



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ Ή ΑΤΥΧΗΜΑ; Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΕΤΣΟΥ ΤΑΤΙΑΝΑ

ΚΑΤΕΛΟΥΖΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ - ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: της παρούσας εργασίας, είναι να γίνει μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την παιδική κακοποίηση και τον ρόλο του νοσηλευτή. Πραγματοποιείται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του φαινομένου από τη μυθολογία μέχρι τη σύγχρονη εποχή. Στη συνέχεια αναφέρονται τα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα των τελευταίων τριών ετών, οι μορφές, τα διαγνωστικά κριτήρια και οι τρόποι πρόληψης της παιδικής κακοποίησης. Ακόμη, παρουσιάζεται το προφίλ των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους και ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή σε όλα τα παραπάνω.

Υλικό-Μέθοδος: Το υλικό της εργασίας εκμαιεύτηκε από τη διεθνή, την Ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία αλλά και από το διαδίκτυο κάνοντας χρήση επίσημα αναγνωρισμένων πηγών. Μερικές από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στο παρών πόνημα είναι science direct, pap med και το google scholar.

Αποτελέσματα: της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν ότι η παιδική κακοποίηση υπήρχε ανέκαθεν και είναι παρούσα σε όλες τις κοινωνίες ανεξαρτήτως κοινωνικοπολιτισμικού και οικονομικού υπόβαθρου. Επίσης, ότι απαιτείται από τους νοσηλευτές συνεχής επιμόρφωση και εξειδίκευση ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα σημεία και τα σημάδια που την υποδηλώνουν καθώς και να αναγνωρίζουν τον τρόπο που θα ενεργήσουν. Τέλος ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται να είναι καταλυτικός στον τερματισμό και την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης.

Συμπεράσματα: Η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο το οποίο δεν θα εκλείψει από τις κοινωνίες παρά τη συνεχή εξέλιξή τους. Παρ' όλα αυτά ο νοσηλευτής διαδραματίζει ενεργό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη της αλλά και τον ρόλο του δασκάλου και του καθοδηγητή μέσα στην κοινωνία.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to systematically review the bibliography on child abuse and the role of the nurse. A short historical review of the phenomenon from mythological times to the modern era is presented. In addition, there are references regarding the epidemiological data of the last 3 years for Greece, the forms of, the diagnostic criteria and ways to prevent child abuse. Also, the profile of parents who abuse their children is presented in relation to the important role of the nurse.

Materials and Methods: The study gathers material from international and Greek bibliography and articles in addition to online official sources. Some of the online databases used were Science Direct, Pap Med and Google Scholar.

Results: The results of the review showed that child abuse has always existed and is present in all kinds of societies independent of sociopolitical and economic background. Moreover, continuous specialization and education is required of nurses in order to be able to recognize the signs of child abuse and find the correct way to intervene. Lastly, the role of the nurse seems to be integral in ending and preventing child abuse.

Conclusion: Child abuse is a phenomenon that is not going to vanish from society in spite of continuous evolution. Either way, the nurse plays an active part in recognizing and preventing it but also as a teacher and a guide inside society.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	Σελ. 3
ABSTRACT	Σελ. 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Σελ. 9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	
ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	Σελ.11
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ...	Σελ. 12
1.1 Η παιδική κακοποίηση στην αρχαία Ελλάδα	Σελ. 14
1.2 Η παιδική κακοποίηση τη περίοδο του Βυζαντίου	Σελ. 15
1.3 Η παιδική κακοποίηση κατά τον 17 ^ο αιώνα	Σελ. 17
1.4 Η παιδική κακοποίηση κατά τον 19 ^ο αιώνα	Σελ. 18
1.5 Η παιδική κακοποίηση κατά τον 20 ^ο αιώνα	Σελ. 20
1.6 Η παιδική κακοποίηση τις μέρες μας	Σελ. 20
1.7 Η επιδημιολογία της παιδικής κακοποίησης	Σελ. 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.	
ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	Σελ. 25
2.1 Σωματική κακοποίηση	Σελ. 25
2.2 Σεξουαλική κακοποίηση	Σελ. 25
2.3 ψυχολογική κακοποίηση	Σελ. 26
2.4 Παιδική παραμέληση	Σελ. 27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	
ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	Σελ. 28
3.1 Σωματική κακοποίηση	Σελ. 28
3.1.1 Μώλωπες	Σελ. 28
3.1.2 Διαφορική διάγνωση της παιδικής κακοποίησης	Σελ. 30

3.1.3 Αντικείμενα που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στο σώμα του παιδιού	Σελ. 33
3.1.4 Εγκαύματα	Σελ. 34
3.1.4.1 Διαφορική διάγνωση των εγκαυμάτων	Σελ. 35
3.1.5 Πολιτισμικές πρακτικές	Σελ. 37
3.1.6 Σύνδρομο ανατάραξης νεογνού	Σελ. 37
3.1.7 Σύνδρομο Μινχάουζεν δι` αντιπροσώπου	Σελ. 41
3.2 Ψυχολογική κακοποίηση	Σελ. 41
3.2.1 Τύποι συναισθηματικής κακοποίησης	Σελ. 44
3.2.2 Αιτιολογία	Σελ. 45
3.2.3 Συναισθηματική κακοποίηση και διατροφικές διαταραχές	Σελ. 46
3.3 Παραμέληση	Σελ. 46
3.3.1 Σωματική παραμέληση	Σελ. 48
3.3.2 Παραμέληση ασφάλειας	Σελ. 50
3.3.3 Συναισθηματική παραμέληση	Σελ. 50
3.3.4 Εκπαιδευτική παραμέληση	Σελ. 51
3.3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση	Σελ. 53
3.4 Σεξουαλική κακοποίηση	Σελ. 53
3.4.1 Η διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης	Σελ. 55
3.4.2 Διαφορική διάγνωση	Σελ. 57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ Σελ. 61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Σελ. 66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.. Σελ. 69

6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σεξουαλική κακοποίηση

Σελ. 73

6.1.1 Νοσηλευτική διεργασία στη σεξουαλική κακοποίηση	Σελ. 74
6.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σωματική κακοποίηση	Σελ. 76
6.2.1 Νοσηλευτική διεργασία στη σωματική κακοποίηση	Σελ. 77
6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη συναισθηματική κακοποίηση	Σελ. 79
6.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στην κοινότητα	Σελ. 80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	Σελ. 82
---	----------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ. 85
---------------------------	----------------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Τα στατιστικά της παιδικής κακοποίησης για την Ελλάδα από το 2013 έως το 2015	Σελ. 18
Πίνακας 7.1: Νοσηλευτική διεργασία της σεξουαλικής κακοποίησης	Σελ.
Πίνακας 7.2: Νοσηλευτική διεργασία της σωματικής κακοποίησης	Σελ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση και η εγκατάλειψη δεν είναι ένα τωρινό φαινόμενο. Η παιδοκτονία και η κακομεταχείριση των παιδιών είναι φαινόμενα γνωστά ήδη από την ελληνική μυθολογία αλλά και την αρχαιότητα. Οι ρίζες της εντοπίζονται στην αρχαία Ελλάδα και μετέπειτα στην ρωμαϊκή αυτοκρατορία. Είναι γνωστό από την ιστορία μας ότι παραδείγματος χάριν τα παραμορφωμένα παιδιά και βρέφη θηλυκού γένους τα άφηναν να πεθάνουν είτε ακόμα και να τα θανατώνουν (Stavrianos and Metska, 2002). Ακόμα και κατά τη Βυζαντινή περίοδο, όπου επικρατούσε ο χριστιανισμός, η παιδική κακοποίηση θα μπορούσε κάποιος να πει ότι βρισκόταν στο απόγειο της. Πρόωροι γάμοι, παιδική πορνεία, παιδεραστία και αιμομιξίες είναι μερικά απ' όσα συνέβαιναν κατά τη περίοδο του Βυζαντίου. Μόλις το 1962 η σωματική κακοποίηση περιγράφηκε ως ένα σύνδρομο στο χώρο της ιατρικής, από τον Αμερικανό παιδίατρο Henry Kempe, ο οποίος περιέγραψε ένα σύνδρομο που συνδύαζε χαρακτηριστικές κακώσεις, συνήθως σε διάφορα στάδια επούλωσης, ειδική συμπεριφορά των γονέων ή αυτών που είχαν την αποκλειστική φροντίδα των παιδιών και ειδικές κοινωνικές συνθήκες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου., 1998).

Τα παιδιά από την στιγμή της γέννησης τους περιμένουν από τους γονείς τους στοργή, ενδιαφέρον, αγάπη, έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι βρίσκονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον και να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ τους. Δυστυχώς για κάποιους λογούς κάποιες φορές οι γονείς αποτυγχάνουν να επιτελέσουν σωστά το γονικό τους ρόλο, υιοθετώντας βίαιες και βλαβερές συμπεριφορές με δυσάρεστα αποτελέσματα. Παρόλο που βρισκόμαστε στον 21^ο αιώνα και υποστηρίζουμε τις σύγχρονες ιδέες για την προστασία και τα δικαιώματα του παιδιού, μέσα από διάφορους μηχανισμούς του κράτους, μέσα από εθνικές και διεθνείς οργανώσεις, δυστυχώς ακόμα και στις μέρες μας διαπιστώνονται συνεχώς περιστατικά βίας και κακοποίησης. Στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία, κάθε χρόνο κακοποιούνται ή παραμελούνται μερικές χιλιάδες παιδιά. Κανείς σήμερα δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη του σοβαρού αυτού και πολύπλοκου προβλήματος, ούτε την πραγματική του έκταση, αν και ακόμα δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθός του, αφού συμβαίνει πίσω από την κλειστή πόρτα της οικογένειας. Οι περιπτώσεις κακομεταχείρισης παιδιών που μαθαίνουμε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είναι μόνο 5-16% των περιπτώσεων που φτάνουν στην δημοσιότητα, με βάση σχετικές στατιστικές (Αγαθωνος Ε., 1991).

Οι συνέπειες της παιδικής κακοποίησης είναι πάρα πολύ σοβαρές, έχουν διάρκεια και ακόμα και αν δεν γίνεται αντιληπτό επηρεάζουν την μετέπειτα ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική

του ανάπτυξη δημιουργώντας έναν ενήλικα που αντιμετωπίζει δυσκολίες στους διάφορους τομείς της ζωής τους αν όχι σε όλους, δημιουργώντας προβλήματα στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους. Τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να αγαπήσουν και να εμπιστευτούν, έχουν τάσεις προς καταχρήσεις, προβλήματα προσαρμοστικότητας, κατάθλιψη και άλλες προβληματικές συμπεριφορές. Τα άτομα που έπесαν θύματα παιδικής κοκκοποίησης ενδέχεται να προβούν οι ίδιοι σε κακοποίηση των παιδιών τους όταν ενηλικιωθούν. Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που έχει μια κακοποίηση, ιδίως στην παιδική ηλικία όπου τα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα-ευάλωτα στον ψυχικό αλλά και σωματικό τομέα. Μέσα από τις γνώσεις των επιπτώσεων, μπορεί πιο εύκολα ο επαγγελματίας υγείας να καταλάβει έγκαιρα την κακοποίηση, με αποτέλεσμα την γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πρόληψη μπορεί να προλάβει αρκετές καταστάσεις, έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα είναι πολύ χρήσιμο, να έχουν στην γνώση τους τρόπους πρόληψης εφηβικής και παιδικής κακοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναπτύξουν με την οικογένεια μία σχέση εμπιστοσύνης, βοηθώντας τους γονείς να παρέχουν υπεύθυνη και σωστή φροντίδα στα παιδιά (MacMillan, 2008). Κάθε περίπτωση υποψίας κακοποίησης παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να καταγράφεται (Teeuw et al, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την κοινότητα, το σχολείο, έχουν πιο καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση, αντιμετώπιση και υποστήριξη της προστασίας του παιδιού (Gilbert et al,2009). Πρέπει να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση προβλημάτων της κακοποίησης, που θα βελτιώσει τη σωματική υγεία των κακοποιημένων παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που βίωσαν την παιδική κακοποίηση (Min et al, 2013). Κατά κύριο λόγο η άγνοια, η άρνηση και η αποφυγή της εμπλοκής σε αυτό το δύσκολο θέμα είναι αυτά τα στοιχεία που συντηρούν την κακοποίηση του παιδιού ακόμα και στις μέρες μας. Είναι δύσκολο να πιστέψουμε το πώς οι άνθρωποι αυτοί είτε είναι οι γονείς του παιδιού, άνθρωποι που τα φροντίζουν είτε διάφοροι άλλοι μπορούν να φερθούν με τόση βιαιότητα και τραχύτητα απέναντι σε παιδιά, ακόμα και σε βρέφη. Το φαινόμενο αυτό της κακοποίησης των παιδιών συναντάται στο πέρασμα όλων των αιώνων και αποτελεί ένα πεδίο ενδιαφέροντος σε διάφορες επιστήμες όπως η ιατρική, κοινωνική εργασία, η κοινωνιολογία, η εγκληματολογία, παράγοντας συνεχώς νέα γνώση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα πολύπλοκο θέμα που μπορεί να οριστεί ως κάτι που εμποδίζει την βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού. Οι παράγοντες που την υποκινούν καθώς και η πρόληψή της, διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία του θύματος, το πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζεται η κακοποίηση, και τη σχέση μεταξύ θύματος και δράστη.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1999 έδωσε τον παρακάτω ορισμό: « Ως παιδική κακοποίηση ορίζεται κάθε είδους κακομεταχείριση και παραμέληση σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Περιλαμβάνει κάθε τύπο ψυχικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης καθώς και παραμέλησης, αμέλειας, εμπορικής ή άλλου είδους εκμετάλλευσης με αποτέλεσμα τη πραγματική ή ενδεχόμενη πρόκληση βλάβης στην υγεία, την επιβίωση και την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπεια του παιδιού. Η έκθεση του παιδιού στη συντροφική βία μερικές φορές περιλαμβάνεται στη παιδική κακοποίηση»

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>).

Οι σημαντικότερες μορφές κακοποίησης είναι η σωματική, η ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση, η παραμέληση και η σεξουαλική παραβίαση. Συχνά οι διαφορετικές αυτές μορφές κακοποίησης μπορεί να υπάρχουν ταυτόχρονα μέσα στην ίδια οικογένεια αλλά μπορεί να συμβαίνουν και μεμονωμένα (Μπαλούρδος και Φρονίμου, 2011). Οι υπεύθυνοι της παιδικής κακοποίησης μπορεί να είναι οι γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας, φροντιστές, φίλοι, γνωστοί, άγνωστοι, άτομα που βρίσκονται σε θέσεις ισχύος όπως είναι οι καθηγητές, στρατιώτες, αστυνομικοί και κληρικοί, εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και άλλα παιδιά.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική κακοποίηση έχει τις ρίζες της από τη μυθολογία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του βασιλιά της Αιγύπτου Μυκέρινου. Ο Μυκέρινος, ερωτεύτηκε την κόρη του και έσμιξε μαζί της παρά τη θέληση της. Η κόρη του μετά από αυτό κρεμάστηκε και ο βασιλιάς την έθαψε μέσα σε μια ξύλινη-κούφια αγελάδα που μετά την επιχρύσωσε. Η μητέρα της κόρης, μην μπορώντας να πιστέψει τι είχε συμβεί, έκοψε τα χέρια από τις υπηρέτριες που έδωσαν την κόρη της στο βασιλιά (Μαντιβής Κ., 2001). Αυτό το παράδειγμα φανερώνει την ύπαρξη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης από καταβολής κόσμου παρά το γεγονός ότι δεν ονοματίζεται και δεν υπήρξε κάποια τιμωρία πέρα από την οργή της μητέρας.

Επίσης, η θέση του παιδιού και τα μη αναγνωρισμένα δικαιώματα του διαφαίνονται και στην Ελληνική μυθολογία. Αν ανατρέξουμε στο μύθο του Φρίξου και της Έλλης παιδιά του βασιλιά του Ορχομενού Βοιωτίας Αθάμα και της Νεφέλης. Ο Αθάμας στο δεύτερο του γάμο παντρεύτηκε την Ινώ η οποία ζήλευε τον Φρίξο και την Έλλη και ήθελε να απαλλαγεί από την παρουσία τους. Έτσι όταν ο Αθάμας ζήτησε τη συμβουλή από το μαντείο των Δελφών για την αιτία του λιμού που έπληξε τον Ορχομενό, η Ινώ τους έπεισε να αλλοιώσουν το χρησμό. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο χρησμός που έφτασε στον Αθάμα ήταν ότι θα έπρεπε να θυσιάσει τον γιο του Φρίξο στον Δία αν ήθελε να σταματήσει ο λιμός. Ο βασιλιάς υπέκυψε και ετοίμασε το βωμό για τη θυσία. Όταν ο γιός του πλησίασε το θυσιαστήριο ο μύθος λέει ότι αρπάχτηκε μυστηριωδώς από τη μητέρα του που ταυτόχρονα εξαφάνισε και την αδερφή του (Decharme P., 2014). Αυτός ο μύθος αποτελεί ένα καλό παράδειγμα συντροφικής βίας αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει και την κακομεταχείριση των παιδιών από τους γονείς. Επιπρόσθετα είναι ξεκάθαρη η πατριαρχική δομή της οικογένειας με τον πατέρα να έχει τον πρώτο και τον τελευταίο λόγο για όλους και για όλα.

Ένας ακόμη γνωστός μύθος είναι αυτός του Κρόνου που ήταν παντρεμένος με τη Ρέα. Ο Κρόνος όντας Τιτάνας έτρεμε ότι θα του αφαιρεθεί η εξουσία από κάποιον από τους απογόνους του. Αυτό άλλωστε είχαν προφητεύσει ότι θα συμβεί η Γή και ο Ουρανός. Έτσι όσα παιδιά κυοφορούσε και γεννούσε η Ρέα ο Κρόνος τα κατάπινε. Μόνο ο Δίας γλίτωσε γιατί η Ρέα μόλις τον γέννησε τον έδωσε να τον μεγαλώσουν οι γονείς της και ξεγέλασε τον Κρόνο δίνοντας του να καταπιεί μια πέτρα (Γεωργιάδης Θ., 2003). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ελληνική μυθολογία αποτελούσε θρησκεία για ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού της Ελλάδας καθώς και ότι όπως όλες οι θρησκείες ασκούσε επιρροή στους

πολίτες και διαμόρφωνε τον τρόπο σκέψης και δράσης τους. Οι μύθοι αποτελούσαν παράδειγμα προς μίμηση ή αποφυγή αντίστοιχα με αυτό που ήθελαν να διδάξουν. Στο τέλος η τιμωρία επιβαλλόταν από τους θεούς με σκοπό την προσαρμογή των ανθρώπων στα τότε κοινά αποδεκτά πρότυπα και την αποκατάσταση της τάξης, της ισορροπίας και του αισθήματος δικαίου.

Πολλά είναι τα παραδείγματα από τη θρησκεία και την ιστορία όπου φαίνεται ότι η παιδική κακοποίηση υπήρχε με διάφορες μορφές και τρόπους. Από την αρχή της ιστορίας, τα παιδιά θεωρούνταν ιδιοκτησία των οικογενειών τους συνήθως με αρχηγό τον πατέρα. Τα ινία των παιδιών κρατούσαν οι ίδιοι οι πατεράδες, οι οποίοι όχι μόνο αποφάσιζαν για το πώς θα φροντιστεί το παιδί αλλά ακόμα και για το αν θα ζήσει ή αν θα πεθάνει. Τα τότε κοινωνικά δεδομένα δεν αναγνώριζαν τα δικαιώματα των παιδιών με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται πάντα ο σεβασμός της ύπαρξής τους και η φυσιολογική ανάπτυξή τους. Αυτό διαφαίνεται ακόμα και σε διάφορα θρησκευτικά στοιχεία.

Μια αρχαιολογική ανακάλυψη στα βουνά των Άνδεων μας προσφέρει στοιχεία για την φυλή των Ίνκας. Το τέλεια διατηρημένο σώμα ενός κοριτσιού μικρότερο από δεκατεσσάρων χρονών βρέθηκε σε ένα τμήμα πάγου. Οι αρχαιολόγοι την ονόμασαν Χουανίτα και η θυσία της θεωρείται η μεγαλύτερη τιμή που η φυλή της θα μπορούσε να προσδώσει. Η Χουανίτα βρέθηκε με λεκέδες εμετού στα ρούχα της και κάταγμα στο κρανίο της, το οποίο πιστεύεται ότι προκάλεσε το θάνατό της. Είχε δοθεί στην κοπέλα μεγάλη ποσότητα αλκοόλ και στην συνέχεια συνέτριψαν το κρανίο της με ένα βαρύ κλομπ εγκαταλείποντας την στην παγωμένη βουνοκορφή (Mason P. Thomas Jr, 1972).

Ένα παράδειγμα από τον χριστιανισμό είναι η ιστορία του Λώτ, από το βιβλίο της Γενέσεως, που ενώ ήταν προστατευτικός με τους ξένους, δεν ήταν το ίδιο με τις κόρες του (Παλαιά Διαθήκη, 2010). Ο Λώτ, ανιψιός του Αβραάμ, φιλοξένησε δύο αγγέλους του Κυρίου που εμφανίστηκαν σαν απλοί άνθρωποι. Ωστόσο πριν αυτοί κοιμηθούν οι κάτοικοι από τα Σόδομα εμφανίστηκαν στο σπίτι του Λώτ ζητώντας του να παραδώσει τους αγγέλους σ' αυτούς με σκοπό να έχουν στενές σχέσεις μαζί τους. Ο Λώτ αρνήθηκε προσφέροντας σαν αντάλλαγμα τις δύο κόρες του που δεν είχαν ποτέ επαφή με άνδρα. Η προσφορά του απορρίφθηκε αναγκάζοντάς τον να φύγει κυνηγημένος από την πόλη (Παλαιά Διαθήκη, 2010).

Ας μην λησμονήσουμε ακόμα να αναφέρουμε την θυσία του Ισαάκ. Ο Θεός δοκιμάζοντας τον Αβραάμ για την πίστη και την αγάπη του, του ζήτησε να θυσιάσει διαμέσου του ολοκαυτώματος τον αγαπημένο του γιο, Ισαάκ. Η θυσία θα γινόταν σε τόπο που ο Κύριος θα

του υποδείκνυε. Ο Αβραάμ υπάκουσε στην θέληση του Θεού και μαζί με τον γιο του έφτασαν στο σημείο όπου του είχε υποδείξει. Όταν εκείνος ήταν έτοιμος να θυσιάσει το παιδί του, εμφανίστηκε άγγελος Κυρίου και τον απέτρεψε από αυτή του την πράξη (Παλαιά Διαθήκη, 2010).

Ίσως το πιο γνωστό παράδειγμα παιδικής κακοποίησης αναφέρεται στην Καινή Διαθήκη και είναι αυτό του Ηρώδη. Όπως μας είναι γνωστό ο Ηρώδης θέλοντας να διασφαλίσει τον θρόνο του και φοβούμενος ότι είχε γεννηθεί ο ηγέτης του Ισραήλ, σύμφωνα με τις προφητείες, έδωσε εντολή στους μάγους να τον οδηγήσουν στο νεογέννητο. Αφού κατάλαβε ότι οι μάγοι τον ξεγέλασαν έδωσε εντολή στους στρατιώτες να σκοτώσουν όλα τα άρρενα τέκνα της Βηθλεέμ που είχαν ηλικία μικρότερη των δύο χρόνων. Κατά την διάρκεια αυτής της βιαιότητας έχασαν την ζωή τους δεκατέσσερις χιλιάδες παιδιά (Καινή Διαθήκη, 1997).

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης φαίνεται να έχει εντοπιστεί από τους πρώτους αιώνες μετά Χριστού χωρίς ωστόσο να κατονομάζεται και να τοποθετείται σε νομικά πλαίσια.

Το φαινόμενο αυτό της παιδικής κακοποίησης και της παραμέλησης φαίνεται ότι συμβαδίζει με την πορεία του ανθρώπινου γένους σε όλες τις περιόδους. Βλέπουμε μέσω των ιστορικά καταγεγραμμένων συμβάντων ότι οι λόγοι κακοποίησης είτε θανάτωσης παιδιών είναι οικονομικοί, κοινωνικοί, θρησκευτικοί, προκαταλήψεις και δεισιδαιμονίες. Η κακοποίηση ή η θανάτωση των παιδιών ανάλογα με την περίοδο που γινόταν, ήταν ένα κοινωνικά αποδεκτό έγκλημα (Ροσφορκ Κ.,1982).

1.1 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Η παιδική κακοποίηση και η εγκατάλειψη δεν είναι ένα τωρινό φαινόμενο. Οι ρίζες της βρίσκονται στην αρχαία Ελλάδα και μετέπειτα στην ρωμαϊκή αυτοκρατορία. Είναι γνωστό ότι τα παραμορφωμένα παιδιά και βρέφη θηλυκού γένους να αφήνονται να πεθαίνουν είτε ακόμα και να θανατώνονται (Stavrianos C. & Metska M.E., 2002). Ήδη από τον 20^ο αιώνα οι γιατροί συμβούλευαν τις μαιές να εξετάζουν τα βρέφη και αυτά που πίστευαν ότι δεν θα αναπτυχθούν σωστά να τα απομακρύνουν (Sari N. & Buyukunal S.N., 1991).

Στην αρχαία Ελλάδα οι πατέρες είχαν την δυνατότητα να σκοτώσουν τα παιδιά τους, όταν αυτά γεννιούνταν με κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμα με κάποια δυσπλασία – δυσμορφία με σκοπό να διατηρήσουν τα χαρακτηριστικά της φυλής «καθαρά» (Sari N. & Buyukunal S.N., 1991). Αργότερα και στην ρωμαϊκή αυτοκρατορία η κατάσταση δεν ήταν και η βέλτιστη. Τα

παιδιά των δούλων υπέφεραν και αυτά μαζί με τους γονείς τους. Η Δωδεκάλεκτος έδινε το δικαίωμα στον πατέρα να πουλήσει το παιδί του ή να θανατώσει το παραμορφωμένο παιδί του (Αδαμίλης Δ., 1995).

1.2 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΒΥΖΑΝΤΙΟΥ

Κατά τη Βυζαντινή περίοδο η παιδική κακοποίηση θα μπορούσε κάποιος να πει ότι βρισκόταν στο απόγειο της. Πρόωροι γάμοι, παιδική πορνεία, παιδεραστία και αιμομιξίες είναι μερικά από όσα συνέβαιναν κατά τη περίοδο του Βυζαντίου.

Οι πρόωροι γάμοι δεν ήταν μόνο αποτέλεσμα των κοινωνικών συνθηκών αλλά συχνά συνάπτονταν μεταξύ αριστοκρατικών οικογενειών καθώς με αυτό τον τρόπο επισφραγίζονταν πολιτικές συμμαχίες. Το Βυζάντιο είχε υιοθετήσει το Ρωμαϊκό δίκαιο στο οποίο είχε οριστεί ως επιτρεπτή ηλικία γάμου τα 12 έτη για τα κορίτσια και τα 14 έτη για τα αγόρια, με τη προσθήκη ότι τα κορίτσια που παντρεύονται σε ηλικία μικρότερη των 12 δεν υποχρεούνταν να έχουν σεξουαλικές επαφές (Lingenthal C.E.Z. , 1931). Μια περίπτωση που έχει αναφερθεί είναι εκείνη ενός κοριτσιού που παντρεύτηκε στα επτά της έτη μετά από ψευδή δήλωση της ηλικίας της από τον πατέρα της (συχνό φαινόμενο της εποχής). Ο σύζυγος της την βίασε κλείνοντας της το στόμα σχεδόν στεγανά. Η κοπέλα είχε απώλεια αίματος από τα αυτιά της . Ως αποτέλεσμα φοβόταν στη θέα των ανδρών για το υπόλοιπο της ζωής της (Τουρτόγλου Μ.Α, 1963). Το πιο διάσημο παράδειγμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρεται στη περίπτωση της πριγκίπισσας Σιμώνης, μοναχοκόρη του αυτοκράτορα Ανδρόνικου του Β. Η Σιμώνη σε ηλικία 5 χρονών παντρεύτηκε τον σαραντάχρονο μονάρχη της Σερβίας για λόγους κρατικής συμμαχίας. Ο σύζυγος της δεν τήρησε το νόμο για την προβλεπόμενη έναρξη της σεξουαλικής επαφής και τη βίασε στα οχτώ της χρόνια. Το κορίτσι υπέστη τραυματισμό στη μήτρα που την εμπόδισε στο να κάνει παιδιά (Schopen L., 1829).

Η μόνη προβλεπόμενη ποινή για τη σεξουαλική κακοποίηση εντός γάμου ήταν η εκκλησία να διαλύει το γάμο και να αφαιρεί από τον ιερέα το αξίωμά του. Πιο αυστηρές ήταν οι ποινές για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών εκτός γάμου ή δέσμευσης που έφταναν από το χρηματικό πρόστιμο έως τη θανατική ποινή (Pitra J.B., 1891).

Η παιδική πορνεία ήταν αποτέλεσμα των αποφάσεων των γονιών σε συνθήκες απόλυτης ένδειας. Πουλούσαν τις κόρες τους για πέντε χρυσά νομίσματα (Dindorf L., 1831). Η αυτοκράτειρα Θεοδώρα σύζυγος του Ιουστινιανού Α του Μέγα όταν ήταν ανήλικη εκπορνευόταν. Η παιδική της ηλικία και οι εφηβικές της εμπειρίες οδήγησαν σε δύο γέννες

και πολλές αποβολές που πιθανώς ευθύνονταν για τη στειρότητά της κατά τη διάρκεια του γάμου της με τον Ιουστινιανό τον Μέγα (Wirth G. & Haury J., 1963).

Πολλοί Βυζαντινοί συγγραφείς αναφέρονταν στην έκταση του προβλήματος της παιδεραστίας κατά τη διάρκεια ολόκληρης της Βυζαντινής αυτοκρατορίας. Επιφανείς Βυζαντινοί είχαν κατηγορηθεί ότι είναι παιδεραστές μεταξύ των οποίων και ο αυτοκράτορας Θεοδόσιος Β΄ και ο Κωνσταντίνος Ε΄. Πολυάριθμες απαγωγές παιδιών γινόταν ακόμα και μπροστά από τα σπίτια τους με αποτέλεσμα οι μητέρες να φοβίζονται τα παιδιά τους να μην περιπλανιούνται μακριά από τα σπίτια τους επειδή διέτρεχαν τον κίνδυνο της σεξουαλικής επίθεσης από παιδεραστές με πρόσχημα ένα γλυκό ή ξηρούς καρπούς (Migne P., 1858-1860). Η εκκλησία σε μια προσπάθεια να αμβλύνει το φαινόμενο ένταξε τη παιδεραστία ανάμεσα στις πιο σοβαρές αμαρτίες, επιβάλλοντας ποινές στέρησης της θείας κοινωνίας (Κουκούλες Φ., 1955).

Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης η αιμομιξία καλύπτεται από μια συνωμοσία σιωπής εκείνη την περίοδο. Ο πιο γνωστός αιμομίκτης αυτοκράτορας ήταν ο Ηράκλειος, ο οποίος σύναψε δεύτερο γάμο με την δεκατετράχρονη Μαρτίνα κόρη της αδερφής του. Με τη Μαρτίνα απέκτησε περίπου δέκα παιδιά πολλά εκ των οποίων έπασχαν από αναπηρίες λόγω της αιμομιξίας (Lascaratos J. & Poulakou-Rembelakou E. & Rembelakos A. & Marketos S., 1955)

Η πρώτη διατριβή για την παιδική κακοποίηση που έχει διασωθεί έχει τον τίτλο: «Practica Reurogum» και χρονολογείται περίπου το 900 μ.Χ. Συγγραφέας της ήταν ένας Πέρσης γιατρός ο οποίος πήρε την ειδικότητά του στην παιδιατρική στα χαρέμια της Βαγδάτης. Μεταξύ των άλλων αναφέρει στη διατριβή του ότι τα παιδιά μπορεί να έχουν πληγεί από πρόθεση και όχι από ατύχημα (Radbills X., 1971).

Μια ακόμη εμβληματική μορφή της ιατρικής ο Έλληνας γιατρός Σωρανός από την Έφεσο έγραψε τη διατριβή του «Γυναικολογία» στις αρχές του 2^{ου} αιώνα μ.Χ. Αυτή η διατριβή αποτελούσε οδηγό για τις μαιές και τις τροφούς ενώ σε αυτήν αναφέρονται και οι θεμελιώδεις αρχές της μαιευτικής-γυναικολογίας από την εγκυμοσύνη έως τον τοκετό και την ανατροφή του νεογέννητου. Στο κεφάλαιο «Πως διαιτητέον την τροφή» ο Σωρανός δίνει οδηγίες για τη διατροφή και τη ψυχολογική κατάσταση της λεχώνας ενώ ταυτόχρονα περιγράφει την σωστή τροφή του παιδιού. Αυτή σύμφωνα με τον Σωρανό θα πρέπει να έχει πέρα από σωματική υγεία, αυτοσυγκράτηση, να είναι σώφρων, ευαίσθητη και στοργική. Να διαθέτει ήπιο χαρακτήρα διότι οι νευρικές γυναίκες που δεν μπορούν να σταματήσουν το κλάμα του μωρού

το πετάνε από τα χέρια τους ή το ταρακουνάνε επικίνδυνα. Επίσης αναφέρει ότι θα πρέπει η τροφός να αγαπά τη καθαριότητα και να αλλάζει το παιδί συχνά ώστε αυτό να μην συγκαίγεται και να μην νιώθει πόνο. Επιπρόσθετα αναφέρει ότι η κακή συμπεριφορά της τροφού έχει αντίκρισμα στο παιδί το οποίο θα είναι αγέλαστο και δύστροπο (Temkin O., 1956). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η παιδική κακοποίηση υφίσταται από τα πρώτα μ.Χ. χρόνια και έχει αποτυπωθεί στις τότε διατριβές. Ο Σωρανός περιγράφει μόνο δύο από τις μορφές της παιδικής κακοποίησης τη σωματική βία και τη παραμέληση.

1.3 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 17^ο ΑΙΩΝΑ

Τον 17^ο αιώνα συνεχίζουν οι αναφορές για τη παιδική κακοποίηση από γιατρούς της εποχής οι οποίοι κατέγραφαν τα περιστατικά. Το 1651 ο Ιταλός γιατρός Παύλος Ζακχίας δημοσίευσε τη τρίτη έκδοση του βιβλίου του με τίτλο «Ιατρονομικές συζητήσεις». Σε αυτό αναφέρει το παράδειγμα ενός παιδιού το οποίο έφερε τραύματα στο κεφάλι και κυρίως στο ινιακό τμήμα του κρανίου. Το παιδί είχε χτυπηθεί με παπούτσι από τον καθηγητή του γιατί δεν έκανε αυτό που του έλεγε. Κατά συνέπεια ο Ζακχίας συνειδητοποίησε ότι τα χτυπήματα στο κεφάλι μπορεί να συμβούν χωρίς αιμορραγία αλλά ο θάνατος να προκύψει από το ίδιο το χτύπημα. Ακόμη χρησιμοποίησε ένα παράδειγμα από τον Ιπποκράτη ο οποίος αναφέρει το θάνατο της κόρης του Νηρέα. Η κόρη του Νηρέα πέθανε αφού χτυπήθηκε στα βρεγματικά από ένα μικρό κορίτσι. Τα παραπάνω φανερώνουν ότι την εποχή του Ζακχία υπήρχαν περιστατικά παιδικής κακοποίησης που κατέληγαν στις τότε ιατροφαρμακευτικές περιθάλψεις (Zacchias P., 1651).

Το 1684 ένας οδηγός πρακτικής ιατρικής κυκλοφόρησε στην Αγγλία. Ήταν μια μετάφραση με μερικές προσθαφαιρέσεις από τον οδηγό του Θεόφιλου Μπόνετ που δημοσιεύτηκε στη Γένοβα το 1682. Σε αυτόν ο Μπόνετ δημοσιεύει περιστατικά δικά του αλλά και άλλων. Σε ένα από τα κεφάλαιά του με τίτλο «Το σύνταγμα των παιδιών» φαίνεται να κατανοεί ότι μερικές μητέρες δεν μπορούσαν ούτε θα μπορούσαν να φροντίσουν τα μωρά τους. Αναφέρει ότι μερικές φορές θα έπρεπε να προσλαμβάνονται τροφοί καθώς πολλές μαμάδες δεν είναι καλή επιρροή και δεν έχουν καλούς τρόπους προς τα παιδιά τους. Θεωρεί ότι η αποτυχία της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών χωρίς φυσικά αίτια αποτελεί ένα ανεξήγητο γεγονός. Ενώ ταυτόχρονα υπάρχει ένα ακόμη κεφάλαιο στο οποίο συζητούνται τα τραύματα στο κεφάλι τα οποία έχουν αναφερθεί ως περιστατικά. Μερικά από αυτά είναι όντως ατυχήματα αλλά κάποια είναι παραδείγματα παιδικής κακοποίησης εκείνη την εποχή. Αναφέρει χαρακτηριστικά την περίπτωση ενός κοριτσιού που είχε πέσει από τις σκάλες και είχε κάταγμα του οστού και μώλωπες. Οι γονείς της ωστόσο αρνήθηκαν τη χειρουργική θεραπεία

του παιδιού. Ένα άλλο αγόρι έφερε μώλωπες στο κρανίο του και αίμα στη μύτη, το στόμα και τα αυτιά του. Η μητέρα του ωστόσο αρνήθηκε τη θεραπεία. Το παιδί ήταν παραμελημένο για τριάντα μέρες πριν οι γονείς ειδοποιήσουν τον γιατρό και τα τραύματα του είχαν μολυνθεί. Το παιδί τελικά κατέληξε (Bonet T., 1684).

1.4 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 19^ο ΑΙΩΝΑ

Ο 19^{ος} αιώνας αποτελεί σημείο ορόσημο για το κόσμο καθώς έλαβε χώρα η εμφάνιση της βιομηχανικής επανάστασης με φανερά αποτελέσματα στη κοινωνία (Ουγκώ B., 1998). Στις αρχές του αιώνα οι συνθήκες για τις οικογένειες και τα παιδιά ήταν σκληρές με τη παιδική εργασία να λαμβάνει υψηλά ποσοστά (Heywood C., 2005). Η ανακατανομή του πληθυσμού και η αστικοποίηση σε συνδυασμό με την φτώχεια και την κακουχία της εποχής οδήγησαν πολλά παιδιά να εργάζονταν σε εργοστάσια, κυρίως υφαντουργίας (Μακρυνιώτης Δ., 1997). Οι δρόμοι των πόλεων είχαν κατακλυστεί με παιδιά πεινασμένα, άρρωστα, παραμελημένα χωρίς τη προστασία και τη θαλπωρή της οικογένειας. Αυτές οι συνθήκες διαβίωσης συχνά οδηγούσαν τα παιδιά στην εμφάνιση παραβατικών συμπεριφορών με τις συνέπειες εγκλεισμού σε ιδρύματα και αναμορφωτήρια. Ένας ακόμη παράγοντας που ωθούσε τα παιδιά στην εργασία ήταν η έλλειψη εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Έτσι οι μητέρες παίρναν τα παιδιά μαζί τους στα εργοστάσια όπου συχνά βοηθούσαν στην ολοκλήρωση εργασιών άνευ αμοιβής (Thompson E.P., 1997).

Η παιδική κακοποίηση κατά τον 19^ο αιώνα έχει αποτυπωθεί και στη λογοτεχνία της εποχής. Ο μυθιστοριογράφος Φίοντορ Ντοστογιέφσκι στο έργο του «Ο παίχτης» δίνει στοιχεία για τη δομή της οικογένειας το 1863. Αναφέρει ότι όλη η οικογένεια είναι στο έλεος του πατέρα. Όλοι δουλεύουν ανεξαρτήτως ηλικίας και τα έσοδα αποδίδονται στον πατέρα ο οποίος είναι ο μοναδικός διαχειριστής τους. Ακόμη διαφαίνεται και ο διαχωρισμός των παιδιών ανάλογα με το φύλο τους με τα κορίτσια να βρίσκονται σαφώς σε μειονεκτική θέση. Περιγράφει την εμπορευματοποίηση των παιδιών ως υπηρέτες ή στρατιώτες με τα κέρδη από τη παιδική εργασία να προσθέτονται στο κεφάλαιο της οικογένειας (Ντοστογιέφσκι Φ., 2015). Ενώ και ο μεγάλος πεζογράφος της εποχής Βίκτωρ Ουγκώ στο λογοτεχνικό του έργο «Οι άθλιοι» που τοποθετεί στις αρχές του 19^{ου} αιώνα περιγράφει ένα ορφανό και κακοποιημένο κορίτσι την Τιτίκα. Η προσωπικότητα του κοριτσιού, η φωνή της, οι παύσεις μεταξύ των λέξεων της η ομιλίας της, η σιωπή της και οι περιορισμένες κινήσεις της φανέρωναν μια ιδέα της εποχής απέναντι στο διαφορετικό: το φόβο. (Ουγκώ B., 1998). Πάντως ήταν σαφές ότι η επιστήμη της ιατρικής την εποχή εκείνη είχε περιστατικά παιδιών που ήταν θύματα κακοποίησης και

παραμέλησης όπως το περιστατικό που καταγράφηκε το 1832 σε νοσοκομείο του Λονδίνου. Έγινε εισαγωγή ενός παιδιού ενάμιση χρονών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο με σοβαρά εγκαύματα στο πίσω μέρος του κρανίου, στο τράχηλο και στα χέρια. Τα ρούχα του παιδιού ήταν ολοκληρωτικά καμένα. Οι γιατροί της εποχής αντιμετώπισαν το περιστατικό με χορήγηση κρασιού, λάβδανο, νέφτι και λινέλαιο αλλά δυστυχώς δεν τα κατάφεραν και το παιδί κατέληξε. Η νοσηλεύτρια είπε ότι οι συγκεκριμένοι γονείς είχαν χάσει κι άλλο ένα παιδί από τα ίδια αίτια πέντε μήνες πριν (Burn, 1832). Θάνατοι των παιδιών που οφείλονταν σε ατύχημα εξακολούθησαν να είναι συχνό φαινόμενο με την παραμέληση από το οικογενειακό περιβάλλον να αποτελεί σημαντικό αίτιο.

Ο Ambroise Tardieu καθηγητής της Νομικής Ιατρικής στο πανεπιστήμιο του Παρισιού, παρουσίασε το 1860 διατριβή στην οποία περιέγραφε 32 περιπτώσεις κακοποίησης από τις οποίες οι 18 από αυτές κατέληξαν σε θάνατο. Σε αυτή τη διατριβή ο Tardieu αναφέρει διάφορες μεθόδους βίας που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και την άρνηση και την αδιαφορία των γονιών για τα δεινά των παιδιών τους. Όπως αναφέρει ήταν εντυπωσιακή η ταχύτητα αλλαγής των εκφράσεων του προσώπου των παιδιών όταν τίθονταν υπό την προστασία φιλανθρωπικών οργανισμών και υπό την αιγίδα της νομικής προστασίας καθώς απαλλάσσονταν από την κακοποίηση (Tardieu A., 1860).

Ο Samuel West το 1888 σε μια διατριβή που παρουσίασε στο Λονδίνο με τίτλο: «Acute periosteal swellings in several young infants of the same family probably rickety in nature» περιγράφει το παρακάτω περιστατικό. Παιδί πέντε εβδομάδων μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο από τη μητέρα του η οποία ισχυρίστηκε ότι το παιδί έπεσε. Η κλινική εικόνα του παιδιού έδειχνε ότι είχε περιορισμένο οίδημα στη μέση του βραχίονα του αριστερού χεριού, ενώ είχε παρόμοια οιδήματα στο δεξί χέρι και το αριστερό μηρό. Το παιδί απέφυγε τη κίνηση των άκρων λόγω του ανυπόφορου πόνου. Ακόμη εντοπίστηκαν εξογκώματα στα πλευρά. Πέρα από τα παραπάνω συμπτώματα το παιδί δεν έφερε άλλα σημεία νοσηρότητας. Ο West θεράπευσε το παιδί χρησιμοποιώντας μουρουνέλαιο, ιωδιούχο κάλιο και το τάισε αγελαδινό γάλα και συμπληρώματα από μητρικό γάλα. Το γεγονός ότι η οικογένεια έφερε άλλα πέντε παιδιά με παρόμοια κλινική εικόνα οδήγησε τον West να υποθέσει ότι πρόκειται για κάποιο είδος κληρονομικής οστεοαρθρίτιδας ή ενδομήτριας οστεοπάθειας. Φέρεται να πιστεύει ότι αυτό το περιστατικό με τα κοινά συμπτώματα μπορεί να κρύβει κάτι περίεργο από πίσω αλλά η μοναδικότητα της θα μπορούσε να αποδοθεί στην ιδιοσυγκρασία ή κάποιο κληρονομικό χαρακτηριστικό της οικογένειας των θυμάτων (West S., 1888). Αυτό μας κάνει να

πιστεύουμε ότι ο West είχε υποψιαστεί τη παιδική κακοποίηση αλλά απέφευγε να χρησιμοποιήσει τον όρο.

Παρά την φαινομενικά κοινωνικοπολιτική ανάπτυξη αποδεικνύεται ότι η παιδική κακοποίηση προχωρά παράλληλα με το ανθρώπινο είδος. Η απαρχή της προστασίας των παιδιών από τη βία έγινε το 1874 στη Νέα Υόρκη. Το εναρκτήριο σάλπισμα ήταν το περιστατικό βίας με θύμα τη μικρή Mary Ellen. Η μικρή βασανίστηκε άγρια από τη μητέρα της. Οι φωνές του κοριτσιού οδήγησαν μια γειτόνισσα της να λάβει δράση καλώντας σε βοήθεια κάποια κυρία Wheeler εκπρόσωπο της εκκλησίας. Παρ' όλα αυτά η Wheeler αποδείχθηκε ότι δεν μπορούσε να επέμβει καθώς δεν προβλεπόταν κάτι τέτοιο νομικά. Αναζητώντας λοιπόν κάποια άλλη λύση για να γλιτώσει το κορίτσι από την κακοποίηση απευθύνθηκε στην εταιρία προστασίας ζώων η οποία και ανέλαβε τη προστασία της μικρής. Τελικά η επιμέλεια της Mary αφαιρέθηκε από τους γονείς της και δόθηκε στην κυρία Wheeler (Αγάθωνος Ε. & Τσαγκάρη Μ., 1999).

1.5 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ 20^ο ΑΙΩΝΑ

Ο 20^{ος} αιώνας παρότι είναι ένας αιώνας όπου η ανάπτυξη ήρθε ραγδαία σε όλους τους τομείς κάνοντας το επίπεδο διαβίωσης ακόμα πιο υψηλό, σηματοδεύτηκε από γενοκτονίες όπως η Μικρασιατική καταστροφή και 2 παγκοσμίους πολέμους.

Μόλις το 1962, ένας Αμερικανός παιδίατρος ο Henry Kempe, κατάφερε μέσω της συγγραφής ενός άρθρου στο περιοδικό της Αμερικανικής Ιατρικής εταιρίας με τίτλο «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» να στρέψει το ενδιαφέρον της κοινωνίας στο κακοποιημένο παιδί. Ο Kempe περιέγραψε χαρακτηριστικές κακώσεις συνήθως σε διάφορα στάδια επούλωσης, ειδική συμπεριφορά των γονέων είτε των ανθρώπων που τα φροντίζουν. Μετά από την συγγραφή αυτού του άρθρου, όπου ο Kempe περιέγραψε την κακοποίηση ως ένα σύνδρομο, ψηφίστηκαν νόμοι για την πρόληψη και την καταστολή του φαινομένου (Αγάθωνος Ε. & Τσαγκάρη Μ., 1998).

1.6 Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Η σκληρότητα όμως κατά των παιδιών συνεχίζεται ακόμα και σήμερα. Στη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών, δύο εκατομμύρια παιδιά σκοτώθηκαν στους πολέμους που έγιναν ενώ 6 εκατομμύρια παιδιά έμειναν ανάπηρα (Ριζοσπάστης, 11/12/1997).

Τα σημερινά παιδιά που μεγαλώνουν στο Αφγανιστάν κατά γενική ομολογία δεν έχουν ζήσει μια ειρηνική ζωή καθώς κατατρέχονται από τον πόλεμο και τη φτώχεια. Επίσης, λόγω των

σοβαρών ελλείψεων που υπάρχουν σε σημαντικά φάρμακα αλλά και σε ιατρικό προσωπικό, ασθένειες βρίσκονται σε έξαρση με αποτέλεσμα την αύξηση της παιδικής θνησιμότητας.

Ακόμη και σήμερα η παιδική κακοποίηση παραμένει ένα σημαντικό αγκάθι στην κοινωνία παρ'όλη την εξέλιξη της. Δεν μπορούμε να μιλήσουμε για μείωση του φαινομένου αυτού γιατί ακόμα και σήμερα είναι ένα πρόβλημα το οποίο δεν γνωστοποιείται και μένει μέσα στους κόλπους της οικογένειας. Η συχνότητα της κακομεταχείρισης των παιδιών σε χώρες που έχουν νομό περί υποχρεωτικής καταγραφής του φαινομένου εκτιμήθηκε σε 1-2% των παιδιών για τις ηλικίες 6-18 (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε., 1998).

Η σωματική κακοποίηση και η παραμέληση αναγνωρίστηκαν επίσημα την δεκαετία του '60 αλλά χρειάστηκαν άλλα 10 χρόνια για να αναγνωριστεί η σεξουαλική κακοποίηση, την δεκαετία του '80 και του '90 αναγνωρίστηκε και η συναισθηματική κακοποίηση επισήμως (Caffey T., 1946, Kempe et al., 1962, Stavrianos et al., 2010).

Μετά την λήξη του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου και μη θέλοντας να επαναληφθούν οι ίδιες απάνθρωπες πράξεις τα κράτη αποφάσισαν να ιδρύσουν τα Ενωμένα Έθνη. Μεταξύ του 1945 και του 1992 υπήρχαν 149 πόλεμοι, όπου σκοτώθηκαν περισσότερο από 23.000.000 παιδιά. Ο αριθμός αυτός ήταν υπερδιπλάσιος από τους θανάτους του 19^{ου} αιώνα και 7 φορές μεγαλύτεροι από τον 18^ο αιώνα (unicef, 1996).

Το σημαντικότερο κείμενο για τα παιδιά είναι η διεθνής σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού το 1982, που την έχουν υπογράψει 191 χώρες ανάμεσα τους και η Ελλάδα (<http://www.0-18.gr/gia-megaloyis/ta-dikaiomata-toy-paidioy>).

1.7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας στο γενικό πληθυσμό των παιδιών 0-18 ετών δεν είναι εύκολα εφικτή για πολλούς λόγους ο βασικότερος λόγος είναι ότι οι χώρες δεν μπορούν να συγκρίνουν λόγω της έλλειψης ενός διεθνούς λειτουργικού ορισμού, το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα εθνικό σύστημα αναφοράς σε αρκετές χώρες, η αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων που προκαλούνται από κακοποίηση, η αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης σε κατάλληλη υπηρεσία, η μη καταγραφή του περιστατικού ως «κακοποίηση», προτιμώντας ηπιότερες διαγνώσεις όπως «κοινωνικό πρόβλημα», «διαλυμένη οικογένεια» αποφεύγοντας έτσι την πιθανή εμπλοκή με ανακρίσεις και νομικές παρεμβάσεις, ή ακόμα και τις αντιστάσεις της οικογένειας και της κοινότητας.

Στη Μεγάλη Βρετανία, η συχνότητα της παιδικής κακοποίησης το χρόνο έχει εκτιμηθεί ως 1-2% των παιδιών του γενικού πληθυσμού κάτω των 5 ετών (Browne K.D., 1993), ενώ στις ΗΠΑ αναφέρεται το ίδιο ποσοστό κάθε χρόνο για τις ηλικίες 0-18 ετών εκ των οποίων 2.500-5.000 παιδιά πεθαίνουν (Krugman R.D., 1992).

Στην Ταϊλάνδη που μπορεί να θεωρηθεί ο παράδεισος των παιδεραστών υπολογίζεται ότι 500.000 παιδιά έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και εκμετάλλευση. Ενώ το 70% του τουρισμού της περιέχει την παιδερασία (Κατωπόδη Α., 2005).

Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι δουλεύουν 5.000.000 παιδιά ενώ παγκοσμίως το 1998 (σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Ε.) τα παιδιά που εργαζόντουσαν υπολογίζονται στα 400.000.000 εκ των οποίων τα 80.000.000 κάτω από επικίνδυνες συνθήκες και ήταν ηλικίας από 10 έως 14 χρονών.

Στην Ελλάδα, η εκτίμηση της συχνότητας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στο γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα του 1-2% και προβολή στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών. Έτσι, αναμένουμε 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες. Εφόσον διεθνώς εκτιμάται ότι 2 στα 3 σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά είναι 0-5 ετών, αναμένουμε ότι στην Ελλάδα 5.000 ως 10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται κακοποίηση ή/και παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον κάθε χρόνο (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε.,1998).

Μελέτη στον πληθυσμό παιδιών 0-15 ετών που πήγαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παίδων Αγία Σοφία σε μέρα εφημερίας, αποκάλυψε ότι σε 5% των παιδιών υπήρχε βέβαιη ευθύνη των γονέων για το ιατρικό πρόβλημα του παιδιού είτε με πράξεις ενέργειας είτε με πράξεις παράλειψης, σε άλλο 11% υπήρξε ουσιαστική συμβολή (Πάλλης και συν, 1981). Η συχνότητα αυτή δεν αναφέρεται μόνο σε περιπτώσεις βίας εναντίον των παιδιών αλλά κυρίως σε παραμέληση φροντίδας προβλημάτων υγείας των παιδιών που είχε ως συνέπεια επιδείνωση του σωματικού προβλήματος και προσωρινές ή μόνιμες βλάβες (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε.,1998).

Το 2013 καταγράφηκαν 1296 περιστατικά κακοποίησης από το Χαμόγελο του παιδιού, τα 679 αφορούσαν σοβαρές περιπτώσεις κακοποίησης. Οι 663 καταγγελίες έγιναν ανώνυμα ενώ οι 16 επώνυμα. Το 48% των θυμάτων ήταν αγόρια, το 4% κορίτσια ενώ το 13% ήταν αγνώστου φύλου και ηλικίας. Οι ηλικιακές ομάδες είχαν ως εξής: το 15% των θυμάτων ήταν ηλικίας από 13 έως 18 ετών, το 34% από 7 έως 12 ετών, το 40% ήταν ηλικίας από 0 έως 6

ετών ενώ το 8% ήταν άγνωστης ηλικίας και το 3% άγνωστης ηλικίας και φύλου. Από τις 1296 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης το 44,5% ήταν θύματα σωματικής κακοποίησης (αγόρια:271, κορίτσια:223 και αγνώστου φύλου:74), το 15% ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης (αγόρια:3, κορίτσια:12 και αγνώστου φύλου: κανένα), το 46% αφορούσε την παραμέληση και την εγκατάλειψη (αγόρια:276, κορίτσια:235 και αγνώστου φύλου:82), το 3,5% ήταν περιπτώσεις εξώθησης παιδιών στην επαιτεία (αγόρια:13, κορίτσια:20 και αγνώστου φύλου:13), η εξώθηση ανηλίκου στην πορνεία αποτελούσε το 1% (αγόρια:2, κορίτσια:9 αγνώστου φύλου: κανένα) ενώ οι περιπτώσεις ψυχολογικής- συναισθηματικής κακοποίησης αποτελούσαν το 4%(αγόρια:30, κορίτσια:19 και αγνώστου φύλου:4). Στη σχέση θύτη-θύματος καταγράφονται τα εξής: το 37,5% από τους θύτες ήταν οι γονείς του θύματος(και οι δύο), το 37,5% ήταν οι μητέρες και το 18% οι πατέρες ενώ άλλη σχέση με το θύμα είχαν το 7%.

Εν συνεχεία το 2014 καταγράφηκαν 1439 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης εκ των οποίων οι 719 αφορούσαν σοβαρά περιστατικά. Από αυτές τις καταγγελίες το 98% ήταν ανώνυμες ενώ το 2% επώνυμες. Το 47% αφορούσαν αγόρια, το 40,5% κορίτσια ενώ το 12,5% ήταν αγνώστου φύλου και ηλικίας. Οι ηλικιακές ομάδες των κακοποιημένων παιδιών είχαν ως εξής: το 16,50% των θυμάτων ήταν ηλικίας από 13 έως 18 ετών, το 32,5% ήταν ηλικίας από 7 έως 12 ετών, το 40,5% ηλικίας από 0 έως 6 ετών ενώ άγνωστη ηλικία είχαν το 10,5% των θυμάτων. Οι μορφές κακοποίησης που καταγγέλθηκαν ήταν: σωματική κακοποίηση σε ποσοστό 44% (αγόρια:323 κορίτσια:261 αγνώστου φύλου:45), σεξουαλική κακοποίηση σε ποσοστό 0,5% (αγόρια: κανένα κορίτσια:8 αγνώστου φύλου: κανένα), η παραμέληση και η εγκατάλειψη καταλαμβάνουν το 48% (αγόρια:327, κορίτσια:271 και αγνώστου φύλου:89), 4,5% αφορούσαν περιστατικά εξώθησης ανηλίκων στην επαιτεία (αγόρια:14 κορίτσια:12 και αγνώστου φύλου:40), το 1% εξώθηση ανηλίκων στη πορνεία (αγόρια: κανένα κορίτσια:16 αγνώστου φύλου: κανένα) και το 2% ψυχολογική και συναισθηματική κακοποίηση (αγόρια:12 κορίτσια:13 και αγνώστου φύλου:7). Για το έτος 2014 δεν αναφέρθηκαν περιστατικά εμπορίας παιδιών. Η σχέση θύτη και θύματος είχε ως εξής: το 40% από τους θύτες ήταν γονείς του παιδιού, το 35,5% ήταν μητέρες, το 15,5% ήταν πατέρες, το 5% άτομα του λοιπού συγγενικού περιβάλλοντος ενώ άλλη σχέση με το παιδί είχαν το 4% των θυτών.

Τέλος το 2015 το χαμόγελο του παιδιού δέχτηκε 1975 καταγγελίες παιδικής κακοποίησης εκ των οποίων οι 988 καταγγελίες αφορούσαν σοβαρά περιστατικά κακοποίησης. Οι 972 (98%) από αυτές ήταν ανώνυμες ενώ οι 16 (2%) ήταν επώνυμες. Από αυτές το 47% των θυμάτων ήταν αγόρια, το 42% κορίτσια ενώ το 11% ήταν παιδιά που ήταν άγνωστο το φύλο και η

ηλικία τους. Οι ηλικιακές κατηγορίες είχαν ως εξής: το 15% των θυμάτων ήταν ηλικίας από 13 έως 18 ετών, το 36% ήταν από 7 έως 12 ετών, το 39% ηλικίας από 0 έως 6 ετών ενώ το 10% των περιστατικών ήταν άγνωστης ηλικίας. Από τις 1975 καταγγελίες οι 919 (46,5% αφορούσαν τη σωματική κακοποίηση (αγόρια:467, κορίτσια:381 και αγνώστου φύλου:71), οι 31 (1,5%) τη σεξουαλική κακοποίηση (αγόρια:14 κορίτσια:17 και αγνώστου φύλου: κανένα), οι 916 (46%) την εγκατάλειψη-παραμέληση (αγόρια:406 κορίτσια:388 και αγνώστου φύλου:122), οι 18 (1%) την εξώθηση ανηλίκων στην επαιτεία (αγόρια:9 κορίτσια:7 και αγνώστου φύλου:2), οι 16 (0,8%) για εξώθηση ανηλίκων στη πορνεία (αγόρια:2, κορίτσια:12 και αγνώστου φύλου:2), οι 3 (0,5%) για εμπόριο παιδιών (αγόρια: κανένα κορίτσια: κανένα και αγνώστου φύλου:3), ενώ οι 71 καταγγελίες (3,5%) αφορούσαν για ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση (αγόρια:37 κορίτσια:24 και αγνώστου φύλου:10). Για τη σχέση θύτη-θύματος για το 2015 καταγράφηκαν τα εξής: το 35,5% των θυτών ήταν γονείς του θύματος, το 38% ήταν η μητέρα του θύματος, το 18,5% ο πατέρας του θύματος, το 4% άτομο του λοιπού συγγενικού περιβάλλοντος ενώ άλλη σχέση με το θύμα είχαν το 4% (www.hamogelo.gr/89.1/Statistika-stoixeia) .

Πίνακας 1.1: Τα στατιστικά της παιδικής κακοποίησης για την Ελλάδα από το 2013 έως το 2015

	Σοβαρά περιστατικά καταγγελιών			Από το σύνολο των καταγγελιών					
				Αγόρια		Κορίτσια		Αγνώστου φύλου και ηλικίας	
	Επώνυμες	Ανώνυμες	Σύνολο	Αριθμός	Ποσό	Αριθμός	Ποσό	Αριθμός	Ποσό
2013	16 (2,5%)	663(97,5%)	679	595	46%	528	41%	173	13%
2014	14 (2%)	705 (98%)	719	677	47%	581	40,5%	181	12,5%
2015	16 (2%)	972 (98%)	988	936	47%	829	42%	210	11%

Τα παραπάνω στοιχεία είναι περιπτώσεις που χειρίστηκε μόνο το χαμόγελο του παιδιού και ως εκ τούτου δεν αποτυπώνουν τη πλήρη διάσταση του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά παρατηρούμε ότι οι θύτες είναι κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον του θύματος χωρίς όμως αυτό να είναι απαραίτητο καθώς και ότι και τα τρία έτη το 98% ήταν ανώνυμες καταγγελίες γεγονός που υποδεικνύει ένα φόβο και μια συγκάλυψη από τα άτομα που γνωρίζουν αλλά δεν καταγγέλλουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και συγκεκριμένα περιέχει τέσσερις βασικές μορφές: τη σωματική κακοποίηση, τη σεξουαλική κακοποίηση, τη ψυχολογική κακοποίηση και την παραμέληση. Μερικά παιδιά μπορεί να βιώνουν μόνο μια από τις παραπάνω μορφές ενώ άλλα βιώνουν πολλαπλές μορφές της. Οι πάροχοι υγείας οφείλουν να γνωρίζουν και να αναγνωρίζουν τις παραπάνω μορφές αλλά και να τεκμηριώνουν τις υποψίες τους μέσα από ένα εμπειριστατωμένο ιστορικό και τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως σωματική κακοποίηση ορίζεται η χρήση βίας στα παιδιά, η σωματική τιμωρία, όλες οι μορφές βασανιστηρίων, σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης τους. Η σωματική τιμωρία εκφράζεται με τη χρήση σωματικής βίας που προορίζεται για να προκαλέσει πόνο ή δυσφορία στο θύμα έστω και ελαφρύ. Τις περισσότερες φορές περιέχει χτυπήματα των παιδιών με το χέρι, με μαστίγιο, με ραβδί, με ζώνη, με παπούτσι, με ξύλινη κουτάλα και με άλλα αντικείμενα. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει μπουινιές, κλοτσιές, γρατζουνιές, τσιμπήματα, δαγκώματα, κάψιμο ή ζεμάτισμα, ταρακούνημα και πέταμα των παιδιών, τραβήγματα των μαλλιών ή των αυτιών και εξαναγκασμός του παιδιού να καταπιεί (unicef, 2014). Όπως προκύπτει η σωματική κακοποίηση επιφέρει μια ποικιλία τραυματισμών που κυμαίνονται από ελαφριοί έως βαριοί. Το σημαντικό σε αυτή τη μορφή κακοποίησης είναι να γίνει διαφορική διάγνωση από τον τυχαίο τραυματισμό. Αρχικά η λήψη ενός σαφές ιστορικού του τραύματος από τους συνοδούς είναι απαραίτητο. Υποψία σωματικής κακοποίησης θα πρέπει να υπάρχει όταν στην ιστορία που υποστηρίζει ο συνοδός δεν αναφέρεται τραυματισμός ή έρχεται σε αντίθεση με αυτόν. Όταν οι συνοδοί αλλάζουν συνεχώς την ιστορία και όταν αυτή δεν συνάδει με την ηλικία του παιδιού καθώς και αν υπάρχει ανεξήγητη καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Έπειτα, ακολουθεί η φυσική εξέταση όπου ο παιδίατρος θα πρέπει να ελέγξει διεξοδικά το δέρμα του παιδιού χωρίς να παραλείψει σημεία στα οποία εύκολα κρύβονται τραύματα όπως: κάτω από την πάνα του παιδιού, πίσω και μέσα στα αυτιά και στο στόμα (Sheets L.K. & Leach M.E. & Koszewski I.J. & Lessmeier A.M. & Nugent M. & Simpson P., 2013)

2.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Εν συνεχεία, η σεξουαλική κακοποίηση είναι μια ακόμη μορφή παιδικής κακοποίησης η οποία περιλαμβάνει οποιεσδήποτε σεξουαλικές δραστηριότητες οι οποίες επιβάλλονται από έναν ενήλικα σε ένα παιδί. Αυτές οι δραστηριότητες μπορεί να είναι η παρακίνηση ή ο εξαναγκασμός των παιδιών να συμμετάσχουν σε παράνομες ή ψυχολογικά επιζήμιες σεξουαλικές δραστηριότητες, η χρήση των παιδιών για εμπορική σεξουαλική εκμετάλλευση, η χρήση ήχου ή εικόνας με παιδιά που κακοποιούνται σεξουαλικά αλλά και η παιδική πορνεία, η σεξουαλική δουλεία, ο τουρισμός και τα ταξίδια με σκοπό τη παιδική σεξουαλική κακοποίηση, την εμπορία που στοχεύει στη σεξουαλική εκμετάλλευση, την πώληση των παιδιών για σεξουαλικούς σκοπούς και ο εξαναγκασμός των παιδιών σε γάμο. Επίσης, σεξουαλικές δραστηριότητες θεωρούνται όταν οι πράξεις διαπράττονται από παιδί σημαντικά μεγαλύτερο σε ηλικία από το θύμα ή όταν χρησιμοποιεί δύναμη, απειλές ή άλλα μέσα πίεσης προς το θύμα (unicef, 2014). Ο έλεγχος του παιδιού για σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη του στο παιδίατρο. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνουμε όταν το παιδί εκφράζει παράπονα για το ουροποιητικό σύστημα ή συμπεριφορές που ενισχύουν τις ανησυχίες για σεξουαλική κακοποίηση (Hornor G., 2006). Όταν οι υποψίες για σεξουαλική κακοποίηση αυξάνονται θα πρέπει να λαμβάνεται ιστορικό από τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού χωρίς το παιδί να βρίσκεται παρών. Αυτό θα πρέπει να έχει ως στόχο τον προσδιορισμό της ασφάλειας, της ανάγκης για φροντίδα της ψυχικής υγείας, την ανάγκη για μια σωματική εξέταση αλλά και τη συλλογή ιατροδικαστικών στοιχείων (Jenny C., 2011).

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Μία ακόμη μορφή κακοποίησης των παιδιών είναι η ψυχολογική κακοποίηση. Αυτή περιγράφεται ως ψυχολογική, συναισθηματική κακοποίηση, εξύβριση ή παραμέληση και περιλαμβάνει όλες τις μορφές επίμονων, επιβλαβών αλληλεπιδράσεων με το παιδί, τη τρομοκρατία, τις απειλές, την εκμετάλλευση, τη διαφθορά, την απόρριψη και την απομόνωση. Ακόμη περιλαμβάνει την άρνηση για συναισθηματική ανταπόκριση, τη παραμέληση της ψυχικής υγείας, των ιατρικών και εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού, τις προσβολές, την ταπείνωση, τη γελοιοποίηση και τον τραυματισμό των συναισθημάτων ενός παιδιού. Η έκθεση του παιδιού σε ενδοοικογενειακή βία, η τοποθέτηση του σε απομόνωση, οι ταπεινωτικές και εξευτελιστικές συνθήκες κράτησης αλλά και η ψυχολογική παρενόχληση από ενήλικες ή άλλα παιδιά θεωρούνται επίσης ψυχολογική κακοποίηση (unicef, 2014). Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι οι φτωχές ανατροφές των παιδιών δεν θεωρούνται συναισθηματική κακοποίηση ή αμέλεια. Αντίθετα ο κίνδυνος ζημιάς για το παιδί είναι κυρίως

αυτός που διακρίνει τη δυσλειτουργική ανατροφή ενός παιδιού από τη ψυχολογική κακοποίηση (Wolfe D.A. & Mclellan C., 2011).

2.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Τέλος παιδική παραμέληση σημαίνει αποτυχία της κάλυψης των φυσικών και ψυχολογικών αναγκών, της προστασίας από τους κινδύνους ή τυχόν ιατρικών αναγκών όταν οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του παιδιού έχουν τα μέσα, τη γνώση και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες να το πράξουν, αυτή η μορφή κακοποίησης περιλαμβάνει τη σωματική παραμέληση δηλαδή την αποτυχία για τη προστασία ενός παιδιού από τη βλάβη, την έλλειψη εποπτείας ή παροχής ειδών πρώτης ανάγκης συμπεριλαμβανομένων την επάρκεια τροφής, τη στέγη, την ένδυση και τη βασική ιατρική περίθαλψη. Τη ψυχολογική ή συναισθηματική παραμέληση που περικλείει την έλλειψη οποιασδήποτε συναισθηματικής υποστήριξης, αγάπης, τη χρόνια έλλειψη προσοχής και την έκθεση του παιδιού στη συντροφική βία. Ακόμη περιλαμβάνει τη παραμέληση της ψυχικής υγείας του παιδιού, την έλλειψη της απαραίτητης ιατρικής περίθαλψης και την εγκατάλειψη. Εν κατακλείδι μια ακόμη μορφή της παραμέλησης είναι η εκπαιδευτική παραμέληση η οποία εκφράζεται με τη μη συμμόρφωση των φροντιστών με τους νόμους του κράτους που τους υποχρεώνουν να παρέχουν στο παιδί τους τη συμμετοχή του στο σχολείο ή κάποιο άλλο τρόπο εκπαίδευσης (unicef, 2014). Η παραμέληση των παιδιών είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην μπορούν να εντοπίσουν όλους του τύπους της, μπορούν όμως να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σε παιδιά που δεν έχουν επαρκή τροφή, ρουχισμό, στέγη, ιατρική περίθαλψη, εποπτεία ή έχουν εγκαταλειφθεί ή έχουν υποστεί βλάβη ως αποτέλεσμα της ανεπαρκούς προστασίας τους. Η παραμέληση των παιδιών είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην μπορούν να εντοπίσουν όλους του τύπους της, μπορούν όμως να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σε παιδιά που δεν έχουν επαρκή τροφή, ρουχισμό, στέγη, ιατρική περίθαλψη, εποπτεία ή έχουν εγκαταλειφθεί ή έχουν υποστεί βλάβη ως αποτέλεσμα της ανεπαρκούς προστασίας τους (Dubowitz H. & Giardino A. & Gustavson E., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Οι πάροχοι υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της σωματικής κακοποίησης με έναν σύνθετο και πολυδιάστατο ρόλο. Καλούνται να διαχωρίσουν τον τυχαίο τραυματισμό από την κακοποίηση ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι και σε θέση να αναγνωρίζουν παθήσεις που μιμούνται την παιδική κακοποίηση. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζουν και να διαφοροποιούν τις διάφορες πολιτισμικές πρακτικές που προκαλούν ευρήματα τα οποία εύλογα παραπέμπουν σε κακοποίηση.

Ακόμη σημαντικό ρόλο έχει και η διάγνωση που θα εκμαιεύσουν οι γιατροί καθώς αν αυτή είναι λανθασμένη προκαλεί ποικίλα προβλήματα στα παιδιά και τις οικογένειές τους. Η σωματική κακοποίηση αποτελεί κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης η οποία εκδηλώνεται με τον τραυματισμό του δέρματος. Οι δερματικές βλάβες που αποτελούν ενδείξεις για τη σωματική κακοποίηση είναι οι μώλωπες, οι εκδορές, οι αμυχές, το οίδημα των μαλακών μορίων, σημάδια από μιάντα, αιματώματα, εγκαύματα και τσιμπήματα (Johnson CF, 1990).

3.1.1 ΜΩΛΩΠΕΣ

Οι μώλωπες είναι αποτέλεσμα αμβλύ τραυματισμού το οποίο διαταράζει τα υποκείμενα αιμοφόρα αγγεία και προκαλεί διαρροή και συλλογή του αίματος σε διάφορα δερματικά στρώματα (Bariciak E.P., et al 2003). Οι μώλωπες είναι συχνός τραυματισμός στη παιδική ηλικία και συνήθως προκαλείται κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού σε περιπατητικά παιδιά. Οι θέσεις που συνήθως εμφανίζονται είναι οι πρόσθιοι οστεώδης περιοχές όπως το μέτωπο και η κνήμη ενώ η εμφάνισή τους είναι πιο συχνή κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Συνήθως στους τυχαίους τραυματισμούς οι μώλωπες δεν ξεπερνούν τους τρεις και το μέγεθός τους είναι μικρότερο από 10 mm (Fleisher G.R., et al 2006). Παρ' όλα αυτά και τα βρέφη μπορεί να εμφανίσουν γρατζουνιές στο πρόσωπο και το κεφάλι τους οι οποίες οφείλονται σε αυτοτραυματισμό από τα νύχια τους.

Ωστόσο ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνετε στις εκχυμώσεις με ασυνήθιστα χαρακτηριστικά σε περιοχές που συνήθως προστατεύονται όπως είναι: οι γλουτοί, η πλάτη, ο κορμός, τα γεννητικά όργανα, η έσω πλευρά των μηρών, τα μάγουλα, οι λοβοί των αυτιών και ο λαιμός. Αποτελούν μέρη που δύσκολα τραυματίζονται από τις δραστηριότητες της

παιδικής ηλικίας και επομένως μπορεί να προδιαθέτουν για παιδική κακοποίηση (Chen W., et al 2002). Επίσης, προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε νεογνά κάτω των εννιά μηνών που φέρουν μώλωπες και δεν περπατούν. Τα χαρακτηριστικά που αυξάνουν τη πιθανότητα κακοποίησης περιλαμβάνουν ομαδοποιημένες πολλαπλές εκχυμώσεις με καθορισμένο σχήμα ή διαφορετικά στάδια επούλωσης. Η επούλωση των μωλώπων είναι μια μεταβλητή διαδικασία που κρατά από μια έως τρεις εβδομάδες και επηρεάζεται από διάφορους εξωγενής και ενδογενής παράγοντες όπως: το βάθος του τραυματισμού, η θέση του, η απόχρωση του δέρματος, η χρήση αντιπηκτικών, η ποσότητα της αρχικής δύναμης, η ηλικία, η αγγείωση του υποκείμενου ιστού και λοιπές συν νοσηρές συνθήκες του θύματος (Stephenson T., 1997). Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας συχνά καλούνται για να αξιολογήσουν έναν μώλωπα βάση συστημάτων που έχουν προταθεί κατά καιρούς και βασίζονται στην οπτική εκτίμηση ενός μώλωπα για τον προσδιορισμό της ηλικίας του. Έχει αποδειχτεί ότι παρά το γεγονός ότι γίνονται μερικές γενικεύσεις για την ηλικία του μώλωπα μια ακριβής περιγραφή της θέσης, του μεγέθους, του σχήματος και του χρώματος που βοηθούν σημαντικά στο διαχωρισμό των τυχαίων και των μη τυχαίων τραυματισμών. Μια προτεινόμενη μέθοδος η οποία βοηθά στον εντοπισμό της βλάβης του ιστού προτείνει τη χρήση χαμηλού φωτισμού λυχνία με υπεριώδες φωτισμό σε απόσταση 10cm από το δέρμα. Κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να απεικονιστούν οι αχνοί μώλωπες και τραυματισμοί των μαλακών μορίων ακόμα και όταν αυτοί δεν είναι ορατοί με γυμνό μάτι (Vogelely E., et al, 2002).

Ένας μώλωπας που έχει κίτρινο χρώμα είναι πιθανόν να είναι μεγαλύτερος των δεκαοχτώ ωρών όμως αυτό δεν σημαίνει ότι ένας μώλωπας χωρίς κίτρινο χρώμα είναι ηλικίας μικρότερης των δεκαοχτώ ωρών. Επίσης, το μπλε, το μαύρο και το μοβ χρώμα μπορεί να είναι παρόντα από την πρώτη ώρα της μελανιάς μέχρι και τη θεραπεία της ενώ το κόκκινο χρώμα υπάρχει στους μώλωπες ανεξαρτήτως της ηλικίας τους. Ακόμη όταν ένα άτομο φέρει μώλωπες ίδιας ηλικίας και αιτιολογίας αυτοί μπορεί να μην έχουν το ίδιο χρώμα και να μην ακολουθούν τον ίδιο ρυθμό επούλωσης (Bariciak E.D., et al 2003).

Εάν παρατηρήσουμε μώλωπες στα μάγουλα, το λαιμό, τα γεννητικά όργανα, τους γλουτούς και τη πλάτη πρέπει να γνωρίζουμε ότι παραπέμπουν σε μη τυχαίο τραυματισμό και μπορεί να κρύβουν σοβαρότερες καταστάσεις όπως κάποιο κάταγμα, έναν ενδοκράνιο τραυματισμό ή ενδεχόμενες ενδοκοιλιακές κακώσεις (Tompson S., 2005).

Το σχήμα ενός μώλωπα αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο για τη διαφορική διάγνωση των τυχαίων και των μη τυχαίων τραυματισμών. Οι μώλωπες συνήθως διαμορφώνονται από το αντικείμενο το οποίο τους προκάλεσε (Jenny C., 2001). Το χέρι όταν χρησιμοποιείται για τον

τραυματισμό των παιδιών αφήνει αρνητικό αποτύπωμα στο δέρμα του παιδιού όταν τα τριχοειδή αγγεία σπάζουν και το αίμα σπρωχτεί μακριά από το σημείο της πρόσκρουσης. Επίσης, λοιπά αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν ζημιά στα παιδιά όπως ζώνες, αγκάθες, παπούτσια, κορδόνια και κουζινικά σκεύη αφήνουν το αντίστοιχο αποτύπωμα. Γενικά δεν είναι σύνηθες κατά το τραυματισμό ενός παιδιού εν ώρα παιχνιδιού να αφήνεται αποτύπωμα του αντικειμένου που προκάλεσε τη ζημιά και γι' αυτό τέτοια σημάδια θα πρέπει να θεωρούνται σημεία κακοποίησης μέχρι αποδείξεως του εναντίον. Συχνά οι δαγκωματιές αφήνουν μοτίβο μελανιάς και είναι παρόντες με ωοειδή ή ελλειπτικό σχήμα και εκδορές. Σημαντικό είναι να διαπιστωθεί αν η δαγκωματιά προήλθε από ενήλικα, παιδί ή ζώο. Οι δαγκωματιές από ζώα τείνουν να σχίζουν τη σάρκα προκαλώντας λύση της συνέχειας του δέρματος και πληγή (AAP, 1999). Οι ανθρώπινες δαγκωματιές μπορεί να διαχωριστούν αν προήλθαν από παιδί ή από ενήλικα μετρώντας την απόσταση των κυνοδόντων της άνω γνάθου. Η μεσοκυνοδοντική απόσταση στους ενήλικες είναι από 2,5 cm έως 4 cm. Έτσι αν η απόσταση είναι μικρότερη είναι μικρότερη από 2,5 cm τότε πιθανός το τραύμα προήλθε από ένα παιδί ενώ αν είναι μεγαλύτερη των 3cm προκλήθηκε από ενήλικα (Kellogg N., 2007).

3.1.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι ασθένειες οι οποίες τα συμπτώματά τους μπορούν εύκολα να αναγνωσθούν ως σημάδια κακοποίησης είναι: τα μογγολικά σημεία, οι διαταραχές πήξεως του αίματος, η αγγειίτιδα υπερευαισθησίας, οι χιονίστρες, οι διαταραχές του συνδετικού ιστού, το πολύμορφο ερύθημα, τα τριχοειδή αιμαγγειώματα και η κεραυνοβόλος πορφύρα.



Εικόνα 4.1 : Μογγολικά σημεία πηγή:
<https://commons.wikimedia.org/wiki>

Τα μογγολικά σημεία είναι μια δερματική πάθηση που εμφανίζεται με μπλε και γκρι αποχρωματισμό του δέρματος. Πιο συχνά εντοπίζονται στην οσφυϊκή περιοχή αλλά μπορεί να εντοπιστεί στα άκρα και στη πλάτη (Wolf K., et al 2005). Συνήθως εμφανίζεται μόνο μια βλάβη που φέρει ακαθόριστα σύνορα και εξασθενεί σταδιακά με το πέρασ του χρόνου. Η κύρια διαφορά μεταξύ των μογγολικών σημείων και των μολώπων από μη τυχαίους τραυματισμούς είναι ότι στα μογγολικά σημεία απουσιάζει το οίδημα, η

ερυθρότητα, η ευαισθησία και δεν ακολουθούν την διαδικασία επούλωσης των μολώπων

στοιχεία που είναι παρόντα στους μη τυχαίους τραυματισμούς (Stewart G.M & Rosenberg N.M., 1996).

Πολλά παιδιά πάσχουν από διαταραχές πήξεως του αίματος γεγονός που τα κάνει επιρρεπή στους μώλωπες και σε μεγάλες αιμορραγίες από μικρά τραύματα. Θα πρέπει να διενεργείται ένας πλήρης έλεγχος με προσδιορισμό του αριθμού των αιμοπεταλίων, του χρόνου προθρομβίνης και του χρόνου ροής του αίματος σε όλα τα παιδιά που φέρουν ανεξήγητους μώλωπες (Harley J.R., 1997). Ακόμη η χρήση σαλικυλικού οξέος είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση μωλώπων. Εντούτοις, τα παιδιά με σαλικυλική τοξικότητα εμφανίζουν κλινική εικόνα με εμετό, υπεραερισμό, μεταβολική οξέωση και αυξημένα επίπεδα σαλικυλικού οξέος στο πλάσμα του αίματος. Παρ' όλα αυτά δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι διαταραχές της πήξεως του αίματος δεν αναιρεί τη σωματική κακοποίηση και θα πρέπει να γίνεται μια πλήρης λήψη του ιστορικού του παιδιού και σωματική εξέταση από το κεφάλι έως τα πόδια (Sibert J., 2004).

Η αγγειίτιδα υπερευαισθησίας περικλείει μια ομάδα διαταραχών με πορφυρικές βλάβες που εύκολα εκλαμβάνονται ως μώλωπες. Συγκεκριμένα ο πορφύρας Henoch Schonlein παρουσιάζει βλάβες όπως κνιδωτές πομφούς, ερυθρηματώδες βλατίδες και ψηλαφητή πορφύρα (Kraft D.M., et al 1998). Η ανατομική θέση που συνήθως συναντάτε είναι τα κάτω άκρα και οι γλουτοί ενώ πιο σπάνια κάνουν την εμφάνισή τους στον κορμό, τις παλάμες και τα πέλματα (Siegel R.M., et al 1995). Εκτός από τις δερματικές βλάβες τα παιδιά με πορφύρα Henoch Schonlein εμφανίζουν περιαρθρικά οιδήματα, αρθραλγία, αρθρίτιδα, νεφρίτιδα και γαστρεντερικές διαταραχές. Τα βρέφη με πορφύρα ή οξεία αιμορραγικά οιδήματα μπορεί να παρουσιάζουν οιδήματα, ερυθρήματα ή πορφύρα προσώπου και αυτιών πριν την εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων γεγονός που μπερδεύει τη διάγνωση της νόσου από τους μη τυχαίους τραυματισμούς (Scales J.W., et al 1995).

Οι χιονίστρες εμφανίζονται με γαλαζωπές βλάβες του δέρματος και συνοδεύονται με ερύθημα και οίδημα. Τυπικά εντοπίζονται στα άκρα και το πρόσωπο. Η διαφορική διάγνωση από την κακοποίηση βασίζεται στην ταχεία εμφάνιση τους, τον κνησμό και την έξαρση της βλάβης όταν ο ασθενής εκτίθεται στο κρύο. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρουσιάζονται φουσκάλες, φλύκταινες, ουλές και εξέλκωση. Οι χιονίστρες τελικά υποχωρούν μέσα σε μια με δύο εβδομάδες (Reece R.M. & Ludwig S., 2001).

Οι διαταραχές του συνδετικού ιστού όπως η ατελής οστεογένεση και το σύνδρομο Ehlerse Doinlos σχετίζονται με μώλωπες και σκελετικές ανωμαλίες. Ο διαχωρισμός τους από την

κακοποίηση βασίζεται στην αξιολόγηση των συνοδών συμπτωμάτων και τη λήψη του οικογενειακού ιστορικού. Η ατελής οστεογένεση παρουσιάζεται με πολλαπλές εκχυμώσεις στο δέρμα του ασθενή, οι βλάβες που προκαλεί περιβάλλονται από μπλε σκληρό χιτώνα ενώ υπάρχουν πολλαπλά κατάγματα των οστών και πολλές φορές απώλεια ακοής (Barber M.A. & Sibert J.R., 2000). Το σύνδρομο Ehlers Doinlos χαρακτηρίζεται από την εύκολη δημιουργία μωλώπων που συνοδεύονται από ουλές μετά από μικροτραυματισμούς (Owen S.M. & Durst R.D., 1984).



Εικόνα 4.2 πηγή:
<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Erythema>

Το πολύμορφο ερύθημα είναι μια οξεία φλεγμονώδης διαταραχή και εκδηλώνεται με απότομη εμφάνιση ερυθριματώδων βλαβών. Οι αλλοιώσεις που προκαλεί το πολύμορφο ερύθημα είναι παρούσες ως ερυθριματώδεις κηλίδες ή βλατίδες, συμμετρικά κατανεμημένες στα άκρα, τις παλάμες και τα πέλματα (Fleisher G.R., et al 2006). Η διαφορική διάγνωση από την σωματική κακοποίηση βασίζεται στη

πάροδο του χρόνου όπου οι δερματικές βλάβες μετατρέπονται σε στόχους και φέρουν ερυθριματώδη περιθώριο και κεντρική εκκαθάριση. Τελικά είναι πιθανόν ο σχηματισμός μιας κεντρικής φουσαλίδας ή εσχάρας. Το ερύθημα Maginatum δύναται να εμφανιστεί σε παιδιά με οξύ ρευματικό πυρετό και χαρακτηρίζεται από ένα ερυθρό εξάνθημα σε σχήμα τόξου ή ελλειπύς κύκλου. Το σχήμα του ερυθήματος είναι εκείνο που συχνά συγχέεται με μώλωπες οι οποίοι προήλθαν από χτύπημα με ηλεκτρικό καλώδιο (Stewart G.M. & Rosenberg N.M., 1996). Παρ' όλα αυτά διακρίνεται από τους μώλωπες επειδή είναι οξείες και φευγαλέες βλάβες και από την παρουσία των συμπτωμάτων του ρευματικού πυρετού όπως αρθραλγίες, διογκωμένες αρθρώσεις και πυρετό. Το οξώδες ερύθημα κάνει την εμφάνισή του με ένα βαθύ και ερυθριματώδες οζίδιο στην περιοχή των κάτω άκρων ενώ πιο σπάνια εντοπίζεται στα άνω άκρα και τον κορμό. Διαφοροποιείται από τους μη τυχαίους τραυματισμούς από τη βιοψία που διενεργείται, η οποία φανερώνει μια χαρακτηριστική φλεγμονή του υποδόριου λίπους και των γύρω αγγείων (Daly K.C. & Siegel R.M., 1998).

Τα τριχοειδή αιμαγγειώματα αποτελούν τον πιο κοινό καλοήγη όγκο της παιδικής ηλικίας ο οποίος εμφανίζεται με κόκκινα και μελανά σημάδια στο κεφάλι και το λαιμό. Δεν κάνει την

εμφάνισή του από την πρώτη στιγμή της γέννησης του παιδιού, ωστόσο η εξέλιξη του είναι ραγδαία. Αυτά τα σημάδια παρ' ότι παραπέμπουν σε κακοποίηση μπορούν να διακριθούν από αυτήν (Wolff K., et al, 2005).

Η κεραυνοβόλος πορφύρα είναι μια σοβαρή επιπλοκή του μηνιγγιτιδόκοκκου και προκαλεί εκχυμώσεις και βλατίδες που παραπέμπουν σε εκ προθέσεως τραυματισμό. Η διαφοροποίηση της βασίζεται στην εξέλιξη της νόσου κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σοκ, πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων και ευρήματα που υποδηλώνουν διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη (Darmstadt G.L.,1998).

3.1.3 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η σωματική κακοποίηση μπορεί να προέλθει από ευρεία γκάμα αντικειμένων που προκαλούν διάφορους σχηματισμούς στο δέρμα. Από τα δερματικά σημάδια της κακοποίησης και τα «αποτυπώματα» που αφήνουν μπορούν οι φορείς υγείας να εξακριβώσουν ποιο αντικείμενο προκάλεσε τη βλάβη. Τα σημάδια γενικά προκαλούνται από το άκρο των αντικειμένων που χρησιμοποιήθηκαν και προσέκρουσαν με μεγάλη ταχύτητα στο δέρμα (Matschkek J. Et al, 2009)

Τα χέρια, οι αρθρώσεις και οι γροθιές προκαλούν οβάλ σημάδια δακτύλων ή σημάδια από τσιμπήματα. Ακόμη, μπορούν να προκαλέσουν μώλωπες στο πτερύγιο των αυτιών, αμφιβληστροειδή αιμορραγία ή τραύμα στο κεφάλι. Η χρήση ζώνης ή αγκάθας αποτυπώνει μακριές και ευθείες λωρίδες στο δέρμα αφήνοντας εκχυμώσεις στην κατάληξή του. Όταν το μέσω του τραυματισμού είναι αγκάθα συνήθως προκαλεί διάτρητους τραυματισμούς με τη γλώσσα. Το σχοινί, το σύρμα και το κορδόνι προκαλούν στρογγυλά σημάδια σαν θηλιά, διπλούς τραυματισμούς ή εγκαύματα ενώ το μαστίγιο, το ραβδί ή το κουπί αφήνουν γραμμικούς μώλωπες και σχισμές συνήθως κατά μήκος των γλουτών. Γραμμικές εκδορές μπορούν να προέλθουν από νύχια, κρεμάστρες ή βούρτσα μαλλιών. Σκευή οικιακής χρήσης όπως κουτάλες ή μυγοσκοτώστρες αποτυπώνουν ερυθματώδες βλάβες στο δέρμα ανάλογα με το σχήμα του αντικειμένου (Peck M. & Priolo-Kapel D., 2002 and Reece R. & Ludwigs, 2001)

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να προσδιοριστεί το σχήμα ενός σημάδιου (στρογγυλό, ελλειπτικό ή ακανόνιστο), το χρώμα και η διάμετρος του (οριζόντια και κάθετα), στοιχεία που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό του δράστη (Jessee S., 1995). Όπως και στις δαγκωματιές οι οποίες αποτελούν σημάδι κακοποίησης και εμπνέουν ανησυχία εξαιτίας της πιθανής

μόλυνσης (Kini N. & Lazoritz S., 1998). Υπόνοιες για εκ προθέσεως τραυματισμό μέσω δαγκωμάτων θα πρέπει να δημιουργούνται όταν οι εκχυμώσεις, οι εκδορές ή οι αμυχές φέρουν ελλειπτικό ή ωοειδές σχήμα. Η κεντρική περιοχή της εκχύμωσης δύναται να έχει τις εξής μορφές: Α. Θετική πίεση λόγω διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος στα μικρά αιμοφόρα αγγεία που προήλθε από κλείσιμο των δοντιών, Β. Αρνητική πίεση που προκαλείται από αναρρόφηση δημιουργώντας ερύθημα και οίδημα με σποραδικές πετέχιες (Jessee S., 1995). Οι δαγκωματιές είναι πιθανόν να εμφανιστούν μία με δύο μέρες μετά τον τραυματισμό λόγω του μειωμένου οιδήματος και του γύρω ερυθήματος και καλό είναι να ληφθούν φωτογραφίες για περαιτέρω αξιολόγηση (Bell K., 2000).

3.1.4. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Τα μη τυχαία εγκαύματα καλύπτουν το 6% με 20% όλων των περιπτώσεων κακοποίησης και συνήθως προκαλούνται κατά την αναπτυξιακή ηλικία γεγονός που κάνει ιδιαίτερα δύσκολη την εκτίμηση της προέλευσης τους επειδή τα θύματα δεν έχουν αναπτύξει ακόμη λεκτική επικοινωνία. Τα παιδιά με εγκαύματα που προέρχονται από κακοποίηση είναι νεότερα σε ηλικία από τα παιδιά που φέρουν τυχαία εγκαύματα και η παραμονή τους στο νοσοκομείο και τα ποσοστά θνησιμότητάς τους είναι σημαντικά ψηλότερα (Purdue G.F., et al 1988). Τα εγκαύματα που προκαλούνται στο δέρμα μπορεί να είναι χημικά, ηλεκτρικά, θερμικά ή από ακτινοβολία και η ζημιά που προκαλούν εξαρτάται από το πάχος του δέρματος, τη διάρκεια επαφής με τη πηγή που το προκάλεσε και την αιμάτωση της υποκείμενης περιοχής του προσβεβλημένου ιστού (Rosenberg L.A, 1990).

Τα χημικά εγκαύματα διακρίνονται σε όξινα και αλκαλικά ανάλογα με το PH της ουσίας που τα προκάλεσε. Τα αλκαλικά εγκαύματα είναι συνήθως πιο σοβαρά γιατί διεισδύουν βαθύτερα στους ιστούς (Fleiser G.R., et al 2006). Τα ηλεκτρικά εγκαύματα προκαλούν δερματικές βλάβες οι οποίες μπορεί να είναι αμυδρές ή να απουσιάζουν. Τέτοιες βλάβες μπορεί να προκαλέσουν τέτανο και θα πρέπει να υπολογίζονται σε περιπτώσεις ανεξήγητων θανάτων (Carpenter R., 1999). Στα θερμικά εγκαύματα τα πιο κοινά μέσα που χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν τραυματισμό είναι η εμβάπτιση κάποιου μέρους του σώματος σε καυτό νερό και τα τσιγάρα (<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2003>). Κάθε ζεστό μέσω μπορεί εν δυνάμει να χρησιμοποιηθεί για κακοποίηση ακόμα και οικιακά αντικείμενα όπως το ηλεκτρικό σίδερο ή το πιστολάκι των μαλλιών. Το σχήμα του εγκαύματος όπως και στους μώλωπες μπορεί να μαρτυρήσει το αντικείμενο που χρησιμοποιήθηκε για την πρόκληση της βλάβης (Chester D., et al 2006). Η πρόκληση εγκαύματος με ζεμάτισμα κάποιου άκρου είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης και το 80%

αυτών προκαλείται από το νερό της βρύσης. Σε αυτά τα εγκαύματα υπάρχει σαφής διαχωρισμός του υγιούς από το καμένο δέρμα και το βάθος του είναι ομοιόμορφο. Συχνά απουσιάζουν σημάδια από πιτσιλιές σε περιπτώσεις αναγκαστικής βύθισης ενώ δεν αποκλείονται οι τυχαίοι τραυματισμοί όταν το παιδί απομακρύνει το εμβαπτιζόμενο μέλος του από την πηγή. Τα εγκαύματα σε πτυχές του δέρματος είναι ένα ακόμη εύρημα που μπορεί να προσδίδει βίαιη βύθιση του παιδιού σε θέση κάμψης (Purdue G., et al 1988). Στους μη τυχαίους τραυματισμούς το σχήμα ενός θερμού αντικειμένου διακρίνεται και έχει ομοιόμορφο βάθος και σαφή οριοθέτηση σε αντίθεση με τους τυχαίους τραυματισμούς που μόνο ένα μέρος του σχήματος θα είναι σαφές καθώς το παιδί ενστικτωδώς θα απομακρυνθεί από το οδυνηρό ερέθισμα. Τα εγκαύματα από τσιγάρα περιγράφονται ως διάτρητες εξελκώσεις βάθους 8 mm έως 10 mm με μωβ εφελκίδες και συμμετοχή πολλών στρωμάτων του δέρματος. Τείνουν να είναι πλήρους πάχους και τρίτου βαθμού χωρίς πόνο αλλά με αργή επούλωση και σχηματισμό ουλής. Σε αυτά τα εγκαύματα το ανησυχητικό είναι οι δευτερογενής επιμολύνσεις που καθιστούν δύσκολη τη διάκριση της λοίμωξης από την κύρια βλάβη (Cohen B., 1998).

Τα εγκαύματα από ακτινοβολία είναι μια σπάνια μορφή κακοποίησης αλλά μπορεί να συμβεί αν για παράδειγμα το παιδί τοποθετηθεί σε φούρνο μικροκυμάτων ενώ αυτός βρίσκεται σε λειτουργία. Το δέρμα του παιδιού θα εμφανίσει μερικού πάχους εγκαύματα στις περιοχές που βρίσκονται πλησιέστερα στο σημείο που εκπέμπεται η ακτινοβολία. Το υποδόριο λίπος μένει άθικτο κατά την εξέταση του ιστού ενώ σημαντικά εγκαύματα θα υπάρχουν μεταξύ του δέρματος και των μυών (Alexander R., et al 1987).

Συμπερασματικά τα εγκαύματα που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά θα πρέπει να κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου στους παρόχους υγείας καθώς υποδηλώνουν κακοποίηση. Εγκαύματα που εμφανίζονται μεγαλύτερα και έρχονται σε αντίθεση με τον ιστορικό καθώς και η παρουσία άλλων τραυματισμών όπως μώλωπες και κατάγματα. Επιπροσθέτως εγκαύματα που είναι συμμετρικά κατανεμημένα και εντοπίζονται στο περίνεο, τους γλουτούς, στο οπίσθιο μέρος της κεφαλής ή την πλάτη και εκείνα που απαιτούν μεταμόσχευση του δέρματος ή εντατική θεραπεία για να αντιμετωπιστούν αποτελούν εγκαύματα υψηλού κινδύνου και θέτουν υποψίες σωματικής κακοποίησης (Andronicus M., et al 1998).

3.1.4.1. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Όπως και στους μώλωπες έτσι και στα εγκαύματα υπάρχουν μια σειρά από ασθένειες όπου μιμούνται την κακοποίηση από εγκαύματα όπως η δερματίτιδα εξ `επαφής, η ερπητοειδής

δερματίτιδα, το πομφολυγώδες κηρίο, η πομφολυγώδης συγγενής δερματοπάθεια και η συγγενής αναισθησία στον πόνο.



Εικόνα 4.3 πηγή:
<http://www.dermatologos-athina.gr/dermatitida-eks-epafhs>

Η δερματίτιδα εξ' επαφής κάνει την εμφάνισή της με σαφές οριοθετημένες ερυθριματώδεις, οιδηματώδεις περιοχές και φουσκάλες που προκαλούν κνησμό. Τα παραπάνω ευρήματα μοιάζουν με επούλωμένα εγκαύματα ή ακόμη και μώλωπες (Reece R. & Ludwig S., 2001). Η ερπητοειδής δερματίτιδα παρουσιάζεται με εξανθήματα που προκαλούν έντονο κνησμό, φυσαλίδες, βλατίδες και πλάκες με διάσπαρτες σταθερές φυσαλίδες. Οι βλάβες είναι συμμετρικές και συγκεντρωμένες στην επιφάνεια των άκρων και του κορμού. Η διαφορική

διάγνωση βασίζεται στη συμμετρία και τον κνησμό που προκαλούν οι αλλοιώσεις του δέρματος και η διάγνωση της ερπητοειδής δερματίτιδας επιβεβαιώνεται με τη βιοψία (Wolff K., et al, 2005).

Στο πομφολυγώδες κηρίο οι αρχικές βλάβες εμφανίζονται σαν ατονικές φυσαλίδες ενώ στη συνέχεια προκαλείται ρήξη αφήνοντας στη γύρω περιοχή διαβρώσεις που μετατρέπονται σε κρούστα και παραπέμπουν σε εγκαύματα προερχόμενα από τσιγάρα. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται στο ότι οι αλλοιώσεις συγκεντρώνονται επιφανειακά και η επούλωση τους ξεκινά από το κέντρο και εκτείνεται στην περιφέρεια της αλλοίωσης χωρίς το σχηματισμό ουλής και με γρήγορη ανταπόκριση στη κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία, ενώ η βιοψία μπορεί να επιβεβαιώσει το πομφολυγώδες κηρίο (Johnson C., 1990).

Η πομφολυγώδης συγγενής δερματοπάθεια περιλαμβάνει μια γκάμα από ήπιες έως πολύ σοβαρές δερματικές βλάβες. Μια σοβαρή εκδήλωση της νόσου είναι οι υποδερμικές φλύκταινες με τη συμμετοχή των βλεννογόνων που μπορεί να είναι παρόντες από τη γέννηση του παιδιού ή κάνουν την εμφάνισή τους λίγο αργότερα. Ενώ μια ήπια μορφή της νόσου προκαλεί φυσαλίδες οι οποίες περιορίζονται στη περιοχή του ιερού οστού και στις οστεώδης προεξοχές και λανθασμένα ανησυχούν για εγκαύματα προερχόμενα από τσιγάρα (Eby J., 1988). Η διαφορική διάγνωση της νόσου βασίζεται στη παρουσία των σημάδιων του Nikosky και το οικογενειακό ιστορικό ενώ η βιοψία χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της νόσου (Colver G., et al 1990). Ένα θετικό σημείο Nikolsky είναι ενδεικτικό της πομφολυγώδης συγγενής δερματοπάθειας ενώ ένα αρνητικό σημείο Nikolsky και η ατονία των φυσαλίδων υποδηλώνουν πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο και δερματίτιδα εξ'

επαφής. Τα σημεία Nikolsky βοηθούν στην αξιολόγηση των πομφολυγωδών νοσημάτων (Greenwood J., et al, 2000).

Η συγγενής αναισθησία στον πόνο είναι μια νευρολογική κληρονομική ασθένεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Οι ασθενείς που πάσχουν από συγγενή αναισθησία στον πόνο δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τον πόνο και τη θερμοκρασία αλλά αντιλαμβάνονται κανονικά τα ελαφριά αγγίγματα και τη βαθιά πίεση. Η διαφοροποίηση της από την κακοποίηση βασίζεται σε μια διεξοδική νευρολογική αξιολόγηση και σε δοκιμές πόνου και θερμοκρασίας (Stewart G., et al. 1996).

Μια άλλη εκδήλωση της σωματικής κακοποίησης είναι η τριχόπτωση που εμφανίζεται μετά από βίαιο τράβηγμα των μαλλιών. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση της τριχόπτωσης από τη σωματική κακοποίηση, τη δερματοφυτία, την αλωπεκία έλξης, τη τριχοτιλλομανία και τη γυροειδής αλωπεκία. Η τραυματική αλωπεκία είναι συχνά δύσκολο να διακριθεί από τη τριχοτιλλομανία και συνήθως βασιζόμαστε στα συνοδά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού που περιλαμβάνουν σημάδια τραύματος, αιμάτωμα, αιμορραγία, ευαισθησία και ακανόνιστο περίγραμμα στη περιοχή που υπάρχει απώλεια μαλλιών (Fitzpatrick J., 2001).

3.1.5. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Το Cao Gio είναι μια πολιτισμική πρακτική η οποία συναντάται τη νοτιοανατολική ασιατική κουλτούρα κατά την οποία γίνεται δερματοαπόξεση φέρνοντας στην επιφάνεια το «ακάθαρτο αίμα» με σκοπό την απελευθέρωση του σώματος από τους «κακούς ανέμους». Η διαδικασία περιλαμβάνει την εφαρμογή αλοιφής στο δέρμα και με τη χρήση ενός κουταλιού ή ενός κέρματος τραβάνε σταθερά το δέρμα μέχρι να εμφανιστούν πετέχιες ή εκχυμώσεις. Η τελική όψη του δέρματος είναι ένα σχέδιο από μώλωπες συνήθως στην πλάτη, τους ώμους, το στήθος και το μέτωπο (Davis R.E., 2000).

Οι βεντούζες είναι μια άλλη πολιτισμική πρακτική και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών. Κατά καιρούς έχει υιοθετηθεί από Ρωσικούς, Ασιατικούς και Μεξικανικούς πολιτισμούς. Η διαδικασία περιλαμβάνει την εφαρμογή ενός θερμαινόμενου κυπέλλου στο δέρμα δημιουργώντας αναρρόφηση και προκαλώντας ερυθρότητα και μώλωπες στην περιοχή κατά την απομάκρυνσή του (Bays J., 2001).

3.1.6. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΤΑΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΜΩΡΟΥ (SHAKEN BABY SYNDROME)

Το σύνδρομο ανατάραξης του μωρού είναι η κύρια αιτία εγκεφαλικού τραυματισμού. Τα οφθαλμολογικά, ακτινολογικά ευρήματα και τα ευρήματα από την αυτοψία ποικίλουν και βοηθούν στη τελική διάγνωση του συνδρόμου. Αποτελεί μια σοβαρή μορφή κακοποίησης με νευρολογικές συνέπειες στη μετέπειτα ζωή του παιδιού ακόμη και θάνατο. Ενώ σημαντικό στοιχείο αποτελεί η διαφορική διάγνωση του συνδρόμου ανατάραξης του μωρού από τους τυχαίους τραυματισμούς του εγκεφάλου και μια σειρά άλλων ιατρικών καταστάσεων. Οι θάνατοι των βρεφών κάτω των δύο ετών ως αποτέλεσμα μη τυχαίων τραυματισμών αποτελούν το 80% όλων των τραυματισμών. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά ηλικίας μικρότερης του ενός έτους (Squier W., 2011). Η θνησιμότητα των παιδιών που έχουν υποστεί αυτό το σύνδρομο υπολογίζεται στο 30% ενώ το 30% με 50% των παιδιών θα μπορούσαν να βιώσουν νευρολογικά προβλήματα λόγω αυτής της εμπειρίας (Altimier L., 2008). Ο κύριος μηχανισμός τραυματισμού είναι η πρόσκρουση του κεφαλιού του παιδιού πάνω σε μια επιφάνεια. Αν η επιφάνεια είναι μαλακή απορροφά τους κραδασμούς και υπάρχει απουσία εξωτερικών τραυματισμών. Οι γωνιακές δυνάμεις αναγκάζουν τον εγκέφαλο να περιστρέφεται γύρω από το κέντρο βάρους του προκαλώντας διάχυτη αξονική βλάβη και υποσκληρίδιο αιμορραγία. Οι δυνάμεις μετατόπισης εφαρμόζονται σε ευθεία κίνηση κατά μήκος του κέντρου βαρύτητας του εγκεφάλου και προκαλούν βλάβες όπως αμυγχές, μώλωπες, επισκληρίδιο αιμάτωμα και κάταγμα κρανίου στο τριχωτό της κεφαλής, το κρανίο και τον εγκέφαλο (Gennarelli T. & Thibault L., 1985).

Το κύριο οφθαλμολογικό εύρημα είναι η αμφιβληστροειδής αιμορραγία και συναντάται στο 50% με 100% των περιπτώσεων (Morad Y. et al., 2002). Μπορεί να προκληθεί από διαφορική έλξη κατά μήκος των στοιβάδων του οφθαλμού λόγω γωνιακής περιστροφής των δυνάμεων επιβράδυνσης και από αυξημένη αμφιβληστροειδής φλεβική πίεση λόγω κοιλιακής συμπίεσης και εξαγγείωσης του αίματος στον υπαραχνοειδή χώρο. Μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφίπλευρη και εντοπίζεται στο επιφανειακό στρώμα του περιφερικού νεύρου ή εντός των γαγγλιακών κυττάρων στα στρώματα του αμφιβληστροειδούς.

Σε έρευνα που διενεργήθηκε κατά την νεκροψία σε 169 παιδιά που είχαν υποστεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κανένα δεν εμφάνισε αμφιβληστροειδή αιμορραγία. Το 50% των παιδιών μετά από φυσιολογικό τοκετό είναι πιθανόν να εμφανίσουν αμφιβληστροειδή αιμορραγία η οποία όμως υποχωρεί (Gilliland M. & Luckenbach M., 1993). Ενώ σε μια άλλη έρευνα μελετήθηκαν 75 παιδιά που είχαν βιώσει το σύνδρομο ανατάραξης του μωρού και έφεραν ανωμαλίες στην αξονική τους τομογραφία βρέθηκε ότι στα 64 από αυτά υπήρχε αμφιβληστροειδής αιμορραγία. Παρότι δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση της

ανατομικής θέσης και του τύπου του τραυματισμού σημαντικό ρόλο παίζει η συνολική βαθμολογία της κλίμακας Γλασκόβης για την συνολική αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς (Morad Y. et al. 2002).

Για τη διάγνωση του συνδρόμου χρησιμοποιούνται τρεις απεικονιστικές μέθοδοι: η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και η ακτινογραφία με την καθεμία από τις παραπάνω να έχει τον δικό της ξεχωριστό ρόλο στο τελικό πόρισμα.

Στην αρχική υποψία ύπαρξης συνδρόμου ανατάραξης του μωρού πραγματοποιείται αξονική τομογραφία του κρανίου. Τα συχνότερα ευρήματα είναι η υποσκληρίδιος και η υπαραχνοειδής αιμορραγία τα οποία εντοπίζονται στην οπίσθια μεσοημισφαιρική σχισμή ή κατά μήκος της παρεγκεφαλίδας. Η απώλεια της φαιάς και της λευκής ουσίας μπορεί να μην είναι ορατή από την πρώτη απεικόνιση (Dias M., et al 1992).

Η μαγνητική τομογραφία έχει κυρίως συμπληρωματική μορφή για την ανίχνευση τυχόν κάκωσης του εγκεφαλικού παρεγχύματος και στοχεύει στη διερεύνηση της έκτασης και της χρονικής στιγμής του τραυματισμού ενώ ταυτόχρονα βοηθά και στη διαφορική διάγνωση του συνδρόμου από την αυθόρμητη ενδοκρανιακή αιμορραγία. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν ισχυρισμοί ότι η μαγνητική τομογραφία ανιχνεύει την υποσκληρίδιο αιμορραγία με μεγαλύτερη ταχύτητα από την αξονική (Parent A., 1992).

Οι ακτινογραφίες του κρανίου κατέχουν τον δικό τους ξεχωριστό ρόλο στη διάγνωση της σωματικής κακοποίησης και στη τελική διάγνωση του συνδρόμου. Είναι ανώτερες από την αξονική τομογραφία για την ανίχνευση καταγμάτων του κρανίου τα οποία αν είναι πολλαπλά, αμφίπλευρα και πάνω στις ραφές αφυπνίζουν τους παρόχους υγείας για την ύπαρξη κακοποίησης (Meservy C., et al 1987).

Κατά τη διενέργεια αυτοψίας η υποσκληρίδιος αιμορραγία σε μικρές ποσότητες είναι το πιο συχνό εύρημα. Συχνά εντοπίζονται και ευρήματα που δεν είχαν εκτιμηθεί κλινικά όπως αιματώματα στο τριχωτό της κεφαλής (Duhaim A., et al 1987). Το εγκεφαλικό οίδημα είναι επίσης ένα κοινό εύρημα το οποίο με το πέρασ του χρόνου μπορεί να εξελιχθεί σε νέκρωση με πολλές συνέπειες για την υγεία του παιδιού. Οι διεργασίες που κινεί ο οργανισμός για την εξισορρόπηση των ζημιών καθιστούν τους ασθενείς πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση επιληψίας και μαθησιακών δυσκολιών (Hadley M., et al 1989). Στις δευτερογενής βλάβες εντάσσονται η υποξαιμία, η απώλεια της εγκεφαλικής αυτορρύθμισης, το οίδημα και η κήλη. Το εγκεφαλικό οίδημα και οι επιληπτικές κρίσεις φαίνεται ότι είναι οι κύριες βλάβες του εγκεφάλου και αποτελούν την κύρια παθολογική εκδήλωση του συνδρόμου (Johnson D. Et al 1995).

Η κύρια διαφορική διάγνωση του συνδρόμου ανατάραξης του μωρού είναι ο τυχαίος τραυματισμός. Για να χαρακτηριστεί ένα τραύμα στον εγκέφαλο τυχαίος τραυματισμός θα πρέπει το ιστορικό να ταιριάζει με την κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά ευρήματα και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Ενώ από έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ παιδιών με τυχαίους τραυματισμούς και παιδιών θυμάτων του συνδρόμου προέκυψε ότι όσα παιδιά είχαν βιώσει το σύνδρομο είχαν ενδείξεις προηγούμενων τραυματισμών του εγκεφάλου, ενδείξεις χρόνιου υγρώματος υπό τη σκληρά μήνιγγα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα και αμφιβληστροειδής αιμορραγία ευρήματα που ή δεν βρέθηκαν στην άλλη ομάδα των παιδιών ή ήταν σε πολύ μικρά ποσοστά (Ewing-Cobbs L., et al 1998).

Η ατελής οστεογένεση είναι μια κληρονομική νόσος που οφείλεται στη διαταραχή του ελαττωματικού κολλαγόνου τύπου I. Η κλινική εικόνα των ασθενών με ατελής οστεογένεση είναι πολλαπλά κατάγματα, απώλεια ακοής, σκολίωση, ατελής οδοντοφυΐα και συνδεσμική χαλαρότητα. Ευρήματα που μπορούν να θεωρηθούν δευτερογενείς βλάβες του συνδρόμου ανατάραξης του νεογνού (Wenstrup R., et al 1990).

Η γλουταρική οξυουρία τύπου I είναι μια μεταβολική ασθένεια που οφείλεται στην έλλειψη του γλουταρυλο-συνενζύμου A. Η κλινική εικόνα των ασθενών περιλαμβάνει κροταφική ατροφία, υποσκληρίδιο ρευστό ύγρωμα, αναπτυξιακή καθυστέρηση και χοριοειδής κίνηση. Η τελική διάγνωση της νόσου βασίζεται σε διάφορες δοκιμές των ουροποιητικών οργάνων (<http://www.omim.org/entry/231670>).

Η αιμοφιλία λόγω έλλειψης της βιταμίνης K είναι μια ακόμη κατάσταση η οποία πρέπει να διαχωριστεί από το σύνδρομο ανατάραξης του μωρού. Η διάγνωση είναι εύκολη με τη διεξαγωγή των κατάλληλων εργαστηριακών δοκιμών (Minel M., et al 1982).

Πολλά είναι τα μετέπειτα νευροαναπτυξιακά προβλήματα που αποκτούν τα παιδιά που έχουν βιώσει το σύνδρομο ανατάραξης του μωρού. Αν και μερικές φορές είναι δύσκολο να διακριθούν οι έμμεσες και άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών, τα κατάγματα των οστών και τα οπτικά προβλήματα συνδέονται άμεσα με την αμφιβληστροειδή αιμορραγία και μετέπειτα προβλήματα όρασης (Kivlin J., et al 2000). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δεκατέσσερα παιδιά που είχαν επιβιώσει του συνδρόμου το ένα παιδί παρέμεινε τετραπληγικό, έξι παιδιά εμφάνισαν τύφλωση, νοητική στέρηση και επιληψία, δύο παιδιά είχαν μειωμένη προσοχή και αντίληψη και απαιτούσαν ιδιαίτερη μεταχείριση και τα υπόλοιπα πέντε είχαν προβλήματα συμπεριφοράς κατά τα σχολικά χρόνια. Στις παραπάνω περιπτώσεις σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η ηλικία του παιδιού κατά τον τραυματισμό

καθώς από τα επτά παιδιά (το ένα με τετραπληγία και τα έξι με νοητική στέρωση, τύφλωση και επιληψία) τα έξι ήταν κάτω των έξι μηνών τη στιγμή του τραυματισμού. Ενώ από τα πέντε παιδιά τα οποία εμφάνιζαν μόνο προβλήματα συμπεριφοράς τα τρία ήταν μεγαλύτερα των έξι μηνών (Duhaim A., et al 1996).

3.1.7. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΙΝΧΑΟΥΖΕΝ ΔΙ` ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Πρόκειται για μια σπάνια αλλά σοβαρή μορφή κακοποίησης που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Dr. Richard Ascher το 1951. Τις περισσότερες φορές θύτης είναι η μητέρα του παιδιού η οποία παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα για το παιδί που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Οι θύτες συνήθως είναι γνώστες ιατρικών καταστάσεων και φροντίζουν να διαβάζουν και να ενημερώνονται τακτικά σε σχέση με αυτά τα θέματα. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να ταλαιπωρούν το παιδί σε σειρά ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων ακόμη και να δίνεται στο παιδί αγωγή για την αντιμετώπιση των υποτιθέμενων συμπτωμάτων χωρίς αυτό φυσικά να χρειάζεται. Το 75% των παιδιών που κακοποιούνται είναι ηλικίας μικρότερης των 6 ετών ενώ το 7% των θυμάτων του συνδρόμου Μινχάουζεν δι` αντιπροσώπου καταλήγουν σε θάνατο. Η αιτία που ωθεί τους θύτες σε τέτοιου είδους συμπεριφορές δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως παρ'όλα αυτά πιστεύεται ότι πίσω από αυτή την συμπεριφορά κρύβονται διάφορων ειδών ψυχολογικές διαταραχές. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν συνήθως για το θύμα είναι: διατροφικές και αναπνευστικές διαταραχές, σπασμοί και γαστρεντερικές διαταραχές (π.χ. εμετοί και διάρροια). Η διάγνωση του συνδρόμου πολλές φορές είναι δύσκολη, ωστόσο σημαντικό ρόλο παίζει η λήψη του ιστορικού. Οι γιατροί θα πρέπει να υποψιαστούν το σύνδρομο Μινχάουζεν δι` αντιπροσώπου όταν οι επισκέψεις του παιδιού είναι συχνές στο νοσοκομείο και όταν τα υποτιθέμενα συμπτώματα υποχωρούν όταν το παιδί απομακρύνεται από τον θύτη

(<http://www.child.org.cy/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%B7/tabid/62/articleType/ArticleView/articleId/422/--Munchausen-syndrome-by-proxy.aspx>)

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Τα συναισθηματικά τραύματα έχουν μεγαλύτερη διάρκεια από τα εξωτερικά τραύματα και έτσι ο ορισμός, η μέτρηση τους και η θεραπεία τους είναι αρκετά δύσκολο να αποτυπωθούν σε έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό. Συναισθηματική κακοποίηση γενικά θεωρείται κάθε πράξη προερχόμενη από άτομο υπεύθυνο για την φροντίδα του παιδιού, η οποία μπορεί να προκαλέσει κάθε είδους συναισθηματική στέρωση ή τραύμα (Γιωτάκος Ο., και συν 2011 & Πρεκατέ Β., 2008). Για την ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών έχει δοθεί λιγότερη

προσοχή παγκοσμίως σε σχέση με την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Τα πολιτισμικά στοιχεία είναι εκείνα που επηρεάζουν τους γονείς στο να μην ασκούν σωματική βία για την ανυπακοή των παιδιών τους. Γι' αυτό ακριβώς είναι δύσκολο στο να ορίσουμε την ψυχολογική κακοποίηση, όπου πιθανότατα είναι διαφορετική κατά πολύ μεγάλο βαθμό σε σχέση με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται το παιδί και την ηλικία του. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει προταθεί ένας ορισμός, σύμφωνα με τον οποίο: «η συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση είναι η ανικανότητα από την πλευρά του γονέα ή του φροντιστή να παράσχει κατάλληλο και υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του παιδιού. Επομένως αυξάνονται οι πιθανότητες να βλάψει την σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξη και υγεία των παιδιών που θα υποστούν αυτού του είδους την κακοποίηση» (Γιωτάκος Ο. Και συν, 2011).

Η ψυχολογική κακοποίηση αποτελεί το 4% των αποδεδειγμένων περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης. Σύμφωνα με έναν ορισμό που δίνει ο Α.Κοντελινής συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθεί η συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού που επηρεάζει ή αναστέλλει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού (Παπαδόπουλος Α., 1980). Ένα παιδί που του ασκείτε ψυχολογική κακοποίηση θεωρεί τον εαυτό του ανάξιο αγάπης και στοργής. Μπορεί το ίδιο να εξευτελίζεται, να βρίζεται από τους γονείς χωρίς κάποια σοβαρή αιτία, υπομένοντας τα γιατί το ίδιο το παιδί δεν μπορεί να απομακρυνθεί από το οικογενειακό του περιβάλλον αλλά το ίδιο έχει ανάγκη να αγαπά τους γονείς του και να είναι συναισθηματικά δεμένο μαζί τους (Πετρουλάκης Ν., 1987). Όπως μας είναι γνωστό, στη μετέπειτα εξέλιξη του από την παιδική στην εφηβική και αργότερα στην ενήλικη ζωή του πρωταρχικό ρόλο έχει η οικογένεια. Μέσα στους κόλπους της οικογένειας το παιδί θα πάρει όλα τα εφόδια που χρειάζεται για να βγει στην κοινωνία σαν ένας σωστός άνθρωπος ο οποίος θα έχει αξίες, θα έχει πεποιθήσεις, θα έχει σωστή συμπεριφορά προς τους άλλους, θα σέβεται τους γύρω του αλλά προπάντων τον ίδιο του τον εαυτό. Από την άλλη μεριά ένα παιδί που κακοποιείται από τους γονείς του είτε τους φίλους του συναισθηματικά σίγουρα τραυματίζεται ψυχικά και αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες τόσο για τον ίδιο όσο και για την κοινωνία αργότερα.

Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι γονείς από διαφορετικές χώρες έχουν μια κοινή αντίδραση προς τα παιδιά τους αντί να τους μιλούν κάποιες φορές να τους φωνάζουν. Πολλοί γονείς ακόμα απειλούν τα παιδιά τους ότι θα τα εγκαταλείψουν ή ότι θα τα κλειδώσουν έξω από το σπίτι. Εντούτοις όμως οι απειλές αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα, για παράδειγμα στις Φιλιππίνες οι απειλές περί εγκαταλείψεως των παιδιών αναφέρθηκε από τις μητέρες ως

πειθαρχικό μετρό, στη Χιλή από την άλλη η χρησιμοποίηση τέτοιων απειλών ήταν πολύ μικρότερη περίπου 8% (Lopez et al, 2000).

Η συναισθηματική-λεκτική βία πληγώνουν το παιδί, διαταράσσουν την ψυχική του ευημερία και ζημιώνουν την ψυχική του υγεία, σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς. Οι βίαιες παρατηρήσεις, η απομόνωση, η στέρηση φαγητού, η απαγόρευση συμμετοχής σε παιχνίδια και άλλες δραστηριότητες που επιθυμούν τα παιδιά τραυματίζουν βαθιά τις ψυχές τους και επιπλέον επηρεάζουν αρνητικά το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, καθώς απαξιώνεται η ιδέα της οικογένειας (Γιωτάκος Ο. Και συν, 2011). Ο θύτης σε αυτήν την περίπτωση ο γονιός ή αυτός που προσέχει το παιδί αρνείται τις πράξεις του, νιώθει ενοχές μετρά τις πράξεις του, εκλογικεύει τις πράξεις του και τις δικαιολογεί, περνάει μια περίοδο ηρεμίας φυσιολογικής συμπεριφοράς και δίνει ελπίδες βελτίωσης, δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να επαναλάβει τη συμπεριφορά του, ό,τι αναφέρεται το χρησιμοποιεί εναντίον του θύματος. Το παιδί από την άλλη οντάς φοβισμένο απολογείται για οποιαδήποτε κατηγορία του προσάπτουν, δικαιολογεί συνεχώς τη συμπεριφορά του άλλου, αναλαμβάνει αυτό την ευθύνη των καβγάδων, φοβάται να κάνει πράγματα για μην προκαλέσει αναστάτωση και βρίσκεται σε ένα μόνιμο άγχος, αλλάζει τη συμπεριφορά του και τις επιλογές επειδή φοβάται, είναι νευρωτικό και αγχωμένο, είναι καταθλιπτικό και εμφανίζει κόπωση, κατηγορεί τον εαυτό του για ότι και αν γίνει και τον μειώνει συνεχώς (<https://psychinfo.gr>).

Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί συναισθηματικά έχουν κάποια συμπτώματα μια κλινική εικόνα. Βέβαια το ότι ένα παιδί μπορεί να έχει κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα δεν το κάνει αυτομάτως θύμα, αν μιλάμε μόνο για ένα τότε αυτό θα πρέπει να υφίσταται σε μεγάλο βαθμό αν και συνήθως αυτά συνυπάρχουν. Τα συμπτώματα είναι :

- Καθυστέρηση στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού
- Το παιδί δέχεται υπερβολική τιμωρία
- Συνεχής υποτίμηση του εαυτού του
- Αιφνίδιες διαταραχές στην ομιλία
- Ανάρμοστες συναισθηματικές αντιδράσεις σε επίπονες καταστάσεις
- Νευρωτική συμπεριφορά
- Αυτό – ακρωτηριασμός
- Φόβος για επικοινωνία του σχολείου ή άλλων υπευθύνων με τους γονείς
- Ακραία παθητικότητα ή επιθετικότητα του παιδιού
- Κατάχρηση ουσιών ή απορρυπαντικών
- Επανειλημμένες φυγές από την οικογένεια ή άλλο πλαίσιο όπου ζει

- ο Κλοπές – σίτιση από τα σκουπίδια με ψυχαναγκαστικό τρόπο (Αγαθωνος Ε. & Τσαγκάρη Μ.,1999)

Οι συνέπειες μπορεί να είναι ακόμα η επιδείνωση μιας χρόνιας νόσου, η αναπηρία, η παραμόρφωση ή ακόμα και ο θάνατος. Στο βιβλίο της κυρίας Χατζηφωτίου, υποστηρίζεται πως αυτού του είδους η κακοποίηση προκαλεί χρόνιο και μεγάλο άγχος, αναταραχή, κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, ψύχωση και φόβο ότι η ζωή και η ασφάλεια του απειλούνται. Το παιδί εμποδίζεται σοβαρά να ολοκληρώσει ορισμένα στάδια της ζωής του και είναι λογικό να μην μπορεί να αποδώσει ικανοποιητικά στο σχολείο, στην ομάδα των συνομηλίκων και στην ευρύτερη κοινότητα. Παιδιά που έχουν βιώσει τέτοιες καταστάσεις στην παιδική τους ηλικία, βρίσκονται σε φυλακές, ψυχιατρεία, ειδικά σχολεία γιατί πιθανότητα να εκδήλωσαν επιθετικότητα και βίαιες- μη κοινωνικά αποδεκτές πράξεις. Ως ενήλικες ένα μεγάλο ποσοστό, μπορεί να νιώθει θυμό, μίσος, έλλειψη ενδιαφέροντος, να δυσκολεύεται να δημιουργήσει σχέσεις αμοιβαίας ικανοποίησης, σταθεροποίησης, συνεργασίας και γενικότερα θα υπάρχει μια δυσκολία στο να αποδώσουν 100% με οτιδήποτε ασχοληθούν καθώς και θα έχουν μια τάση να παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αλλαγές (Γιωτάκος Ο., και συν, 2011 & Χατζηφωτίου 2005).

3.2.1 ΤΥΠΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η ψυχολογική κακοποίηση όπως είδαμε έχει τη λιγότερη προσοχή από τις άλλες μορφές κακοποίησης. Ωστόσο σύμφωνα με στοιχεία της κοινωνικής υπηρεσίας στην Αμερική η ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών ανέρχεται σε ένα ποσοστό του 4,2%. Κάποια κοινωφελή ιδρύματα δίνουν πέντε τύπους ψυχολογικής κακοποίησης: η απόρριψη, ο εκφοβισμός -τρομοκράτηση, η απομόνωση, η εξαγορά, η διαφθορά.

- ο Απόρριψη: Εδώ οι γονείς δεν μπορούν να δεθούν συναισθηματικά με τα παιδιά τους και τα απορρίπτουν. Αυτό γίνεται για διάφορους λόγους είτε γιατί το παιδί μπορεί να έχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, να έχει κάποιο σύνδρομο όπως είναι το σύνδρομο Down είτε ακόμα οι γονείς να είναι χρήστες ουσιών. Υπενθυμίζουν διαρκώς στο παιδί ότι δεν το θέλουν, μπορεί να του πουν να φύγει από το σπίτι ενώ μπορεί ακόμα και να του ρίξουν τις ευθύνες για οποίο πρόβλημα μπορεί να έχει η οικογένεια του.
- ο Εκφοβισμός – τρομοκράτηση: Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς ξεχωρίζουν ένα από τα παιδιά τους, το οποίο μπορεί να διαφέρει από τα άλλα παιδιά της οικογένειας είτε να έχει κάποιο πρόβλημα υγείας είτε λόγω εμφάνισης είτε να έχει κάποιες μαθησιακές

δυσκολίες, το κριτικάρουν και το τιμωρούν κατ' επανάληψη. Σε αυτό το παιδί συνήθως του αναθέτουν εργασίες στις οποίες το παιδί δεν μπορεί να τις ολοκληρώσει με επιτυχία με αποτέλεσμα να το κοροϊδεύουν και να το απειλούν οι γύρω του.

- Απομόνωση: Ο γονέας που τιμωρεί το παιδί του με την μέθοδο της απομόνωσης απαιτεί από το ίδιο να μην συμμετέχει σε δραστηριότητες της ηλικίας του, να παίζει με τους φίλους του και να βγαίνει από το σπίτι. Θέλει το παιδί να παραμένει στο σπίτι για αρκετές ώρες πολλές φορές από την στιγμή που θα έρθει από το σχολείο μέχρι την άλλη μέρα το παιδί βρίσκεται ησύχως το δωμάτιο του .
- Εξαγορά: Σε αυτόν τον τύπο συναισθηματικής κακοποίησης, οι γονείς δίνουν πολλά χρήματα στα παιδιά τους, τους παρέχουν ότι αυτά ζητήσουν ακόμα και αν είναι πολύ ακριβά ή υπερβολικά, με σκοπό κατά κύριο λόγο να κερδίσουν την εύνοια των παιδιών τους αλλά και οι ίδιοι την ησυχία τους. Εδώ οι γονείς προσπαθούν μέσω των υλικών αγαθών που παρέχουν στα παιδιά τους να καλύψουν το συναισθηματικό κενό που υπάρχει μεταξύ τους. Στην πραγματικότητα αυτού του είδους οι γονείς δεν ασκούν κανέναν έλεγχο στα παιδιά τους, αδιαφορούν εντελώς με ποιους βγαίνουν ή που πηγαίνουν, για τα ενδιαφέροντα τους, για τις σχολικές τους επιδόσεις.
- Διαφθορά: Οι γονείς επιτρέπουν στα παιδιά τους κυριολεκτικά να παρανομούν γνωρίζοντας οι γονείς το τι ακριβώς κάνουν τα παιδιά τους. Από το να βλέπουν ταινίες που είναι ακατάλληλες για την ηλικία τους με πολύ σκληρές σκηνές βίας, πορνογραφικές ταινίες, να πίνουν αλκοόλ, να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, μέχρι και να γίνονται μέλη σε συμμορίες που έχουν εγκληματικές δραστηριότητες (Χατζηφωτίου Σ., 2005).

3.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στη μελέτη των συμπτωμάτων της συναισθηματικής κακοποίησης έδειξαν ότι τελικά υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να αναγνωριστούν και να αιτιολογηθούν.

Ένας παράγοντας που έχει μεγάλη πλέον σημασία είναι ο κοινωνικοοικονομικός. Γονείς οι οποίοι μπορεί να είναι χρόνια άνεργοι, να μένουν σε αντίξοες συνθήκες χωρίς τα απαραίτητα, να δουλεύουν από το πρωί μέχρι το βραδύ, να μην βρίσκονται σε ένα σωστό περιβάλλον, να είναι φτωχοί, αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να πάσχουν από κατάθλιψη ή κάποιου άλλου είδους ψυχικής νόσου με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των παιδιών τους. Λόγω των δυσκολιών που έχουν να αντιμετωπίσουν συχνά έχουν νευρά, βρίσκονται σε ένταση και ξεσπούν στα παιδιά τους. Ακόμα έχει παρατηρηθεί αντιστροφή των ρόλων,

δηλαδή οι γονείς περιμένουν από τα παιδιά τους να τους δείξουν την αγάπη τους, το σεβασμό τους, την κατανόηση τους και θα πρέπει να ικανοποιούν τις ανάγκες των γονιών τους. Αυτοί οι γονείς κατά κύριο λόγο είναι ανώριμοι και ναρκισσιστές (Αγαθωνος Ε., 1991).

Οι γονείς που ασκούν ψυχολογική κακοποίηση στα παιδιά τους κάποιες φορές οι λόγοι που γίνεται η κακοποίηση είναι κατανοητοί και αντιληπτοί αλλά όχι σεβαστοί. Η κοινωνία δεν ανέχεται τέτοιου είδους συμπεριφορές για οποιόν λόγο και να γίνονται γι' αυτό κιάλας τιμωρούνται. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι στη ζωή τους έχουν περάσει δύσκολα, είτε επειδή μπορεί να μεγάλωσαν χωρίς οικογένεια γυρνώντας από σπίτι σε σπίτι, να μεγάλωσαν και οι ίδιοι σε ένα τέτοιο περιβάλλον βίαιο χωρίς αγάπη και στοργή και απλά να μην ξέρουν πώς να φερθούν επειδή οι ίδιοι είχαν αυτά τα πρότυπα μεγαλώνοντας (Τσιαντής Γ. & Μανωλόπουλος, 1987).

3.2.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συναισθηματική κακοποίηση έχει έμμεση επίδραση στην ανάπτυξη διατροφικών προβλημάτων όπως είναι η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Μια πιθανή συνέπεια της συναισθηματικής κακοποίησης είναι η δυσκολία της ρύθμισης των συναισθημάτων. Η ρύθμιση των συναισθημάτων παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διάφορων ψυχοπαθολογικών προβλημάτων συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών διαταραχών. Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται επίσης από την έλλειψη αποτελεσματικής αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (Hayaki J., 2009). Για παράδειγμα, η υπερβολική κατανάλωση φαγητού χρησιμεύει ως μέσο για να αποσπάσει την προσοχή του ατόμου από τα αρνητικά συναισθήματα ή λειτουργεί σαν έναν τρόπο συμφιλίωση με τον εαυτό του που του δημιουργείτε με την αίσθηση της άνεσης (Svaldi J. et al., 2012). Σε τέτοιες περιπτώσεις, μια γενική ατονία στη διάθεση είναι υπεύθυνη για το παθολογικό πρόβλημα, ενώ η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι ένα μέσο για τη διαχείριση αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων. Έτσι, η κακή έκφραση των συναισθημάτων, το αρνητικό συναίσθημα και η μη πρόσφορη αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων σχετίζονται με την δυσαρέσκεια του σώματος και συμπτώματα της βουλιμίας (Sim L. & Zeman J., 2005).

3.3. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Η παραμέληση των παιδιών είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται με διάφορες μορφές από τους αρχαίους χρόνους ως και σήμερα. Βλέπουμε ότι τα παιδιά παραμελήθηκαν από το νόμο από την αρχαιότητα κιάλας μέχρι και τον προηγούμενο αιώνα.

Πριν από το 17^ο αιώνα τα παιδιά θεωρούνταν κτήμα των γονέων τους και εξαρτώνται απόλυτα από τη θέλησή τους μη έχοντας κανένα απολύτως δικαίωμα. Οι γονείς είχαν το δικαίωμα να τα χτυπήσουν, να τα βάλουν να δουλέψουν, να τα εκμεταλλευτούν, να τα πουλήσουν ή ακόμα και να τα εγκαταλείψουν χωρίς καμία απολύτως συνέπεια γι' αυτούς. Μετά την Αμερικανική και τη Γαλλική Επανάσταση και παράλληλα με την οικονομική ανάπτυξη είχαν σαν αποτέλεσμα πολύ σημαντικές αλλαγές στην ζωή των παιδιών καθώς αυξήθηκε το ενδιαφέρον για τα δικαιώματά τους. Το 1896 ο Γερμανικός Αστικός Κώδικας επέβαλε ποινές στους γονείς που κακομεταχειρίζονταν ή παραμελούσαν τα παιδιά τους. Το 1899 οι Ηνωμένες Πολιτείες θέσπισαν ειδικά δικαστήρια μόνο για παιδιά. (Αγαθωνος - Γεωργοπούλου Ε., 1996)

Η δράση για τα Δικαιώματα των Παιδιών οφείλει πολλά στην εργασία που πραγματοποίησε η Eglantyne Jebb. Με την εργασία της για τα παιδιά των Βαλκανικών χωρών που σκοτωθήκαν κατά χιλιάδες κατά τον Πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο κατέληξε ότι ήταν απαραίτητη μια μόνιμη δράση υπέρ των παιδιών. Σε συνεργασία με μια ομάδα ατόμων έθεσε τα θεμέλια της Διακήρυξης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση της Κοινωνίας των Εθνών το 1924. Ένα αναθεωρημένο κείμενο υιοθετήθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη το 1959. Αυτό το κείμενο είναι ο πρόδρομος της σημερινής Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Παιδιών (Αγαθωνος Ε.,1991) .

Η παιδική παραμέληση η οποία αποτελεί το 54% όλων των αποδεδειγμένων περιπτώσεων της παιδικής κακομεταχείρισης, καθορίζεται σαν αποτυχία παροχής της απαιτούμενης ανάλογα με την ηλικία των παιδιών φροντίδας και προστασίας όπως: η στέγη, η τροφή, ο ρουχισμός, η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη και άλλες βασικές ανάγκες που χρειάζονται για την ανάπτυξη σωματικών, πνευματικών και συναισθηματικών ικανοτήτων (<http://www.preventchildabuse.com>) .

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού δίνει έναν ορισμό για την παραμέληση των παιδιών σύμφωνα με τον οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι φανερά ανεπαρκής ή δεν είναι σωστή ώστε να παραβλέπετε ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξή του. Ένα παιδί χαρακτηρίζεται παραμελημένο όταν μένει χωρίς φροντίδα για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί τελείως από τους γονείς του (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1998). Επίσης σύμφωνα με τον Dorit Braun, η παραμέληση ορίζεται ως εξής: παιδιά κάτω

των 17 χρονών τα οποία κατ' επανάληψη παραμελούνται σωματικά ώστε η υγεία και η ανάπτυξή τους να κινδυνεύουν (Braun D., 1988).

Στην ευρωπαϊκή ένωση 15 εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο, πριν καν γίνουν 5 χρονών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων αυτών οφείλεται στον υποσιτισμό, στις ασθένειες και στην έλλειψη εμβολίων. Τρεις χιλιάδες παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες από την αδιαφορία. Η κατάσταση δεν είναι καλύτερη και στην Ευρώπη (Πετρουλάκης Ν., 1987). Μια έρευνα που έγινε στην Μεγάλη Βρετανία σε δείγμα 3000 ενηλίκων δείχνει ότι το 6% των παιδιών τους υφίστανται σοβαρή παραμέληση, πεινούν, πηγαίνουν στο σχολείο όντας βρόμικα, δεν τα πηγαίνουν στο γιατρό όταν είναι άρρωστα, εγκαταλείπονται στο σπίτι μόνα σε πολύ μικρή ηλικία. Ακόμα σύμφωνα με έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες πολιτείες το 2005, βρέθηκε ότι το 62,2% των παιδιών έχει υποστεί κακομεταχείριση και σοβαρή παραμέληση καθώς βρέθηκε ότι μπορεί να συνυπάρχουν πολλές μορφές κακοποίησης σε αυτό (Γιωτάκος, Τσιλιακού, Τσίτσικα 2011 & Πρεκατέ, 2008).

Η παραμέληση του παιδιού αποτελεί σήμερα μια πραγματικότητα και σαν έννοια είναι καθορισμένη και προσδιορισμένη με βάση συγκεκριμένα στοιχεία την οποία θα την αναπτύξουμε σε τρεις κύριες μορφές: σωματική παραμέληση, συναισθηματική παραμέληση, εκπαιδευτική παραμέληση.

3.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται η παραμέληση ιατρικής φροντίδας, η εγκατάλειψη-εκδίωξη από το σπίτι - εμπορευματοποίηση και η παραμέληση ασφάλειας. Παραμέληση ιατρικής φροντίδας: ανεπαρκής εμβολιασμός ακόμα και για τα βασικά εμβόλια. Στο ιστορικό των παιδιών αυτών-με βάση όσα μας είπαν οι υπεύθυνοι στο ΙΥΠ-περιλαμβάνονται νοσήματα μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας, όπως: ιώσεις, γαστρεντερίτιδες, μηνιγγίτιδες, βρογχοπνευμονίες.

Τα κλινικά ευρήματα που παρουσιάζει ένα παραμελημένο παιδί είναι τα εξής:

- ο Μικρό ανάστημα

- Συνήθως αδύνατο
- Οιδηματώδη πόδια και μηροί
- Αραιά, ξηρά μαλλιά με περιοχές αλωπεκίας
- Κακή κατάσταση δέρματος, εκδορές, μικρά έλκη (Αγάθωνος Ε., 1991)

Άλλες ενδείξεις:

- Κακή σωματική υγιεινή
- Διαρκής κούραση-κόπωση
- Πολύ χαμηλό βάρος
- Αργοπορία και ασυνέπεια στις υποχρεώσεις τους
- Αντικοινωνικότητα (έλλειψη κοινωνικών σχέσεων)
- Τάσεις αυτοκαταστροφής
- Εγκληματικές δραστηριότητες (κλοπές, ναρκωτικά)
- Φυγή από το σπίτι
- Ιατρικά προβλήματα χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση (Αγάθωνος Ε. & Τσαγκάρη Μ., 1999).

Υπάρχουν όμως και κάποια χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του παιδιού όπως είναι: ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαισθησία), νιώθει φόβο προς τους γονείς του, έχει παγωμένο βλέμμα, έχει φανερό άγχος, το παιδί είναι υπερβολικά υπάκουο, είναι παθητικό, είναι κλειστό στον εαυτό του, έχει καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία και εμφανίζει παλινδρόμηση σε πρώιμες συμπεριφορά όπως είναι η ενούρηση (Αγάθωνος Ε., 1999).

Εγκατάλειψη-εκδίωξη από το σπίτι - εμπορευματοποίηση: Είναι δύσκολο για κάποιον να πιστέψει ότι ένας γονιός μπορεί να διώξει το παιδί του από το σπίτι. Τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται ως δύσκολα από τους γονείς τους, πρόκειται για παιδιά τα οποία μπορεί να κλαίνε εύκολα, να είναι υπερκινητικά να έχουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και

συναισθηματικές μεταβολές. Ακόμα πιο συγκλονιστική είναι η ιστορία παιδιών στη Γουατεμάλα τα οποία οι ίδιοι τους οι γονείς τα πωλούσαν σαν δωρητές οργάνων επειδή τα χρήματα θα ήταν πολύ περισσότερα από μια απλή υιοθεσία. Γίνονται δωρητές οργάνων, νεφρών, πνευμόνων, ματιών αφήνοντας τα παιδιά τους ακρωτηριασμένα εάν δεν έχουν πεθάνει από την επέμβαση που γίνεται κάτω από αντίξοες συνθήκες. Το σκάνδαλο αποκαλύφθηκε όταν η Αστυνομία της Γουατεμάλας έκανε εφόδους σε ύποπτα σπίτια, βρίσκοντας τα θύματα (Πετρουλάκης Ν., 1987).

3.3.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Το παιδί παραμένει μέσα σ' ένα σπίτι για αμέτρητες ώρες, γιατί πολλές φορές οι γονείς δεν είναι εκεί. Η ανεπαρκής επιτήρηση των παιδιών από τους γονείς τους, οδηγεί τα παιδιά ακόμα και στο έγκλημα. Η παραμέληση ασφάλειας μπορεί να διαπιστωθεί από τη συμπεριφορά των παιδιών που παρουσιάζει τις ακόλουθες μορφές: τα ίδια κλαίνε πολύ εύκολα ακόμα και όταν κτυπούν ελαφρά, όταν έρχονται στο σχολείο συνέχεια χωρίς φαγητό ή για να πάρουν κάτι να φάνε, όταν κατά τη διάρκεια του μαθήματος αυτά κοιμούνται, όταν έχουν παραισθήσεις ή ονειροπολούν, τα παιδιά αυτά έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι ατίθασα καταστρέφοντας τη σχολική περιουσία, λένε ψέματα και κλέβουν σχολικά αντικείμενα (<http://www.childabuse.org/singnw.html>).

Και στη χώρα μας είναι γνωστή η εκμετάλλευση παιδιών που τα εξαναγκάζουν να ζητιανεύουν. Ακόμη και βρέφη χρησιμοποιούνται για να δημιουργείτε οίκτος των περαστικών, ώστε να δώσουν χρήματα στην μητέρα που κρατάει το παιδί της και παρακαλεί να της δώσουν χρήματα για να το μεγαλώσει (Πετρουλάκης Μ., 1987).

3.3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Η συναισθηματική παραμέληση ορίζεται από δύο στοιχεία, από την άρνηση στην παροχής ψυχολογικής βοήθειας - υποστήριξης και στην αδιαφορία για τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ από τα παιδιά.

Άρνηση παροχής ψυχολογικής βοήθειας και υποστήριξης:

Αναφέρεται στην ανικανότητα του γονέα να παρέχει στο παιδί ερεθίσματα, μέσω της φροντίδας, της σταθερότητας και της ασφάλειας που είναι απαραίτητες για τη νοητική, κοινωνική και ψυχολογική του εξέλιξη.

Οι γονείς που είναι πολυάσχολοι συνήθως χρησιμοποιούν την δικαιολογία ότι δεν έχουν χρόνο για το παιδί τους να δουν τι κάνει και πως το ίδιο αισθάνεται. Τα παιδιά αυτά νιώθουν θυμό και είναι οργισμένα με τους γονείς τους επειδή δεν τους δίνουν την κατάλληλη προσοχή. Αρκετές φορές το παιδί που αισθάνεται θυμό ή οργή λόγω της αδιαφορίας των γονιών του βγάζει τα μάτια της κούκλας του μετατοπίζοντας τα πραγματικά του συναισθήματα πάνω σε αντικείμενα με συμβολικό χαρακτήρα. Όταν το παιδί ασχολείται με κάποια δραστηριότητα και εμείς δεν το επαινούμε ακόμα και η σιωπή μας δείχνει στο παιδί ότι συμφωνούμε με αυτό που κάνει και αυτό του δημιουργεί ευχάριστα συναισθήματα (The open university, 1985).

Αδιαφορία για τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ από τα παιδιά :

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών από τα παιδιά είναι μια μη νόμιμη πράξη και δυστυχώς τη σημερινή εποχή είναι μια συνήθεια αρκετά διαδεδομένη στα νέα παιδιά. Η ποιότητα των σχέσεων με την οικογένεια είναι βασικός παράγοντας που επιδρά στη χρήση ναρκωτικών ουσιών από το παιδί. Όταν δεν είναι αρμονικές οι σχέσεις της οικογένειας με το παιδί και υπάρχουν συνεχείς τσακωμοί μεταξύ τους και χωρίς αμοιβαία αγάπη και ενδιαφέρον τα παιδιά οδηγούνται προς την κατεύθυνση των ναρκωτικών (Χαραλαμπίδης Β., 1987).

3.3.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Στην κατηγορία των εκπαιδευτικά παραμελημένων παιδιών ανήκουν κυρίως τα κορίτσια αφού παλιότερα και σύμφωνα με τις τοπικές παραδόσεις δεν πρέπει να πηγαίνουν σχολείο αλλά να μένουν σπίτι και να προετοιμάζονται ώστε να γίνουν σωστές γυναίκες καλές σύζυγοι και καλές μητέρες με αλλά λόγια προετοιμάζονταν από πολύ μικρές ώστε να γίνουν καλές νοικοκυρές. Αλλά και τα ποσοστά αγοριών που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία είναι αξιοσημείωτα, καθώς αυτά εγκαταλείπουν το σχολείο για να μάθουν κάποια τέχνη ή να εργαστούν ή στην καλύτερη περίπτωση το παρακολουθούν με αδιαφορία. Γονείς που συμφωνούν με την απόφαση των παιδιών να διακόψουν το σχολείο σημαίνει ότι το θέλουν και το αποδέχονται, γι' αυτό και η ευθύνη τους είναι μεγάλη. Δεν θα πρέπει να υπάρχουν ανισότητες και διακρίσεις ώστε κάθε παιδί να έχει πρόσβαση σε ίσες ευκαιρίες εκπαίδευσης ανάλογα πάντα με τις ικανότητές του. Ως υποχρέωση κάθε χώρας θεωρείται η λήψη μέτρων για τη μείωση της σχολικής εγκατάλειψης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1999).

Σύμφωνα με αυτούς τους τύπους παραμέλησης το Αμερικάνικο Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης έφτασε στο συμπέρασμα ότι οι παρακάτω περιπτώσεις αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά τους:

- Όταν οι γονείς αρνούνται και καθυστερούν την παροχή ιατρικής φροντίδας για το πρόβλημα του παιδιού καθώς και όταν αρνούνται τον συχνό έλεγχο της υγείας του παιδιού ακόμα και αν αυτό έχει γεννηθεί με κάποιο πρόβλημα ή αναπηρία. Παραπέμπει σε ιατρικού τύπου παραμέληση.
- Όταν οι γονείς εγκαταλείπουν το παιδί τους σε άλλους ενήλικες συνεχώς και κατ' επανάληψη για μέρες και όταν το διώχνουν από το σπίτι. Παραπέμπει σε συναισθηματικού τύπου παραμέληση.
- Όταν δεν του παρέχουν αρκετή τροφή, ένδυση, στέγη και δεν φροντίζει για την καθαριότητα του. Παραπέμπει σε σωματικού τύπου παραμέληση.
- Όταν του στερούν ζεστασιά, αγάπη, συναισθηματική υποστήριξη, έπαινο και όταν είναι υπερβολικά απαιτητικοί ή περιοριστικοί προς το παιδί. Παραπέμπει σε συναισθηματικού τύπου παραμέληση.
- Όταν δεν επεμβαίνουν επιτρέποντας έτσι την χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ. Παραπέμπει σε σωματικού κυρίως αλλά και συναισθηματικού τύπου παραμέληση.
- Όταν του επιτρέπουν να έχει αντικοινωνική, παραβατική συμπεριφορά, δεν φροντίζουν το παιδί και δεν του θέτουν όρια. Παραπέμπει σε συναισθηματικού τύπου παραμέληση.
- Όταν ο γονιός δεν παρεμβαίνει και αρνείται να γράψει το παιδί του στο σχολείο. Παραπέμπει σε εκπαιδευτικού τύπου παραμέληση.
- Όταν δεν του παρέχουν την ειδική αγωγή σε περίπτωση που το παιδί χρειάζεται ειδικό σχολείο, αρνούνται να το πάνε για αξιολόγηση και αν ακόμα γίνει διάγνωση της κατάστασης του παιδιού και διαγνωσθεί με κάποια μαθησιακή δυσκολία και χρήζει εγγραφής του σε ειδικό σχολείο, οι γονείς αρνούνται να το γράψουν με συχνά μακροπρόθεσμες συνέπειες. Παραπέμπει σε εκπαιδευτικού αλλά και ιατρικού τύπου παραμέληση (Γιωτάκος Ο. Και συν. 2011 & Herbert M., 1997 & Πρεκατέ Β., 2008).

3.3.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί ότι ως θεραπευτή θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1998). Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας καλής συνεργασίας μεταξύ θεραπευτών και οικογένειας, με τη δημιουργία εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι απ' αυτούς είναι: Η φύση βασικού προβλήματος, η επιθυμία των γονέων να βοηθηθούν, η ικανότητα των επαγγελματιών ν' αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση και η επάρκεια των πηγών βοήθειας. Οι υπεύθυνοι φοβούνται να εμπλακούν λόγω των αστυνομικών και δικαστικών διαδικασιών, που χρήζουν αναγκαιές σε ορισμένες περιπτώσεις. Ακόμα υπάρχει και ο φόβος πολλών εξαιτίας απρόβλεπτων αντιδράσεων των γονέων ή κηδεμόνων απέναντί τους και τις πιθανές επιπτώσεις που τέτοιες ενέργειες μπορούν να έχουν στην άσκηση του επαγγέλματός τους (Μουζακίτης Χ. & Σαλκτζόγλου Τ., 1987). Ως τρόποι αντιμετώπισης της παραμέλησης σήμερα στην χώρα μας λειτουργεί η τοποθέτηση των παιδιών σε ανάδοχες οικογένειες. Αυτό τον τρόπο χρησιμοποιούν κυρίως οι κρατικοί φορείς ώστε να φτάνουν εκεί τα περιστατικά τα οποία είναι σοβαρά. Ακόμα χρησιμοποιείται η συμβουλευτική και η στήριξη των γονέων που πραγματοποιείται μέσα από διάφορους φορείς όπως είναι το Ι.Υ.Π και τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, σε ορισμένα από τα οποία λειτουργούν προγράμματα σχολών γονέων (Μουζακίτης Χ. & Σακτζόγλου Τ., 1987).

3.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί μια μορφή παιδικής κακοποίησης η οποία προκαλεί έντονες αντιδράσεις στις κοινωνίες και απειλεί τα παιδιά όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Είναι ένα διαχρονικό φαινόμενο με ανυπολόγιστες συνέπειες στην υγεία και στην μετέπειτα ζωή του παιδιού. Στο 30%-50% των περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης των κοριτσιών και στο 10%-20% των αγοριών οι θύτες είναι μέλη της οικογένειας (Kellogg N., 2005). Το 1977 ο Kempe ονόμασε τη παιδική σεξουαλική κακοποίηση ως «κρυφό παιδιατρικό πρόβλημα» (Kempe CH., 1978). Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να περιλαμβάνει χάδια στη περιοχή των γεννητικών οργάνων και του στόματος, τον βιασμό, τη διείσδυση στα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό, την επιδειξιμανία, την ηδονοβλεψία και την

έκθεση σε πορνογραφία (Lahoti N., et al, 2001 & J.A. Adams,2004). Βάση μελετών έχει διασαφηνιστεί ότι 70% των παιδιών που βιάζονται δεν αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές ποσοστό που στην Ελλάδα αγγίζει το 90% (Κατωπόδη Α., 2005). Ο έλεγχος για σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη του παιδιού ιδιαίτερα αν αυτό εκφράζει παράπονα για προβλήματα που προέρχονται από το ουροποιητικό σύστημα ή έχει αλλαγές στην συμπεριφορά του (Hornor G., 2006). Πέρα από τη σωματική εξέταση οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας οφείλουν να συζητούν με τα παιδιά για το ποια αγγίγματα είναι ασφαλή και ποια προδίδουν πρόθεση για σεξουαλική κακοποίηση. Τις περισσότερες φορές τα παιδιά που καταφεύγουν στις δομές υγείας έχουν είδη κακοποιηθεί σεξουαλικά ενώ σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που υπάρχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες μετά από αυτό το τραυματικό γεγονός (Jenny C. & Crawford-Jakubiak J.E., 2013).

Σε όλα τα παιδιά που υπάρχει υποψία για σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να γίνεται προσεκτική λήψη του ιστορικού με στόχο:

- Να λαμβάνεται το ιστορικό του παιδιού και του κηδεμόνα
- Να γίνεται διαφορική διάγνωση των σημείων και των συμπτωμάτων
- Να εντοπίζονται και να καταγράφονται τα στοιχεία του τραύματος και των μολύνσεων
- Τη διάγνωση και τη θεραπεία ιατρικών καταστάσεων που απορρέουν από την κακοποίηση
- Τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των ιατρικών καταστάσεων που δεν σχετίζονται με την κακοποίηση
- Την εξέταση των συναισθηματικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν μετά από μια τόσο επώδυνη εμπειρία
- Να αξιολογηθεί η ασφάλεια του παιδιού και να υποβληθεί έκθεση στις αρμόδιες υπηρεσίες αν αυτό είναι απαραίτητο
- Να τεκμηριωθεί το αποτέλεσμα για μελλοντικές αποφάσεις
- Να διασφαλιστεί η ευημερία και η ασφάλεια του παιδιού
- Να συλλεχθούν στοιχεία για ιατροδικαστική έρευνα (Adams J.A. et al, 2007 & Marks S., et al 2009, Hornor G., et al, 2009 & Jenny C., 2011).

Σημαντικό είναι αν το παιδί έχει αναπτύξει λεκτική ικανότητα, σε αυτήν την περίπτωση κατά τη λήψη ενός ιστορικού θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ανοιχτού τύπου ερωτήσεις και να δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να αναπτύξει αυτά που θέλει να πει. Επίσης, θα πρέπει να

χρησιμοποιείται κατάλληλη και απλή γλώσσα για την ηλικία του παιδιού χωρίς ορολογίες. Πρέπει να ακολουθεί μια συνολική ανασκόπηση των συστημάτων και να παρατηρούνται πιθανές αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να συνυπάρχει με άλλες μορφές κακοποίησης έτσι η εξέταση θα πρέπει να ξεκινάει από το κεφάλι και να φτάσει μέχρι τα πόδια του παιδιού (Jenny C. & Crawford-Jakubiak J.E., 2013). Αν το παιδί έχει αποκαλύψει σεξουαλική κακοποίηση είναι σημαντικό να διερευνήσουμε κάτω από ποιες συνθήκες έγινε αυτή η ομολογία και αν ήταν αυθόρμητη ή το παιδί επηρεάστηκε από καθοδηγητικές ερωτήσεις ή του έχει ασκηθεί πίεση για να το παραδεχθεί (Jenny C., 2011). Θα πρέπει να διενεργείται επείγουσα εξέταση των γεννητικών οργάνων όταν αναφέρεται πόνος στα άνω γεννητικά όργανα και αιμορραγία ενώ αν η σεξουαλική κακοποίηση έχει πραγματοποιηθεί εντός 72 ωρών, μπορεί να εντοπιστεί γεννητικό υλικό που θα φανεί πολύ χρήσιμο για την ιατροδικαστική έρευνα με την ταυτόχρονη μέριμνα για την ψυχική υγεία του παιδιού και πιθανούς αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Adams J.A, et al, 2007).

3.4.1 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Όπως και στη σωματική κακοποίηση έτσι και στη σεξουαλική η διάγνωση της είναι καίριας σημασίας όμως θα πρέπει οι φορείς υγείας να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να αναγνωρίζουν τη φυσιολογική ανατομία του παιδιού και τις παθολογικές καταστάσεις των τραυματισμών που προκαλούνται από σεξουαλική κακοποίηση ώστε να αποφευχθούν λανθασμένες διαγνώσεις που θα έχουν ως αποτέλεσμα ανεπανόρθωτες ζημιές για το παιδί, την οικογένεια και τους υπόπτους (Kellog N.D., et al, 1998 & Heger A., et al, 2002).

Κατά την πρωκτική εξέταση το παιδί πρέπει να είναι σε ύπτια με τα γόνατα στο στήθος και ελαφριά έλξη των γλουτών. Τα κορίτσια θα πρέπει να εξετάζονται σε ύπτια θέση με τα χείλη του αιδοίου σε απαγωγή. Τα προεφηβικά κορίτσια θα πρέπει να εξετάζονται με αναισθησία όταν υπάρχει η υποψία ενδοκολπικού τραυματισμού (Adams J.A., et al, 1994 & Heger A., et al, 2002). Αν δεν είναι δυνατή η απεικόνιση της οπίσθιας πλευράς του παρθενικού υμένα προτείνεται η χρήση της πρηνής θέσης. Όταν ο παρθενικός υμένας απουσιάζει υπάρχουν τεχνικές απεικόνισης του περιγράμματος του όπως η χρήση βαμβακοφόρου στειλεού και καθετήρα Foley κάνοντας μια μικρή έλξη του μπαλονιού όταν αυτό είναι μερικώς φουσκωμένο ή εγχύοντας ορό εντός της κολπικής κοιλότητας. Η χρήση κολποσκοπίου μας δίνει σαφείς φωτογραφίες για την τεκμηρίωση της κακοποίησης και την επανεξέταση του παιδιού. Το κολποσκόπιο τοποθετείται μεταξύ του παιδιού και του ειδικού που πραγματοποιεί την εξέταση σε απόσταση 30cm και παρέχει μεγεθυμένη εικόνα των γεννητικών οργάνων, του περινέου και του περιγράμματος του υμένα (Hobbs C. & Wyne J.,

1996). Κατά τη διάρκεια των πρώτων 72 ωρών μετά τη σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα ρούχα που φορούσε το παιδί, στις εκκρίσεις του δέρματος του, στο επίχρισμα του στόματος, του κόλπου του πέους και του ορθού. Θα πρέπει να γίνουν δοκιμές για να διαπιστωθεί η τυχόν ύπαρξη κάποιου σεξουαλικός μεταδιδόμενου νοσήματος όπως: κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, σύφιλη, έρπης των γεννητικών οργάνων, ηπατίτιδα, HIV, Neisseria gonorrhoea και χλαμύδια Trichomonas. Σε περίπτωση που κατά την ορολογική δοκιμασία για σύφιλη ή HIV βρεθεί σπέρμα και όξινη φωσφατάση θεωρείται απόλυτη ένδειξη σεξουαλικής κακοποίησης αφού έχουν αποκλειστεί οι εκ γενετής ή επίκτητες καταστάσεις ενώ το επίχρισμα για εξέταση θα πρέπει να λαμβάνονται από το αιδοίο, τον κόλπο, το ορθό και τον φάρυγγα του παιδιού (Goodyear-Smith F., 2007).

Οι φυσιολογικές διαστάσεις της κοπροδόχου ληκύθου είναι 2 cm με 3 cm μήκους στα μικρά παιδιά ενώ στα κορίτσια μπορεί και μικρότερος (Rostion C. G., 2016). Παρ'όλα αυτά από τα παιδιά που καταγγέλλουν κολπική ή πρωκτική διείσδυση μόνο το 5% παρουσιάζει ανώμαλα ευρήματα κατά την εξέταση. Μετά από μελέτες οι ειδικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαδικασία επούλωσης της πρωκτογεννητικής περιοχής συμβαίνει πολύ γρήγορα. Οι δύο παράγοντες που σχετίζονται με ευρήματα που παραπέμπουν σε σεξουαλική κακοποίηση είναι το χρονικό διάστημα από την τελευταία φορά που το παιδί κακοποιήθηκε σεξουαλική και το ιστορικό του αίματος που αναφέρθηκε κατά τη στιγμή της κακοποίησης. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερο διάστημα έχει περάσει από την τελευταία κακοποίηση τόσο λιγότερα τα ευρήματα που θα προκύψουν (Sapp MV & Vandeven A.M., 2005). Ακόμη δεν περιλαμβάνουν όλοι οι τύποι κακοποίησης διείσδυση ούτε αφήνουν φυσικά ευρήματα (Kellogg N.D., et al, 2004 & McCann J., et al, 2007). Ωστόσο μια σειρά ευρημάτων θα πρέπει να ενεργοποιεί τους παρόχους υγείας ότι διαχειρίζονται ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης:

- Οξείες ρήξεις, εκδορές ή εκτεταμένοι μώλωπες στα χείλη του αιδοίου, πέριξ του παρθενικού υμένα και του πέους, του οσχέου ή στο περίνεο.
- Εγκοπή ή σχισμή του παρθενικού υμένα που εκτείνεται πάνω από το 50% στα μικρά χείλη του αιδοίου
- Ουλή ή πρόσφατη ρήξη στο χαλινό των μικρών χειλιών του αιδοίου χωρίς τη συμμετοχή του παρθενικού υμένα
- Οξυτενή κονδυλώματα σε παιδί ηλικίας μεγαλύτερης των τριών ετών
- Έρπης στην πρωκτογεννητική περιοχή μετά την νεογνική περίοδο

- Ένδειξη άμεσης διαστολής του πρωκτού χωρίς να υπάρχουν κόπρανα στο ορθό κατά την εξέταση σε θωρακογονατιαία θέση χωρίς νάρκωση (απουσίας σημαντικού ιστορικού εγκόπρησης, χρόνιας δυσκοιλιότητας ή νευρολογικών ελλειμμάτων)
- Οξεία ρήξη του παρθενικού υμένα (μερική ή πλήρης) ή εκχυμώσεις αυτού
- Ρήξη του περινέου που εκτείνεται μέσα στο σφιγκτήρα του πρωκτού
- Πρόσφατα επουλωμένα σημάδια στο χαλινό των μικρών χειλιών του αιδοίου
- Πυώδες και δύσοσμες κολπικές εκκρίσεις σε νεαρά κορίτσια (Lahoti SL et al, 2001 & Adams JA, 2004).

3.4.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όπως και στη σωματική κακοποίηση έτσι και στη σεξουαλική σημαντικό κομμάτι αποτελεί η διαφορική διάγνωση. Αποκλείοντας μια σειρά από παθολογικές καταστάσεις που μιμούνται τη σεξουαλική κακοποίηση όπως: η ουρολοίμωξη, η πρόπτωση της ουρήθρας, οι ραγάδες στη περιοχή του ορθού, η μολυσματική τέρμινθος, τα μογγολικά σημεία, η μεταστρεπτοκοκκική δερματίτιδα, η διεύρυνση του στομίου του παρθενικού υμένα, ο σκληροατροφικός λειχήνας και οι τυχαίοι τραυματισμοί στην περιοχή του περινέου οι πάροχοι της υγειονομικής φροντίδας είναι πιο εύκολο να θέσουν την τελική διάγνωση αποφεύγοντας λάθη που μπορεί να πληγώσουν το παιδί και την οικογένεια ανεπανόρθωτα.

Η ουρολοίμωξη είναι μια πολλή κοινή παθολογική κατάσταση στα παιδιά με ποικιλία συμπτωμάτων. Μερικά από αυτά είναι η δυσουρία, το ερύθημα των γεννητικών οργάνων και ο ερεθισμός, τα δύσοσμα ούρα και η αιμορραγία. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται σε μια ανάλυση και καλλιέργεια ούρων κατά την οποία αν υπάρχει λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος θα φανερωθεί. Αν πρόκειται για ουρολοίμωξη δεν εξετάζουμε περαιτέρω την εκδοχή της σεξουαλικής κακοποίησης (Gillivray M. Et al, 2005).

Πρόπτωση ουρήθρας συμβαίνει όταν ο εσωτερικός βλεννογόνος της ουρήθρας προβάλλει προς τα έξω και πέρα από το στόμιό της με αποτέλεσμα την κυκλοφορική συμφόρηση και το οίδημα του ιστού (Shurtleff B.T. & Barone J.G., 2002). Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή της είναι η παχυσαρκία, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού και οι ανατομικές ανωμαλίες ενώ συναντάται συχνότερα στις νεαρές μαύρες κοπέλες από τα 4 μέχρι τα 8 χρόνια και στις λευκές γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση. Η κλινική της εικόνα περιλαμβάνει κολπική αιμορραγία και οίδημα, ευρήματα που μπορεί λανθασμένα να παραπέμψουν σε σεξουαλική κακοποίηση (Lang M.E., et al, 2005).

Οι ραγάδες στην περιοχή του πρωκτού παρουσιάζονται ως ασυνέχεια στον βλεννογόνο του πρωκτού και μπορούν να εξελιχθούν σε πρωκτικές ουλές (Bruni M., 2003). Συνήθως προκαλούνται από τη δυσκοιλιότητα και τα μεγάλα και σκληρά κόπρανα. Ωστόσο η παρουσία τους χωρίς ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και αλλαγής της συμπεριφοράς του παιδιού δεν αποτελεί εύρημα. Αν όμως υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και να αναφέρονται (Adams J.A., et al., 2007).

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μια ιογενής δερματική λοίμωξη που εμφανίζεται στα παιδιά και τους ανοσοκατεσταλμένους ενήλικες (Braue A. et al, 2005). Παρουσιάζεται με μικρές μονές ή πολλαπλές βλατίδες κατά μέσο όρο 2 mm έως 4 mm που περιέχουν ένα λευκό και κηρώδες πυρήνα. Όταν η μολυσματική τέρμινθος παρουσιάζεται στην πρωκτογεννητική περιοχή του παιδιού συχνά αναγνωρίζεται λανθασμένα ως ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων και προκαλεί υποψίες κακοποίησης. Τα παιδιά μπορεί να νοσήσουν από αυτή τη λοίμωξη μέσω της κολύμβησης σε πισίνες, της δερματικής επαφής αλλά ρόλο παίζει και η διαμονή των παιδιών σε τροπικά κλίματα (Smith K.J. & Skelton H., 2002).

Τα μογγολικά σημεία όπως και στη σωματική κακοποίηση έτσι και στη σεξουαλική πρέπει να διακριθούν όταν εμφανίζονται στη περιοχή των γεννητικών οργάνων. Είναι το πιο κοινό σημάδι γέννησης στα παιδιά και εμφανίζονται ως μεγάλες και σκουρόχρωμες κηλίδες και μπαλώματα. Συχνότερα εμφανίζονται σε Αφρικανοαμερικάνικα και Ασιατικά βρέφη σε ποσοστό 70% με 80% (Lee CS. & Lim HW., 2003 & Snow T.M., 2005). Ο γκρι και μπλε χρωματισμός τους μπορεί εύκολα να παραπέμψει σε μώλωπα και να θέσει υποψίες σεξουαλικής κακοποίησης όταν κάνει την εμφάνισή του στο περίνεο με μονές ή πολλαπλές δερματικές βλάβες. Πολλά από τα μογγολικά σημεία εξαλείφονται μέχρι την ηλικία των πέντε ετών (Nazarian L.F., 1993).

Η μεταστρεπτοκοκκική δερματίτιδα στην περιοχή του πρωκτού είναι μια δερματική μόλυνση που μπορεί να εμφανιστεί στα γεννητικά όργανα (Lunghi F., et al, 2001). Η κλινική της εικόνα περιλαμβάνει μια σειρά από συμπτώματα που εύκολα θα παρέπεμπαν σε σεξουαλική κακοποίηση μερικά από αυτά είναι: ερυθρήματα στην περιοχή του πρωκτού τα οποία φέρουν καλά καθορισμένα όρια, οίδημα, πρωκτικές εκκρίσεις, κνησμό, οδυνηρή αφόδευση με αιματηρά κόπρανα, πόνο και πρωκτική αιμορραγία. Πιο συχνά υπεύθυνα για την εμφάνισή της είναι η ομάδα A και B του στρεπτόκοκκου και δεν αποτελεί σεξουαλικός μεταδιδόμενο νόσημα (Herbst R.A., 2003). Με τις κατάλληλες δοκιμές και εξετάσεις αλλά και με τη συμβολή όλων των αρμόδιων γιατρών είναι εύκολο να διαγνωστεί ώστε το παιδί να λάβει την κατάλληλη θεραπεία.

Ένα ξένο σώμα στον κόλπο ενός μικρού κοριτσιού σίγουρα θα έπνεε ανησυχία για σεξουαλική κακοποίηση. Πολλές φορές όμως μπορεί να αφορά ένα είδος ατομικής υγιεινής και καθημερινή χρήση όπως είναι το χαρτί υγείας. Η παραμονή του στον κόλπο μπορεί να προκαλέσει εκκρίματα και κολπική αιμορραγία γεγονός που θα προκαλούσε ανησυχία σε έναν μη εξειδικευμένο γιατρό. Όταν διαχειριζόμαστε ένα περιστατικό μικρού κοριτσιού με κολπικά εκκρίματα θα πρέπει να γίνετε εξονυχιστική εξέταση των γεννητικών οργάνων με απαγωγή και έλξη των χειλέων για τον εντοπισμό και την αναγνώριση του ξένου σώματος. Μπορεί να γίνει αφαίρεσή του με κολπικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό. Παρ' όλα αυτά αν υπάρχει ιστορικό που προδίδει σεξουαλική κακοποίηση ή κάποιο ασυνήθιστο αντικείμενο το γεγονός θα πρέπει να αναφέρεται και να καταγράφεται αμέσως (Emans S.J., et al, 2005).

Σε πολλούς παρόχους υγειονομικής φροντίδας η διεύρυνση του στομίου του παρθενικού υμένα θα προκαλούσε ανησυχία. Παρ' όλα αυτά η διάμετρος του παρθενικού υμένα μπορεί να είναι διαφορετική στο ίδιο παιδί και εξαρτάται άμεσα από το πόσο χαλαρό είναι το παιδί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ως εκ τούτου η διάμετρος του παρθενικού υμένα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη που προσδίδει ένα σεξουαλικός κακοποιημένο παιδί (Berenson A.B., et al, 2002 & Ingram D.M., et al, 2001). Αντίθετα μεγάλη σημασία δίνεται στην ακεραιότητα του ιστού του παρθενικού υμένα καθώς μια στένωση του οπίσθιου παρθενικού υμένα, μια ρήξη στην περίμετρο του παρθενικού υμένα που εκτείνεται μέσα από αυτόν και μια βαθιά εγκοπή του παρθενικού υμένα που εκτείνεται πάνω από το 50% της επιφάνειάς του είναι ευρήματα που πρέπει να ανησυχούν του παρόχους υγείας ότι το παιδί πιθανόν να έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά (Adams J.A., et al, 2007).

Ο σκληροατροφικός λειχήνας της πρωκτογεννητικής περιοχής αν και εμφανίζεται συχνότερα στους ενήλικες, αφορά και τα παιδιά σε ποσοστό 10% με 15% όλων των περιπτώσεων σκληροατροφικού λειχήνα. Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας από ότι στα αγόρια (Berth-Jones J., et al, 1991). Είναι μια χρόνια πάθηση του δέρματος που εμφανίζεται με λευκές ή κιτρινωπές γυαλιστερές κηλίδες και βλατίδες που σχηματίζουν αποχρωματισμένες πλάκες (Loening-Baucke V., 1991). Τα συμπτώματά της μπορούν εύκολα να αναγνωσθούν λανθασμένα σαν σεξουαλική κακοποίηση καθώς περιλαμβάνουν κνησμό και αιμορραγία.

Ο τραυματισμός του περινέου αποτελεί στοιχείο σεξουαλικής κακοποίησης παρ' όλα αυτά μπορεί να προέλθει και από τυχαίους τραυματισμούς. Γι' αυτό όταν ένα παιδί φέρει τραυματισμένο περινέο είναι επιτακτική ανάγκη να γίνει λήψη λεπτομερούς ιστορικού από το παιδί και τον ενήλικα που το συνοδεύει. Οι πάροχοι φροντίδας θα πρέπει να εξακριβώσουν αν

το ιστορικό εξηγεί το τραύμα του παιδιού αλλά και αν μπορεί να προέκυψε βάση το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού. Τυχαίοι τραυματισμοί του περινέου μπορούν να προκύψουν από δραστηριότητες του παιδιού όπως είναι η ποδηλασία και πτώση του παιδιού με τα πόδια σε απαγωγή σε αντικείμενο που να μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό στη περιοχή των γεννητικών οργάνων (Dowd M.D., et al., 1994). Αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση και απαιτεί μεγάλη προσοχή για τον προσδιορισμό τυχαίου ή μη τυχαίου τραυματισμού. Ήσσονος σημασίας είναι η λεπτομερής λήψη του ιστορικού του παιδιού, καθώς και να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο όπου η οικογενειακή δυσλειτουργία γίνεται ορατή. Ένα κύριο συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι στόχος πρέπει να είναι η πρόληψη. Έτσι η προσπάθεια για πρόληψη διαμορφώνεται σε τρία επίπεδα: στον πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα πρόληψης (The Open University, 1985).

Στον πρωτογενή τομέα λαμβάνονται μέτρα για τα παιδιά που σκοπό έχουν να εξασφαλίσουν ότι αυτά δεν θα κακοποιηθούν ή παραμεληθούν, σε αυτό τον τομέα πρόληψης έχουν δοκιμαστεί αρκετά ενημερωτικά προγράμματα, ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι η προετοιμασία των νέων για τον γονικό τους ρόλο. Σκοπός του προγράμματος είναι να προετοιμάσει τους ανθρώπους στον ρόλο του γονιού μαθαίνοντας τους πως ένας γονιός θα πρέπει να είναι το πρότυπο στα παιδιά του και όχι να τον φοβούνται. Στα εκπαιδευτικά προγράμματα πρόληψης περιλαμβάνονται οι επισκέπτες υγείας, οι οποίοι θα παρέχουν πληροφορίες και συμβουλές στους γονείς για τη σωστή φροντίδα των παιδιών τους, τη διατροφή και την διαχείριση τους, ενώ θα ελέγχουν και την υγεία τους. Ειδικά προγράμματα θα γίνονται στα σχολεία, στα κέντρα νεότητας, στα μαιευτήρια που θα παρέχουν στους μελλοντικούς γονείς εκπαίδευση στο ρόλο τους (Τσιαντής & Μανωλόπουλος, 1987).

Ένα άλλο πρόγραμμα έχει ως στόχο την καλύτερη γνώση και χρήση της υπάρχουσας νομοθεσίας σχετικά με την προστασία του παιδιού και της οικογένειας του και τη μελέτη για την εξεύρεση νέων σχημάτων νομικής κάλυψης. Ακόμα υπάρχουν προγράμματα που υποστηρίζουν την αλλαγή στη νοοτροπία και τις στάσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης θεωρώντας ότι θα πρέπει να δίνουν περισσότερή έμφαση στο ίδιο το πρόβλημα και στη σοβαρότητα που έχει. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης θα πρέπει να προτρέπουν τους πολίτες αν έχουν ένα πρόβλημα κακοποίησης να ζητήσουν βοήθεια χωρίς να ντρέπονται γι' αυτό που αντιμετωπίζουν. Επίσης, δίνεται έμφαση στη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και την προσφορά ψυχαγωγίας στις οικογένειες μέσα στα πλαίσια της κοινότητας(Τσιαντής & Μανωλόπουλος, 1987).

Ο δευτερογενής τομέας πρόληψης έχει προγράμματα από ιατρικές υπηρεσίες, με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών και να μην διαιωνίζεται η εμπειρία των ήδη κακοποιημένων γονέων στα παιδιά που αποκτούν. Επειδή η κακοποίηση εκδηλώνεται με κυκλικό τρόπο, πολλά προβλήματα υγείας και ανάπτυξης μπορεί να

οδηγήσουν σε προβλήματα συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωής ακόμα και της κακοποίησης. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό τα προβλήματα υγείας να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Στόχος των προγραμμάτων είναι να εξασφαλίσει ότι στα παιδιά αυτά θα παρασχεθούν οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας ακόμα και άλλες υπηρεσίες που θα τα αποτρέψουν από το να κακοποιήσουν τα δικά τους παιδιά, όταν γίνουν γονείς. Για την άμεση βοήθεια των γονιών που βρίσκονται σε συναισθηματική αλλά και ψυχολογική φόρτιση θα πρέπει να υπάρχουν προγράμματα ανοικτής βοήθειας όλο το εικοσιτετράωρο όπου ο κάθε γονιός θα μπορεί να απευθυνθεί όπως είναι η ανοικτή γραμμή SOS, και να υπάρχουν άτομα που θα παρέχουν φροντίδα τις ώρες που υπάρχει η φόρτιση στους γονείς αλλά και παιδικοί σταθμοί οι οποίοι θα κρατούν τα παιδιά προσωρινά μέχρι να ηρεμίσουν οι γονείς. Αυτά τα προγράμματα όμως δεν είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι γονείς μετά θα πρέπει να παραπέμπονται σε αλλά προγράμματα κατάλληλα γι' αυτούς (Μαραγκός Χ., 1983).

Στην τριτογενή πρόληψη ανήκει οποιοδήποτε πρόγραμμα οργανώνεται μετά το περιστατικό της κακοποίησης και παραμέλησης, με σκοπό την πρόληψη της επανακακοποίησης του παιδιού (Τσιαντής & Μανωλόπουλος, 1987). Τα προγράμματα της τριτογενούς πρόληψης έχουν συνεχή εκτίμηση και αξιολόγηση ώστε να εξασφαλιστεί ότι είναι πράγματι αποτελεσματικά και ότι δεν παύουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες εκείνων για τους οποίους προορίζονται (Αγάθωνος Ε., 1991). Τα προγράμματα αυτά είναι ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας, η αναμόρφωση και βελτίωση της κλειστής περίθαλψης όπως είναι η φοίτηση των παιδιών από τα ιδρύματα σε σχολεία της κοινότητας, η κατασκηνωτική εμπειρία των παιδιών από τα ιδρύματα, το να ενταχθούν τα ιδρύματα στην τοπική αυτοδιοίκηση για άμεση συνεργασία με την κοινότητα και στην βελτίωση των κριτηρίων επιλογής και εκπαίδευσης του προσωπικού των ιδρυμάτων αυτών. Ακόμα ένα πρόγραμμα είναι η οικονομική ενίσχυση των δήμων για την ανάπτυξη των προνομιακών προγραμμάτων και τα συμβουλευτικά κέντρα να περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης (Μαραγκός Χ., 1983).

Σε μια ερευνά που έγινε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στην Αθήνα, σε οικογένειες που είχαν παιδιά στην πρώτη και την έκτη δημοτικού, έδειξε ότι οι μισοί από τους πατέρες που συμμετείχαν και το 65% των μητέρων χρησιμοποιούσαν το ξύλο δηλαδή τη σωματική τιμωρία του παιδιού σε πολύ συχνή βάση. Το ξύλο είναι μια παρορμητική έκφραση δυσκολιών επικοινωνίας και περιορισμένου χρόνου, γιατί είναι πολύ πιο εύκολο να χτυπήσεις

παρά να εξηγήσεις, όταν διαθέτεις πολύ λίγο χρόνο. Αυτός ο χρόνος μπορεί να βρεθεί μόνο αν αλλάξουν οι προτεραιότητές μας (Αγάθωνος Ε., 1991).

Η παιδίατρος κ. Στέλλα Τσίτουρα σε μια έκδοση της Ελληνικής Εταιρίας Πρόληψης Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών, υποστήριξε ότι το να είσαι γονιός είναι ίσως «η πιο πολύτιμη, υπεύθυνη και απαιτητική δουλειά που υπάρχει». Είναι ένα «επάγγελμα», το οποίο όμως δυστυχώς ασκούμε χωρίς καμιά προετοιμασία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η ζωή συχνά να μας σοκάρει, να μας απογοητεύει και να μας γεμίζει διλήμματα, αφού κανένας γονιός δεν είναι πάντα τέλειος (Παπαϊωάννου Κ., 1966). Είναι αναγκαίο να αλλάξουν οι απόψεις και οι στάσεις των ενηλίκων προς το παιδί, το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται πλέον ως ένα άτομο που έχει δικαιώματα και όχι μόνο ως ένα άτομο που απλά πρέπει να προστατεύεται διαρκώς.

Μέσα από τον διάλογο και την επικοινωνία η οποία θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο ποιοτική, τα παιδιά θα βοηθηθούν στην φυσιολογική τους ανάπτυξη και θωράκισή τους. Οι γονείς νιώθουν ότι μέσα στο γονικό τους ρόλο ασκούν τις υποχρεώσεις που έχουν προς τα παιδιά τους. Η ανάγκη που τους δημιουργείτε για επιβίωση και για ψυχαγωγία στις σύγχρονες πόλεις, αφήνουν πολύ συχνά κενά στην επικοινωνία των γονιών με τα παιδιά τους. Πλέον οι περισσότεροι γονείς δεν ενισχύουν την προσπάθεια στα παιδιά τους αλλά τους ενισχύουν τον ανταγωνισμό με τα άλλα παιδιά του σχολείου όταν παραδείγματος χάριν σε ένα διαγώνισμα δεν ρωτούν πως έγραψες άλλα τι βαθμό πήρες, ενισχύοντας ακόμη περισσότερο έναν ανταγωνισμό που ήδη υπάρχει στο εκπαιδευτικό σύστημα. Όταν τα παιδιά δεν επικοινωνούν στο σπίτι με τους γονείς τους συχνά παρατηρούνται περιστατικά που παρεκκλίνουν. Η αντίδραση τους φαίνεται μέσα από ψυχοσωματικά προβλήματα που μπορούν να παρουσιάσουν τα παιδιά ακόμα και παραβατική συμπεριφορά που σαν στόχο έχουν να τραβήξουν την προσοχή των γονιών τους (Αυτιά-Παπαιωάννου, 1982)

Η πρόληψη των φαινομένων αυτών έχει άμεση σχέση με την οργάνωση των κατάλληλων υπηρεσιών. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έχει κάνει κάποιες προτάσεις ως προς την πρόληψη του φαινομένου της κακοποίησης. Αρχικά θα πρέπει να υπάρξει μια συνεργασία μεταξύ της «Πανελλήνιας εταιρίας για την πρόληψη της κακοποίησης και Παραμέλησης παιδιών» με το επιτελικό όργανο Καπα. Έπειτα είναι αναγκαίο να καθιερωθεί ένα πρόγραμμα παρακολούθησης όλων των παιδιών από την γέννησή τους μέχρι και την ηλικία των 2 ετών αλλά και οι οικογένειες τους θα πρέπει να παρακολουθούνται από τους επισκέπτες υγείας οι οποίοι σαν στόχο θα έχουν τον εντοπισμό αυτών των οικογενειών που

έχουν αυξημένο κίνδυνο να κακοποιήσουν είτε να παραμελήσουν τα παιδιά τους ή για οποίο άλλο πρόβλημα υπάρχει στην οικογένεια το οποίο αν δεν λυθεί άμεσα μπορεί μακροπρόθεσμα να οδηγήσει ακόμα και στην κακοποίηση του παιδιού. Ακόμα θα ήταν καλό να εντοπίζονται οι κινήσεις αυξημένου κινδύνου κατά τη διάρκεια της ιατρικής παρακολούθησης και αφού εντοπιστούν θα πρέπει να γίνει εφαρμογή των παρεμβατικών προγραμμάτων. Νέες και θαρραλέες νομικές υπηρεσίες που θα προστατεύουν το παιδί θα πρέπει να είναι ενεργοποιημένες είτε να δημιουργηθεί έστω ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση των κακοποιημένων παιδιών και για την οικογένεια τους. Εν συνεχεία είναι αναγκαία η ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος αναφορών κακοποίησης που θα έχει σαν κύριο αποδέκτη την Ειδική Υπηρεσία Προστασίας του Παιδιού. Επιπλέον θα πρέπει όλοι όσοι ασχολούνται με την παιδική προστασία να εκπαιδεύονται για τα δικαιώματα των παιδιών.

Η εκπαίδευση αυτή πρέπει ν' αφορά αρχικά την εκπαίδευση των γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νομικών, δασκάλων, της αστυνομίας. Η ειδική εκπαίδευση θα πρέπει να γίνει στο θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης. Για την εκπαίδευση των επιστημόνων έχουν προταθεί τα εξής από την ομάδα εργασίας για το πρόβλημα αυτό που συστήθηκε στην οργάνωση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Παιδείας, και Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και απαραίτητη προϋπόθεση, για την κάλυψη θέσης στο εθνικό σύστημα υπηρεσιών που προτείνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών είναι το Ε.Σ.Υ., η Παιδική Προστασία αλλά και οι Νομικές υπηρεσίες, είναι η συμπλήρωση 48 μετεκπαιδευτικών ωρών σε σεμινάρια για την κακοποίηση των παιδιών (Αγάθωνος Ε., 1991). Επίσης προτείνεται η εκπαίδευση αλλά και η ενημέρωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών και κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Η ενημέρωση του κοινού θα μπορούσε να γίνει και μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η τηλεόραση με την αμεσότητα που έχει θα μπορούσε να προσφέρει ουσιαστικά σε αυτούς τους τομείς προβάλλοντας ειδικές εκπομπές και ντοκιμαντέρ. Επίσης, ο τύπος, οι εφημερίδες- τα περιοδικά, μπορούν να προσφέρουν ουσιαστικά στην αντιμετώπιση και στην πρόληψη του φαινομένου της κακοποίησης των παιδιών (Μουζακίτης Χ. & Σαλκίτζογλου Γ., 1987).

Ωστόσο για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος υπάρχουν ορισμένα προβλήματα τα οποία πρέπει να ξεπεραστούν για να μπορέσει να εφαρμοστεί με επιτυχία. Ένα βασικό πρόβλημα είναι η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης. Οι δημόσιοι φορείς που ασχολούνται με κοινωνικά προβλήματα υποστηρίζουν θεραπευτικά προγράμματα που τα αποτελέσματα

τους είναι γρήγορα και εμφανή αντί για τα προγράμματα πρόληψης των οποίων οι επιδράσεις είναι μακροπρόθεσμες. Πλέον υπάρχει ένας τεράστιος ανταγωνισμός για τις επιχορηγήσεις των προγραμμάτων, τα προγράμματα πρόληψης δυστυχώς έχουν τις λιγότερες πιθανές δυνατότητες για χρηματοδότηση. Από την άλλη πλευρά πέρα από τα οικονομικά προβλήματα υπάρχουν και τα κοινωνικά. Οι ιδιαιτερότητες των πολιτισμικών συνθηκών και των εθνοτήτων που υπάρχουν συχνά εμποδίζουν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο και να έχουν προσαρμοστεί στις τοπικές ανάγκες, στις τοπικές αξίες και στα τοπικά πρότυπα. Η πρόοδος για την πρόληψη της κακοποίησης θα είναι αργή εφόσον δεν λάβουν υπόψιν τα ζητήματα αυτά (Αγάθωνος Ε., 1993).

Η πρόκληση όμως βρίσκεται στο να σχεδιαστούν ελκυστικά και ωφέλιμα προγράμματα και να κάνουν τις οικογένειες να συνειδητοποιήσουν ότι είναι στην διάθεση τους. Αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις διάφορες προκλήσεις που υπάρχουν όπως είναι το γεγονός ότι οι αποδέκτες του προγράμματος, δηλαδή οι οικογένειές να θέλουν να συμμετέχουν σε αυτό αλλά ακόμα και να εξασφαλιστεί η εύκολη πρόσβαση των οικογενειών στο πρόγραμμα και να καταφέρει το πρόγραμμα αυτό να προσεγγίσει ακόμα και τις πιο κλειστές οικογένειες. Οι οργανισμοί πρέπει να αλλάξουν τις αντιλήψεις τους για τη λειτουργία και το ρόλο τους στην πρόληψη της κακοποίησης. Είναι αναγκαίο να βάλουν ειδικά εκπαιδευμένους ανθρώπους να δουλεύουν με οικογένειες που έχουν πολλαπλά προβλήματα. Για να επιτευχθεί η επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης, προϋποθέτει συνεργασία και συντονισμό μεταξύ φορέων, όπως τα νοσοκομεία και τα σχολεία που, στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει όπως λένε οι ειδικοί στο Ι.Υ.Π. (Αγάθωνος Ε., 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους έχει ως στόχο την βέλτιστη αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού και πιο συγκεκριμένα στοχεύει στην δευτερογενή πρόληψη της κακοποίησης, όπου οι γονείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο γονικό τους ρόλο και έχουν μια προδιάθεση κακοποίησης ή παραμέλησης.

Σύμφωνα με διάφορες ειδικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ και Ελλάδα, έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά στους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους σε σχέση με αυτούς που δεν το κάνουν. Μέσω αυτών των χαρακτηριστικών οι ειδικοί κατάφεραν να δημιουργήσουν μια κλίμακα παραγόντων υψηλού κινδύνου για τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών. Στην Ελλάδα πάλι σύμφωνα με την έρευνα που έγινε από το ινστιτούτο υγείας του παιδιού (Αγαθωνος, 1995 & Agathonos-Georgoroulou και συν 1997 & Αγαθωνος και συν 1996) αναγνωρίστηκαν δεκαπέντε χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου για κακοποίηση είτε παραμέληση που αναφέρονται όμως στους γονείς και ελάχιστα στις κοινωνικές συνθήκες.

Τα δεκαπέντε πρώτα χαρακτηριστικά διαμοιράζονται ανά πέντε σε χαρακτηριστικά υψηλής, μέτριας και χαμηλής προβλεπτικής δυνατότητας. Τα πέντε πρώτα χαρακτηριστικά υψηλής πρόβλεψης μπορούν να προβλέψουν με σχετική ακρίβεια αν ο γονιός θα κακοποιήσει το παιδί του. Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους μπορούν να τοποθετηθούν σε εννέα κατηγορίες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην κλινική εκτίμηση της εξέτασης. Στην πρώτη ομάδα συναντάμε άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, είναι ψυχωσικοί. Τα άτομα αυτά μπορούν εύκολα να γίνουν αντιληπτοί εξαιτίας των ιδιόμορφων συμπτωμάτων τους. Οι γυναίκες συνήθως μετά τη γέννηση του παιδιού τους αντιμετωπίζουν μελαγχολία ψύχωση όπου η αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ιατρική. Η πρόγνωση της εξέλιξης είναι συνήθως καλή εφ' όσον υπάρξει έγκαιρη προσφορά ιατρικής αντιμετώπισης. Στη δεύτερη ομάδα έχουμε να αντιμετωπίσουμε το «σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού». Το παιδί συνήθως είναι κάτω από 8 μηνών έχει γεννηθεί με χαμηλό βάρος και έχει φροντίδα για τις βασικές του ανάγκες. Σε αυτή την περίπτωση η μητέρα και μόνο είναι υπεύθυνη για την κακοποίηση του παιδιού. Οι λόγοι που γίνεται η κακοποίηση δεν είναι κοινωνικοί ή οικονομικοί, δεν ευθύνεται η ηλικία, η κοινωνική τάξη είτε η οικονομική κατάσταση της

οικογένειας. Το αίτιο εντοπίζεται στη μητέρα, η κακοποίηση λαμβάνει χώρα όταν η μητέρα βρίσκεται σε συναισθηματική ένταση πιθανότατα λόγω του ότι δεν μπορεί να δεθεί συναισθηματικά με το παιδί της, θεωρεί ότι το ίδιο είναι αγνώμων και δεν το ικανοποιεί τίποτα από αυτά που του παρέχει είτε κάνει η μητέρα γι' αυτό. Ακόμα δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει και το φύλο του μωρού, η μητέρα θα μπορούσε να έχει κάποια προτίμηση κάτι όμως που τελικά δεν έγινε, επιπλέον υπάρχει και η πίεση που μπορεί να νιώθει καθώς η προσοχή των περισσότερων είναι στραμμένη προς το παιδί αλλά και στις ευθύνες που πρέπει να αναλάβει τώρα. Η πρόγνωση της κατάστασης και σε αυτή την περίπτωση είναι καλή εφ' όσον όμως και εδώ υπάρξει η κατάλληλη βοήθεια. Στην τρίτη ομάδα έχουμε να αντιμετωπίσουμε το κοινωνικό χάος, σε αυτή την ομάδα όλα τα παιδιά της οικογένειας ανεξαρτήτως ηλικίας κινδυνεύουν. Για την κακοποίηση ευθύνονται οι γονείς ή έστω ένας από τους δύο, οι εγκυμοσύνες πέρα από το γεγονός ότι η μια διαδέχεται την άλλη είναι και χωρίς προγραμματισμό και στα βρέφη παρατηρείται καθυστέρηση στην ανάπτυξη τους ενώ αν φύγουν από το σπίτι τους παρατηρείται μια άμεση βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Η πρόγνωση της κατηγορίας αυτής είναι ενθαρρυντική, οι γονείς μπορούν να βοηθηθούν, χρειάζεται όμως πολλαπλότητα των πηγών βοήθειας. Στην τέταρτη ομάδα παρατηρούμε άτομα που παρουσιάζουν μια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και που έχουν ψυχοπαθητικές προσωπικότητες. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί το ίδιο παρουσιάζει έντονες συναισθηματικές διαταραχές εξαιτίας της κακοποίησης που έχει υποστεί είτε από τους γονείς του είτε από την μητέρα ή πατέρα του. Η πρόγνωση της κατάστασης αυτής της ομάδας δεν είναι και τόσο θετική είναι μια πάρα πολύ δύσκολη κατάσταση όπου το παιδί θα πρέπει να απομακρυνθεί άμεσα από τους γονείς του για να υπάρξει όσο το δυνατόν βελτίωση της κατάστασης της υγείας του. Στην πέμπτη ομάδα ανήκουν οι γονείς οι οποίοι είναι αυστηροί με άκαμπτες ηθικές απόψεις και οι οποίοι φυσικά θέλουν να υπάρχει απολυτή πειθαρχία. Οι γονείς σε αυτή την περίπτωση θεωρούν ότι η πειθαρχία και η σωματική τιμωρία είναι ακριβώς το ίδιο και γι' αυτό συνήθως τα χτυπούν κατ' επανάληψη και ολοένα και πιο βίαια. Σε αυτή την κατηγορία όμως μπορεί να δούμε και αντιστροφή της επιθετικότητας όπου τα παιδιά επιτίθενται συνήθως λεκτικά στους γονείς τους. Η πρόγνωση και εδώ είναι πάρα πολύ καλή, τα άτομα ανταποκρίνονται συνήθως θετικά στην βοήθεια που τους παρέχεται. Στην έκτη ομάδα συναντάμε έναν συνδυασμό από την δεύτερη και την τρίτη ομάδα, σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού και κοινωνικό χάος. Συνήθως εδώ οι γονείς είναι αρκετά νέοι μπορεί και έφηβοι, οι οποίοι και οι ίδιοι σαν παιδιά έχουν βιώσει τη συναισθηματική στέρηση γι' αυτό και οι ίδιοι σαν γονείς έχουν έναν δικό τους τρόπο αντίληψης του ρολού που πρέπει να έχει ένας γονιός. Η κακοποίηση συμβαίνει συνήθως όταν επικρατήσει ο πανικός και μπορεί

να τραυματιστεί το παιδί από τον απότομο χειρισμό του γονιού του ή απότομου ταρακουνήματος όταν το παιδί είναι κάτω των 8 μηνών παρατηρούνται σοβαρές βλάβες ακόμα και εγκεφαλικές. Και σε αυτή την περίπτωση για να υπάρξει μια θετική πρόγνωση οι γονείς θα πρέπει να βοηθηθούν από τους κατάλληλους επαγγελματίες.

Υπάρχουν και άλλες ομάδες στις οποίες όμως υπάρχει επαλληλία. Στην εβδόμη ομάδα οι γονείς είναι αδύναμοι στο να προστατεύσουν το παιδί τους. Οι μητέρες που βρίσκονται σε αυτή την ομάδα κάνουν σχέσεις με μικρότερους κατά κύριο λόγο άντρες και πάντα επιλέγουν τον ίδιο τύπο αντρών. Στην ογδόη ομάδα οι γονείς αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα υγείας όπως είναι η κώφωση ή η τύφλωση. Στην ένατη και τελευταία ομάδα συγκαταλέγονται οι ψυχαναγκαστικοί γονείς, συνήθως είναι οι μητέρες με τους πατέρες να είναι αυστηροί κριτές (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου Ε.,1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αναγνώριση της παιδικής κακοποίησης κρίνεται σημαντικός καθώς συχνά οι νοσηλευτές έρχονται πρώτοι σε επαφή με τον παιδιατρικό ασθενή. Κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι σε θέση και να κατέχουν το ανάλογο μορφωτικό υπόβαθρο στην αναγνώριση της παιδικής κακοποίησης ώστε να μπορούν να διαχειριστούν το περιστατικό. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες τρία παιδιά χάνουν τη ζωή τους καθημερινά τα οποία είναι θύματα παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης (Hornor G., 2005). Ως τόσο πολλά είναι τα περιστατικά τα οποία τελικά δεν θα καταγγεληθούν ποτέ στις αρμόδιες υπηρεσίες. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ως κύριο παράγοντα την έλλειψη γνώσεων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σε μια έρευνα που πραγματοποίησε ο Alvarez et al εκμαιούτηκε το συμπέρασμα ότι μερικοί από τους παρόχους υγείας δεν ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν τα σημεία και τα συμπτώματα της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης (Alvarez et al., 2004). Από τα παραπάνω φανερώνεται η ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και εφαρμογής των καινοτόμων μεθόδων από τους υγειονομικούς φορείς. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι βάση μελετών οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται καλύτερα στην αναγνώριση της κακοποίησης όταν υπάρχουν ξεκάθαρες πολιτικές και διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθήσουν (Henry B. Et al, 2003). Η διαδικασία αναγνώρισης και αναφοράς ανάλογων περιστατικών αποτελούν στρεσογόνο παράγοντα για το νοσηλευτή ο οποίος βιώνει εσωτερικές συγκρούσεις. Η πρώτη αξιολόγηση συμπεριλαμβανομένων των πολιτισμικών παραγόντων του παιδιού καθώς και ο σχεδιασμός της φροντίδας του είναι ευθύνη του νοσηλευτή. Σε περίπτωση εύρεσης σημείων και συμπτωμάτων κακοποίησης ξεκινά η διαδικασία ακριβέστερης αξιολόγησης του παιδιού και παράλληλα η συλλογή επαρκών στοιχείων για την τεκμηρίωση της τελικής έκθεσης (Paulk D., 2008). Τα φυσικά ευρήματα, η λεκτική ή μη λεκτική επαφή του παιδιού καθώς και η αλληλεπίδραση του με την οικογένεια του αποτελούν στοιχεία τα οποία πρέπει οπωσδήποτε να καταγραφούν στην έκθεση. Σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να μην έχουν επικριτική διάθεση και να έχουν ως βασικό τους μέλημα την ασφάλεια του παιδιού. Επίσης δεν είναι οι αρμόδιοι για την διερεύνηση της κατάστασης καθώς αυτό το σκέλος έγκειται στις υπηρεσίες προστασίας του παιδιού (Reid B. & Long A., 2002).

Σε αρκετές περιπτώσεις οι νοσηλευτές διστάζουν να καταγγείλουν τις υποψίες τους για κακοποίηση είτε γιατί θεωρούν ότι είναι ένα πολύ ευαίσθητο θέμα για να θιχτεί είτε γιατί δεν είναι σίγουροι ότι η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογενειακή εστία είναι πάντα η καλύτερη λύση. Ως τόσο μπορούν να ακολουθούν ένα διάγραμμα ροή το οποίο θα τους βοηθά να εκτιμήσουν αν το περιστατικό που διαχειρίζονται είναι αποτέλεσμα παιδικής κακοποίησης ή αν πρόκειται για ένα τυχαίο περιστατικό. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να θέτουν στον εαυτό τους μια σειρά ερωτήσεων όπως: αν υπάρχει καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, αν οι τραυματισμοί και τα διάφορα σημάδια μπορούν να εξηγηθούν από την ιστορία του τραυματισμού και αν αυτή η ιστορία παραμένει ίδια στις συμπληρωματικές ερωτήσεις που μπορεί να κάνουν οι νοσηλευτές καθώς και να εκτιμούν τη συμπεριφορά του παιδιού και την αλληλεπίδραση του με την οικογένεια. Οι παραπάνω ερωτήσεις μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές που εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά για μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης (Benger J.R. & Pearce V., 2002).

Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να καταγράψει ένα πλήρες ιστορικό του παιδιού με όλες τις λεπτομέρειες που χρειάζονται. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί απλή και κατανοητή γλώσσα για την ηλικία του παιδιού και να μην επηρεάσει με οποιοδήποτε τρόπο τις δηλώσεις του. Για να είναι πιο αποτελεσματική η επικοινωνία με τον παιδιατρικό ασθενή ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει επαρκή χρόνο στο παιδί να μιλήσει, θα πρέπει να είναι ειλικρινής προς το παιδί και να μην του δίνει ψεύτικες διαβεβαιώσεις ότι δεν θα αποκαλύψει σε κανέναν άλλο για την κακοποίηση καθώς και να τον ενημερώσει για το τι θα ακολουθήσει μετά την αναφορά του περιστατικού. Σημαντικό είναι ο νοσηλευτής να καθησυχάσει το παιδί εξηγώντας του ότι δεν είναι το μόνο θύμα κακοποίησης, ούτε ευθύνεται αυτό για ότι συνέβη και το γεγονός ότι αποφάσισε να σας μιλήσει είναι κάτι πολύ καλό και θα τον βοηθήσει. Τέλος ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να δείξει τα συναισθήματα που πιθανόν να του προκαλέσει η αποκάλυψη του παιδιού και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προβεί σε χαρακτηρισμούς των μελών της οικογένειας ή του θύτη (McClain & Giardet et al., 2000).

Ο Νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της εργασίας του σε παιδιατρικά νοσοκομεία είτε σε άλλες δομές θα έρθει σε επαφή με παιδιά που είναι πολύ πιθανό να κακοποιούνται ή να παραμελούνται. Ένα χρήσιμο στοιχείο για να καταλάβει ένας νοσηλευτής αν το παιδί που βρίσκεται μπροστά του κακοποιείται, είναι η επικοινωνία που θα γίνει μεταξύ τους. Συμφωνά με την Dewit είναι πολύ σημαντικό να δίνεται προσοχή στα μη λεκτικά μηνύματα όπως η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η νευρικότητα του παιδιού κοντά σε συγκεκριμένα

άτομα, οι εκφράσεις του προσώπου και φυσικά τα μάτια του παιδιού. Κάτι ακόμα που θα πρέπει να έχουμε υπόψιν μας είναι η ηλικία του παιδιού που έχουμε απέναντι μας καθώς και η ανάπτυξη που έχει στην ομιλία του. Ένα μικρό παιδί είναι πιθανό να φοβηθεί από κάποια χειρονομία είτε από κάποια απότομη κίνηση που μπορεί να κάνουμε, ειδικά αν το παιδί είναι θύμα κακοποίησης. Για να έχουμε μια σωστή διάγνωση είναι καλύτερο ο νοσηλευτής να έχει οπτική επαφή με το παιδί να το κοιτά στα μάτια όταν του μιλάει, με ήρεμη και φιλική φωνή, αργά έχοντας έναν σταθερό τόνο στη φωνή του, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.(Dewit S., 2013)

Η σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς είναι ένα περίπλοκο και σύνθετο θέμα καθώς από αυτήν την σχέση εξαρτάται η βελτίωση της υγείας του ασθενούς και η δημιουργία μίας καλής και σχετικά στενής επαφής κρίνεται επιτακτική ανάγκη. Τα όρια σε αυτή τη σχέση που θα δημιουργηθεί δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν και γι' αυτό το λόγο ο έλεγχος είναι εύκολο να χαθεί. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ευγενικός και σαφής προς τον ασθενή αλλά από την άλλη πλευρά θα πρέπει να διατηρεί και μία λογική απόσταση (Θεοδοσοπούλου Ε. και συν, 2011).

Κάθε τραύμα και μώλωπας που έχει πάνω του το παιδί θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και να καταγράφεται ακόμα και να φωτογραφίζεται έπειτα από την συγκατάθεση των γονιών. Κάθε σημείωση πρέπει να έχει ημερομηνία και ώρα για να είναι έγκυρο το νοσηλευτικό ιστορικό. Οι επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα της παιδικής κακοποίησης πιστεύουν πως η συνέντευξη – οι ερωτήσεις που γίνονται στα παιδιά τα οποία πιθανότατα να είναι κακοποιημένα θα πρέπει να είναι συγκεκριμένες και να τηρούν κάποιες προϋποθέσεις ώστε η συνέντευξη να είναι αποκαλυπτική αλλά και έγκυρη (Κουρκουτάς Η., 2011). Οι απαραίτητες αυτές προϋποθέσεις είναι οι εξής :

- * Οι ερωτήσεις που γίνονται να είναι ανάλογες με την ηλικία του παιδιού
- * Να είναι προσαρμοσμένες στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του κάθε παιδιού
- * Να είναι ανάλογες με το φύλο του παιδιού
- * Να μην το προσβάλλουν
- * Να μην φαίνεται από τη διατύπωση των ερωτήσεων ότι το παιδί είναι έστω και λίγο υπεύθυνο και ένοχο για όσα του συμβαίνουν

- * Και τέλος να σέβεται ο ειδικός τις θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις του ίδιου του παιδιού αλλά και της οικογένειας του (Dewit S., 2013).

Ο νοσηλευτής μπορεί να καταλάβει αν ένα παιδί κακοποιείται όταν υπάρχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- * Σωματικές και συμπεριφορικές ενδείξεις όπως έχουν καθοριστεί παραπάνω
- * Όταν υπάρχει καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας
- * Ασάφεια στην περιγραφή των γεγονότων
- * Αντίσταση των γονέων στο να παραμείνει μόνο του το παιδί με τον νοσηλευτή ή τον θεράποντα ιατρό
- * Αν υπάρχει πόνος ή άγχος χωρίς να υπάρχει φανερή αιτία
- * Αν η σχέση του παιδιού με τους γονείς χαρακτηρίζεται ως απόμακρη (Hogan M.A., 2012)

Όταν πλέον μπει η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης και είναι αποδεκτή από όλους έχοντας φυσικά τεκμηριωθεί, ο νοσηλευτής μπορεί να συμμετέχει στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Αρχικά, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό της κακοποίησης στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα τραύματα που πιθανόν θα φέρει το παιδί θα χρειαστούν φροντίδα και ιατρική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να προσεγγίσει τους γονείς για να προσδιοριστούν τα επόμενα βήματα στην αντιμετώπιση του περιστατικού της κακοποίησης εφόσον βέβαια δεν είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι. Το παιδί από την άλλη μπορεί να μιλήσει με τον νοσηλευτή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και για τα συναισθήματα που το ίδιο μπορεί νιώθει και ο νοσηλευτής οφείλει να του τονίσει πως δεν ευθύνεται το ίδιο για την κακοποίηση που δέχτηκε και ότι σε καμία περίπτωση δεν προκάλεσε ότι του συνέβη (Dewit S., 2013). Ο νοσηλευτής είναι σωστό να ζητήσει τη βοήθεια και στήριξη και άλλων ειδικών όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί ή επισκέπτες υγείας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι αυτές που θα κρίνουν και θα αποφασίσουν τελικά αν το παιδί πρέπει να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από την οικογένεια του (Κουρκουτάς Η., 2011). Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για το θέμα και να έχει το απαιτούμενο υπόβαθρο γνώσεων ώστε να μπορεί να συμμετέχει στην πρόληψη και στη θεραπεία.

Σημαντικό ακόμα είναι να επιμορφώνονται συνεχώς για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν παιδιά τα οποία έχουν κακοποιηθεί. Επιπλέον πολύ σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να έχουν αυτογνωσία αλλά και να σχεδιάζουν παρεμβάσεις που θα κάνουν το παιδί να μιλήσει για ό,τι του συμβαίνει. Η χρήση διάφορων παιχνιδιών είτε ακόμα και η τέχνη μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην θεραπεία του παιδιού, όπως ακόμα και η ενθάρρυνση από τους νοσηλευτές της καταγραφής των συναισθημάτων του σε ένα ημερολόγιο το οποίο θα αμβλύνει τη συναισθηματική του κατάσταση (Κουρκουτάς Η., 2011).

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί ίσως την ειδικότερη μορφή κακοποίησης και πολλές φορές μπορεί τα σημάδια που θα αφήσει να μην μπορούν να εκτιμηθούν σωστά αν δεν έχει καταγγελθεί κακοποίηση. Οι νοσηλευτές κατά τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει να έχουν στο μυαλό τους ότι το παιδί που δέχεται σεξουαλική κακοποίηση συνήθως δέχεται και άλλου είδους πιέσεις για να μην αποκαλύψει σε κανέναν αυτό το γεγονός. Οι θύτες συχνά δωροδοκούν το θύμα, το καθησυχάζουν λέγοντάς του ότι οι πράξεις που βιώνει είναι φυσιολογικές ή ακόμα το εκβιάζουν και το τρομοκρατούν ότι αν αποκαλύψει σε κάποιον αυτό που συμβαίνει ο ίδιος ή κάποιος από την οικογένειά του θα πάθει κακό. Ακόμα οι θύτες προσεγγίζουν παιδιά που δεν έχουν οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και προσπαθούν να εξασφαλίσουν την εχεμύθειά τους κάνοντας τα να πιστεύουν ότι αυτό είναι ένα μυστικό μιας σχέσης που έχουν μόνο αυτοί οι δύο. Όλα τα παραπάνω απαιτούν από τον νοσηλευτή να είναι πιο προσεκτικός και προϋπολογισμένος κατά τη λήψη του ιστορικού (Hockenberry M.J. & Wilson P., 2011). Κατά τη διάρκεια της φυσικής αξιολόγησης του παιδιού ο νοσηλευτής θα πρέπει να καταγράψει πιθανά σημεία σεξουαλικής κακοποίησης όπως προβλήματα που προέρχονται από το ουροποιητικό σύστημα ή λοιμώξεις οι οποίες μετακυλούν. Ακόμη τα εσώρουχα που φέρουν ίχνη αίματος ή είναι σχισμένα και η δυσσομία των γεννητικών οργάνων είναι ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει το παιδί για πιθανούς μώλωπες ή άλλα σημάδια κακοποίησης στη πρωκτογεννητική περιοχή ή το στόμα. Στα πλαίσια της παρατηρητικότητας θα πρέπει να αξιολογείται η πιθανή δυσκινησία του παιδιού. Ταυτόχρονα μια σειρά από αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού θα πρέπει να καταγράφονται και να αξιολογούνται. Ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί δεν έχει φυσιολογικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του, έχει απότομες αλλαγές της ψυχολογίας του, φέρει αυτοκτονικούς ιδεασμούς και μετακυλά σε πρώιμες συμπεριφορές όπως η απώλεια

ούρων στο κρεβάτι (Christian C. & Lavelle J. et al., 2000). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να καταρτίσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας το οποίο θα περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ενδείξεων της σεξουαλικής κακοποίησης, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τα σημεία δράσης του, την εφαρμογή και την υλοποίηση του σχεδίου και την επαναξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν. Στη σεξουαλική κακοποίηση βάση των νοσηλευτικών διαγνώσεων που περιγράφηκαν παραπάνω ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη του κακοποιημένου παιδιού, να παρέχει ασφάλεια για το παιδί και να περιποιηθεί τα πιθανά τραύματα. Ταυτόχρονα θα πρέπει να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές, να καταγράψει αμερόληπτα τη συμπεριφορά του παιδιού και των γονιών και να συμμετέχει στην ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Κατά την εκτίμηση των παρεμβάσεων του θα πρέπει να αξιολογήσει την αλληλεπίδραση του παιδιού με την ομάδα φροντίδας, να μιλήσει με το παιδί και να δει αν είναι θετικό να επιστρέψει στην οικογένεια του και να βεβαιωθεί για την λειτουργία κοινωνικών προγραμμάτων με στόχο την πρόληψη της κακοποίησης.

6.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ασθενής ηλικίας 4 ετών μεταφέρθηκε στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Π Καραμανδάνειο από τους γονείς του. Η μητέρα ανέφερε ότι παρατήρησε ερυθρότητα στη περιοχή των γεννητικών οργάνων του παιδιού η οποία δεν υποχωρούσε εδώ και τρεις μέρες. Επίσης, δήλωσε ότι το παιδί παραπονιόταν κατά τη διάρκεια της ούρησης για πόνους.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: X

Φύλο: Θήλυ

Ηλικία: 4 ετών

Τόπος διαμονής: Πάτρα

Διεύθυνση: X

Τηλέφωνο: X

Ασφαλιστικός φορέας: ΙΚΑ

Κατά το νοσηλευτικό ιστορικό ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του παιδιού(Α.Π.: 110/75 mmHg, Σφίξεις: 90\min, θερμοκρασία: 36,6, αναπνοές: 20\min, κορεσμός οξυγόνου: 99%) και παρατηρήθηκε αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού όταν ο πατέρας βρισκόταν κοντά στο παιδί. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η φυσική εξέταση του παιδιού από τον γιατρό και διαπιστώθηκαν εκδορές στα χείλη του αιδoίου του παιδιού και τραυματισμός της περιοχής του περινέου. Έπειτα έγινε λήψη αίματος για γενική εξέταση και ούρων για καλλιέργεια. Η καλλιέργεια ούρων βγήκε αρνητική σε μια πιθανή ουρολοίμωξη και η γενική αίματος απόλυτα φυσιολογική. Ο γιατρός προχώρησε σε κολποσκόπηση με την υποψία της σεξουαλικής κακοποίησης και διαπίστωσε μερική ρήξη του παρθενικού υμένα.

Πίνακας 6.1: Νοσηλευτική διεργασία στη σεξουαλική κακοποίηση

ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού	Να αποκαλυφθεί η αιτία που προκαλείται αναστάτωση στο παιδί όταν βρίσκεται με τον πατέρα	Συζήτηση με το παιδί για την σχέση που έχει με τον πατέρα	Πραγματοποίηση συνέντευξης με το παιδί και με τους γονείς ξεχωριστά	Το παιδί αποκάλυψε περιέργα αγγίγματα του πατέρα στη περιοχή των γεννητικών οργάνων όταν η μητέρα έλλειπε από το σπίτι
Λήψη ούρων για καλλιέργεια	Εντοπισμός κάποιου μικροβίου σε πιθανή ουρολοίμωξη	Πλύσιμο της περιοχής των γεννητικών οργάνων και προετοιμασία του παιδιού για	Λήψη ούρων για καλλιέργεια	Η καλλιέργεια ήταν αρνητική στην ύπαρξη μικροβίου

		καλλιέργεια		
Εκδορές στα χείλη του αιδοίου	Επούλωση των τραυμάτων	Περιποίηση των τραυμάτων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Εφαρμογή τοπικών αντισηπτικών	Σταδιακή επούλωση των τραυμάτων
Τραυματισμός στη περιοχή του περινέου	Αποκατάσταση του φυσιολογικού στη περιοχή του περινέου	Περιποίηση της περιοχής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Εφαρμογή των κατάλληλων σκευασμάτων για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του παιδιού	Μετά από την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών σταδιακή βελτίωση του τραύματος

6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική κακοποίηση συναντάται σε όλες τις κοινωνίες ανεξαρτήτου του κοινωνικού, του οικονομικού, του πολιτισμικού και του οικονομικού υπόβαθρου. Παρ' όλα αυτά είναι δύσκολο να διαπιστωθεί αν ένα τραύμα είναι αποτέλεσμα κακοποίησης ή είναι τυχαίος τραυματισμός. Κατά τη λήψη του ιστορικού οι νοσηλευτές θα πρέπει να θέσουν μια σειρά ερωτήσεων για να μπορέσουν να διαπιστώσουν αν το παιδί έχει κακοποιηθεί. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί η πλήρης καταγραφή του χρόνου του συμβάντος καθώς και των ατόμων που ήταν μπροστά σε αυτό. Κατά τη φυσική εξέταση θα πρέπει να καταγράφονται όλοι οι τραυματισμοί με λεπτομέρεια ως προς την τοποθεσία τους, το μέγεθός τους και το χρώμα τους ενώ αν υπάρχουν εγκαύματα θα πρέπει να καταγράφεται η συμμετοχή εφελκίδων ή φλυκταινών. Σε περιστατικά βαριάς κακοποίησης βασική μέριμνα θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση ανοιχτού αεραγωγού και μια γρήγορη εκτίμηση του νευρολογικού και

κυκλοφορικού συστήματος. Στη σωματική κακοποίηση μπορεί να μην υπάρχουν εμφανείς εξωτερικοί τραυματισμοί αλλά τραυματισμοί στον ενδοκοιλιακό χώρο γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν τα παιδιά φέρουν σημεία κακοποίησης (Kaczor K. & Pierce MC, et al, 2006). Στην αξιολόγηση των σημείων της σωματικής κακοποίησης ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει για σωματικές ενδείξεις, για παλιές περιπτώσεις κακοποίησης ή προγενέστερες επισκέψεις του παιδιού στο νοσοκομείο και να ταυτοποιήσει αν η ιστορία συνάδει με το τραύμα και την ηλικία του παιδιού. Μετά από μια λεπτομερειακή αξιολόγηση πρέπει να καταγράψει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, της σωματικής κακοποίησης οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν την παρουσία εγκαυμάτων, γρατζουνιών, μωλώπων, καταγμάτων και ενδοκρανιακών τραυματισμών. Στο σχεδιασμό δράσης του πρέπει να έχει ως κύριο γνώμονα την ασφάλεια και τη στήριξη του παιδιού και την ενθάρρυνσή του να εκφράσει τα συναισθήματά του. Ενώ παράλληλα θα πρέπει να φροντίσει το παιδί να έχει θετική αλληλεπίδραση με τους φροντιστές του και η οικογένεια του παιδιού να είναι ενήμερη για τις ανάγκες του στο τρέχον αναπτυξιακό στάδιο. Στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις μεταξύ άλλων ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει και να καταγράφει τα σημεία της κακοποίησης και να έχει μεριμνήσει για την αποφυγή περαιτέρω τραυματισμών. Στόχος του είναι η προαγωγή της υγείας του παιδιού διδάσκοντας τους γονείς την φροντίδα που πρέπει να δίνουν στο παιδί τους. Τέλος σημαντικό κομμάτι αποτελεί η επιρροή που ασκεί ο νοσηλευτής στην οικογένεια του παιδιού ώστε να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της σωματικής κακοποίησης και να δεχτούν βοήθεια για τον τερματισμό της κρίσης. Στην εκτίμηση της προσφερόμενης φροντίδας παρακολουθούμε την εξέλιξη των σημείων της κακοποίησης καθώς και αν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις φέραν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

6.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ασθενής 10 ετών μεταφέρθηκε στα ΤΕΠ του Γ.Ν.Π Καραμανδάνειο από τους γονείς του παρουσιάζοντας τραύμα στη μετωπιαία χώρα.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: Χ

Φύλο: Άρρεν

Ηλικία: 10 ετών

Τόπος διαμονής: Πάτρα

Διεύθυνση: X

Τηλέφωνο: X

Ασφαλιστικός φορέας: ΠΡΟΝΟΙΑ

Κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία του παιδιού (Α.Π. 130/85 mmHg, σφίξεις: 110/min, αναπνοές: 25/min, κορεσμός οξυγόνου: 99%). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε φυσική εξέταση του παιδιού από τον γιατρό και διαπιστώθηκε η ανάγκη συρραφής του τραύματος. Μετά την ολοκλήρωση της συρραφής του τραύματος πραγματοποιήθηκε ζύγισμα του παιδιού χωρίς ρούχα για να δοθεί η κατάλληλη ποσότητα αντιβιοτικού. Εκεί διαπιστώθηκαν μώλωπες στην περιοχή της πλάτης του παιδιού.

Πίνακας 6.2 Νοσηλευτική διεργασία στη σωματική κακοποίηση

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ ΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΟΣ
Τραύμα στη μετωπιαία χώρα	Πρόληψη μόλυνσης του τραύματος Αντιμετώπιση του πόνου Επούλωση του τραύματος	Προετοιμασία του παιδιού για τη συρραφή του τραύματος Προετοιμασία υλικού για τη συρραφή του τραύματος Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκαν αναλγητικά Σερβίρισμα αποστειρωμένου υλικού	Ανακούφιση του πόνου Ολοκλήρωση της συρραφής του τραύματος

Μώλωπες	Επαναφορά του δέρματος προγενέστερη κατάστασή του	Τοποθέτηση επιθεμάτων μετά από ιατρική οδηγία	Εφαρμόστηκαν τοπικά επιθέματα για την ανακούφιση και αντιμετώπιση των μωλώπων	Εμφανή βελτίωση της κατάστασης του δέρματος
---------	---	---	---	---

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Η παραμέληση αποτελεί τη πιο κοινή μορφή κακοποίησης και ευθύνεται για το 40% των θανάτων. Η αιτιολογία της ποικίλει αλλά επηρεάζεται σημαντικά από την ελλιπή γνώση, τους μειωμένους πόρους και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους γονείς. Ενώ στην συναισθηματική κακοποίηση ο γονέας αποτυγχάνει να καλύψει τις ανάγκες του παιδιού σε συναισθηματικό επίπεδο και πετυχαίνει μια συστηματική κατάρρευση της αυτοεκτίμησης του παιδιού. Κατά τη λήψη του ιστορικού ο νοσηλευτής καλείται να εξακριβώσει αν το παιδί ανατρέφεται σε ασφαλές περιβάλλον καθώς και αν οι γονείς φροντίζουν ικανοποιητικά το παιδί τους. Ένα παιδί που έχει βιώσει τη συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση θα έχει κάποιες κλινικές εκδηλώσεις που θα πρέπει να παρατηρηθούν από τον νοσηλευτή. Συχνά αυτά τα παιδιά εμφανίζουν προβλήματα ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου και ακούσια αποβολή ούρων ενώ προβλήματα παρουσιάζουν και στη συμπεριφορά τους. Εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, αυτοκτονικούς ιδεασμούς και μειωμένη διανοητική και συναισθηματική ανάπτυξη. Κατά τη φυσική εξέταση θα πρέπει να εκτιμώνται τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, η υγιεινή του παιδιού καθώς και το πόσο δραστήριο είναι το παιδί ανάλογα με την ηλικία του. Παρ' όλα αυτά είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί η συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση γι' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρατηρούν αλλαγές στους δείκτες συμπεριφοράς των παιδιών. Στην αξιολόγηση των σημείων της παραμέλησης και της σωματικής κακοποίησης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς και την ανεπαρκή ιατρική φροντίδα. Στη νοσηλευτική διάγνωση θα πρέπει να εξετάζεται ο κίνδυνος περαιτέρω κακοποίησης του παιδιού και τα συναισθήματα φόβου και άγχους που μπορεί να αναπτύξει το παιδί αν αυτό απομακρυνθεί από τους γονείς του. Τα επιθυμητά αποτελέσματα σε αυτό το σχέδιο δράσης το παιδί να πάρει την απαραίτητη στήριξη, να εκφράσει τα συναισθήματα του και να

προετοιμαστεί για την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ενώ οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν αφορούν και το παιδί και την οικογένεια. Στην οικογένεια θα πρέπει να επισημανθούν οι καταστάσεις εκείνες που παραπέμπουν σε παραμέληση και συναισθηματική κακοποίηση και θα πρέπει να είναι και οι ίδιοι σε θέση να την αναγνωρίζουν. Ως αναφορά το παιδί θα πρέπει να γνωρίζουμε τα σημεία που δείχνουν παραμέληση και να παρατηρούμε προσεκτικά την συμπεριφορά του για πιθανές αλλαγές. Ταυτόχρονα καλό θα ήταν να αναφερθεί το γεγονός στην πρόνοια και η οικογένεια να αναζητήσει βοήθεια. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου γίνεται μέσα από τη συνέντευξη με τους γονείς και το παιδί και τη παρακολούθηση του παιδιού για άλλα σημάδια κακοποίησης.

6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ο ρόλος το νοσηλευτή στη κοινότητα είναι πολύ σημαντικός καθώς μέσα από αυτό μπορεί να πετύχει ίσως το σημαντικότερο όλων που είναι η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης στα οποία ο νοσηλευτής με διαφορετικές ενέργειες μπορεί να πετύχει διαφορετικά αποτελέσματα. Στη πρωτογενή πρόληψη οι νοσηλευτές οφείλουν να συμμετάσχουν σε προγράμματα ενημέρωσης σχετικά με τη βία με σκοπό την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού της κοινότητας. Τέτοια προγράμματα μπορούν να αφορούν την οικογένεια και το πώς οι γονείς μπορούν να ζήσουν αρμονικά με τα παιδιά τους ασκώντας έλεγχο στο θυμό και το άγχος τους. Επίσης, ενημερωτικά προγράμματα με αποδέκτη τη κοινότητα σχετικά με το τι ορίζεται ως βία και πώς πρέπει να ενεργεί κάποιος ο οποίος είναι μάρτυρας βίαιων περιστατικών (Sullivan M. et al, 2005). Στόχος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να ασκήσει θετική επιρροή στο πληθυσμό χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα ώστε η κοινότητα να γνωρίζει ποιες είναι οι συνθήκες και οι συμπεριφορές που προμηνύουν την ανάπτυξη της βίας. Ακόμη ο νοσηλευτής λειτουργεί σαν δάσκαλος στην οικογένεια προωθώντας θετικές συμπεριφορές των γονιών απέναντι στα παιδιά τους και εκπαιδεύοντάς τους σε καθημερινές ενέργειες καθώς και στον έλεγχο των παιδιών τους χωρίς τη χρήση σωματικής βίας ή κάποιας άλλης μορφής κακοποίησης (Musicant, 2011).

Ωστόσο όταν η κακοποίηση είναι γεγονός, ο νοσηλευτής με σκοπό την παύση της προχωρά στη δευτερογενή πρόληψη. Κατά τη δευτερογενή πρόληψη οργανώνει δράσεις με στόχο να νουθετήσει τους γονείς οι οποίοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο βοηθώντας τους να καταπραΰνουν και να διαχειριστούν τον θυμό τους. Ο ρόλος του στην οικογένεια είναι μέσα από το διάλογο μεταξύ των μελών να επιλυθούν τα προβλήματα εκείνα που οδηγούν σε κακοποίηση. Παρ'όλα αυτά τα παιδιά θύματα της κακοποίησης θα πρέπει να απομακρύνονται

από το σπίτι και να είναι υπό την προστασία υπηρεσιών μέχρι την τερματισμό της κρίσης. Πρόκληση αποτελεί για τους νοσηλευτές η αποτελεσματική επικοινωνία με την οικογένεια καθώς πολλές φορές οι οικογένειες που εμπλέκονται σε περιστατικά κακοποίησης αρνούνται τη βοήθεια. Η προσέγγιση της οικογένειας από τον νοσηλευτή θα πρέπει να είναι μη επικριτική και θα πρέπει να επικεντρώνεται στη πράξη και όχι στον άνθρωπο που την προκάλεσε (Stanhope M. & Lancaster J., 2014).

Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της τριτογενούς πρόληψης πρέπει να χτίσει μια σχέση ειλικρίνειας με την οικογένεια και οι δράσεις του θα πρέπει να διέπονται από ορισμένες αρχές όπως είναι η εμπύχωση της οικογένειας, η μέριμνα να μην θίξει ή προσβάλει κάποιο από τα μέλη της αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει μην αποδέχεται τη βία μέσα στην οικογένεια και να θέτει ως πρωταρχικό του μέλημα την ασφάλεια των μελών της. Η συνεργασία του νοσηλευτή με μία οικογένεια που κακοποιεί τα παιδιά της είναι πολλή δύσκολη καθώς η οικογένεια τις περισσότερες φορές δεν επιθυμεί την απομάκρυνση του κακοποιημένου μέλους. Πρέπει να γνωρίζει το υπάρχον υποστηρικτικό δίκτυο που λειτουργεί στην κοινότητα ενώ ταυτόχρονα να διαβεβαιώνει το παιδί που έχει δεχτεί κακοποίηση ότι δεν είναι το μόνο που βιώνει τέτοιου είδους συμπεριφορές και οι αντιδράσεις του είναι αναμενόμενες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣ

Καθώς το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι ένα διαχρονικό θέμα που απασχολεί όλες τις κοινωνίες η δημιουργία νομικών πλαισίων για την προστασία των παιδιών είναι πλέον επιτακτική. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν πρώτα να κατανοήσουν ορισμένες έννοιες οι οποίες θα κάνουν πιο εύκολη την αναγνώριση και τον τύπο της κακοποίησης καθώς και τις συνέπειες των θυτών. Αυτές οι έννοιες είναι τι εννοούμε με τον όρο βία, ποια είναι τα άτομα που απαρτίζουν μια οικογένεια και τι είναι η ενδοοικογενειακή βία, ποιο είναι το θύμα της ενδοοικογενειακής βίας, ποιον ορίζουμε ως ανήλικο και ποιες πράξεις και πρακτικές προδίδουν την κακοποίηση.

Δυστυχώς στη χώρα μας η παιδική κακοποίηση δεν προβλέπεται αυτή καθ' αυτή ως αδίκημα από τον Ποινικό Κώδικα. Κατά συνέπεια τα εγκλήματα προκύπτουν από παραβατικές συμπεριφορές που διαπράττουν οι γονείς και όχι μόνο προς τα παιδιά. Τέτοια αδικήματα μπορεί να είναι εγκλήματα κατά της ζωής του παιδιού, η πρόκληση σωματικών βλαβών, εγκλήματα που στρέφονται εναντίον της προσωπικής και γενετήσιας ελευθερίας, εγκλήματα που σχετίζονται με την οικογένεια καθώς και πάσης φύσεως οικονομική εκμετάλλευση της γενετήσιας ζωής.

Όταν η πρόκληση σωματικών βλαβών είναι αποτέλεσμα ενδοοικογενειακής βίας τα αδικήματα χωρίζονται σε πλημμελήματα και κακούργηματα. Πλημμέλημα θεωρείται η άσκηση βίας μεταξύ των μελών της οικογένειας που προκαλεί ακόμα και ελάχιστη σωματική βλάβη ή κάκωση. Ενώ κακούργηματικού χαρακτήρα είναι οι βλάβες που φέρουν σε κίνδυνο τη ζωή κάποιου μέλους της οικογένειας είτε από πρόθεση είτε ως αποτέλεσμα άλλων πρακτικών. Ακόμη κακούργημα είναι και η ψυχολογική βία η οποία δύναται να προκαλέσει βλάβες στη ψυχική υγεία του παιδιού (νόμος 3500/2006 άρθρο 6 παράγραφοι 1-5). Επιπλέον σύμφωνα με τον ίδιο νόμο περί ενδοοικογενειακής βίας στο άρθρο 7 αποτελεί πλημμέλημα ο εξαναγκασμός των παιδιών να πράξουν ή να μην πράξουν κάτι με τη χρήση βίας.

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα άρθρο 323 Β η οργάνωση και η συμμετοχή σε ταξίδια τα οποία σκοπό έχουν την συνεύρεση ή την ασέλγεια σε βάρος ανηλίκων ακόμη και αν αυτά τα αδικήματα τελικά δεν τελέστηκαν αποτελούν κακούργηματικές πράξεις.

Όσο αναφορά την αρπαγή ανηλίκου είναι πλημμέλημα και τιμωρείται, ενώ αν αυτή θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ανηλίκου η ποινή αυξάνεται. Σε κακούργηματικού χαρακτήρα

μετατρέπονται οι κατηγορίες όταν το θύμα της αρπαγής δεν έχει συμπληρώσει το δέκατο τέταρτο έτος της ηλικίας του, ο θύτης είχε την πρόθεση να χρησιμοποιήσει τον ανήλικο σε ανήθικες ασχολίες, να ζητήσει χρηματικό αντίτιμο για το παιδί ή το έπραξε για λόγους κερδοσκοπίας. Ακόμη, κακούργημα θεωρείται η αρπαγή ανηλίκου ως μέσω εκβιασμού κάποιου άλλου να πράξει ή να μην πράξει κάποια κάτι και όταν έχει σκοπό να αλλάξει τη κατάσταση της οικογένειας του ανηλίκου.

Στον ποινικό κώδικα στο άρθρο 342 προβλέπεται η τιμωρία όσων ασελγούν σε ανηλίκους. Αυστηρότερος είναι ο νόμος όταν ο θύτης είναι πρόσωπο από το οικείο περιβάλλον του θύματος (π.χ. γονιός) ή το θύμα δέχεται την φροντίδα του (π.χ. κληρικός, νοσηλευτής, ιατρός). Ως ασέλγεια θεωρείται κάθε πράξη συνουσίας ή παρά φύση συνουσίας, η θωπεία των γεννητικών οργάνων του ανηλίκου ή το άγγιγμα άλλων σημείων του σώματος του παιδιού. Τέλος ασέλγεια θεωρείται και ο εναγκαλισμός και το φιλί με τον ανήλικο αν αυτή η πράξη αποσκοπεί σε ικανοποίηση του θύτη και έχει σκοπό να θίξει την αγνότητα του παιδιού.

Η έκθεση του ανηλίκου σε κίνδυνο τιμωρείται από τον ποινικό κώδικα σύμφωνα με το άρθρο 306 α. Όποιος από πρόθεση δεν βοηθήσει τον ανήλικο ενώ νομικά υποχρεούνται να τον περιθάλμει και να τον προστατεύσει (π.χ. νοσηλευτής). Αυτή η πράξη αποτελεί πλημμέλημα ενώ αν από αυτές τις πράξεις προκληθούν σοβαροί τραυματισμού ή ακόμη και ο θάνατος του ανηλίκου, οι κατηγορίες μετατρέπονται σε κακούργηματικού χαρακτήρα.

Ακόμη για την παραμέληση εποπτείας ανηλίκου πλημμεληματική πράξη θεωρείται όταν κάποιος που έχει την εποπτεία ενός ανηλίκου λόγω αμέλειας ή πρόθεσης δεν τον παρακολουθεί από το να εκδίδεται στην πορνεία ή να έχει εγκληματική συμπεριφορά. (άρθρο 360 Ποινικού Κώδικα).

Αξιοποίηση πράξη είναι ο βιασμός από ένα η περισσότερα άτομα και τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 336 του ποινικού κώδικα.

Το σύνταγμα της Ελλάδας επιτρέπει σε γιατρούς, οδοντιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους να κάνουν άρση του απορρήτου και να καταγγείλουν τυχόν υποψίες ή περιστατικά στις αρμόδιες αρχές. Οι γιατροί μπορούν να άρουν το ιατρικό απόρρητο όταν υποψιάζονται ή είναι σίγουροι ότι συμβαίνει ή πρόκειται να συμβεί κάποια πράξη κακούργηματικού χαρακτήρα απέναντι στον ανήλικο και οφείλουν να τον προστατεύσουν (Νόμος 3418/2005, άρθρο 13, παράγραφος 3) Ομοίως πρέπει να πράξουν και οι οδοντίατροι σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα 39/2009 άρθρο 11 παράγραφος 3. Ενώ οι κοινωνικοί

λειτουργοί σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα 23/1992 άρθρο 6 παράγραφος 1 περίπτωση ε δεν κωλύονται λόγω του απορρήτου τους όταν πρόκειται για την σωματική και ψυχική ακεραιότητα του ανηλίκου ή όταν η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο. Τέλος και οι ψυχολόγοι μπορούν να κάνουν άρση του απορρήτου τους όταν πρόκειται να διαφυλάξουν έννομα συμφέροντα όπως τα συμφέροντα του παιδιού. Όπως και στους επαγγελματίες υγείας έτσι και στους πολίτες ο Ποινικός Κώδικας τους υποχρεώνει να καταγγέλλουν τις αξιόποινες πράξεις τις οποίες έχουν μάθει ότι πραγματοποιούνται ή πρόκειται να πραγματοποιηθούν με αξιόπιστο τρόπο και με επαρκείς ενδείξεις. Ακόμη θεωρεί τον καθένα πολίτη ξεχωριστά υπεύθυνο για την καταγγελία του περιστατικού (Κώδικας Ποινικής Δικονομίας, άρθρο 40).

Στην Ελλάδα ο Αστικός κώδικας στο άρθρο 1534 προβλέπει την παρέμβαση του εισαγγελέα σε περίπτωση που επείγει η νοσηλεία του παιδιού και δεν υπάρχει η σύμφωνη γνώμη των γονέων. Σε αυτή την περίπτωση ο θεράπων ιατρός ή ο διευθυντής της κλινικής ή του ιδρύματος μπορούν να ειδοποιήσουν τον εισαγγελέα και αυτός με τη σειρά του να δώσει την απαιτούμενη άδεια για την νοσηλεία του παιδιού.

Για την ενδοοικογενειακή βία ο Κώδικας Πολιτικής δικονομίας στον εδάφιο Γ στο άρθρο 735 μεριμνά για την απομάκρυνση του θύτη από την οικογενειακή εστία καθώς και τον περιορισμό του ή απαγόρευσης του να έρθει σε επαφή με τα παιδιά της οικογένειας (<http://esa-kapa-p.gr/>).

Στις ΗΠΑ μόλις το 1976 λήφθηκε μέριμνα και σχεδιάστηκε ένα νομικό πλαίσιο για την προστασία των κακοποιημένων παιδιών. Απαραίτητη επίσης είναι η καταγραφή και αναφορά από τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας όλων των περιστατικών που λαμβάνουν χώρας στις κατά μέρους υγειονομικές μονάδες. Δεν είναι λίγες οι πολιτείες που έχουν ορίσει εξειδικευμένους επαγγελματίες πέρα από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό οι οποίοι υποχρεούνται να αναφέρουν όλα τα περιστατικά και τις υπόνοιες περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Ενώ σε μια πολιτεία των ΗΠΑ η σκόπιμη μη αναφορά του περιστατικού από τον εξειδικευμένο επαγγελματία αποτελεί πλημμέλημα και αυτός έρχεται αντιμέτωπος με τις νομικές συνέπειες (<https://www.childwelfare.gov/>). Το νομοθετικό πλαίσιο διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία γεγονός που αναγκάζει τους νοσηλευτές να είναι γνώστες των νόμων της πολιτείας τους. Τα νομικά θέματα καθώς και οι πρακτικές που πρέπει να ακολουθούνται τονίζονται ιδιαίτερα κατά την εκπαίδευση των νοσηλευτών (Alvarez et al., 2004).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Decharme P. (2014) Μυθολογία της αρχαίας Ελλάδος. Πελεκάνος, Αθήνα
- Dewit S. (2013) Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιατρικές εκδόσεις Λάγιος Δημήτρης, Αθήνα
- Herbert M. (1997) Η ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
- Herbert M. (1997) Η ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Hockenberry M.J., Wilson P. (2011) Παιδιατρική νοσηλευτική θεμελιώδης γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Hogan M.A. (2012) Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ανασκοπίσεις και αιτιολογίες. Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα
- Kneils C., Wilson H.S., Trigoboff E. (2009) Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Έλλην, Αθήνα
- Stanhope M., Lancaster J. (2014) Κοινωνική νοσηλευτική. Πασχαλίδης, Αθήνα
- The Open University (1985) Η κακοποίηση του παιδιού. Αθήνα, Κατσουμπάς
- The Open University (1985) Η κακοποίηση του παιδιού. Κατσουμπάς, Αθήνα
- Thomson E.P. (1997) Η παιδική εργασία. Νήσος, Αθήνα
- Αγαθωνος- Γεωργοπούλου (1991) Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών. (δεύτερη έκδοση), Γρηγόρη, Αθήνα
- Αγάθωνος- Γεωργοπούλου (1998) Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- Αγάθωνος E. (1995) Σύγκριση ομάδας γονέων που κακοποιούν και παραμελούν σωματικά τα παιδιά τους με ομάδα ελέγχου. Προσδιορισμός χαρακτηριστικών για ανίχνευση και παρέμβαση. Διδακτορική Διατριβή, University of Birmingham, U.K.
- Αγάθωνος E.- Τσαγκάρη M. (1999) Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα

- Αγάθωνος Ε., Browne Κ., Μαραγκός Χ., Σαραφίδου Ε. (1996) Παράγοντες υψηλού κινδύνου για σωματική κακοποίηση- παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη. Παιδιατρική, 59(6), 428-439
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1991) Κακοποίηση- Παραμέληση παιδιών. Αθήνα, Γρηγόρη
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1993) Οικογένεια, Παιδική προστασία, κοινωνική πολιτική. Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1998) Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης. Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα
- Αδαμίλης Δ. (1995) Η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, Σχολείο και σπίτι, 7, 393
- Αρμενόπουλος Κ. (1971) Πρόχειρο νόμων και εξάβιβλος. Δωδώνη, Αθήνα
- Αυτιά-Παπαϊωάννου Α. (1982) Σεξουαλική απελευθέρωση- αγωγή στο σχολείο και στο σπίτι. Αθήνα, Βασιλόπουλος
- Γεωργιάδης Θ. (2003) Οι μύθοι των Ελλήνων. Αίγειρος, Θεσσαλονίκη
- Γιωτάκος Ο., Τσιαλίακου Μ., Τσίτσικα Α., (2011) Κακοποίηση παιδιού και εφήβου, ανίχνευση, αντιμετώπιση, πρόληψη. Πεδίου, Αθήνα
- Θεοδοσοπούλου Ε., Σαράφης Π., Ηγουμενίδης Μ. (2011) Το συναδελφικό απόρρητο στο χώρο της νοσηλευτικής. Πρακτικά ειδικού φροντιστηρίου, Αθήνα
- Καινή Διαθήκη (1997), Ελληνική Βιβλική Εταιρία, Αθήνα
- Κατωπόδη Α. (2005) Παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Μαραθιάς, Αθήνα
- Κουκούλες Φ. (1955) Βυζαντινών βίος και πολιτισμός. Παπαζήσης, Αθήνα
- Κουρκουτάς Η. (2011) Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου. Τόπος, Αθήνα
- Μακρυνιώτης Δ. (1997) Εισαγωγή στη παιδική ηλικία. Νήσος, Αθήνα
- Μαντιβής Κ. (2001) Αιμομιξία, Η φρίκη μέσα στην οικογένεια. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαραγκός Χ. (1983) Κακοποίηση παιδιών με κλινική προβολή μηνιγγίτιδας ή σηψαιμίας 0-12 μηνών. Δελτίο παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 30(3), 190-196
- Μουζακίτης Χ., Σαλκιτζόγλου Τ. (1987) Το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός. Εκλογή, 73, 77
- Μουζακίτης Χ.-Σαλκιτζόγλου Τ. (1987) Το νομικό καθεστώς για
- Μπαλούρδος Δ., Φρονίμου Ε. (2011) Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: καλές πρακτικές. Αθήνα,

- Ντοστογιέφσκι Φ. (2015) Ο παίχτης. Γκοβότσης, Αθήνα
 - Ουγκώ Β. (1998) Οι άθλιοι. Λιβάνης, Αθήνα
 - Παλαιά Διαθήκη (2010), Αποστολική διακονία της εκκλησίας, Αθήνα
 - Παπαδόπουλος Α.,1980 ,Η κακοποίηση των παιδιών στο σπίτι ,την οικογένεια και στο σχολείο ,σελ. 153
 - Παπαϊωάννου Κ. (1966) Βία στην οικογένεια-κοινωνική εργασία, 44
 - Πετρουλάκης Ν., 1987, Το παιδί θύμα χθες και σήμερα, στο Σχολείο και Ζωή, 11, σελ.337.
 - Πρεκατέ Β., (2008) Η κακοποίηση του παιδιού στο σχολείο και την οικογένεια. Βήτα, Αθήνα
 - Ριζοσπάστης (1997) Πείνα, αρρώστιες και πόλεμος σκοτώνουν τα παιδιά, 22
 - Ροσφόρ Κ. (1982) Τα παιδιά πρώτα. Ύψλον, Αθήνα
- την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός. Εκλογή, 73, 77-85
- Τουρτόγλου Μ. (1963) Παρθενοφθορία και εύρεςις θησαυρού Βυζάντιον- τουρκοκρατία μετεπαναστατικοί χρόνοι μέχρι και του Καποδιστρίου. Αθήναι, Αθήνα
 - Τσιαντής Γ., Μανωλόπουλος (1987) Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. (τομος 1^{ος}, μέρος γ'), Καστανιώτη, Αθήνα
 - Χαραλαμπίδης Β. (1987) Η ανάπτυξη της προσωπικότητας. Gutenberg, Αθήνα
 - Χατζηφωτίου Σ., (2005) Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και των παιδιών. Τζιόλα, Θεσσαλονίκη

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

- Adams J.A. (2004) Medical evaluation of suspected child sexual abuse, J Pediatric Adolesc Gyneco, 17(3), 191-197
- Adams J.A., Harper K., Knudsons S., Revilla J. (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal, Pediatrics, 94(3), 310-317
- Adams J.A., Kaplan R.A., Starling S.P., Mehta N.H., Finkel M.A., Botash A.S., et al, (2007) Guidelines for medical care of children who may have been sexually abuse, J pediater Adolesc Gynecol, 20(3), 163-172
- Agathonos-Georgopoulou H., Browne K., Sarafidou E. (1997) Secondary prevention of child maltreatment: The early identification of families in need of support In W. Hellinckx, M. Colton and M. Williams International Perspectives on Family support, Arena, Aldershot Hants

- Alexander R.C., Surrell J.A., Cohle S.D. (1987) Microwave oven burns to children: an unusual manifestation of child abuse, *Pediatrics*, 79(2), 255-260
- Altimier L.(2008) Shaken baby syndrome, *J perinat neonatal nurs*, 22(1), 68-76
- Alvarez K., Kenny M., Donohue B., Carpin K. (2004) Why are professional failing to initiate mandated reports of child maltreatment and are there any empirically based training program to assist professionals in the reporting process?, *Aggres Behav*, 9, 563-578
- American Academy of pediatrics committee on child abuse and neglect (1999), Oral and dental aspects of child abuse and neglect, *Pediatrics*, 104(2), 348-350
- Andronicus M., Oates R.K, Peat J., Spalding S., Martin H. (1998) Non-accidental burns in children, *Burns*, 24(6), 552-558
- Barber M.A., Sibert J.R. (2000) Diagnosing physical child abuse: the way forward, *Postgrad Med J*, 76(902), 743-749
- Bariciak E.P., Plint A.C., Gaboury I., Bennett S. (2003) Dating of bruises in children: An assessment of physician accuracy, *Pediatrics*, 112(4), 804-807
- Bays J. (2001) Conditions mistaken for child physical abuse In R.M Reece and S. Ludwig. *Child abuse and neglect: Medical diagnosis and management*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Bell K. (2000) Identification and documentation of bite marks, *J Emerg Nurs*, 26(6), 628-630
- Benger J.R., Pearce V. (2002) Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments, *British Medical Journal*, 324, 780-782
- Berenson A.B., Chacko M.R., Wiemann C.M., Mishaw C.O., Friedrich W.N., Grady J. (2002) Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration, *Pediatrics*, 109(2), 228-235
- Berth- Jones J., Graham-Browm R.A.C., Burns D.A. (1991) Lichen sclera sus et atrophicus a review of 15 cases in young girls, *Clinical and Experimental Dermatology*, 16(1), 14-17
- Bonet T. (1684). *A guide to the practical physician*. Thomas Flesher, London
- Braue A., Ross G., Varigos G., Kelly H. (2005) Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: A case series and critical review of the literature, *Pediatric Dermatology*, 22(4), 287-294
- Braun D., 1988, *Responding to child abuse (action and planning for teachers and other professionals)*, London, Bedford Square/Community Education Development Centre

- Browne K (1993) Home visitation and child abuse: The British experience, *The Advisor*, 614, 11-31
- Bruni M. (2003) Anal findings in sexual abuse of children, *Journal of Forensic Science* 48(6)
- Caffey T. (1946) Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural haematoma, *Am J Roentgenol Radium Ther*, 56(2), 1663-173
- Carpenter R.F. (1999) The prevalence and distribution of bruising in babies, *Arch Dis Child*, 80(4), 363-366
- Chen W., Balaban R., Stanger V., Haruvi R., Zur S., Augarten A. (2002) Suspected child abuse and neglect: assessment in a hospital setting, *Isr Med Assoc J*, 4(8), 617-623
- Chester D.L., Jose R.M., Aldlyami E., King H., Moiemmen N.S. (2006) Nonaccidental burns in children- are we neglecting neglect?, *Burns*, 32(2), 222-228
- Christian C., Lavelle J., Dejong A., Loisselle J., Brenner L., Joffe M. (2000) Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault, *Pediatric*, 106(1), 100-104
- Cohen B.A. (1998) *Atlas of pediatric Dermatology*. Mosby, London
- Colver G.B., Harris D.W., Tidman M.J. (1990) Skin diseases that may mimic child abuse, *British Journal of Dermatology*, 123(1), 129
- Daly K.C., Siegel R.M. (1998) Henoch- Schonlein purpura in a child at risk of abuse, *Arch Dermatol*, 152(1), 96-98
- Darmstadt G.L. (1998) Acute infectious purpura fulminans: pathogenesis and medical management, *Pediatr Dermatol*, 15(3), 169-183
- Davis R.E.(2000) Cultural health care or child abuse? The southeast Asian practice of Cao gio, *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 12(3), 89-95
- Dias M.S., Backstrom J., Falk M. et.al, (1992) Serial radiography in the infant shaken impact syndrome, *Pediatr Neurosurg*. 29(2), 77-85
- Dindorf L. (1831). *Ioannes Malalas Chronographia*. Weber, Bonn
- Dowd M.D., Fitzmaurice L., Knapp J.F., Mooney D. (1994) The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries, *Journal of Pediatric Surgery*, 29(1), 7-10
- Dubowitz H., Giardino A., Gustavson E. (2000) Child Neglect: Guidance for pediatricians, *Pediatric*, 21(4), 111-116
- Duhaime A., Christian C., Moss E., Seidi T. (1996) Long-term outcome in infants with shaking-impact syndrome, *Pediatr Neurosurg*, 24(6), 292-298

- Duhaime A.C., Gennarelli T.A., Thibault L.E. et al., (1987) The shaken baby syndrome a clinical, pathological and biomechanical study, *J Neurosurg*, 66(3), 409-415
- Eby J. (1988) Investigating presumed child abuse, 139(1), 8
- Emans S.J., Laufer M.R., Goldstein D.P. (2005) *Pediatric and adolescent gynecology*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Ewing- Cobbs L., Kramer L., Prasad M., Canales D.N., Luis P., Fletcher J.M. (1998) Neuroimaging: Physical and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children, *Pediatrics*, 102(2), 300-307
- Fitzpatrick J.E. (2001) *Dermatology secrets in color*, Hanley and Belfus, Philadelphia
- Fleisher G.R., Ludwig S., Henretig F.M., Ruddy R.M., Silverman B.K. (2006) *Textbook of pediatric emergency medicine*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Gennarelli T.A., Thibault L.E. (1985) *Biomechanics of head injury in Wilkins RH Rengachary SS: Neurosurgery II*, McGraw-Hill, New York
- Gilbert, R. et al., (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), pp.68–81.
- Gilliland MGF., Luckenbach M.W. (1993) Are retinal hemorrhages found after resuscitation attempts? : A study of the eyes of 169 children, *Am J Forensic Med Pathol*, 14(3), 187-192
- Goodyear- Smith F. (2007) What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhea in children after the neonatal period? A systematic review, *J Forensic Legal Med*, 14(8), 489-502
- Greenwood J.E., Dunn K.W., Davenport P.J. (2000) Experience with severe extensive blistering skin disease in a paediatric burns unit, *Burns*, 26 (1), 82-87
- Hadley M.N., Sontag VKH., Rekate H.L., Murphy A. (1989) The infant the whiplash-shake injury syndrome: A clinical and pathological study, *Neurosurgery*, 24(4), 536-540
- Harley J.R. (1997) Disorders of coagulation misdiagnosed as nonaccidental bruising, *Pediatr Emerg Care*, 13(5), 347-349
- Hayak J. (2009) Negative reinforcement eating expectancies emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 42(6), 552–556.
- Heger A., Ticson L., Velasquez O., Bernier R. (2002) Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children, *Child Abuse Neglect*, 26(6-7), 645-659
- Henry B., Ueda R., Shingo M., Yoshikawa C. (2003) Health education for nurses in Japan to combat child abuse. *Nurs Health SCI*, 5 (3), 199-206

- Herbst R.A. (2003) Perineal Streptococcus dermatitis/ disease, American Journal of clinical Dermatology, 4(8)
- Heywood C. (2005). A history of childhood. In children and childhood in the west from medieval to modern times. Polity press, Cambridge
- Hobbs C., Wyne J. (1996) Use of the colposcope in examination for sexual abuse, Arch Dis Childhood, 75(6), 539-542
- Hornor G. (2005) Physical abuse: Recognition and reporting, J Pediatr Health Care, 19(1), 4-11
- Hornor G. (2006) Ano-genital herpes in children, J Pediatr Health Care, 20(2), 106-114
- Hornor G., Scribano P., Curran S., Stevens J., Roda D. (2009) Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse, J Forensic Nurs, 5(3), 124-130
- Hugo V. (1998). Les miserable. Hodder and Stoughton, London
- Ingram D.M., Everett V.D., Ingram D.L. (2001) The relationship between the transverse hymenal orifice diameter by the separation technique and other possible markers of sexual abuse, Child abuse and Neglect, 25(8), 1109-1120
- Jenny C. (2001) Cutaneous management of child abuse in R.M. Reece and S. Ludwig (Eds) child abuse medical diagnosis and management, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Jenny C. (2011) Child abuse and neglect diagnosis treatment and evidence, Elsevier Saunders, St. Louis
- Jenny C., Crawford-Jakubiak E. (2013) Committee on child abuse and neglect. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected, Pediatrics, 132(2), 558-567
- Jessee S. (1995) Orofacial manifestations of child abuse and neglect, Am Fam Physician, 52(6), 1829-1834
- Johnson C.F. (1990) Inflicted injury versus accidental injury, Pediatr Clin North American, 37(4), 791-814
- Johnson C.F. (1990) Inflicted injury versus accidental injury, Pediatr Clin North Am, 37(4), 791-814
- Johnson D., Boal D., Baule R. (1995) The role of apnea in non-accidental head injury, Pediatr Neurosurg, 23(6), 305-310
- Kaczor K., Pierce M.C., Makoroff K., Corey T.S. (2006), Bruising and physical child abuse, Clin Pediatr Emerg Med, 7(3), 153-160

- Kellogg N. (2005) The evaluation of sexual abuse in children, *Pediatrics*, 166(2), 506-5012
- Kellogg N.D., Parra J.M., Menard S. (1998) Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152(7), 634-641
- Kellogg N. and American Academy of Pediatrics committee on child abuse and neglect (2007) Evaluation of suspected child abuse, *Pediatrics*, 119(6), 1232-1241
- Kellogg N.D., Menard S.W., Santos A. (2004) Genital anatomy in pregnant adolescents: "Normal" does not mean "nothing happened", *Pediatrics*, 113(1), 67-69
- Kempe C., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver, Henry K. (1962) The battered child syndrome, *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24
- Kempe C.H. (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture, *Pediatrics*, 62(3), 382-389
- Kini N., Lazoritz S. (1998) Evaluation for possible physical or sexual abuse, *Pediatr Clin North America*, 45(1), 205-219
- Kivlin J.D., Simmons K.B., Lazoritz S., Ruttum M.S, (2000) Shaken baby syndrome, *Ophthalmology*, 107(7), 1246-1254
- Kraft D.M., Mckee D., Scott C. (1998) Henoch- Schonlein purpura: a review, *American Family Physician*, 58(2), 405-408,11
- Krugman R.D. (1992) The battered child at thirty: What can be learned from Saul Krugman at eighty?, *Pediatrics*, 90(1-part2), 154-156
- Lahoti S.L., McClain R., Girardet R., Mcneese M., Cheung K. (2001) Evaluating the child for sexual abuse, *Am Fam Physician*, 63(5), 883-892
- Lang M.E., Darwish A., Long A.M. (2005) Vaginal bleeding in the prepubertal child, *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1289-1293
- Lascaratos J., Poulakou-Rembelakou E., Rembelakos A., Marketos S. (1955) The first case of epispadias: An unknown disease of the Byzantine emperor Heraclius (610-614 AD), *British Journal of Urology*, 76 (3), 380-383
- Lee C.S., Lim H.W. (2003), Cutaneous disease in Asians, *Dermatology Clinic*, 21(4), 669-677
- Lingenthal C.E.Z. (1931) *Jus Graeco- Romanum*, Athens, I. and P. Zepos
- Loening- Baucke V. (1991) Lichen sclerosus et atrophicus in children, *American Journal of diseases of children*, 145(9), 1058-1061

- Lopez S., Lara M.G., Amighetti L.D.H., Wissow L.S., Gutierrez M.I., Level I., Madaleno M. (2000) Parenting and physical punishment: Primary care interventions in Latin America, *Revista Panamericana de Salud Publica*, 8(4), 257-267
- Lunghi F., Finzi M., Frati C. (2001), Two familial cases of perianal streptococcal dermatitis, *Pediatric Dermatology*, 68(3), 183-184
- Macmillan, H.L. et al., (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373(9659), pp.250–66
- Marks S., Lamb R., Tzioumi D. (2009) Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse, *J Pediatr Child Health*, 45(3), 125-132
- Mason P., Thomas Jr. (1972). Child abuse and neglect part 1-Historical overview, *Legal Matrix and social perspectives. North Carolina law*, 50, 293-349
- Matschke J., Puschel K., Glatzel M. (2009) Ocular pathology in shaken baby syndrome and other forms of infantile non-accidental head injury, *Int J Legal Med*, 123(3), 189-197
- McCann J., Miyamoto S., Boyle C., Rogers K. (2007) Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study, *Pediatric*, 119(5), 1094-1106
- McClain N., Giardet R., Lahoti S., et al (2000) Evaluation of sexual abuse in the pediatric patient, *J Pediatr Health Care*, 14(3), 93-102
- McGillivray D., Mok E., Mulrooney E., Kramer M.S. (2005) A head-to-head comparison: clean-void: Bag versus catheter urinalysis in the diagnosis of urinary tract infection in young children, *Journal of Pediatrics*, 147(4), 451-456
- Meservy C.J., Towbin R., McLaurin R.L., et al, (1987) Radiographic characteristics of skull fractures resulting from child abuse, *AJR Am J Roentgenol*, 149(1), 173-175
- Migne P. (1858-1860) Ioannes Chrysostome Homilia X., *Patrologia Graeca*
- Min M.O. et al., (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child abuse & neglect*, 37(6), pp.361–73
- Miner M.E., Kaufman H., Graham S.H., Haar F.H., Gildenberg P.L. (1982) Disseminated intravascular coagulation fibrinolytic syndrome following head injury in children: Frequency and prognostic implications, *J Pediatrics*, 100(5), 687-691
- Morad Y., Kim Y.M., Armstrong D.C., Huyer D., Mian M., Levin A.V. (2002) Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome, *Am J Ophthalmol*, 134(3), 354-359
- Musicant G. (2011) A call to action: Preventing community violence, *Public Health Nurs*, 28(4), 295-298

- Nazarian L.F. (1993) Index of suspicion. Case 3: Mogolian Spots, *Pediatrics in Review*, 14(6), 215-217
- Owen S.M., Durst R.D. (1984) Ehlerse Danlos syndrome simulating child abuse, *Arch Dermatol*, 120(1), 97-101
- Parent A.D. (1992) Pediatric chronic subdural hematoma: A retrospective analysis, *Pediatr Neurosurg*, 18, 266-271
- Paulk D. (2008) Child maltreatment: seeing the problem is only step one, *JAAPA*, 21(5), 46-50
- Peck M., Priolo-Kapel D. (2002) Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations, *J Trauma*, 53(5), 1013-1022
- Pitra J.B. (1891). *Analecta sacra et classic specilegio solesmensi parata VI*. Pitra, Roma
- Purdue G.F., Hunt J.L., Prescott P.R. (1988) Child abuse by burning- an index of suspicion, *J Trauma*, 28(2), 221-224
- Radbills X. (1971) The first treatise in pediatrics, *American Journal of Diseases of children*, 122(5), 369-376
- Reece R.M., Ludwig S. (2001) *Child Abuse: medical diagnosis and management*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
- Reid B., Long A. (2002) Suspected child abuse: communicating with a child and her mother, *J Pediatr Nurs*, 17(3), 229-235
- Rosenberg L.A. (1990) Effects of maltreatment on the child. In: Wissow LS editor. *Child advocacy for the clinician: an approach to child abuse and neglect*, Williams and Wikins, Baltimore
- Rostion C.G., Galaz M.I, Contador MC., Aldunate M., Benavides S., Harz C. (2016) Helpfulness of rectoanal endosonography in diagnosis of sexual abuse in a child, *Journal of Pediatric Surgery* 51 (7) 1151–1161
- SappM.V., Vandeven A.M. (2005) Update on childhood sexual abuse, *Current Opinion in Pediatrics*, 17(2), 258-264
- Sari N., Buyukunal S.N. (1991) A study of the history of child abuse, *Pediatrics Surgery international*, 6(6), 401-406
- Scales J.W., Fleischer A.B., Sinal S.H., Krowchuk D.P.,(1995) Skin lesions that mimic abuse, *Contemp Pediatr*, 16(1), 137-144
- Schopen I. (1829). *Nicephori Gregorae historiae Byzantinae*. Impensis Weber, Bonn

- Sheets L.K., Leach M.E., Koszewski I.J., Lessmeier A.M., Nugent M., Simpson P. (2013) Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse, *Pediatrics*, 131(4), 701-707
- Shurtleff B.T., Barone J.G. (2002) Urethra: prolapse: Four quadrant excisional technique, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15(4), 209-211
- Sibert J. (2004) Bruising, coagulation disorder and physical child abuse, *Blood Coagul Fibrinolysis*, 15(suppl 1), 33-39
- Siegel R.M., Schubert C.J., Myers P.A., Shapiro R.A. (1995) The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls, *Pediatrics*, 69(6), 1090-1094
- Sim L., Zeman J. (2005) Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescenc*, 25(4), 478-496
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescenc*
- Smith K.J., Skelton H. (2002), Molluscum contagiosum: Recent advances in pathogenic mechanisms and new therapies, *American Journal of clinical Dermatology*, 3(8), 353-545
- Snow T.M. (2005) Mongolian spots in the newborn: Do they mean anything?, *Neonatal Network*, 24(1), 31-33
- Squier W. (2011) The “Shaken baby” syndrome: pathology and mechanisms, *Acta Neuropathol*, 122(3), 519-542
- Stavrianos C, Kokkas A., Katsikogiani H., Tretiakov O. (2010) Dentist action after identifying child sexual assamit, *Res J Med Sci*, 4, 157-165
- Stavrianos C., Metska M.E. (2002) Child abuse and neglect, dental and forensic dental aspect, Thessaloniki
- Stephenson T. (1997) Ageing of bruising in children, *J R Soc Med*, 90(6), 312-314
- Stewart G.M., Rosenberg N.M. (1996) Conditions mistaken for child abuse: part II, *Pediatr Emerg Care*, 12(3), 217-221
- Sullivan M., Bhuyan R., Senturia K., Shiu- Thornton S., Ciske S. (2005) Participatory action research in practice: a case study in addressing domestic violence in nine cultural communities, *J Interpers Violence*, 20(8), 977-995

- Svaldi J., Griepenstroh J., Tushen-Caffier B., & Ehring T. (2012) Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103–111.
- Tardieu A. (1860) Etude media legale sur les services et mauvais traitements exerces sur des enfants, *Annales d'hygiene publique et de medicine legale*, 13, 355-356
- Teeuw, A.H. et al., (2012). Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European journal of pediatrics*, 171(6), pp.877–85.
- Temkin O. (1956) Translation of Soranus Gynecology, The John Hopkins Press, Baltimore
- Tompson S. (2005) Accidental or inflicted? , *Pediatric Annals*, 34(5), 372-381
- Unicef (2014). Hidden in plain sight a statistical analysis of violence against children. Unicef, New York
- Unicef (1996). The state of the world's children. Oxford University Press, New York
- Vogeley E., Pierce MC., Bertocci G. (2002) Experience with wood lamp illumination and digital photography in the documentation of bruises on human skin, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(3), 265-268
- Wenstrup R.J., Willing M.C., Starman B.J., Byer P.H. (1990), Distinct biochemical phenotypes predict clinical severity in nonlethal variants of osteogenesis imperfecta, *Am J Hum Genet*, 46(5), 975-982
- West S. (1888) Acute periosteal swelling in several young infants of the same family probably rickety in nature, *British Medical Journal*, 1, 856-857
- Wirth G., Haury J. (1963) *Procopi Caesariensis opera Omnia*, Teubner, Lipsia
- Wolfe D.A., McIsaac C. (2011) Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 802-813
- Wolff K., Johnson R.A., Suurmond R. (2005) *Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology*, McGraw Hill, New York
- Zacchias P. (1651). *Medico-Legal Debates*. John Blaeu, Amsterdam

Βιβλιογραφία από το διαδίκτυο:

- Child maltreatment, Children's Bureau, <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2003>, τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 25, 2016
- Child maltreatment, World health organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>, (τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 10, 2016)

- Child Welfare Information Gateway, <https://www.childwelfare.gov/> , τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 20, 2016
- <https://psychinfo.gr> , τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 30, 2016
- Online Mendelian Inheritance in Man, <http://www.omim.org/entry/231670> , τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 30, 2016
- Strengthening Families, Strengthening Communities, <http://www.preventchildabuse.com> , τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 10, 2016
- Πρωτόκολλο Διερεύνησης, Διάγνωσης, Διαχείρισης Κα-Πα-Π και εθνικό σύστημα αναφοράς Κα-Πα-Π, <http://esa-kara-p.gr/> , τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 7, 2016
- Στατιστικά στοιχεία, Το χαμόγελο του παιδιού, <http://www.hamogelo.gr/89.1/Statistika-stoixeia> , τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 3, 2016
- Σύνδρομο Μινχάουζεν δι` αντιπροσώπου, Παιδιατρική Εταιρία Κύπρου, <http://www.child.org.cy/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%B7/tabid/62/articleType/ArticleView/articleId/422/--Munchausen-syndrome-by-proxy.aspx> , τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25, 2016
- Συνηγορος του παιδιού, <http://www.0-18.gr/gia-megaloyis/ta-dikaiomata-toy-paidioy> , τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 18, 2016