιδί έχει αιφνίδιες αλλαγές στην διαγωγή του ή στην σχολική επίδοσή, έχει γνωστικές δυσκολίες οι οποίες δεν μπορούν να εξηγηθούν, είναι επιφυλακτικό με τις κινήσεις του λες και θα γίνει κάτι πολύ άσχημο, είναι σε μεγάλο βαθμό υπάκουο προς τους γονείς, δεν είναι καθόλου ενεργητικό ή μπορεί να απομονώνεται, «κολλάει» σε έναν μόνο γονέα, όταν πηγαίνει κάπου αρνείται να γυρίσει στην οικία του, δεν θέλει να είναι δίπλα σε έναν συγκεκριμένο άνθρωπο και φυσικά ομολογεί ότι βιώνει κακοποίηση (Dupre & Sites, 2015).

Τα διαγνωστικά ευρήματα της σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν οι τραυματισμοί στους «εξωτερικούς γενετικούς-πρακτικούς ιστούς, οιδήματα εκχυμώσεις», βλάβες στην περιοχή του περινέου, απουσία ενός μέρους του υμενικού ιστού, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως παρουσία γονόρροιας, σύφιλης, τριχομονάδας, γλαυιδίων, ιού του HIV, εγκυμοσύνη ή να βρεθεί σπέρμα πάνω στο παιδί (Stewart, 2011). Τα συμπτώματα που παρουσιάζει το θύμα είναι έντονη μελαγχολία-στρες και νευρικότητα, προβλήματα με το

έντερο, την διατροφή π.χ. νευρική ανορεξία, την ιδέα που έχει για το σώμα του, γεννητικά ή πρωκτικά συμπτώματα π.χ. άλγος όταν το παιδί ουρεί-αφοδεύει ή κολπικός κνησμός ή εκκρίσεις, συνεχόμενα άλγη στο κεφάλι, διαταραχές με τον ύπνο και άλγος στο στομάχι. Παράλληλα, τα παιδιά που βιώνουν τέτοιου είδους κακοποίηση μπορούν να έχουν άσχημους τρόπους, να κάνουν λήψη διαφόρων ουσιών και αλκοολούχων ποτών, να έχουν επικίνδυνες ερωτικές συμπεριφορές, έντονους φόβους, να είναι απομονωμένα και να μην τα πηγαίνουν καλά στο σχολείο τους. Ακόμα, σημάδια που μπορούν να μαρτυρήσουν σεξουαλική κακοποίηση είναι η αιφνίδια αλλαγή χαρακτήρα (να μην θέλει σχέσεις με άλλα άτομα), να μην μπορεί να καθίσει ή να περπατήσει, να μην θέλει να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες που σχετίζονται με το σώμα του, να βλέπει πολύ άσχημα όνειρα, να διαθέτει ερωτικές ικανότητες ή γνωρίζει πράγματα πάνω σε αυτό τον τομέα που δεν συνάδουν με την ηλικία του, να δένεται με άγνωστους ανθρώπους σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και φυσικά να αποκαλύπτει ότι βιώνει σεξουαλική κακομεταχείριση (Dupre & Sites, 2015). Τέλος, το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) συμπληρώνει ότι μπορεί να παρατηρηθούν εσώρουχα λεκιασμένα με αίμα ή κατεστραμμένα, συνεχόμενες λοιμώξεις του ουροποιητικού και διάσπαση του παρθενικού υμένα.

Τα ευρήματα που μπορούν να υποδηλώσουν συναισθηματική κακοποίηση είναι όταν το παιδί τρέμει στην ιδέα να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα ή να τους συμπεριφερθεί με κακό τρόπο, σε αυτή την περίπτωση τα παιδιά που ανήκουν σε ένα μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος το εκδηλώνουν έχοντας άσχημη αυτοεικόνα. Όταν το παιδί φαίνεται καταθλιπτικό, έχει προβλήματα στο φαγητό και στην ξεκούραση, παρουσιάζει υπερβολικούς-πιεστικούς και βίαιους τρόπους, όταν η φυσική και ψυχική του εξέλιξη επιβραδύνει, έχει δοκιμάσει να δώσει τέλος στη ζωή του, η σχέση του με έναν γονέα δεν είναι τόσο στενή, δεν του παρέχεται η απαιτούμενη φροντίδα που χρειάζεται, δεν έχει καλή υγιεινή και δεν φορά την σωστή ενδυμασία βάση των καιρικών φαινομένων. Ακόμα, όταν κάνει χρήση αλκοολούχων ποτών ή άλλων ουσιών, ομολογεί πως δεν δέχεται φροντίδα από κάποιον στο σπίτι, αντιμετωπίζει προβλήματα στο σχολείο, παρουσιάζει τα προβλήματά του (όπως ότι δεν έχει καθόλου ωραία εικόνα για τον εαυτό του, έχει άγχος και είναι καταθλιπτικό), χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα και παρουσιάζει απροσδιόριστα σωματικά παράπονα (Dupre & Sites, 2015). Τέλος, το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) αναφέρει την παλίνδρομη συμπεριφορά, την ανάπτυξη καινούργιων φοβιών ή την έξαρση παλαιότερων, την βία που εκδηλώνεται με λέξεις ή ενέργειες και την απουσία ενδιαφέροντος.



Την εικόνα του θύματος που παρατηρούμε στην παραμέληση είναι ότι δεν αλλάζει ενδυμασία και την έχει για αρκετές μέρες, όταν ο ρουχισμός του είναι λερωμένος και το παιδί φαίνεται απεριποίητο σε αντίθεση με τον φροντιστή που είναι περιποιημένος, όταν το παιδί δείχνει να λαχταρά το φαγητό, το παιδί δεν πηγαίνει σχολείο και παρουσιάζει παραβατικές συμπεριφορές (Dupre & Sites, 2015). Παράλληλα, το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (2013) υποστηρίζει ότι μπορεί να παρατηρηθούν ρούχα τα οποία δεν είναι κατάλληλα για τον καιρό, χτυπήματα που οφείλονται σε έλλειψη εποπτείας των γονέων, χτυπήματα τα οποία δεν δέχτηκαν ιατρική περίθαλψη, οι κακές συνθήκες υγιεινής, η μειωμένη απόδοση στο σχολείο εξαιτίας διαταραχής του ύπνου και το φλατ συναίσθημα στα παιδιά.

## **6.ΠΡΟΛΗΨΗ**

Γενικότερα, οι ενέργειες που προλαμβάνουν την παιδική κακοποίηση διαιρούνται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς. Η πρωτογενής πρόληψη σχετίζεται με δράσεις οι οποίες στοχεύουν σε όλα τα άτομα, δίχως να δέχονται κάποια απειλή κακοποίησης. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά τις ενέργειες που στοχεύουν σε ένα καθορισμένο κομμάτι ατόμων που φαίνεται να απειλείται από κακοποίηση και η τριτογενής πρόληψη έχει να κάνει με παρεμβάσεις σε ανθρώπους που είναι σίγουρο ότι κινδυνεύουν (Patno, 2011).

Όταν η πρόληψη γίνεται έγκαιρα τότε το παιδί κερδίζει αρκετά πράγματα. Μέτρα τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στον περιορισμό εμφάνισης κακοποίησης είναι η βοήθεια του γονέα ή του φροντιστή. Ειδικότερα, η εκμάθηση σχετικά με το πώς να μεγαλώσει το παιδί του σωστά χωρίς τη χρήση της βίας, από νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, μέσα από μία διαδικασία τακτικών συναντήσεων στο οικιακό τους περιβάλλον ή κάπου έξω από αυτό. Η κινητοποίηση για να οδηγήσει το παιδί στην εκπαίδευση προκειμένου να μάθει πράγματα, να σκληραγωγηθεί και έτσι να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες βίας. Η ενημέρωση για τη σεξουαλική κακοποίηση που στοχεύει στην κινητοποίηση των παιδιών για αναζήτηση βοήθειας, σε περίπτωση που αντιληφθούν ότι θα πέσουν θύματα. Μέτρα για την ύπαρξη ενός ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς βία ανάμεσα το παιδί και στον εκπαιδευτικό. Σημαντικό είναι να προσδιοριστεί το πώς πρέπει να είναι ο πατέρας απέναντι στο παιδί του και να δημιουργηθούν κανόνες, για την αποτροπή της παιδικής κακοποίησης οι οποίοι όταν δεν τηρούνται να υπάρχουν ποινές. Τέλος, η δημιουργία προγραμμάτων όπου θα βοηθάνε τα

κακοποιημένα παιδιά με τη γρήγορη εντόπιση τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που τους έχουν δημιουργηθεί (W.H.O., 2020).

Οι Nies & McEwen (2011) όσον αφορά την πρόληψη της βίας αναφέρουν ότι χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη είναι η πρωτογενής πρόληψη, σε αυτή την κατηγορία σκοπός είναι η προβολή της ορθής λειτουργίας της οικογένειας. Αυτό γίνεται μέσα από το σχολείο όπου, τα παιδιά μαθαίνουν πώς πρέπει να λειτουργεί μία υγιή οικογένεια χωρίς την χρήση βίας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Επίσης, πραγματοποιείται εκπαίδευση και στους γονείς, τους ενημερώνουν για το πώς να φροντίζουν τα παιδιά τους και ότι υπάρχει ένα δίκτυο που μπορεί να τους βοηθήσει σε ότι χρειαστούν. Η δεύτερη κατηγορία είναι η δευτερογενής πρόληψη και ο ρόλος της είναι να εκτιμήσει, να διαγνώσει και να θεραπεύσει τόσο τα παιδιά όσο και τους δράστες που σχετίζονται με την βία. Η εκτίμηση της ασφάλειας των παιδιών που ενδεχομένως κακοποιούνται κρίνεται καίριας σημασίας. Η τελευταία κατηγορία είναι η τριτογενής πρόληψη και αποσκοπεί στο να βοηθήσει τα θύματα και τους δράστες της βίας να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις του φαινομένου αλλά και να επανενταχθούν στην καθημερινότητά τους. Η διαδικασία αυτή ίσως διαρκέσει πολλές εβδομάδες ή και χρόνια, αυτό εξαρτάται από την κάθε περίπτωση.

## **7.ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Σύμφωνα με την Μυλωνάκη (2016) η βία έχει ορισμένες φάσεις οι οποίες διαφέρουν στο χρονικό διάστημα που διαρκούν και στον βαθμό της επιθετικής συμπεριφοράς. Το πρώτο στάδιο λέγεται «φάση αύξησης της έντασης», σε αυτό το στάδιο ξεκινούν να παρουσιάζονται σκηνές μικρής έντασης και επιθετικής συμπεριφοράς που επιφέρουν σε ένα ελάχιστο-ήπιο βαθμό κακοποίηση. Σε αυτό το διάστημα γίνεται κατανοητό πώς το οτιδήποτε είναι δυνατόν να προκαλέσει την κορύφωση της βίας, έτσι το θύμα πάντα αισθάνεται τρόμο και αγωνία. Το γεγονός αυτό είναι το πιο σοβαρό μέρος της κακομεταχείρισης του πρώτου σταδίου. Το δεύτερο στάδιο λέγεται «φάση της έκρηξης» σε αυτήν την περίπτωση οι σκηνές βίας βρίσκονται εκτός ελέγχου, καθώς ένα συμβάν ενεργοποιεί την έκρηξη βίας και θα προκαλέσει σοβαρή κακοποίηση. Η χρονική διάρκεια του δεύτερου σταδίου είναι πιο μικρή σε σχέση με του πρώτου και του τρίτου, μπορεί να διαρκέσει από δύο μέχρι 24 ώρες και μπορεί να είναι πολύ δύσκολες για το θύμα. Ανεξάρτητος από αυτές τις δύσκολες ώρες που σχετίζονται με την σωματική ή την σεξουαλική κακοποίηση το θύμα εξακολουθεί να αισθάνεται

συναισθηματική ή ψυχολογική κακομεταχείριση για πολύ καιρό, στο οποίο κυριαρχεί ο φόβος και η αγωνία για ενδεχόμενη έκρηξη επιθετικής συμπεριφοράς. Το τρίτο στάδιο ονομάζεται «φάση της μεταμέλειας-συγγώρεσης», εκεί ο θύτης καταλαβαίνει την ανάρμοστη διαγωγή που εκδήλωσε και επιχειρεί να «καλοπιάσει» το θύμα για να επιτύχει την εξιλέωση. Από την άλλη πλευρά το θύμα περιμένει αυτό το στάδιο διότι σε ένα περιβάλλον κακοποίησης η πληθωρική αγάπη, η ευγένεια, η προσοχή και η προσωρινή μετάνοια του, ανακουφίζουν το θύμα καθώς εκείνο παίρνει ελπίδες ότι το κακοποιητικό περιβάλλον θα σταματήσει.

Επιπρόσθετα, εκτός από τις φάσεις της βίας, η Χατζηφωτίου (2005) μίλησε για τα στάδια της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Πρώτη φάση είναι η προσέγγιση, όπου είναι ιδιαίτερα λεπτή, δεν γίνεται αντιληπτή και δεν παρατηρούνται σκηνές βίας. Στην φάση αυτή παρέχεται στο παιδί κάποιο δώρο προκειμένου σε δεύτερο χρόνο να έχει τη δυνατότητα ο θύτης του να το πλησιάσει. Δεύτερη φάση είναι η μυστικότητα, σε αυτήν έχει πραγματοποιηθεί κάποια πράξη σωματικής επαφής με αποτέλεσμα το θύμα να αισθάνεται ένοχη- ντροπή για τη συγκεκριμένη πράξη και να επιδιώκει να μην αποκαλυφθεί το συμβάν. Τρίτη φάση είναι ο εξαναγκασμός, όπου το θύμα δέχεται πίεση και απειλή προκειμένου να μην αποκαλύψει τι έχει γίνει. Τέταρτη φάση είναι η αποκάλυψη, εκεί το θύμα ομολογεί το περιστατικό σε τρίτο άτομο ή μπορεί κάποιος τρίτος να καταλάβει τι έχει συμβεί από μόνος του. Το στάδιο της αποκάλυψης είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί αρκετά χρόνια μετά το στάδιο του εξαναγκασμού. Η τελευταία φάση είναι η επιβεβαίωση, τότε πραγματοποιείται η επιβεβαίωση της σεξουαλικής κακοποίησης. Το θύμα ομολογεί το συμβάν και έπειτα πραγματοποιούνται ενέργειες προκειμένου να δοθούν ευθύνες στον θύτη.

## **8.Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Στην εισαγωγή της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Δ.Σ.Δ.Π.) αναγράφεται πως για να μεγαλώσει ένα παιδί ειρηνικά τον χαρακτήρα του, είναι αναγκαίο να γαλουχηθεί σε ένα οικογενειακό κλίμα. Δηλαδή, σε ένα περιβάλλον χαράς, στοργής, κατανόησης, πνευματικής ισορροπίας, ήθους, υπομονής, ελευθερίας, χωρίς ανισότητες και αλληλοβοήθειας. Ταυτόχρονα, στη σύμβαση κυριαρχούν τέσσερις αρχές. Πρώτη αρχή, είναι «η αρχή της μη διάκρισης» δηλαδή, όλα τα παιδιά δύναται να ωφελούνται από τα δικαιώματά τους και την από τη Δ.Σ.Δ.Π.. Δεύτερη αρχή, είναι πως όποια απόφαση και αν παρθεί πρέπει αρχικά να είναι για το συμφέρον του παιδιού. Τρίτη αρχή, είναι το δικαίωμα που έχει το παιδί

να λείπει την άποψή του για ζητήματα που έχουν να κάνουν με το ίδιο, αλλά και να μετράει η γνώμη του ανάλογα με την ηλικία και την συγκρότηση που διαθέτει. Τέταρτη αρχή, είναι το θεμελιώδες δικαίωμα στη ζωή και την ομαλή ψυχοκοινωνική και φυσική εξέλιξη. Ειδικότερα, όσον αφορά την παιδική κακομεταχείριση/παραμέληση το Δ.Σ.Δ.Π. ορίζει ότι το συμβαλλόμενο κράτος πρέπει να παρέχει στο παιδί την απαραίτητη μέριμνα και προφύλαξη με στόχο την ευζωία, σκεπτόμενο τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που έχουν οι νόμιμοι φροντιστές τους. Το κράτος να παίρνει τις απαιτούμενες αποφάσεις για την προφύλαξη των παιδιών από οποιοδήποτε τύπο κακομεταχείρισης στην διάρκεια που το παιδί είναι υπό την προστασία των νόμιμων φροντιστών του. Το άρθρο 34 της σύμβασης μιλάει συγκεκριμένα για το χρέος του κράτους να προφυλάξει το παιδί από οποιαδήποτε κακοποίηση και να προσπαθήσει να αποτρέψει τέτοιες καταστάσεις. Το άρθρο 39 αναφέρει ότι το κράτος πρέπει να βοηθήσει στην φυσική και συναισθηματική γιατρεία αλλά και την επαναφορά του θύματος στην κοινωνία -ύστερα από κάθε μορφή κακοποίησης- σε ένα κλίμα που ενισχύεται η υγεία, η αυτοεκτίμηση και το ήθος. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τη νομοθεσία «Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας» απαγορεύεται αυστηρά η χρήση σωματικής βίας σε ένα άτομο κάτω των 18 ετών. Επίσης, στα πλαίσια του νόμου οποιαδήποτε ενέργεια προκαλεί άλγος ή φυσική δυσφορία, σε παιδί που είναι κάτω από 18 ετών, και στοχεύει στον σωφρονισμό ή την ρύθμιση της διαγωγής του, απαγορεύεται και το δικαστήριο είναι δυνατόν να προστάξει οποιαδήποτε ποινή (Ι.Υ.Π., 2013).

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής (Α.Α.Π.) υπήρξε ο πρώτος οργανισμός που αποσκοπούσε στην καλύτερευση της υγείας όλων των παιδιών. Η Α.Α.Π. δημιουργήθηκε το 1930 προκειμένου να βοηθήσει παιδιά που την χρειάζονταν και πράγματι υποστήριξε αρκετά κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά. Επίσης, δημιουργήθηκε μία «ενότητα για την κακοποίηση και την παραμέληση παιδιών το Socan», όπου η προσοχή τους εστιάστηκε στην παιδική κακοποίηση-παραμέληση και είχε ρόλο ενημερωτικό (Block & Hurley, 2011).

Οι ιστορικές βάσεις των οργανισμών που προφυλάσσουν τα παιδιά στις Ηνωμένες πολιτείες ξεκινούν από το 1874. Μία αξιόλογη εξέλιξη στην προφύλαξη των παιδιών πραγματοποιήθηκε το 1961, όταν ο Δρ. C. Henry Kempe διοργάνωσε ένα συνέδριο με θέμα το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. Η επόμενη κίνηση που συνέβαλε στην προφύλαξη ήταν το 1974 με το σχηματισμό από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση του «Νόμου για την κακοποίηση και την πρόληψη και την θεραπεία της παραμέλησης παιδιών», όπου διαδοχικά ανέπτυξε και το «Εθνικό κέντρο κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών». Ύστερα, το 1994

το κογκρέσο πιστεύοντας πώς τα παιδιά πήγαιναν σε ανάδοχες οικογένειες και δεν ήταν ασφαλή κατοχύρωσε «το νόμο για την υιοθέτηση και την ασφαλή οικογένεια». Αργότερα το 2000 στις 25 Μαρτίου πέρασε ένας κανονισμός που ρύθμιζε την επαναξιολόγηση της παιδικής πρόνοιας που είχε η κάθε χώρα (Dwyer, 2011).

«Σύμφωνα με τη σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να ζουν χωρίς βία και κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένων βίαιων πειθαρχικών μεθόδων». Παρόλο, που η σύμβαση αυτή έγινε δεκτή διεθνώς μόνο 53 κράτη την εφάρμοσαν. Το 2007 τοποθετήθηκαν εξειδικευμένες ομάδες ατόμων προκειμένου να εκτιμήσουν την ύπαρξη παιδικής κακομεταχείρισης σε δημόσιους οργανισμούς (Gunnlaugsson & Finarsdottir, 2018).

Στην Ινδία εφαρμόζονται κάποια μέτρα για την παιδική κακοποίηση-παραμέληση, όπως ότι υπάρχει θεσμός για την δικαιοσύνη των παιδιών, ότι δεν επιτρέπονται οι γάμοι των ανηλίκων, το δικαίωμα της εκπαίδευσης, τη διαφύλαξη δικαιωμάτων των ανηλίκων, την απαγόρευση της παιδικής εργασίας, ένα πλήρες πλάνο που τα προστατεύει (π.χ. κάποιες θεσμοθετήσεις) και την προσπάθεια αποτροπής σεξουαλικών κακομεταχειρίσεων. Ακόμη, στην Ινδία είναι αρκετές οργανώσεις και ΜΚΟ που δουλεύουν κατά της παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης (Preethy & Somasundaram, 2020).

Τέλος, στην Ελλάδα επισημοποιήθηκε η απόφαση του συμβουλίου της Ευρώπης (2007) σχετικά με την κακομεταχείριση των παιδιών. Το περιεχόμενο της απόφασης ήταν τροποποιήσεις όσον αφορά στην πρόληψη, σκληρότερες κυρώσεις στους δράστες της σεξουαλικής κακομεταχείρισης, τιμωρίες στους ανθρώπους που σχετίζονται με την εμπορία ανήλικων παιδιών, τροποποιήσεις στην αναφορά των περιστατικών και η ιδιαίτερη έμφαση στην προφύλαξη του κακοποιημένου παιδιού. Σημαντική αλλαγή έφερε και ο νόμος 3500/2006 σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, όπου σχετίζεται με τη ψυχολογική κακομεταχείριση, τη δευτερογενή κακομεταχείριση και με πιο σκληρές κυρώσεις για όποιους ασκούν σωματική κακομεταχείριση (Αβραμίκα και συν, 2013).

## **9.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΑ ΘΥΜΑΤΑ**

Τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι πολλά και μπορεί να απασχολήσουν το παιδί τόσο στο κοντινό όσο και στο μακρινό μέλλον. Η παιδική κακοποίηση επιφέρει άγχος το οποίο επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου, κατ' επέκταση το στρες σε μεγάλο βαθμό επηρεάζει αρνητικά το νευρικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Αποτέλεσμα είναι όταν τα παιδιά

μεγαλώσουν να έχουν πολλές πιθανότητες για «κατάθλιψη, κάπνισμα, ευσαρκία, σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, ακούσια εγκυμοσύνη, κατάχρηση αλκοόλ- ναρκωτικών» και να είναι ο ίδιος θύτης ή θύμα βίας. Όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση καρδιολογικών διαταραχών, καρκίνο, αυτοκτονία και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ακόμα, η βία αποτρέπει τα παιδιά από το σχολείο, μάλιστα μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά αυτά έχουν 13% μεγαλύτερη πιθανότητα να μην τελειώσουν ποτέ το σχολείο. Ανεξάρτητος από τις συνέπειες στα παιδιά υπάρχει και κάποιο οικονομικό κόστος όσον αφορά τη φροντίδα των παιδιών αυτών (W.H.O., 2020).

Στα κακοποιημένα παιδιά έχει παρατηρηθεί αδυναμία να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους. Αυτό που κάνουν είναι να γίνονται επιθετικά κυρίως με τα συγγενικά τους πρόσωπα αλλά και σε άτομα εκτός της οικογένειας. Δεν μπορούν να δημιουργήσουν φιλίες ούτε να χαρούν την παιδική τους ηλικία καθώς, πρέπει να ασχοληθούν με το πώς θα σωθούν από την κατάσταση της κακοποίησης που επικρατεί στο σπίτι (Pabís et al., 2011).

Η εμπλοκή των παιδιών σε φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας θεωρείται πολύ επιβλαβείς για την ανάπτυξη των παιδιών καθώς ο θύτης είναι γνώριμος για το παιδί. Έρευνες έχουν δείξει, ότι τα κορίτσια και η άσπρη φυλή έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιπτώσεων τραύματος και θέματα συμπεριφοράς. Επίσης, ότι η έκθεση στην ενδοοικογενειακή βία τροποποιεί τη νοοτροπία των παιδιών και την βλάπτει. Άλλες έχουν αναδείξει, ότι το ανδρικό φύλο χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια ενώ το γυναικείο από εσωστρέφεια. Για να εμφανίσει το παιδί προβλήματα συμπεριφοράς και υγείας αρκεί απλά να βλέπει ή να ακούει ένα περιστατικό βίας (Spilsbury et al., 2007).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένες γνωστικές επιδόσεις π.χ. στον τομέα της διδασκαλίας, μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικού προβλήματος, επηρεασμένη εκτελεστική λειτουργία γεγονός που σχετίζεται με την καθυστερημένη ανάπτυξη των περιοχών του εγκεφάλου, προβλήματα με τα συναισθήματα τα οποία αυξάνουν τις πιθανότητες για ψυχική νόσο, πολλές πιθανότητες για γένεση φυσικής ασθένειας και πρόωμο θάνατο. Στους ενήλικες που είχαν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία παρατηρείται ότι υστερούν σε θέματα θυμητικού και γνώσεων (Sinnamon, 2019).

Η Κώτση (2010) υποστηρίζει ότι τα κακοποιημένα παιδιά δεν εμπιστεύονται εύκολα, κυριαρχεί η αρνητική διάθεση και έχουν μικρό δείκτη αυτοεκτίμησης. Ακόμα, οι Αβραμικά και συν, 2013 συμπληρώνουν ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς με τον περίγυρό τους, φόβο και αντικοινωνικές συμπεριφορές. Οι Nies & McEwen, 2011,

αναφέρουν ότι τα παιδιά παρουσιάζουν προβλήματα στην διατροφή τους και αισθάνονται ένοχες.

Η Sinnamoni (2019) υποστηρίζει ότι τα παιδιά που βίωσαν σωματική τιμωρία επηρεάζονται στον έλεγχο των συναισθημάτων τους, στην μαθησιακή τους λειτουργία και στην εξέλιξη του εγκεφάλου τους.

Τα παιδιά που βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να ταλαιπωρηθούν από πολύ μικρά έως και πολύ σημαντικά προβλήματα διαγωγής και ψυχολογικά. Ανάμεσα σε αυτά μπορεί να είναι «το άγχος, η κατάθλιψη, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες, η παλινδρομική συμπεριφορά», τα άσχημα όνειρα, οι γνωστικές δυσκολίες, οι ανάρμοστοι ερωτικοί τρόποι, ο τρόμος και τα προβλήματα εμπιστοσύνης. Επίσης, οι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης μπορούν να χωριστούν σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Στις βραχυπρόθεσμες ανήκει ένα εύρος ψυχολογικών προβλημάτων όπου η εμφάνιση τους εξαρτάται από ορισμένες παραμέτρους όπως, το πόσο χρονών είναι το παιδί, για πόσο διάστημα κακοποιήθηκε, τι είδους κακοποίηση βίωσε, αν δέχτηκε βοήθεια και τα λοιπά. Ωστόσο, υπάρχουν και παιδιά που δεν θα εμφανίσουν κάποια αισθητή διαφορά στην διαγωγή ή στην ψυχολογία τους. Η κατάσταση αυτή έχει ονομαστεί «φαινόμενο του ύπνου» και δεν αποκλείει το παιδί να εμφανίσει συμπτώματα αργότερα. Στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις ανήκουν «η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάθλιψη», ο κίνδυνος το θύμα να γίνει αργότερα θύτης ασκώντας ο ίδιος βία στους άλλους, τα προβλήματα σχετικά με την διατροφή, τα ψυχολογικά προβλήματα και ο εθισμός σε διάφορες ουσίες. Ακόμα, τα άτομα που έχουν βιώσει στην παιδική τους ηλικία σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να επηρεαστούν στο πως θα μεγαλώσουν τα παιδιά τους, δηλαδή τι τακτικές θα χρησιμοποιούν και να αναπτύξουν θέματα υγείας (Keeshin & Corwin, 2011).

Τα παιδιά που έχουν βιώσει σωματική κακοποίηση μπορούν να παρουσιάσουν προβλήματα μαθησιακά, διαγωγής ( π.χ. επιθετικότητα), ψυχισμού, εξαρτήσεις από διάφορες ουσίες και οινόπνευματώδη ποτά, προβλήματα επικοινωνίας-κοινωνικοποίησης, διαταραχής μετατραυματικού στρες και προβλήματα υγείας (Kolko & Kolko, 2011).

Έχει διαπιστωθεί ότι τα παραμελημένα παιδιά εμφανίζουν προβλήματα ανάπτυξης, συναισθημάτων και διαγωγής, μπορούν να απομακρύνονται, να είναι βίαια και κατ' επέκταση να αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικοποίησης (Black & Oberlander, 2011).

Τα παιδιά που έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση μετέπειτα μπορούν να παρουσιάσουν έντονο άγχος και μελαγχολία, μειωμένο αυτοσεβασμό, κοινωνική απόσυρση και να είναι ακοινωνήτα (Αβραμικά και συν, 2013).

## **10. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Στην Ελλάδα αλλά και στα δυτικά κράτη ο χειρισμός της παιδικής κακοποίησης έχει ένα ειδικό μοτίβο. Πρώτον, ο παιδίατρος αναφέρει το περιστατικό στον εισαγγελέα ανηλίκων και ο ίδιος πρέπει να λάβει κάποια ιατροδικαστική αξιολόγηση όταν απαιτείται. Έπειτα, με την παιδιατρική -παιδοψυχιατρική εκτίμηση και την κοινωνική εξερεύνηση τα οποία επικυρώνουν την κακομεταχείριση, πληροφορείται ο εισαγγελέας ανηλίκων όπου προστάζει την περίθαλψη του ανηλίκου στο νοσοκομείο, ωστόσο να τελειώσει η εξέταση του συμβάντος. Το σημείο αυτό είναι απαραίτητο διότι οι φροντιστές υπογράφουν για το εξιτήριο και απομακρύνουν το παιδί από το νοσοκομείο. Σε περίπτωση που οι γονείς παρουσιάζουν αρνητική διάθεση, χρειάζεται να γίνει πιο γρήγορα η διάγνωση. Επίσης, στις συζητήσεις με το παιδί επιβάλλεται η αποφυγή καθοδηγητικών ή ενοχοποιητικών ερωτημάτων καθώς, και η διαμάχη των επαγγελματιών με τους φροντιστές. Είναι σημαντικό να σημειώνονται όλα τα στοιχεία, τα λεγόμενα του παιδιού αλλά και των φροντιστών. Επιπλέον, είναι σημαντικό να καταγράφεται ότι σχετίζεται με το περιστατικό καθώς είναι πολύ πιθανό να γίνει άρση του ιατρικού απορρήτου εάν το συμβάν πάει στα δικαστήρια. Οι συγκεντρώσεις των διεπιστημονικών μελών για την συζήτηση της κακοποίησης επιβάλλεται να είναι περιοδικές και να εφαρμόζεται το πρωτόκολλο για την εξέταση του θέματος. Είναι αναγκαίο να αξιολογούνται και τα υπόλοιπα άτομα της οικογένειάς, ειδικά τα παιδιά αφού μπορεί να βιώνουν κακομεταχείριση και εκείνα (Καραγιάννη, 2013).

Σύμφωνα με την Κώτση (2010), τα περιστατικά κακομεταχείρισης δεν πρέπει να τα διαχειρίζεται μόνο ένας ειδικός αλλά μία ομάδα επιστημόνων. Η ομάδα αυτή πρέπει να αξιολογήσει, εκτός από το συμβάν της κακοποίησης και τις συνέπειες που προκαλούνται, την προστασία του παιδιού, τους φροντιστές (αν είναι οι θύτες), αν αυτοί μπορούν να φροντίσουν το παιδί και βρίσκονται σε ψυχική ισορροπία και το κατά πόσο μπορούν να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα, η διεπιστημονική ομάδα θα υπερασπιστεί το παιδί σε συνδυασμό με το δικαστήριο και την πρόνοια, έτσι ώστε να φύγει από το σπίτι του ή να χάσουν την επιμέλεια οι γονείς του σε περίπτωση που είναι αναγκαίο. Αρκετές φορές, ο



παιδοψυχίατρος είναι αυτός που θα μάθει πρώτος για ένα περιστατικό κακοποίησης. Ανάλογα με την περίπτωση το δικαστήριο του ζητά μία «παιδοψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη» του θύματος αλλά και της οικογένειας του. Επιπρόσθετα, προσφέρει σημαντική θεραπευτική υποστήριξη ή συμβουλές μαζί με άλλους επαγγελματίες που σχετίζονται με περιστατικά κακοποίησης. Ο παιδοψυχίατρος εξαιτίας της εξειδίκευσης του είναι απαραίτητο να συμβουλευεί τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, προτείνοντας τρόπους αντιμετώπισης.

Οι νοσηλευτές απέναντι σε αυτά τα θέματα είναι πολύ σημαντικοί, καθώς εκτιμούν τη σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού, λαμβάνουν πληροφορίες, δηλαδή την ώρα που πραγματοποιείται η κλινική εξέταση ζητούν από τους γονείς εξηγήσεις για τον τρόπο όπου το παιδί τραυματίστηκε ή τον λόγο φέρει τα αντίστοιχα συμπτώματα και εννοείται καταλαβαίνουν αν οι γονείς λένε αλήθεια ή όχι βάσει των συμφραζόμενων τους (Paavilainen & Flinck, 2013). Οι Pabis et al., (2011) συμπληρώνουν ότι οι νοσηλευτές παρατηρούν καλά τα περιστατικά κακοποίησης και τα αναφέρουν στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2013) αναφέρει τον ρόλο του παιδίατρο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση ενδεχόμενης κακομεταχείρισης ή παραμέλησης. Σε περίπτωση που υπάρξει υπόνοια πώς ένα παιδί είναι θύμα κακομεταχείρισης, ο κάθε ένας από τους παραπάνω, αφού μαζέψει όλα τα απαραίτητα στοιχεία μπορεί να μιλήσει για το περιστατικό στους αρμόδιους φορείς και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί μέσω του δικαστικού τρόπου ή να διαλέξει την πιο αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση. Αρχικά, ο παιδίατρος αξιολογεί την κακοποίηση ζητώντας το «ιστορικό τραυματισμού, το οικογενειακό και αναπτυξιακό ιστορικό, και το ατομικό ιατρικό ιστορικό», προβαίνει σε φυσική εξέταση και σε κάποιες επιπλέον εξετάσεις που θα τον βοηθήσουν στην διάγνωση. Σε περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης γίνονται επιπρόσθετα, «κλινικές συνεντεύξεις, συλλογή ιατροδικαστικών αποδείξεων» όπως λήψη σωματικών υγρών/σάλιου/αίματος και μέρος από υφάσματα (που είχαν άμεση επαφή με το θύμα) και διερεύνηση για σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ο παιδοψυχίατρος αν υποψιαστεί κακομεταχείριση πραγματοποιεί κλινική συνέντευξη και παίρνει ένα πλήρες ιστορικό τόσο από το θύμα όσο και από τους κηδεμόνες του. Ακόμα, ο ψυχολόγος στην προσπάθειά του να εντοπίσει την κακοποίηση επικοινωνεί με το θύμα και τους φροντιστές του, ώστε να αξιολογήσει τη φύση και την έκταση του ζητήματος, το στάδιο που το θύμα μπορεί να είναι λειτουργικό αλλά και το κατά πόσο μπορεί να γίνει καλύτερα. Ο ψυχολόγος αξιολογεί τα πρόσωπα που πήραν μέρος στην ενδεχόμενη κακοποίηση και δημιουργεί ένα

ικανοποιητικό πλάνο θεραπείας. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός σχετίζεται με τον εντοπισμό της κακοποίησης, εκτελώντας συναντήσεις με τους φροντιστές ή και το θύμα προκειμένου, να εκτιμήσει την οικογενειακή κατάσταση και το περιβάλλον στο οποίο ζει το θύμα. Όταν τα στοιχεία που μαζεύει αποτελούν σημαντικές ενδείξεις κακομεταχείρισης τότε μιλά για το περιστατικό στους κατάλληλους φορείς.

Οι βασικοί φορείς που δέχονται αναφορές κακοποίησης είναι οι «Εισαγγελικές Αρχές, η Αστυνομία, ο Συνήγορος του Πολίτη- Συνήγορος του Παιδιού», τα τηλέφωνα για το Χαμόγελο του Παιδιού και της Ένωσης Μαζί για το Παιδί. Αρχές όπως, η Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας, για πώς να κάνουν την αναφορά αλλά και τον τρόπο για να στηρίζουν αυτές τις οικογένειες. Τέλος, ο συνήγορος του Πολίτη-Συνήγορος του παιδιού παρέχει πληροφορίες για τα δικαιώματα των παιδιών. Σε γενικές γραμμές αν υπάρχει υποψία κακομεταχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας τότε είτε το αναφέρουν στις αντίστοιχες αρχές, είτε ψάχνουν για την απαραίτητη καθοδήγηση από τους ειδικούς ή εκτιμούν σε βάθος το περιστατικό (Ι.Υ.Π., 2013).

Γενικά, στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης εκτός από όλα τα παραπάνω παίζει ρόλο και η πρόληψη. Πιο συγκεκριμένα, προγράμματα που σχετίζονται με την πρόληψη της δημιουργίας βλάβης στο θύμα, την πρόληψη αναβίωσης της κακομεταχείρισης ή στο να μην διαπραχθεί καθόλου η κακοποίηση. Σε αυτά τα προγράμματα μπορούν να πάρουν μέρος τα θύματα, οι φροντιστές τους, οι υγειονομικοί ή και οι υπόλοιποι επαγγελματίες που συναναστρέφονται με παιδιά. Ακόμη, οι νοσηλευτές έχουν ποικίλες δράσεις στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, δημιουργώντας πάντα μία ασφαλή σχέση με τα θύματα. Για να μπορέσουν όμως να είναι αποτελεσματικοί, είναι απαραίτητο να έχουν μελετήσει πάνω στην παιδική κακοποίηση, να έχουν εξειδικευτεί πάνω σε μία μορφή κακοποίησης, να παίρνουν μέρος σε αντίστοιχες οργανώσεις που αφορούν την παιδική κακομεταχείριση, να πηγαίνουν σε αντίστοιχα συνεδρία και να γράφουν άρθρα σχετικά με την παιδική κακομεταχείριση (Αβραμικά και συν, 2013).

## **B' ΜΕΡΟΣ**

### **1.ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΧΟΛΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει βάση του νόμου, της ηθικής και της ευθύνης να αντιλαμβάνονται και να ομολογούν την υπόνοια παιδικής κακομεταχείρισης. Είναι γνωστό ότι, κάθε μέρα περνούν χρόνο με τα παιδιά και έτσι μπορούν να προλαμβάνουν, να αντιληφθούν, να εκτιμήσουν, να παρέμβουν και να αναφέρουν περιστατικό παιδικής κακοποίησης. Ακόμη, οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί ώστε να προστατεύουν τα παιδιά σε συνδυασμό με τις δράσεις άλλων ατόμων π.χ. δάσκαλοι, γονείς. Έτσι, κάθε ενέργεια του σχολικού νοσηλευτή που επιδιώκει την προστασία και την ασφάλεια του παιδιού είναι καίριας σημασίας προκειμένου να ζουν τα παιδιά αρμονικά (Jordan et al., 2017).

Επίσης, οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται με τα παιδιά για μεγάλο χρόνο μέσα στην ημέρα τους και έχουν τη δυνατότητα να δουν ενδεχόμενες αλλαγές στην εικόνα τους, στον τρόπο που φέρονται, στην μαθησιακή εξέλιξη τους, που μπορούν να δηλώσουν κακοποίηση ή παραμέληση. Επίσης, είναι εφικτό να καλλιεργηθεί η εμπιστοσύνη και έτσι τα παιδιά να ομολογήσουν την κακοποίηση που δέχονται. Για αυτό το λόγο, πρέπει να αναβαθμισθεί η προσχολική εκπαίδευση των δασκάλων όσον αφορά στην παιδική κακοποίηση και να ενταχθούν τρόποι που διευκολύνουν στην επικοινωνία ανάμεσα στα παιδιά και στους εκπαιδευτικούς (Schols et al., 2013).

### **2.ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

Σε κάθε περιστατικό πρέπει να τηρείται το νοσηλευτικό απόρρητο, έτσι λοιπόν το ίδιο ισχύει και για την παιδική κακοποίηση. Σύμφωνα με τον εθνικό κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας (2011), ο νοσηλευτής πρέπει να διασφαλίζει το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, πρέπει να τιμά το δικαίωμα που έχει κάθε ασθενής στο να προστατευτούν τα προσωπικά στοιχεία, στοχεύοντας στην τήρηση της ιδιωτικότητας, ακόμα και σε περίπτωση που δεν είναι πια στην ζωή. Ο νοσηλευτής οφείλει να προστατεύει σύμφωνα με το νόμο τα νοσηλευτικά στοιχεία του ασθενούς όπως το νοσηλευτικό ιστορικό, το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας και τις παρεμβάσεις καθώς και ότι στοιχείο σχετίζεται με τον νοσηλευόμενο ή μη άνθρωπο. Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει για την προαγωγή της υγείας και την βοήθεια ανθρώπων που είναι σε κατώτερη θέση. Είναι σημαντικό να εφαρμόζει τις

επιστημονικές πληροφορίες που διαθέτει και τις ικανότητες του, προκειμένου να φανεί χρήσιμος στην κάλυψη των αναγκών, όποια στιγμή χρειαστεί.

Σύμφωνα με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας από το προεδρικό διάταγμα (2001), ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες στον ασθενή μέσα σε ένα ειδικό και θεραπευτικό περιβάλλον που θα καλύπτονται στο έπακρο όλες οι ανάγκες του και θα έχουν συμπεριληφθεί η θρησκευτικές ιδεολογικές και λοιπές πεποιθήσεις του ατόμου. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαφυλάσσει τον ασθενή από κάθε πιθανό κίνδυνο στο μέρος που νοσηλεύεται αλλά και να προστατεύει τα δικαιώματα του σε περίπτωση που παραβιαστούν. Επίσης, πρέπει να σεβαστεί την ιδιωτικότητα του ατόμου και να μην προβεί σε καμία πράξη που την ζημιώνει. Τέλος, οφείλει να σκέφτεται την προσωπικότητα και την επιθυμία του παιδιού-ασθενή πριν προβεί σε οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη και να ρωτάτε πάντα αν συμφωνεί, ιδιαίτερα στους εφήβους.

### **3.ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ**

Υπάρχουν διάφορες θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν τα κακοποιημένα παιδιά, αρκετές από τις οποίες θα περιγράψουν παρακάτω.

Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση με επίκεντρο το παιδί μπορεί να φανεί αρκετά χρήσιμη στα παιδιά που απευθύνονται στις αντίστοιχες υπηρεσίες και έχουν πέσει θύματα σωματικής κακομεταχείρισης. Η παρέμβαση με επίκεντρο το γονέα που εστιάζει στην εκπαίδευση των γονιών, ώστε να παρατηρούν τη συμπεριφορά του παιδιού τους, να δουν διαφορετικούς τρόπους τιμωρίας (αποκλείοντας την φυσική τιμωρία) και την ανάπτυξη/ εφαρμογή κάποιων προτύπων συμπεριφοράς. Ακόμη, η παρέμβαση με επίκεντρο την οικογένεια που σχετίζεται με ενέργειες στην οικογένεια, όπως η εκτίμηση των σχέσεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών (Kolko & Kolko, 2011).

Οι Keeshin & Corwin (2011) παραθέτουν και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πρώτη είναι η θεραπεία με το παιχνίδι, η οποία βοηθά στην απελευθέρωση των συναισθημάτων του παιδιού που αφορούν την κακοποίηση. Δημιουργεί ένα άνετο κλίμα ώστε το παιδί να διαχειριστεί τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις. Επίσης, μέσα από το ομαδικό παιχνίδι μπορεί να αναπτυχθούν σχέσεις με τα υπόλοιπα παιδιά που έχουν βιώσει δυσάρεστες συνθήκες. Δεύτερη είναι η ειδική θεραπεία κακοποίησης, που αποσκοπεί στην παροχή προστασίας, βοήθειας και μάθησης του παιδιού προκειμένου να μεγαλώσει το αίσθημα της ασφάλειας του

και να περιοριστούν οι συναισθηματικές συνέπειες. Τρίτη είναι η θεραπεία που επικεντρώνεται στο σύμπτωμα, εστιάζει στα ειδικά συμπτώματα και συμπεριφορές που παρουσιάζονται στα θύματα. Τέταρτη είναι η υποστηρικτική θεραπεία, στην οποία οι ειδικοί προσπαθούν να διατηρήσουν ή να καλυτερέψουν την εικόνα που έχει το κάθε θύμα για τον εαυτό του, να μειώσουν τις πιθανότητες να χειροτερέψει η κλινική του εικόνα και να βοηθήσουν το θύμα να ξεπεράσει τις δυσκολίες. Πέμπτη είναι η θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας, που κρατά 12 με 16 εβδομάδες και έχει φανεί ότι μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία την καταθλιπτική κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με επώδυνα βιώματα. Ουσιαστικά, όταν το παιδί έχει βιώσει άσχημες καταστάσεις, έχει δεχτεί λανθασμένους τρόπους επίλυσης του προβλήματος του, τότε δεν μπορεί να δεχτεί και να δουλέψει καινούργια στοιχεία, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει καταθλιπτική εικόνα, ντροπή, ενοχές και προσδίδει ευθύνες στον εαυτό του. Έκτη είναι η ψυχοεκπαίδευση, είναι ένας τρόπος με τον οποίο τα παιδιά μπορούν να καταλάβουν περισσότερο το τραύμα και την κλινική τους εικόνα που πηγάζει από αυτό. Αρκετές φορές, τα θύματα αισθάνονται πράγματα ή εκδηλώνουν συμπεριφορές που δεν είναι γνώριμα για τα ίδια, έτσι οδηγούνται στον ειδικό προκειμένου να τους εξηγήσει τι έχει συμβεί. Έβδομη είναι η ομαδική θεραπεία, η οποία έχει αρκετά θετικά στοιχεία, οι ομαδοθεραπευτές θεωρούν ότι είναι αποτελεσματική επειδή είναι ομαδική και περιορίζεται το αίσθημα αποξένωσης και του στίγματος στην κοινωνία. Για αυτό το λόγο άλλωστε τα μέλη της ομάδας βρίσκονται στην ίδια ηλικία. Ογδόη είναι η οικογενειακή θεραπεία, που πραγματοποιείται στις οικογένειες των θυμάτων φυσικής ή σεξουαλικής κακομεταχείρισης, οι οποίες έχουν παρουσιάσει βελτίωση στην αντιμετώπιση των θυμάτων τους. Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στη δημιουργία ενός ασφαλούς και ισορροπημένου οικογενειακού περιβάλλοντος. Ένατη παρέμβαση είναι οι συνεδρίες γονέα – παιδιού, μέσα από αυτές τις συνεδρίες καταφέρνει τόσο γονέας όσο και το παιδί να συζητήσουν το επώδυνο περιστατικό, να τεθούν οι πιο αποτελεσματικοί τρόποι επίλυσης του προβλήματος και να δεχτεί το παιδί την υποστήριξη από την οικογένειά του. Από αυτές τις συνεδρίες το θύμα θα καταφέρει επιτυχώς να εκφράσει το πώς αισθάνεται στους γονείς του. Επιπρόσθετα, οι Keeshin & Corwin (2011) υποστηρίζουν ότι αρκετά από τα θύματα δεν έχουν ακριβείς σκέψεις από το συμβάν και για αυτό το λόγο πρέπει οι ειδικοί να μάθουν στο θύμα και στους γονείς για το πως να τοποθετούν τις σκέψεις τους. Ακόμα, ύστερα από ένα επώδυνο περιστατικό πολλές φορές οι γονείς αδυνατούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους, διότι νιώθουν υπεύθυνοι για αυτό που συνέβη. Για αυτό, υπάρχουν οι δεξιότητες γονικής

μέριμνας όπου πραγματοποιούνται συνεδρίες και ο γονέας συμμετέχει σε αυτές. Μέσα από αυτές δεν θα μάθει μόνο να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του παιδιού αλλά και να διαχειρίζεται τη δυσφορία που νιώθει απέναντι στο παιδί και έτσι θα εξελιχθεί η σχέση τους. Τέλος, φαίνεται ότι όσο πιο πολύ πραγματοποιείται η θεραπεία, τόσο καλύτερεύει το θύμα και περιορίζονται οι δευτερεύουσες βλάβες που εμφανίστηκαν.

#### **4.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Σχετικά με την προσέγγιση και τον τρόπο που εκτιμάται ένα περιστατικό κακοποίησης ακολουθείται μία συγκεκριμένη τακτική. Αρχικά, η προσέγγιση πρέπει να πραγματοποιηθεί βάσει της ηλικίας του παιδιού, ο λόγος που θα χρησιμοποιηθεί να είναι απλός και κατανοητός. Ο συνεντευκτής πρέπει να συγκεντρώσει στοιχεία από τους φροντιστές του, το ιστορικό του και λέξεις-κλειδιά τις οποίες λέει προκειμένου να επικοινωνήσει αυτό που θέλει (π.χ. πώς λέει τα γεννητικά όργανα). Ο συνεντευκτής δεν πρέπει να χρησιμοποιεί ερωτήσεις που κατευθύνουν το παιδί και πρέπει να εστιάσει στα προβλήματα του θύματος και όχι των γονιών του (Σκλάβου, 2013).

Η Θεμελή (2013) προσθέτει, ότι στη συνέντευξη το θύμα χρειάζεται ένα περιβάλλον προστασίας και οικειότητας. Είναι σημαντική η αποφυγή μακροσκελών προτάσεων και ερωτήσεων. Οι ανοιχτές ερωτήσεις πραγματοποιούνται σε θύματα μεγαλύτερων ετών. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται «καθοδηγητικές και παραπλανητικές ερωτήσεις». Πρέπει να αποφεύγονται οι επαναλήψεις και το παιδί να προτρέπει να μιλήσει αδέσμευτα. Η συζήτηση καλό θα ήταν να μην ξεπερνά τα 45 λεπτά, να μην γίνονται πολλές συνεντεύξεις μαζί και με διαφορετικούς συνεντευκτές. Ο επαγγελματίας υγείας είναι απαραίτητο να μην διακατέχεται από αυστηρό ύφος και να μην έχει φυσική επαφή με το θύμα. Είναι σημαντικό να είναι αντικειμενικός, όταν το παιδί είναι κορίτσι καλό θα ήταν να προσεγγιστεί από μια γυναίκα. Ακόμα, πρέπει να αναπτυχθεί μία σχέση εμπιστοσύνης και βοήθειας ανάμεσα σε θύμα και συνεντευκτή, πρέπει να δοθούν πληροφορίες στο θύμα για το πώς θα γίνει η συζήτηση. Δηλαδή, πρέπει να του ξεκαθαρίσει ότι είναι αναγκαίο να πει αποκλειστικά την αλήθεια, δίνοντας έμφαση στις ερωτήσεις και απατώντας με ηρεμία. Το θύμα πρέπει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που δεν αντιλήφθηκε κάτι σωστά, έχει το δικαίωμα να το ρωτήσει ώστε να απαντήσει ορθά, μπορεί να παύσει τον επαγγελματία αν θελήσει. Ο συνεντευκτής μπορεί να πει στο θύμα ότι σε περίπτωση που πει κάτι λάθος μπορεί να τον διορθώσει, καθώς ο ίδιος δεν

ήταν μπροστά στο περιστατικό. Επίσης, το θύμα πρέπει να πει ότι έχει στη μνήμη του από το συμβάν καθώς κάτι ασήμαντο στην πορεία μπορεί να χρειαστεί, έχει το δικαίωμα να ζητήσει παύση από τη συνέντευξη και να απαντήσει «δεν ξέρω» αν όντως δεν ξέρει. Είναι σημαντικό το θύμα να παροτρυνθεί να απαντήσει όσο καλύτερα γίνεται.

Η Καραγιάννη (2013) υποστηρίζει ότι, σε αυτές τις περιπτώσεις ο παιδοψυχίατρος πρέπει να μην έρθει σε σύγκρουση με τους γονείς, διότι αν αυτοί θελήσουν μπορούν να απομακρύνουν το παιδί από το νοσοκομείο, χωρίς να έχει πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση της κατάστασης. Ακόμα, αυτό θα φέρει σαν αποτέλεσμα το θύμα να μην εκμυστηρευθεί τα γεγονότα στον επαγγελματία και έτσι να χρειαστούν αρκετές συνεντεύξεις δίχως επιτυχία. Με δεδομένο ότι το διάστημα που θα χρειαστεί περίθαλψη το κακοποιημένο παιδί είναι μικρό, πρέπει να αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη των φροντιστών για να πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση. Ο ειδικός πρέπει να παρατηρεί με λεπτότητα τις σχέσεις ανάμεσα σε φροντιστή και θύμα και να πληροφορηθεί ευγενικά για την «κοινωνικό-οικονομική» κατάσταση των φροντιστών. Τέλος, να εκτιμήσει αν οι φροντιστές χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια.

Η Kellogg (2011) συμπληρώνει, πως η συζήτηση πρέπει να αρχίζει με τον επαγγελματία υγείας να τονίζει στο θύμα ότι είναι η δουλειά του να περιθάλπει τα παιδιά, να τα προστατεύει και να προάγει την υγεία τους. Είναι σημαντική η ύπαρξη σεβασμού και η παρότρυνση του παιδιού, ώστε να αναφέρει περιστατικά που το έκαναν να αισθανθεί ντροπή ή φόβο. Κάποιες φορές τα παιδιά δεν ομολογούν τέτοια περιστατικά γιατί αισθάνονται απειλή από τον θύτη τους. Στη συνέντευξη το θύμα μπορεί να αφηγηθεί το συμβάν με δικά του λόγια και θα ήταν καλό ο συνεντευκτής να κρατά οπτική επαφή με το θύμα. Στο τέλος της συνέντευξης ο ειδικός δεν πρέπει να υποσχεθεί πως το θύμα δεν θα κακομεταχειριστεί πάλι ή ότι ο θύτης θα τιμωρηθεί. Μπορεί όμως να υποσχεθεί ότι θα πληροφορεί το θύμα για όποια ενέργεια διαπράξει (π.χ. εξετάσεις), ότι θα του λύσει όποιες απορίες προκύψουν και ότι θα είναι δίπλα του για να το βοηθήσει.

Οι Snyder et al., (2011) τονίζουν πως η συνέντευξη πρέπει να γίνεται μεμονωμένα στο θύμα, γιατί σε περίπτωση που είναι και ο γονέας μαζί μπορεί να το κατευθύνει. Τα θύματα πρέπει να ερωτώνται αν αισθάνονται ασφαλή στην οικία τους. Τώρα σε περίπτωση που ο γονέας είναι και αυτός θύμα υπάρχει πιθανότητα να μειωθεί η εγκυρότητα των πληροφοριών που θα συλλεχθούν. Επίσης, στην περίπτωση που ο γονέας κάνει χρήση ουσιών πάλι υπάρχουν πιθανότητες για μη βάσιμες πληροφορίες. Παράλληλα, με όλα τα παραπάνω, στην συνέντευξη πρέπει να έχει συμπεριληφθεί και η γλωσσική-πολιτισμική παράμετρος, αφού η συζήτηση

χρειάζεται να γίνει σε μία γλώσσα όπου ο γονέας μπορεί καλύτερα να πει με σαφήνεια όσα γνωρίζει.

Οι Jackson & Jackson (2011) επισημαίνουν ότι, κατά τη διάρκεια που λαμβάνετε το ιατρικό ιστορικό είναι απαραίτητο να ερωτηθεί το θύμα για το αν παίρνει φάρμακα, κάποιες φορές είναι υπαίτια για την κλινική εικόνα του παιδιού. Είναι σημαντικό να ερωτηθεί αν πάσχει από κάποια μόνιμη πάθηση, αφού τα παιδιά με τέτοιου είδους προβλήματα αλλά και αν είναι πρόωρα ή δίδυμα έχουν πολλές πιθανότητες να κακοποιηθούν. Εξίσου είναι σημαντικό, να καταγράφεται οποιοδήποτε περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας που έχει προκληθεί στο παρελθόν καθώς τα παιδιά απειλούνται για τραυματισμό. Ακόμα, πρέπει να σημειωθεί κάθε περιστατικό «ανεξήγητης ασθένειας, τραυματισμού ή θανάτου σε αδέρφια ή σε άλλα παιδιά» τα οποία μένουν στο ίδιο σπίτι, αλλά και αν υπήρχε οικογενειακό ιστορικό κακομεταχείρισης ή ιστορικό ψυχολογικού προβλήματος.

Τέλος, οι Raavilainen & Flinck (2013) αναφέρουν ότι οι γονείς είναι απαραίτητο να ρωτηθούν για το κατά πόσο καλές είναι οι σχέσεις τους με τις/τους συζύγους και ποιοι είναι οι τρόποι τους απέναντι στα παιδιά. Έπειτα, ο διάλογος πρέπει να κυλήσει προς τις «πρακτικές γονικής μέριμνας» και την ενδεχόμενη κακοποίηση, ιδιαίτερα αν οι φροντιστές έχουν βιώσει κακομεταχείριση.

## **5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Πολλοί από τους υγειονομικούς συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών συχνά εστιάζουν στις φυσικές βλάβες του παιδιού (εγκαύματα, τραύματα, εκχυμώσεις) και όχι στις ψυχολογικές. Παρόλο, που οι νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί στην ολική θεραπευτική παρέμβαση, δεν προσανατολίζονται με τη νοσηλευτική περίθαλψη που πρέπει να παρέχουν στα θύματα με μετατραυματικά συμπτώματα. Ίσως αυτό γίνεται διότι ακόμα και σήμερα δεν έχουν δημιουργηθεί σχεδιαγράμματα, που να αφορούν τη νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδιά ύστερα από τραυματικά γεγονότα (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Αρχικά, ο νοσηλευτής σε τέτοιες περιστάσεις πρέπει να λαμβάνει νοσηλευτικό ιστορικό. Είναι καίριας σημασίας να γίνει αντιληπτός ο λόγος που συνέβη το συμβάν, οι συνθήκες του «τραύματος», οι αρχικές αντιδράσεις του θύματος ύστερα από το συμβάν και τις πιθανότητες που υπάρχουν να συμβεί πάλι το τραυματικό γεγονός. Ο νοσηλευτής πρέπει να συλλέξει πληροφορίες για το παιδί από όπου μπορεί, αλλά πρέπει να προσέξει την εγκυρότητα τους. Οι



πληροφορίες θα πρέπει να σχετίζονται με το χαρακτήρα του θύματος, τις αδυναμίες-δυνατότητες του, το κλίμα που ζει, το πώς τα πηγαίνει στο σχολείο, τις αλληλεπιδράσεις που έχει με άλλα άτομα, τα πιθανά προβλήματα που έχει και με το πώς αντιδρά στις δυσχέρειες που του προκύπτουν. Επιπλέον, πρέπει να ρωτήσει εάν υπάρχουν σωματικά-ψυχικά ή διανοητικά προβλήματα, εάν έχει υποστεί κακοποίηση και ποια ήταν η ρουτίνα του παιδιού πριν το τραυματικό συμβάν. Είναι σημαντικό το παιδί με τον νοσηλευτή να συζητούν μόνοι τους και να σημειώνονται όλες οι παρατηρήσεις, καθώς θα βοηθήσουν στη νοσηλευτική φροντίδα. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής πρέπει να προβεί σε νοσηλευτική εκτίμηση. Σε αυτό το σημείο ότι πληροφορία έχει συλλεχθεί από το νοσηλευτικό ιστορικό χρησιμοποιείται, ώστε να φανούν τα υπάρχοντα προβλήματα του θύματος αλλά και της οικογένειάς του. Έτσι θα σχεδιαστούν με σωστό τρόπο, η θεραπευτική προσέγγιση και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

Οι πιο συνήθεις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην παιδική κακοποίηση είναι οι εξής (Ουζούνη & Νακάκης, 2013):

- Η πρώτη και κύρια είναι η προστασία του παιδιού. Το παιδί που έχει βιώσει ένα τραυματικό συμβάν μπορεί να παρουσιάσει αυτοκαταστροφικότητα, δηλαδή να τιμωρεί τον εαυτό του, να παίζει επικίνδυνα παιχνίδια κ.α. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να αποκλείσει τις πιθανές απειλές που μπορεί να έχει το περιβάλλον που ζει, να είναι πολύ προσεκτικός με το παιδί, να το επιβλέπει συνεχώς και ταυτόχρονα να κρατήσει τα όρια στους περιορισμούς, γιατί υπάρχει πιθανότητα το θύμα να τραυματιστεί ξανά.

- Η ανάπτυξη ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Μέσα από αυτό, το θύμα θα λάβει βοήθεια για να αναπτύξει «αυτοεκτίμηση, εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ηθική ενίσχυση, προστασία» και ψυχολογική ισορροπία. Προκειμένου να καλλιεργήσει την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη, θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εκφράζεται περισσότερο. Επίσης, για να μπορέσει να αισθανθεί ασφάλεια χωρίς φόβο, πρέπει η καθημερινότητα του να κυλά με τον ίδιο τρόπο χωρίς αλλαγές και με συνέπεια. Στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι σημαντικό το θύμα να ενημερώνεται πριν προβεί σε οποιαδήποτε διαδικασία/εξέταση που ενδεχομένως επιφέρει πόνο. Έτσι, δεν δημιουργείται επιπλέον συναισθηματική φόρτιση του παιδιού.

- Η κάλυψη των διατροφικών αναγκών του παιδιού, τα οποία εμφανίζουν είτε ανορεξία είτε υπερφαγία. Ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει το παιδί εάν λαμβάνει το προγραμματισμένο φαγητό, να σημειώνει τα γεύματα που παίρνει και τα υγρά και να ασκεί τις ενέργειες που

υποδεικνύονται στην ψυχογενή υπερφαγία. Ακόμα, η ευκαιρία να προτιμήσει το ίδιο το παιδί το τι θέλει να φάει, βοηθά τόσο στις ανάγκες σίτισης όσο και στην αποκατάσταση του ελέγχου. Ο έλεγχος λόγω των συνθηκών έχει εξαφανιστεί και το θύμα δεν είναι σε θέση να επιλέγει για ζητήματα που σχετίζονται με το ίδιο.

- Η αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου, όπου εντάσσονται οι δυσκολίες στο να κοιμηθεί, τα κακά όνειρα και η δημιουργία άγχους όταν πλησιάζει η ώρα να κοιμηθεί. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην κοιμάται προκειμένου να προσέχει το περιβάλλον του. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής μπορεί να ολοκληρώνει τη μέρα του παιδιού με το να αναφέρει ένα εύχαρο πλάνο της ακόλουθης μέρας. Αν το παιδί είναι μικρό, ο νοσηλευτής μπορεί να κάτσει μαζί του μέχρι να το πάρει ο ύπνος, εξιστορώντας του ένα παραμύθι με χαρούμενο θέμα και τέλος. Επίσης, μπορεί να του πει ότι θα πάει γρήγορα κοντά του εάν θελήσει το οτιδήποτε και έτσι θα ενισχύσει το αίσθημα της ασφάλειας και της προστασίας που χρειάζεται.

- Η ενσυναισθητική θεραπευτική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τη θεραπευτική επικοινωνία επωφελή την δημιουργία και την χρήση του σωστού «συναισθηματικού λεξιλογίου» από το θύμα, πράγμα που θα βοηθήσει στο να επικοινωνήσει με πιο απλό τρόπο τις σκέψεις του αλλά και να κάνει λέξεις τα συναισθήματα που νιώθει. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να δείχνει ότι καταλαβαίνει και δέχεται τις συμπεριφορές του παιδιού καθώς, έτσι θα αισθανθεί το ίδιο εμπιστοσύνη προς τον νοσηλευτή αλλά και θα νιώσει άνετα να μιλήσει μαζί του.

- Η αποκατάσταση της έννοιας του ελέγχου. Το θύμα ύστερα από ένα τραυματικό συμβάν θεωρεί ότι δεν έχει κριτική ικανότητα και δεν έχει τον έλεγχο για να αποφασίσει πράγματα για τον εαυτό του. Για αυτό λοιπόν, ο νοσηλευτής πρέπει να εμπνέει προστασία και εμπιστοσύνη προς το παιδί μόνο και μόνο που θα βρίσκεται δίπλα του. Κάτι που θα βοηθήσει το παιδί να εμπιστευτεί τον εαυτό του, είναι το να παίρνει μέρος στην αυτό φροντίδα του. Επίσης, μέσα από το παιχνίδι το θύμα μπορεί να μάθει πώς να αντιμετωπίσει απειλητικές καταστάσεις π.χ. πώς θα ζητήσει τηλεφωνική βοήθεια. Μία ακόμη λύση, προκειμένου να επανέλθει η έννοια του ελέγχου είναι να «φροντίζει» το παιδί άλλα άτομα, ουσιαστικά όταν παρέχουν βοήθεια σε άλλα άτομα αισθάνονται ότι παρέχουν βοήθεια στον ίδιο τους τον εαυτό.

- Η θεραπευτική αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων. Τα παιδιά δυσκολεύονται να περιγράψουν καταστάσεις όταν αυτές σχετίζονται με βία στην οικογένειά τους. Ένας λόγος που συμβαίνει, είναι γιατί δεν γνωρίζουν πώς να προσδιορίσουν κάποια πράγματα και δεν

μπορούν να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Για αυτό λοιπόν, ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να εκφράσει αυτό που το απασχολεί με όποιο εκφραστικό μέσο μπορεί το ίδιο. Επιπλέον, τα παιδιά μέσα από τις ζωγραφιές τους που απεικονίζουν τα προβλήματα τους, μπορούν στην συνέχεια να μιλήσουν για αυτές αναφέροντας τι τα βαραίνει και να εκδηλώσουν άσχημα συναισθήματα. Μέσα από τις ζωγραφιές γίνεται γνωστό το πώς έχουν ερμηνεύσει τα περιστατικά που τους συνέβησαν. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής μπορεί να ρωτήσει το θύμα σχετικά με το τι έχει σχεδιάσει, ξεκινώντας από πράγματα που έγιναν πριν το τραυματικό συμβάν. Επιπρόσθετα, το παιδί μέσα από φωτογραφικό υλικό που περιέχει οικογενειακές του στιγμές, μπορεί πιο εύκολα να πει πράγματα για τη ζωή του και πώς αυτό βλέπει την θέση του μέσα στην οικογένεια. Ένας ακόμη εκφραστικός τρόπος, είναι η αναπαράσταση του συμβάντος μέσα από «διαλόγους κουκλοθέατρου ή από ρόλους του θεατρικού παιχνιδιού» στα οποία το παιδί παίρνει μέρος. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής πρέπει να καθοδηγήσει τη διαδικασία.

- Οι τεχνικές χαλάρωσης. Όποια παιδιά είναι σε θέση να ακούσουν και να εκτελέσουν λεκτικές οδηγίες μπορούν να μάθουν και τις τεχνικές χαλάρωσης. Αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ένα παιχνίδι και θα βοηθήσουν το παιδί να περιορίσει το άγχος του ειδικά όταν αυτό γίνει έντονο. Οι τεχνικές χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός κ.α.) είναι πολύ σημαντικές για το θύμα γιατί με τη βοήθειά τους μπορεί να μαλακώσει το τραυματικό συμβάν από τη μνήμη του, μαζί με της επακόλουθες σωματικές αντιδράσεις.

- Η συμβολική υπέρβαση των δυσκολιών. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο με κάθε τρόπο να δείξει στο παιδί τις «υποτιμημένες ικανότητες» του και να το κάνει να βρει την δύναμη, ώστε να τις βελτιώσει και να βρει πάλι την αυτοεκτίμησή και την αξιοπρέπειά του. Σε αυτό θα βοηθήσει η εξιστόρηση παραμυθιών, όπου αναφέρονται στις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα παιδί που όμως τελικά πετυχαίνει και τις αντιμετωπίζει.

- Η άσκηση και οι δραστηριότητες. Ο νοσηλευτής πρέπει να προτρέπει το θύμα για σωματική άσκηση αλλά και δραστηριότητες (ατομικές ή ομαδικές). Με αυτόν τον τρόπο το άγχος θα περιοριστεί, θα αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του και θα βελτιώσει τις ικανότητές του για την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα.

- Η γνωστική θεραπεία επεξεργασίας. Σύμφωνα με αυτή, ο ειδικός μαθαίνει στο παιδί να δημιουργήσει σωστούς τρόπους περιορισμού του άγχους που είναι επακόλουθο των κακών αναμνήσεων.

- Η εξασφάλιση κοινωνικής στήριξης. Είναι πολύ σημαντικό ύστερα από το τραυματικό γεγονός το παιδί να επιστρέψει στην καθημερινότητά του και να ενταχθεί στην κοινωνία. Με αυτό τον τρόπο θα βοηθηθεί να αντιμετωπίσει τα τραυματικά συμπτώματα. Παίζει σημαντικό ρόλο εάν οι γείτονες-εκπαιδευτικοί και τα παιδιά της ίδιας ηλικίας δεχθούν το θύμα με κατανόηση και στήριξη, καθώς έτσι διορθώνονται πιο γρήγορα οι μετατραυματικές βλάβες.
- Η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο νοσηλευτής πρέπει να προτρέπει τα παιδιά να γυρίσουν στην καθημερινότητά τους, όπως στις ασχολίες που είχαν πριν το συμβάν, στο σχολείο τους, σε δραστηριότητες που τους έδιναν χαρά. Όλα αυτά θα βοηθήσουν την διαδικασία της επούλωση των πληγών που έχει αφήσει το τραυματικό συμβάν. Τέλος, πρέπει το παιδί να έχει εξασκηθεί στις απαντήσεις που ενδεχομένως πρέπει να δώσει στις πιθανές ερωτήσεις των συμμαθητών του προκειμένου να μην αισθανθεί στρες και νιώσει άβολα.
- Η φαρμακευτική αγωγή. Οι γονείς πρέπει να πληροφορηθούν σχετικά με τα φάρμακα που θα πάρει το παιδί. Αυτά θα το βοηθήσουν να περιορίσει τα μετά-τραυματικά συμπτώματα, την αγχώδη διαταραχή και τη κατάθλιψη (Ουζούνη & Νακάκης, 2013).

## **6.Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Σε περίπτωση που κάποια χαρακτηριστικά θέσουν υπόνοια κακοποίησης, πρέπει να δοθεί προσοχή στο ιστορικό που καταγράφεται, αν το θύμα ή κάποιο τρίτο πρόσωπο παραδεχτεί την κακοποίηση, στην αντίδραση του παιδιού, στα συμπτώματα αν υπάρχουν σημάδια και στη σχέση ανάμεσα γονέα ή φροντιστή με παιδί. Είναι αναγκαίο να ρωτηθεί ο τρόπος που προκλήθηκε ο τραυματισμός, σε αυτό το σημείο πρέπει να γίνει αντιληπτό εάν ο γονέας λέει αλήθεια ή ψέματα, γιατί η δικαιολογία του θα είναι ελλιπής (Saperia et al., 2009).

Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που μπορούν να μαρτυρήσουν την κακοποίηση/παραμέληση. Αυτά είναι, όταν ο γονέας δεν δείχνει να καταλαβαίνει τη σοβαρότητα της κατάστασης, δεν είναι υποστηρικτικός με το παιδί, του απευθύνεται άσχημο τρόπο, του αποδίδει ευθύνες για την κατάσταση του (π.χ. ότι φταίει το παιδί που έχει χτυπήσει), δεν του αρέσει καθόλου το γεγονός ότι το θύμα ζήτησε ιατρική περίθαλψη, έχει έντονες αντιπαραθέσεις με τον άλλο γονέα και τέλος το θύμα δείχνει τρομαγμένο απέναντι στον γονέα του (Snyder et al., 2011).

Επιπλέον, στην περίπτωση που ο γιατρός/νοσηλευτής αντιληφθεί ότι υπάρχει περίπτωση παιδικής κακοποίησης πρέπει αρχικά να το πει στο συνεργάτη του, μετά πρέπει να κάνει μια σειρά ερωτήσεων στον εαυτό του, για να καταλάβει τι βοήθεια θέλει αυτό το παιδί τόσο από εκείνον όσο και από τους υπόλοιπους. Αφού, έχει κάνει ότι καλύτερο μπορεί τότε, πρέπει να απευθυνθεί στον ανώτερο του ή σε κάποιο ειδικό που σχετίζεται με αυτά τα ζητήματα. Θα χρειαστεί να συγκεντρώσει όλα τα στοιχεία όσον αφορά την υπόθεση και αν το παιδί βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο, πρέπει να ειδοποιηθεί η αστυνομία ή οι αρμόδιες υπηρεσίες (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

Ακόμη, η Berkowitz (2017) επισημαίνει βήμα προς βήμα τη διαδικασία που ακολουθείται στην ύποπτη σωματική κακομεταχείριση. Πρώτη ενέργεια, είναι οι επαγγελματίες υγείας να πάρουν ένα ιστορικό σχετικά με τον τραυματισμό, δηλαδή να ρωτήσουν αν υπήρχαν τρίτα πρόσωπα όταν συνέβη το περιστατικό, τι συνέβη στο παιδί, αν έψαξαν για ιατρική περίθαλψη αμέσως ή άργησαν. Δεύτερη ενέργεια, είναι να γίνει μία εκτίμηση στο θύμα δίχως τα ρούχα του ώστε δικαιολογηθεί η κλινική του εικόνα, να σημειωθούν αν υπάρχουν εγκαύματα-εκχυμώσεις ή άλλα σημάδια βίας και να φωτογραφηθούν τα στοιχεία που δηλώνουν κακοποίηση. Τρίτη ενέργεια, είναι να αρχίσει η διαγνωστική διαδικασία με γνώμονα τα στοιχεία και την κλινική εικόνα του θύματος, δηλαδή να πραγματοποιηθεί αξονική ή μαγνητική τομογραφία κεφαλής, να ελεγχθούν τα ηπατικά και παγκρεατικά ένζυμα, το μεταβολικό προφίλ κ.α. Τέταρτη ενέργεια, είναι να αντιμετωπιστεί κάθε επείγον σύμπτωμα. Πέμπτη ενέργεια, είναι η ενημέρωση των αρμοδίων υπηρεσιών. Έκτη ενέργεια, είναι να δοθεί στο θύμα νοσηλευτική περίθαλψη σε περίπτωση που απαιτείται. Τέλος, είναι να βρεθεί ένας ειδικός του νοσοκομείου ή ένας κοινωνικός λειτουργός προκειμένου να πραγματοποιήσει μία πλήρη κοινωνική εκτίμηση.

## **Γ΄ ΜΕΡΟΣ**

### **ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)**

#### **1.ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι δευτερογενής και σχεδιάστηκε για την κατανόηση των νέων δεδομένων της παιδικής κακοποίησης. Στόχος της έρευνας, ήταν να εξεταστούν τα νέα δεδομένα που υπάρχουν στο διαδίκτυο όσον αφορά την παιδική κακοποίηση.

#### **2.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από 10 άρθρα στην αγγλική γλώσσα χρονολογίας 2019-2020 και η ηλεκτρονική βάση δεδομένων ήταν το google scholar. Τα άρθρα αυτά αναλύουν πληροφορίες που αφορούν την παιδική κακοποίηση. Σκοπός της μελέτης μου, ήταν η ενημέρωση των νοσηλευτών για την παιδική κακοποίηση και για το πως μπορούν από πλευράς τους να διαχειριστούν το ζήτημα.

#### **3.ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στο google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο από την τελευταία διετία, η επιλογή έγινε από μελέτες/έρευνες. Λέξεις κλειδιά ήταν η παιδική κακοποίηση, ο νοσηλευτής, οι συνέπειες και τα αίτια.

#### **4.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για την εύρεση των επιστημονικών άρθρων αρχικά πήγα στην εφαρμογή Google, πληκτρολόγησα την λέξη scholar και έκανα αναζήτηση. Στην συνέχεια, άνοιξα το google scholar και μπήκα στην σύνθετη αναζήτηση. Εκεί στο "Εύρεση άρθρων με όλες τις λέξεις πληκτρολόγησα την λέξη «child maltreatment» και πάτησα αναζήτηση, μου εμφανίστηκαν 344.000 άρθρα. Επειδή ήταν πολλά σε αριθμό και οι χρονολογίες τους δεν κάλυπταν αυτό που ήθελα, τότε στην επιλογή "επιστροφή άρθρων με ημερομηνίες μεταξύ" έβαλα ημερομηνίες 2019-2020, ώστε να μου εμφανίσει τα πιο πρόσφατα άρθρα. Παράλληλα, στο "Εύρεση

άρθρων με όλες τις λέξεις'' έβαλα '' child maltreatment AND consequences AND factors risk'' και πάτησα αναζήτηση. Σε αυτό το σημείο μου εμφανίστηκαν 17.300 άρθρα, εκ των οποίων κάποια τα χρησιμοποίησα. Ο τελευταίος συνδυασμός λέξεων που έκανα στο ''Εύρεση άρθρων με όλες τις λέξεις'' ήταν ''child maltreatment AND nurse'', αφήνοντας ίδιες τις ημερομηνίες και πάτησα αναζήτηση. Τότε εμφανίστηκαν 16.100 άρθρα, όπου χρησιμοποίησα το πρώτο στην σειρά. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων ήταν «παιδική κακοποίηση» (child maltreatment), «επιπτώσεις» (consequences), «παράγοντες κινδύνου» (factors risk) και «νοσηλεύτης» (nurse). Ο συνδυασμός των λέξεων αυτών με βοήθησε να συγκεντρώσω τα δέκα άρθρα που χρειαζόμουν. Ο τρόπος που επέλεξα αυτά τα άρθρα ήταν με βάση το θέμα της αναζήτησης μου ελέγχοντας τον τίτλο των άρθρων που μου εμφάνιζε η μηχανή αναζήτησης, τις λέξεις κλειδιά που είχαν καθώς και την περίληψη τους. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα κύρια χαρακτηριστικά των δέκα άρθρων με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.

## 5.ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

α/α	Συγγραφέας/έτος δημοσίευσης/Χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κυρία ευρήματα άρθρου
1	Yananda, M., Jiangliang, Q. & Chen, C.. /2020/ Μαλάουι, Κίνα	Συγκριτική	Αυτή η μελέτη στοχεύει στη δοκιμή της επιβλαβούς και μη ισοδύναμης υπόθεσης της παιδικής κακοποίησης.	Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εμφάνισης παιδικής κακοποίησης και των αποτελεσμάτων της παιδικής συμπεριφοράς.

2	Lawson, M., Piel, M. H. & Simon, M./2020/ Ηνωμένες Πολιτείες	Ποσοτική	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 COVID19 αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για παιδική κακοποίηση.
3	Baldwin, H., Biehal, N., Allgar, V., Cusworth, L., & Pickett, K. /2020/ Αγγλία.	Μελέτη κοόρτης	Αυτή η μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών και των περιστάσεων των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον επακόλουθο εντοπισμό ανησυχιών σχετικά με την παιδική κακοποίηση.	Ο εντοπισμός πολλαπλών παραγόντων κινδύνου σε αυτή τη μελέτη υποστηρίζει τους ισχυρισμούς ότι οι μεμονωμένες στοχευμένες παρεμβάσεις είναι απίθανο να είναι επιτυχείς στην πρόληψη ή τη μείωση της παιδικής κακοποίησης.
4	C.G. McDonnell, A. D. Boan, C.C. Bradley, K. D. Seay, J. M. Charles, L. A. Carpenter /2019.	Ποσοτική μελέτη	Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των πιθανοτήτων κακομεταχείρισης μεταξύ παιδιών με ASD ή/και ID σε σύγκριση με τον πληθυσμό.	Τα παιδιά με ASD ή/και ID διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακομεταχείρισης. Απαιτούνται επειγόντως εμπειρικά υποστηριζόμενες προσεγγίσεις/ αξιολογήσεις και



				παρεμβάσεις για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση του τραυματικού στρες που σχετίζεται με την κακομεταχείριση στην ASD.
5	Lakhdir, M. P. A., Nathwani, A. A., Ali, N. A., Farooq, S., Azam, S. I., Khaliq, A., & Kadir, M. M./ 2019/ Πακιστάν.	Μελέτη διατομής	Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε να προσδιορίσει τη σχέση διαγενεακής κακοποίησης με το CEM (παιδική συναισθηματική κακομεταχείριση).	Η παρούσα μελέτη παρείχε στοιχεία σχετικά με τη μετάδοση της κακοποίησης μεταξύ των γενεών υποδεικνύοντας την έγκαιρη πρόληψη για να σπάσει ο κύκλος της παιδικής κακοποίησης μέσω γενεών.
6	St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M./ 2019/ Καναδά	Ποσοτική μελέτη	Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αναγνωρίσει τους παράγοντες που θα μπορούσαν να διαχωρίσουν τις δυνάδες μητέρας-παιδιού που παρουσίασαν διαγενεακή συνέχεια στην κακομεταχείριση, από τις δυνάδες μητέρας-παιδιού	Ένα από τα βασικά ευρήματα αυτής της μελέτης είναι ότι οι μητέρες που διαιωνίζουν τον κύκλο κακομεταχείρισης εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρεσογόνων παραγόντων και είχαν λιγότερη οικογενειακή υποστήριξη από τις μητέρες που έσπασαν τον κύκλο.

			που χαρακτηρίστηκαν από διαγενεακή ασυνέχεια.	
7	Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H./ 2020.	Ποσοτική μελέτη	Ανάλυση των διαστάσεων μέσω του ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος, σε σχέση με τη διάγνωση και τα συμπτώματα της κατάθλιψης.	Μέσω των αναλύσεων παρέχουν σημαντικές ενδείξεις για τη σχέση παιδικής κακοποίησης και κατάθλιψης, τονίζοντας τη συσχέτιση με τη συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία.
8	Clemens, V., Berthold, O., Witt, A., Sachser, C., Brähler, E., Plener, P. L., ... Fegert, J. M./2019/ Γερμανία.	Παρατηρητική μελέτη	Η ψυχική ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένους κινδύνους για όλους τους τύπους παιδικής κακοποίησης.	Ο ρόλος της πρόληψης της παιδικής κακοποίησής σε οικογένειες με δυσλειτουργίες, συνεπάγεται η προστασία του παιδιού.
9	Degli Esposti, M., Pinto Pereira, S. M., Humphreys, D. K., Sale, R. D., & Bowes, L./2020/ Βρετανία.	Μελέτη κοόρτης	Να εξεταστούν οι συσχετισμοί μεταξύ κακομεταχείρισης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε	Η κακομεταχείριση των παιδιών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

			όλη τη διάρκεια της ζωής.	
10	Lines, M. L. E., Grant, J. M., & Hutton, A./2020/ Αυστραλία.	Ποιοτική μελέτη.	Η παρούσα μελέτη διερευνά τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτών για τη διατήρηση της ασφάλειας των παιδιών από την κακομεταχείριση.	Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εντοπίζουν και να ανταποκρίνονται στην κακομεταχείριση των παιδιών και να διατηρούν θεραπευτικές σχέσεις με τους γονείς για να εξασφαλίσουν συνεχή πρόσβαση σε ευάλωτα παιδιά.

## 6.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.

### 6.1. Παράγοντες που οδηγούν στην παιδική κακοποίηση

Η έρευνα των Baldwin et al., το 2020, εξέτασε τον τρόπο ζωής και τα χαρακτηριστικά μιας εγκυμονούσας και το κατά πόσο αυτά επηρεάζουν τις πιθανότητες για παιδική κακομεταχείριση. Βρέθηκε ότι η μικρή ηλικία κύησης, η απουσία γνώσεων σχετικά με την εγκυμοσύνη και το μωρό, η ψυχολογική διαταραχή, το κάπνισμα, η πολυμελής οικογένεια, η μία μόνο εγκυμοσύνη, η απώλεια εργασίας του πατέρα καθώς το κάπνισμα και η στέρηση είναι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Παράλληλα, οι McDonnell et al., το 2019 από την έρευνα τους βρήκαν μεγάλο κίνδυνο κακοποίησης στα παιδιά με κάποιο πρόβλημα ανάπτυξης. Ειδικότερα, όσα είχαν συνδυασμό αυτισμού-διανοητικής δυσλειτουργίας και μόνο διανοητική δυσλειτουργία εμφάνιζαν διπλάσιο και τριπλάσιο κίνδυνο να βιώσουν οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης και όσα παιδιά είχαν αυτισμό κινδύνευαν από σωματική κακομεταχείριση. Επιπρόσθετα, οι Lakhdir et al., το 2019, στην έρευνά τους ανακάλυψαν επίσης ότι η παιδική συναισθηματική κακοποίηση σημείωσε άνοδο στα παιδιά όπου οι γονείς τους είχαν

κακομεταχειριστεί σε μικρή ηλικία. Έτσι, επιβεβαίωσαν ότι η θυματοποίηση των γονέων αναπαράγει την κακομεταχείριση στα παιδιά τους. Ακόμα, οι St-Laurent et al., στην έρευνά τους το 2019, αναφέρουν ότι οι κακοποιημένοι γονείς στην παιδική τους ηλικία μεταφέρουν τη βία στα παιδιά τους, όμως υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που ενώ ήταν θύματα κακομεταχείρισης δεν φέρθηκαν με βία στα παιδιά τους. Οι ερευνητές βρήκαν ότι συγκριτικά με τις μητέρες που δεν κακοποίησαν τα παιδιά τους, όσες διαίωνισαν τη βία ενδεχομένως είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση, παραμέληση, κακοποίηση από αρκετούς ανθρώπους και ίσως να υποστούν μετέπειτα κακομεταχείριση από τους συζύγους τους και τέλος δεν είχαν καμία βοήθεια από το οικιακό περιβάλλον. Τέλος, οι Clemens et al., το 2019 βρήκαν ότι η ψυχική νόσος ενός ατόμου της οικογένειας μεγαλώνει τις πιθανότητες εμφάνισης όλων των ειδών παιδικής κακοποίησης, ομοίως και η χρήση ουσιών, η κακοποίηση της μητέρας, ο εγκλεισμός σε σωφρονιστικό ίδρυμα και το διαζύγιο. Τα επιβλαβή βιώματα της παιδικής ηλικίας που αφορούν την κακή λειτουργία του σπιτιού εμφανίζουν τεράστιες πιθανότητες πρόκλησης όλων των ειδών κακοποίησης. Η κακομεταχείριση των παιδιών οδηγεί στις επιπτώσεις δυσλειτουργίας των νοικοκυριών, γεγονός που τονίζει τη σημασία της αποτροπής των παιδιών από τέτοια φαινόμενα.

## **6.2. Πως επηρεάζονται τα παιδιά από την παιδική κακοποίηση**

Οι Humphreys et al., το 2020, από την έρευνά τους εντόπισαν πως οι περισσότερες περιπτώσεις κακομεταχείρισης συνδεόταν με κλινική εικόνα κατάθλιψης. Βρήκαν ότι η συναισθηματική κακοποίηση και η συναισθηματική παραμέληση είχαν σημαντική αλληλεπίδραση με την κατάθλιψη από ότι τα υπόλοιπα είδη κακοποίησης, τα οποία επηρέασαν και αυτά σε έναν βαθμό. Επίσης, οι ερευνητές Degli Esposti et al., το 2020 ανακάλυψαν ότι η κακομεταχείριση στη νεαρή ηλικία είχε μεγάλα ποσοστά ανάρμοστης συμπεριφοράς (στο μέλλον) ειδικά στα παιδιά-ενήλικες που έπεσαν θύματα σε αρκετά από τα είδη της κακοποίησης. Συμπεραίνει κανείς, ότι η παιδική κακομεταχείριση επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά στην κοινωνία, μάλιστα έχει τεράστια επιρροή μέχρι και τα 50 χρόνια του ατόμου.

## **6.3. Επίπεδο γνώσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παιδική κακοποίηση**

Η έρευνα των Lines et al., το 2020, έδειξε ότι ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντικός για την εξασφάλιση της υγείας των παιδιών από την κακοποίηση. Αυτό γιατί προσπαθούν να

διατηρούν σχέσεις επικοινωνίας με τους γονείς, ανιχνεύοντας σημάδια κακοποίησης και διαδοχικά να επιλύουν το πρόβλημα.

#### **6.4. Η επίδραση της πανδημίας στην παιδική κακοποίηση**

Οι Lawson et al., το 2020, μέσα από την μελέτη τους βρήκαν ότι η ανεργία εν μέσω πανδημίας θα επιφέρει ψυχολογική και σωματική κακοποίηση. Από τη διαδικασία αυτή προέκυψε ότι όσοι έμειναν άνεργοι ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί και τα παιδιά τους είχαν υποστεί ψυχολογική κακοποίηση στη διάρκεια του covid-19. Συμπερασματικά, η ανεργία στο χρονικό διάστημα του covid-19 αυξάνει τις πιθανότητες κακοποίησης.

#### **6.5. Ο αυστηρός τρόπος διαπαιδαγώγησης μια λανθάνουσα μορφή κακοποίησης**

Οι Yananda et al., στην έρευνα τους το 2020, ανακάλυψαν ότι η κακομεταχείριση επιφέρει προβλήματα ποικίλου βαθμού στα παιδιά. Γενικά, υποστηρίζεται πως και οι αυστηρές μέθοδοι ανατροφής (εκτός από την κακοποίηση), προκαλούν κακές επιπτώσεις στην συμπεριφορά των παιδιών. Γι' αυτό το λόγο, οι εκπαιδευτικοί των παιδιών μικρής ηλικίας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί, γιατί η ψυχολογική πειθαρχία σε αντίθεση με την σωματική μπορεί να καλυφθεί.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, καθώς γίνονται γνωστά ολοένα και περισσότερα περιστατικά. Αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για την κοινωνία, καθώς επιφέρει πληθώρα επιπτώσεων στα θύματα της. Έχει πολυπαραγοντικά αιτία, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορεί να υπάρξει μια και μοναδική λύση για τον έλεγχο της. Αντίθετα, απαιτείται ευελιξία και προσαρμογή των παρεμβάσεων ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των θυμάτων, των θυτών και του είδους κακοποίησης. Επίσης, εξαιτίας της πολυπλοκότητας του φαινομένου απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια και ενιαίο σχέδιο δράσης όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο. Ο μεγάλος αριθμός αρνητικών συνεπειών στην ανάπτυξη των παιδιών, που δεν περιορίζεται στην παιδική ηλικία αφήνει τα σημάδια του και στην ενήλικη ζωή, υπογραμμίζει την ανάγκη λήψης μέτρων για το περιορισμό του φαινομένου. Είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν επιπλέον μελέτες και ειδική εκπαίδευση όσον αφορά τους νοσηλευτές, γιατί έρχονται σε άμεση επαφή με τα κακοποιημένα παιδιά και πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα «σημάδια». Επιπλέον, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές να ενεργούν όσο το δυνατό καλύτερα μπορούν για να δώσουν την κατάλληλη φροντίδα στα παιδιά αλλά και για να περιορίσουν το φαινόμενο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **Agrawal, N. & Kelley, M.**, 2020. Child abuse in times of crises: lessons learned. *Clinical pediatric emergency medicine*, 21(3), 100801.
- **Alink, L. R., Euser, S., van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J.**, 2013. Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*, 48(2), p.117-127.
- **Baldwin, H. et al.**, 2020. Antenatal risk factors for child maltreatment: linkage of data from a birth cohort study to child welfare records. *Child Abuse & Neglect*, 107, p. 1-11.
- **Barron, C., E., & Jenny, C.**, 2011. Definitions and Categorization of Child Neglect. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.539–543.
- **Bennett, D.S., Sullivan, M.W.& Lewis, M.**, 2006. Relations of parental report and observation of parenting to maltreatment history. *Child Maltreatment*, 11(1), p.63–75.
- **Bennett, S.**, 2011. Female Genital Mutilation/Cutting. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.134-141.
- **Berkowitz, C. D.**, 2017. Physical abuse of children. *New England Journal of Medicine*, 376(17), p.1659-1666.
- **Black, D., Smith Slep, A.M. & Heyman, R.**, 2001. Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and Violent Behaviour*, 6(2), p.189-201.
- **Black, M. M.& Oberlander, S. E.**, 2011. Psychological Impact and Treatment of Neglect of Children. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.490–500.
- **Block, R. W. & Hurley, T. P.**, 2011. The Response of Professional and Other Nonprofit Organizations to Child Maltreatment. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.615–619.
- **Clemens, V. et al.**, 2019. Child maltreatment is mediating long-term consequences of household dysfunction in a population representative sample. *European psychiatry*, 58, p.10-18.

- **Clemmons, J., C., Walsh, K., DiLillo, D. & Messman-Moore, T. L.,** 2007. Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child maltreatment*, 12(2), p.172-181.
- **Daro, D., & Dodge, K., A.,** 2009. Creating community responsibility for child protection: Possibilities and challenges. *The Future of Children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 19(2), p.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 & Neglect*, 99, p.1-13.
- **Doxiadis, S., A.,** 1989. “Children, Society And Ethics” & “Child Abuse And Neglect”.
- **DuPre, D., P., & Sites, J.,** 2015. *Child Abuse Investigation Field Guide*. USA: Academic Press.
- **Dwyer, T., L.,** 2011. The Essentials of an Effective Child Welfare System. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.628–633.
- **Euser, E., M., van IJzendoorn, M., H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M., J.,** 2011. Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child maltreatment*, 16(1), p.63-73.
- **Gunnlaugsson, G., & Finarsdottir, J.,** 2018. Icelandic society is taking firmer steps to tackle the diverse forms of child abuse and neglect that is ‘s children are exposed to. *Acta paediatrica*, 107(9), p.1500-1511.
- **Hobbs, C., J., & Biló, R., A.,** 2009. Nonaccidental trauma: clinical aspects and epidemiology of child abuse. *Pediatric radiology*, 39(5), p.457-460.
- **Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S.,** 2008. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), p.797-810.
- **Humphreys, K., L., et al.,** 2020. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 102, p. 1-20.
- **Jackson, A. M. & Jackson, B. M.,** 2011. Documenting the Medical History in Cases of Possible Physical Child Abuse. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.209–214.



- **Jordan, K., S., MacKay, P., & Woods, S., J.,** 2017. Child maltreatment: Optimizing recognition and reporting by school nurses. *NASN schoolnurse*, 32(3), p.192-199.
- **Keeshin, B., R., & Corwin, D., L.,** 2011. *Psychological Impact and Treatment of Sexual Abuse of Children*. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.461–475.
- **Kellogg, N. D.,** 2011. Interviewing Children and Adolescents About Suspected Abuse. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p. 41–50.
- **Kolko, D., J., & Kolko, R., P.,** 2011. Psychological Impact and Treatment of Physical Abuse of Children. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.476–489.
- **Lakhdar, M., P., A., et al.,** 2019. Intergenerational transmission of child maltreatment: Predictors of child emotional maltreatment among 11 to 17 years old children residing in communities of Karachi, Pakistan. *Child abuse & neglect*, 91, p.109-115.
- **Laskey, A., L.,** 2011. Epidemiological Issues in Child Maltreatment Research, Surveillance, and Reporting. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.3–9.
- **Lawson, M., Piel, M., H., & 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(2), p. 1-11.
- **Lines, M., L., E., Grant, J. M. & 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, p.1-9.
- **McDonnell, C. G. et al.,** 2019. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), p. 576–584.
- **Modelli, M. E., Galvão, M. F. & Pratesi, R.,** 2012. Child sexual abuse. *Forensic science international*, 217(1-3), p.1-4.
- **Nies, M., A., & McEwen, M.,** 2011. *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Μεταφράστηκε από την μεταφραστική ομάδα των εκδόσεων Δ. Λαγός. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

- **Paavilainen, E., & Flinck, A.,** 2013. National clinical nursing guideline for identifying and intervening in child maltreatment within the family in Finland. *Child abuse review*, 22(3), p.209-220.
- **Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. & Cuber, T.,** 2011. Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of advanced nursing*, 67(2), p.384-393.
- **Patno, K., M.,** 2011. The Prevention of Child Abuse and Neglect. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.605-609.
- **Preethy, N. A. & Somasundaram, S.,** 2020. Awareness of child abuse and neglect among working parents in Chennai, India: A knowledge, attitude and practice (KAP) survey. *Journal of family medicine and primary care*, 9(2), p.602-608.
- **Rao, S., & Lux, A., L.,** 2012. The epidemiology of child maltreatment. *Paediatrics and Child health*, 22(11), p.459-464.
- **Robinson, Y.,** 2019. Child abuse: types and emergent issues. In I. Bryce, Y. Robinson & W. Petherick, eds. 2019. *Child Abuse and Neglect: Forensic Issues in Evidence, Impact and Management*. United Kingdom: Academic Press. p.3-22.
- **Runyan, D., K., & Zolotor, A. J.,** 2011. International Issues in Child Maltreatment. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.620-627.
- **Saperia, J., Lakhanpaul, M., Kemp, A. & Glaser, D.,** 2009. When to suspect child maltreatment: summary of NICE guidance. *Bmj*, 339, p.230-232.
- **Schols, M. W., De Ruiter, C. & Öry, F. G.,** 2013. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC public health*, 13(1), p.1-16.
- **Sinnamon, G., C., B.,** 2019. The Pathological Consequences of Exposure to Domestic and Family Violence in Childhood. In I. Bryce, Y. Robinson, W. Petherick, eds. 2019. *Child Abuse and Neglect Forensic Issues in Evidence, Impact and Management*. London: Academic Press. p.175–202.
- **Snyder, K. R., Currie, M. L. & Stockhammer, T. F.,** 2011. Interviewing Caregivers of Suspected Child Abuse Victims. In C. Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.51-59.

- **Spilsbury, J. C. et al.,** 2007. Clinically significant trauma symptoms and behavioral problems in a community-based sample of children exposed to domestic violence. *Journal of Family Violence*, 22(6), p.487-499.
- **Srivastava, K.,** 2011. Child labour issues and challenges. *Industrial psychiatry journal*, 20(1), p.1-3.
- **Stewart, D.,** 2011. Physical Findings in Children and Adolescents Experiencing Sexual Abuse or Assault. In C.Jenny, eds. 2010. *Child Abuse and Neglect Diagnosis, Treatment, and Evidence*. Canada: Elsevier Saunders. p.82–92.
- **St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M.,** 2019. Intergenerational continuity/discontinuity of child maltreatment among low-income mother–child dyads: The roles of childhood maltreatment characteristics, maternal psychological functioning, and family ecology. *Development and psychopathology*, 31(1), p.189-202.
- **Taylor, J. & Bradbury-Jones, C.,** 2015. Child maltreatment: every nurse's business. *Nursing Standard*, 29(29), p.53-58.
- **Teicher, M. H. & Samson, J. A.,** 2013. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*, 170(10), p.1114-1133.
- **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. p. 501-515.
- **World Health Organization (WHO) & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect** 2006. Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva. <https://www.who.int/iris/handle/10665/43499>
- **World Health Organization (WHO),** 2020. Preventing Child Maltreatment. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- **Yananda, M., Jiangliang, Q., & Chen, C.,** 2020. The relationships between child maltreatment and child behavior problems. Comparative study of Malawi and China. *Children and Youth Services Review*, 119, p.1-39.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αβραμικά, Μ., Λαφαζάνη, Π. & Στεφανούδη, Ε.,** 2013. Παιδική Κακοποίηση και Παρεμβάσεις. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(3), σελ. 146-151.
- **Κώδικας Νοσηλευτικής δεοντολογίας,** 2011. [https://nurs.hmu.gr/wp-content/uploads/drupal/nurs/att/kwdikas\\_noshl\\_deontologias.pdf](https://nurs.hmu.gr/wp-content/uploads/drupal/nurs/att/kwdikas_noshl_deontologias.pdf)
- **Θεμελή, Ο.,** 2013. Εξετάζοντας ανήλικα θύματα κακοποίησης: δικανικές συνεντεύξεις, θεσμικό πλαίσιο, πρωτόκολλα εξέτασης και βασικές αρχές δεοντολογίας. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. σ.76-93.
- **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](http://kesy.dra.sch.gr/images/pdfs/Odigos_Efarmogis_protokollou_kakopiisis.pdf)
- **Καραγιάννη, Σ.,** 2013. Η αντιμετώπιση παιδιών-θυμάτων βίας σε Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Στο Θ. Σταφυλά, επιμ. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. σ.126-133.
- **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.,** 2010. Η κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια. *Ιατρικά θέματα*, 51 (60), σελ.51-54.
- **Μπάρλου, Ε., & Ρούσσου, Α.,** 2010. Σωματική κακοποίηση και παραμέληση. Στην Ι. Γιαννοπούλου, Α. Δουζένης & Λ. Λύκουρα, έκδοση, 2010. *Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Πασχαλίδης. σελ. 93-107.
- **Μυλωνάκη, Α.,** 2016. Ο κύκλος της Βίας, Animartists, Αθήνα. <https://www.animartists>.
- **Νικολαΐδης, Γ., και συν,** 2018. Διάδοση της έκθεσης των παιδιών σε βία σε όλη τη διάρκεια του χρόνου και κατά το παρελθόν έτος σε 9 χώρες των Βαλκανίων: η μελέτη BECAN. *Ψυχιατρική και ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων*, 12 (1), σελ.1-15.

- 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.
- Δοξιάδης, Σ., n.d., Διαγνωστική Και Θεραπευτική Μονάδα Για Το Παιδί. Διαθέσιμο στο: <https://www.doxiadis-unit.gr/monada-doxiadis>
- Τσίτουρα, Σ., 2009. Σωματική κακοποίηση του παιδιού. Στην Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη, έκδοση, 2009. *Βία στην οικογένεια: Τεκμηριωμένη πρακτική και τεκμήρια από την πρακτική*. Αθήνα: ΚΨΜ. σελ. 94-116.
- Χαμόγελο του παιδιού, 2018. Ετήσια Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία. [https://www.hamogelo.gr/media/uploads\\_file/2019/01/31/p1d2hni3ha5pg1gtrdj11hj9od42u.pdf](https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2019/01/31/p1d2hni3ha5pg1gtrdj11hj9od42u.pdf)
- Χαμόγελο του παιδιού, 2019. Ετήσια Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία. [https://www.hamogelo.gr/media/uploads\\_file/2020/02/25/p1e1tntodr11krj9p1f5j1jhcsd6j.pdf](https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2020/02/25/p1e1tntodr11krj9p1f5j1jhcsd6j.pdf)
- Χαμόγελο του παιδιού, 2020. Ετήσια Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία. [https://www.hamogelo.gr/media/uploads\\_file/2021/02/03/p1etip7orcmlj1mrp1g5pthe1jkbt.pdf](https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2021/02/03/p1etip7orcmlj1mrp1g5pthe1jkbt.pdf)
- Χατζηφωτίου, Σ., 2005. Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών. Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την παιδική εργασία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλα.
- Χολέβα, Β., Παρλαπάνη, Ε., Μποζίκας, Β. Π. & Φωκάς, Κ., 2016. *Εγχειρίδιο Κλινικής Εκπαίδευσης στην Ψυχική Υγεία*. Θεσσαλονίκη: University studio press.