



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ**  
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ**

**ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**



**ΒΛΑΜΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΣΕΛΛΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**Εποπτεύουσα καθηγήτρια: ΔΡ ΑΝΤΙΓΟΝΗ-ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΠΑΤΡΑ 2020**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό την βιβλιογραφική ανασκόπηση για το θέμα της παιδικής κακοποίησης, των διαφόρων μορφών της και πως μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του φαινομένου ο τομέας της υγείας με διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η παιδική κακοποίηση θεωρείται ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια και θα πρέπει να αφανιστεί. Δημιουργεί στο παιδί σοβαρές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του, στις διαπροσωπικές σχέσεις της μετέπειτα ζωής του, δυσκολίες σε διάφορες πτυχές στη πορεία της ζωής του. Συγκεκριμένα, δυσκολεύετε να αγαπήσει και να εμπιστευτεί, αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής, ψυχολογικά προβλήματα έως και κατάθλιψη και εμφανίζει τάση προς καταχρήσεις.

Αντίστοιχα, αναφέρεται ο σπουδαίος ρόλος των νοσηλευτών και ο τρόπος με τον οποίο ο νοσηλευτής διαχειρίζεται την αποκατάσταση ενός κακοποιημένου παιδιού προσεγγίζοντας το με αγάπη, φροντίδα, αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, πρόληψη επιπλοκών, παροχή πρώτων βοηθειών γενικά και εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης ειδικά τα τελευταία χρόνια ολοένα και εξαπλώνεται παγκοσμίως. Στην παιδική ηλικία κακοποίηση δε θεωρείται μόνο η σωματική αλλά και η σεξουαλική ή συναισθηματική κακομεταχείριση του παιδιού κοντά σε αυτό και η παραμέληση του από τους γονείς ή αυτόν που το φροντίζει. Κύριες κατηγορίες είναι οι εξής: σεξουαλική κακοποίηση, σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος παιδική κακοποίηση καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τα κακοποιημένα παιδιά συνήθως εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας λόγω ψυχικής ή σωματικής κακοποίησης. Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή συμβάλλει στη προστασία του παιδιού και στην εξάλειψη περιστατικών κάθε μορφής βίας.

Εν κατακλείδι, οι μελέτες αυτές αναγράφονται είτε από οργανισμούς είτε από το χαμόγελο του Παιδιού.

**Λέξεις κλειδιά:** παιδική κακοποίηση, παραμέληση, συναισθηματική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, σχολικός νοσηλευτής, νοσηλευτική παρέμβαση

## ABSTRACT

The child abuse is a phenomenon of huge dimensions, worldwide. In recent years it has been expanding rapidly. In childhood, the child abuse is considered as the physical, the sexual or the emotional abuse, as well as its abandonment from their parents or their guardians. The main categories of the abuse are: the sexual, the physical, the emotional abuse and the abandonment.

The purpose of this thesis is to combine the approach between the literature review and the nursing role on the topic of the child abuse.

Abused children are often facing serious health problems due to mental or physical maltreatment. Therefore, nurse's role is considered as vital through its job offering, on its pursuit of protecting and eliminating every kind of violent incidents.

Finally, such observations are reported by various national or international organizations, such as Child's Smile, UNICEF Et Al., in a European or global level.

**Keywords:** child abuse, neglect, emotional abuse, physical attack, sexual abuse, school nurse, nursing intervention

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην καθηγήτριά μας Δρ. Αντιγόνη-Μαρία Μιχαλοπούλου για την δυνατότητα που μας έδωσε να πραγματοποιήσουμε αυτήν την πτυχιακή και τον χρόνο που διέθεσε για την περάτωσή της. Η βοήθεια και καθοδήγησή της ήταν πολύτιμες.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	2
1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	2
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΕΝΝΟΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	2
1.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	5
1.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	5
1.3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	7
1.3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ / ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	10
1.3.4 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	12
1.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	14
1.4.1 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	14
1.4.2 ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ.....	15
1.4.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ.....	16
1.4.4 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ /ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	17
1.4.5 ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ.....	17
(ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN ).....	17

1.4.6 ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	19
1.4.7 ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΑΤΑΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	20
1.4.8 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ (Bullying).....	20
1.4.9 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ –ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	22
2.1 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	22
2.1.1 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ .....	24
2.1.2 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	25
2.1.3 ΠΠΠΤΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ / ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	27
2.1.4 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....	28
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	29
2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ.....	31
2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	33
2.5 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	34
2.5.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ UNICEF.....	35
2.5.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
2.6 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	37
2.7 ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ .....	38
2.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	43

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ .....	43
3.1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	47
3.1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	49
3.1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	50
3.1.4 Ο ΟΡΟΣ «ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ» ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ .....	51
3.1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	51
3.1.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	52
3.1.7 ΜΕΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ-ΘΥΜΑΤΑ .....	54
3.1.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ) .....	55
3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ .....	58
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	60
3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	63
3.4.1 ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	67
3.4.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	68
3.4.3 ΕΜΠΟΔΙΑ.....	68
3.4.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....	69
3.4.5 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	70
3.4.6 ΚΑΛΥΨΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ.....	71
3.4.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ .....	71
3.4.8 ΜΕΘΟΔΟΣ EDMR .....	72
3.4.9 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ .....	73



3.5 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ .....	73
3.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ .....	74
3.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ& ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	79
4.1 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ.....	79
4.1.1 ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....	81
4.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	85
4.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	90
4.4 ΚΕΝΤΡΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	92
4.5 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ..	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	95
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1 .....	95
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2 .....	98
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	103
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άσκηση βίας σε ένα παιδί υποδηλώνει την εξουσία, τον έλεγχο και την υποταγή που έχει ο θύτης προς το πρόσωπό του. Ως μέσο πειθαρχίας χρησιμοποιείται η βία με αποτέλεσμα την ψυχική και σωματική διαταραχή του παιδιού. Πέρα από κάποια πρόκληση βλάβης, η άσκηση βίας μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στο θάνατο του παιδιού.

Σύμφωνα με μελέτες στην Ελλάδα δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο θέμα της παιδικής κακοποίησης καθώς εννέα στα δέκα περιστατικά δεν αναγράφονται. Σύμφωνα με τα συστατικά ένα στα δύο παιδιά είναι θύματα κάποιου είδους κακοποίησης. Ένα στα δέκα παιδιά είναι θύμα σεξουαλικής βίας, ένας στους τέσσερις ενήλικες κυρίως γυναίκες έχουν υποστεί ένα περιστατικό κακοποίησης σεξουαλικής ή σωματικής βίας κατά την παιδική του ηλικία.

Η παιδική κακοποίηση έχει συνέπειες κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού. Η άσκηση βίας τιμωρείται από το νόμο όταν παραβιάζονται τα δικαιώματα του παιδιού διότι θεωρείται αδίκημα όταν παραβλέπονται από τον ποινικό κώδικα και άλλους ειδικότερους νόμους.

Στη παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζονται όλες οι πτυχές της παιδικής κακοποίησης και στη συνέχεια αναφέρεται η νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του φαινομένου της άσκησης βίας στο παιδί.

Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται η έννοια της παιδικής κακοποίησης, περιγράφονται οι βασικές μορφές κακοποίησης σε συνάρτηση με το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Επιπροσθέτως, περιγράφονται οι ειδικές μορφές παιδικής βίας που στις μέρες μας είναι ανεξέλεγκτες, οι διαστάσεις τους όπως είναι η παιδική εργασία ,μη τυχαία δηλητηρίαση, σύνδρομο του αμέτοχου θεατή, ανεπάρκεια αύξησης /δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, πλασματική διαταραχή δια αντιπροσώπου ,διαδικτυακή κακοποίηση ,τελετουργική και σαφηνιστική κακοποίηση, ατυχήματα τέλος, σχολικός εκφοβισμός (bullying).

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι επιπτώσεις των διαφόρων μορφών κακοποίησης καθώς και η πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των επιπτώσεων.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τον ρόλο του νοσηλευτή (νοσηλευτή ψυχικής υγείας, σχολικού και κοινοτικού νοσηλευτή), το νοσηλευτικό ιστορικό, τη νοσηλευτική εκτίμηση, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθώς και τα κεφάλαια εμπόδια ,προγραμματισμό, αποκατάσταση, θεραπεία και κοινωνική στήριξη κακοποιημένου παιδιού.

Το τέταρτο κεφάλαιο καταγράφει στατιστικά στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, αναφέρει το νομικό πλαίσιο κατά του κακοποιημένου παιδιού καθώς και κέντρα υποστήριξης κακοποιημένων παιδιών. Τέλος, παρουσιάζεται ένα πραγματικό παραδείγματα κακοποίησης.

Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο παραθέτει την νοσηλευτική διεργασία.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το παγκόσμιο φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης επικεντρώνεται στη ψυχοπαθολογία του γονέα ως βασικό πρόβλημα σύμφωνα με έρευνες χρόνων. Εξετάζει ένα σύνολο παραγόντων και αιτιών τα οποία οδηγούν στη κακοποίηση του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα επηρεάζεται όχι μόνο από τους γονείς και την οικογένεια αλλά και από ένα σύνολο ατομικών, οικογενειακών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που λειτουργεί ως βάση για την εκτίμηση, διάγνωση και ανάλυση του φαινομένου. (wikipedia, n.d.)

## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΕΝΝΟΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική κακοποίηση, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, ορίζεται ως «η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού, η οποία περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης». (Μπαλούρδος Δ., 2011)

Σύμφωνα με τον Gelles, η δυσκολία του ορισμού της παιδικής κακοποίησης οφείλεται στο γεγονός ότι δεν είναι εύκολο να διασαφηνιστεί το σημείο στο οποίο η κακοποίηση διαχωρίζεται από την τιμωρία. Η κακοποίηση των παιδιών μπορεί να προσδιοριστεί ύστερα από κάθε πράξη που μπορεί να επιφέρει πόνο, τραύμα, βλάβη, φόβο, αίσθημα δυσαρέσκειας και αποστροφή για το παιδί. (Παναγοπούλου, 2007)

Η κακομεταχείριση παιδιών ή η κατάχρηση παιδιού αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα και συνεχίζει να αποτελεί σημαντική κρίση και στην σημερινή κοινωνία. Η κακοποίηση των παιδιών ορίζεται ως κακοποίηση και αμέλεια που εμφανίζεται σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Περιλαμβάνει όλους τους τύπους σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης, αμέλειας του παιδιού, συναισθηματικής κακομεταχείρισης και εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή μη λόγους. Αυτό μπορεί επιφέρει προβλήματα στην υγεία του παιδιού, στη διαβίωση του όπως για παράδειγμα προβλήματα προσαρμοστικότητας, ηθικά προβλήματα, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του. (Sathiadass, 05 MAY 2018)

Το φαινόμενο της κακοποίησης ενός παιδιού, ταξινομείται εδώ και χρόνια σε διάφορες μορφές οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, πρότυπα

γονέων ή ατόμων που τα φροντίζουν. Μορφές πέρα από τις βασικές : συναισθηματική - ψυχολογική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση , παραμέληση, σεξουαλική κακοποίηση υπάρχουν και οι ειδικές μορφές όπως η έκθεση σε σκληρές βίας, παιδική εργασία, ενδοοικογενειακή βία, σχολικός εκφοβισμός (bullying), κακοποίηση μέσω διαδικτύου, παιδοκτονία. Ένα παιδί, όταν βιώνει σωματική και σεξουαλική εκμετάλλευση, συνήθως παράλληλα, του ασκείται και συναισθηματική κακοποίηση . (Χατζηφωτίου, 2005)

Οι βασικές μορφές παιδικής κακοποίησης διακρίνονται στις εξής κατηγορίες : σωματική, η οποία περιλαμβάνει χτυπήματα με το χέρι ή με τη χρήση αντικειμένων, τσιμπήματα, τράβηγμα μαλλιών, δαγκώματα, κλωτσιές, κάψιμο με αντικείμενα π.χ. τσιγάρο, ακατάλληλες μέθοδοι πειθαρχίας για την ηλικία του παιδιού, η συναισθηματική κακοποίηση περιλαμβάνει λεκτικές κυρίως συμπεριφορές που πλήττουν την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Τέτοιου είδους συμπεριφορές θεωρούνται οι φωνές, οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί, η έλλειψη στοργής και αγάπης, η δημιουργία ενοχών στο παιδί, η ταπείνωση, οι απειλές εγκατάλειψης ή βίας. Η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται σε οποιαδήποτε συμπεριφορά που αποβλέπει στη σεξουαλική διέγερση του ενήλικα (επαφή ή διείσδυση με οποιοδήποτε τρόπο στα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό του παιδιού από ενήλικα ή το αντίστροφο, έκθεση παιδιού σε πορνογραφικό υλικό κ.α.). Η παραμέληση και έκθεση σε κίνδυνο αφορά τη στέρηση του παιδιού από τις βασικές και απαραίτητες ανάγκες για τη διαβίωση και την υγιή του ανάπτυξη. Τέτοιες ανάγκες είναι η σίτιση, η ένδυση, η στέγαση, το καθαρό και υγιές περιβάλλον, η ιατρική φροντίδα, η εκπαίδευση. Τέλος, η εκμετάλλευση αναφέρεται στη χρησιμοποίηση του παιδιού προς οικονομικό κυρίως όφελος του ενήλικα. Η παιδική εργασία, επαιτεία ή πορνεία είναι μορφές εκμετάλλευσης. (Κούρια Ιωάννα, 2012)

Ομάδες που θεωρούνται αυξημένης επικινδυνότητας σε ό,τι αφορά την κακομεταχείριση, είναι τα παιδιά που πάσχουν από χρόνια προβλήματα υγείας. Η έρευνα των Jaudes και Mackey-Bilaver (2007), ενώ δεν διαχώρισε την παραμέληση από την κακοποίηση, προσέφερε ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την πιθανότητα εκδήλωσης κακομεταχείρισης σε ομάδες παιδιών με διαφορετικής φύσης χρόνια προβλήματα υγείας, κάτω των έξι ετών και χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου. Από τα παιδιά που παρουσίαζαν χρόνια προβλήματα υγείας, το 11.7% είχε υποστεί κάποιου είδους κακομεταχείριση. Τα παιδιά που ήταν πιο πιθανό να υποστούν κάποια μορφή κακομεταχείρισης ήταν εκείνα που έπασχαν από συμπεριφορικές/ψυχικές διαταραχές. Μάλιστα, αν κάποιο παιδί έπασχε από συμπεριφοριστικές/ψυχικές διαταραχές και είχε ιστορικό κακοποίησης ή/και παραμέλησης πριν τα τρία έτη, τότε ήταν 10 φορές πιο πιθανό να υποστεί ξανά κάποια μορφή κακομεταχείρισης. Η αναπτυξιακή καθυστέρηση/νοητική στέρηση δεν βρέθηκε να αυξάνει την πιθανότητα κακομεταχείρισης, ενώ τα χρόνια οργανικά προβλήματα βρέθηκαν να αυξάνουν ελαφρώς την πιθανότητα κακομεταχείρισης. (Jaudes P.K.& Mackey-Bilaver L., 2007)

Επίσης, παιδιά με κάποιας μορφής αναπηρία, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς ή με κάποιο χρόνιο νόσημα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν θύματα κακοποίησης. Θα πρέπει να σημειώσουμε πως παιδιά ηλικίας κάτω του ενός έτους διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης. Η εξήγηση είναι πως οι γονείς των παιδιών αυτών αντιμετωπίζουν πολύ δύσκολες καταστάσεις που, σε συνδυασμό με την αυξημένη ανάγκη

άμεσης και ιδιαίτερης φροντίδας που έχουν τα παιδιά της ηλικίας αυτής, οδηγούν τους γονείς πέρα από τα όρια των αντοχών τους . (Σαλπιστής, 2013)

### **Παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης :**

Οι παράγοντες πρόκλησης κάποιας μορφής κακοποίησης οριοθετούνται σύμφωνα με τέσσερις βασικούς άξονες, οι οποίοι είναι οι εξής: α) τα χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού, β) τα χαρακτηριστικά των γονέων, γ) η οικογένεια και δ) το περιβάλλον. (Γυφτοπούλου, 2015). Η χρήση οινόπνευματών ποτών, ο διαταραγμένος ψυχισμός και η άσχημη οικονομική κατάσταση καλούνται ως βασικοί παράγοντες που προκαλούν την εκδήλωση των περισσότερων μορφών κακοποίησης. Ο (Davis, 2008) θεωρεί πως βασικό ρόλο στην εκδήλωση βίας είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία. Κορίτσια ηλικίας 17 έως 28 όταν αυτές ή ο σύντροφος τους κάνει χρήση ουσιών ή οινόπνευματος καθώς και όταν η ίδια είναι χρήστης ουσιών και βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία.

Παράγοντες κινδύνου που εμπλέκονται στο σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού είναι παράγοντες παιδικής ηλικίας που αφορούν το ίδιο το παιδί, όπως για παράδειγμα το εάν ήταν ένα επιθυμητό ή όχι παιδί, το εάν έχει κάποιο χρόνιο νόσημα, νοητική υστέρηση ή κάποια άλλη διαταραχή. Άλλοι παράγοντες είναι οι συντελεστές γονέων ή φροντιστών (ιστορικό κακοποίησης, κατανάλωση οινόπνευματος, χρήση ναρκωτικών και οικονομικές δυσκολίες), συντελεστές σχέσεων (οικογενειακή βλάβη και βία μεταξύ άλλων μελών της οικογένειας), κοινωνικοί και κοινοτικοί (κοινωνικές ανισότητες και ανισότητες μεταξύ ανδρών και γυναικών, ανεργία και φτώχεια). Φυσικοί, συναισθηματικοί και συμπεριφοριστικοί δείκτες τόσο στο παιδί όσο και στον επιτιθέμενο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της κατάχρησης σε ανήλικους. (Y Martínez-Tovilla, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2017). Διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν υποτεθεί ότι σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα κακοποίησης παιδιών. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία του γονέα, την ιστορία της ενδοοικογενειακής βίας στην οικογένεια και το ιστορικό της κατάχρησης ουσιών ή των ψυχικών ασθενειών μέσα στην οικογένεια. (Myrick, 2015). Πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου της κακοποίησης παιδιών είναι οι χρόνιες ασθένειες, η αναπηρία του παιδιού και η μονογονεϊκή οικογένεια. Η φτώχεια έχει αναφερθεί ότι συνδέεται άμεσα με την αυξημένη πιθανότητα κακοποίησης παιδιών. (Myrick, 2015)

Η εξέταση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη εφαρμογή παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη μείωση της συχνότητας της κατάχρησης, όπως η εξέταση και η προληπτική καθοδήγηση. Παρά τις προσπάθειες αυτές, η παιδική κακοποίηση εξακολουθεί να συμβαίνει και σε επιδημικές διαστάσεις, με συνέπειες που επηρεάζουν και τα δύο φύλα, όλες τις ηλικίες, όλα τα παιδιά. (Myrick, 2015)

## 1.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

### 1.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική κακοποίηση είναι η δεύτερη σε συχνότητα μορφή κακοποίησης, μετά από την παραμέληση του παιδιού. Η σωματική κακοποίηση όχι μόνο προκαλεί βλάβη στο σώμα ενός παιδιού με τη μορφή κοψίματος, μωλώπων και σπασμένων οστών, αλλά προκαλεί και συναισθηματική διαταραχή. Τα παιδιά που έχουν πέσει θύματα σωματικής κακοποίησης, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές όπως για παράδειγμα άγχος, κατάθλιψη και διαταραχή του μετατραυματικού στρες, οι οποίες διαταραχές οφείλονται στις πρώιμες εμπειρίες τους με την βία. Επιπλέον, τα παιδιά που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση συνήθως αντιμετωπίζουν προβλήματα στην δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης όχι μόνο με μεγαλύτερους, αλλά και με συνομήλικούς τους. (Newton S. G., 2010). Η σωματική κακοποίηση αποτελεί την πρώτη μορφή κακοποίησης ενός παιδιού και περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς και κακώσεις που μπορεί να φέρει ένα παιδί, ανεξαρτήτου σοβαρότητας της κατάστασης και ηλικίας του παιδιού. Είναι αυτονόητο ότι, για να μιλάμε για σωματική κακοποίηση οι τραυματισμοί δεν θα πρέπει να έχουν προέλθει από κάποιο ατύχημα ή πτώση του παιδιού η οποία δεν προκλήθηκε από την παρέμβαση ενός ενήλικα. Σε περίπτωση που οι επαγγελματίες υγείας έχουν την παραμικρή υποψία για κακοποίηση στο σώμα ενός παιδιού θα πρέπει να εξετάσουν με προσοχή ολόκληρο το σώμα του παιδιού. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998). Η σωματική κακοποίηση δεν αφορά συγκριμένη ηλικία, όλα τα παιδιά ανεξαρτήτου ηλικίας ακόμη κι από πολύ μικρή ηλικία μπορεί να βιώσουν απαράδεκτες μορφές βίας δείχνοντας έτσι την εξουσία που κατέχει ένας ενήλικας αλλά και ότι η άσκηση βίας είναι η λύση στις διαφορές τους. Η άσκηση τιμωρίας καλείται η επιβολή πόνου στο σώμα του παιδιού, συχνές μορφές όπως το χτύπημα, ξύλο, χαστούκι, άγριο σπρώξιμο επίσης τα αντικείμενα με ζώνη, παντόφλα, βέργα είναι οι πιο διαδεδομένες μορφές. Ακατανόητο είναι το όριο ανάμεσα στη κακοποίηση και σωματική τιμωρία. (Δ.Βαϊκούση, 2009).

Η σωματική κακοποίηση είναι μια απαράδεκτη μορφή επιβολής βίας και εξουσίας στο παιδί που μπορεί να συμβεί ακόμη και σε πολύ μικρές ηλικίες με το πρόσχημα του συνετισμού. Δυστυχώς διδάσκει στο παιδί ότι με τη βία επιλύουμε τις διαφορές μας. Περιλαμβάνει τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Τα όρια μεταξύ σωματικής τιμωρίας και κακοποίησης συχνά είναι δυσδιάκριτα. Παλαιότερα ήταν εξαιρετικά διαδεδομένη η σωματική τιμωρία ακόμα και σήμερα όμως παρά την προσπάθεια που έχει γίνει τα τελευταία τριάντα χρόνια για την αξία της επικοινωνίας μεταξύ γονιών και παιδιών και τη δημοκρατική λειτουργία της, υπάρχουν γονείς οι οποίοι καταφεύγουν εύκολα στην άσκηση σωματικής βίας. Το παράδοξο είναι ότι εάν κάποιος άλλος αποπειραθεί να τιμωρήσει το παιδί τους, στο σχολείο για παράδειγμα, υπάρχουν σοβαρές αντιδράσεις από την πλευρά τους παρόλο που οι ίδιοι λειτουργούν με αυτό τον τρόπο. Συνεπώς, τα περισσότερα παιδιά τα οποία

ανατρέφονται κατά αυτόν τον τρόπο παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα και στην παιδική τους ηλικία αλλά και στην ενήλικη ζωή τους. Κάποια είναι φοβισμένα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρουσιάζουν υψηλό δείκτη κατάθλιψης και άγχους. Άλλα εφαρμόζουν την επιθετικότητα που έχουν διδαχθεί από νωρίς προς τους αδύνατους. Πολλές φορές καταφεύγουν σε παραβατικές συμπεριφορές, όπως χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Το πιο δραματικό στην υπόθεση είναι πως ως σύντροφοι, σύζυγοι και γονείς υπάρχει περίπτωση να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς. (Σαλπιστής, 2013)

### **Χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά και στην εμφάνιση του παιδιού τα οποία οδηγούν στην αναγνώριση του προβλήματος δηλαδή ότι το παιδί έχει κακοποιηθεί σωματικά:**

Χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν ότι ένα παιδί έχει κακοποιηθεί σωματικά αποτελούν ο φόβος προς τους γονείς ή ο φόβος να επιστρέψει σπίτι, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έκδηλο άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα προς τους αδύναμους, κατάχρηση ουσιών όπως ναρκωτικά και αλκοόλ, υιοθέτηση αυτού του μοντέλου συμπεριφοράς, δυσκολία σε σχέσεις με ενήλικες, βλέμμα παγωμένο, υπερευαίσθησία προς τα αλλά παιδάκια μόλις κλαίνει, διαταραχή ομιλίας, ανεξήγητοι μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα, κακώσεις που δεν αιτιολογούνται όπως για παράδειγμα δαγκωνιά, μαλλιά που λείπουν, αποτυπώματα από ζώνη, παράπονα παιδιών ότι πονούν και δυσκολεύονται να κινηθούν, καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας, το παιδί κατά τον αποχωρισμό δεν αντιδρά και προτίμα να μείνει στο νοσοκομείο. (Kellogg, 2007) Ακόμη άλλα χαρακτηριστικά είναι οι ανεξήγητοι μώλωπες, κοψίματα ή σημάδια στο σώμα του παιδιού. Ένα παιδί που κακοποιείται μπορεί να ντρέπεται ή να νιώθει άβολα όταν θα πρέπει να δώσει απαντήσεις για το πως απέκτησε τα σημάδια στο σώμα του. Πολλές φορές, τα παιδιά που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση και έχουν σημάδια φορούν ρούχα που τα καλύπτουν, έτσι ώστε να μην είναι εύκολα αντιληπτά από τους άλλους. Ορισμένα παιδιά εμφανίζονται νευρικά ή ντροπαλά όταν ακούν ένα δυνατό θόρυβο ή όταν κάποιος προσπαθεί να τα αγγίξει. Ένα παιδί μπορεί να είναι επίσης νευρικό ή ντροπαλό όταν βλέπει ένα άλλο παιδί ή ενήλικα να έχει αίσθημα θυμού. Ο λόγος είναι ότι το παιδί αυτό έχει συνηθίσει να συνδέει τον θυμό ενός ενήλικα με κάποιο κρούσμα σωματικής βίας. Αδικαιολόγητος ή ανεξήγητος φόβος να φύγει από ένα μέρος που νιώθει ασφαλές. Το κακοποιημένο παιδί συχνά χάνει τις ημέρες στο σχολείο ή ειδικές εκδηλώσεις του σχολείου, έχει συχνά εφιάλτες. Παρουσιάζει ανεξέλεγκτη οργή ή επίθεση εναντίον συμμαθητών ή άλλων παιδιών (Newton S. G., 2010).

### 1.3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθεί η συμμετοχή ή έκθεση του παιδιού σε σεξουαλικές πράξεις, δίχως τη θέλησή του, οι οποίες έχουν ως βασικό σκοπό την διέγερση και σεξουαλική ικανοποίηση ενός ενήλικα. Το φαινόμενο χαρακτηρίζεται από την μικρή ηλικία του παιδιού (ανήλικο), την σχέση εξάρτησης που δημιουργείται ανάμεσα στον δράστη και το θύμα και την έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Είναι ένας συνδυασμός σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης αφού το παιδί τραυματίζεται σωματικά αλλά και ψυχολογικά και μάλιστα ανεπανόρθωτα σε ορισμένες περιπτώσεις (Schafer G.& Mundt I.&Athlers C., 2011)

Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα η επίδειξη των γεννητικών οργάνων μπροστά στο παιδί σκόπιμα, αυνανισμός μπροστά στο παιδί ή με τη συμμετοχή του παιδιού, φιλιά και αγκαλιές με ερωτικό τρόπο, άγγιγμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού ή υποχρέωση του παιδιού να αγγίζει τα δικά του γεννητικά όργανα μπροστά στον δράστη ή του δράστη, προσπάθεια για τη διενέργεια ερωτικής πράξης με το παιδί και φυσικά ολοκλήρωση αυτής. (Schafer G.& Mundt I.&Athlers C., 2011)

Σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο, υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή/και την ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής από την πλευρά του ανήλικου παιδιού, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών είναι ένα από τα πλέον ανησυχητικά φαινόμενα, αφού τα τελευταία χρόνια έχει πάρει ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Κοινωνικά πρότυπα βίας, εξουσίας, ανδρικής κυριαρχίας συνοδευόμενα από φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης, σύγχυσης και ακύρωσης ρόλων και προσδοκιών στη σεξουαλική συμπεριφορά διαπλέκονται και δημιουργούν συνθήκες σεξουαλικής θυματοποίησης και εκμετάλλευσης των παιδιών, ενώ είναι δυνατόν να διευκολύνουν την εκδήλωσή της. (Σιμώνη-Λιόλιου Μ., 2011)

Σύμφωνα με τον ορισμό του Kempe (1972), ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού είναι η εμπλοκή εξαρτώμενων, ανώριμων ως προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες με ενήλικους συγγενείς εξ αίματος (παρά φύση ασέλγεια, σεξουαλική επαφή, βιασμός, αιμομιξία, ασελγείς πράξεις, θωπείες, στοματική επαφή, έκθεση σε πορνογραφικό υλικό), τις οποίες δεν κατανοούν συνειδητά, δεν είναι σε θέση να δώσουν έγκυρη συναίνεση και οι οποίες παραβιάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας για τους οικογενειακούς ρόλους. (Ελευθερίου Ε., 1997) (Λάγγαρη Β., 2006)

Συνεπώς, το παιδί μαθαίνει ότι η ανταπόκριση όπως η απόπειρα αποφυγής της σεξουαλικής δραστηριότητας ή η επικοινωνία του προβλήματος με άλλους φροντιστές δεν επηρεάζει το



αποτέλεσμα. Ο δράστης εξακολουθεί να έχει έλεγχο επάνω στο παιδί μέσω του εξαναγκασμού, εκφοβισμού και της παραποίησης της ηθικής και των κανόνων. Λόγω της εγγύτητας της σχέσης μεταξύ θύτη και θύματος, το θύμα που στην προκειμένη περίπτωση είναι το παιδί τείνει να προσδίδει το συμβάν της κακοποίησης ως δικό του φταίξιμο. Για παράδειγμα, αν ο δράστης είναι ο πατέρας του παιδιού, αυτό έχει την εικόνα του δράστη ως άτομο αλάνθαστο και πολύξερο. Αυτή η κατάσταση οδηγεί το παιδί να πιστεύει ότι αυτό ευθύνεται για την κακοποίηση που υπέστη. Τα παιδιά σε αυτή την περίπτωση αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως πρόθυμοι συμμετέχοντες. (Σαλπιστής, 2013)

Η σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει όχι μόνο τα σεξουαλικά αγγίγματα ή τη διείσδυση αλλά και την έκθεση του παιδιού σε πορνογραφικό υλικό και ακατάλληλες για την ηλικία του εικόνες και καταστάσεις. Πρόκειται για ένα θέμα που προκαλεί σοκ, το οποίο υπάρχει και στη χώρα μας χωρίς όμως να γνωρίζουμε τον αριθμό των παιδιών που έχουν υποστεί αυτού του είδους την κακοποίηση γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις δυστυχώς αυτά τα περιστατικά κρατούνται μυστικά στο πλαίσιο της κάθε οικογένειας. Οι έρευνες μας έχουν δείξει ότι οι θύτες στην πλειοψηφία τους προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον ή πρόκειται για οικεία πρόσωπα στην οικογένεια και μόνο σε ένα ποσοστό της τάξης του 10% πρόκειται για άγνωστα άτομα. (Σαλπιστής, 2013)

Ο Schafer, κύριος μελετητής του φαινομένου της σεξουαλικής παιδικής παραβίασης στις Η.Π.Α. αναφέρεται στους κυριότερους παράγοντες υψηλού κινδύνου για τη σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών (Schafer G.& Mundt I.& Athlers C., 2011). Αυτές είναι η δυστυχισμένη οικογενειακή ζωή με χαρακτηριστικά όπως εμπειρίες ενδοοικογενειακής και έξω-οικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης. Συχνά οι μητέρες έχουν κακοποιηθεί οι ίδιες σεξουαλικά ή και σωματικά από τους γονείς τους. Επίσης, επικρατεί φτώχη εποπτεία και φροντίδα. Οι λόγοι που συντελούν είναι η φτώχεια, η ανεργία, η ενδεχόμενη χρήση ναρκωτικών, εκμετάλλευση των αναγκών για στοργή και προσοχή του παιδιού από τους δράστες, με κατάλληλες τεχνικές προσέγγισης. Ακόμη, τη ζωή για μεγάλο χρονικό διάστημα με έναν μόνο γονέα, συνήθως τη μητέρα. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικό για τα κορίτσια. Τέλος, την ανεπαρκή σεξουαλική ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση, στην περίπτωση μόνο των κοριτσιών θυμάτων. (Schafer G.& Mundt I.& Athlers C., 2011) Τέλος, χρειάζεται να τονιστεί ότι είναι σημαντικό να μεταφέρεις στο παιδί θύμα ότι αυτός/αυτή δεν είναι υπεύθυνος/η για την σεξουαλική κακοποίηση.

### **Ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών**

Φυσικές ενδείξεις οι οποίες προμηνύουν επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης είναι τα σωματικά ευρήματα δηλαδή ερεθισμός ή τραυματισμός των γεννητικών οργάνων ή γενικότερα της βουβωνικής περιοχής. Η δυσουρία είναι σύμπτωμα που παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα τραυματισμού της ουρήθρας ή των γεννητικών οργάνων. Η μη φυσιολογική διαστολή του κόλπου ή του πρωκτού. Η παρουσία κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος είναι επίσης ένδειξη πιθανής κακοποίησης. Επομένως, ένας νοσηλευτής χρειάζεται να εξετάζει όλα τα παιδιά ακόμη και αυτά της πολύ μικρής ηλικίας τα οποία είναι πιθανό να έχουν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση. Τέλος, ακόμα και η ύπαρξη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να προμηνύει επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης. (Λαμπάκη Κωσταντή, 2012).

Επιπροσθέτως, προειδοποιητικά σημάδια κακοποίησης είναι αλλαγές της συμπεριφοράς, έντονοι φόβοι να επισκεφθούν ένα συγκεκριμένο μέρος ή κάποιον άνθρωπο (Adams, 2012). Τα παιδιά που έχουν εκτεθεί σε σεξουαλική κακοποίηση μέσω της παρακολούθησης ή συμμετοχής σε πορνογραφικό υλικό, μπορεί να επαναλάβουν ή να μιμηθούν θορύβους ή κινήσεις που έχουν δει αυτοπροσώπως, σε ταινία, ή στο διαδίκτυο. Τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά, μπορεί να εκδηλώνουν συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, ή ακόμη και διαταραχές στον ύπνο, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τον θυμό τους. Επίσης, μπορεί να έχουν δυσκολίες στο να αναγνωρίσουν τις σχέσεις αλληλεπίδρασης με άλλα παιδιά. Μερικές φορές τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά μπορεί να αγγίξουν άλλα παιδιά με παρόμοιους τρόπους που είναι ακατάλληλοι ή μη ασφαλείς, για το λόγο ότι, έχουν μάθει να αλληλεπιδρούν με τους άλλους με τους ίδιους τρόπους χωρίς πολλές φορές να καταλαβαίνουν την διαφορά του φυσιολογικού και μη (Newton A., 2010). Το παιδί εμφανίζεται με σκισμένα, χρωματισμένα και ρούχα με αίματα, ειδικότερα τα εσώρουχα. Τέλος, παρουσιάζουν απροσδόκητη ερυθρότητα, πόνο ή τραυματισμό γύρω από τα γεννητικά τους όργανα. (Department of Communities, 2015)

Οι νοσηλευτές πρέπει να ανησυχούν σε περιπτώσεις που τα παιδιά αντιδρούν με ασυνήθιστο τρόπο στην εξέταση της βουβωνικής περιοχής. Τα παιδιά που εκφράζουν υπερβολικό άγχος και φόβο παρά την καθυσήχηση των νοσηλευτών δεν πρέπει να είναι συγκρατημένα για την φυσική εξέταση. Συχνά, το ραντεβού της εξέτασης μπορεί να μεταφερθεί σε άλλη ημερομηνία όταν το παιδί θα αισθανθεί έτοιμο και λιγότερο αγχωμένο. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. Journal of Pediatric Health Care, 2019)

Στην βιβλιογραφία, ο Schmitt (2016) συνοψίζει τις κόκκινες σημαίες που μπορεί να υποδεικνύουν ότι η νεολαία είναι θύμα διακίνησης σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Αυτές είναι συμμετοχή στο σεξουαλικό εμπόριο, το σεξ ως μέσο συναλλαγών για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους όπως η διατροφή ή η στέγαση, το παιδί διστάζει να απαντήσει, το παιδί ή η οικογένειά του απειλείται με βλάβη, ή απέλαση, παρουσιάζονται σημεία/συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, άγχους, αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή κατάθλιψης. Ακόμη είναι η παρουσίαση συμπτωμάτων παραμέλησης, σωματικής κακοποίησης, σεξουαλικής κακοποίησης, κακής υγιεινής ή υποσιτισμού, συχνά κινείται ή ταξιδεύει σε νέα μέρη με διαφορετικούς γνωστούς. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. Journal of Pediatric Health Care, 2019)

### **Μορφές παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης**

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι μέρος όλων των μορφών παιδικής κακοποίησης. Θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και έφηβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο, υποκινούμενες από τον ενήλικα, που συνήθως έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί και οι οποίες έχουν ως σκοπό την σεξουαλική διέγερση ή/και ικανοποίηση του ενήλικα. (Χατζηφωτίου, 2005). Εμπεριέχει διάφορες μορφές, με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση και επίδειξη, τις θωπίες και τις ασελγείς πράξεις, μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο "σεξουαλική εκμετάλλευση". (Medline Plus Medical Encyclopedia, 2011).

### **Χαρακτηριστικά κακοποιημένου σεξουαλικά παιδιού**

Ένα πλήθος συμπτωμάτων και σημείων θέτουν την υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης ανηλίκου. Αυτά αποτελούν ιατρικά ευρήματα όπως αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, τους γλουτούς, το υπογάστριο και τους μηρούς, δυσκολίες στο βάδισμα ή στο κάθισμα, σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα, εγκυμοσύνη σε έφηβη που αποκρύπτεται η ταυτότητα του πατέρα, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, κνησμός ή ανεξήγητη αιμορραγία, ξένα σώματα σε ουρήθρα, κύστη, κόλπο, πρωκτό, ανώμαλη διαστολή της ουρήθρας, του πρωκτού ή του κόλπου, πόνος κατά την ούρηση, συμπτώματα αφροδίσιου νοσήματος (έρπης, κονδυλώματα γεννητικών οργάνων). (Γιωτάκος, 2011)

### **Συμπτώματα σεξουαλικής κακοποίησης**

Εγκόπριση, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, διαταραχές συμπεριφοράς, επιθετικότητα, υποτροπιάζον πονοκέφαλος και πόνος στην κοιλιά, καταθλιπτικά στοιχεία, άγχος, σύγχυση, αμφιθυμία, απομόνωση, διαταραχές ύπνου και όρεξης, διαταραχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση, υπέρμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα, έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση, παραμέληση υγιεινής σώματος, υπαινιγμοί σεξουαλικής δραστηριότητας με λέξεις, παιχνίδια, ζωγραφιές. (Γιωτάκος, 2011)

## **1.3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ / ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Με τον όρο συναισθηματική/ψυχολογική κακοποίηση καλείται η απειλή, απόρριψη, προσβολή, απομόνωση, τρομοκρατία και κατάκριση ενός παιδιού από έναν ενήλικα που δε του προσφέρει αγάπη και φροντίδα αλλά έλλειψη στοργής, εκμετάλλευση, υποτίμηση και εκφοβισμό του παιδιού από τον ενήλικα . (Hirigoyen, 2006)

Η συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση στο παιδί έχει αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του παιδιού, δημιουργεί φόβο, άγχος και μπορεί να οδηγηθούν και σε ακραίες επιθετικές συμπεριφορές . (Hirigoyen, 2006)

Η συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση είναι εκτεταμένη και με δύσκολη διάγνωση καθώς δεν αφορά κλινική εικόνα του παιδιού διότι το παιδί επηρεάζεται εσωτερικά διαταράσσοντας τη ψυχική υγεία του και τη συναισθηματική του κατάσταση. Το φαινόμενο αυτό το οποίο συμβαίνει

μέσα στο σπίτι και μένει εκεί, δεν αφήνει κανένα ίχνος να φανεί έξω από αυτό προκαλώντας την άρνηση της οικογενείας στο γεγονός πως έχει συμβεί λεκτική βία προς το παιδί. Η δύσκολη διάγνωση δε βοηθά στο να βρούμε τι έχει συμβεί ακριβώς στο παιδί και να πούμε ότι έχει κακοποιηθεί ψυχολογικά, διότι πολλοί γονείς προβάλλουν το παιδί τους ως υπερβολικά ευαίσθητο αποφεύγοντας τις κατηγορίες. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

Η συναισθηματική κακοποίηση υπάρχει όταν το παιδί στερείται την αγάπη και φροντίδα από τους γονείς του, οι οποίοι το αμελούν, του μεταδίδουν μηνύματα που χάνεται το αίσθημα της αξίας του εαυτού του θεωρώντας το ανίκανο και του μεταφέρουν την πληροφορία ότι μπορεί να αγαπηθεί μόνο και εφόσον ικανοποιεί τις ανάγκες των άλλων. Επιπλέον οι γονείς αποφεύγουν να του μιλήσουν ή να τον καλέσουν με το όνομα του αλλά αντίθετα τον προσφωνούν με ύβρεις και χαρακτηρισμούς. Λόγω αυτού τα παιδιά πολλές φορές διαφθείρονται από παράνομες και καταστροφικές δραστηριότητες για τον εαυτό τους. Γενικότερα όλα αυτά που ωθούν το παιδί να αισθάνεται ντροπή, έλλειψη αγάπης, υποτίμηση για τον εαυτό του ακόμα και γελοιοποίηση περιλαμβάνονται στην συναισθηματική κακοποίηση. (Πρεκατέ, 2005)

Κατά τον (Χατζηφωτίου, 2005) υπάρχουν 5 είδη συναισθηματικής κακοποίησης. Η απόρριψη, όπου οι γονείς αρνούνται να αναπτύξουν υγιές σχέσεις με τα παιδιά τους αντιθέτως τους υπενθυμίζουν συνεχώς πόσο ανεπιθύμητο είναι. Ο εκφοβισμός όπου οι γονείς ξεχωρίζουν ένα παιδί και μάλιστα αυτό που αντιμετωπίζει προβλήματα μάθησης και υγείας του ασκούν κριτική και το υποτιμάνε συνεχώς. Επιπλέον του αναθέτουν δραστηριότητες τις οποίες δεν μπορεί να φέρει εις πέρας με σκοπό την συνεχόμενη επικριτική και χλευασμό του. Ακόμη, είναι η εξαγορά όπου οι γονείς είναι αυτοί που αδιαφορούν για τις παρές τους, τον κοινωνικό περίγυρο των ατόμων που το συναναστρέφουν, την σχολική τους επίδοση. Οι περισσότεροι από αυτούς τους είδους γονείς τους δίνουν υπέρογκα χαρτζιλίκια και τους κάνουν όλα τα χατίρια με σκοπό είτε να κερδίσουν την εύνοια από τα παιδιά τους είτε την «ησυχία» τους από αυτά. Η μέθοδος της διαφθοράς όπου οι γονείς επιτρέπουν στα παιδιά τους την χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, την προβολή πορνογραφικών υλικών ή ταινιών με βίαιο περιεχόμενο αλλά και την συμμετοχή τους σε εγκληματικές δραστηριότητες σύμφωνα με την National Exchange Club Foundation. Η παραβίαση ορισμένων άρθρων της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού όπου τα άρθρα 2 περί ισότητας, 12 περί ελευθερία της έκφρασης και γνώμης, 16 περί ιδιωτικής ζωής, 17 περί πρόσβασης σε κατάλληλη πληροφόρηση και 31 περί ανάπαυσης και ψυχαγωγίας τα οποία αναφέρουν καταχωρημένα δικαιώματα των παιδιών, καταπατώνται και αυτό ταυτόχρονα σημαίνει ότι τα παιδιά κακοποιούνται.

Επιπλέον, ψυχολογική κακοποίηση ασκείται όταν ένα παιδί δέχεται απειλές ή τρομοκρατείται, όταν κάποιος μιλάει άσχημα σε ένα παιδί δηλαδή με επιθετικό λόγο. Ακόμη, όταν χρησιμοποιούνται από κάποιον ενήλικα λέξεις που υποτιμούν το παιδί, όπως άχρηστο, ανίκανο και υπάρχει λεκτική βία όπως επίσης στις περιπτώσεις που ο γονέας χαρακτηρίζει το παιδί του ως την αιτία των προβλημάτων του όταν υπάρχει άρνηση αγκαλιάς του παιδιού. Τέλος, ψυχολογική κακοποίηση υφίσταται ένα παιδί όταν βιώνει καταστάσεις απόρριψης, όταν ο γονιός επιβάλλει τη δύναμή του στο παιδί, προκειμένου να το ελέγξει, όταν ο γονιός πραγματοποιεί αρνητικές συγκρίσεις σε σχέση με άλλα παιδιά. (Newton S. G., 2010)

Η ψυχολογική κακοποίηση αποτελεί μια μορφή βίας η οποία είναι πολύ συνηθισμένη και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί είτε να είναι ακούσια, είτε να θεωρείται φυσιολογική. Πολλά από τα χαρακτηριστικά που αποδίδουν την ψυχολογική κακοποίηση αποτελούν συχνό φαινόμενο που παρατηρείται σε πολλές οικογένειες, στο σχολείο, σε κοινωνικές ομάδες και λοιπούς χώρους, με αποτέλεσμα ορισμένα από αυτά να θεωρούνται ως φυσιολογικές καταστάσεις. Η διαφορά μεταξύ της καταχρηστικής ή όχι συμπεριφοράς απέναντι στα παιδιά έγκειται στο κατά πόσο οι γονείς χρησιμοποιούν τη δύναμη και τον έλεγχο τους απέναντι στα παιδιά και στο πως τα μεταχειρίζονται. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η διάκριση της ψυχολογικής κακοποίησης από τον φυσιολογικό έλεγχο του παιδιού, αποτελεί δύσκολη διαδικασία. (Newton S. G., 2010)

### **Χαρακτηριστικά ψυχοσυναισθηματικής κακοποίησης παιδιού**

Ενδεικτικά στοιχεία κατά την κλινική εξέταση που μπορεί να επιδεικνύουν παραμέληση είναι (Φερέτη, 2000) η συστηματική κακή σίτιση ή στέρση τροφής, κακή κατάσταση δέρματος, δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, κακή υγιεινή, ακατάλληλη ένδυση, εγκατάλειψη, ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη σχολείου, χρήση οινόπνευματων ή τοξικών ουσιών από το παιδί. Υπάρχουν κάποια γενικά χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση. (American Human Association, 2012) Αυτά είναι δυσκολία να επενδύει στις σχέσεις του με τους ενήλικες, ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίει (υπερευαισθησία), φόβος προς τους γονείς του, φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του, προσκόλληση σε άγνωστα άτομα, παγωμένο βλέμμα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, παιδί υπερβολικά υπάκουο, παθητικό, έκδηλο άγχος, σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες, καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία, παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση, κ.λπ.)

### **1.3.4 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Η παραμέληση παιδικής ηλικίας θεωρείται η τελευταία μορφή κακοποίησης παιδιού. Εντοπίζεται εύκολα αλλά δεν αντιμετωπίζεται τόσο εύκολα. Σε πολλές περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί ότι ο ίδιος ο γονέας δε μπορεί να διαπιστώσει ότι παραμελεί το παιδί του ή άλλες φορές αυτό συμβαίνει εσκεμμένα. Το φαινόμενο αυτό αφορά κυρίως στέρση βασικών αναγκών διαβίωσης όπως ενδυμασία, έλλειψη επαρκούς τροφής, στέγη, ιατρική φροντίδα, την εκπαίδευσή του αλλά και γενικά την έλλειψη παρακολούθησης ενός παιδιού που έχει ως αντίκτυπο τον κίνδυνο της υγείας του, διαταραχές στη σωματική και ψυχολογική κατάστασή του. Άμεσα με την παραμέληση του παιδιού συμπεριλαμβάνεται η ανεπάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού, η δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Παραμελημένο επίσης καλείται ένα παιδί

εγκαταλελειμμένο χωρίς παροχή φροντίδας για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Βελιδάκη Ειρήνη). Όπως αναφέρεται και πιο πάνω με την έννοια της παραμέλησης εννοείται ότι ένα παιδί στερείται από τις βασικές του ανάγκες, όπως χαρακτηριστικά είναι η σίτιση, η ένδυση, η καλή υγεία του οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διαβίωσή του. Η παραμέληση του παιδιού μπορεί να διακριθεί σε 4 επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο αναφέρονται οι ανάγκες που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής: η φυσική παραμέληση πρόκειται για την αδυναμία των γονέων να φροντίσουν τα παιδιά τους με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούνται οι βασικές τους ανάγκες, όπως είναι η σίτιση, η στέγαση, η ένδυση, η συναισθηματική παραμέληση όπου τα παιδιά δεν λαμβάνουν συναισθήματα αγάπης από τους γονείς τους, ενώ σε πολλές περιπτώσεις παρατηρούνται και συμπτώματα εκφοβισμού προς αυτά ή και απομόνωσης. Στην κατηγορία της ιατρικής παραμέλησης τα παιδιά δεν έχουν την ευκαιρία για σωστή υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι γονείς τους είναι αδύναμοι να ικανοποιήσουν ανάγκες που σχετίζονται με την υγεία τους, ενώ σε πολλές περιπτώσεις οι συστάσεις που γίνονται προς τους γονείς και αναφέρονται στην υγεία των παιδιών τους, μπορεί να παραληφθούν. Η εκπαιδευτική παραμέληση η οποία είναι η τελευταία κατηγορία παραμέλησης ενός παιδιού, παρατηρείται όταν ένα παιδί δεν μπορεί να έχει το δικαίωμα στην εκπαίδευση (Horwath, 2007)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η παραμέληση των παιδιών συνίσταται στην άρνηση ή καθυστέρηση παροχής υπηρεσιών υγείας, στην άρνηση, καθυστέρηση ή υποτίμηση γενικών ή ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, στην εγκατάλειψη, στην ανεπαρκή κηδεμονία, στην ανεπαρκή επιτήρηση και τέλος στη συναισθηματική και ψυχολογική παραμέληση. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

Η παραμέληση ενός παιδιού είναι γεγονός πραγματικό, απεχθές το οποίο συμβαίνει γύρω μας, καθημερινά και μπορεί να έχει οποιαδήποτε μορφή από την παραμέληση των εκπαιδευτικών αναγκών του ανήλικα μέχρι την παραμέληση αναγκών υγείας ή της συναισθηματικής κάλυψης και επάρκειας ενός παιδιού. Η αντιμετώπιση που υφίσταται είναι από εξειδικευμένες υπηρεσίες και προσωπικό που έχει την αντίστοιχη εκπαίδευση, εποπτεία και εμπειρία. Πολλές φορές μάλιστα είναι αναγκαία η συνεργασία πολλών υπηρεσιών(ιατρικές, κοινωνικές) και αρχών(αστυνομική, ιατροδικαστική, δικαστική) προκειμένου να διαπιστωθεί, να αντιμετωπισθεί, να κατασταλεί και να θεραπευτεί. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

Ως παραμέληση ανηλίκου συνήθως ορίζεται η αποτυχία από τους νομικά υπευθύνους να παρέχουν τα απαραίτητα για τη φροντίδα και το «καλώς έχειν» του παιδιού. Οι γνώμες δίστανται στον καθορισμό των απαραίτητων αναγκών. Για παράδειγμα, στο δυτικό κόσμο είναι αποδεκτό ότι αυτές είναι η διατροφή, η στέγη, η ένδυση, η εκπαίδευση, η προστασία, η εποπτεία, η φροντίδα και η αγάπη. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η παραμέληση ενός παιδιού μπορεί να είναι επιζήμια για τις μετέπειτα φάσεις της ζωής του, ειδικότερα όταν το παιδί το οποίο υφίσταται την παραμέληση βρίσκεται στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι διότι κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, αναπτύσσεται ο εγκέφαλός του, με αποτέλεσμα οι κακές εμπειρίες να έχουν επιπτώσεις στις σκέψεις του και τις νευρικές οδούς. Για παράδειγμα, ένα παιδί το οποίο μπορεί να έχει κακή ή μηδενική σχέση με κάποιον από τους

γονείς του, αυτό μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο δημιουργεί συναισθηματικούς δεσμούς. Επιπλέον, ένα παιδί που αντιμετωπίζει πρόβλημα σίτισης, μπορεί να έχει επιπτώσεις στα νευρικά του κύτταρα, τα οποία μπορεί να υποστούν κάποια βλάβη ή να εξασθενήσουν, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η λειτουργία του εγκεφάλου. Η μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου του παιδιού, μπορεί να σχετίζεται με τον κίνδυνο κατάθλιψης (σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του), διαταραχές μνήμης ή διαταραχές άγχους. (NSPPC., 2017)

### **Χαρακτηριστικά παραμελημένου παιδιού γενικά**

Τα ενδεικτικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παραμελημένου παιδιού είναι τα ακόλουθα : συνήθως αδύνατο (δυστροφία), δέρμα ωχρο και ψυχρό, κακή κατάσταση δέρματος, εκδορές, μικρά έλκη, απάθεια – απόσυρση, μπορεί να υπάρχουν εκχυμώσεις, κοψίματα και ουλές, συστηματική κακή σίτιση ή στέρηση τροφής, κακή υγιεινή, ακατάλληλη ένδυση (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα τον χειμώνα),ασταθής σχολική φοίτηση, συνεχής κόπωση ή ύπνος μέσα στην τάξη, το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς να το φροντίζει.

Υπολογίζεται ότι οι επιδράσεις της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με τη μορφή καθυστέρησης στην εξέλιξη του λόγου, μειωμένης ικανότητας για ευχαρίστηση, σοβαρών διαταραχών συμπεριφοράς, μειωμένης αυτοεκτίμησης, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (π.χ. τάσεις αυτοκτονίας) ,εναντιωματική συμπεριφορά, συμπεριφορά μεγάλης διεγερσιμότητας, μαθησιακά προβλήματα. (Γιωτάκος Ο., 2009)

## **1.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

### **1.4.1 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Η εργατική απασχόληση ανηλίκων στις μέρες μας, έχει ανησυχητικά αυξηθεί. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η παιδική εργασία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την κοινωνική και οικονομική πρόοδο και ευελπιστούν ότι, στο μέλλον, η θέση των παιδιών θα είναι μόνο στο σχολείο και όχι στην αγορά εργασίας. Άλλοι πιστεύουν ότι η απασχόληση αυτή των ανηλίκων είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της φτώχειας, και ότι η εργασία μπορεί εξίσου να είναι ευεργετική όσο και επιβλαβής. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού δηλώνει ότι τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από την οικονομική εκμετάλλευση και από την απασχόληση σε οποιαδήποτε εργασία, η οποία θεωρείται επιβλαβής, ότι αναστέλλει την πρόοδο τους και επηρεάζει αρνητικά τη φυσική, πνευματική, νοητική, ηθική και κοινωνική τους ανάπτυξη.(Άρθρο 32).

Πλήρη στοιχεία για την παράνομη παιδική εργασία δεν υπάρχουν. Ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (οργάνωση του ΟΗΕ), έχουν καταγραφεί επισήμως, σε ολόκληρο τον κόσμο, 73 εκατομμύρια παιδιά που εργάζονται σε σκληρές νόμιμες ή παράνομες εργασίες, ενώ κατά την εκτίμηση της UNICEF ο συνολικός αριθμός των παιδιών ηλικίας 5-14 ετών που εργάζονται ξεπερνά τα 250 εκατομμύρια. Στην Ελλάδα το υπουργείο εργασίας διαθέτει στοιχεία μόνο για τη νόμιμη εργασία των ανηλίκων ηλικίας 15-19 ετών, τα οποία μάλιστα δεν μπορούν να θεωρηθούν πλήρη. Στο υπουργείο ήταν το 1996 καταγεγραμμένα 3.000 παιδιά που εργάζονταν νομίμως. Αυτό προκύπτει από τα βιβλιάρια εργασίας που υποχρεούνται να εκδώσουν οι ανήλικοι εργαζόμενοι (άνω των 15 ετών), σύμφωνα με τον νόμο 1837/89 «για την προστασία των ανηλίκων κατά την απασχόληση». (Το βήμα, 2017)

Ενώ οι Bommier & Dubois (2005) επισημαίνουν ότι η πρόωγη έναρξη της παιδικής εργασίας έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο κατά την περίοδο έναρξης όσο και στην μετέπειτα υγεία των ενηλίκων ατόμων οφείλουμε να έχουμε κατά νου ότι για παράδειγμα η αγροτική εργασία δεδομένου ότι συχνά λαμβάνει χώρα σε οικογενειακές φάρμες, ίσως να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να επιτευχθεί πόσο μάλλον να εφαρμοστεί η απαγόρευση της. Το παραπάνω χάσμα μεταξύ των επιστημονικών και νομικών τοποθετήσεων, μεταξύ άλλων, θέτει σε κάποιο βαθμό εμπόδια στην αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων διερεύνησης και καταγραφής της παιδικής εργασίας στις διάφορες χώρες. (Τσουβέλας, 2010)

### **Αίτια που ωθούν τα παιδιά στην παιδική εργασία**

Αίτια που ωθούν τα παιδιά στην εργασία: η φτώχεια ,η φτωχή ποιότητα εκπαίδευσης, η θέληση των ενηλίκων να εκμεταλλευτούν τα παιδιά, η πολιτιστική στάση ως προς τα παιδιά, η περιορισμένη δύναμη της νομοθεσίας . (Το βήμα, 2017)

Το φαινόμενο αυτό δεν εμφανίζεται μόνο στις υποανάπτυκτες χώρες (Αφρική, Ασία, Περού, Κολομβία , Αργεντινή) αλλά παρατηρείται και ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών σε αναπτυγμένες χώρες (Καναδάς, Πακιστάν, Βρετανία, Γερμανία, Ελβετία, Ελλάδα). (UNICEF., 2012)

## **1.4.2 ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ**

Η μη τυχαία δηλητηρίαση, ή "χημική κακοποίηση", περιγράφει την ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας σε ένα παιδί, συνήθως μικρής ηλικίας, με στόχο την πρόκληση βλάβης ή και θανάτου. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι περισσότεροι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση χωρίς απαραίτητα να είναι βίαιοι. Οι γιατροί είναι αρκετά εξοικειωμένοι με την τυχαία δηλητηρίαση που αποβλέπει στον θάνατο του παιδιού, αλλά τα τελευταία χρόνια η μη τυχαία δηλητηρίαση έχει πάρει νέα μορφή. Είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρό και χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την κλασσική σωματική κακοποίηση που γίνεται σε στιγμές κρίσεις, όπου ο ενήλικας



χάνει τον έλεγχο. Πολύ συχνά, πρόκειται για μητέρες, που είτε λόγω επαγγέλματος (πρακτικές νοσοκόμες), είτε λόγω δικής τους ασθένειας, είναι εξοικειωμένες με φάρμακα, ασθένειες και νοσηλευτικές τεχνικές.

Γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, ισχυρίζονται ότι το παιδί συνήθως φτάνει στο νοσοκομείο, είτε με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης, είτε με συμπτώματα άγνωστης αιτίας. Αντίθετα με τους ξυλοδαρμούς οι οποίοι σταματούν μόλις το παιδί εισαχθεί και όσο βρίσκονται στο νοσοκομείο, οι δηλητηριάσεις σε ποσοστό 30% συνεχίζονται. (Βαλάσση, 1991)

Η λήψη καλού ιστορικού, αποκαλύπτει ότι κάποιος από τους γονείς βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο πρόβλημα. Οι ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι πολλές. Πρώτο σε σειρά συχνότητας είναι το αλάτι, ακολουθούν το νερό, τα βαρβιτουρικά, τα ηρεμιστικά και σπανιότερα τα διουρητικά, το πιπέρι, η γλυκόζη, η φαινολοφθαλεΐνη. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η χημική κακοποίηση είναι συχνότερη από όσο αναγνωρίζεται, είναι πιο ύπουλη και πιο επικίνδυνη από την κλασική κακοποίηση, γίνεται από γονείς σχετικά υψηλού μορφωτικού επιπέδου, και καλό είναι να μπαίνει στην διαφορική διάγνωση των περιπτώσεων που εμφανίζουν ανεξήγητα συμπτώματα. (Βαλάσση, 1991)

Η μη τυχαία δηλητηρίαση ή "χημική κακοποίηση" περιγράφει την ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας σε ένα παιδί, με στόχο την πρόκληση βλάβης ή/και θανάτου. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998) Παρόλο που έχει αναφερθεί σε παλιότερες έρευνες ότι μητέρες δηλητηρίαζαν τα παιδιά τους, μόλις τα τελευταία χρόνια έγινε επισήμως αποδεκτό και έχει προταθεί ο όρος «χημική κακοποίηση ή μη τυχαία δηλητηρίαση». Αποτελεί ενέργεια συνήθως προμελετημένη και χωρίς το παιδί να δώσει κάποια αφορμή, αντίθετα προς την κλασική σωματική κακοποίηση που γίνεται σε στιγμές κρίσης, όπου ο ενήλικας χάνει τον έλεγχο. Όπως προαναφέρθηκε στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρήζουν ψυχιατρικής αντιμετώπισης και είναι εξοικειωμένοι με φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές. Οι ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς είναι πολλές. Σε αυτό το είδος κακοποίησης η θνησιμότητα φτάνει στο 17%. (Dine, 1982)

### 1.4.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ

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

Επιπλέον, η έκθεση του παιδιού σε σκηνές βίας επηρεάζει τον εγκέφαλο, προκαλώντας αλλαγές στη διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών, η δε παρατεταμένη έκθεση προκαλεί συμπτώματα συναισθηματικού μωδιάσματος, καταναγκαστική συμπεριφορά, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μείωση

της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, κατάθλιψη ή/και βίαιη συμπεριφορά. (Macdonald, 2001)

Η εμπειρία διαφόρων τραυματικών γεγονότων σε επαναλαμβανόμενη βάση και συχνότητα τέτοιου είδους ενδοοικογενειακής βίας είτε ωμή είτε λεκτική έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά και στη προσωπικότητα του παιδιού προκαλώντας σοβαρά ερεθίσματα όπως φόβο, άγχος, ανασφάλεια και τρόμο.

Πολλές φορές το παιδί μπορεί να μην είναι απλά ένας θεατής άσκησης βίας μεταξύ των ενηλίκων αλλά όταν η μητέρα δεχτεί βία συχνά χρησιμοποιεί το παιδί ως ασπίδα με αποτέλεσμα να κακοποιείται το ίδιο τα παιδί χωρίς να είναι στόχος του κακοποιού. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

#### 1.4.4 ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ /ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Με τον όρο αυτό δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας ορίζεται η νοσολογική οντότητα με την όποια το σωματικό βάρος ενός παιδιού είναι χαμηλότερο από το φυσιολογικό που θα έπρεπε να έχει για την ηλικία του, χωρίς να υπάρχει οργανική νόσος ή κληρονομικότητα. Θεωρείται μια από τις σοβαρές παθήσεις που μπορεί να εκτεθεί το παιδί προκαλώντας ψυχικά, κοινωνικά προβλήματα και διαταραχές νοημοσύνης. Τα παιδιά αρνούνται την λήψη επαρκούς τροφής όταν βιώνουν διάφορες αντίξοες συναισθηματικές και περιβαλλοντολογικές συνθήκες με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται αρνητικά η ψυχική τους διάθεση και η επικοινωνία με το περιβάλλον τους. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

#### 1.4.5 ΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN )

Το σύνδρομο ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών προσποίησης δια αντιπροσώπου και αποτελεί διαγνωστική κατηγορία για τον ενήλικα, ο οποίος εσκεμμένα επινοεί ή προκαλεί συμπτώματα εξ ονόματος του παιδιού, που τελεί υπό τη φροντίδα του, με σκοπό την έμμεση ανάληψη του ρόλου του ασθενούς. Συνήθως, υπεύθυνες είναι οι μητέρες. (Hanon, 2009)

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους, προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, σπασμούς, εμέτους ή/και προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων ( π.χ. αίματος, ούρων). Με τις ενέργειες αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς. (Hanon, 2009)

Κλινικά σημεία που εγείρουν υποψία είναι (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε., 1991): επίμονη ή υποτροπιάζουσα νόσος χωρίς σαφή εξήγηση, διαφορά ανάμεσα στο ιστορικό και τα ευρήματα, ασυμφωνία μεταξύ γονέων ή γονέα - παιδιού ως προς τα συμπτώματα και τα γεγονότα, τα συμπτώματα εκδηλώνονται παρουσία γονέα και εξαφανίζονται απουσία του, ασυνήθη ιατρικά ευρήματα, συνήθεις θεραπείες αποτυγχάνουν, γονέας που δέχεται παθητικά ή/ και επιθυμεί την υποβολή του παιδιού σε επιθετικές εξετάσεις, γονέας με πολλές ιατρικές γνώσεις (π.χ. ορολογία), γονέας με ιστορικό επανειλημμένων νοσηλειών ή νοσημάτων χωρίς διάγνωση ή ανεξήγητα συμπτώματα, ιστορικό ανεξήγητων συμπτωμάτων ή θανάτων σε άλλα μέλη της οικογένειας. Τα σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα προκαλούνται σε άτομα, συνήθως παιδιά, ηλικιωμένους, και άτομα με ειδικές ανάγκες από άλλα άτομα που τα έχουν κάτω από τη φροντίδα τους.

Η μέση ηλικία των παιδιών που κακοποιούνται είναι τα 4 χρόνια, τα μισά παιδιά είναι κάτω των 2 χρονών και τα 75 % κάτω των 6 χρονών. Η μέση διάρκεια μέχρι να γίνει η διάγνωση είναι 22 μήνες. Στις 60% των περιπτώσεων υπήρχε κακοποίηση και σε άλλα παιδιά στην οικογένεια. Θάνατος παρατηρείται στο 6-10% των περιστατικών και 7% παρουσιάζουν μόνιμη αναπηρία.

Η πιο συνηθισμένη κακοποίηση που υποβάλλονται τα άτομα αυτά είναι η δηλητηρίαση, τα τραύματα και η ασφυξία. Η κακοποίηση αυτή επαναλαμβάνεται συχνά και πολλές φορές την ίδια μέρα και ώρα.

Το σύνδρομο Μινχάουζεν δια αντιπροσώπου, μπορεί να το έχουν άτομα πέρα κάθε υποψίας όπως η μητέρα ενός παιδιού (75% των περιπτώσεων), η κόρη ενός ηλικιωμένου, ο νοσηλευτής ενός υπερήλικα ή ατόμου με ειδικές ανάγκες. Συχνά τα άτομα που κακοποιούν άλλα άτομα, ζητούν τα ίδια βοήθεια, παίρνουν τα παιδιά τους αμέσως στο νοσοκομείο, και εμφανίζονται στο γιατρό ή τον ψυχολόγο ιδιαίτερα ανήσυχοι για την πορεία της υγείας του θύματος.

Δεν είναι γνωστό τι ωθεί τα άτομα αυτά να ενεργούν με αυτό τον τρόπο, αλλά είναι άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και αρκετοί είχαν στη παιδική τους ηλικία διάφορα ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα (συχνές ασθένειες, κακοποίηση, παραμέληση) ή υπήρξαν και τα ίδια θύματα του συνδρόμου αυτού. (Περσιάνης Νίκος., 2015)

Με τις ενέργειες αυτές δημιουργούν δύσκολο και σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα στο παιδί, ποικίλει η κλινική εικόνα, η μητέρα δείχνει υπερπροστατευτική, προκαλεί αλλοίωση σε αποτελέσματα εξετάσεων. Τα πιο συνήθη δήθεν συμπτώματα που παρουσιάζουν όταν εισέρχονται στο νοσοκομείο είναι αιματέμεση, διάρροια, λοιμώξεις, δύσπνοια, εμετοί, αλλεργίες, τα συμπτώματα επιδεινώνονται κοντά στον θύτη και εξαφανίζονται όταν είναι μακριά του.

Άγνωστα είναι τα αίτια που οδηγούν σε αυτή την ενέργεια, συνήθως το άτομο έχει διαταραγμένη προσωπικότητα και αρκετοί από αυτούς μπορεί να έχουν βιώσει σε παιδική ηλικία διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα, κακοποίηση ή να ήταν και οι ίδιοι θύματα αυτού του συνδρόμου. Συνήθως ο θύτης είναι η μητέρα, η μητέρα προκαλεί το περιβάλλον της να την λυπηθεί και να της συμπαρασταθούν δείχνοντας τους το βαθμό που ανησυχεί και υποφέρει για την υγεία του παιδιού της αλλά και τις επισκέψεις που έχει κάνει σε γιατρούς. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε μόνιμη αναπηρία ακόμη και σε θάνατο. (ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, 2015)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η κλινική εικόνα ποικίλει. Συνηθέστεροι είναι οι σπασμοί που έχουν το πλεονέκτημα ότι οι γιατροί δεν έχουν την απαίτηση να δουν την κρίση για να αρχίσουν εξετάσεις και θεραπεία αναφέρονται από τις πιο απλές μέχρι τις πιο σύνθετες συμπτωματολογίες ανάλογα με τις γνώσεις της μητέρας και την νοσοκομειακή υποδομή. Αρκετά συχνή είναι η μόλυνση βιολογικών δειγμάτων που αναλαμβάνει να διακινήσει η μητέρα, με αίμα δικό της ή του παιδιού. Αναφέρεται υποδόρια έγχυση αίματος του ίδιου του παιδιού για την πρόκληση πορφυρικού εξανθήματος. Σε τέτοιου είδους περιστατικά τα παιδιά μεγαλώνοντας αρχίζουν να συνεργάζονται με την μητέρα π.χ. μαθαίνουν πως όταν αναφέρεται επεισόδιο σπασμών αναμένεται από αυτά να είναι ληθαργικά. Σιγά – σιγά καταλήγουν να επινοούν κι αυτά συμπτώματα και εξελίσσονται σε άτομα υποχόνδρια ή σε κλασικό σύνδρομο munchausen.

Η διάγνωση munchausen, γίνεται συνήθως τυχαία όταν για κάποιο λόγο απομακρυνθεί η γυναικά από το παιδί. Τότε τα συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα σταματούν ως εκ θαύματος. Σε κάθε περίπτωση ανεξήγητων συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, πρέπει να μπαίνει η υποψία περίπτωσης munchausen, οι πληροφορίες που δίνει η μητέρα να επιβεβαιώνονται από άλλα μέλη της οικογένειας, οι κλινικές εξετάσεις να είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς την ανάμειξη της μητέρας και το παιδί να παρακολουθείται για λίγες μέρες χωρίς την επαφή μαζί της. Έχοντας γίνει γνωστή η ύπαρξη του συνδρόμου, είναι πιο εύκολο για τους επαγγελματίες υγείας να μην εμπιστεύονται αυθαιρέτως την μητέρα. (ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, 2015)

#### 1.4.6 ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Το διαδίκτυο σήμερα καλείται ένα από τα πιο δημοφιλή μέσα μαζικής επικοινωνίας, χαρακτηρίζεται από μια συνεχή ανάπτυξη και εξέλιξη της τεχνολογίας. Τα παιδιά και οι έφηβοι το χρησιμοποιούν με διάφορους τρόπους κυρίως για ψυχαγωγία και εκπαίδευση αλλά πολλές φορές μπορεί να φέρει σε κίνδυνο την ψυχοσωματική υγεία ενός παιδιού.

Η εξέλιξη του διαδικτύου επιφέρει σοβαρούς κινδύνους και προκαλεί ανησυχία στο γεγονός πως ένα παιδί μπορεί να πέσει εύκολα θύμα «αγνώστων», «παιδεραστών», «ανωμάλων» και «παιδόφιλων». Η πιο διαδεδομένη διαδικτυακή μορφή κακοποίησης είναι η παιδική πορνογραφία.

Η κυβερνοτρομοκρατία με θύματα και θύτες μαθητές, είναι μία καινούργια μορφή λεκτικής ή ψυχολογικής βίας που ασκείται με τη βοήθεια των υπηρεσιών του διαδικτύου και των κινητών τηλεφώνων. Η διαδικτυακή κακοποίηση ανηλίκων αποτελεί ένα ανησυχητικό φαινόμενο της εποχής μας η οποία βλάπτει μία ευαίσθητη μερίδα της κοινωνίας μας, τα παιδιά, να υπονομεύεται το μέλλον τους. (ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, 2015)

#### 1.4.7 ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΑΤΑΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως τελετουργική και σατανιστική κακοποίηση ενός παιδιού χαρακτηρίζεται επιθετική πράξη που έχει αρνητικό αντίκτυπο στη ψυχολογική, στη σωματική και στη σεξουαλική υγεία του παιδιού από ενήλικες ως μέρος μιας κλειστής, αιρετικής ομάδας ή ομάδας σατανιστικής λατρείας. Η τελετουργική κακοποίηση δεν είναι απαραίτητα και σατανιστική. Μια ή περισσότερες μορφές κακοποίησης – παραμέλησης, μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. (Robinson, 2009).

#### 1.4.8 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ (Bullying)

Με τον όρο σχολικό εκφοβισμό καλείται η αρνητική ενέργεια (πρόκληση βλάβης, χειρονομίες, χλευασμός χτύπημα, πείραγμα, αποκλεισμός από μια ομάδα) όπου ένα παιδί πέφτει θύμα σε συχνή και σκόπιμη βάση από έναν ή και περισσότερους μαθητές, με κίνητρο τη διαφορά δύναμης είτε συμβολική είτε σωματική, με αποτέλεσμα το παιδί να μη μπορεί να αμυνθεί όταν τον ενοχλούν. Είναι αλήθεια ότι ,το φαινόμενο αυτό είναι επαναλαμβανόμενο και συνήθως χωρίς πρόκληση. Είναι φανερό ότι μια ραγδαία εξέλιξη εκφοβισμού έχει εξαπλωθεί τελευταία μέσω του διαδικτύου (ηλεκτρονικός-διαδικτυακός εκφοβισμός). Ο σχολικός εκφοβισμός αναγνωρίζεται σε πολλές χώρες του κόσμου. (Wikipedia, n.d.)

Οι μορφές του σχολικού εκφοβισμού είναι ο λεκτικός εκφοβισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται με ντροπιαστικά σχόλια προς το παιδί, κοροϊδία αλλά και διακρίσεις. Ο κοινωνικός εκφοβισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται με διάδοση φημών για το παιδί, απομόνωση από ένα παιχνίδι η από μια ομάδα, καταστροφή διαφόρων προσωπικών του αντικειμένων. Ακόμη υπάρχει ο σωματικός εκφοβισμός. Με τον όρο σωματικό εκφοβισμό καλούνται τα σπρωξίματα, κλωτσιές και χτυπήματα που δέχεται ένα παιδί. Ο διαδικτυακός εκφοβισμός υφίσταται όταν για παράδειγμα ένα παιδί εκβιάζεται μέσω του διαδικτύου αλλά και μέσω μηνυμάτων όταν χρησιμοποιεί κινητό τηλέφωνο. Ο ρατσιστικός εκφοβισμός (φυλετική παρενόχληση) συμβαίνει όταν ο θύτης στρέφεται ενάντια σε ένα παιδί με διαφορετική πολυπολιτισμική προέλευση δείχνοντας του με προμελετημένες πράξεις και συμπεριφορές την αντιπάθειά του, προκαλώντας διακρίσεις, και κάνοντας το να νιώθει ανεπιθύμητος λόγω της φυλετικής του ταυτότητας. Επιπλέον, θίγονται τα σημεία όπως η εθνοπολιτισμική ετερότητα. Καλείται η διαφορετικότητα του πολιτισμού μέρος της πολιτισμικής ταυτότητας που έχει άμεση επίδραση με το οικονομικό, κοινωνικό και

πολιτισμικό περιβάλλον ενός παιδιού, κίνητρο που δημιουργεί συγκρούσεις και βία ανάμεσα στα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον. Ο εκφοβισμός με εκβιασμό (extortion) συνήθως αναφέρεται στην κλοπή ή καταστροφή υλικών αντικειμένων του θύματος, όπως την εκούσια απόσπαση χρημάτων ή προσωπικών αντικειμένων και συνοδεύεται από απειλές ή και τον εξαναγκασμό σε ανεπιθύμητες, αντικοινωνικές πράξεις. Ο ψυχολογικός εκφοβισμός, πρόκειται για έμμεση μορφή εκφοβισμού, όπου τα θύματα βιώνουν εσκεμμένα σε μεγάλη συχνότητα, αποκλεισμό από κοινωνικές ή/και ομαδικές δραστηριότητες, κοινωνική απομόνωση ή αποκλεισμό από το παιχνίδι στα διαλείμματα. Όπως και στον συναισθηματικό εκβιασμό και εδώ τα θύματα μπορεί να είναι αποδέκτες δυσφήμισης και κακοπροαίρετων κουτσομπολιών ή επεισοδίων με στόχο τη γελοιοποίησή τους.

Συμφώνα με πρόσφατες μελέτες τα παιδιά που πέφτουν θύματα σχολικού εκφοβισμού καθώς επηρεάζονται από το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο που ανήκει ένα παιδί όπως επίσης και από την καταγωγή του. (Espelage D., 2013)

### **Κύρια χαρακτηριστικά σχολικού εκφοβισμού**

Κύρια χαρακτηριστικά του σχολικού εκφοβισμού είναι η επαναλαμβανομένη τάση από τον θύτη, άγνωστη αιτιολογία πράξης, ενέργεια από πρόθεση ώστε να βλάψει το παιδί καθώς και ικανοποίηση του θύτη από την ζημιά που προκαλεί στο θύμα. (Wikipedia, n.d.)

### **Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύστημα και τους θεσμούς**

Πρόκειται για κατάσταση η οποία οδηγεί στην πρόκληση σωματικών, ψυχολογικών και νοητικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους, που θα ήταν δυνατόν να προληφθούν. Οι βλάβες αυτές προκαλούνται στα πλαίσια εφαρμογής προγραμμάτων που έχουν ως στόχο τη φροντίδα και την προστασία τους. Η ανάπτυξη, η ασφάλεια και το γενικότερο συμφέρον των παιδιών υπονομεύονται από τις πράξεις ή τις παραλήψεις ατόμων ή από την έλλειψη ή/και την επικινδυνότητα κατάλληλων πολιτικών, διαδικασιών ή πρακτικών, στα πλαίσια συστημάτων ή θεσμών. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998)

Η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών που βρίσκονται στο χώρο της παιδικής προστασίας κάτω από την ευθύνη του κράτους και των εκπροσώπων του, έχει αναδειχθεί ως μια από τις πιο σοβαρές μορφές. Η ενεργητική της έννοια περιλαμβάνει τη σωματική τιμωρία, τη σωματική βία και τη σεξουαλική παραβίαση που ασκείται σε παιδιά που ζουν σε κλειστά πλαίσια όπως ιδρύματα, αλλά και σε ανοιχτές δομές όπως παιδικοί σταθμοί, σχολεία. Η παθητική της μορφή, που είναι και η συχνότερη, εκφράζεται με την παραμέληση των αναγκών του παιδιού για ομαλή σωματική και ψυχοκοινωνική εξέλιξη. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998)

## 1.4.9 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα ατυχήματα κατατάσσονται στην τέταρτη θέση ως αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας ενός έως τεσσάρων ετών, σύμφωνα με το κρατικό στατιστικό ινστιτούτο της Τουρκίας. Εκατόν είκοσι χιλιάδες (120.000) παιδιά εισήχθησαν στο τμήμα έκτακτης ανάγκης ως αποτέλεσμα των εγχώριων ατυχημάτων, τα τελευταία πέντε χρόνια και δύο χιλιάδες παιδιά έχασαν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα αυτών των ατυχημάτων. Αυτό δείχνει οικιακά ατυχήματα ως μορφή παραμέλησης παιδιών. Η σωστή διάγνωση της παραμέλησης και της κατάχρησης στην αίθουσα έκτακτης ανάγκης ως αποτέλεσμα των ατυχημάτων στο σπίτι θα είναι σε θέση να φέρει επιτακτική λήψη μέτρων για την πρόληψη ατυχημάτων στο σπίτι. (Selen Acehan A. A., Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016)

Ένας λόγος για το υψηλό ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων είναι ότι όλα τα ατυχήματα αναφέρονται ως εγκληματολογικές περιπτώσεις χωρίς εξαίρεση, εκτός από το γεγονός ότι είναι συχνές, αλλά η μεγάλη πλειοψηφία άλλων πτώσεων ή περιστατικών σύγκρουσης δεν αναφέρεται ως εγκληματολογική από τους εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης. (Selen Acehan A. A., Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016) Σε περίπτωση σκεπτικής προσέγγισης της κατάχρησης και παραμέλησης και της χρήσης υπόδειξης φόρμας αξιολόγησης κατάχρησης από τους γιατρούς έκτακτης ανάγκης, πιστεύουμε ότι αυτά τα στατιστικά στοιχεία μπορούν να αλλάξουν. (Y. Soylet, 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

### 2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα παιδιά που πέφτουν θύματα οποιασδήποτε μορφής κακοποίησης είναι πιθανό να παρουσιάσουν διάφορα συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται είτε με σωματικά προβλήματα, είτε με ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, ή ακόμη και να οδηγήσουν ένα παιδί σε πρόωρο θάνατο. Ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί φέρει αλλαγές στον τρόπο προσαρμογής του μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αλλά και στην συμπεριφορά του απέναντι στους άλλους. Στα πλαίσια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας του, ένα κακοποιημένο παιδί, είναι πολύ πιθανό να έχει πρόβλημα σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, ή/ και κατά την προσαρμογή του στην καθημερινότητα. Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης παρουσιάζονται στην συνέχεια και ενδέχεται να είναι μία ή και περισσότερες. Επομένως, ως επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης, κατά την παιδική ηλικία, μπορούν να οριστούν οι ακόλουθες : το παιδί φοβάται για την ασφάλεια του, αλλά και για την ασφάλεια των γύρω του, τα κακοποιημένα παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα εμπιστοσύνης προς τους γύρω τους. (Σαλπιστής, 2013)

Μετά από ένα ή και περισσότερα συμβάντα κακοποίησης, το παιδί ενδέχεται να παρουσιάσει μετατραυματικό στρες, διαταραχές στην διάθεσή του, καθώς και διαταραχές στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Η συμπεριφορά ενός κακοποιημένου παιδιού στο σχολείο αποτυπώνεται από την στάση της ντροπής και απομόνωσης απέναντι στους συμμαθητές του. Η σχολική επίδοση ενός κακοποιημένου παιδιού παρουσιάζει μια πτωτική πορεία, τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης. Τα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν συχνά συναισθήματα άγχους και φόβου, ενώ σύμφωνα με διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Η παιδική κακοποίηση μπορεί να επιφέρει αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης. Τα κακοποιημένα παιδιά συνήθως παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Η κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να καταστήσει το ίδιο το παιδί εξαιρετικά υπερευαίσθητο. (Joyful Heart Foundation., 2016). Ένα κακοποιημένο παιδί μπορεί να παρουσιάσει επιθετική και παραβατική συμπεριφορά. Η επιθετικότητα είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσει προβλήματα στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων του παιδιού, καθώς η προβληματική του συμπεριφορά μπορεί να το οδηγήει στην απόρριψη από τους υπόλοιπους συνομηλίκους του. (Αβραμικά, 2013)

Τα άτομα που είχαν κακοποιηθεί είχαν μειωμένη μέλαινα ουσία στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την μνήμη, την αντίληψη, το συναίσθημα και τις γνωστικές λειτουργίες, σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν υποστεί παιδική κακοποίηση. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι, η μειωμένη μέλαινα ουσία στις περιοχές αυτές μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά και την προσωπικότητα ενός ατόμου, γεγονός που αποδεικνύεται και από τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία επιφέρει ανωμαλίες που επηρεάζουν την φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου. (Δημήτρης, 2014)

Οι βλαπτικές συνέπειες υπερβαίνουν τα φυσικά συμπτώματα: τα παιδιά που υποφέρουν από κακομεταχείριση έχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης στην ανάγνωση και τα μαθηματικά, λιγότερη σχολική παρακολούθηση και γενικότερα χαμηλότερη σχολική επίτευξη (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003). Είναι ευάλωτα στην κατάχρηση παράνομων ουσιών και αλκοόλ, είναι θύματα εγκληματικότητας ανηλίκων και ποικίλων ψυχολογικών διαταραχών. (Butt, 2011)

Ειδικότερα τα κορίτσια εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εγκυμοσύνη στην εφηβεία και έχουν διπλάσιες πιθανότητες να επαναθυματοποιηθούν, είτε σεξουαλικά είτε σωματικά, σε συναισθηματική τους σχέση στην νεαρή ενήλικη ζωή. Επιπρόσθετα, για την τρέχουσα ή για παρελθοντικές συναισθηματικές σχέσεις αναφέρουν λιγότερα συναισθήματα στοργής και συναισθηματικής εγγύτητας, μεγαλύτερο φόβο δέσμευσης και λιγότερες πιθανότητες να είναι πιστοί στο σύντροφό τους, ενώ στην ενήλικη ζωή αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων. Είναι μάλιστα ενδιαφέρον ότι αγόρια με ιστορικό κακοποίησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπεριφορές σωματικής, σεξουαλικής, λεκτικής κακοποίησης και απειλές απέναντι στο σύντροφό τους, δηλαδή να γίνουν οι ίδιοι θύτες, ενώ τα κορίτσια έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν θύματα βίας στα πλαίσια μιας στενής σχέσης. Στις περιπτώσεις που και τα κορίτσια γίνονται θύτες, σημαντικό διαμεσολαβητικό ρόλο παίζουν τα συνυπάρχοντα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους που διεγείρουν έντονα αισθήματα θυμού στις στενές σχέσεις με το αντίθετο φύλο. Σημαντικές, όμως, είναι και οι συνέπειες που επιφέρει



η κακοποίηση, είτε σωματική είτε σεξουαλική, στην ψυχοβιολογία των κοριτσιών καθώς έχει συσχετιστεί με νεαρότερη ηλικία έναρξης της ήβης και της έμμηνου ρήσης. (Trickett, 2011)

Σοβαρά σωματικά προβλήματα θεωρούνται προβλήματα όπως κακή σωματική υγιεινή, πολύ χαμηλό βάρος, διαρκή πείνα και κόπωση, δαγκώματα, κοψίματα, κατάγματα, πληγές, δηλητηρίαση, κακώσεις, εγκαύματα. Το Ι.Υ.Π. αναφέρει σε μελέτη του θνητότητα στο 6% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών, προσωρινή αναπηρία στο 33%, μόνιμη αναπηρία στο 8%, ενώ το ποσοστό ανήλθε σε 17% στην ομάδα των παιδιών με σοβαρές κακώσεις. Περισσότερο από το 50% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών παρουσιάζουν τραύματα στο πρόσωπο και στο στόμα και ιδιαίτερα τα βρέφη και τα νήπια, ενώ παρόμοια αύξηση παρατηρείται και στην εφηβεία. (Καλλονάκη, 2000)

### 2.1.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Οι επιπτώσεις της κακοποίησης και της παραμέλησης μπορεί να είναι ιδιαίτερος σοβαρές τόσο στην παιδική, την εφηβική αλλά και την ενήλικη ζωή του παιδιού. Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ή σωματικά έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν καθυστερημένη ανάπτυξη, προβλήματα προσαρμογής σε νέα περιβάλλοντα, διαχείρισης των σχέσεων με τρίτους, επεξεργασίας των συναισθημάτων τους, αλλά και αυξημένη κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον, η παιδική κακοποίηση έχει θετική συσχέτιση με την ανάπτυξη γνωστικών ελλειμμάτων κατά την ενήλικη ζωή ανάλογα με τις νευροβιολογικές μεταβολές που έχουν προκληθεί λόγω της κακοποίησης. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως σε ιδιαίτερα ακραίες περιπτώσεις η κακοποίηση ή η παραμέληση ενός παιδιού μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατό του. (Young, 2014)

Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία φαίνεται να σχετίζεται θετικά και με την πρόκληση διάφορων παθήσεων, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά προβλήματα, οι παθήσεις των πνευμόνων και του ήπατος, παχυσαρκία και η υπέρταση. (Norman, 2012)

Ένα κακοποιημένο παιδί μπορεί να παρουσιάσει διαταραχές ύπνου, να βλέπει εφιάλτες και να έχει συχνούς πονοκεφάλους. Ακόμη, παρατηρούνται πόνοι στο στήθος και το στομάχι. Η αναπνοή του παιδιού μπορεί να είναι κοφτή, ενώ υπάρχει συχνά το αίσθημα της κόπωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις και ανάλογα με το περιστατικό, το παιδί μπορεί να οδηγηθεί μέχρι και στο θάνατο. Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την ανάπτυξη του εγκεφάλου και την κακή σωματική υγεία, σε ποσοστό 30%, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό βίας. Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης μπορεί να είναι είτε άμεσες, είτε να δημιουργήσουν προβλήματα στην υγεία του παιδιού και σε μετέπειτα φάσεις της

ζωής του. Οι σημαντικότερες επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης είναι οι ακόλουθες: οι μώλωπες, οι εκδορές, το πρήξιμο, το κόψιμο αποτελούν ορισμένες επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης σε ένα παιδί, οι οποίες δεν είναι ιδιαίτερα δυσμενείς. Ως πιο σοβαρές επιπτώσεις παιδικής κακοποίησης, ανεξαρτήτου μορφής, είναι τα κατάγματα, η αιμορραγία σε διάφορα σημεία του σώματος, τα σπασμένα οστά, η έλλειψη σίτισης, η κακή υγιεινή, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. (Foundation, 2016). Σοβαροί τραυματισμοί στο κεφάλι, όπως για παράδειγμα, η βλάβη του νωτιαίου μυελού, η βλάβη του αυχένα, η αιμορραγία στο μάτι ή τον εγκέφαλο, οι οποίοι όταν παρατηρούνται σε βρεφική ηλικία αυξάνεται περισσότερο ο κίνδυνος για θάνατο του βρέφους. (Springer, 2003). Τέλος έχει παρατηρηθεί ακόμη και μη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται νοητικές και γνωστικές δυσλειτουργίες, διαταραχές της ψυχικής υγείας, μειωμένη σχολική και ακαδημαϊκή επίδοση.

### 2.1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η εικόνα του παιδιού που έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση έχει τόσο σωματικό όσο και ψυχολογικό αντίκτυπο. Μερικές επιπτώσεις που συμβάλλουν στην εικόνα αυτή είναι (Schaffer G.& Mundt I.&Athlers C., 2011): η απομόνωση, η υπέρμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα, η ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, οι διαταραχές συμπεριφοράς και επιθετικότητας, τα καταθλιπτικά στοιχεία, το άγχος, η σύγχυση των συναισθημάτων, η αμφιθυμία, οι διαταραχές στη μάθηση και τη συγκέντρωση, η απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης, ο φόβος και η αποφυγή σχολικής επίδοσης. Ακόμη είναι έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση ή για αλλαγή ρούχων στη γυμναστική, στο ελεύθερο παιχνίδι, στην κολύμβηση, οι υπαιτιοί σεξουαλικής δραστηριότητας με λέξεις, παιχνίδια ή ζωγραφιές, η παραμέληση υγιεινής του σώματος που αλλάζει ως αποτέλεσμα της απώλειας εκτίμησης του εαυτού δηλαδή της αυτοεκτίμησης, οι διαταραχές του ύπνου οι οποίες έχουν σχέση με επίμονους εφιάλτες.

Σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά και εφήβους παρατηρούνται αισθήματα ενοχής, διαταραχές ταυτότητας, φυγές, απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού, χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών, παραβατικότητα.

Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση και η αιμομιξία είναι γεγονότα με σοβαρές τραυματικές συνέπειες για την ψυχική υπόσταση και υγεία του παιδιού γιατί εγκαθιστούν μια σύγχυση επικοινωνίας ανάμεσα στο παιδί και τον ενήλικα, ανάμεσα στο αίτημα τρυφερότητας που προβάλλει το παιδί και τη σεξουαλική απάντηση που ανταποδίδει ο ενήλικας. Η σεξουαλική αυτή απάντηση παροτρύνει σε σύγχυση ανάμεσα στην αγάπη, τη φροντίδα, τη διαπαιδαγώγηση, τη μύηση και τη σεξουαλικότητα, οι ερωτοποιημένες φαντασιώσεις του παιδιού για τον ενήλικα, που αναλογούν στα διάφορα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και είναι απόλυτα φυσιολογικές και αναγκαίες για την υγιή μετάβαση από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα προς την ενηλικίωση, εισβάλλουν στην πραγματικότητα και γίνονται μέρος της καθημερινότητας. (Hogan M.A., 2012)

Η κακοποίηση του παιδιού μπορεί να γίνει είτε από κάποιο τρίτο πρόσωπο εκτός της οικογένειας, είτε από έναν από τους δύο γονείς ή ακόμα και από κάποιον συγγενή. Έτσι, κρίνεται απαραίτητος ο διαχωρισμός ανάμεσα στις οικογένειες, οι οποίες κακοποιούν, με οποιοδήποτε τρόπο, οι ίδιες τα παιδιά τους και στις οικογένειες, στις οποίες ανήκει το κακοποιημένο παιδί και που την ευθύνη φέρει άλλος, άγνωστος ως προς την οικογένεια. Οι επιπτώσεις, τις οποίες έχει μια οικογένεια, στους κόλπους της οποίας κακοποιείται ένα παιδί, το δικό της παιδί, είναι μεγάλες. (Hogan M.A., 2012)

Αρχικά, ανάλογα με τη μορφή της κακοποίησης και το μέγεθος, τη σοβαρότητα αυτής, η οικογένεια έχει νομικές συνέπειες, από την προσωρινή απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι και την αφαίρεση της γονικής επιμέλειας μέχρι τη φυλάκιση του γονιού. Ασφαλώς, μια τέτοια συνέπεια έχει βαρύνουσα σημασία, τόσο για την οικογένεια, που αποδείχθηκε η ανικανότητα της να αναθρέψει σωστά το παιδί, όσο και για το ίδιο το παιδί, το οποίο, μπερδεμένο, θα αλλάξει, οριστικά πλέον, περιβάλλον. Μια άλλη συνέπεια είναι ότι, πλέον, η οικογένεια αυτή και συγκεκριμένα το άτομο που κακοποίησε το παιδί χάνει την εκτίμηση, το σεβασμό, την αγάπη που έφερε το παιδί προς αυτό. Τα αισθήματα αυτά μετατρέπονται σε κακία, εχθρότητα, απογοήτευση.

Ακόμα, η οικογένεια που κακοποιεί το παιδί της, αποκόβεται από τον κοινωνικό ιστό, με την έννοια ότι γίνεται παράδειγμα προς αποφυγή. Η αρνητική αυτή αντιμετώπιση της κοινωνίας στην αναφερόμενη οικογένεια, έχει σαν συνέπεια την απομόνωση, την έλλειψη σεβασμού και την κακή συναισθηματική κατάσταση όλων των μελών της οικογένειας. (Hogan M.A., 2012) Στην περίπτωση που το παιδί κακοποιείται από άτομο άγνωστο προς αυτό, η κακοποίηση είναι διπλή, αφού, εκτός απ' αυτό, θύμα είναι και ολόκληρη η οικογένεια του. Είναι, δηλαδή, όλοι δέκτες και όχι πομποί αυτής της κατάστασης. Τώρα, η οικογένεια έχει ένα πρόσθετο μέλημα: να αποκαταστήσει ηθικά και συναισθηματικά το παιδί της, με την αγάπη της, τη βοήθεια ειδικών συμβούλων, με την εν γένει φροντίδα της. Ακόμα, πρέπει να ενώσει τις δυνάμεις της για να αντιμετωπίσει την κακεντρέχεια και την επιφυλακτική στάση της κοινωνίας απέναντι στο παιδί, αλλά και στην ίδια την οικογένεια, έτσι ώστε να ενταχθεί το παιδί ως υγιές και αποδεκτό μέλος στην κοινωνική ζωή. (Hogan M.A., 2012)

Κάθε παιδί, ακόμα και το κακοποιημένο, θα κληθεί κάποτε να ενταχθεί, να ζήσει και να λειτουργήσει ως μέλος της ευρύτερης κοινωνίας. Η πρόοδος, η ειρήνη, η ευημερία μιας κοινωνικής ομάδας εξαρτάται από την ποιότητα, την ηθική και τη μόρφωση των μελών της.

Το κακοποιημένο παιδί, εκτός από τη σωματική κακοποίηση έχει υποστεί και βαριά συναισθηματική, της οποίας τα τραύματα είναι πολύ πιο βαθιά. Η θεραπευτική αγωγή που θα δεχθεί το παιδί αυτό μετά την κακοποίηση θα δείξει αν τα συναισθηματικά τραύματα επουλώθηκαν ή αν το παιδί, σαν ενήλικας πια, θα δώσει βία στον κόσμο, ανάλογη μ' αυτήν που δέχθηκε. Στην περίπτωση αυτή, η κοινωνία κινδυνεύει από ένα άτομο με παραγμένο ψυχικό κόσμο, που θα δημιουργήσει προβλήματα στους άλλους, όχι μόνο σαν κι αυτά που του δημιούργησαν, αλλά θα είναι δεκτικό σε κάθε είδους παρανομία, κακία και επίδειξη δύναμης. Αν, λοιπόν, δεν ασκηθεί σωστή θεραπευτική, το ποσοστό παραβατικότητας στην κοινωνία θα αυξηθεί, με δυσμενείς για την ομαλή διαβίωση συνέπειες. (Hogan M.A., 2012)

Η σεξουαλική βία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, επηρεάζει τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα και συνδέεται με την απουσία του σχολείου, την κατακράτηση βαθμού, την εγκατάλειψη του σχολείου και τη χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση. Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών (πριν από την ηλικία των 18 ετών) παρατηρείται περίπου στο 10-20% των κοριτσιών και στο 5-10% των αγοριών παγκοσμίως σε ένα φάσμα από πράξεις που δεν επηρεάζουν την αφή, όπως η έκθεση μέσω ανεπιθύμητων συγκινήσεων για βιασμό. Οι δράστες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης κοριτσιών και αγοριών μπορούν να είναι ενήλικες (όπως μέλη του νοικοκυριού, συγγενείς, οικογενειακοί φίλοι, κληρικοί και δάσκαλοι) και τους συνομηλίκους.

Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη στρατηγική για την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, μέχρι σήμερα, ήταν μέσω σχολικών πρωτοβουλιών που περιλαμβάνουν τη σχολική πολιτική και το πρόγραμμα σπουδών. Η πρόληψη των σχολείων δικαιολογείται από πολλούς λόγους. Στις περισσότερες χώρες, τα πρωτοβάθμια (στοιχειώδη) σχολεία είναι μια καθολική υπηρεσία που παρέχει πρόσβαση στη μάθηση για όλα τα παιδιά τα οποία περνούν σημαντικές ώρες στο σχολείο, με απaráμιλλη ευκαιρία για μάθηση. Τα σχολεία είναι βασικοί φορείς για την αντιμετώπιση μιας σειράς θεμάτων που επηρεάζουν την ευημερία των παιδιών συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και τα σχολικά συστήματα καθίστανται πιο προσαρμοσμένα στη σχέση μεταξύ της βίας στην παιδική ηλικία και των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων. Επομένως, οι αποτελεσματικές σχολικές πολιτικές και προγράμματα σπουδών είναι κρίσιμης σημασίας για να εξασφαλιστεί ότι η πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών θα δοθεί με την κατάλληλη προτεραιότητα, θα διατεθεί και θα εφαρμοστεί. Ωστόσο, πολύ λίγα είναι γνωστά για το εύρος και την πληρότητα τους.

Μετά την αυξανόμενη συνειδητοποίηση και ανησυχία σχετικά με την κακομεταχείριση παιδιών σε ιδρύματα, η αυστραλιανή κυβέρνηση διενήργησε πενταετή βασιλική επιτροπή με θεσμικές απαντήσεις για τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. (Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας, 2017) (Kerryann Walsh-Leisa Brandon-Λίζα-Άνι Τζέιμς Κρούκ., 01 ΙΟΥΛΙΟΥ 2019)

### 2.1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ / ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μια από τις κυριότερες επιπτώσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά που πέφτουν θύματα κακοποίησης είναι η διατάραξη της ψυχικής τους υγείας. Οι ψυχολογικές επιδράσεις της παιδικής κακοποίησης, έχουν αποτελέσει αντικείμενο αρκετών μελετών και ερευνών, όπως θα δούμε στη συνέχεια της παρούσας ενότητας. Στο σημείο αυτό, παρατίθενται οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης σε συναισθηματικό επίπεδο, τόσο για την παιδική όσο και για τη μετέπειτα ζωή των παιδιών που έχουν υποστεί βία. Οι αντιδράσεις ενός παιδιού που έχει υποστεί κακοποίηση δεν είναι φυσιολογικές και δεν παρουσιάζουν κάποια σταθερότητα με αποτέλεσμα

αυτό να οδηγεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά και αδυναμία ανάπτυξης συναισθημάτων και αλληλεπίδρασης με τους γύρω του. (Tyler, 2002)

Αυτές είναι η δημιουργία αισθημάτων φόβου και αδυναμίας εμπιστοσύνης, απομόνωση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, το κακοποιημένο παιδί γίνεται υπερευαίσθητο, πρόκληση διαταραχών άγχους, δημιουργία διαταραχών ψυχικής υγείας όπως είναι η εναντιωματική συμπεριφορά, η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα. (Gilbert, 2009). Οι διαταραχές ψυχικής υγείας αποτελούν ένα φαινόμενο που απασχολεί έντονα τον χώρο της ιατρικής επιστήμης κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το κακοποιημένο παιδί έχει μειωμένη αίσθηση ευχαρίστησης, μαθησιακές δυσκολίες, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η παιδική κακοποίηση μπορεί να δημιουργήσει και αισθήματα χαμηλής αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. Ένα παιδί που κακοποιείται έχει αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάζει δυσκολία συγκέντρωσης, παρουσίαση διαταραχών ύπνου, ενώ υπάρχει ενδεχόμενο το παιδί να προσπαθήσει να φύγει από το σπίτι του. Όταν η κακοποίηση ενός παιδιού πραγματοποιείται στη βρεφική του ηλικία, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για μη σωστή ανάπτυξη του εγκεφάλου του. Περίπου τα μισά βρέφη από αυτά που έχουν κακοποιηθεί έχουν παρουσιάσει κάποια μορφή γνωστικής καθυστέρησης σε επόμενα στάδια της ζωής τους. (Child Welfare Information Gateway., 2013)

Οι επιπτώσεις σε συναισθηματικό επίπεδο και συγκεκριμένα οι διαταραχές της ψυχικής υγείας αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας και των κέντρων ελέγχου και πρόληψης των ασθενειών. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που είχαν κακοποιηθεί, ανεξάρτητα από τη μορφή κακοποίησης, παρουσίασαν ιδιαίτερα αυξημένο ποσοστό εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής μέχρι την ηλικία των 21 ετών. Το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 80%. Μεταξύ των ψυχικών διαταραχών που φαίνεται να παρουσιάζονται συχνότερα, εντάσσονται η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους, τα προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και διαταραχές διατροφής και τάσεις αυτοκτονίας. (Centers for disease control and prevention., 2016) Τέλος, σε έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο σε γονείς με μικρά παιδιά, αλλά και παιδιά ηλικίας από 11 έως 24 ετών, διαπιστώθηκε ότι η κακοποίηση των παιδιών συνδέεται θετικά με την διαταραχή της ψυχικής τους υγείας και την παραβατική συμπεριφορά, καθώς και με ιδέες για αυτοτραυματισμό και αυτοκτονίες από τα ίδια τα παιδιά. (Radford, 2010)

## 2.1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

### 2.1.4.1 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια είναι το πλαίσιο το οποίο παρέχει προστασία και τη φυσική και συναισθηματική ασφάλεια για τα παιδιά. Ωστόσο, το σπίτι μπορεί επίσης να είναι ένα επικίνδυνο μέρος για τα παιδιά καθώς έχει αναγνωριστεί τις τελευταίες δεκαετίες η επικράτηση της βίας των παιδιών από τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας. Είναι ίσως αυτή η «ιδιωτική σφαίρα» στην οποία

είναι πιο δύσκολο να εξαλειφθεί η κακοποίηση (είτε σωματική είτε συναισθηματική), η αμέλεια ή τα επιβλαβή έθιμα (όπως ο ακρωτηριασμός των γεννητικών οργάνων (mutilation), εξαναγκασμό σε γάμο ή «τιμής» εγκλήματα). Η βία εις βάρος παιδιών μέσα στην οικογένεια είναι συχνή και προκαλείται στο όνομα της πειθαρχίας και μπορεί να λάβει τη μορφή σκληρής ή ταπεινωτικής τιμωρίας . (Anna Dimitrova-Stull., 2014)

Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση-αιμομιξία αποτελεί την περίπτωση εκείνη της σεξουαλικής κακοποίησης που ο δράστης εντοπίζεται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού και συνδέεται με συγγένεια εξ αίματος με το θύμα. Επίσης, περιλαμβάνει και τις περιπτώσεις εκείνες που η σεξουαλική κακοποίηση ασκείται από θετούς γονείς ή συντρόφους που μένουν μαζί με τον γονέα και το παιδί. Η αιμομιξία παρουσιάζει διάφορες μορφές και διακρίνεται σε αιμομιξία ανάμεσα σε πατέρα-κόρη, σε πατέρα-γιο, σε μητέρα-κόρη, σε μητέρα-γιο, σε αδέρφια αντίθετου φύλου, σε αδέρφια του ίδιου φύλου και αιμομιξία με άλλα συγγενικά πρόσωπα (όπως θείος, παππούς, ξάδερφος). Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις αιμομιξίας ως δράστης εντοπίζεται ο πατέρας και ως θύμα η κόρη.

Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση διαταράσσει σημαντικά την ισορροπία της οικογένειας, η οποία παύει πλέον να αποτελεί ένα ασφαλές μέρος για το παιδί, και είναι δύσκολο να αποκαλυφθεί εξαιτίας των περίπλοκων δυναμικών που αναπτύσσονται στις οικογένειες αυτές. Όταν αυτός που σημαίνει τόσα πολλά πράγματα για σένα και από τον οποίο εξαρτάσαι ποικιλοτρόπως σε εκθέτει σε βία, ασκώντας συστηματικά βία σε ένα άλλο πρόσωπο που επίσης αγαπάς και έχεις τόση ανάγκη, οι συνέπειες είναι συνήθως πολύ σοβαρές. Είναι χαρακτηριστικό στοιχείο των στενών συναισθηματικών σχέσεων πως η βία που ασκείται σε ένα μέλος μιας οικογένειας πλήττει πάντα περισσότερους, πέραν του άμεσου αποδέκτη της. (Σαλπιστής, 2013)

Τα διάφορα συναισθήματα και οι σκέψεις που πυροδοτούνται είναι τόσο οδυνηρά που δύσκολα μπορούν να εκφραστούν με λέξεις και να γίνουν κατανοητά, αλλά και να μοιραστούν με κάποιον άλλον. Υπάρχει μια διαδεδομένη παρεξήγηση, όσον αφορά στα παιδιά που εκτίθενται σε βία, πως «ο χρόνος γιατρεύει όλες τις πληγές».

Στην πραγματικότητα, κάθε άλλο παρά κάτι τέτοιο συμβαίνει. Πολλά από αυτά τα παιδιά παίρνουν απόσταση από τα όσα βίωσαν για να μπορέσουν να συνεχίσουν να ζουν χωρίς να καταρρεύσουν τελείως. Αυτό συχνά εκλαμβάνεται πως οι πληγές τους καλυτέρευαν. (Σαλπιστής, 2013)

## 2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η νοσηλευτική διάγνωση σύμφωνα με την Dewit (2013) υποδεικνύει την πραγματική κατάσταση του παιδιού και τον κίνδυνο που ίσως διατρέχει καθώς και τους αιτιολογικούς ή σχετιζόμενους παράγοντες. Για να υλοποιηθεί μία ολοκληρωμένη διάγνωση οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν με κάθε λεπτομέρεια τις ενδείξεις κακοποίησης και να μπορούν να αντιληφθούν την αλήθεια πίσω από τα λεγόμενα των γονέων ή άλλων προσώπων. Ένα σημαντικό στοιχείο σχετικά με την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης είναι και η επικοινωνία

νοσηλευτή – παιδιού. Η (Dewit S., 2013) αναφέρει πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη να δίνεται σημασία στα μη λεκτικά μηνύματα όπως η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η νευρική του παιδιού κοντά σε συγκεκριμένα άτομα, οι εκφράσεις του προσώπου και φυσικά τα μάτια. Ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι και η ηλικία του παιδιού καθώς και η ανάπτυξη της ομιλίας του. Ένα μικρό παιδί είναι πιθανό να φοβηθεί από κάποια χειρονομία ή μία απότομη κίνηση ειδικά αν είναι θύμα κακοποίησης. Για να γίνει σωστή διάγνωση είναι προτιμότερο να κοιτά ο νοσηλευτής το παιδί στα μάτια και να του μιλά με ήρεμη και φιλική φωνή ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

Η κλινική διάγνωση της παιδικής κακοποίησης καθορίζεται τόσο από την ύπαρξη σωματικών όσο και συμπεριφορικών δεικτών. Σημειώνεται ότι η διάγνωση ενός κακοποιημένου παιδιού δεν προϋποθέτει την εμφάνιση όλων των συμπτωμάτων, ή για περισσότερες από μια φορές. Η κλινική διάγνωση της κακοποίησης μπορεί να γίνει και ύστερα από μια μεμονωμένη πράξη βίας. Η κλινική διάγνωση ενός κακοποιημένου παιδιού οριοθετείται τη στιγμή που η άσκηση βίας γίνεται αντιληπτή από ειδικούς, όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, το ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό, η αστυνομία, το δικαστήριο. Η κλινική διάγνωση της κακοποίησης θα πρέπει να ολοκληρώνεται σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα ώστε να είναι εύκολο να αξιολογηθεί η κατάσταση του παιδιού και να σχεδιαστεί η θεραπευτική προσέγγιση που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Η επιτυχημένη διάγνωση των κακοποιημένων παιδιών μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την αντικειμενική και ορθή στάση των επαγγελματιών υγείας. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό, να διαπιστώνεται από τους ειδικούς, ο τρόπος ζωής της οικογένειας, τα χαρακτηριστικά τους, να λαμβάνεται το ιστορικό του παιδιού, καθώς και να διενεργούνται κλινικές εξετάσεις, ή εκτίμηση της κατάστασης από ψυχολόγο, όπου αυτός απαιτείται. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998)

Όσον αφορά τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι πολύ πιθανό να γίνει σύγχυση και να μπερδευτούν με ένα τυχαίο τραυματισμό που είναι λογικό κατά την παιδική ηλικία. Πρώτο διαγνωστικό χαρακτηριστικό που αναφέρεται είναι οι μώλωπες. Κάθε βρέφος, στο ξεκίνημα των πρώτων του βημάτων είναι πολύ πιθανό να πέσει. Αυτό είναι μια διαδικασία που επαναλαμβάνεται συνεχώς. Το βρέφος μπορεί να πέσει, χτυπώντας στα κάτω άκρα και το μέτωπο και σχηματίζοντας μώλωπες. Αυτά είναι τα πιο κοινά σημεία που μαρτυρούν την αυθόρμητη πτώση. Ωστόσο μώλωπες στην περιοχή της κοιλιάς, του θώρακα ή στο πρόσωπο πρέπει να θεωρηθούν σημάδι ανησυχητικό, ειδικά αν μιλάμε για βρέφη και παιδιά που δεν έχουν κλείσει τα 2 έτη. Σημάδι που προδίδει την κακοποίηση είναι ξεκάθαρα η περίπτωση της εσωτερικής αιμορραγίας, ενώ επίσης συχνά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις με τραυματισμό του αμφιβληστροειδούς. Σε περίπτωση που το νοσηλευτικό προσωπικό ή ο γιατρός εντοπίσει τέτοια σημάδια είναι πολύ πιθανό να οδηγηθεί τελικά σε διάγνωση κακοποίησης. (Lissauer, 2012)

Οι κακώσεις των οστών είναι η πλέον αναγνωριστική ένδειξη που οδηγεί στην διάγνωση ενός κακοποιημένου βρέφους. Ναι μεν μια απλή θραύση μπορεί να εμφανιστεί φυσιολογικά σε ένα βρέφος, αλλά η θραύση του οστού με σημαντική μετατόπιση είναι δυνατόν να προέρχεται μονάχα από ένα απότομο λύγισμα του άκρου μετά από κίνηση ενός ενήλικα. (Lissauer, 2012)

Στην περίπτωση των ξηρών ή υγρών εγκαυμάτων, πρέπει να αντιμετωπιστούν ανάλογα προκειμένου το παιδί να πληγωθεί λιγότερο. Ειδικά στην περίπτωση των εγκαυμάτων από τσιγάρο πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Σχετικά με τις εσωτερικές αιμορραγίες, τις αιμορραγίες δηλαδή στα όργανα του παιδιού και κυρίως στο θώρακα και την κοιλιακή κοιλότητα, πρέπει να αντιμετωπίζεται η κατάσταση με προσοχή. Στην κακοποίηση εντάσσεται και η δηλητηρίαση, και μάλιστα η ηθελημένη. Όσον αφορά αυτού του είδους την κακοποίηση, πρόκειται για μια πάρα πολύ συχνή κατάσταση. Πρόκειται για ένα είδος κακοποίησης με αρκετά πρόδηλα σημάδια. (Monica McCoy & Stephanie M. Keen., 2013)

## 2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν συσσωρευτεί πολλά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών συνδέεται με τη σημαντική αύξηση του κινδύνου για σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (μείζων κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, και άλλες) και ιατρικές διαταραχές (καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, άσθμα και άλλα). Επιπλέον, η πορεία των ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα που εκτίθενται σε παιδική κακοποίηση είναι πιο σοβαρή. Πρόσφατα, έχουν μελετηθεί τα βιολογικά υποστρώματα που αποτελούν τη βάση αυτής της διάστασης στην ιατρική και την ψυχιατρική νοσηρότητα. Αυτή η ανασκόπηση συνοψίζει πολλές από τις επίμονες βιολογικές αλλοιώσεις που συνδέονται με την παιδική κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στα συστήματα νευροενδοκρινών και νευροδιαβιβαστών και των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών, εκτός από συγκεκριμένες αλλαγές στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη ρύθμιση της διάθεσης. Τέλος, πολλοί υποψήφιοι γονιδιωματικούς πολυμορφισμούς που αλληλεπιδρούν με την παιδική κακοποίηση για να ρυθμίσουν ευπάθεια σε μείζονα κατάθλιψη και επιγενετικούς μηχανισμούς πιστεύεται ότι μεταφέρει τους περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες σε ευάλωτες ασθένειες. (Charles B.Nemeroff., 2016)

Όπως δεν είναι ασυνήθιστο στην ιατρική, οι κλινικές παρατηρήσεις επί αρκετές δεκαετίες χρησιμεύουν ως ώθηση για καλά οργανωμένες επιδημιολογικές και διαχρονικές μελέτες που οδήγησαν σε ένα αμείλικτο συμπέρασμα δηλαδή ότι η σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση καθώς και η συναισθηματική παραμέληση, οδηγεί σε πολύ σημαντική αύξηση του κινδύνου κατά την ενηλικίωση για διαταραχές διάθεσης και άγχους, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και ορισμένες άλλες ιατρικές διαταραχές. Για τον αναγνώστη που μπορεί να μην αναγνωρίσει το μέγεθος αυτού του προβλήματος δημόσιας υγείας, αξίζει να συνοψίσουμε συνοπτικά τα τελευταία στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά επικράτησης παιδικής



κακοποίησης. Το 2012, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ τεκμηρίωσε 3.4 εκατομμύρια παραπομπές σε υπηρεσίες προστασίας των παιδιών, που αντιπροσωπεύουν 686.000 παιδιά. Περίπου το 80% της κακομεταχείρισης διαωνίστηκε από έναν ή και τους δύο γονείς. Στην έκθεση αυτή, η ELS αποτελείται από παραμέληση (78,3%), σωματική κακοποίηση (18,3%) και σεξουαλική κακοποίηση (9,3%). Η παραμέληση ορίζεται συχνά ως η αποτυχία ενός γονέα ή άλλου ατόμου που είναι υπεύθυνο για το παιδί να παρέχει τα απαραίτητα τρόφιμα, ρούχα, στέγη, ιατρική περίθαλψη ή επίβλεψη στο βαθμό που απειλείται η υγεία, η ασφάλεια και η ευημερία του παιδιού. Ωστόσο, όλες οι αρχές συμφωνούν ότι η συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών δεν αναφέρεται. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι ορισμένες μορφές κακοποίησης, και κυρίως η σεξουαλική κακοποίηση, εμφανίζονται κυρίως στη νεότερη ηλικιακή ομάδα. Το 2000, το 70% όλων των σεξουαλικών επιθέσεων στις ΗΠΑ διαπράχθηκαν εις βάρος παιδιών. Υπάρχουν τόσο παγκόσμιες περιφερειακές διαφορές όσο και διαφορές φύλου στη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών με τα υψηλότερα ποσοστά συνολικά στην Αυστραλία, την Αφρική και τις ΗΠΑ, με τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ασία. Τα κορίτσια εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης σε όλες τις περιοχές που μελετήθηκαν, εκτός από την Αφρική και τη Νότια Αμερική, όπου τα ποσοστά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ήταν ίσα. (Charles B.Nemeroff., 2016)

Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες και διάγνωση διαταραχής άγχους, κατάθλιψης, διαταραχής διατροφής, διαταραχών ύπνου και προσπαθειών αυτοκτονίας, αλλά όχι σχιζοφρένειας. Maniglio (2010) διεξήγαγε συστηματική ανασκόπηση των επιπτώσεων της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία σχετικά με τον κίνδυνο κατάθλιψης, η οποία απαρτίζεται από 60.000 άτομα σε 160 μελέτες. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη. (Charles B.Nemeroff., 2016)

Στη βάση δεδομένων της Παγκόσμιας Έρευνας Ψυχικής Υγείας, που συλλέχθηκε για 21 χώρες, η ELS συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας και, πιο συγκεκριμένα, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση είχε το μεγαλύτερο αποτέλεσμα τόσο για την έναρξη όσο και για την επιμονή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Μεταξύ μιας ομάδας ψυχιατρικών ασθενών με διαφορετικές διαγνώσεις στη Γαλλία και την Ιταλία παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ τραυματισμού παιδικής ηλικίας και συμπεριφοράς αυτοκτονίας. (Charles B.Nemeroff., 2016)

Οι πηγές των αντιφατικών ευρημάτων στη βιβλιογραφία είναι μια ενεργός οδός έρευνας. Είναι πλέον σαφές ότι οι επιπτώσεις της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών στη δραστηριότητα των άξονα HPA επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων:

Φύση του πρώιμου στρες της ζωής (σεξουαλική έναντι σωματικής έναντι συναισθηματικής κατάχρησης έναντι παραμέλησης), αριθμός επεισοδίων, σωρευτική περίοδος των ανεπιθύμητων ενεργειών, ηλικία κατά την πρώτη κατάχρηση / παραμέληση και χρονικότητα, παρουσία ή απουσία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, παρουσία τραυματικών γεγονότων στην ενηλικίωση,

οικογενειακό ιστορικό σημαντικών ψυχιατρικών διαταραχών, γενετικοί και επιγενετικοί παράγοντες. (Charles B.Nemeroff., 2016)

Οι πρωτοποριακές μελέτες σχετικά με τις εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ACE) έδωσαν τις πρώτες σαφείς αποδείξεις ότι η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο όχι μόνο ψυχιατρικών διαταραχών αλλά και διαφόρων ιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, του καρκίνου, σκελετικά κατάγματα, αυτοάνοσες διαταραχές και ασθένειες του ήπατος. (Charles B.Nemeroff., 2016)

## 2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη της υποτροπής ή της ταυτοποιημένης κατάχρησης σε πρώιμο στάδιο είναι απαραίτητη για τον περιορισμό των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της κατάχρησης. (Selen Acehan A. A., ,Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016)

**Πρωτογενής πρόληψη:** στόχος είναι η βελτίωση του τρόπου ζωής των οικογενειών. (Guedes, 2016)

**Δευτερογενής πρόληψη:** ως στόχο εδώ έχουμε τις οικογένειες υψηλού κινδύνου με αποτέλεσμα να γίνεται διοργάνωση σχετικών προγραμμάτων.

**Τριτογενής πρόληψη:** εστιάζει στα ήδη κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειες τους, με στόχο το παιδί να μη κακοποιηθεί ξανά ούτε αυτό αλλά ούτε κάποιο από τα αδέρφια του.

Η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στους θεσμούς, στο ευρύ κοινό και στα ίδια τα παιδιά και απαιτεί πολυεπίπεδες αλλαγές. Αυτές είναι μέτρα κοινωνικής πολιτικής για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των οικογενειών με χαμηλό εισόδημα, δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας για την τροποποίηση των στάσεων απέναντι στην παιδική κακοποίηση, προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού για την πρόληψη των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών, ψυχο-εκπαιδευτικά προγράμματα ανάπτυξης γονεϊκών ικανοτήτων για μελλοντικούς ή νέους γονείς, εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτικούς και τέλος πληροφόρηση των παιδιών για τα δικαιώματά τους. (Guedes, 2016)

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στον εντοπισμό ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Με τη δευτερογενή πρόληψη επιδιώκεται η έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος πριν ακόμα συμβεί. Στην δευτερογενή πρόληψη σημαντική είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ώστε να μπορούν να διακρίνουν τους παράγοντες κινδύνου, η υποστήριξη ζευγαριών μικρής ηλικίας ώστε να μπορούν να ανταπεξέρχονται στο καθημερινό στρες της ανατροφής ενός παιδιού, η κατ' οίκον επίσκεψη επαγγελματιών υγείας στην οικία νεαρών μητέρων και μητέρων με νεογέννητα τέκνα, η δημιουργία κέντρων

πληροφόρησης και κοινωνικής υποστήριξης για οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα, καθώς και δημόσιες πολιτικές με απόρροια την καταπολέμηση της ανεργίας. (Μπαλούρδος Διονύσης, 2011)

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στην αντιμετώπιση του προβλήματος όταν η κακοποίηση έχει ήδη συμβεί και περιλαμβάνει παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την μείωση των αρνητικών συνεπειών του φαινομένου. Συγκεκριμένα, προβλέπει μέτρα για την κατοχύρωση της ασφάλειας του παιδιού με πιθανή ακόμη και την απομάκρυνσή του από την οικογένεια είτε σε Νοσοκομείο « Παιδών» είτε σε ξενώνα φιλοξενίας για όσο διαρκεί η κρίση, την παροχή θεραπείας και στήριξης στο ίδιο το παιδί και την οικογένειά του καθώς και ολιστική αντιμετώπιση του φαινομένου μέσω εξατομικευμένων δράσεων, με γνώμονα πάντα το συμφέρον του παιδιού. (Μπαλουρδος, 2011)

Η πρόληψη της υποτροπής ή της ταυτοποιημένης κατάχρησης σε πρώιμο στάδιο είναι απαραίτητη για τον περιορισμό των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της κατάχρησης. (Selen Acehan, ,Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016)

## 2.5 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ένα μεγάλο φάσμα των μηχανισμών άμυνας κατά την αντίδραση σε περιστατικά κακοποίησης και βίας, αφορούν μηχανισμούς άμυνας που «αποκόπτουν» το τραυματικό γεγονός από τη συνείδηση. Κατά το διαχωρισμό, διαστρεβλώνουμε τις φυσιολογικές συνδέσεις μεταξύ σκέψεων συναισθημάτων και μνημών και έτσι μειώνεται η επίγνωση-συνείδηση αυτών, ή μειώνεται ο πόνος των τραυματικών γεγονότων. Μπορεί κάποιος να περιγράψει τον διαχωρισμό ως «βρίσκομαι στον κόσμο μου», «απαγορεύω πράγματα να μπουν μέσα μου», «δεν έχω σύνδεση με τα συναισθήματά μου», «βλέπω μια ταινία στην οποία είμαι μέσα», «μούδιασμα». Υπάρχουν διάφορα είδη διασπαστικών μηχανισμών διαχωρισμού της απειλητικής εμπειρίας από τη συνείδησή μας. Κάποιοι από αυτούς περιλαμβάνουν: Την άρνηση: μηχανισμός άμυνας κατά τον οποίο απλά αρνούμαστε σκέψεις, συναισθήματα, εντυπώσεις που προκαλούν άγχος. Φαίνεται ότι η άρνηση είναι ο τρόπος του μυαλού να αποβάλουμε την ολοκληρωτική δυσλειτουργία που θα ακολουθούσε το κατακλυσμικό συναίσθημα της τραυματικής εμπειρίας. Αναφέρεται σε ασυνείδητες διεργασίες που «αρνούνται» αυτό που δεν μπορεί να δει και να αντιμετωπίσει ο οργανισμός σε συνειδητό επίπεδο. Αυτός ο μηχανισμός, μπορεί να επιτρέψει σε κάποιον να επιβιώσει, μέχρι τη στιγμή όπου θα είναι ικανός να αντιμετωπίσει το γεγονός. Την καταπίεση μνημών – τραυματική αμνησία : πρόκειται για έναν ασυνείδητο μηχανισμό κατά τον οποίο «ξεχνάμε» την τραυματική εμπειρία, ή έχουμε αποσπασματικές μνήμες. Η τραυματική αμνησία μπορεί να διαρκέσει για ώρες, εβδομάδες ή χρόνια ολόκληρα και να αφυπνιστεί από αισθητήρες

ή ερεθίσματα που θα θυμίσουν το αρχικά βιωμένο τραυματικό γεγονός. Την διάσχυση : αυτός ο μηχανισμός άμυνας συχνά σχετίζεται με τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες που βιώνονται πολύ νωρίς στην ανάπτυξη και αφορά στην αποτυχία ενσωμάτωσης των θετικών και αρνητικών ποιοτήτων σε συνεκτικές, ολοκληρωμένες εικόνες. Η διάσχυση οδηγεί σε πολωμένες για τον εαυτό και τους άλλους αντιλήψεις «μαύρου ή άσπρου», όπου οι άνθρωποι βιώνονται ολοκληρωτικά ή ως καλοί ή ως κακοί, χωρίς να έχει κάποιος τη δυνατότητα να ενσωματώνει και τις δύο δυνατότητες.

Υποβιβασμός της έντασης των δυσάρεστων συναισθημάτων, αποφυγή ή δραπετεύση από τα συναισθήματα, υποκατάσταση των ιδιαίτερα έντονων «κατακλυστικών» συναισθημάτων με λιγότερο επίπονα, εκφόρτιση συναισθημάτων (π.χ. μέσω της επιθετικότητας, υπερκινητικότητας), διαχωρισμός των έντονων συναισθημάτων σε μικρότερα διαχειρίσιμα μέρη, μία άλλη κατηγορία συμπεριφορών που υιοθετούνται για την αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας, αφορούν μηχανισμούς άμυνας «αναπλαισίωσης» της και μείωσης της έντασης και σημασίας της, όπως η εκλογίκευση : αφορά μια προσπάθεια εύρεσης «εξήγησης» που να δικαιολογεί την κακοποίηση. Για παράδειγμα, συχνά ένα παιδί αρχίζει να πιστεύει ότι είναι «κακό» και αξίζει την τιμωρία. Η «Σμίκρυνση» της εμπειρίας στην ελάχιστη πιθανή επίπτωση. Πχ. « ο θεός μου πράγματι πότε-πότε με δέρνει, αλλά έχω περάσει και πολύ χειρότερα. Οι συμπεριφορές με τάση να ευχαριστήσω/ να κατευνάσω τη σύγκρουση, προσπάθεια να «είμαι καλός». Πολλά παιδιά, πεπεισμένα για την αδυναμία και τη ματαιότητα της δυνατότητάς τους για αντίσταση, αναπτύσσουν μια ιδέα ότι εξουσιάζονται πλήρως από τον εισβολέα-ενήλικα. Το παιδί προσπαθεί να αποδείξει την αφοσίωση και συμμόρφωση του και να αποκτήσει αίσθηση του ελέγχου με το να προσπαθεί να « είναι καλό». (Miller, 2003)

### 2.5.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ UNICEF

Οι στρατηγικές της UNICEF (2014) για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας κατά των παιδιών χρησιμοποιούνται ως εφαρμογή παρεμβάσεων βέλτιστης πρακτικής. Οι έξι στρατηγικές έχουν ληφθεί από την δεκαετή εμπειρία της UNICEF, η οποία ενημερώθηκε από βασικούς εταίρους, κυρίως τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τη Μελέτη του Γενικού Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών για τη βία κατά των παιδιών. Οι στρατηγικές αντιμετωπίζουν τους κοινωνικούς παράγοντες και κανόνες που διαιωνίζουν τη βία και προωθούν θετικές κοινωνικές αλλαγές και αποτελέσματα. (Unicef, 2014)

**Στρατηγική 1:** Υποστήριξη γονέων, φροντιστών και οικογενειών μέσω της υλοποίηση επισκέψεων στο σπίτι και στο σχολείο και σε διάφορες παρεμβάσεις κοινωνικών λειτουργών

για την υποστήριξη των θυμάτων και την ενίσχυση της ικανότητας των οικογενειών και των κοινοτήτων να προάγουν την ευημερία των παιδιών.

**Στρατηγική 2:** Βοηθήστε τα παιδιά και τους εφήβους να διαχειριστούν κινδύνους και προκλήσεις. Αυτά περιλαμβάνουν ένα πρόγραμμα κατά του εκφοβισμού για τους μαθητές, τους γονείς τους και τους δασκάλους τους. Επίσης, τα παιδιά μπορούν να συμμετέχουν σε ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες για να μάθουν δεξιότητες αλληλεπίδρασης της ομάδας.

**Στρατηγική 3:** Αλλαγή στάσεων και κοινωνικών κανόνων που ενθαρρύνουν τη βία και τις διακρίσεις.

**Στρατηγική 4:** Προώθηση και παροχή υπηρεσιών υποστήριξης για παιδιά.

**Στρατηγική 5:** Εφαρμογή νόμων και πολιτικών που προστατεύουν τα παιδιά.

**Στρατηγική 6:** Διεξαγωγή συλλογής και έρευνας δεδομένων. (Fakir Al Gharaibeh, 2019 June)

## 2.5.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεγάλο μέρος της αρκετά μεγάλης επιστημονικής βάσης δεδομένων για τις γονικές / οικογενειακές παρεμβάσεις αποτελείται από κλινικές δοκιμές που αφορούν την πρώιμη παρέμβαση, τη θεραπεία και σε κάποιο βαθμό, την πρόληψη. (Ronald J. Prinz, Ιανουάριος 2016)

Η στρατηγική χρήση των μέσων ενημέρωσης αποτελεί άλλο χαρακτηριστικό των επιτυχών προσπαθειών για τη δημόσια υγεία. Στη σφαίρα υποστήριξης των γονέων, τα μέσα ενημέρωσης μπορούν να ομαλοποιήσουν την αναζήτηση συμβουλών για γονείς, να δώσουν θετική μοντελοποίηση των προ-κοινωνικών και μη καταναγκαστικών πρακτικών γονικής μέριμνας και να ενεργοποιήσουν την κατάλληλη συμπεριφορά επιδίωξης υποστήριξης εκ μέρους των τμημάτων. Επίσης, η χρήση των μέσων ενημέρωσης έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στην οικοδόμηση ενός θετικού αποτελέσματος μετάδοσης όταν πρόκειται για γονείς που προωθούν την ευημερία των παιδιών. (Ronald J. Prinz, Ιανουάριος 2016)

Οι στρατηγικές για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να είναι πολύπλευρες, συμπεριλαμβανομένης της έξυπνης χρήσης των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Πριν από μερικά χρόνια, το υλικό στάθμευσης που παίζονταν επανειλημμένα στο CNN ενός καταχρηστικού γονέα που πιάστηκε στην πράξη ήταν τόσο ανησυχητικό και ενημερωτικό. Ο γονέας έσφιξε πρώτα το μικρό παιδί σε ένα κάθισμα αυτοκινήτου που βρίσκεται στο πίσω κάθισμα και στη συνέχεια προχώρησε να το πυροδοτήσει με γροθιές. Κατά κάποιον τρόπο, ακόμη και ένας ενοχλητικός γονέας είχε

επηρεαστεί από μηνύματα δημόσιας υγείας για να ασφαλίσει το παιδί σωστά στο κάθισμα του αυτοκινήτου. (Ronald J. Prinz, Ιανουάριος 2016)

Αν υιοθετήσουμε μια στρατηγική δημόσιας υγείας για την υποστήριξη των γονέων, τότε πολλοί τομείς υπηρεσιών και κοινότητας μπορούν να συνεισφέρουν, μεταξύ άλλων, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την παιδεία, τη φροντίδα προσχολικής και παιδικής μέριμνας, την ψυχική υγεία, τη δημόσια υγεία, τις κοινωνικές υπηρεσίες, τη δικαιοσύνη ανηλίκων, και τις φιλανθρωπικές οργανώσεις και την κοινότητα των πιστών. Οι πτυχές της πρόληψης της παιδικής κακοποίησης μπορούν να εξυπηρετήσουν άμεσα άλλους στόχους ταυτόχρονα, όπως η πρόληψη κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών προβλημάτων παιδικής ηλικίας, μείωση του κινδύνου ανεπιθύμητων εφήβων αποτελεσμάτων (π.χ. χρήση ουσιών, παραβατικότητα, ακαδημαϊκή αποτυχία) και γονική εμπλοκή για την ετοιμότητα του σχολείου. Συγκεντρώνοντας και θέτοντας πολλούς τέτοιους στόχους, οι οποίοι εξυπηρετούνται από παρεμβάσεις εστιασμένες σε γονείς, η στρατηγική δημιουργεί αποτελεσματικότητα ενώ παράλληλα προωθεί μια ευρύτερη και πιο κανονιστική δέσμευση των γονέων.

Η παιδική κακοποίηση μπορεί να διατυπωθεί ισχυρό επιχείρημα για την υιοθέτηση μιας προσέγγισης της δημόσιας υγείας για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και, γενικότερα, για την υποστήριξη των γονέων σε ολόκληρη την κοινότητα. Δεδομένου του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει η γονική μέριμνα στην παιδική ανάπτυξη, μια στρατηγική που εξομαλύνει τη στήριξη των γονέων, μπορεί να αποφέρει πολλαπλά οφέλη. Η γεφύρωση των προσπαθειών υποστήριξης των γονέων σε όλους τους τομείς υπηρεσιών, τις ρυθμίσεις και τους στόχους είναι μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική για τη δημιουργία αποτελεσματικότητας και επίδραση στην παιδική κακοποίηση, της συμπεριφοράς των παιδιών και του κινδύνου για επακόλουθα αρνητικά αποτελέσματα για τη νεολαία. Η διττή προσέγγιση της ενίσχυσης της γονικής μέριμνας σε ολόκληρη την κοινότητα και της αντιμετώπισης των πιο τοξικών πτυχών της φτώχειας είναι ένας δυναμικός συνδυασμός. (Ronald J. Prinz, Ιανουάριος 2016)

## 2.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η σχολική επίδοση ενός κακοποιημένου παιδιού παρουσιάζει μια πτωτική πορεία, τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης. Τα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν συχνά συναισθήματα άγχους και φόβου, ενώ σύμφωνα με διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Η παιδική κακοποίηση μπορεί να επιφέρει αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης. Τα κακοποιημένα παιδιά συνήθως παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Η κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να καταστήσει το ίδιο το παιδί εξαιρετικά υπερευαίσθητο. (Joyful Heart Foundation., 2016)

Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών δεν παρακολουθούσε την κανονική εκπαίδευση: 20% φοιτούσαν σε ειδικό σχολείο ή τάξη, ενώ 17% είχαν διακόψει το σχολείο. (Φερέτη Ειρήνη, 1998). Επιπλέον, η σχολική επίδοση ενός παιδιού που έχει κακοποιηθεί μπορεί να παρουσιάσει πτωτική πορεία, τόσο σε σχέση με πριν την άσκηση βίας προς αυτό, όσο και συγκριτικά με τα

υπόλοιπα παιδιά της τάξης . (Joyful Heart Foundation., 2016). Η συμπεριφορά ενός κακοποιημένου παιδιού στο σχολείο αποτυπώνεται από την στάση της ντροπής και απομόνωσης απέναντι στους συμμαθητές του. Η σχολική επίδοση ενός κακοποιημένου παιδιού παρουσιάζει μια πτωτική πορεία, τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης. (Σαλπιστής, 2013)

## 2.7 ΣΤΟΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Μετά τη διάγνωση της κακοποίησης του παιδιού ακολουθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού, που αποσκοπεί στην αποκατάσταση του, ως βιοψυχοκοινωνικής οντότητας και στην επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο ως υγιούς και χρήσιμου μέλους. Πέρα, όμως, από τη θεραπεία του παιδιού, απαραίτητη είναι και η θεραπευτική προσέγγιση της οικογένειας, ώστε να μπορέσει να δεχθεί και να ξεπεράσει το γεγονός, αλλά και του θύτη, του υπαίτιου, ο οποίος είτε αποτελεί μέλος του οικογενειακού- φιλικού περιβάλλοντος του παιδιού, είτε είναι εντελώς άγνωστος σε αυτό. (Hogan M.A., 2012)

Δύο είναι οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: πρώτον, η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και δεύτερον, η αποκατάσταση της καλής λειτουργίας της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι, καθώς και η γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας. Τόσο η αντιμετώπιση και η θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών όσο και η ακριβής πρόγνωση εξαρτώνται από την πληρέστερη αναγνώριση των πολλαπλών παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι: α) η φύση του βασικού προβλήματος, β) η επιθυμία των γονιών να βοηθηθούν, γ) η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση και δ) η επάρκεια πηγών βοήθειας . (Hogan M.A., 2012)

### **Θεραπευτική προσέγγιση του κακοποιημένου παιδιού**

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του κακοποιημένου παιδιού καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που εντάσσονται: στη σωματική, στην ψυχική και στην κοινωνική θεραπεία αυτού. Η σωματική θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο, όπως περιποίηση τραυμάτων, εγκαυμάτων ενυδάτωση παιδιού, σε περιπτώσεις αφυδάτωσης, χειρουργική αντιμετώπιση τραυμάτων. Επίσης, περιλαμβάνει τους ξενώνες κρίσης όπου πραγματοποιείται η προστασία του παιδιού - θύματος, σε πλαίσιο παιδικής προστασίας. Όταν χρειάζεται, αποτελεί μέρος από τη θεραπεία κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι το πρώτο πλαίσιο να έχει τη μορφή του «ξενώνα - κρίσης», έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια, ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο. Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνδέεται με την αποκάλυψη, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο

διαγνωστικής διερεύνησης. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του «ξενώνα - κρίσης» είναι άλλη βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση και η επίσημη και καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις στο στάδιο αυτό. Η εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας, αλλά κυρίως της ευθύνης για την κακοποίηση από τον πατέρα ή άλλο συγγενικό πρόσωπο, θα επηρεάσουν την έκβαση της περίπτωσης μετά το στάδιο του «ξενώνα - κρίσης»

Τα εξωτερικά τραύματα ενός κακοποιημένου παιδιού γρήγορα φεύγουν, οι εσωτερικές, όμως, πληγές που αφήνουν αυτά, δύσκολα θεραπεύονται γιατί, όποια κι αν είναι η μορφή της κακοποίησης, η ψυχική σφαίρα του παιδιού διαταράσσεται. Άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, πάντα όμως, με βλαπτικές συνέπειες για την εξέλιξη του. Ο επαγγελματίας καλείται να πλησιάσει το παιδί και να αγγίξει την ψυχή του, να την ανακαλύψει και να τη φέρει σε ισορροπία. Ακολουθούν τέσσερα βήματα της ατομικής θεραπείας. (Hogan M.A., 2012):

1. Περιγράφοντας την κακοποίηση: περιγραφή της κακοποίησης σημαίνει «να κάνεις το επεισόδιο πραγματικότητα» και να εργαστείς μέσω αυτής. Το να αντιστέκεται ένα παιδί να ονομάσει την κακοποίηση είναι ένας τρόπος για να την παρουσιάζει ως μη πραγματική, είναι ο τρόπος του παιδιού για να την ξεχάσει. Εδώ, ο θεραπευτής καλεί το παιδί να χρησιμοποιήσει τον πιο προσφιλή σε αυτόν τρόπο έκφρασης (ομιλία, γραφή, ζωγραφική, παιχνίδια) ώστε να περιγράψει την κακοποίηση με το δικό του ρυθμό και με όσες λεπτομέρειες περισσότερες μπορεί. Στο σημείο αυτό, ο επαγγελματίας χρειάζεται να έχει υπομονή γιατί αν και έχει οργανώσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο την προσέγγιση του παιδιού, οι αναστολές και τα αισθήματα ενοχής και ντροπής του τελευταίου μπορεί να τροποποιήσουν τα σχέδια του και να πάρουν περισσότερο χρόνο. Ο θεραπευτής πρέπει επίσης να είναι πολύ προσεκτικός και να δέχεται αυτά που λέει το παιδί, χωρίς να τα αμφισβητεί.

2. Έκφραση συναισθημάτων: αυτό το βήμα δεν είναι διαφορετικό από άλλες θεραπευτικές δραστηριότητες. Αφορά την έκφραση, με λόγια ή κινήσεις, των συναισθημάτων της ενοχής, της ντροπής, της απογοήτευσης, του πόνου, της επιθετικότητας ως προς τον υπαίτιο, ως προς τον εαυτό του.

3. Λέγοντας «όχι»: το παιδί που έχει κακοποιηθεί χρειάζεται βοήθεια στο να θέσει όρια για τον εαυτό του. Χρειάζεται βοήθεια στο να αναγνωρίσει και να εκφράσει συναισθήματα όπως: «θέλω», «δεν θέλω», «ναι», «όχι», να ξεχωρίζει τα καλά αγγίγματα από τα κακά αγγίγματα, τα καλά μυστικά από τα κακά. Η τοποθέτηση ορίων είναι ένα σημαντικό σημείο στην όλη θεραπεία.

4. Αποδοχή: η ζωή πρέπει να συνεχίζεται ακόμα και για τα κακοποιημένα παιδιά. Ο θεραπευτής πρέπει να σιγουρευτεί ότι το παιδί δε γίνεται δέκτης «της ταυτότητας του θύματος». Οι άσχημες εμπειρίες δεν μπορούν να ξεχαστούν ολοκληρωτικά και ίσως δεν θα έπρεπε, αλλά αυτό που απαιτείται είναι να δουλευθούν με τη βοήθεια της επιστημονικής ομάδας, ώστε να μετατραπούν από μία αβάσταχτη εμπειρία ντροπής σε μία θλιβερή ανάμνηση.



Η θεραπευτική παρέμβαση σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης από άτομο έξω από την οικογένεια είναι λιγότερο πολύπλοκη από εκείνη που πραγματοποιείται μέσα στην οικογένεια. Η διαφορά του "έξω" από το "μέσα" συνίσταται στη λιγότερη ενοχοποιητική οικογενειακή λειτουργία, στη μειωμένη διάρκεια, στην προστασία του παιδιού από τους γονείς, στην έλλειψη επιπτώσεων στο παιδί από την έλλειψη θεραπευτικών παρεμβάσεων στον υπεύθυνο ενήλικα. Σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης, τα τραύματα του παιδιού είναι περισσότερα, επειδή ακριβώς προκλήθηκαν από άτομα που το ίδιο το παιδί εμπιστευόταν και αγαπούσε. Εδώ, η θεραπευτική αντιμετώπιση καθίσταται δυσκολότερη, επιτυγχάνεται, όμως, με τη σωστή προσέγγιση του παιδιού-θύματος. (Hogan M.A., 2012)

## 2.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης συνίσταται σε στρατηγικές πρόληψης και σε θεραπευτικές παρεμβάσεις από τη στιγμή που υπάρχει διαπιστωμένη κακοποίηση. Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να αφορούν, είτε στην πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στο παιδί, είτε στην πρόληψη της επανεμφάνισης της κακοποίησης ή να συσχετίζονται με την πρόληψη πριν υπάρξει το περιστατικό κακοποίησης. Οι αποδεκτές αυτών των προγραμμάτων μπορεί να είναι τα παιδιά, οι γονείς, οι επαγγελματίες του χώρου υγείας (π.χ. παιδίατροι, νοσηλευτές κ.ά.) και επαγγελματίες που έρχονται τακτικά σε επαφή με τα παιδιά όπως είναι οι δάσκαλοι. Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να πραγματοποιούνται σε σπίτια, σε σχολεία, σε νοσοκομεία ακόμη και σε κέντρα προστασίας ανηλίκων. Το νοσηλευτικό προσωπικό εξάλλου, μπορεί να έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο στην αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου παιδιού, διαμορφώνοντας μια ασφαλή σχέση με τα παιδιά αυτά. Οι προϋποθέσεις δε που καλείται το νοσηλευτικό προσωπικό να πληρεί για να πετύχει στο σημαντικό αυτό έργο είναι: (Αβραμικά, 2013) εκπαίδευση στη παιδική κακοποίηση, ειδική εκπαίδευση σε ανάλογες οργανώσεις για την παιδική κακοποίηση, παρακολουθήσεις συνεδρίων με σχετική θεματολογία, αρθρογραφία στο θέμα της παιδικής κακοποίησης.

Η πρόληψη συνίσταται στην ευαισθητοποίηση του γενικότερου πληθυσμού για την παιδική κακοποίηση και για την άρση των κοινωνικών στάσεων που την συντηρούν, στην εκπαίδευση – ενημέρωση των παιδιών και των γονέων στην κατάρτιση των ειδικών που ασχολούνται με τα παιδιά και την κακοποίηση. Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες τις ενέργειες από την αρχή ως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή την πρώτη συνάντηση και ολοκληρώνεται – όταν χρειάζεται – με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας (όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία). Η εμπλοκή των επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά, υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν

επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση – ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά του- όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειες του, έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να διαπραγματευτεί το “τραύμα”. Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το αν παραμένει ή απομακρυνθεί από τη φυσική του οικογένεια. Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως “θεραπευτική” θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής μονάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. Κάθε χειρισμός που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον είναι αποτέλεσμα γνώσεων και πραγματοποιείται με μέτρο το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας. Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ των θεραπευτών και της οικογένειας, με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο. (Αβραμικά, 2013)

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με την οικογένεια συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών. Τέλος, η θεραπεία (ατομική ή οικογενειακή) θα βοηθήσει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να ανεχθούν μια κακοποίηση και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούργιους διορθωτικούς μηχανισμούς. Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι (Φερέτη Ειρήνη, 1998): η φύση του βασικού προβλήματος (είδος κακοποίησης, σοβαρότητα, χρονιότητα κ.λπ.), η επιθυμία των γονέων να βοηθούν, η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση και η επάρκεια των πηγών βοήθειας.

Η θεραπευτική παρέμβαση σε περιπτώσεις σεξουαλικής παραβίασης από άτομο έξω από την οικογένεια είναι λιγότερο πολύπλοκη από εκείνη που πραγματοποιείται μέσα στην οικογένεια. Η διαφορά του “έξω” από το “μέσα” συνίσταται στη λιγότερη ενοχοποιητική οικογενειακή λειτουργία, στην προστασία του παιδιού από τους γονείς, στην έλλειψη επιπτώσεων στο παιδί από την έλλειψη θεραπευτικής παρέμβασης στον υπεύθυνο ενήλικα. Έτσι, η αποδοχή του γεγονότος από τους γονείς και τους αρμόδιους φορείς και η σύλληψη του υπαιτίου, εφ’ όσον επιτυγχάνεται, λειτουργούν θεραπευτικά για το παιδί. Παρ’ όλο που ο κίνδυνος έχει παρέλθει, τα παραπάνω δεν αρκούν, εφ’ όσον το τραύμα του παιδιού και της οικογένειας παραμένει και πρέπει να εκφραστεί. Κλασικές μέθοδοι όπως η οικογενειακή θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η παιγνιοθεραπεία και ψυχοθεραπεία του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του καθώς και η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές.

Στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης μέσα στην οικογένεια, το να γίνει πιστευτή η αποκάλυψη του παιδιού από την άμεση οικογένεια, είναι βασική προϋπόθεση για την έκβαση αλλά και για τη μορφή της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Η ψυχοπαθολογία του υπαιτίου ενήλικα, συνήθως πατέρα, της μητέρας και η διαταραχή της οικογενειακής λειτουργίας διαμορφώνουν το πλαίσιο της έκβασης.

Η προστασία του παιδιού-θύματος σε πλαίσιο παιδικής προστασίας, όταν χρειάζεται, αποτελεί μέρος από τη θεραπεία, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι το πρώτο πλαίσιο να έχει τη μορφή του "ξενώνα-κρίσης", έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο. Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνδέεται με την αποκάλυψη, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο διαγνωστικής διερεύνησης. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του "ξενώνα-κρίσης" είναι άλλη βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση, η επιστήμη και η καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις σε αυτό το στάδιο.

Το ποινικό σκέλος πρέπει να αποτελεί μέλος του θεραπευτικού περιεχομένου για το θύμα, τον υπεύθυνο, και ολόκληρη την οικογένεια. Το αστικό σκέλος, με τη μορφή ασφαλιστικών μέτρων για την προσωρινή αφαίρεση της γονεϊκής μέριμνας, εφ' όσον αυτή αναθέτει σε φορέα παιδικής προστασίας, θα πρέπει να εξασφαλίζει απόλυτα το συμφέρον του παιδιού, όχι μόνο για προστασία αλλά και για ανάπτυξη και εξέλιξη, να εμπεριέχει περιοδικές πλήρεις αξιολογήσεις ανά τρίμηνο, στις οποίες το ίδιο το παιδί θα έχει ουσιαστικό ρόλο. Διάφορες θεραπευτικές δυνατότητες με την πιο κλασική έννοια είναι : η ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, θεραπεία μέσω της τέχνης βασισμένη στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω τεχνικών όπως ο χορός, η μουσική, η ζωγραφική, το θέατρο και άλλες μορφές έκφρασης, η θεραπεία ομάδας για παιδιά και εφήβους με διάφορους προσανατολισμούς ,η οικογενειακή θεραπεία με διάφορα σχήματα η οποία όμως προϋποθέτει: την αναγνώριση της πράξης από τον ενήλικα υπεύθυνο, συνήθως πατέρα, την αναγνώριση από τον άλλο γονέα της ευθύνης του για τη μη προστασία του παιδιού, είτε από παθητική εμπλοκή (άρα συνενοχή), την αναγνώριση της παθολογικής δυσλειτουργίας από τα μέλη της οικογένειας. (Φερέτη Ειρήνη, 1998)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

### 3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Όσον αφορά την ευθύνη των επαγγελματιών του τομέα υγειονομικής περίθαλψης, εμπίπτουν στην αρμοδιότητά τους αρκετά καθήκοντα, μεταξύ των οποίων η παρακίνηση των γονέων να δέχονται βοήθεια, η παρακολούθηση της αντιμετώπισης της περίθαλψης και η παρακολούθηση περιπτώσεων υψηλού κινδύνου. Αναγνώρισαν την εκ του νόμου ευθύνη τους να ελέγχουν εάν οι ανάγκες του παιδιού, όπως ορίζει η Παγκόσμια Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού πληρούνται. Οι δημόσιοι υγειονομικοί εργαζόμενοι των παιδιών προσπαθούν επίσης να βοηθήσουν άλλους επαγγελματίες (π.χ. εκπαιδευτικούς) να αποκτήσουν μεγαλύτερη εξειδίκευση στον τομέα των κακοποιημένων παιδιών. (Manuela WA Schols, 2013)

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι πολυδιάστατος στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, καθώς πέρα από την αξιολόγηση του περιστατικού θα πρέπει να το αναφέρουν σε φορείς που σχετίζονται με την προστασία του παιδιού, αλλά και να αναλάβουν την αποκατάσταση της υγείας του παιδιού και την παροχή οποιασδήποτε συμβουλευτικής και ψυχολογικής βοήθειας προς το ίδιο το παιδί, ή ακόμα και την οικογένειά του. Στα πλαίσια του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης, περιλαμβάνονται οι ακόλουθες αρμοδιότητες: σημαντικό είναι οι επαγγελματίες υγείας να έχουν ένα ρόλο υποστηρικτικό και όχι ανακριτικό προς τα παιδιά. Οι ερωτήσεις που γίνονται προς τα παιδιά θα πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην φοβούνται να απαντήσουν, αλλά να αισθάνονται ασφάλεια και έτσι, να αποκτήσουν όσο περισσότερες πληροφορίες μπορούν. Οι επαγγελματίες υγείας είναι εκπαιδευμένοι και σε πολλές χώρες είναι εξειδικευμένοι στη διαχείριση της παιδικής κακοποίησης, με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να τους παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον προς τα παιδιά ώστε να μιλήσουν μαζί τους για περιστατικά που μπορεί να τους κάνουν να νιώθουν άβολα. (Newton S. G., 2010).

Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής σε κάθε περίπτωση κακοποίησης πρέπει να προστατεύει το παιδί, να του εξασφαλίζει την κατάλληλη φροντίδα και προσοχή, να καταγράφει και να αναφέρει ευρήματα κακοποίησης, να συνεργάζεται με πιο έμπειρο προσωπικό και άλλους επαγγελματίες υγείας π.χ ιατρούς, φαρμακοποιούς, να ακολουθεί την δεοντολογία και τις απαραίτητες κατευθυντήριες οδηγίες, να υπερασπίζεται τα παιδιά και να μην είναι επικριτικός ως προς τους φροντιστές αυτών. Για την πραγματοποίηση των παραπάνω θα πρέπει να χρησιμοποιεί δεξιότητες όπως η παρατήρηση, επικοινωνία, εμπειρία, διαίσθηση και να έχει κλινική γνώση. Προειδοποιητικά σημάδια τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλύψουν κάποιο επεισόδιο κακοποίησης είναι οι μώλωπες στο σώμα ενός παιδιού και γενικά η ύποπτη εικόνα τραυματισμών δηλαδή συγκεκριμένοι τραυματισμοί όπως το κάψιμο από τσιγάρο. Άλλα σημάδια είναι ψυχολογικής φύσεως όπως είναι η μη φυσιολογική συμπεριφορά του παιδιού, η ύποπτη αλληλεπίδραση του παιδιού με τους ενήλικες. Τέλος, πολύ βασικό είναι το ιατρικό

ιστορικό του παιδιού, δηλαδή εάν έχει εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο και ο λόγος για τον οποίο εισήχθη. (D. Fagan., 1998)

Για να μειωθεί ο επιπολασμός της παιδικής κακοποίησης, του συναφούς κόστους και ανθρώπινου πόνου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές προληπτικές στρατηγικές, από την πρωτοβάθμια έως δευτεροβάθμια στην τριτοβάθμια πρόληψη.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου για κακοποίηση παιδιών και την ανίχνευση περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών. Για την πρωτοβάθμια πρόληψη, οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης, όπως είναι η ενδοοικογενειακή βία, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων και οι κακές δεξιότητες γονέων επίσης, θα πρέπει να παροτρύνουν τους γονείς να αναζητούν προληπτική βοήθεια. Η δευτερογενής πρόληψη απευθύνεται σε συγκεκριμένους ενήλικες και παιδικούς πληθυσμούς που διατρέχουν κίνδυνο. Οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή μπορούν να χρησιμοποιήσουν διάφορες στρατηγικές που σχετίζονται με τη δευτερογενή πρόληψη, όπως η παρακολούθηση του παιδιού, η παραπομπή στις (ψυχικές) υπηρεσίες υγείας και η αναφορά στις υπηρεσίες προστασίας των παιδιών. Αναγνωρίζεται γενικά ότι τα εντοπισμένα και αναφερόμενα κρούσματα παιδικής κακοποίησης είναι μόνο μια μικρή αναπαράσταση των πραγματικών περιστατικών. Οι δημόσιοι νοσηλευτές υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εντοπίσουν σημάδια κακοποίησης παιδιών στη συμπεριφορά και την εμφάνιση του παιδιού αλλά και στη συμπεριφορά της οικογένειας, θα βασίζονται επίσης στην απόκτηση γνώσεων από τρίτους. (Manuela WA Schols, 2013)

Η λήψη του ιστορικού και η κλινική εξέταση του παιδιού από έναν παιδίατρο, μπορεί να διαπιστωθεί κατά πόσο τα συμπτώματα εντάσσονται στα πλαίσια της κακοποίησης. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι το παιδί έχει κακοποιηθεί και υπάρχουν αδέρφια του θύματος, τότε προτείνεται η εξέταση και των λοιπών αδερφών, κατά το ίδιο διάστημα που πραγματοποιήθηκε η κακοποίηση του παιδιού. Με σκοπό την αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της κακοποίησης του παιδιού, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού αλλά και η ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι γονείς του παιδιού (ή/και αδέρφια), κατά το διάστημα της κακοποίησης. Επίσης, θα πρέπει να γίνει ψυχιατρική εκτίμηση της κατάστασης των γονέων, εφόσον αυτή κρίνεται απαραίτητη. Τέλος, η αξιολόγηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της οικογένειας από έναν κοινωνικό λειτουργό, με στόχο να διαπιστωθεί το υπόβαθρο της οικογένειας, αλλά και οι ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998)

Οι επαγγελματίες της υγείας που εργάζονται με και για παιδιά είναι εκείνοι που μπορούν να αναγνωρίσουν σημάδια πιθανής κακοποίησης ή παραμέλησης, να διερευνήσουν το περιστατικό ανάλογα με την ειδικότητά τους και να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού. Μια αποτελεσματική ανταπόκριση σε ένα περιστατικό κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού είναι μια έγκαιρη και αντικειμενική διαχείριση που ελαχιστοποιεί το τραύμα στα παιδιά και τις οικογένειες τους. Η αποτελεσματική ανταπόκριση μπορεί να εμποδίσει περαιτέρω κακοποίηση των παιδιών και να φέρει τους δράστες ενώπιον της δικαιοσύνης. (Γυφτοπούλου Αγγελική, 2013)

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλεύτες, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρότι οι νοσηλεύτες είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλεύτες να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με "τραύμα" (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Ο πιο σημαντικός ρόλος για έναν νοσηλευτή είναι να εξασφαλίσει την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού. Κατά καιρούς, ο νοσηλευτής με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί επίσης να συλλέγει και να διατηρεί τα ιατροδικαστικά στοιχεία. Η πιο κοινή θέση για να ζητήσει βοήθεια για τα παιδιά και τις οικογένειές τους είναι η ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Νοσηλεύτες συναντούν κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, επείγοντα κέντρα φροντίδας και κλινικές. Οι νοσηλεύτες μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην παροχή βοήθειας σε αυτά τα παιδιά και τις οικογένειές τους, ενεργοποιώντας μια ομάδα ανθρώπων, οι οποίοι θα απαντήσουν με την αποκάλυψη του παιδιού. (Stavrianiropoulos Theodosios, 2012)

Όταν η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης είναι αποδεκτή και πλήρως τεκμηριωμένη ο νοσηλευτής σύμφωνα με την (Dewit S., 2013) μπορεί να συμμετέχει ενεργά στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Αρχικά, είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα τραύματα του παιδιού πιθανόν θα χρειαστούν φαρμακευτική φροντίδα και ιατρική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντικό να προσεγγίσει τους γονείς για να καθοριστούν τα επόμενα βήματα ειδικά όταν η διάγνωση δεν έχει καταδείξει τους ίδιους ως υπεύθυνους. Το παιδί μπορεί να μιλήσει με τον νοσηλευτή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και γι' αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει πως δεν είναι το ίδιο το παιδί υπεύθυνο για την κακοποίηση που έχει υποστεί. Η (Dewit S., 2013) τονίζει πως ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει το παιδί να μιλήσει για τους φόβους και τα προβλήματά του δίχως να φοβάται πως θα τιμωρηθεί για την ανοχή και την στάση του απέναντι στο άτομο που το κακοποιεί. Ένα άλλο σημείο που οφείλει να προσέξει ο νοσηλευτής είναι η εκτίμηση της οικογένειας αναφορικά με το αν είναι σε θέση να χειριστεί την κατάσταση και στη συνέχεια να εκπαιδεύσει τους γονείς για την αντιμετώπιση της κατάστασης ή ακόμα και να τους παραπέμψει σε διάφορες υπηρεσίες οι οποίες θα βοηθήσουν τα παιδιά και τους γονείς του. Η (Dewit S., 2013) θεωρεί πολύ σημαντική την επαναξιολόγηση τόσο της ασφάλειας του παιδιού όσο και τους χειρισμούς της οικογένειας ώστε να μην υπάρξουν ανάλογα περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς στο μέλλον. Είναι ορθό να ζητήσει ο νοσηλευτής βοήθεια και στήριξη από άλλους ειδικούς όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς ή επισκέπτες υγείας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες σύμφωνα με τον (Κουρκουτάς Η., 2011) θα κρίνουν και θα αποφασίσουν αν το παιδί έχει ανάγκη να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από την οικογένεια. Ο (Kneils C., 2009) και οι συνεργάτες του επεκτείνουν το ρόλο του νοσηλευτή και τονίζουν πως μπορούν να

δημιουργηθούν ομάδες υποστήριξης τέτοιων παιδιών. Επίσης, είναι σε θέση να δραστηριοποιηθούν και να ενημερώσουν τον κόσμο για τα στοιχεία της παιδικής κακοποίησης όπως και για τις ενδεδειγμένες κινήσεις όταν κάποιος αντιλαμβάνεται περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Ακόμη, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για το θέμα και να έχει το απαιτούμενο υπόβαθρο γνώσεων ώστε να συμμετέχει στην πρόληψη και στη θεραπεία. Σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να συμμορφώνονται προς τους νόμους της πολιτείας αλλά και να επιμορφώνονται συνεχώς για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν παιδιά που έχουν υποστεί κάθε είδους κακοποίηση. Θεωρείται πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές να έχουν την ικανότητα να σχεδιάζουν παρεμβάσεις που θα μετακινήσουν το παιδί να μιλήσει ανοιχτά αφού η αποκάλυψη είναι το πρώτο βήμα για τη θεραπεία. Η χρήση παιχνιδιών ή της τέχνης μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην θεραπεία όπως και η ενθάρρυνση των παιδιών για καταγραφή των συναισθημάτων τους, από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα ημερολόγιο το οποίο θα αμβλύνει τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού. Η παιδική κακοποίηση δεν εστιάζεται μόνο σε σωματικά τραύματα και ενδείξεις αλλά αφορά και την ψυχολογική – συναισθηματική κατάσταση ενός παιδιού που είναι ευάλωτο και ανήμπορο να αμυνθεί. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να αντιμετωπίσει συνολικά την κατάσταση και να θωρακίσει το θύμα σωματικά και ψυχικά.

Οι κλινικοί στόχοι αποτελούνται από την πρόληψη της κακοποίησης παιδιών σε όλες τις μορφές της με την κατανόηση του προβλήματος και με την υποστήριξη επαγγελματιών που ασχολούνται με τη φροντίδα των παιδιών. Έγκαιρη ανίχνευση και άμεση διαχείριση για την αποφυγή ή τη μείωση της πιθανότητας τραυματισμών που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των παιδιών και μεταβάλλουν τη δυναμική της οικογένειας. Άμεση και ολοκληρωμένη περίθαλψη (ιατρική, κοινωνική, νοσηλευτική, ψυχολογική, εκπαιδευτική και νομική, αν είναι απαραίτητη) των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί και των οικογενειών τους. Τέλος, αποκατάσταση των παιδιών και των οικογενειών τους ή των κηδεμόνων τους, που πάντα αναζητούν οικογενειακή ολοκλήρωση. (Arturo Loredó Abdalá, 2016)

Ένας νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με διαταραχές που μπορούν να επηρεάσουν τα παιδιά και τους έφηβους. Επίσης, θα πρέπει να έχει επαρκείς γνώσεις πάνω σε μηχανισμούς για την κατάλληλη εξέταση, διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών των συνθηκών. Παρόλο που τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρή βλάβη ενδεικτική κατάχρησης, έχει διαπιστωθεί ότι, συχνά τα παιδιά παρουσιάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης ή στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας με τραυματισμούς που συνάδουν με κακοποίηση, αλλά δεν εντοπίζεται η διάγνωση της κατάχρησης. (Laura Caneira & Karen M. Myrick, June 2015)

Η κακοποίηση των παιδιών δεν χαρακτηρίζεται από ένα απομονωμένο οξύ περιστατικό. Μπορεί να μεν να περιλαμβάνει ένα περιστατικό ή να συμβεί σε μια χρονική περίοδο, αλλά οι συνέπειες μπορούν να επηρεάσουν τα θύματα και τις οικογένειες στην οξεία φάση και αργότερα στη μετέπειτα ζωή. Πολλά πιθανά αποτελέσματα κατάχρησης και αμέλειας περιλαμβάνουν φτωχές χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, διαταραχές συναισθηματικής και ψυχικής υγείας όπως διαταραχή μετατραυματικού στρες, κοινωνικές δυσκολίες, συμμετοχή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και επίδειξη προβλημάτων συμπεριφοράς. (Laura Caneira & Karen M. Myrick, June 2015)

Ο καλύτερος οδηγός για την θεραπευτική αντιμετώπιση και το σχεδιασμό φροντίδας θεωρείται η έγκαιρη εκτίμηση των συναισθημάτων του κακοποιημένου παιδιού μετά από τα βιωματικά

τραυματικά γεγονότα. Έτσι, μετά την εκτίμηση του τραυματικού γεγονότος παρέχεται η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Στη περίπτωση αυτή, στόχος είναι η πρόληψη συμπτωμάτων μετά το τραυματικό γεγονός, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της κακοποίησης όπου επηρεάζουν το παιδί σωματικά και ψυχικά και τέλος, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού και κυρίως η προσαρμογή του ξανά στο κοινωνικό σύνολο. (D. Fagan., 1998)

### 3.1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση και στις ανάγκες των εκατομμυρίων παιδιών και εφήβων που υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση ανά τον κόσμο. (Elena T. Broaddus-Shea και Kerry Scott β Megin Reijnders cAvni Amin., 2019)

Οι δράστες της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών είναι συνήθως γνωστοί στην οικογένεια και μπορεί επίσης να έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία. Αυτό το γεγονός πρέπει να γίνει κατανοητό από όλους τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να αποφευχθούν οι μελλοντικοί δράστες από την έναρξη της κακοποίησης. Ως εκ τούτου, απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευση σε αυτή την πτυχή. Η συμπεριφορά και οι πρακτικές των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης για κακοποίηση παιδιών διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό περιπτώσεων κακοποίησης. Η ανάγκη βελτίωσης της γνώσης δείχνει ότι οι επαγγελματίες δεσμεύονται να μάθουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (M. G. Sathiadass, 2018)

Οι νοσηλευτές έχουν τη μοναδική ευκαιρία να γίνουν η πρώτη γραμμή υπεράσπισης για την σεξουαλική κακοποίηση των νέων θυμάτων. Ένας επαγγελματίας νοσοκόμος μπορεί να σώσει μια ζωή θύματος σεξουαλικής εκμετάλλευσης απλά με την εκπαίδευση του σχετικά με την περίπτωση, τους παράγοντες κινδύνου, τα σημάδια της αναγνώρισης ενός θύματος και την εφαρμογή αυτών των γνώσεων στην πράξη. Η τυποποίηση της χρήσης εργαλείων ταχείας αξιολόγησης για την εξέταση των θυμάτων διακίνησης σεξ στην πρακτική τους και η υποστήριξη ενός εθνικού μητρώου δεδομένων για τα θύματα αυτά θα συμβάλουν επίσης στην επαρκή προστασία αυτών των θυμάτων. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. , 2019)



Όταν μια νοσηλεύτρια υποψιάζεται ότι ένα παιδί έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά, θα πρέπει να κάνει στο παιδί ερωτήσεις κατάλληλες για την ηλικία του και σχετικές με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Αν γίνει η γνωστοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης, θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες παραπομπές και να συλλεχθούν τα κατάλληλα ιατροδικαστικά στοιχεία για την αποκάλυψη στις κατάλληλες αρχές. Εάν το παιδί αρνείται τη σεξουαλική δραστηριότητα, αλλά η νοσηλεύτρια συνεχίζει να υποψιάζεται σεξουαλική κακοποίηση, με βάση φυσικές αποδείξεις ή την συμπεριφορά του παιδιού ή και τα δύο, οι κοινωνικοί φορείς θα πρέπει να ενημερωθούν. Αποδεικτικά στοιχεία θα πρέπει να συλλέγονται, αν είναι δυνατόν. Κοινωνικοί φορείς θα διεξάγουν έρευνα του σπιτιού, της οικογένειας και των περιστάσεων. Οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να φοβούνται, ζητώντας έρευνα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες έχουν βάσιμες υποψίες απλά δεν έχουν αποδείξεις. (Stavrianipoulos Theodosios, 2012)

Όλες οι περιπτώσεις των υπόπτων κακοποίησης παιδιών θα πρέπει να αναφέρονται στις αρμόδιες αρχές. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αποκτήσει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και τη συλλογή των αποδεικτικών στοιχείων συμμετέχοντας σε μια σεξουαλική ανακριτική πορεία με παιδιατρική εστίαση. Η νοσηλεύτρια παρέχει ένα κρίσιμο ρόλο στον εντοπισμό των θυμάτων των παιδιών από σεξουαλική κακοποίηση, παραπέμποντας αυτά τα παιδιά για φροντίδα και προστασία από τις περαιτέρω σωματικές και ψυχολογικές βλάβες. (Stavrianipoulos Theodosios, 2012)

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).

Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί ίσως την πιο αποτρόπαιη 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. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται όταν το παιδί εκφράζει παράπονα για το ουροποιητικό σύστημα ή συμπεριφορές που ενισχύουν τις ανησυχίες για σεξουαλική κακοποίηση. 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. Επιπρόσθετα πιθανά σημεία σεξουαλικής κακοποίησης είναι τα εσώρουχα που φέρουν ίχνη αίματος ή είναι σχισμένα και η δυσσομία των γεννητικών οργάνων. 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 παιδί κακοποιημένο σεξουαλικά 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., 2000)

Στη σεξουαλική κακοποίηση βάση των νοσηλευτικών διαγνώσεων που περιγράφηκαν παραπάνω, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη του κακοποιημένου παιδιού, να παρέχει ασφάλεια στο παιδί και να περιποιηθεί τα πιθανά τραύματα του. Επίσης, χρειάζεται να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές, να συλλεχθούν στοιχεία για ιατροδικαστική έρευνα, να καταγραφεί αμερόληπτα η συμπεριφορά του παιδιού και των γονιών και να συμμετέχει στην ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση του περιστατικού. (Adams J.A., 2007)

Οι νέοι χρειάζονται περιεκτική υποστήριξη μετά από σεξουαλική επίθεση για την αντιμετώπιση υψηλών επιπέδων προϋπάρχουσας ευπάθειας και ψυχολογικής συννοσηρότητας και για την αποτροπή της επανειλημμένης θυματοποίησης. Πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη αναγνώριση αυτών των θεμάτων στις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες και στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Απαιτείται σαφέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων για τους άνδρες εφήβους και τους ευρωπαϊούς εθνοτικούς πληθυσμούς. Η πρόσβαση και η αξιολόγηση παρεμβάσεων για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών μετά τη σεξουαλική βία κατά την εφηβεία αποτελούν προτεραιότητες. Επίσης, θα πρέπει να διερευνηθεί η σκοπιμότητα και η αποτελεσματικότητα των στοχοθετημένων προγραμμάτων πρόληψης για όσους κινδυνεύουν από επίθεση. (Sophie Khadr, 2018)

### 3.1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Είναι δύσκολο να διαπιστωθεί εάν ένα τραύμα είναι αποτέλεσμα τυχαίου τραυματισμού ή έχει προκληθεί από σωματική κακοποίηση. Γι αυτό το λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στην εκτίμηση οποιουδήποτε τραύματος. Κατά τη λήψη του ιστορικού οι νοσηλευτές θα πρέπει να θέσουν μια σειρά ερωτήσεων για να μπορέσουν να διαπιστώσουν αν το παιδί έχει κακοποιηθεί. Κατά τη φυσική εξέταση θα πρέπει να καταγράφονται όλοι οι τραυματισμοί με λεπτομέρεια ως προς την τοποθεσία τους, το μέγεθος και το χρώμα τους ενώ αν υπάρχουν εγκαύματα θα πρέπει να καταγράφεται η ύπαρξη φλυκταινών.

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 σωματικής κακοποίησης .

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. Σαν κύριο στόχο θα πρέπει ο νοσηλευτής να έχει ως γνώμονα την ασφάλεια και τη στήριξη του παιδιού και την ενθάρρυνσή του να εκφράσει τα συναισθήματά του.

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 έφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα. (Kaczor K., 2006)

### 3.1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

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. Εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, αυτοκτονικούς ιδεασμούς, 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 για 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. 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. (Γιωτάκος, 2011)

### 3.1.4 Ο ΟΡΟΣ «ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ» ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Πέρα από την παρουσία πραγματικών δεξιοτήτων στη δράση, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τη διαίσθησή τους ως μια ασυνείδητη, αυτόματη και σημαντική πτυχή στην ανίχνευση περιστατικού κακοποίησης παιδιού. Σε περίπτωση που οι νοσηλευτές βιώσουν αυτά τα διαισθητικά συναισθήματα αντιλαμβάνονται ότι υπάρχει περιστατικό κακοποίησης. Έτσι το επόμενο βήμα τους είναι μια προσπάθεια συλλογής περαιτέρω ενδείξεων. (Manuela WA Schols, 2013)

Ειδικότερα, αυτά τα διαισθητικά συναισθήματα αποτελούν συχνά την αφετηρία μιας συστηματικής έρευνας η οποία προτρέπει την επικοινωνία νοσηλευτών με τους γονείς και την αναζήτηση στοιχείων και πληροφοριών μέσω της άμεσης παρατήρησης. Οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι πολύ σημαντικές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των γονέων οι οποίες πραγματοποιούνται ακούγοντας, ρωτώντας τις σχετικές ερωτήσεις με σεβασμό. (Manuela WA Schols, 2013)

### 3.1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτές που προσεγγίζουν και νοσηλεύουν κακοποιημένα παιδιά είναι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής έρχεται συχνά σε επαφή με ένα κακοποιημένο παιδί, ειδικότερα εάν αυτό νοσηλεύεται σε κάποια κλινική. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην επικοινωνία του με το παιδί και να το βοηθήσει ώστε να τον εμπιστευτεί και να μιλήσει μαζί του. Στην συνέχεια, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει το παιδί ώστε να αποκτήσει πάλι την αυτοεκτίμησή του και να νιώσει πάλι ασφαλές και χωρίς φοβίες και διαταραχές. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην αποκατάσταση της ψυχικής ευεξίας ενός κακοποιημένου παιδιού και ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνεισφέρει προς την αντιμετώπισή της. Η παροχή βοήθειας με στόχο την επαναπροσαρμογή του παιδιού στην καθημερινότητά του. Σε πρώτο στάδιο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συλλέξει όλα τα απαραίτητα στοιχεία που δίνουν πληροφορίες για την προσωπικότητα του παιδιού, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, τις σχέσεις του με τους άλλους, την σχολική του επίδοση και με ποιον τρόπο αντιμετωπίζει τις δύσκολες καταστάσεις στην καθημερινότητά του. Στην συνέχεια λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με σωματικά και ψυχικά προβλήματα, με διαταραχές που μπορεί ήδη να έχει το παιδί, ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός επικινδυνότητας να πέσει θύμα κακοποίησης. (Herbert, 1997)

Η ψυχιατρική νοσοκόμα αντιμετωπίζει τρομακτικές και πολύπλοκες προκλήσεις στο περιβάλλον των χρηστών παιδικής ψυχικής υγείας. Όχι μόνο χρειάζονται υποστήριξη και φροντίδα τα παιδιά που νοσηλεύονται για θεραπεία ψυχικών ασθενειών αλλά αναμένεται επίσης να διαχειριστούν

διοικητικά καθήκοντα, να επιτρέψουν σε χρήστες ψυχικής υγείας, να παρακολουθήσουν συναντήσεις, να διανείμουν φάρμακα και να επικοινωνήσουν με χρήστες ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι ψυχιατρικοί νοσηλευτές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη διαχείριση του περιβάλλοντος χώρου και των θεμάτων προσωπικού, με αποτέλεσμα να υπάρχει ελάχιστος χρόνος για την ανάπτυξη και διατήρηση θεραπευτικών σχέσεων ασθενών με αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό . (Perrene Dale Joubert & Raisuyah Bhagwan., 2018)

Παρόλα αυτά, οι ρόλοι που διαδραματίζουν οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είναι πολύπλευροι και η απαίτηση να δουλεύουν θετικά με παιδιά που παρουσιάζουν ποικίλα θέματα ψυχικής υγείας τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και στο εξωτερικό. Επιπλέον, παράγοντες όπως το ανεπαρκές προσωπικό και ο αυξημένος φόρτος εργασίας προσθέτουν στους παράγοντες άγχους σε οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις. (Perrene Dale Joubert & Raisuyah Bhagwan., 2018)

Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αναφέρεται σε ψυχίατρο, ιατρό, νοσηλευτή, επαγγελματία θεραπευτή, ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό, εκπαιδευμένο και ικανό να παρέχει τις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας, περίθαλψης και αποκατάστασης (νόμος αριθ. 17 περί ψυχικής υγείας αριθ. 17 του 2002).

Ο χρήστης φροντίδας ψυχικής υγείας είναι "ένα πρόσωπο που λαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης ή χρησιμοποιεί ιατρική υπηρεσία σε ιατρείο με σκοπό την ενίσχυση της κατάστασης ψυχικής υγείας του χρήστη" (νόμος περί ψυχικής υγείας αριθ. 17 του 2002).

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αναφέρεται στη φροντίδα που παρέχεται μόλις περάσει η κρίση και το παιδί φαίνεται να έχει μετριάσει, η έμφαση αλλάζει στην αποκατάσταση και επιστρέφει το παιδί σε μια φυσιολογική και ουσιαστική ζωή στην κοινότητα. (Perrene Dale Joubert & Raisuyah Bhagwan., 2018)

### 3.1.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η βία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, επηρεάζει τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα και σχετίζεται με την απουσία του σχολείου, τη διατήρηση της τάξης, την εγκατάλειψη και την κατώτερη ακαδημαϊκή επίδοση. Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών (πριν από την ηλικία των 18 ετών) βιώνεται περίπου στα κορίτσια (10-20%) και στα αγόρια (5-10%) σε όλο τον κόσμο. Οι δράστες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης κοριτσιών και αγοριών μπορούν να είναι ενήλικες (όπως μέλη του νοικοκυριού, συγγενείς, οικογενειακοί φίλοι, δάσκαλοι) όπως και συνομήλικοι. Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη στρατηγική για την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, μέχρι σήμερα, ήταν μέσω σχολικών πρωτοβουλιών που περιλαμβάνουν τη σχολική πολιτική και το πρόγραμμα σπουδών. Τα σχολεία είναι βασικοί φορείς για την αντιμετώπιση μιας σειράς ζητημάτων που επηρεάζουν την ευημερία των παιδιών. (Kerryann Walsh-Leisa Brandon-Λίζα-Ανι Τζέιμς Κρούκ., 01 ΙΟΥΛΙΟΥ 2019)

Σε διεθνές επίπεδο, οι σχολικοί νοσηλευτές εργάζονται στα σχολεία και στην κοινότητα και είναι ιδανικά τοποθετημένοι για να εντοπίζουν και να εργάζονται με παιδιά και εφήβους που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. , 2019)

Ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται να διαθέτει γνώσεις, ειδικές παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας και κυρίως θέληση για το αντικείμενο αυτό. Στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή-εκπαιδευτή συμπεριλαμβάνονται η ενεργητικότητα, η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς επίσης και η δεξιοτεχνία του στη μη λεκτική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι ένα σημαντικό κλειδί στη προσέγγιση του παιδιού. Ενθαρρυντικά σήματα και νεύματα είναι μερικές φορές αρκετά για να συνεχίσει ο ασθενής να μιλάει, να εκφράζει τους φόβους και τις απορίες του. Επίσης, στο πρόσωπο του νοσηλευτή δεν θα πρέπει να διακρίνει ο εκπαιδευμένος αποδοκιμασία και γενικά οποιαδήποτε αρνητική κίνηση. (Φουντούκη, 2012)

Οι νοσηλευτές του σχολείου παράσχουν άμεσες παρεμβάσεις σχετικά με την ψυχική και συναισθηματική υποστήριξη της υγείας, τις ανάγκες σωματικής υγείας, την προαγωγή της υγείας. Οι σχολικοί νοσηλευτές παρέχουν επεμβάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως σε επεισόδια οξείας ψυχικής υγείας και βία. Μια άλλη πτυχή στο ρόλο του σχολικού νοσηλευτή ήταν η παραπομπή των οικογενειών στην κοινωνική φροντίδα. Η κοινωνική φροντίδα μπορεί να οριστεί διεθνώς ως υπηρεσία για ευάλωτα παιδιά και ενήλικες που χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη από την τοπική αυτοδιοίκηση για λόγους όπως η κακή υγεία, η αναπηρία ή η έλλειψη στέγης όπου έχουν συνήθως κεντρικό ρόλο στην εκτίμηση του κινδύνου σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Η παραπομπή των γονέων στην κοινωνική φροντίδα ή σε παρόμοιες εξειδικευμένες υπηρεσίες θα μπορούσε να είναι δύσκολη καθώς οι νοσηλευτές φοβόντουσαν συχνά την γονική ανταπόδοση. Οι σχολικές νοσοκόμες χωρίστηκαν ως προς το αν ο ρόλος τους ήταν να παρέχουν στους γονείς υποστήριξη, με μερικούς σχολικούς νοσηλευτές να αναφέρουν ότι δεν είχαν εκπαιδευτεί για τέτοιες οικογενειακές παρεμβάσεις. Τέλος οι νοσηλευτές του σχολείου εργάζονταν λιγότερο με την οικογένεια όταν το παιδί ήταν μεγαλύτερης ηλικίας. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. Journal of Pediatric Health Care, 2019)

### 3.1.7 ΜΕΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ-ΘΥΜΑΤΑ

Οι νοσηλευτές πρέπει να χρησιμοποιούν πλήθος μεθόδων και τεχνικών για την πραγματοποίηση των στόχων τους. Ο βασικός κανόνας είναι ο συνδυασμός των καταλληλότερων μεθόδων για την κάθε περίπτωση και ανάλογα με τον πληθυσμό. Τέτοιοι μέθοδοι είναι οι διαλέξεις, ατομική διδασκαλία, χρήση μέσων μαζικής επικοινωνίας, χρήση οπτικοακουστικών μέσων και ηλεκτρονικών υπολογιστών τέλος, ανάπτυξη ικανοτήτων. (Φουντούκη, 2012)

Στο παρελθόν, οι διαλέξεις αποτελούσαν τη μοναδική μέθοδο διδασκαλίας. Σήμερα, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη και οικονομική. Χρησιμεύουν στη μετάδοση πληροφοριών, ευαισθητοποιούν και προβληματίζουν, προσφέρονται για την εισαγωγή ευρύτερων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, επίσης, στην επεξήγηση πιο σύνθετων τεχνικών και μεθόδων και αποτελούν συχνά τη μόνη λύση, όταν το κοινό δεν είναι σε θέση να αξιοποιήσει άλλα μέσα. (Φουντούκη, 2012)

Στην μέθοδο της ατομικής διδασκαλίας ο νοσηλευτής και ο εκπαιδευόμενος (ασθενής) βρίσκονται «πρόσωπο με πρόσωπο». Μπορεί να διεξαχθεί τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι σε προγράμματα αγωγής υγείας στην κοινότητα ή κατά τη νοσηλεία κατ' οίκον. Αποτελεί τον μοναδικό τρόπο προσέγγισης όταν το ζήτημα με το οποίο θα ασχοληθεί είναι πολύ συγκεκριμένο και είναι δύσκολη η σύσταση ομάδας με την ίδια εκπαιδευτική ανάγκη. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος όσον αφορά τον εκπαιδευόμενο. Μπορεί να σχεδιαστεί με πλήθος τεχνικών, όπως διάλεξη, συζήτηση και οπτικοακουστικά μέσα. Η ατομική διδασκαλία μπορεί να τροποποιεί τις τεχνικές που χρησιμοποιεί κατά τη διάρκειά της ανάλογα με τις εκπαιδευτικές ιδιαιτερότητες και ανάγκες και να κατευθύνεται στην ουσία από τον εκπαιδευόμενο. Σαν μειονέκτημα θα μπορούσε να αναφερθεί το γεγονός ότι έχει μικρή αποδοτικότητα από την πλευρά του συνόλου και του κοινού καλού, καθώς εκπαιδεύεται μόνο ένα άτομο.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) στα πλαίσια της αγωγής υγείας προκειμένου να εμπλουτίσει τις άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Τα πιο συνήθη ΜΜΕ είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους - ανοιχτούς χώρους. Τα μέσα αυτά, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων. Η δύναμή τους, ειδικά της τηλεόρασης, είναι σημαντική όσον αφορά στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Στα οπτικοακουστικά μέσα συμπεριλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά π.χ. συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά π.χ. κασέτες, δίσκοι και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο π.χ. ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο και οπτικοί δίσκοι. Πολλοί ερευνητές δημιούργησαν βιντεοταινίες με σκοπό την αξιολόγηση της μεθόδου αυτής στην αγωγή υγείας. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των γνώσεων, κάτι

που συνήθως ελεγχόταν με τεστ πριν και μετά, αλλά και με συνεντεύξεις. Η Krouse σε μία μετά-ανάλυση 18 ερευνών υποστήριξε ότι η αγωγή υγείας με χρήση βίντεο, μπορεί εκτός από την παροδική αύξηση των γνώσεων να συμβάλει και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Η τεχνολογία της πληροφορίας, όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και το διαδίκτυο έχουν συμβάλει στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους και να μορφωθούν. Όσον αφορά στην αγωγή υγείας, υπάρχει πλήθος εκπαιδευτικών δίσκων (CD-ROM, DVD) που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία περιλαμβάνουν και τεστ ηλεκτρονικής μορφής ώστε ο εκπαιδευόμενος να ελέγχει τις γνώσεις του. Ο όρος «προγραμματισμένη εκμάθηση» (programmed learning), αδόκιμος ίσως ακόμα στην ελληνική πραγματικότητα, αναφέρεται στην εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε ειδικές μηχανές εκμάθησης, σε προγραμματισμένα τεστ και σε ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η χρήση του διαδικτύου προβλέπεται ότι στο μέλλον θα μπορεί να επηρεάζει τη συμπεριφορά του κοινού ακόμη και σε αποφάσεις που αφορούν στην υγεία του. Το παραπάνω υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αυτό-διδασκαλία. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί και από το νοσηλευτή προσαρμοσμένο σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας ή να προταθεί από αυτόν σαν συμπληρωματική διδασκαλία.

Η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων η εκμάθηση των οποίων στηρίζεται στην ανάπτυξη των κατάλληλων ικανοτήτων και στην πρακτική τους εξάσκηση. Η μέθοδος της ανάπτυξης ικανοτήτων περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο παρέχονται οι απαραίτητες εξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται από τους εκπαιδευτές η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα στον κάθε εκπαιδευόμενο να εφαρμόσει την τεχνική μπροστά στο υπόλοιπο κοινό.

Άλλες μέθοδοι αγωγής υγείας, που χρησιμοποιούνται όμως λιγότερο συχνά, είναι η εκμάθηση μέσα από παιχνίδια ρόλων, θεατρικές παραστάσεις, επιτραπέζια παιχνίδια, η παρατήρηση και αναζήτηση, σύμφωνα με την οποία «οι εκπαιδευόμενοι παρακινούνται να διαμορφώσουν τις δικές τους υποθέσεις και να τις ελέγξουν στην πράξη», η δουλειά σε ομάδες αλλά και η χρήση προτύπων. (Φουντούκη, 2012)

### 3.1.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ)

Ο κλάδος αυτός αποτελεί τη σύγχρονη και συντονισμένη πρακτική διασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ανθρώπους, τις οικογένειες αλλά και το σύνολο της κοινότητας, όπως είναι για παράδειγμα το σπίτι, η σχολική μονάδα, το περιβάλλον εργασίας κλπ, σύμφωνα



με τις εκάστοτε ανάγκες της υγείας τους. Δρα σαν τμήμα της ολικής αυτής πρακτικής η οποία υλοποιείται με βασικότερο στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Ο ρόλος της είναι να ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές όσο και για το παιδί το οποίο έχει γίνει δέκτης μιας μορφής κακοποίησης. Στο ρόλο των νοσηλευτών αυτών περιέχονται, ακόμα, τα εξής : Η διαδικασία πρόληψης κακοποίησης και ο περιορισμός της εξέλιξης της, περιορισμός των συνεπειών τέτοιων καταστάσεων ,διασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο παιδί, πληροφόρηση και κατάρτιση οικογενειών είτε ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής με στόχο την προαγωγή της κοινοτικής υγείας (Dewit S., 2013)

Για τους νοσηλευτές της δημόσιας υγείας, οι επισκέψεις στο σπίτι αποτελούν σημαντικό εργαλείο για την ανίχνευση της κακοποίησης των παιδιών (και των παραγόντων κινδύνου κατάχρησης παιδιών) συμβάλλει στην πρόληψη της κακοποίησης των παιδιών, Διαπιστώθηκε πως οι προγεννητικές και πρώιμες βρεφικές επισκέψεις στο σπίτι, σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα της κοινότητας, οδήγησαν σε βελτίωση της εγκυμοσύνης και των μεταγεννητικών αποτελεσμάτων για τις μητέρες και τα παιδιά . (Manuela WA Schols, 2013)

Σε μια επίσκεψη στο σπίτι πολλοί γονείς αντιδρούν διότι είτε δεν θέλουν εργαζόμενους στο σπίτι τους είτε ανησυχούν για πιθανό στίγμα. Η ατομική διαβούλευση είναι μια άλλη επιλογή, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μια σειρά από ρυθμίσεις (π.χ. κοινοτικό κέντρο, πρωτοβάθμια φροντίδα, προσχολική σχολή / νηπιαγωγείο, κλινική) και μπορεί να προγραμματιστεί να λάβει υπόψη τους περιορισμούς των γονικών χρόνων. Τα προγράμματα που παρέχονται από την ομάδα ικανοποιούν τις ανάγκες ορισμένων γονέων. Οι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης που παρέχονται σε μεγάλες ομάδες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ομαλοποίηση της στήριξης των γονέων και για να βοηθήσουν τους γονείς να δουν από πού μπορούν να επωφεληθούν από τον πρόσθετο προγραμματισμό . (Ronald J. Prinz, Ιανουάριος 2016)

Οι νοσοκόμες αναγνώρισαν επίσης τα οφέλη των επισκέψεων στο σπίτι. Στην Ολλανδία, κάποιες τυπικές επισκέψεις στο σπίτι πραγματοποιούνται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού. Επιπλέον, ένα εργαλείο ανίχνευσης κινδύνου κατάχρησης παιδιών πρέπει να ενσωματώνεται στο σύστημα επίσκεψης στο σπίτι. Ο Grietens ανέπτυξε μια κλίμακα για νοσηλευτές που επισκέπτονται το σπίτι για τον εντοπισμό των κινδύνων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης σε μητέρες με νεογέννητο παιδί, τον Early Risks of Physical Abuse and Neglect Scale (ERPANS).

Τα υποσύνολα ERPANS "κοινωνική απομόνωση", "παραμορφωμένη επικοινωνία" και "ψυχολογικά προβλήματα" μπόρεσαν να κάνουν διακρίσεις μεταξύ των μη καταχρηστικών και των πρόσφατα καταχρηστικών μητέρων.

Μια άλλη προσπάθεια για τη βελτίωση της δημόσιας αξιολόγησης κινδύνου των νοσοκόμων για την υγειονομική περίθαλψη των παιδιών και των αναπτυξιακών προβλημάτων των παιδιών έγινε πρόσφατα από τους Staal et al. Ανέπτυξαν μια δομημένη συνέντευξη, τη Structured Problem Analysis of Raising Kids (SPARK), χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο τριών βημάτων. ανίχνευση, διευκρίνιση και ανάλυση .

Μετά την επίσκεψη στο σπίτι η νοσοκόμα ολοκληρώνει το SPARK με μια συνολική αξιολόγηση κινδύνου. Το SPARK απέδειξε ότι τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση βαθμολογήθηκαν σημαντικά χειρότερα στη συνολική εκτίμηση κινδύνου σε σύγκριση με τα παιδιά από οικογένειες υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης .

Η συνολική εκτίμηση κινδύνου του SPARK αποδείχθηκε επίσης ότι είναι προβλέψιμη για τις αναφορές σχετικά με την κατάχρηση των παιδιών στους επίσημους οργανισμούς παροχής στοιχείων .

Εκτός από τις επισκέψεις στο σπίτι, οι νοσηλευτές της δημόσιας υγείας αναλαμβάνουν επίσης το ρόλο του διαχειριστή της υπόθεσης, διατηρώντας επαφή με πάροχους φροντίδας που ασχολούνται με οικογένειες σε κίνδυνο, για να παρακολουθήσουν την ευημερία του παιδιού. (Manuela WA Schols, 2013)

### 3.1.8.1 Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η κοινότητα επιβολής του νόμου, η κοινότητα κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και η κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι εκπαιδευμένοι στο να ανταποκρίνονται σε σεξουαλικά εγκλήματα εις βάρος των παιδιών. Στις περισσότερες κοινότητες αυτά τα συστήματα λειτουργούν αποτελεσματικά. Ωστόσο, η ικανότητα για να περιηγηθούν μέσα από αυτά τα συστήματα μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για τα παιδιά και τις οικογένειες τους (Stavrianipoulos Theodosios, 2012)

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας είναι σπουδαίας σημασίας καθώς συμβάλει στην πρόληψη σε όλα τα επίπεδα, η οποία πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής που σκοπό έχει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων στο φυσικό τους περιβάλλον. Επικεντρώνεται στην πρόληψη και τις αντίστοιχες παρεμβάσεις αγωγής υγείας σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην παρέμβαση που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες σε έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, μεγαλύτερης ή μικρότερης επιρρέπειας. (Φουντούκη, 2012)

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διαπίστωση της νόσου και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Η ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο που γίνεται συνήθως σε Κέντρα Υγείας περιλαμβάνεται στην δευτερογενή πρόληψη. Η εκπαίδευση του

ασθενή στο νοσοκομείο, όπως επίσης και κατά την νοσηλεία κατ' οίκον έχει σαν στόχο την πρόληψη τυχόν επιδείνωσης της νόσου. (Φουντούκη, 2012)

Η τριτογενής πρόληψη αφορά στο στάδιο της αποκατάστασης και αποτελεί το πεδίο απασχόλησης των νοσηλευτών αποκατάστασης (rehabilitation nurses), για τα συστήματα υγείας που διαθέτουν τον κλάδο αυτό της νοσηλευτικής που αναλαμβάνει την αποθεραπεία του αρρώστου σε επίπεδο παροχής γνώσεων και φροντίδας. (Φουντούκη, 2012)

## 3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Οι ειδικοί που ασχολούνται με το θέμα της παιδικής κακοποίησης είναι πεπεισμένοι πως η δομή μίας κλινικής συνέντευξης με ένα πιθανό θύμα κακοποίησης πρέπει να είναι συγκεκριμένη και να πληροί κάποιες προϋποθέσεις για να είναι επιτυχημένη και αποκαλυπτική. Η διαδικασία θα πρέπει σύμφωνα με τον (Κουρκουτάς Η., 2011) θα πρέπει να είναι ίδια με αυτή που ακολουθείται σε κάθε ιατρική πάθηση αλλά επειδή πρόκειται για παιδιά να υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία και προσοχή για να μη θιχτούν ευάλωτα σημεία. Κάθε τραύμα και μώλωπας 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 απαραίτητες αυτές προϋποθέσεις είναι οι ακόλουθες (Dewit S., 2013): Οι ερωτήσεις να είναι ανάλογες με την ηλικία του παιδιού. Να είναι προσαρμοσμένες στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του εκάστοτε παιδιού, να είναι ανάλογες με το φύλο του παιδιού, να μην προσβάλλουν το παιδί, να μην φαίνεται από τη διατύπωση των ερωτήσεων ότι το παιδί είναι έστω και λίγο υπεύθυνο και ένοχο για όσα του συμβαίνουν, να σέβεται ο ειδικός τις θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις του παιδιού αλλά και της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί σε διάγνωση για παιδική κακοποίηση όταν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις. (Hogan M.A., 2012)

Προϋποθέσεις στην διάγνωση παιδικής κακοποίησης είναι οι σωματικές και συμπεριφοριστικές ενδείξεις όπως έχουν καθοριστεί παραπάνω, καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας, ασάφεια στην περιγραφή των γεγονότων, αντίσταση των γονέων να παραμείνει μόνο του το παιδί με τον νοσηλευτή ή τον θεράποντα ιατρό, αν υπάρχει πόνος ή άγχος δίχως φανερή αιτία, αν η σχέση του παιδιού με τους γονείς κρίνεται ως απόμακρη. (Hogan M.A., 2012)

Θα πρέπει, επίσης, να γνωρίζουμε πως σε χρόνια κακοποίηση ενός παιδιού εμφανίζονται τραυματισμοί διαφοροποιημένης χρονικής περιόδου ενώ η μέθοδος με την οποία συμπεριφέρονται οι γονείς στο παιδί δείχνουν εάν υφίσταται κακοποίηση είτε μια μορφή εγκατάλειψης. Είναι σημαντικό, ακόμα, να γνωρίζουν οι νοσηλευτές πως υφίστανται περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ιστορικό με ασάφειες το οποίο δεν ταιριάζει πλήρως με την κλινική εικόνα. Επιπλέον, υφίστανται βλάβες που υποχωρούν μόλις το παιδί εισέλθει στο νοσοκομείο καθώς εκεί μπορεί και ηρεμεί. Καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία αυτή παίζει και το βλέμμα αλλά και η έκφραση του παιδιού καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις το βλέμμα και η έκφραση είναι βασικά γνωρίσματα (Mandavia A., 2016)

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση συμπεριλαμβάνει το παιδί, την οικογένειά, το ατομικό προφίλ των γονέων (ή ατόμων που έχουν τη φροντίδα του παιδιού), καθώς και τη δυναμική της οικογένειας (σχέσεις, ρόλοι, τρόποι επίλυσης προβλημάτων, κ.α). Σημεία κίνδυνου μπορούν να φανερωθούν με την πρώτη επαφή από την αντίδραση των γονιών στην διαχείριση της κατάστασης καθώς και με την παρατήρηση της αλληλεπίδρασης γονιού- παιδιού. Η λήψη πληροφοριών από το παιδί οφείλει να γίνει με μεγάλη προσοχή. Επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία του νοσηλευτή με το παιδί χωρίς την παρουσία του γονιού/ φροντιστή. Η στάση, οι εκφράσεις και όλη η συμπεριφορά είναι κατευναστική και προσαρμοσμένη στο νοητικό και αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Το παιδί πρέπει να καθησυχαστεί και να καταλάβει ότι δεν φταίει αυτό για την κακοποίηση που υπέστη. (Kontaxakis, 2004)

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο προσδιορισμός των αιτιών του "τραύματος" στο παιδί. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να αναγνωριστούν άμεσα οι τραυματικές αντιδράσεις στο παιδί μετά την έκθεση του σε αυτό το γεγονός, τα συμπτώματα αλλά και τους κινδύνους που διακατέχουν το παιδί στην επαναληπτική έκθεση του σε αυτό το συμβάν. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συγκεντρώσουν έγκυρο νοσηλευτικό ιστορικό και πληροφορίες από έγκυρες πηγές. Ειδικότερα, συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με την προσωπικότητα του παιδιού, το περιβάλλον που βιώνει, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τυχόν δυσκολίες που βιώνει, αντιδράσεις απέναντι σε δυσχερείς καταστάσεις, αλλά και τη σχολική επίδοσή του.

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία, είναι η αναγνώριση για τυχόν σωματικά, ψυχικά και διανοητικά προβλήματα, επίσης την πιθανότητα να έχει κακοποιηθεί από τους ίδιους τους γονείς του ή ενήλικα άτομα από το κοινωνικό περιβάλλον όπως και συμμαθητές, φίλους. Παράλληλα θα πρέπει να λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα του τις καθημερινές συνήθειες αλλά και τις δραστηριότητες που ακολουθούσε πριν το τραυματικό γεγονός.

Το κυριότερο όμως είναι πως οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξετάζουν τη σχέση του παιδιού με τους γονείς του, την εξάρτησή τους και καταστάσεις που τυχόν αναφέρονται και φέρουν σε υποψία πως το παιδί βιώνει κάποιο είδος κακοποίησης από τους γονείς. Στη συνέχεια, κρίνεται απαραίτητο η επικοινωνία του παιδιού με τον νοσηλευτή εφόσον είναι σε δυνατή θέση να επικοινωνήσει ώστε να γίνει πλήρης καταγραφή παρατηρήσεων για ολοκληρωμένα στοιχεία για τη διαμόρφωση της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας στο παιδί, με σκοπό την ένταξη του προγράμματος στη καθημερινότητα του κατάλληλα έτσι ώστε να μη δημιουργηθούν προβλήματα προσαρμογής.

Αρχικά, ο νοσηλευτής είναι σημαντικό να συλλέγει στο νοσηλευτικό ιστορικό δεδομένα τα οποία έχουν άρρηκτη σχέση με το παιδί από πολλές και διαφορετικές πηγές οι οποίες είναι στη διάθεση του, ενώ είναι σημαντικό να ελέγξει αρχικά της αξιοπιστία της εκάστοτε πηγής. Η συλλογή δεδομένων ως επί το πλείστον επικεντρώνεται στην προσωπικότητα του εκάστοτε παιδιού, στις δυσμένειες και στις ικανότητες του, στο περιβάλλον στο οποίο ζει, στη σχολική του επίδοσή, στις σχέσεις του με τους γύρω του (συγγενείς, συμμαθητές, εκπαιδευτικούς κλπ), στις πιθανές δυσκολίες τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει στη ζωή του αλλά και στη μέθοδο με την οποία αντιδράει όταν αντιμετωπίζει παρόμοιας μορφής δύσκολες καταστάσεις (Kneils C., 2009).

Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν δεδομένα τα οποία έχουν άμεση σχέση με την ύπαρξη σωματικών, ψυχικών είτε διανοητικών ζητημάτων, η πιθανότητα θυματοποίησης είτε κακοποίησης του από τους γονείς είτε από κάποιον άλλον ενήλικα, είτε ακόμα και από συμμαθητές του, το επίπεδο ελέγχου το οποίο υφίσταται από τους γονείς του, το καθημερινό του πρόγραμμα το οποίο εφαρμόζει, τις συνήθειες τις οποίες είχε πριν από την κακοποίηση, αλλά και τις δράσεις τις οποίες επιθυμεί να ακολουθεί. Οι νοσηλευτές είναι σημαντικό να εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό και στην εξάρτηση των παιδιών αυτών από την οικογένεια τους είτε από εκείνους οι οποίοι το φροντίζουν στην περίπτωση στην οποία αναφέρονται σε γεγονότα κατά τη διαδικασία λήψης ιστορικού. Επομένως, στην περίπτωση στην οποία αυτό είναι εφικτό, είναι σημαντικό να προσπαθήσει ο νοσηλευτής να έλθει σε προσωπική επικοινωνία με το παιδί. Παράλληλα, είναι χρήσιμο να υλοποιείται πάντοτε λεπτομερειακή καταγραφή των παρατηρήσεων που θα γίνουν, προκειμένου να υφίστανται ολοκληρωμένα και επαρκή δεδομένα με στόχο να αξιοποιηθούν κατάλληλα στην οριοθέτηση ειδικού προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας, που θα ενσωματωθεί στην καθημερινή ζωή του, με βασικότερο στόχο να μην προκύψουν άλλα ζητήματα προσαρμογής. (Theoklitou D., 2011)

### 3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση πραγματοποιείται μέσα από τον προσδιορισμό της προόδου του ασθενούς, σύμφωνα με τις επιθυμητές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν επιλεγεί. Το συγκεκριμένο στάδιο υλοποιείται με την συλλογή δεδομένων μέσω της άμεσης παρατήρησης, της συνέντευξης καθώς και της ανασκόπησης του αρχείου υγείας του ατόμου. (Πατηράκη, 2014)

Σημειώνεται ότι, μόλις ολοκληρωθεί το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, η αλλαγή στη κατάσταση της υγείας του ασθενούς γίνεται φανερή. Ωστόσο, η αλλαγή αυτή μπορεί να είναι προς την επιθυμητή κατάσταση, μπορεί όμως και να μην είναι προς την αναμενόμενη. Στη προκειμένη περίπτωση, η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να τροποποιηθεί και ο νοσηλευτής να αναγνωρίσει και ενεργοποιήσει επιπρόσθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Παράλληλα, θα πρέπει να αναγνωριστούν και να καταγραφούν οι παρεμβάσεις που δεν επέφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα, με στόχο να μην επαναληφθούν στο νέο σχέδιο φροντίδας που θα ακολουθήσει ο ασθενής (Πατηράκη, 2014)

Ο πρώτος επαγγελματίας στον οποίο το παιδί ή ο έφηβος αποκαλύπτει τη σεξουαλική παραβίαση του μπορεί να εκπροσωπεί οποιοδήποτε κλάδο. Προϋπόθεση είναι να αισθάνεται το παιδί την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του, που θα διευκολύνει το κλίμα μέσα στο οποίο το παιδί θα καταθέσει το μυστικό του. Μπορεί να είναι δάσκαλος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, παιδίατρος, παιδοψυχίατρος, αστυνομικός, επισκέπτης υγείας, νοσηλευτής, κ.ά. Συνήθως έχει προηγηθεί υπαινιγμός για σεξουαλική παραβίαση σε συγγενικό ή οικείο άτομο με τη φροντίδα του οποίου το παιδί φθάνει στον ειδικό. Στο παιδί που υπάρχει υποψία να είναι θύμα σεξουαλικής

παραβίασης από άτομο εκτός οικογένειας, μπορεί να αισθάνεται καλύτερα αν εξετασθεί με την παρουσία των γονέων του. Αντίθετα, παιδί για το οποίο υπάρχουν υπόνοιες για ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση θα πρέπει να εξεταστεί μόνο του και κάθε γονέας ξεχωριστά. Το παιδί δεν θα πρέπει να παρίσταται όταν οι γονείς ή άλλοι ενήλικες περιγράφουν τα γεγονότα. Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνει σε ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον που να εξασφαλίζει το απόρρητο. Ο χώρος θα πρέπει να προσφέρει εξοπλισμό που διευκολύνει ένα μικρό παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα, δηλαδή, ανατομικές ή απλές κούκλες, υλικό για ζωγραφική, πηλό, εικόνες. (Γυφτοπούλου Αγγελική, 2013)

Κατά τη συνέντευξη, θα πρέπει να καταγραφούν ο τρόπος και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το παιδί για να περιγράψει τα γεννητικά του όργανα, το στήθος όπως και τις λειτουργίες τους. Επειδή πρέπει να προστατευτεί το παιδί από δευτερογενή κακοποίηση, θα πρέπει να εξασφαλισθεί ότι το παιδί θα μιλήσει μόνο σε έναν επαγγελματία, εξειδικευμένο σε συνεντεύξεις με παιδιά. Η βιντεοσκόπηση της συνέντευξης κρίνεται ως σημαντική εφ' όσον εξασφαλίζει στο παιδί τη δυνατότητα για αποκάλυψη, ενώ ακολούθως η επιστημονική μονάδα που θα αναλάβει την περίπτωση θα μελετήσει την ταινία και θα γνωματεύσει βάσει αυτής, ως προς το α' σκέλος της αποκάλυψης της τραυματικής εμπειρίας. Σε περίπτωση που το παιδί είναι πολύ φοβισμένο, η εξέταση και η λήψη ιστορικού πρέπει να αναβληθούν και να εξηγηθεί στο παιδί ο λόγος. Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο ενδείκνυται όταν υπάρχουν σοβαρές σωματικές βλάβες, διαφαίνεται σοβαρό συναισθηματικό τραύμα και υπάρχει κίνδυνος για περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού, οποιασδήποτε μορφής. (Γυφτοπούλου Αγγελική, 2013)

Επισημαίνεται από το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας: «Οι επαγγελματίες υγείας σε ιδιωτικές ασκήσεις, στις κοινοτικές κλινικές υγείας και στα νοσοκομεία είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής για τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί και τις οικογένειές τους όταν υφίστανται σωματικές βλάβες». Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας, 1993

Είναι γεγονός ότι, δύσκολα εντοπίζονται τα μετατραυματικά συμπτώματα σε ένα παιδί που έχει εκτεθεί σε ακραίες καταστάσεις και βιωματικές τραυματικές εμπειρίες όπου διαταράσσουν τη συναισθηματική σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού, εντοπίζεται μόνο αν εξεταστεί λεπτομερώς. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Τα αξιόπιστα στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού προσδιορίζουν την ορθή εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού καθώς και τις ανάγκες αυτού και της οικογένειας του που έχει ως στόχο τη διαμόρφωση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η νοσηλευτική εκτίμηση της τραυματικής κατάστασης του παιδιού μετά το τραυματικό γεγονός αξιολογεί το ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο, τα προβλήματα που συνυπάρχουν, τη δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοκαταστροφική τάση, την διαμάχη συναισθήματος, έλλειψη προσοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, ψυχοσωματικά προβλήματα και την ανάκυψη συναισθηματικών αναγκών.

Η ύπαρξη συμπτωματολογίας αυτής της μορφής η οποία έχει άρρηκτη σχέση με την έκθεση του παιδιού σε ακραίες καταστάσεις είτε τη βίωση εμπειριών από τις οποίες απειλήθηκε σε μεγάλο βαθμό και αναπτύχθηκαν βλάβες στη συναισθηματική, ψυχική είτε σωματική του ευεξία δεν

ανιχνεύονται εύκολα, εκτός από την περίπτωση εκείνη στην οποία υλοποιηθεί διεξοδική εκτίμηση . (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Η συγκεκριμένη δράση έχει άμεση σχέση με τη διαδικασία αξιοποίησης των δεδομένων του νοσηλευτικού ιστορικού που αναφέρθηκε παραπάνω, με κυριότερο στόχο να καθοριστούν τα υπάρχοντα ζητήματα και οι άμεσες ανάγκες του εκάστοτε παιδιού, αλλά και των συγγενών του με βασικότερο στόχο την οριοθέτηση των στόχων της θεραπευτικής προσέγγισης και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων οι οποίες θα επιλεγούν να ακολουθηθούν, αφού πρώτα σταθμιστούν τα δυνητικά οφέλη σε σχέση με πιθανούς κινδύνους (Kneils C., 2009).

Η δράση της εκτίμησης της εμφάνισης μετατραυματικής απάντησης στο παιδί και η ανίχνευση των δυσμενείων οι οποίες είναι εφικτό να υπάρξουν, έχουν άμεση σχέση με ζητήματα τα οποία υφίστανται σε ότι έχει να κάνει με το ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο, στη δυσλειτουργία σε προσωπικό επίπεδο, στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής είτε αυτοκτονικής συμπεριφοράς, στην έλλειψη αυτοεκτίμησης, στη μη επαρκή διαδραστική επικοινωνία αλλά και στη διαταραχή συναισθήματος, στην έλλειψη προσοχής είτε εστίασης και στη δυσμέμεια συγκέντρωσης, στην ύπαρξη ψυχοσωματικών ζητημάτων αλλά και στις ανάγκες οι οποίες έχουν αναπτυχθεί σε ότι έχει να κάνει με την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκει . (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Ακόμα, η εικόνα την οποία εμφανίζει το παιδί, δηλαδή, εάν είναι ανήσυχο, στεναχωρημένο, αποσυρμένο αλλά και σε μαρασμό, χαρούμενο είτε αρκετά επικοινωνιακό, είναι σημαντικές πηγές ενημέρωσης οι οποίες τις περισσότερες φορές δείχνουν αρκετά από αυτά τα οποία βιώνει ένα παιδί στην καθημερινότητα του. Γενικότερα, η λεπτομερής παρατήρηση η οποία έχει άρρηκτη σχέση με τις ξαφνικές αλλαγές της συμπεριφοράς, της διανοητικής κατάστασης είτε της προσωπικής αλληλεπίδρασης των μικρότερων σε ηλικία παιδιών τα οποία δεν έχουν την ευχέρεια να εκφράζουν πάντοτε με λέξεις τι έχει γίνει είτε πως νοιώθουν, έχει καθοριστική θέση στη δράση εκτίμησης της κατάστασης τους και αποτελούν τις πιο καθοριστικές πηγές και αναφορές στη συμπτωματολογία αυτής της μορφής (Child Welfare Information Gateway., 2013)

Παρά το γεγονός αυτό, στο επίκεντρο της δράσης αυτής είναι σημαντικό πάντοτε να βρίσκεται η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς του, με τους οποίους το παιδί εξακολουθεί να ζει καθημερινά. Η συχνή δράση και η επανάληψη της εκτίμησης του παιδιού και της οικογενείας του, είναι σημαντικό να υλοποιείται σε συχνές χρονικές περιόδους με στόχο την αναθεώρηση των θεραπευτικών σκοπών αλλά και τον επανακαθορισμό της θεραπείας της εξέλιξης και της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία εφαρμόζεται. Ο κυριότερος σκοπός είναι η επαναφορά της λειτουργικότητας αλλά και της μακροπρόθεσμης ευημερίας του θύματος με την πρόληψη μελλοντικών ζητημάτων και παρόμοιων συνθηκών και καταστάσεων αυτής της μορφής (Macdonald, 2001). Η διαδικασία της αξιολόγησης κατορθώνεται ως επί το πλείστον με διαφοροποιημένες τακτικές συλλογής δεδομένων. Πηγές από τις οποίες θα υλοποιηθεί η δράση αυτή είναι το παιδί, οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές, τα μέλη της υγειονομικής ομάδας, οι συγγενείς και οι φίλοι, διαγνωστικές εξετάσεις, η κλινική εξέταση όλων των συστημάτων καθώς επίσης και παλαιότερο ιστορικό είτε ιατρικές αναλύσεις, εκθέσεις κλπ (Mandavia A., 2016).

### 3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Ειδικότερα, ανιχνεύουν και εντοπίζουν την προειδοποιητική μετατραυματική συμπτωματολογία σε παιδιά και η δραστηριοποίησή τους αφορά στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών, παρέχοντας σε αυτά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύοντας την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους. (Monica McCoy & Stephanie M. Keen ., 2013)

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τον καθορισμό των στόχων και τη διατύπωσή τους μέσα από τα επιθυμητά αποτελέσματα για το ίδιο το παιδί. Το συγκεκριμένο στάδιο προϋποθέτει την αμοιβαία συμφωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή για το σχέδιο που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιγράφουν τις επιθυμητές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Μια νοσηλευτική παρέμβαση αποτελεί την μετρήσιμη κατάσταση στην υγεία του ατόμου μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η αλλαγή της κατάστασης της υγείας του ασθενούς είναι το αποτέλεσμα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε ανεξάρτητες, εξαρτημένες και συνεργατικές παρεμβάσεις. Στην πρώτη περίπτωση, οι νοσηλευτικές οδηγίες και ενέργειες, δεν προϋποθέτουν την καθοδήγηση ή επίβλεψη από κάποιο άλλο επαγγελματία υγείας. Οι εξαρτημένες παρεμβάσεις αποτελούν οδηγίες που εφαρμόζονται ύστερα από ιατρική εντολή και καθοδήγηση, ενώ τέλος, οι συνεργατικές παρεμβάσεις αναφέρονται σε συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου. Αναφορικά με την εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου, αυτή συσχετίζεται με τις νοσηλευτικές ενέργειες που θα ακολουθηθούν και θα βοηθήσουν τον ασθενή να βελτιωθεί σύμφωνα με τις επιθυμητές παρεμβάσεις (Πατηράκη, 2014)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την προστασία του παιδιού ,το παιδί με αυτοκαταστροφική είτε ακόμα και σε πολλές περιπτώσεις το παιδί με αυτοκτονικές συμπεριφορές λογίζεται πως έχει βιώσει μια ή πιο πολλές τραυματικές εμπειρίες και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής άγχους και κατάθλιψης, και αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που απαιτείται η κατάλληλη και άμεση αντιμετώπιση σε ότι έχει να κάνει με το συγκεκριμένο τραύμα του παιδιού. Το εν λόγω παιδί είναι εφικτό να εντοπιστεί πως προσπαθεί παράτολμα παιχνίδια είτε πρακτικές οι οποίες κρύβουν σε μεγάλο βαθμό υψηλό επίπεδο κινδύνου, επιλέγοντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό είτε ακόμα και αυτότιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σημαντικά την ασφάλεια του (Hornor G., 2014)

Βασική προτεραιότητα για τον εκάστοτε αρμόδιο νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού το οποίο έχει βιώσει μια τέτοια εμπειρία κακοποίησης κάτι το οποίο υλοποιείται τις περισσότερες φορές μέσα από την κατάλληλη εκτίμηση αλλά και τη διαδικασία πρόληψης παρακινδυνευμένης αυτοκαταστροφικής είτε αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των λοιπών



κινδύνων οι οποίοι πιθανόν να υφίστανται από ένα ανασφαλές περιβάλλον (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013).

Ακόμα το παιδί είναι αρκετά πιθανόν να είναι εξαιρετικά επιρρεπής σε ατυχήματα και αυτός είναι ένας από τους βασικότερους λόγους που είναι σημαντικό να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφαλείας στο περιβάλλον στο οποίο μένει. Οι νοσηλευτές είναι σημαντικό για τους παραπάνω λόγους να είναι εξαιρετικά προσεκτικοί σε ότι έχει να κάνει με τη διαδικασία επίβλεψης είτε ελέγχου των παιδιών αυτών, συντηρώντας παράλληλα λεπτές ισορροπίες στη χρησιμοποίηση περιορισμών, τους οποίους οριοθετούν με κυριότερο στόχο την ασφάλεια αλλά και την προστασία του παιδιού, προκειμένου να κατορθώσουν να αποφύγουν καινούριους τραυματισμούς (Kneils C., 2009). Το παιδί το οποίο νοσηλεύεται με ένα τέτοιο τραύμα αυτής της μορφής απαιτεί προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα με στόχο την προστασία του και τη διασφάλιση της ειδικής νοσηλευτικής περίθαλψης, κάτι το οποίο τις περισσότερες φορές κατορθώνεται μέσω της προσωπικής ανάθεσης του σε καθορισμένο νοσηλευτή. (Dewit S., 2013)

Παρόλα αυτά, όμως, η συγκεκριμένη τακτική εμφανίζει σημαντικές δυσμένειες στην πρακτική της μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, αφού έχει σαν βασικό κριτήριο την επαρκή στελέχωση των θεραπευτικών δομών καθώς επίσης και κατάλληλη γνώση και κατάρτιση σε ειδικές νοσηλευτικές πρακτικές και σε θεραπευτικές, επικοινωνιακές αλλά και συμβουλευτικές διαστάσεις της συγκεκριμένης μορφής φροντίδας παιδιών εστιάζοντας σε ενδείξεις. (Ferrara P., 2016)

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας έχει ως στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της κακοποίησης, την πρόληψη της επακόλουθης θυματοποίησης του παιδιού, την ανακούφιση της ενοχής και κατηγορίας ως προς τον εαυτό του και την αύξηση της αυτοεκτίμησης. Η έγκαιρη αναγνώριση της κακοποίησης παίζει κρίσιμο ρόλο ώστε να σταματήσει αυτή. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι αρκετά ενημερωμένοι και μορφωμένοι στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης για να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις της. (Gonzalo Solís-García, 2019)

Η αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι πολύπλοκη και οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης παιδιών διαδραματίζουν βασικό ρόλο ως συχνό σημείο εισόδου στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών που έχουν κακοποιηθεί. Η διάγνωση και η διαχείριση της κακοποίησης παιδιών αποτελεί σημαντική πρόκληση, δεδομένου ότι είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν οι καταστάσεις που απαιτούν άμεση παρέμβαση για τη διασφάλιση της προστασίας του ανηλίκου. Όπως επίσης και η διαχείριση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. (Gonzalo Solís-García, 2019)

Τα παιδιά τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωπα με κάποιο επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης χρειάζονται ειδικό χειρισμό έτσι ώστε να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τα οποία σχετίζονται με την κακοποίηση. Για να επιτευχθεί αυτό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικές ανατομικές κούκλες ή ακόμα και θεραπεία μέσω της ζωγραφικής. (Susan J.Keley., 2009)

Συγκεκριμένα, οι ανατομικές κούκλες είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την απόκτηση χρήσιμων πληροφοριών όπως το είδος της κακοποίησης που διαπράχθηκε και η αναγνώριση της ταυτότητας του θύτη. Αυτές οι κούκλες είναι περισσότερο κατάλληλες για παιδιά ηλικίας δύο

έως οχτώ ετών. Παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ίσως διστάσουν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις κούκλες. Επειδή τα παιδιά δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις κούκλες έτσι ώστε να επικοινωνήσουν την κακοποίηση που βίωσαν. Μπορούν τα ταυτιστούν με μία από αυτές και να την χρησιμοποιήσουν ως το θύμα και την άλλη ως τον θύτη. Έτσι τα παιδιά μπορούν να δείξουν ξεκάθαρα την σεξουαλική δραστηριότητα που βίωσαν επαναλαμβάνοντας την σκηνή με τις κούκλες. Επιπλέον, πέρα από την σεξουαλική δραστηριότητα ορισμένα παιδιά εκφράζουν τον θυμό τους ως προς την κούκλα θύτη χτυπώντας την. Συνήθως, την χτυπούν επίμονα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει στρατηγικές παρέμβασης ενθαρρύνοντας το παιδί να επιδείξει δυναμική συμπεριφορά προς τον θύτη λέγοντάς του να σταματήσει να το κάνει αυτό. Δηλαδή ο νοσηλευτής μπορεί να δημιουργήσει υποθετικά σενάρια με τις κούκλες όπου το παιδί επιδεικνύει άρνηση για την σεξουαλική δραστηριότητα. Ακόμη οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να σταματήσουν να αισθάνονται ότι φταίει για την κακοποίηση χρησιμοποιώντας το παράδειγμα με τις κούκλες και λέγοντάς τους πως οι κούκλες μπαμπάδες για παράδειγμα δεν επιτρέπεται να το κάνουν αυτό στις κούκλες παιδιά. Είναι πολύ σημαντικό οι νοσηλευτές να καταφέρουν τα παιδιά να κατανοήσουν πως ο ενήλικας θύτης είναι ο μοναδικός που ευθύνεται για αυτή την κατάσταση και ότι το παιδί θύμα δεν έχει κάνει κανένα λάθος. (Susan J.Keley., 2009)

Η στρατηγική της ζωγραφικής είναι ένας ακόμη χρήσιμος τρόπος για να επικοινωνήσει το παιδί τη κατάσταση που βιώνει προς τους επαγγελματίες υγείας. Τα περισσότερα παιδιά προτιμούν να εκφράζονται μέσω του σχεδίου τα όσα δεν τολμούν ή δεν μπορούν να πουν. Έτσι, οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τέτοιου είδους επικοινωνία με τα παιδιά και να ισχυροποιήσουν την σχέση μεταξύ τους. Μπορούν να ληφθούν καθοριστικές πληροφορίες μέσω της ζωγραφικής ή της γραπτής επικοινωνίας για την κακοποίηση. Τέτοιου είδους παιδιά θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ζωγραφίζουν πορτραίτα του εαυτού τους, διότι αυτά προβάλλουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού, την ταυτότητά του, την εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Για παράδειγμα, αν το παιδί ζωγραφίσει ιδιαίτερα μικροσκοπική φιγούρα τον εαυτό του σημαίνει ότι έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άλλα παιδιά που ζωγραφίζουν μη ανθρώπινες ή τύπου κλόουν φιγούρες, ίσως προσπαθούν να κρυφτούν πίσω από ένα προσωπίο χαράς για να κρύψουν αισθήματα όπως η λύπη και η ενοχή. Η υπερβολική σκίαση στις εικόνες είναι ανάδειξη άγχους. (Susan J.Keley., 2009)

Επίσης, στα πορτραίτα των κακοποιημένων παιδιών, η βουβωνική περιοχή είναι συχνά προστατευμένη από συσκευές όπως μεγάλες ζώνες. Ακόμη μερικές ζωγραφιές πορτραίτων εμπεριέχουν ξεκάθαρα την εικόνα των γεννητικών οργάνων ή του στήθους λόγω της αυξημένης αντίληψης αυτών των περιοχών του σώματος μετά την σεξουαλική θυματοποίηση. Συνεπώς, οι νοσηλευτές χρειάζεται να βρίσκονται σε πλήρη εγρήγορση για να αντιληφθούν τέτοιου είδους σημάδια που προμηνύουν την σεξουαλική κακοποίηση. (Susan J.Keley., 2009)

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να ενθαρρύνουν τα παιδιά να σχεδιάζουν εικόνες από τον δράστη της κακοποίησης. Αυτό θα διευκολύνει στην αναγνώρισή του και στην έκφραση των συναισθημάτων του παιδιού για αυτόν τον άνθρωπο. Επιπλέον, τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται να συζητούν όποιο θετικό ή αρνητικό συναίσθημα έχουν για τον θύτη. Ζωγραφίζοντας μια εικόνα της οικογένειας του παιδιού θα φανερώσει πως αισθάνεται το παιδί

τον εαυτό του σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Χρειάζεται να ενθαρρύνονται τα παιδιά να σχεδιάσουν το συμβάν της κακοποίησης. Μερικά είναι ικανά να σχεδιάσουν την κακοποίηση με σαφείς λεπτομέρειες. Αυτό δίνει την δυνατότητα στον νοσηλευτή να συζητήσει την κακοποίηση με το παιδί και να τονίσει την ευθύνη του ενήλικα για την πράξη αυτή. Επίσης, η θεραπεία της ζωγραφικής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αποτελεσματική παρέμβαση ενθαρρύνοντας τα παιδιά θύματα να σχεδιάζουν εικόνες ή συνθήματα που να γράφουν « Δεν φταίω εγώ» ή « Δεν είναι δικό μου λάθος». Οι αλλαγές που παρατηρούνται στις εικόνες-ζωγραφίες μετά από μια χρονική περίοδο είναι πολύτιμες στην αξιολόγηση της νοσηλευτικής παρέμβασης.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διδάξουν τα παιδιά ότι έχουν το δικαίωμα να λένε «Όχι» στους ενήλικες ή σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας από αυτά όταν αυτοί εισάγουν μια σεξουαλική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές μπορούν να συζητήσουν με τα παιδιά τον τρόπο διαχείρισης μια τέτοιας κατάστασης έτσι ώστε σε περίπτωση που έρθουν πάλι σε επαφή να ξέρουν πώς να την αντιμετωπίσουν. Πρέπει να δοθεί στα παιδιά να καταλάβουν ότι είναι φυσιολογικό να μιλούν για αυτό και ότι οι ενήλικες δεν πρέπει να ζητούν από αυτά να κρατούν μυστικά. Επίσης, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αναγνωρίσουν τους ενήλικες όπως συγγενής, δάσκαλοι, αστυνόμοι ή σχολικοί νοσηλευτές τους οποίους μπορούν να εμπιστευούνται και να μιλάνε σε αυτούς για ότι τους συμβαίνει. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η πλειοψηφία των θυμάτων κατηγορούν τον εαυτό τους και έχουν την εικόνα ότι είναι πρόθυμη συμμετέχοντες στην πράξη αυτή. Συνεπώς, αυτή η απόδοση της κατηγορίας που γίνεται από τα παιδιά πρέπει να αναγνωριστεί από τους νοσηλευτές έτσι ώστε να μειωθούν τα συναισθήματα της ενοχής και της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Τα παιδιά θύματα χρειάζονται να εκλάβουν ένα ξεκάθαρο μήνυμα από τους επαγγελματίες υγείας ότι αυτά δεν έχουν καμίας ευθύνη για την πράξη της κακοποίησης. Τα παιδιά χρειάζεται να μάθουν τον τρόπο να γίνουν πιο δυναμικά σε κάθε έκταση της ζωής τους και όχι μόνο σε καταστάσεις θυματοποίησης. (Susan J.Keley., 2009)

Πρέπει να προωθηθεί η δυναμικότητα, διδάσκοντας τα παιδιά δεξιότητες στο να παίρνουν αποφάσεις, να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή τους. Όταν ένα κακοποιημένο παιδί νοσηλεύεται είναι σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να δημιουργεί όσες περισσότερες συνθήκες μπορεί έτσι ώστε το παιδί να έρχεται σε θέση να αποφασίζει. Δίνοντας στο παιδί επιλογές και βοηθώντας το να εξερευνήσει τις συνέπειες κάθε επιλογής θα ενεργοποιήσει το παιδί να αναπτύξει τις δεξιότητες αποφασιστικότητας και τη δυναμική συμπεριφορά. Αυτό θα βοηθήσει το παιδί θύμα να ανακτήσει την αίσθηση του ελέγχου και αποφασιστικότητας στη ζωή του. (Susan J.Keley., 2009)

### 3.4.1 ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Όσον αφορά την αυτό-αποτελεσματικότητα, οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους γονείς. Συγκεκριμένα, εξήγησαν ότι δυσκολεύονται να χειριστούν γονείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο που είναι σε θέση να βγάλουν ένα φιλικό πρόσωπο. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι θα βρουν ένα αντικειμενικό και διαφανές εργαλείο που θα βοηθούσε τους γονείς να αναζητήσουν τη φροντίδα (και στην ανίχνευση της κατάχρησης): *"Ότι μπορείτε να δείξετε στους γονείς. Αυτό αποδεικνύεται. Εάν τα σημάδια αυτά είναι παρόντα, αυτό εγείρει λόγο ανησυχίας. Και αυτά δεν είναι τα προσωπικά μου πρότυπα και αξίες»*.

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω, οι επαγγελματίες αντιδρούν ήδη επαρκώς σε αρκετές καταστάσεις, όπως η συζήτηση με τους γονείς σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης και τις ανησυχίες τους σχετικά με την κατάσταση ενός παιδιού. (Manuela WA Schols, 2013)

Αυτό υποδηλώνεται από μια νοσοκόμα σε μια συνομιλία με έναν γονέα που έχει κακοποιηθεί: *"Αν τα θύματα της παιδικής κακοποίησης γίνουν γονείς, τα αισθήματα της πεπειραμένης κακοποίησης από την παιδική ηλικία μπορούν να προκύψουν πιο εύκολα και να γίνουν πιο προσιτά"*. Μια διαφορετική εξήγηση προήλθε από μια άλλη νοσοκόμα: *«Σε περιόδους δυσφορίας αυξάνεται ο κίνδυνος ότι θα ενεργήσετε πάνω σε αυτό με τον ίδιο τρόπο που κάνουν οι γονείς σας, ακόμα κι αν αυτό δεν είναι αυτό που θέλετε»*. Ένα παράδειγμα της συζήτησης των ανησυχιών με τους γονείς με τον κατάλληλο τρόπο παρέχεται από έναν νοσηλευτή: *‘Δεν χρησιμοποιώ τον όρο παιδική κακοποίηση, αλλά προσπαθώ να ξεκινήσω βοήθεια στην οικογένεια. Διευκρινίζω επίσης ότι ανησυχώ για την κατάσταση’*

Όταν οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης ρωτήθηκαν τι χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα την κακοποίηση των παιδιών στην καθημερινή τους εργασία, δήλωσαν ότι θα ωφεληθούν από τη βελτίωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων με την εκπαίδευση: *«Για να μπορέσω να εντοπίσω κακοποίηση παιδιών πρέπει να μπορώ μια δύσκολη συζήτηση με τους γονείς"*.

Οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι δυσκολεύονται να συζητήσουν με τους γονείς τους ότι κάτι είναι άδικο. Εξέφρασαν επίσης την ανάγκη να μάθουν πώς να επικοινωνούν με τους γονείς που θα μπορούσαν να γίνουν επιθετικοί: *"Σκέφτομαι / βλέπω που είναι η πόρτα. Είμαι ασφαλής εδώ;"*. Επίσης, είναι δύσκολο να χειριστούν τους γονείς που δεν επιθυμούν να συνεργαστούν ή είναι ανθεκτικοί. Ελπίζουν ότι ένας κατάλογος ελέγχου θα ήταν χρήσιμος για να μοιραστείτε τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την κατάχρηση. (Manuela WA Schols, 2013)

### 3.4.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Όσον αφορά τον προγραμματισμό των δράσεων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες χρειάζονται διαβούλευση με τους (άμεσους) συναδέλφους κατά τη διάρκεια της πλήρους διαδικασίας ανίχνευσης κακοποίησης παιδιών και όχι μόνο κατά την αναφορά (υποτιθέμενη) κατάχρησης.

Είναι σημαντικό η διαβούλευση να πραγματοποιείται αμέσως και όχι μερικές εβδομάδες αργότερα. Μια νοσηλεύτρια, η οποία γνωρίζει τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την αναφορά κατάχρησης παιδιών, εξέφρασε ότι οι κατευθυντήριες γραμμές διευκολύνουν τη διεξαγωγή συζητήσεων με άλλους επαγγελματίες σχετικά με συγκεκριμένα παιδιά. (Manuela WA Schols, 2013)

Ωστόσο, δεν θέλουν ένα καθαρά αναλογιστικό μέσο, η επαγγελματική κρίση τους είναι επίσης σημαντική στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι νοσοκόμες ισχυρίστηκαν ότι ένα μέσο θα μπορούσε επίσης να είναι χρήσιμο για την επικοινωνία με τους παρόχους περίθαλψης, με την έννοια ότι οι ανησυχίες τους θα ληφθούν σοβαρότερα. Επιπλέον, το μέσο θα πρέπει να εφαρμοστεί ευρέως.

Εκτός από την εκπαίδευση ως επαγγελματίας, μια νοσοκόμα δήλωσε ότι είναι επίσης σημαντικό να δώσουμε προσοχή στο πρόσωπο πίσω από τον επαγγελματία.

Οι φόβοι (π.χ. ζητώντας ευαίσθητα ερωτήματα), οι προσωπικές αξίες και οι εμπειρίες γύρω από την κακοποίηση των παιδιών μπορούν να λειτουργήσουν ως εσωτερικός φραγμός και πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την κατάρτιση και την εποπτεία. (Manuela WA Schols, 2013)

### 3.4.3 ΕΜΠΟΔΙΑ

Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών, η επικοινωνία με τους γονείς σε περίπτωση ύποπτης κατάχρησης και η έλλειψη χρόνου αποτελούν εμπόδια για τους νοσηλευτές για την εκτίμηση της κακοποίησης παιδιών.

Οι επαγγελματίες σημείωσαν πολλά εμπόδια στην καθημερινή τους εργασία, εσωτερικά και εξωτερικά. Η γεωγραφική απόσταση μεταξύ της περιοχής εργασίας των νοσηλευτών και του σπιτιού τους μπορεί να λειτουργήσει ως φραγμός για να ενεργήσουν σε σημεία κατάχρησης, σε περίπτωση που η απόσταση είναι μικρή: *«Το βιώνω αυτό ως δίλημμα γιατί δεν ασχολείσαι μόνο με αυτή τη συγκεκριμένη οικογένεια. Αν εργάζεστε σε μικρά χωριά, εξαπλώνεται σαν πυρκαγιά, οπότε πρέπει να σκεφτείτε πώς έχετε και ενεργείτε πάνω στα πράγματα »*. Παρόλο που η σχέση με

τους γονείς αναφέρθηκε ως εργαλείο για την ανίχνευση της κακοποίησης παιδιών και για την παρακίνηση των γονέων να δεχτούν βοήθεια, η σχέση μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως φραγμός υπό την έννοια ότι δημιουργεί τυφλό σημείο στους επαγγελματίες, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση των προτύπων τους γονέων.

Επιπλέον, ο φόβος της απώλειας επαφής με τους γονείς θα μπορούσε να λειτουργήσει ως εμπόδιο. Οι επαγγελματίες βρισκόταν πάντα σε ισορροπία ανάμεσα στην άγρυπνη αναμονή, αφενός, και τη λήψη μέτρων από την άλλη πλευρά: «Αλλά τότε δεν πρόκειται να σπάσει τη σχέση με τους γονείς. Θέλετε να το κάνετε μαζί με τους γονείς. Αλλά μερικές φορές αυτό δεν είναι δυνατό πια, αλλά τότε φτάνει αυτό το σημείο; »

Ορισμένοι επαγγελματίες ανέφεραν τους κινδύνους για την ασφάλεια ως εμπόδιο για να μιλήσουν στους γονείς για τις υποψίες κακοποίησης και την καταγγελία κατάχρησης στην προστασία του παιδιού που θα μπορούσε προφανώς να οδηγήσει στην παραβίαση των πιο προβληματικών περιπτώσεων. (Manuela WA Schols, 2013)

### 3.4.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Το παιδί με αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρείται ότι έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής στρες και κατάθλιψης και γι αυτό χρειάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα αναφορικά με το «τραύμα». Το «τραυματισμένο» παιδί μπορεί να παρατηρηθεί ότι επιχειρεί παράτολμα παιχνίδια ή κάνει ενέργειες που ενέχουν υψηλό βαθμό κινδύνου, υιοθετώντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό ή αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σοβαρά την ασφάλεια του. Προτεραιότητα για το νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού που βίωσε τραυματικό γεγονός με την εκτίμηση και την πρόληψη παρακινδυνευμένης, αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των κινδύνων που ενδεχομένως διατρέχει από ένα μη ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιεί. Επιπροσθέτως, λόγω της ελλειμματικής προσοχής και της αδυναμίας συγκέντρωσης, ενδεχομένως να είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα γι' αυτό επιβάλλεται να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος. Είναι αναγκαίο οι νοσηλευτές γι αυτούς τους λόγους να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με την επίβλεψη – επιτήρηση του παιδιού, διατηρώντας ταυτόχρονα λεπτές ισορροπίες στη χρήση περιορισμών, τους οποίους θέτουν για την ασφάλεια και την προστασία του, ώστε να αποφευχθεί ο εκ νέου «τραυματισμός» του. Το νοσηλευόμενο παιδί με "τραύμα" χρειάζεται προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του και η εξασφάλιση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδα επιτυγχάνεται με την προσωπική ανάθεσή του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή (προσωπικός νοσηλευτής – key nurse). Ωστόσο, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, καθώς προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών –

παιδοψυχιατρικών θεραπευτικών δομών, αλλά και επικαιροποιημένη γνώση σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εφαρμογές και σε θεραπευτικές επικοινωνιακές – συμβουλευτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών βασισμένης σε ενδείξεις. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

### 3.4.5 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος εντάσσεται μέσα σε κάθε θεραπευτικό σχεδιασμό με σκοπό το παιδί που νοσηλεύεται να αντλεί αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας. Ειδικότερα χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση του συναισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στο παιδί, μέσα στο διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον που το πλαισιώνει, δίνοντας του ευκαιρίες για περισσότερη έκφραση και λόγο. Επειδή το «τραυματισμένο» παιδί είναι ευάλωτο σε κάθε είδους αναπάντεχες ανατροπές και αιφνιδιασμούς, η διατήρηση των ρυθμών της καθημερινότητας με σταθερότητα, συνέπεια και προβλεπτικότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις του θεραπευτικού περιβάλλοντος που το πλαισιώνει, κυρίως το βοηθούν να μη βιώνει ανασφάλεια, φόβο και πανικό. Επίσης, σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να προετοιμάζεται κατάλληλα για κάθε επώδυνη διαγνωστική εξέταση ή επέμβαση, με εξηγήσεις για τη διάρκειά της, αλλά και για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που θα προκληθεί, ώστε να μειώνεται η επιπρόσθετη ψυχολογική και συναισθηματική του επιβάρυνση. Η διαχείριση του σωματικού πόνου σε παιδί με "τραύμα" αποτελεί μια μορφή δευτερογενούς πρόληψης της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ώστε να μη λειτουργήσουν οι επώδυνες εμπειρίες νοσηλείας συσσωρευτικά στο "τραύμα" και επιβαρυνθεί η κατάσταση του. Όταν το παιδί παραμένει στο σπίτι, κάποιες φορές είναι δύσκολο να δομηθεί περιβάλλον που να του παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα και στην περίπτωση αυτή είναι πολύ βοηθητικό να παρέχονται συμβουλευτικές κατευθύνσεις στα άτομα που το φροντίζουν. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση και για το λόγο αυτό συχνά προτείνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και ενίσχυση της ικανότητάς τους να υποστηρίξουν και να φροντίζουν αποτελεσματικά το "τραυματισμένο" παιδί, αλλά κυρίως να του παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Η ασφάλεια και η σταθερότητα είναι σημαντικά αισθήματα που θα πρέπει να προωθηθούν σε αυτή την φάση. Μόνο έτσι θα μπορέσει το παιδί να ανοιχτεί και να μιλήσει για τα γεγονότα και τις καταστάσεις που βιώνει. Επιπλέον η ενίσχυση της αυτοέκφρασης μέσω της ουσιαστικής και θεραπευτικής επικοινωνίας χαρακτηρίζεται από την απόγνωση άνευ ορών. (Mulvihill D., 2007)

### 3.4.6 ΚΑΛΥΨΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Στη μετατραυματική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, υπερφαγία), οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται στην έναρξή τους. (Mulvihill D., 2007) Είναι απαραίτητο για ένα παιδί που είναι ταραγμένο, καταπονημένο και οι μεταβολικές του ανάγκες είναι αυξημένες από την απελευθέρωση των “ορμονών του στρες”, όπως η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες, να ακολουθεί σωστό και ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα. (Paddon-Jones D., 2006) Συχνά το θέμα των διατροφικών αναγκών δεν εντάσσεται στις προτεραιότητες φροντίδας του παιδιού με αποτέλεσμα να δίνεται περισσότερη έμφαση και προσοχή στις δυσκολίες που εμφανώς αντιμετωπίζει ή στις εκδηλώσεις που έχει επειδή φαίνεται αναστατωμένο ή αποσυρμένο. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρατηρεί αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης, καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας. (Mulvihill D., 2007) Η δυνατότητα επιλογής από το ίδιο το παιδί των φαγητών που προτιμά, πολλές φορές λειτουργεί ως κίνητρο για την κάλυψη των διατροφικών του αναγκών και παράλληλα το βοηθά στην ανάκτηση του χαμένου ελέγχου, εφόσον του παρέχεται η ευκαιρία έκφρασης άποψης και επιλογής για θέματα που το αφορούν. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

### 3.4.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι επαγγελματίες της υγείας διαδραματίζουν σπουδαίο συνδυαστικό ρόλο στη φροντίδα των παιδιών με σκοπό την πρόληψη, κλινική και συμβουλευτική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά συμπτώματα στο παιδί και του παρέχουν ασφάλεια και ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας όπου αφορά την κοινότητα τους χώρους εκπαίδευσης αλλά και τον κλινικό χώρο. Συνοψίζοντας, μπορούμε να επισημάνουμε πως ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας έχουν ως στόχο την ενημέρωση, συνεργασία και συμβουλευτική επικοινωνία με τους γονείς για παροχή στήριξης απέναντι στα παιδιά τους αλλά και τη διασύνδεση των ειδικών με αυτά. επιπροσθέτως, συμβάλλουν στην αποκατάσταση ψυχολογικού και κοινωνικού επιπέδου. (D. Fagan., 1998)

Ακόμα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο νοσηλευτής έχει την ευχέρεια να ενθαρρύνει το παιδί να επικοινωνήσει και να αναφερθεί στις φοβίες και τα ζητήματα που έχει χωρίς να φοβάται ότι



θα τιμωρηθεί για την ανοχή του αλλά και η στάση του απέναντι στον άνθρωπο ο οποίος το κακοποιεί . (Theoklitou D., 2011)

Για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών, ο νοσηλευτής χρειάζεται όχι μόνο να υποθέτει πως βίωσε ένα παιδί το τραύμα, αλλά και να γνωρίζει πως το έζησε το ίδιο, πως το ερμήνευσε καθώς και ποιες διαστάσεις του έχει δώσει, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες θεραπευτικών τεχνικών προσέγγισης, ενσυναισθητική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής με τη θεραπευτική επικοινωνία βοηθά στην ανάπτυξη και στη χρήση κατάλληλου και συναισθηματικού λεξιλογίου από το παιδί, που το διευκολύνει στην ομαλοποίηση της έκφρασης των σκέψεων του και της λεκτικοποίησης των συναισθημάτων του. Ωστόσο, δεν μπορεί να αναμένεται από το παιδί να μην αισθάνεται αναστατωμένο όταν συμβαίνει να γίνονται έστω απλές ή τυχαίες νύξεις για το γεγονός που έχει βιώσει, ζώντας ακόμη στο απόηχο του "τραύματος". Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς κανένα ίχνος κριτικής, τις οποίες εκδηλώνει ως απόρροια της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της παλινδρομημένης συμπεριφοράς που πολλές φορές αναπτύσσει επειδή έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι λειτουργεί σε προηγούμενες ασφαλέστερες περιόδους της ζωής του, έχουν θεραπευτική επίδραση και το βοηθούν να εμπιστεύεται τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που προσφέρουν στο παιδί . Επιπρόσθετα, η κατανόηση και η αποδοχή ως κύρια συστατικά της ενσυναισθητικής επικοινωνίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντας του ευκαιρίες για λεκτική επικοινωνία, σε ένα περιβάλλον που αποδέχεται όλο το φάσμα των εκδηλώσεων και των συναισθημάτων του. Συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το τραυματικό γεγονός προκλήθηκε από δική του ευθύνη δημιουργώντας τα αισθήματα ενοχής. Γι' αυτό η παροχή εξηγήσεων στο παιδί χρειάζεται να γίνεται με απλό και ενσυναισθητικό λόγο για να του δοθεί μια κατανοητή και κατάλληλη για την ηλικία του ερμηνεία. Πολλές φορές ακόμη, η χρήση αλληγορικού και παραβολικού λόγου μπορεί να συμβάλει στο να δοθεί μια επαρκής εξήγηση στο "τραυματισμένο" παιδί για ότι συνέβη με σκοπό να το ανακουφίσει. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013).

### 3.4.8 ΜΕΘΟΔΟΣ EDMR

Η μέθοδος EDMR (eye movement desensitization and reprocessing ) ασχολείται με την οφθαλμοκινητική απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του τραύματος παρέχει βοήθεια στην αντιμετώπιση του τραύματος στο παιδί ,καλείται μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους ,οπού με την κατευθυνόμενη οφθαλμική κίνηση γίνεται ανεκτό από το άτομο διότι ενισχύει την επεξεργασία οδυνηρού μετατραυματικού μνημονικού υλικού. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

### 3.4.9 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Στόχος της κοινωνικής στήριξης της υγείας είναι η συνεχή παροχή στήριξη σε ένα παιδί με τραύμα , οπού χρειάζεται από τον νοσηλευτή σε κάθε αποκαταστασιακό θεραπευτικό σχεδιασμό.

Συγκεκριμένα για την επιτυχή διαχείριση μετατραυματικών γεγονότων και την ένταξη τους στη καθημερινότητα σπουδαίο ρολό διαδραματίζει η συμμετοχή των γονέων που συμβουλευεται από τους εκπαιδευτές υγείας , αλλά και άλλων σημαντικών πρόσωπων στο περιβάλλον του παιδιού .

Ο νοσηλευτής συμβουλεύει του δάσκαλους να είναι ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι για την επανασύνδεση με το σχολείο για αυτά που προβληματίζουν το παιδί η το φέρνουν σε δύσκολη θέση με αποτέλεσμα να μπορέσει να τα διαχειριστεί με θετικό τρόπο και ευαισθησία τις ανησυχίες του με εμπιστευτικότητα και τήρηση του απορρήτου.

Συγκεκριμένα, το κοινωνικό περιβάλλον γείτονες ,δάσκαλοι, συνομήλικοι που δείχνουν ευαισθησία και υποστήριξη βοηθούν στην αποκατάσταση των μετατραυματικών δυσκολιών. Υποστηρίζεται συχνά ότι υπάρχει ταχύτερη αποκατάσταση μετά το «τραύμα» όταν το παιδί αντιμετωπίζεται με κατανόηση και στήριξη από το σχολείο τους. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

### 3.5 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

Οι σχολικοί νοσηλευτές χρειάζεται να συνεργάζονται με διάφορους άλλους επαγγελματίες για την προστασία των παιδιών από την κακομεταχείριση. Όπως για παράδειγμα οι επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών, οι εκπαιδευτικοί, οι διευθυντές σχολείων, οι σχολικοί σύμβουλοι, οι ψυχολόγοι, η τοπική αστυνομία και οι γενικοί ιατροί. Επίσης, χρειάζεται να συνεργάζονται ιδιαίτερα στενά με τα σχολεία, επικοινωνώντας στους εκπαιδευτικούς τις ανησυχίες τους, πραγματοποιώντας κοινές παραπομπές, παρέχοντας εκπαίδευση και εποπτεία και αναπτύσσοντας κοινές δραστηριότητες προώθησης της υγείας. Ωστόσο, η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες επηρεάζεται από το επαγγελματικό στυλ και τη στάση των νοσηλευτών του σχολείου, ως νοσηλευτές που υιοθέτησαν μια «ενεργή και σταθερή» προσέγγιση στην προστασία των παιδιών και των νέων από την κακομεταχείριση. Με την πάροδο των χρόνων διαπιστώθηκε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εκπαιδευτικοί θεωρούσαν ότι οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν πιο ενεργό ρόλο στην προστασία των παιδιών από την κακομεταχείριση με

την πάροδο του χρόνου. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. , 2019).

### 3.6 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός, για όλους τους ανθρώπους, ιδιαίτερα για τα παιδιά, και προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις και αρνητικά συναισθήματα. Στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου, ο ασθενής χάνει την ταυτότητά του ή νιώθει stress από την πληθώρα των καινούριων εμπειριών και πληροφοριών. Παρά το γεγονός ότι δεκάδες ερωτηματικά τον προβληματίζουν, η ψυχολογική και σωματική του κατάσταση καθιστούν δύσκολη την αφομοίωση πληροφοριών.

Η περίοδος της νοσηλείας δεν είναι η καταλληλότερη για εκπαιδευτικά προγράμματα, λόγω της έντασης που προκαλεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και της συναισθηματικής φόρτισης. Ο πόνος, η αδυναμία μετακίνησης, η άρνηση της νόσου, οι δυσκολίες προσαρμογής στο ρόλο του αρρώστου και της αναπηρίας, ή αντίθετα η επιμονή σε αυτόν το ρόλο και η ψυχολογική παλινδρόμηση , καθιστούν δύσκολη την εκτέλεση των νοητικών λειτουργιών που απαιτεί η διαδικασία της μάθησης. (Gregory J. Tung, 2019)

### 3.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### **Ο ρόλος του νοσηλευτή στη Διάγνωση**

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ασχολούνται με τα παιδιά. Στην κατηγορία των επαγγελματιών υγείας που συνδέονται άμεσα με την παιδική κακοποίηση εντάσσονται, οι παιδίατροι, οι παιδοψυχολόγοι και παιδοψυχίατροι, το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Όταν ένα παιδί έρθει σε επαφή με κάποιον από τους προαναφερόμενους επαγγελματίες υγείας, τότε αυτός θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει το συντομότερο δυνατόν ότι το παιδί πέφτει θύμα κακοποίησης και να αντιμετωπίσει το συμβάν με τον κατάλληλο τρόπο. Επειδή η διάγνωση της κακοποίησης δεν είναι εύκολη διαδικασία, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους κάποιους δείκτες οι οποίοι στην ουσία αποτελούν ενδείξεις για το εάν το παιδί μπορεί να είναι θύμα κακοποίησης . (Connolly, 2012)

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας δεν θα πρέπει να είναι ανακριτικός, αλλά αντίθετα να βοηθήσουν το παιδί να αισθανθεί σιγουριά και να του εξηγήσουν

το τι θα συμβεί, ώστε να συλλέξουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες. Επιπλέον, η στάση των επαγγελματιών υγείας θα είναι πολύ υποβοηθητική εάν ακούσουν με προσοχή το παιδί και το καθησυχάσουν, διαβεβαιώνοντάς το ότι θα προσπαθήσουν να το βοηθήσουν. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998)

Αρχικά είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, τα τραύματα του παιδιού θα χρειαστούν πιθανόν φαρμακευτική φροντίδα και ιατρική αγωγή, σημαντικό είναι να προσεγγίσει τους γονείς για να καθοριστούν τα επόμενα βήματα ειδικά όταν η διάγνωση δεν έχει καταδείξει τους ίδιους ως υπεύθυνους. (Dewit S., 2013)

Η διαδικασία της διάγνωσης αλλά και εκείνη της αντιμετώπισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας στα παιδιά έχει σημαντικές και μεγάλες προκλήσεις. Είναι καθοριστική η οριοθέτηση του αιτιολογικού παράγοντα και των λοιπών παραμέτρων ενός τραύματος αυτής της μορφής, των πρώτων μετατραυματικών αντιδράσεων του παιδιού ύστερα από την έκθεση του σε μια τέτοια κατάσταση, του φάσματος της συμπτωματολογίας το οποίο έχει αναπτυχθεί, αλλά και του κινδύνου ύπαρξης συνθήκης συνεχόμενης βίωσης παρόμοιων καταστάσεων (Dewit S., 2013)

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του κάποια χαρακτηριστικά που παραπέμπουν σε κακοποίηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αναζήτηση βοήθειας και η καθυστέρηση της βοήθειας. Για παράδειγμα όταν το παιδί όντως έχει χτυπήσει εξαιτίας κάποιου ατυχήματος, οι γονείς κατευθείαν σπεύδουν στο νοσοκομείο. Στις περιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης, η εισαγωγή στο νοσοκομείο γίνεται με καθυστέρηση. Ένα δεύτερο σημάδι είναι η αναφορά ενός ιστορικού που είναι γεμάτο ασάφειες και δεν συμβαδίζει με την κλινική εικόνα που αντικρίζουν οι νοσηλευτές. Σημάδι που συχνά επιβεβαιώνεται ότι οδηγεί στην διάγνωση κακοποίησης αποτελεί το γεγονός ότι οι δυο γονείς δεν συμφωνούν στα λεγόμενά τους ή διστάζουν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του προσωπικού. Πολλές φορές μάλιστα, ο τρόπος με τον οποίον εκφράζονται για τα παιδιά τους οι γονείς δηλώνει απάθεια και απόρριψη. Δεν διστάζουν να το κατηγορήσουν για μη συνεργάσιμο χαρακτήρα και ανυπακοή. (Kelllogg, 2007)

Η νοσηλεία μπορεί να λειτουργήσει ως ασπίδα σωτηρίας, ως μεταβατικός και θεραπευτικός χώρος ο οποίος θα συμβάλλει στο πέρασμα από την κρίση της αποκάλυψης στην ανακούφιση της αντιμετώπισης. Όπως και στη σωματική κακοποίηση και παραμέληση, η στάση των επαγγελματιών θα καθορίσει το κλίμα και το περιεχόμενο της αποκάλυψης. Στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης, τα συναισθήματα που κατακλύζουν τους επαγγελματίες είναι πιο έντονα όπως και οι αντιστάσεις και η αμηχανία. Γι' αυτό, μόνο ο καλά ενημερωμένος και έμπειρος επαγγελματίας θα πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη της διαχείρισης της αποκάλυψης. Όσον αφορά τους γονείς, οι επαγγελματίες δεν έχουν το δικαίωμα να το αποκρύψουν από αυτούς, ακόμα και όταν υποψιάζονται ενδοοικογενειακή ευθύνη για το γεγονός, δηλαδή θα πρέπει να τους λένε μόνο αυτό που πραγματικά βλέπουν και πιστεύουν. Σημαντικό είναι να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν ότι ένα παιδί σπανίως μπορεί να κατασκευάσει ένα ψέμα για τη δική του θυματοποίηση. Οφείλουν να συζητήσουν με τους γονείς με σταθερότητα για το γεγονός, αλλά με τρόπο ευαίσθητο και μη επικριτικό, αναγνωρίζοντας τα δικά τους συναισθήματα εκείνη τη στιγμή. Εφ' όσον οι επαγγελματίες κρίνουν ότι χρειάζεται να νοσηλευτεί το παιδί για έναν τουλάχιστον από τους λόγους που αναφέρθηκαν, ζητείται από τους γονείς να συναινέσουν. Εφ'

όσον δεν συμφωνούν, τότε θα εξηγηθούν οι προβλέψεις του νόμου για "υποχρεωτική νοσηλεία" με εισαγγελική παρέμβαση. Η παρέμβαση αυτή δεν αιρεί τη διάθεση των επαγγελματιών για συνεργασία με την οικογένεια και αυτό πρέπει να διευκρινισθεί στους γονείς. Ανάλογες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν στο παιδί σχετικά με όλα τα στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας. Η γνώση αυτή βοηθάει στο παιδί να αισθανθεί σιγουριά, εφ' όσον θα ξέρει τι το περιμένει. (Γυφτοπούλου Αγγελική, 2013)

Όταν η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης είναι αποδεκτή και πλήρως τεκμηριωμένη ο νοσηλευτής σύμφωνα με την (Dewit S., 2013) μπορεί να συμμετάσχει ενεργά στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Το παιδί μπορεί να μιλήσει με τον νοσηλευτή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και γι' αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει πως δεν είναι το ίδιο το παιδί υπεύθυνο για την κακοποίηση την οποία έχει υποστεί. Η (Dewit S., 2013) τονίζει πως ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει το παιδί να μιλήσει για τους φόβους και τα προβλήματά του δίχως να φοβάται πως θα τιμωρηθεί για την ανοχή του και την στάση του απέναντι στο άτομο που το κακοποιεί.

Διάφορες θεραπευτικές δυνατότητες με την πιο κλασική έννοια είναι: ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, θεραπεία βασισμένη στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω της τέχνης με τεχνικές όπως ο χορός, η μουσική, η ζωγραφική, το θέατρο κ.α., η θεραπεία ομάδας για παιδιά και εφήβους με διάφορους προσανατολισμούς. (Dewit S., 2013)

Ένα σημαντικό κομμάτι είναι η συχνή επαναξιολόγηση της ασφάλειας του παιδιού και της ικανότητας των γονέων. Η οικογένεια πλέον παρακολουθείται βάση σχεδίου και αναλύεται η συμπεριφορά της όσον αφορά τη διαχείριση του θυμού, την επίγνωση του προβλήματος, τη συνεργασία και τη γενική συμπεριφορά όχι μόνο απέναντι στο παιδί αλλά και σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για το θέμα και να έχουν το απαιτούμενο υπόβαθρο γνώσεων ώστε να συμμετέχουν στην πρόληψη και τη θεραπεία. Σημαντικό είναι να συμμορφώνονται προς τους νόμους της πολιτείας αλλά και να επιμορφώνονται συνεχώς για αν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση κάθε είδους. Η χρήση παιχνιδιών ή της τέχνης μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην θεραπεία όπως και η ενθάρρυνση από τους νοσηλευτές της καταγραφής των συναισθημάτων σε ένα ημερολόγιο το οποίο θα αμβλύνει τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού. (Dewit S., 2013)

Η παιδική κακοποίηση δεν εστιάζεται μόνο σε σωματικά τραύματα και ενδείξεις αλλά αφορά και την ψυχολογική – συναισθηματική κατάσταση ενός παιδιού που είναι ευάλωτο και ανήμπορο να αμυνθεί. Καθήκον του νοσηλευτή θεωρείται η συνολική αντιμετώπιση της κατάστασης και να θωρακίσει το θύμα σωματικά και ψυχικά.

Όσο περισσότερες ενδείξεις έχει ένας επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο κοντά βρίσκεται στην διάγνωση της κακοποίησης ενός παιδιού. Έχει σημειωθεί ότι οι δείκτες αυτοί διακρίνονται σε σωματικοί δείκτες και δείκτες συμπεριφοράς. (Γυφτοπούλου, 2015)

Στους σωματικούς δείκτες περιλαμβάνονται: οι μώλωπες σε ασυνήθιστα μέρη του σώματος του παιδιού, ώστε να αποφεύγεται το ενδεχόμενο της απλής πτώσης, οι τραυματισμοί που μπορεί να έχουν ένα συγκεκριμένο σχήμα, για παράδειγμα, σχήμα χεριού ή ράβδου, οι τραυματισμοί για

τους οποίους δεν υπάρχει εξήγηση, καθώς και οι τραυματισμοί σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. (Γυφτοπούλου, 2015)

Στους δείκτες συμπεριφοράς εντάσσονται: ο φόβος των παιδιών να επιστρέψουν σπίτι, η επιφυλακτικότητα των παιδιών στα αγγίγματα, τα προβλήματα ύπνου, η απόπειρα εγκατάλειψης του σπιτιού, η επιθετική συμπεριφορά, οι συχνές και αιφνίδιες μεταπτώσεις της συμπεριφοράς, οι αλλαγές στην σχολική επίδοση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι τάσεις αυτοκτονίας. (Γυφτοπούλου, 2015)

Προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να είναι σε θέση να επιτύχουν το καλύτερο αποτέλεσμα για τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή και παραμέληση, είναι σκόπιμο να σχεδιάζονται και υλοποιούνται τα κατάλληλα προγράμματα κατάρτισης. (Yehouda, 2010)

### **Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία**

Σε ότι έχει να κάνει με το ρόλο του νοσηλευτή στη διαδικασία της θεραπείας, είναι σημαντικό να τονιστεί πως έχει σαν βασικότερο στόχο την επίλυση ζητημάτων υγείας. Κατά την επαφή του ο νοσηλευτής με το παιδί είναι σημαντικό να είναι σε συχνή επικοινωνία και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο νοσηλευτής, είναι εφικτό να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της αντιμετώπισης της κακοποίησης του παιδιού. Πρώτα απ' όλα, είναι αναγκασμένος να αναφέρει το περιστατικό στους υπεύθυνους προστασίας του παιδιού βάσει με την υπάρχουσα νομοθεσία (Dewit S., 2013). Επιπλέον, είναι καθοριστικό να προσεγγίσει τους συγγενείς με κυριότερο στόχο να οριοθετηθούν τα επόμενα στάδια κυρίως στην περίπτωση στην οποία η διάγνωση δεν έχει δείξει τους γονείς του παιδιού σαν τους βασικούς υπεύθυνους (Δημητράσκου Θ., 2013)

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Ειδικότερα, ανιχνεύουν και εντοπίζουν την προειδοποιητική μετατραυματική συμπτωματολογία σε παιδιά και η δραστηριοποίησή τους αφορά στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών, παρέχοντας σε αυτά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύοντας την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους. Επιπλέον, οι κοινοτικοί, οι κλινικοί και οι σχολικοί νοσηλευτές μέσα από το εξειδικευμένο επαγγελματικό τους έργο έχουν τη δυνατότητα να διασύνδεουν τα παιδιά με ειδικούς, να ενημερώνουν και να συνεργάζονται, καθώς και να κατευθύνουν συμβουλευτικά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για τη στήριξή τους, την ανάκτηση της λειτουργικότητάς τους και την αποκατάστασή τους σε ψυχολογικό και σε κοινωνικό επίπεδο. (Ουζούνη Χριστίνα Ν. Κ., 2013)

Διαπιστώθηκε ότι, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτισή τους, σε θέματα παιδικής κακοποίησης. Στην έρευνα συμμετείχαν κυρίως επαγγελματίες οι οποίοι είχαν σχετικά υψηλή εμπειρία σε θέματα παιδικής κακοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, το 80% του δείγματος είχε υποστεί τουλάχιστον μία περίπτωση υποψίας για κακοποίηση παιδιών και παραμέληση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους και τα δύο τρίτα είχαν συμμετάσχει σε μια διάσκεψη για μια τέτοια περίπτωση. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν την ανάγκη για κατάρτιση

σε διάφορους τομείς. Δεδομένου του ήδη υψηλού υπόβαθρου των ερωτηθέντων, συμπεραίνεται ότι, επαγγελματίες υγείας με ελάχιστη έως μηδενική εμπειρία σε θέματα παιδικής κακοποίησης, θα είχαν πολλή μεγαλύτερη ανάγκη από εκπαιδευτικά προγράμματα. Οι επαγγελματίες υγείας που στην καθημερινή τους εργασία δεν εκτίθενται σε πολλές περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης είναι πολύ πιθανό να χρειάζονται μια πιο βασική εκπαίδευση για να διασφαλίσουν ότι γνωρίζουν σημεία κατάχρησης και αμέλειας και έχουν στοιχειώδεις γνώσεις στις διαδικασίες αναφοράς. Οι επαγγελματίες που βρίσκονται σε θέσεις μεγαλύτερης εμπλοκής σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να λάβουν εντατικότερη κατάρτιση, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης πιο εξειδικευμένων δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αξιολόγηση και τη λήψη αποφάσεων σε πολύπλοκες περιπτώσεις. Ενδεικτικά, μια τέτοια εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει προσομοιώσεις και εποπτευόμενη πρακτική . (Yehouda, 2010)

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην διάγνωση και την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης. Οι διαστάσεις του ρόλου του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης περιλαμβάνουν στην πρόληψη, την κλινική φροντίδα, την συμβουλευτική φροντίδα και την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού.

Σε γενικές γραμμές, ο νοσηλευτής μεταξύ των άλλων, εντοπίζει τα προειδοποιητικά συμπτώματα της κακοποίησης, παρέχει στα παιδιά το αναγκαίο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ώστε να του δηλώσουν το τι συμβαίνει και βοηθούν στην θεραπευτική αντιμετώπιση της κλινικής εικόνας του παιδιού. Η έγκαιρη διάγνωση της κακοποίησης είναι αυτή που συμβάλλει στον σχεδιασμό και την επιτυχή υλοποίηση ενός προγράμματος φροντίδας για το παιδί. (Dewit S., 2013)

Στους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας ενός κακοποιημένου παιδιού, εντάσσονται οι εξής: η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Στην προκειμένη περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στην επαναφορά και διατήρηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του παιδιού. Κατά την εκδήλωση συμβάντων κακοποίησης, ένα παιδί μπορεί να αναπτύξει φοβίες, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθήματα κατάθλιψης και απομόνωσης, μαθησιακές δυσκολίες, κ.λπ. Ένα καλά σχεδιασμένο πλαίσιο νοσηλευτικής παρέμβασης θα πρέπει να παρεμβαίνει ώστε το παιδί να αισθανθεί και πάλι ασφάλεια και να πάψει να αισθάνεται φοβίες για τους γύρω του. Να σημειώσουμε ότι, τα συμπτώματα αυτά ενδέχεται να παραμείνουν για πολύ καιρό ή ακόμη και να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Για τον λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό, η κλινική διάγνωση να πραγματοποιηθεί το συντομότερο δυνατόν και να σχεδιαστούν οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ώστε να μην ελλοχεύει ο κίνδυνος για παρουσίαση σοβαρότερων καταστάσεων σε μετέπειτα φάσεις της ζωής του παιδιού. Η επούλωση των συμπτωμάτων και της κλινικής εικόνας που παρουσιάστηκαν μετά την κακοποίηση του παιδιού και οδήγησαν στην σωματική και ψυχική διατάραξη της υγείας του. Το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως συμβαίνει και με τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να συμβάλλουν στην αποκατάσταση των σωματικών και ψυχικών διαταραχών του παιδιού.

Στην περίπτωση εμφάνισης περιστατικών κακοποίησης με την άσκηση σωματικής βίας, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αξιοποιήσει τις γενικές αρχές της νοσηλευτικής ώστε να επουλώσει τα τραύματα στο σώμα του παιδιού, καθώς και τις συνήθειες και το πρόγραμμα που

ακολουθούσε το παιδί πριν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης. Με τον τρόπο αυτό αναμένεται να αναπτυχθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού, το οποίο θα έχει ως στόχο την επαναπροσαρμογή του παιδιού στην καθημερινότητά του, χωρίς να προκύψουν προβλήματα προσαρμογής. Σημειώνεται ότι, προκειμένου να επανέλθει η λειτουργικότητα και η ευημερία του παιδιού σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα, αλλά και να προληφθούν μελλοντικά προβλήματα, προτείνεται η συστηματική επανεκτίμηση της κατάστασης του παιδιού, αλλά και της επικοινωνίας με τους γονείς του. (Herbert M., 1997)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

### **4.1 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ**

Ο νόμος περί πρόληψης και θεραπείας κατάχρησης παιδιών του 1974 είναι ένας ομοσπονδιακός νόμος που απαιτεί από όλα τα κράτη να έχουν αναθέσει νόμους περί καταγγελίας για κακοποίηση παιδιών, ώστε τα κράτη να λαμβάνουν ομοσπονδιακά κονδύλια για την υποστήριξη προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας κατάχρησης παιδιών και αμέλειας. Από την αρχική εισαγωγή της, η πράξη αναθεωρήθηκε το 2015 ώστε να συμπεριληφθεί η σωματεμπορία ως μορφή σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών. Η τροπολογία αυτή παρέχει επίσης τη δυνατότητα να νοσηλευτούν τα θύματα της διακίνησης σεξ μέχρι την ηλικία των 24 ετών ως θύμα κακοποίησης ή αμέλειας παιδιών .

Κάθε κράτος έχει δικό του νόμο για την αντιμετώπιση της καταγγελίας για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών ώστε να συμμορφώνεται με το νόμο περί πρόληψης και θεραπείας κατάχρησης παιδιών του 1974, αλλά κάθε κράτος έχει δικό του ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης ή της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Οι Ηνωμένες Πολιτείες ενέκριναν ομοσπονδιακά το νόμο περί προστασίας των θυμάτων εμπορίας ανθρώπων του 2000, ο οποίος έγινε ο πρώτος συνολικός νόμος για την καταπολέμηση της εμπορίας των ανθρώπων. ( Εθνική τηλεφωνική εμπορία ανθρώπων 2016)

Η πράξη παρέχει σήμερα ουσιαστικούς πόρους για την αντιμετώπιση των θυμάτων, τους πόρους για την προστασία των θυμάτων, τις πολιτικές για την αντιμετώπιση της εμπορίας ανθρώπων και νομικούς λόγους για την πρόληψη και δίωξη εγκλημάτων εμπορίας ανθρώπων. Από τη θέσπισή της επαναδιοργανώθηκε το 2003, το 2005, το 2008, το 2013 και το 2018 (Εθνική Ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή 2016, Πρόγραμμα Polaris 2018) .

Η επανεξέταση του 2018 επέκτεινε την πράξη μέχρι το 2021 και περιλάμβανε αρκετές ενημερώσεις που αποδίδουν κενά στην πολιτική και συνεχίζουν τα βασικά προγράμματα



εμπορίας ανθρώπων ( Project Polaris , 2018, νόμος για την προστασία των θυμάτων εμπορίας ανθρώπων του 2017-2018). Οι επικαιροποιήσεις, όπως η αύξηση της χρηματοδότησης στα θύματα εμπορίας ανθρώπων, η πρόληψη αγαθών στις Ηνωμένες Πολιτείες που δημιουργήθηκαν σε χώρες με καταναγκαστική εργασία, εκτός από την επιστροφή των θυμάτων από τους ομοσπονδιακούς φόρους, των πολιτικών κενών που αντιμετωπίζονται (σχέδιο Polaris 2018 ).

Παρόλο που οι νόμοι επιβολής νόμων προορίζονται για την προστασία των θυμάτων, μπορούν επίσης να προκαλέσουν περαιτέρω βλάβη στα θύματα. Όταν τα θύματα αυτά γνωρίζουν αυτούς τους υποχρεωτικούς νόμους υποβολής εκθέσεων , μπορεί να διστάζουν να αναφέρουν την κατάχρηση για φόβο από τις επιπτώσεις τους από το διακινητή τους. Τα θύματα μπορούν επίσης να αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες αντί για θύματα. Η είσοδος τους στο σύστημα δικαιοσύνης των ανηλίκων μειώνει τις πιθανότητες να λάβουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις και προστασία, θέτοντας τους σε κίνδυνο για περαιτέρω θυματοποίηση. Ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να λάβει όλα τα αναγκαία και νομικά μέτρα για να αποτρέψει περαιτέρω βλάβες στο παιδί, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν διαβουλεύσεις με την τοπική επιβολή του νόμου, υπηρεσίες προστασίας των παιδιών και άλλες σχετικές υπηρεσίες. (Kristie Boswell, LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. , 2019)

Ο Νόμος για την Πρόληψη και Θεραπεία της Κακοποίησης των Παιδιών του 2010 ορίζει τον ορισμό της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών, τουλάχιστον ως εξής: «Κάθε πρόσφατη πράξη ή αδράνεια ενός γονέα ή φύλακα που οδηγεί σε θάνατο, σοβαρή σωματική ή συναισθηματική βλάβη, σεξουαλική κακοποίηση ή εκμετάλλευση ή πράξη ή παράλειψη δράσης, η οποία παρουσιάζει άμεσο κίνδυνο σοβαρής βλάβης. (Laura Caneira & Karen M. Myrick, June 2015)

Το Υπουργείο Υγείας της Βραζιλίας διαπίστωσε το 2001 ότι η κοινοποίηση οποιασδήποτε μορφής βίας κατά των παιδιών και των εφήβων θα ήταν υποχρεωτική για όλους τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και ότι η παράλειψη αυτή θα καθιστούσε τον επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης πρόστιμο από τρεις έως είκοσι μισθούς αναφοράς , με διπλασιασμό του προστίμου σε περίπτωση επανάληψης. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι στις περιπτώσεις αυτές η υπεράσπιση της παραβίασης του καθήκοντος εμπιστευτικότητας που απορρέει από την επαγγελματική πρακτική θα ήταν ανεφάρμοστη, εφόσον πρόκειται για επικοινωνία που απαιτείται από το νόμο. (Bernardo Barcellos Terra, 2013)

### **Ποινικές /αστικές διατάξεις**

Ποινικές /αστικές διατάξεις αποτελούν μέρος στη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου παιδιού με την αφαίρεση γονικής μέριμνας που έχει ως σκοπό τη προστασία και την ανάπτυξη του παιδιού με τα κατάλληλα ασφαλιστικά μέτρα.

Αν και η κακοποίηση των παιδιών επηρεάζει τα παιδιά όλων των ηλικιών, ο κίνδυνος έκθεσης σε σοβαρό τραυματισμό που απαιτεί ιατρική παρέμβαση ενός μικρότερου παιδιού είναι υψηλό λόγω του ότι είναι πολύ πιο ευάλωτα. Έτσι, το προσωπικό έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να υποπεύεται συχνότερα την κακοποίηση παιδιών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα και να κινεί τις απαραίτητες νομικές διαδικασίες.

Γεγονός ότι οι τραυματικές βλάβες παρατηρήθηκαν στο 87% των περιπτώσεων κατάχρησης και παραμέλησης. Η μη υποψία από κατάχρηση και παραμέληση και έλλειψη δικαστικής ειδοποίησης για τον προσδιορισμό των αιτιών που προκαλούν θα οδηγήσει στην έλλειψη λήψης των απαραίτητων μέτρων για την πρόληψη αυτών των λόγων και οι ασθενείς αυτοί δεν θα εμποδιστούν να εισέλθουν στην αίθουσα έκτακτης ανάγκης με επαναλαμβανόμενη κατάχρηση και παραμέληση. (Selen Acehan A. A., ,Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016)

Οι δικαστικές προειδοποιήσεις των ασθενών που δεν είχαν δικαστικές δηλώσεις αξιολογήθηκαν εκ νέου με έντυπο αξιολόγησης κατάχρησης και δόθηκαν οι εκθέσεις τους. Οι γιατροί που εργάζονται στο τμήμα έκτακτης ανάγκης που δεν χρησιμοποιούν έντυπα αξιολόγησης κατάχρησης προκαλούν παρερμηνείες και προετοιμάζουν το έδαφος για ιατροφαρμακευτικά ζητήματα. Πιστεύουμε ότι τόσο τα νομικά ζητήματα, όσο και η νοσηρότητα και η θνησιμότητα μπορούν να αποφευχθούν χρησιμοποιώντας τη φόρμα υποψίας για αξιολόγηση κατάχρησης. (Selen Acehan A. A., 2016)

#### 4.1.1 ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

##### ΑΡΘΡΑ :Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στα άρθρα 2-41 καταχωρείται ένας μακρύς κατάλογος των βασικότερων δικαιωμάτων του παιδιού, τόσο των ατομικών και πολιτικών όσο και των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών. Η απόλαυση των δικαιωμάτων αυτών γίνεται με γνώμονα την αρχή «για το καλύτερο συμφέρον του παιδιού» και με βάση την οικογενειακή ζωή. (Νάσκου-Περράκη,σελ.21)

Συγκεκριμένα :

##### **Άρθρο 2**

Τα συμβαλλόμενα κράτη θα σέβονται και θα διασφαλίζουν τα δικαιώματα που προβλέπονται στην παρούσα σύμβαση για κάθε παιδί εντός της δικαιοδοσίας τους χωρίς κανενός είδους διάκριση, ανεξαρτήτως της φυλής του παιδιού ή γονέα ή του νόμιμου κηδεμόνα, του χρώματος, του φύλου, της γλώσσας, της θρησκείας, των πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, της εθνικής, εθνοτικής ή κοινωνικής καταγωγής, της περιουσίας, της αναπηρίας, γεννήσεως ή άλλης καταστάσεως. Τα συμβαλλόμενα κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να διασφαλίσουν ότι το παιδί προστατεύεται από όλες τις μορφές διάκρισης ή τιμωρίας λόγω του καθεστώτος, των δραστηριοτήτων, των εκφρασμένων απόψεων, ή πιστεύω των γονέων του παιδιού, κηδεμόνων, ή μελών της οικογένειας.

##### **Άρθρο 3**

Σε όλες τις δράσεις που αφορούν τα παιδιά, είτε πραγματοποιούνται από δημόσια ή ιδιωτικά ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας, δικαστήρια, διοικητικές αρχές ή νομοθετικούς φορείς, το συμφέρον του παιδιού πρέπει να λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη. Τα κράτη μέρη μεριμνούν ώστε τα θεσμικά όργανα, οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις που είναι υπεύθυνες για την φροντίδα ή την προστασία των παιδιών πρέπει να είναι σύμφωνες με τα πρότυπα που έχουν θεσπιστεί από τις αρμόδιες αρχές, ιδίως στους τομείς της ασφάλειας, της υγείας, όσον αφορά τον αριθμό και την καταλληλότητα του προσωπικού τους, καθώς και υπεύθυνης επίβλεψης.

### **Άρθρο 5**

Τα συμβαλλόμενα κράτη πρέπει να σέβονται τις αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των γονέων ή όπου εφαρμόζεται, των μελών της διευρυμένης οικογένειας ή κοινότητας, όπως προβλέπεται από το τοπικά έθιμα, των νομίμων κηδεμόνων ή άλλων προσώπων νόμιμα υπεύθυνων για το παιδί, στο να παρέχουν, κατά τρόπο σύμφωνο με την εξέλιξη των ικανοτήτων του παιδιού, την κατάλληλη κατεύθυνση και καθοδήγηση στην άσκηση από το παιδί των δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται στην παρούσα σύμβαση.

### **Άρθρο 6**

Τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν ότι κάθε παιδί έχει το εγγενές δικαίωμα στη ζωή. Τα Κράτη-μέρη διασφαλίζουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό την επιβίωση και την ανάπτυξη του παιδιού.

### **Άρθρο 16**

Κανένα παιδί δεν πρέπει να υποβάλλεται σε αυθαίρετη ή παράνομη παρέμβαση στην ιδιωτική του ζωή, στην οικογένειά του, στο σπίτι ή στην αλληλογραφία, ούτε σε παράνομες επιθέσεις στην τιμή και στην υπόληψή του. Το παιδί έχει το δικαίωμα της προστασίας του νόμου κατά παρόμοιων επεμβάσεων ή επιθέσεων.

### **Άρθρο 17**

Τα κράτη μέρη αναγνωρίζουν το σημαντικό ρόλο των μέσων μαζικής ενημέρωσης ....και ενθαρρύνουν την ανάπτυξη των κατάλληλων κατευθυντήριων γραμμών για την προστασία του παιδιού από πληροφορίες και υλικό που είναι επιβλαβές στην ευημερία του.

### **Άρθρο 18**

Τα κράτη μέρη θα καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να διασφαλιστεί η αναγνώριση της αρχής ότι και οι δύο γονείς έχουν κοινές ευθύνες για την ανατροφή και την ανάπτυξη του παιδιού. Οι γονείς ή, ανάλογα με την περίπτωση, οι νόμιμοι κηδεμόνες, έχουν την πρωταρχική ευθύνη για την ανατροφή και την ανάπτυξη του παιδιού. Το συμφέρον του παιδιού θα είναι βασική τους φροντίδα. Για το σκοπό της διασφάλισης και προώθησης των δικαιωμάτων που προβλέπονται στην παρούσα σύμβαση, τα συμβαλλόμενα κράτη θα παράσχουν την κατάλληλη βοήθεια στους γονείς και κηδεμόνες στην εκτέλεση των υποχρεώσεών τους για την ανατροφή

του παιδιού και θα εξασφαλίσουν την ανάπτυξη οργανισμών, ιδρυμάτων και υπηρεσιών για την φροντίδα των παιδιών.

### **Άρθρο 19**

Τα συμβαλλόμενα κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα νομοθετικά, διοικητικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα για την προστασία των παιδιών από κάθε μορφή σωματικής ή ψυχικής βίας, τραυματισμό ή κακομεταχείριση, αμέλεια ή πλημμελή φροντίδα, κακομεταχείριση ή εκμετάλλευση, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ βρίσκεται στη φροντίδα του γονέα (ων), του νόμιμου κηδεμόνα (ων) ή οποιουδήποτε άλλου ατόμου που έχει την επιμέλεια και την φροντίδα του παιδιού. Τέτοια προστατευτικά μέτρα θα πρέπει, εφόσον κρίνεται απαραίτητο να συμπεριλαμβάνουν αποτελεσματικές διαδικασίες για την καθιέρωση κοινωνικών προγραμμάτων που να παρέχουν την απαραίτητη υποστήριξη στο παιδί και σε αυτούς που έχουν τη φροντίδα του παιδιού, καθώς και για άλλες μορφές πρόληψης και αναγνώρισης ταυτότητας, έκθεσης, αναφοράς, έρευνας, περίθαλψης και κατ'εξακολούθηση περιστατικών κακοποίησης παιδιών που περιγράφονται ανωτέρω και εφόσον κριθεί απαραίτητο για δικαστική εμπλοκή.

### **Άρθρο 20**

Ένα παιδί που προσωρινά ή μόνιμα έχει στερηθεί το οικογενειακό του περιβάλλον ή για το συμφέρον του οποίου δεν μπορεί να του επιτραπεί να παραμείνει σε αυτό το περιβάλλον, θα δικαιούται ειδική προστασία και βοήθεια από το κράτος. Τα συμβαλλόμενα κράτη σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία τους θα διασφαλίσουν εναλλακτική φροντίδα για αυτό το παιδί. Η εν λόγω περίθαλψη θα μπορούσε να περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, θέση υπό κηδεμονία, υιοθεσία, ή αν κρίνεται αναγκαία τη τοποθέτηση σε κατάλληλα ιδρύματα για τη φροντίδα των παιδιών.

### **Άρθρο 27**

Τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε παιδιού σε ένα επίπεδο ζωής επαρκές για την σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Οι γονείς ή οι άλλοι υπεύθυνοι για το παιδί έχουν την πρωταρχική ευθύνη για να εξασφαλίσουν μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων τους και των οικονομικών τους δυνάμεων τις συνθήκες διαβίωσης που απαιτούνται για την σωστή ανάπτυξη του παιδιού.

### **Άρθρο 32**

Τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού να προστατεύεται από την οικονομική εκμετάλλευση και από την εκτέλεση οποιασδήποτε εργασίας που ενδέχεται να είναι επικίνδυνη ή να παρακωλύει την εκπαίδευση του παιδιού, ή να είναι επιβλαβής για την υγεία του ή τη σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική ή κοινωνική του ανάπτυξη.

### **Άρθρο 33**

Τα συμβαλλόμενα κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων νομοθετικών, διοικητικών, κοινωνικών και εκπαιδευτικών μέτρων, για να προστατέψουν τα παιδιά από την αθέμιτη χρήση ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, όπως ορίζονται από τις

σχετικές διεθνείς συνθήκες, και να εμποδίσουν την χρησιμοποίηση παιδιών στην αθέμιτη παραγωγή και διακίνηση τέτοιων ουσιών.

### **Άρθρο 34**

Τα Κράτη-μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να προστατεύσουν το παιδί από κάθε μορφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης και σεξουαλικής βίας. Για το σκοπό αυτό, τα κράτη-μέλη πρέπει ιδίως να λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα εθνικά, διμερή και πολυμερή μέτρα για να εμποδίσουν: την προτροπή ή τον εξαναγκασμό του παιδιού να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε παράνομη σεξουαλική δραστηριότητα, την εκμετάλλευση του παιδιού στην πορνεία ή άλλες παράνομες σεξουαλικές δραστηριότητες, την εκμετάλλευση του παιδιού σε πορνογραφικές παραστάσεις και υλικό.

### **Άρθρο 36**

Τα Συμβαλλόμενα κράτη θα προστατεύσουν το παιδί από οποιασδήποτε μορφής εκμετάλλευση που είναι επιβλαβής σε οποιαδήποτε μορφή που αφορά την ευημερία του παιδιού.

### **Άρθρο 37**

Τα Κράτη-μέρη θα προστατεύσουν το δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και ασφάλεια. Το εν λόγω δικαίωμα περιέχει την απαγόρευση των βασανιστηρίων ή άλλης σκληρής, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης ή τιμωρίας. Κανείς δε θα στερείται την ελευθερία του παράνομα και αυθαίρετα. (Νάσκου-Περράκη, σελ.27).

### **Άρθρο 39**

Τα κράτη-μέρη θα λάβουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να προωθήσουν την ψυχολογική και σωματική ανάκαμψη και την κοινωνική επανένταξη του παιδιού-θύματος : από κάθε μορφής αμέλεια, εκμετάλλευση ή κακοποίηση, βασανισμό ή κάθε άλλη μορφή σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας ή ένοπλης σύρραξης. (Νάσκου-Περράκη, σελ.59)

Τα άρθρα 43, 44, 45 αφορούν το δεύτερο μέρος της Σύμβασης και εγκαθιδρύουν ένα μηχανισμό ελέγχου της εφαρμογής της. Η επίβλεψη της εφαρμογής της Σύμβασης ανατίθεται σε μια 10μελή επιτροπή που θα συνέρχεται μια φορά το χρόνο στην έδρα των Ηνωμένων εθνών. Στην Επιτροπή θα υποβάλλονται κάθε πέντε χρόνια οι εκθέσεις των κρατών – μερών και θα περιλαμβάνουν πληροφορίες για τον τρόπο εφαρμογής της σύμβασης στην εκάστοτε χώρα, αλλά και την περιγραφή των δυσκολιών ή των εμποδίων που λειτούργησαν ως ανασταλτικός παράγοντας για την υλοποίηση των υποχρεώσεων της Σύμβασης.

Το τρίτο μέρος της Σύμβασης, άρθρα 46 έως και 54, περιλαμβάνει τις διατάξεις που αφορούν ενδεχόμενες τροποποιήσεις σε άρθρα της Σύμβασης.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το νόμο 3500/2006 (ΦΕΚ 232Α 24-10-2006) αρ.2 «Η άσκηση βίας κάθε μορφής μεταξύ των μελών της οικογένειας απαγορεύεται». Νόμος 3500/2006 (ΦΕΚ 232Α 24-10-2006) : Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις. Το Β΄ κεφάλαιο αναφέρεται σε σχετικές αστικές διατάξεις (αντικατάσταση β΄ εδ. αρ. 1439 ΑΚ,

εφαρμογή αρ. 1532 ΑΚ, 932 ΑΚ). Το Γ' κεφάλαιο αναφέρεται στις ποινικές διατάξεις (βλέπε άρθρ. 299, 308, 311 Π.Κ., αντικατάσταση των § 1 των άρθρων 336 και 338 ΠΚ κλπ). Με τα άρθρα 11-14 ορίζονται οι προϋποθέσεις, η διαδικασία, οι ποινικές και αστικές συνέπειες της ποινικής διαμεσολάβησης στα πλημμελήματα ενδοοικογενειακής βίας από τον αρμόδιο για την άσκηση ποινικής δίωξης εισαγγελέα. Το Ε' κεφάλαιο αναφέρεται σε δικονομικές διατάξεις (προσθήκη εδ. στο 735 Κ.Πολ.Δ. (προσωρινή ρύθμιση κατάστασης), εφαρμογή 417 επ. ΚΠΔ σε βάρος του υπαιτίου, περιοριστικοί όροι κλπ). Τέλος το άρθρο 23 ρυθμίζει τις υποχρεώσεις των εκπαιδευτικών, ενώ με το άρθρο 24 αντικαθίσταται το αρ. 342 Π.Κ. (κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια). (Δ.Βαϊκούση, 2009)

### **Θεματικές με τις οποίες ασχολείται ο Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού :**

Ο κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού ασχολείται με τα εξής :Ταυτότητα, ιθαγένεια, ληξιαρχικές πράξεις, γονική μέριμνα, υιοθεσία, εναλλακτική φροντίδα, επίπεδο ζωής και διαβίωσης, κοινωνική συμμετοχή, ψυχαγωγία, παιδότοποι, εκπαίδευση, σωματική – ψυχική υγεία, πρόνοια, ΑΜΕΑ, εργασία, μέσα μαζικής ενημέρωσης, μέσα επικοινωνίας, το παιδί ως καταναλωτής, κακοποίηση-παραμέληση, βία, ενδο-οικογενειακή παραμέληση – κακοποίηση, οικονομική – σεξουαλική εκμετάλλευση, εμπορία, δικαιοσύνη – καταστολή – πρόληψη, υποδοχή μεταναστών και προσφύγων. (Δ.Βαϊκούση, 2009)

## **4.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Παγκοσμίως, περίπου 15 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών έχουν εξαναγκαστεί σε σεξουαλική επαφή ή σε άλλου είδους σεξουαλικές πράξεις κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μόνο το 1% των εφήβων κοριτσιών που βίωσαν σεξουαλική βία ανέφεραν ότι αναζήτησαν επαγγελματική βοήθεια. (Λουκάς Καρνής., 2018)

Στις 28 χώρες, όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, το 90% των εφήβων κοριτσιών που είχαν εξαναγκαστεί σε σεξουαλική επαφή, κατά μέσο όρο, δήλωσαν ότι ο δράστης του πρώτου συμβάντος ήταν γνωστός τους. Στοιχεία από έξι χώρες αποκαλύπτουν ότι φίλοι, συμμαθητές και συνεργάτες συγκαταλέγονται στους πιο συχνά αναφερόμενους δράστες σεξουαλικής βίας εναντίον εφήβων αγοριών. (Λουκάς Καρνής., 2018)

Διεθνώς, στον γενικό -μη κλινικό- πληθυσμό τα ποσοστά παιδικής σωματικής κακοποίησης κυμαίνονται για τους άνδρες 10-31% και για τις γυναίκες 6-40%, ενώ τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία κυμαίνονται αντιστοίχως για τα δύο φύλα 3-29% (άνδρες) και 7-36% (γυναίκες). Τα ποσοστά φαίνεται να είναι μεγαλύτερα στην περίοδο της σχολικής ζωής και στην περίοδο της εφηβείας σε σχέση με την βρεφική και προσχολική ηλικία. (Trickett, 2011)

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις παγκοσμίως προκαλώντας ανησυχία κυρίως για το ζήτημα της σιωπής και απόκρυψης κακοποίησης. Σε διεθνή εκστρατεία εναντίον στο φαινόμενο εκπρόσωπος της χώρας μας το «το χαμόγελο του παιδιού». Ακόμη τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα κίνδυνου κακοποίησης έχουν τα παιδιά με αναπηρία. Σύμφωνα με ερευνα στον Καναδά πάνω από 700 εργαζόμενοι κατηγορούνται για σεξουαλική κακοποίηση τα τελευταία 20 χρόνια σε 1300 παιδιά. Από το 1997-2007 παρατηρείται σε βάρος 1272 παιδιών σεξουαλική κακοποίηση διαφόρων ειδών. 68% είναι εκπαιδευτικοί. Υπόλοιποι οδηγοί σχολικών λεωφορείων, επιστάτες γραμματείς, σχολικοί υπάλληλοι, επιτηρητές. Μεγάλο ποσοστό δραστών είχα κεντρίσει το ενδιαφέρον των παιδιών ώστε κερδίσουν την εμπιστοσύνη και να διαθέτουν χρόνο μαζί τους, τα χειραγωγούσαν για να μη μιλήσουν και να αποφύγουν τη δυνατότητα να τους καταγγείλουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των παιδιών χρησιμοποιούσαν το διαδίκτυο, 87% άνδρες 75% γυναίκες. Το 2011, υπήρχαν 3,4 εκατομμύρια παραπομπές που αφορούσαν την κακομεταχείριση παιδιών στις Υπηρεσίες Προστασίας Παιδιών, εκ των οποίων οι 700.000 περιπτώσεις επιβεβαιώθηκαν ως κατάχρηση. Από αυτές τις επιβεβαιωμένες περιπτώσεις, ο υψηλότερος ρυθμός θυματοποίησης εμφανίστηκε από τη γέννηση έως το 1 έτος, με το 87% να περιλαμβάνει τις τρεις φυλές Αφροαμερικανών (21,5%), Ισπανόφωνων (22,1%) και Καυκάσιων (43,9% μεταξύ των ανδρών (48,6%) και των γυναικών (51,5%). (Laura Caneira & Karen M. Myrick, June 2015)

Τα στοιχεία που βρεθήκαν σε όλες τις χώρες παιδικής εκμετάλλευσης είναι ελάχιστα οι μισές χώρες σε ποσοστά παιδιών με βιασμό, συλλογή δεδομένων σχετικά με την σεξουαλική εκμετάλλευση έχουν καταρτίσει δεδομένα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αυξημένα περιστατικά αγοριών κακοποίησης στο αγγλικό ποδόσφαιρο που πήρε διαστάσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Η Ινδία για την προστασία των θυμάτων έχει το καλύτερο νομικό πλαίσιο, σύμφωνα με τον νόμο 2012 που αφορά τη αποστασία σεξουαλικής κακοποίησης σε παιδιά τόσο σε κορίτσια όσο και σε αγόρια. Σύμφωνα με μελέτες 50% στην Ινδία στα παιδιά έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση μια ή και περισσότερες φορές. Καλείται ως μια σιωπηλή επιδημία όπου 12 εκατομμύρια κορίτσια έχουν πέσει θύμα σεξουαλικής κακοποίησης μόνο το 1% έχει ζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία της υγείας. Κάθε χρόνο κακοποιούνται σεξουαλικά 73.000.000 αγόρια και 150.000.000 κορίτσια. Το 2017, 259.000 εικόνες και βίντεο παιδικής κακοποίησης αφαιρέθηκαν από το διαδίκτυο με την άμεση παρέμβαση 48 άμεσων καταγγελιών σε 43 χώρες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα παιδιά και οι έφηβοι αντιμετωπίζουν σεξουαλική κακοποίηση με ανησυχητικό ρυθμό. Οι αναλύσεις εκτιμούν ότι το 18% των κοριτσιών και σχεδόν το 8% των αγοριών θα εμφανίσουν κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επίθεσης ή του βιασμού. Τα ποσοστά επικράτησης στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (LMIC) εκτιμάται ότι είναι ακόμη υψηλότερα. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Καμπότζη, Αϊτή, Κένυα, το Μαλάουι, τη Σουαζιλάνδη, Τανζανία και τη Ζιμπάμπουε έδειξε ότι πάνω από το 25% των παιδιών και της νεολαίας είχαν βιώσει κάποια μορφή σεξουαλικής βίας, και το ποσοστό ήταν της τάξης του 37,6% των κοριτσιών στη Σουαζιλάνδη. (Elena T. Broaddus-Shea και Kerry Scott β Megjn Reijnders cAvni Amin., 2019)

Από άλλες έρευνες προκύπτουν στοιχεία τα οποία λένε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2015 , περίπου 117.772 παιδιά υπέστησαν σωματική κακοποίηση. Οι περισσότερες κοινές μορφές παιδικής κακοποίησης έχουν καταγραφεί στην περιοχή της Νότιας Ασίας και επιπλέον, η καταγραφή των παιδιών κατά τη διάρκεια ένοπλων συγκρούσεων, η οποία είναι μια νέα μορφή κακοποίησης παιδιών, καταγράφηκε επίσης στη Σρι Λάνκα και το Νεπάλ . (M. G. Sathiadass, 2018)

Η μελέτη του 2006 του ΟΗΕ για τη βία κατά των παιδιών, εκτιμά ότι στη Νότια Ασία, μεταξύ 41 και 88 εκατομμυρίων παιδιών σημειώνουν βία στο σπίτι κάθε χρόνο. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι οι μισές παιδικές νέφες του κόσμου ζουν στη Νότια Ασία, όπου το 46% των γυναικών ηλικίας 20-24 ετών παντρεύονται ή ενώνονται πριν συμπληρώσουν την ηλικία των 18 ετών και ότι περίπου 44 εκατομμύρια παιδιά ασχολούνται με παιδική εργασία περιοχή. Η σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση, καθώς και η εμπορία παιδιών και η σωματική τιμωρία εγείρουν πρόσθετες ανησυχίες στην περιοχή. Δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση, παρά τη σημασία αυτών των φαινομένων στην περιοχή. Η κατάχρηση συχνά δεν αναφέρεται και περιβάλλεται από μυστικότητα. Επομένως, τα περιφερειακά δεδομένα είναι σπάνια. (M. G. Sathiadass, 2018)

Μια διαχρονική, περιγραφική μελέτη παρατήρησης από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2014, σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών, οι οποίοι γίνονται δεκτοί στην ΠΕΑ των Υπηρεσιών Υγείας του Κράτους της Πουέμπλα με διάγνωση εγκαυμάτων δευτερογενούς σε σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού. (Y Martínez-Tovilla, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2017)

Τα γεγονότα της κακοποίησης και της αμέλειας των παιδιών δεν εντοπίζονται συνήθως καθώς οι πρώτοι που ανταποκρίνονται στην παιδική φροντίδα δεν καταφέρνουν να εντοπίσουν τραυματισμούς, συνθήκες ή συμπεριφορές. Έλλειψη έγκαιρης παρέμβασης, ένα παιδί με κακοποίηση έχει 10% κίνδυνο να έχει θανατηφόρο τραύμα .Μια μελέτη που έγινε στο κεντρικό Γκουτζαράτ της Ινδίας υποδεικνύει ότι οι ιατροί και οι οδοντίατροι δεν είναι διατεθειμένοι να ανιχνεύουν και να διαχειρίζονται παιδιά με ζητήματα που σχετίζονται με την προστασία. Σημαντικό χάσμα παρατηρήθηκε στην αναγνώριση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η υποχρεωτική εκπαίδευση σχετικά με την ανίχνευση και τη διαχείριση της κακοποίησης και της αμέλειας των παιδιών, σε όλους τους ιατρικούς και συναφείς επαγγελματίες, θα βελτιώσει την αναφορά των υποψιών για κακοποίηση παιδιών. (M. G. Sathiadass, 2018)

Από το 1999, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το θεωρούσε παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο ΠΟΥ έχει υπολογίσει ότι 40 εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο από 0 έως 14 ετών έχουν κάποια μορφή κακοποίησης και περίπου 53.000 παιδιά πέθαναν το 2002 λόγω ανθρωποκτονίας. Στην κλινική περίθαλψη για παιδιά με κακομεταχείριση του Εθνικού Παιδιατρικού Ινστιτούτου του Μεξικού 35-40 νέα κρούσματα κακοποίησης διαγιγνώσκονται και χειρίζονται κάθε χρόνο. Στο Μεξικό, από το 1999, ιδρύματα όπως το Μεξικανικό Εθνικό Σύστημα για την Ολοκληρωμένη Οικογενειακή Ανάπτυξη (DIF) και το Μεξικανικό Εθνικό Ινστιτούτο Γεωγραφικών Στατιστικών και Πληροφορικής (INEGI) διατηρούν ένα μητρώο αναφερόμενων και εντοπισμένων αιτιών για να δείξει ότι το πρόβλημα υπάρχει και αυξάνεται. (Y Martínez-Tovilla, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2017) Σε υπηρεσίες υγείας του Κράτους της



Πουέμπλα με διάγνωση εγκυμμάτων δευτερογενούς σε σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού ελήφθησαν συνολικά 313 ασθενείς. 187 από αυτούς ήταν άνδρες και 126 από αυτούς ήταν γυναίκες. 13 περιπτώσεις εντοπίστηκαν ως σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού. 9 ήταν γυναίκες (69%) και 4 ήταν άνδρες (31%). Κατατάχθηκαν ανά ηλικιακή ομάδα ως 1 βρέφος, 4 παιδιά προσχολικής ηλικίας, 4 παιδιά σχολικής ηλικίας και 4 έφηβοι. Οι παράγοντες κινδύνου θεωρήθηκαν ότι περιλαμβάνουν τα εξής: νέους γονείς - εντοπίσαμε 12 περιπτώσεις στις οποίες η μητέρα ήταν > 18 ετών και 1 περίπτωση στην οποία η μητέρα ήταν ανήλικος, σε αντίθεση με 11 περιπτώσεις στις οποίες ο πατέρας ήταν  $\geq 18$  ηλικίας και 2 περιπτώσεων στις οποίες ο πατέρας ήταν ανήλικος · μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη - σε 11 περιπτώσεις (85%) η εγκυμοσύνη ήταν απρογραμματίστη και σε 2 περιπτώσεις (15%) σχεδιάστηκε η εγκυμοσύνη. κακή προγεννητική παρακολούθηση - 9 ασθενείς (69%) είχαν υποβληθεί σε κακή προγεννητική παρακολούθηση και 4 (31%) είχαν υποβληθεί σε κατάλληλη προγεννητική παρακολούθηση. και γεννήθηκε νοσοκομείο - 11 ασθενείς (85%) γεννήθηκαν σε νοσοκομειακό περιβάλλον ενώ 2 ασθενείς (15%) γεννήθηκαν στο σπίτι.

Οι οικογενειακοί παράγοντες που ερευνήθηκαν περιελάμβαναν την παρουσία προβλημάτων σχέσεων στο ζευγάρι, τα οποία θεωρήθηκαν ως επιθυμία ή πρόθεση διαχωρισμού. Υπήρχαν προβλήματα σχέσεων σε 12 περιπτώσεις (92%). Όσον αφορά την παρουσία ενδοοικογενειακής βίας, σε 10 περιπτώσεις (77%) υπήρχε ανάγκη για ιατρική ή και ψυχολογική φροντίδα λόγω ακατάλληλης συμπεριφοράς από το ζευγάρι και σε 3 περιπτώσεις (23%) δεν υπήρχε τέτοια ανάγκη. 7 περιπτώσεις (54%) αφορούσαν την κατανάλωση αλκοόλ μέχρι τη στιγμή της τοξίκωσης και 6 περιπτώσεις (46%) δεν είχαν. Σε 11 περιπτώσεις (85%) αναφέρθηκε υπερπληθυσμός και σε 2 περιπτώσεις (25%) δεν ήταν. Από τους 13 ασθενείς που είχαν σωματικές βλάβες, το 100% είχε εγκαύματα, 1 είχε κάταγμα, 2 είχαν επιληπτικές κρίσεις, 1 είχε ευερεθιστότητα, 1 είχε υπνηλία, 1 είχε λήθαργο και 1 είχε τραυματισμό στα γεννητικά όργανα. Κατά τη διάρκεια του ιατρικού ελέγχου διαπιστώθηκε ότι σε 4 περιπτώσεις (31%) λιγότερο από 1 ημέρα είχαν περάσει από την εμφάνιση της βλάβης, σε 6 περιπτώσεις (46%) 1-5 ημέρες, σε 2 περιπτώσεις (15%) είχαν περάσει 6-10 ημέρες και σε 1 περίπτωση (8%) είχαν περάσει περισσότερες από 10 ημέρες από την εμφάνιση της βλάβης. Όσον αφορά την ιατρική αξιολόγηση και την κλινική πορεία των πληγών, πιστεύεται ότι σε 11 περιπτώσεις (85%) η ιατρική περίθαλψη είχε αναζητηθεί αργά και σε 2 περιπτώσεις (15%) η ιατρική περίθαλψη είχε αναζητηθεί εγκαίρως. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των τραυματισμών και του γεγονότος που συνέβη, σε 11 περιπτώσεις (85%) υπήρχαν αποκλίσεις και σε 2 περιπτώσεις (15%) δεν υπήρχαν αποκλίσεις. Η παρουσία τραυματισμών στα γεννητικά όργανα και / ή τον πρωκτό εξετάστηκε και διαπιστώθηκε ότι 1 ασθενής (8%) είχε εκδορές και οι άλλοι 12 ασθενείς (92%) δεν είχαν αυτόν τον τύπο τραυματισμού. Από τους 13 ασθενείς συνολικά, μόνο 2 (15%) δήλωσαν ότι είχαν προσβληθεί και 11 ασθενείς (85%) αρνήθηκαν ότι είχαν προσβληθεί. Η συμπεριφορά των ασθενών μελετήθηκε με την αποδοχή τους στην εταιρεία του επιτιθέμενου: 10 (77%) έδειξαν μη φυσιολογική συμπεριφορά ενώ 3 (23%) δεν το έκαναν. Στην αξιολόγηση της εισδοχής διαπιστώθηκε ότι 11 ασθενείς (85%) είχαν παραμέληση στην υγιεινή ενώ 2 (15%) δεν πληρούσαν αυτό το κριτήριο. Μόλις είχε διαγνωσθεί το σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού στους 13 ασθενείς, εντοπίστηκε ο πιο συνηθισμένος τύπος κακοποίησης. Η αμέλεια ή / και η παραμέληση έπληξαν 8 ασθενείς (62%), 2 ασθενείς (15%) είχαν φυσική κακοποίηση εκτός από

αμέλεια, 2 ασθενείς (15%) έδειξαν αποκλειστικά σωματική κακοποίηση και μόνο 1 ασθενής (8% ψυχολογικής κακοποίησης ταυτόχρονα

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών αγνοούνταν και παρόλο που η γνώση των απαιτήσεών τους για τη βέλτιστη ανάπτυξη έχει βελτιωθεί, η κατάχρηση συνεχίζεται. Ο ρόλος του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης για να τους αναφέρουν υποχρεώνει τέτοιες περιπτώσεις, όχι μόνο στην επαγγελματική τους πρακτική, αλλά και στην κοινωνία, να προσπαθήσει να επιλύσει τις διάφορες τυπικές καταστάσεις. Ιατρική παρέμβαση σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών αποτελείται από: τη διαπίστωση της διάγνωσης ή της ύποπτης διάγνωσης της κατάχρησης ξεκινώντας την απαραίτητη θεραπεία και να διασφαλιστεί ότι ο ανήλικος προστατεύεται. Για να γίνει αυτό, χρειαζόμαστε τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες και ειδικούς. Η άμεση οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στα παιδιά που υφίστανται κακοποίηση. Γενικά, οι οικογένειες είναι δυσλειτουργικές και υπάρχουν παράγοντες κινδύνου όπως ο αλκοολισμός και ο εθισμός στα ναρκωτικά εκτός από την ιστορία των γονέων ότι είναι θύματα κακοποίησης παιδιών. Από οικονομική άποψη, είναι οικογένειες που χαρακτηρίζονται από φτώχεια και περιθωριοποίηση, όπου η εγκατάλειψη και η απόρριψη είναι γεμάτες.

Σε αυτή τη μελέτη, το 54% των γονέων των ασθενών αλκοόλ που καταναλώνεται στο σημείο της μέθης, το 85% των ασθενών είχαν παραμέληση της υγιεινής, μερικοί ασθενείς παρουσίασαν υπερπληθυσμό και ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν έχει την πρόσβαση στη βασική εκπαίδευση. Όσον αφορά τις κοινωνικό-δημογραφικές σκέψεις, διαπιστώσαμε μια ιδιαίτερη επικράτηση στο γυναικείο φύλο, καθώς και στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ωστόσο, διαπιστώσαμε χαμηλή συχνότητα εμφάνισης σε βρέφη, και των δύο ομάδων που πιστεύεται ότι είναι οι πιο ευάλωτες σε κατάχρηση. Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη οι νέοι γονείς, οι μητέρες με σημαντικές συναισθηματικές διαταραχές, τα προβλήματα που σχετίζονται με το ζευγάρι, η ενδοοικογενειακή βία και ο αλκοολισμός ήταν οι κύριοι παράγοντες κινδύνου, καθώς περισσότερο από το 50% του πληθυσμού που μελετήθηκε είχε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου. Οι πιο συχνά εντοπισμένοι τραυματισμοί ήταν επιφανειακά και βαθιά εγκαύματα δεύτερου βαθμού με εγκαύματα. Έχει αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των εγκαυμάτων σε παιδιά εμφανίζονται στο σπίτι και ότι οι πιο κοινές θέσεις είναι η κουζίνα και το μπάνιο. Οι τραυματισμοί στα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό ήταν ο λιγότερο κοινός τύπος τραυματισμού σε όλες τις αναφορές παιδιών με κακοποίηση. Βρήκαμε 1 περίπτωση, που αντιστοιχεί στο 8% του πληθυσμού που μελετήθηκε. Σε 85% των περιπτώσεων, ζητήθηκε ιατρική περίθαλψη με καθυστέρηση, παρατηρήθηκε ασυμφωνία μεταξύ του τραυματισμού και της καταγραφής των γεγονότων και το παιδί είχε παραμέληση υγιεινής αντίστοιχη με εκείνη που αναφέρθηκε. Ένα αξιοσημείωτο συμπέρασμα ήταν ότι το 77% (10 περιπτώσεις) παρουσίασε συμπεριφοριστικές αλλαγές όταν ήταν στο μέρος του επιτιθέμενου. (Y Martínez-Tovilla, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2017)

Σε μια μελέτη (Selen Acehan A. A., 2016) που αφορούσε συνολικά 16.100 παιδιά ηλικίας 4-12 ετών σε οκτώ επαρχίες, ο επιπολασμός της σωματικής κακοποίησης ήταν 34,6% στα κορίτσια και 32,5% στα αγόρια. Σε αυτή τη μελέτη, παράλληλα με τα στοιχεία που ελήφθησαν σε μελέτες από τη χώρα μας, περισσότερες ανωμαλίες (54%, n = 68) εντοπίστηκαν σε αρσενικό φύλο. Οι λόγοι για τους άνδρες που εμπλέκονται περισσότερο σε ποινικές υποθέσεις και έχουν μεγαλύτερη έκθεση σε παραμέληση και κακοποίηση μπορούν να χαρακτηριστούν ως πιο ενεργά

αγόρια, έχοντας πιο σκληρή και σωματική δύναμη, έχοντας περισσότερες υπαίθριες δραστηριότητες και λιγότερη γονική εποπτεία.

Εκατόν δέκα (87,3%) ασθενείς αναφέρθηκαν ως τυχαίος τραυματισμός, ενώ 16 (12,7%) είχαν υποστεί βλάβη. Οι τυχαίοι τραυματισμοί περιλάμβαναν τροχαία ατυχήματα, πέφτουν από ύψος, εγκαύματα, ηλεκτροπληξία, πνιγμό, πυροβόλα όπλα και τραυματισμούς και δηλητηριάσεις. Ενενήντα τοις εκατό (90%) των τραυμάτων στην παιδική ηλικία είναι αμβλύ τραύμα και υπάρχουν πολλές μελέτες που αναφέρουν ότι σχεδόν 50% αυτών των αμβλύ τραυμάτων είναι επίσης τροχαία ατυχήματα. (Selen Acehan A. A., Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury, 2016)

Η έγκαιρη ανίχνευση της κακοποίησης παιδιών αποτελεί προτεραιότητα της Ολλανδικής Υπηρεσίας Υγείας στην Ολλανδία, 107.200 παιδιά είναι θύματα κάποιου είδους κακοποίησης παιδιών Η κακοποίηση παιδιών αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας: εκτός από τις σοβαρές συνέπειες για κάθε παιδί και το περιβάλλον του, το εκτιμώμενο κόστος της κακοποίησης παιδιών στις Κάτω Χώρες είναι 965 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Οι 33 συνεντεύξεις (που διεξήχθησαν μεταξύ Ιουνίου 2007 και Ιανουαρίου 2008) διήρκεσαν κατά μέσο όρο 38 (εύρος 22-76) λεπτών έκαστο. Πρώτον, οι επαγγελματίες της υγείας ρωτήθηκαν αν υποψιάζονταν ποτέ κακομεταχείριση παιδιών και τι βρήκαν δύσκολο για αυτές τις καταστάσεις. Τέσσερις από τους επτά παιδίατρος δυσκολεύονταν να συζητήσουν με τους γονείς την ύποπτη παιδική κακοποίηση. Αυτό οφείλεται κυρίως σε πρακτικά προβλήματα (π.χ. περιορισμένος χρόνος, έλλειψη κατάλληλης / ήσυχης θέσης) και προσωπικά εμπόδια (π.χ. φόβος αδικαιολόγητης υποψίας). Οι δύο χειρουργοί είχαν παρόμοια εμπειρία και ανέφεραν επίσης το πρόβλημα του διαχωρισμού της ιατρικής θεραπείας του παιδιού από τη διερεύνηση πιθανής κατάχρησης, πέντε νοσοκόμες θεωρούν ότι η επικοινωνία αποτελεί περιοριστικό παράγοντα, π.χ. όταν οι γονείς αμφισβήτησαν την ανάγκη για εξέταση από το κεφάλι όταν το παιδί τους είχε μόνο τοπική βλάβη. (Eveline CFM Louwers, 2012)

### 4.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το πρόβλημα της παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα συγκλονίζει. Σχεδόν 8 στα 10 παιδιά αναφέρουν ότι έχουν υποστεί τουλάχιστον μια εμπειρία σωματικής βίας, πάνω από 8 στα 10 παιδιά εμπειρία ψυχολογικής βίας, και σχεδόν 2 στα 10 αναφέρουν ότι έχουν υποστεί μια εμπειρία σεξουαλικής βίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στην Ελλάδα το 10-20% των παιδιών πέφτουν θύματα κακοποίησης διαφόρων μορφών, η ανάγκη λήψης μέτρων χαρακτηρίζεται ως επιτακτική. Καθημερινά γεγονότα κακοποίησης συγκλονίζουν που γίνονται. Ελάχιστα περιστατικά καταγγέλλονται δυστυχώς. Ευδοκίμει η σιωπή, αδιαφορία και συγκάλυψη στη παιδική κακοποίηση: αυτό θα πρέπει να διαχειριστεί και να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης. Ένα παιδί που φοβάται και βιώνει τον πόνο μπορεί να μη ζητήσει

βοήθεια αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δε τη χρειάζεται το χαμόγελο του παιδιού το 2013, 2 στα 10 παιδιά έχουν δεχτεί σεξουαλική βία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. 150 εκατομμύρια κορίτσια και 73 εκατομμύρια αγόρια βιώνουν βία κάθε χρόνο. Το 2016 στο χαμόγελο του παιδιού 1.624 αιτήματα όπου μόνο το 0,2% έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Το 2017, 848 καταγγελίες για 1656 παιδιά από τα οποία 8 παιδιά βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση. Το πρώτο 10μηνο του 2018 647 καταγγελίες για 1186 παιδιά από τα οποία 3 βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση. Τα στατιστικά δε είναι πλήρως αντιπροσωπευτικά, οι εκδηλώσεις του παιδιού όπως φόβος, θυμό, ντροπή δείχνουν τι ακριβώς συνέβη. 134 αιτήματα στο χαμόγελο του παιδιού για φιλοξενία σε παιδιά θύματα όλων των μορφών βίας. Τα αιτήματα αφορούσαν 218 παιδιά, η σεξουαλική κακοποίηση ήταν η αιτία απομάκρυνσης για 16 παιδιά. Το πρώτο 10μηνο 2018 124 αιτήματα φιλοξενίας κάθε μορφής βίας, αγόρευσαν 218 παιδιά, τα αιτία ήταν λόγω σεξουαλικής κακοποίησης για 12 παιδιά. Το 2017, σε σπίτια του οργανισμού διέμεναν 297 παιδιά 9 έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Το πρώτο 10μηνο του 2018 διέμεναν 299 παιδιά είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση. (Το Χαμόγελο του Παιδιού.)

Είναι σαφές ότι στις μελέτες οι εργοδότες συνήθως δεν είναι διατεθειμένοι να αναφέρουν ότι έχουν προσλάβει παιδιά, επειδή η παιδική εργασία είτε είναι παράνομη είτε ακόμα κι αν υπάρχουν νομικές διατάξεις (π.χ. άνω των 15 ετών) θα πρέπει να εμπλακούν διάφοροι ελεγκτικοί μηχανισμοί που προφανώς δεν συμφέρουν τους εργοδότες. Ένας ακόμα παράγοντας που δυσχεραίνει την καταγραφή της παιδικής εργασίας έχει να κάνει με την έντονη κινητικότητα που εμφανίζουν κάποιες μορφές παιδικής εργασίας (παιδιά που εργάζονται στο δρόμο, μικροπωλητές σε πλατείες κτλ).

Σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού η εργασία παιδιών και νέων από 15 έως 24 ετών από 26,5% το 2005 έχει ανέλθει στο 30,8% το 2010. Αν αναλογιστούμε ότι αυτό το 5% αφορά ελληνόπαιδες, ασφαλισμένους, μπορούμε να φανταστούμε τι τεράστιες επιπτώσεις μπορεί να έχει αυτή η αύξηση σε ειδικούς πληθυσμούς που δεν εντάσσονται σε αυτή την καταγραφή (παιδιά μειονοτικών ομάδων, παιδιά του δρόμου, θύματα trafficking, παιδιά σε καταυλισμούς, άστεγα κ.α).

Ένας ακόμα δείκτης για να έχουμε μια άποψη για την παιδική εργασία είναι η σχολική διαρροή. Σύμφωνα με μελέτη του Υπουργείου Παιδείας Δια βίου μάθησης και Θρησκευμάτων για το 2007 η σχολική διαρροή ανέρχεται στο 6,1% από τα Γυμνάσια, 3,3% από τα Λύκεια και 20,3% από τα ΕΠΑΛ. Συνεπώς, η σχολική διαρροή υπολογίζεται κάπου στα 40.000 παιδιά, τα οποία στην συντριπτική τους πλειοψηφία καταλήγουν στην αγορά εργασίας. (Τσουβέλας, 2010)

#### 4.4 ΚΕΝΤΡΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η «**Κιβωτός του Κόσμου**» είναι Εθελοντικός Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός Ειδικής Μέριμνας και Προστασίας Μητέρας και Παιδιού. Δραστηριοποιείται και απευθύνεται πρώτα και κύρια στα μικρά απροστάτευτα παιδιά, τα περισσότερα από μονογονεϊκές οικογένειες, αλλά και πολλά χωρίς γονείς, που βιώνουν δύσκολες συνθήκες, παραμέληση, εγκατάλειψη, χωρίς ιατρική φροντίδα με αβέβαιο μέλλον. Η Κιβωτός καλύπτει εξ ολοκλήρου και φροντίζει τα απροστάτευτα παιδιά. Σε συνεργασία με Εισαγγελίες Ανηλίκων, φορείς προστασίας και υπηρεσίες για τα δικαιώματα των παιδιών, αναλαμβάνει το μέγλωμα των ανηλίκων στα τέσσερα μέχρι σήμερα, σπίτια φιλοξενίας. Πρόκειται για παιδιά από βρεφική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση τους, τα οποία έχουν υποστεί κακοποίηση, παραμέληση και πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης. Τα παιδιά ζουν σε μεγάλα σπίτια με παιδαγωγούς –φροντιστές για την καθημερινότητα τους και είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια, μη θυμίζοντας σε τίποτα την ιδρυματικού τύπου φροντίδα. (Η κιβωτός του κόσμου.)

Το «**Μαζί για το Παιδί**» είναι μια Ένωση μη-κερδοσκοπικών σωματείων και ιδρυμάτων, που εργάζονται, από το 1996, για την ευημερία παιδιών και οικογενειών που αντιμετωπίζουν τη φτώχεια, την αναπηρία, την κακοποίηση και την αρρώστια. Η Ένωση και τα μέλη της προσφέρουν υπηρεσίες σε περισσότερα από 30.000 παιδιά ετησίως εκ των οποίων στα 10.000 σε συστηματική βάση. Επιπλέον, σε συνεργασία με διεθνείς οργανώσεις, τα μέλη της Ένωσης πρωτοστατούν στην ανταλλαγή καλών πρακτικών και τεχνογνωσίας αλλά και στην προαγωγή της επιστημονικής έρευνας σε θέματα που αφορούν βρέφη, παιδιά και εφήβους σε ανάγκη, ενώ οι υπηρεσίες που αφιλοκερδώς προσφέρουν στις εγκαταστάσεις τους, είναι υψηλού επιπέδου και πολλά από τα προγράμματα που αναπτύσσουν, πρότυπα στον τομέα τους. (Μαζί για το παιδί.)

Το «**Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού**» παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και δημόσιας υγείας και αναπτύσσει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού. Επίσης παράγεται εκπαιδευτικό και διεπιστημονικό ερευνητικό έργο από εξειδικευμένους επιστήμονες στο πεδίο της σωματικής, ψυχικής και νοητικής υγείας του παιδιού και της οικογένειας. Λειτουργεί υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.)

Η «**Εταιρία κατά της Κακοποίησης του παιδιού – ΕΛΙΖΑ**» είναι μία εξειδικευμένη μη κερδοσκοπική οργάνωση που ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 2008, με μοναδικό σκοπό την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων των παιδιών που έχουν υποστεί ή κινδυνεύουν να υποστούν κακοποίηση ή παραμέληση. Είναι η μόνη οργάνωση στην Ελλάδα που επικεντρώνεται στην προσχολική ηλικία. Από τον Οκτώβριο του 2018, το ΕΛΙΖΑ είναι ο Country Partner της Διεθνούς Επιστημονικής Εταιρείας για την Πρόληψη της Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών (ISPCAN – International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect) (ΕΛΙΖΑ.)

Το «Χαμόγελο του παιδιού» υλοποιεί δράσεις με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση των φαινομένων κάθε μορφή βίας απέναντι στα παιδιά. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω πλήθος υπηρεσιών που επεκτείνονται σε τρεις βασικούς άξονες : την πρόληψη, την παρέμβαση, την θεραπεία. (Το χαμόγελο του παιδιού .)

#### 4.5 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

Ως αγόρι που μεγαλώνει στην Αϊόβα, μπορώ να θυμηθώ κάθε πρωί, πριν φύγω για το σχολείο, η μητέρα μου θα μου θυμίζει να μείνω μακριά από κάθε ξένο που αναζητούσε μικρά παιδιά πρόθυμα να μοιραστούν καραμέλα ή να ψάξουν για ένα χαμένο κουτάβι. Ποτέ δεν συναντήθηκα με αυτό το πρόσωπο και ειλικρινά δεν έδωσα πολύ μεγάλη προσοχή στις προειδοποιήσεις της μαμάς επειδή, κατά τη γνώμη μου, οι ενήλικες όπως οι δάσκαλοί μου, οι προπονητές του μπέιζμπολ και οι ηγέτες της έρευνας ήταν καλοί άνθρωποι που πάντα ήθελαν να με βοηθήσουν παρά να με βλάψουν. Μεγάλωσα άνετα και αγνοώντας τις τρομακτικές εμπειρίες που κάποια παιδιά έπρεπε να αντέξουν, και υποθέτω όπως συμβαίνει πιθανότατα και για τους περισσότερους από εμάς. Για μένα, αυτή η εμπειρία πραγματοποιήθηκε σε μια εποχή παγωνιάς με χιόνι τον Ιανουάριο του 1983. Είχα ασκήσει αστυνομική δραστηριότητα σε μια μικρή κοινότητα του Κάνσας για 13 χρόνια. Οι προηγούμενες συναντήσεις μου με παιδιά συνήθως επικεντρώνονταν στους βανδαλισμούς και τους δραματουργούς και ποτέ δεν φανταζόμουν τον εφιάλτη που επρόκειτο να συναντήσω όταν ήμουν αποστασιοποιημένος σε ένα εγκαταλελειμμένο αεροδρόμιο στην αγροτική περιοχή της κοινότητάς μας. Σύμφωνα με τον αστυνομικό μας διαμετακομιστή, κάπου σε αυτό το κρύο, σκοτεινό μέρος με αποσυνδεδεμένους κρεμάστρες και τροχισμένους διαδρόμους, ένα άγνωστο αρσενικό είχε πετάξει ένα μικρό κορίτσι. Είπε στον αποστολέα όπου θα μπορούσε να βρεθεί το κορίτσι και αυτή θα ήταν η πρώτη μου εμπειρία με ένα έγκλημα που διαπράχθηκε εναντίον ενός παιδιού.

Είναι δύσκολο να καταλάβουμε πώς, με το φως της ημέρας, ένας άνθρωπος μπορούσε να τραβήξει το αυτοκίνητό του σε ένα δρόμο, να μπλοκάρει το πεζοδρόμιο και να πείσει ένα 10χρονο κορίτσι να τον βοηθήσει με οδηγίες. Δυστυχώς, όταν βγήκε πολύ κοντά στην πόρτα του οδηγού, άρπαξε το κολάρο του παλτού και την τράβηξε μέσα από το ανοιχτό παράθυρο και πάνω στο δάπεδο του επιβήτη. Καθώς οδηγήθηκε περίπου 15 μίλια σε αυτό το σκοτεινό, μυστηριώδες μέρος όπου βγήκε από το αυτοκίνητο και έπεσε θύμα σεξουαλικής επίθεσης.

Από εκείνη την τρομακτική ημέρα το 1983, συνέχισα την καριέρα μου στην επιβολή του νόμου και τελικά αποχώρησα ως Αναπληρωτής Διευθυντής. Το πιο σημαντικό, ήταν πως ήμουν σε θέση να αφιερώσω πολλά από αυτά τα τριάντα χρόνια για την προστασία των παιδιών σχετικά

με αδικήματα που διαπράττονται εναντίον τους και στρατηγικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε μια προσπάθεια να μειωθούν αυτά τα τρομερά εγκλήματα. Θυμάμαι ότι στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η συμπεριφορά μου άλλαξε και έγινε φανερό ότι η χειρότερη ενέργεια που θα μπορούσαμε να κάνουμε όταν κακοποιείται ένα παιδί είναι η αδράνεια. Οι εντεταλμένοι υπεύθυνοι για την υποβολή εκθέσεων και οι υπεύθυνοι για την επιβολή του νόμου, μαζί με τους οργανισμούς κοινωνικών υπηρεσιών, βρέθηκαν σε μια αρένα για την οποία πολλοί ήταν απροετοίμαστοι. Αυτό οδήγησε σε πιο προηγμένη κατάρτιση και, στη συνέχεια, σε μια νέα προσέγγιση τόσο σε επίπεδο κομητείας όσο και σε επίπεδο κράτους, με οργανισμούς που αναπτύσσουν εξειδικευμένες διαδικασίες που επικεντρώνονταν σε τεχνικές συνέντευξης και έρευνας. Αυτή ήταν μια απελπιστικά αναγκαία αλλαγή.

Σήμερα, παρόλο που οι περισσότεροι επαγγελματίες σε αυτόν τον τομέα κατανοούν τη δυναμική της θυματοποίησης παιδιών, οι ανεπαρκείς διαδικασίες και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ τους εξακολουθούν να δημιουργούν δραματικές ελλείψεις σε ολόκληρη τη διερευνητική διαδικασία. Επί του παρόντος, οι οργανισμοί ενθαρρύνονται να αναθεωρήσουν τις πολιτικές τους ώστε να συμπεριλάβουν ομοιόμορφες και λεπτομερείς διαδικασίες που προωθούν τις βέλτιστες πρακτικές για την αντιμετώπιση παιδιών που έχουν εξαφανιστεί, έχουν απαχθεί, παραμεληθεί, σεξουαλικά κακοποιηθεί, εκμεταλλευτεί ή έχουν διακινηθεί. Οι πολιτικές μοντέλο αναπτύχθηκαν για να συμπεριλάβουν πρώτης ανταπόκρισης οδηγούς και καταλόγους ελέγχου που δίνουν έμφαση μια διεπιστημονική προσέγγιση με τη συνιστώμενη πρότυπο που επιτρέπει την επιβολή του νόμου, παιδιών Υπηρεσίας Προστασίας τους εργαζόμενους, τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους δικηγόρους των παιδιών να εργάζονται από κοινού, ενώ διερευνούν εγκλήματα κατά των παιδιών. Χωρίς αυτό, κινδυνεύουμε να διενεργήσουμε έρευνες που θα μπορούσαν να είναι επιζήμιες για ένα τόσο ευαίσθητο στο χρόνο περιστατικό που αφορά τη ζωή και την ευημερία ενός παιδιού.

Ο μεγαλύτερος φόβος μου είναι ότι ορισμένοι από εμάς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση περιπτώσεων σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να εξακολουθούν να είναι υπερβολικά εφησυχασμένοι στην προσέγγισή μας, επιτρέποντας έτσι στα θύματα να γλιστρήσουν μέσα στις ρωγμές μόνο για να θυσιαστούν ξανά. Πιστεύω ότι είναι επιτακτική ανάγκη να φέρει μαζί μας την εμπειρία, τα προσόντα, τις δεξιότητες και τους πόρους μας για να δημιουργήσουμε μια πολύ πιο οργανωμένη προσέγγιση για τη διερεύνηση αυτών των φρικτών εγκλημάτων. Επέκταση σε δήλωση του Εθνικού Κέντρου για τα Αγνοούμενα και Εκμεταλλεζόμενα Παιδιά : Η αποστολή μας είναι να κάνουμε τα παιδιά ασφαλέστερα από τους σεξουαλικούς παραβάτες, από τους απαγωγείς, από εκείνους που θα κλέψουν την παιδική τους ηλικία και ακόμη και τη ζωή τους. Η δουλειά μας είναι να βοηθήσουμε στην πρόληψη και επίλυση εγκλημάτων κατά των αθώων. Πιστεύω ότι αυτές οι αρχές πρέπει να ισχύουν για όλους μας.

Η διερεύνηση οποιασδήποτε μορφής είναι κακοποίησης παιδιών εξαιρετικά δύσκολη. Από τη λήψη της αρχικής κλήσης, κάθε ενέργεια που έχει ληφθεί έχει τη δυνατότητα να κάνει τη διαφορά μεταξύ μιας επιτυχημένης έρευνας ή ενός τραγικού αποτελέσματος. Από την προσωπική μου εμπειρία και από εκείνους που μοιράστηκαν μαζί μου από τις αρχές επιβολής του νόμου και από τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την προστασία των παιδιών σε ολόκληρο τον νομό, η κοινή ανησυχία ήταν η έλλειψη ερευνητικών πόρων. Οπλισμένοι με τις

πληροφορίες, τις γνώσεις και τους επιχειρησιακούς πόρους που αποκτήθηκαν μέσω αυτού του οδηγού διερεύνησης, μπορεί κανείς να βρεθεί καλύτερα να απαντήσει πιο ολοκληρωμένα και αποτελεσματικά όταν διακυβεύεται η ζωή ενός παιδιού.

Χρειάζεται ένας απίστευτος δειλός για να βλάψει ένα μικρό αγόρι, να βιάσει ένα μικρό κορίτσι ή να αναγκάσει έναν εχθρό έφηβο να περάσει σεξουαλικά . Ωστόσο, πιστεύω ότι θα είμαστε δειλοί αν, μέσα από τις δικές μας αδυναμίες, επιτρέψαμε στους υπεύθυνους για κακομεταχείριση παιδιών να συνεχίσουν αυτή την πορεία καταστροφής.

Τα παιδιά υποφέρουν από μια κρυμμένη επιδημία παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Κάθε χρόνο, περισσότερες από 3 εκατομμύρια αναφορές παιδικής κακοποίησης γίνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες και περιλαμβάνουν περισσότερα από 6 εκατομμύρια παιδιά. Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ένα από τα χειρότερα ρεκόρ μεταξύ των εκβιομηχανισμένων εθνών - χάνουν κατά μέσο όρο τέσσερα έως επτά παιδιά καθημερινά στην κακοποίηση και την παραμέληση παιδιών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι πάνω από 40 εκατομμύρια παιδιά, ηλικίας κάτω των 15 ετών, υποβάλλονται σε κακοποίηση παιδιών κάθε χρόνο. Η οικογενειακή βία στο σπίτι αυξάνεται και ο κίνδυνος είναι τριπλάσιος. (D'Michelle P. DuPre, 2015)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

Αγοράκι ασθενής ΓΣ ηλικίας 8 ετών εισήχθη στα επείγοντα γενικού νοσοκομείου Πατρών με στοιχεία έντονης παραμέλησης. Ειδικότερα, το παιδί εισήχθη με ελαφριά ένδυση για χειμερινή περίοδο χωρίς πανωφόρι με άθλια ρούχα και παπούτσια. Εισήχθη στο νοσοκομείο 11/9/19 και ώρα 13:00μ.μ.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΓΣ

ΦΥΛΟ: ΑΡΕΝ

ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ:9/5/2011

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ



Το αγόρι δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν ούτε είχε παρουσιάσει συμπτώματα παρόμοια. Το παιδί βρέθηκε σε συνοικία της πόλης. Κατά τη διάρκεια της φροντίδας, το αγοράκι εξέφρασε την παντελή αδιαφορία των γονέων του ενώ έκλαιγε συνεχώς.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το αγόρι έγινε αντιληπτό από έναν περαστικό που κάλεσε την αστυνομία σε μια συνοικία της πόλης ,κάλεσαν το ΕΚΑΒ να μεταφερθεί στο νοσοκομείο.

Η κλινική εικόνα του παιδιού είχε έντονα στοιχεία παραμέλησης ,καθώς ήταν ελαφρά ντυμένο για την εποχή, δε φορούσε κάποιο πανωφόρι, ενώ τα ρούχα και τα παπούτσια του ήταν σε άθλια κατάσταση.

Ψυχολόγος του νοσοκομείου μεταβεί αμέσως στα ΤΕΠ παρέλαβε το αγόρι και το μετέφερε σε ασφαλές περιβάλλον στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια φροντίδας ανέφερε την έλλειψη φροντίδας από τους δικούς του γονείς κλαίγοντας. Έγινε συναισθηματική αποφόρτιση και κατάφερε το παιδί να κοιμηθεί. Υπό κράτηση βρίσκονταν οι γονείς του μέχρι να διευρυνθεί η υπόθεση.

### ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το παιδί κατά την εισαγωγή παρουσίασε πυρετό, δερματίτιδα ,έλλειψη τροφής και νερού. Το αγοράκι ήταν φορτισμένο ψυχολογικά και έκλαιγε συνεχώς.

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Περιλαμβάνει την αντιμετώπιση πυρετού, δερματίτιδας, πρόληψη τροφής και νερού καθώς και την περιποίηση υγιεινής του. Για την μείωση του πυρετού χορηγήθηκε apotel με εντολή ιατρού. Βασικό συστατικό της η παρακεταμόλη που περιέχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. Μετά από ενημέρωση από τον γιατρό για την αντιμετώπιση περιορισμένης τροφής και νερού, χορήγηση N/S +NA. Έπειτα ξεκινά σίτιση με ελαφρά και υδαρείς τροφή. Για την δερματίτιδα τοπική αλοιφή fusicort, είναι ισχυρή αντιβακτηριδιακή με αντιφλεγμονώδης και αντικνησμώδη δράση (κορτικοστεροειδές). Χρησιμοποιείται τοπικά σε κλινικά μολυσμένη δερματίτιδα και σε φλεγμονώδεις δερματίτιδες με παρουσία βακτηριακής λοίμωξης. Τέλος, η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει σωματική πλύση και αλλαγή ενδυμάτων του παιδιού.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<b>Πυρετός (39,1)</b>	Το παιδί να είναι απύρετο σε μια ώρα	φαρμακευτική αντιμετώπιση	Χορήγηση iv apotel	Η θερμοκρασία σταθεροποιήθηκε 36,9
<b>Ασιτία</b>	Το παιδί να τραφεί άμεσα	αντιμετώπιση σίτισης	Χορήγηση ελαφριάς τροφής όπως σούπες και πολλά υγρά νερό η τσάι ,χορήγηση ενδοφλέβιων βιταμινών (amp konakion )	Μέρα με τη μέρα το παιδί δυναμώνει
<b>Δερματίτιδα</b>	Απαλοιφή βλαβών του δέρματος	φαρμακευτική αντιμετώπιση	Χορήγηση αλοιφής fusicort , χορήγηση στοματικής γελής dactarin	Μετά από φαρμακευτική αντιμετώπιση η δερματίτιδα υποχωρεί
<b>Παραμέληση σωματικής υγιεινής</b>	Το παιδί να είναι καθαρό και να έχει ρούχα άμεσα	Αντιμετώπιση καθαρά ρούχα και καθαριότητα παιδιού	Έγινε ζεστό μπάνιο και φορέθηκαν καθαρά ρούχα στο παιδί.	Άριστη σωματική υγιεινή εμφάνιση του παιδιού

## 5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Κοριτσάκι ασθενής ηλικίας 4 ετών μεταφέρθηκε σε προστατευόμενο πλαίσιο, με στοιχεία έντονης παραμέλησης, ύστερα από επικοινωνία πολίτη με εφημερεύον νοσοκομείο του Ρίου. Συγκεκριμένα ο ασθενής διεκομίσθηκε με εκδορές και εκχυμώσεις σε όλο το σώμα. Εισήχθη στο νοσοκομείο στις 4/12/2019 και ώρα 8:00 π.μ.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Ε.Π.

ΦΥΛΟ: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 08/04/2015

ΗΛΙΚΙΑ: 4 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σωματική κακοποίηση

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το κοριτσάκι δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν, ούτε παρουσιάσει τυχόν συμπτώματα παρόμοια με αυτά. Η μητέρα του παιδιού είναι πιθανόν χρήστης ουσιών.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Πολίτης επικοινωνήσε με το εφημερεύον νοσοκομείο του Ρίου και ανέφερε ότι εκείνη τη στιγμή λάμβανε χώρα περιστατικό σωματικής κακοποίησης ανηλίκου 4 ετών από την μητέρα του. Σύμφωνα με το άτομο που κάλεσε, η μητέρα πιθανόν είναι χρήστης ουσιών και ακούγονταν τα χτυπήματά της προς το ανήλικο αλλά και τα ουρλιαχτά του παιδιού. Άμεσα κοινωνικοί λειτουργοί του νοσοκομείου ενημέρωσαν την Άμεση Δράση Πάτρας σχετικά με τη βάνουση κακοποίηση του ανηλίκου και εντός ολίγου μετέβη περιπολικό στο σημείο. Η μητέρα και το παιδί μεταφέρθηκαν σε αστυνομικό τμήμα και ακολούθησε ενημέρωση εισαγγελέα ανηλίκων. Ο εισαγγελέας έκρινε αναγκαία την έγκαιρη μεταφορά του παιδιού σε προστατευόμενο πλαίσιο. Άμεσα βρέθηκε στο τμήμα ψυχολόγος, όπου συνάντησε τη μητέρα και το παιδί. Το παιδί είχε έντονα σημάδια κακοποίησης. Η ψυχολόγος του προσέφερε παιχνίδια και είδη πρώτης ανάγκης. Ακόμη, φρόντισε για την ασφαλή μεταφορά του παιδιού σε προστατευόμενο περιβάλλον, όπου έλαβε την απαραίτητη φροντίδα από έμπειρο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

## ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κοριτσάκι κατά την μεταφορά του στο Αστυνομικό Τμήμα και κατόπιν στο νοσοκομείο έφερε εκδορές και εκχυμώσεις σε όλο το σώμα. Είχε πρησμένο άνω και κάτω χείλος και σημάδι από κάψιμο στην περιοχή του ποδιού. Επιπλέον, είχε σημάδια από λουριά στα χέρια αλλά και σε πόδια, πρησμένο μάτι και δαχτυλιές σε πρόσωπο και σώμα.

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ενέργειες για την διαχείριση του εγκαύματος στο κάτω άκρο, τις εκμυχώσεις και τις εκδορές. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα εγκαύματα, πρόκειται για έγκαυμα 2ου βαθμού στο κάτω άκρο, το οποίο εντάσσεται στην κατηγορία των σοβαρότερων εγκαυμάτων, καθώς περιλαμβάνονται στρώματα δερμάτων κάτω από το κορυφαίο (χόριο). Συμπτώματα του εγκαύματος είναι: οι φουσκάλες, ο δριμύς πόνος, η ερυθρότητα και η αλλοίωση του χρώματος στο δέρμα.

Η αντιμετώπιση του εγκαύματος στο κάτω άκρο περιλαμβάνει τα εξής: σχολαστικό καθαρισμό, αφαίρεση των υπολειμμάτων των φυσαλίδων που έχουν σπάσει, και άσηπτη επίδεση με ειδικές βαζελινούχες ή παραφινούχες γάζες. Συχνές αλλαγές της επίδεσης, ώστε να παραμείνει στεγνή η εγκαυματική επιφάνεια. Δεν πρέπει να γίνει κένωση των φυσαλίδων. Μείωση του πόνου μέσω χορήγησης παυσίπονων. Αντισηπία μέσω επάλειψης της εγκαυματικής περιοχής με αντισηπτικές αλοιφές. Τοποθέτηση ενυδατικής κρέμας ή λοσιόν. Τοποθέτηση του άκρου σε υψηλότερη θέση για αποφυγή σχηματισμού οιδήματος.

Για την αντιμετώπιση των εκμυχώσεων, εφαρμόζεται μια κρύα κομπρέσα στην πληγείσα περιοχή για 20-30 λεπτά προκειμένου να επιταχυνθεί η επούλωση και να μειωθεί το πρήξιμο. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της σύσφιξης των υποκείμενων αιμοφόρων αγγείων που αντιδρούν στο απότομο κρύο. Σημειώνεται ότι δεν πρέπει να εφαρμοστεί πάγος απευθείας στο δέρμα. Θα πρέπει να τυλιχθεί πρώτα με μια πετσέτα. Η ακεταμινοφαίνη (αναλγητικό) ή η ιβουπροφαίνη (μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο) μπορούν να ληφθούν για τον πόνο, αφού πρώτα γίνει προσεκτική ανάγνωση των οδηγιών στην συσκευασία. Προτείνεται η αποφυγή ασπιρίνης, διότι η ασπιρίνη επιβραδύνει την πήξη του αίματος και αυτό μπορεί να παρατείνει την υποδόρια αιμορραγία. Μετά από περίπου 48 ώρες, εφαρμόζεται θερμότητα στον μώλωπα για 10 λεπτά για δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Αυτό θα αυξήσει την ροή του αίματος στην μελανιασμένη περιοχή, επιτρέποντας στο δέρμα να απορροφήσει το αίμα πιο γρήγορα.

Τέλος, για τις εκδορές θα πρέπει να γίνει πλύση της τραυματισμένης επιφάνειας με άφθονο νερό και σαπούνι και στην συνέχεια απομάκρυνση των ξένων σωμάτων με μηχανικό τρόπο. Ο μηχανικός καθαρισμός απομακρύνει και σημαντικό αριθμό μικροοργανισμών. Γενικά οι εκδορές αντιμετωπίζονται εντός λίγων ημερών.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΓΚΕΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος	Ανακούφιση από τους πόνους	Φαρμακευτική αντιμετώπιση πόνου	Δόθηκαν iv apotel	Ο πόνος μειώθηκε και το ανήλικο δεν πονάει
Εκχυμώσεις	Φροντίδα εκμυχώσεων	Φαρμακευτική αντιμετώπιση εκχυμώσεων	Έγιναν πλύσεις με betadine και φροντίδα για τυχόν λοιμώξεις της περιοχής	Οι εκμυχώσεις του δέρματος καλυτερεύουν σιγά σιγά
Έγκαυμα 2ου βαθμού στο κάτω άκρο	Φροντίδα εγκαύματος	Φαρμακευτική αντιμετώπιση εγκαύματος	Αφαίρεση ρουχισμού και απολύμανση της περιοχής με καταπραϋντική αλοιφή	Οι φουσκάλες του εγκαύματος καθώς και το κοκκίνισμα στην περιοχή του δέρματος παραμένουν Σταθερά
Έντονο κλάμα	Αποκατάσταση ψυχικής υγείας	Φαρμακευτική αντιμετώπιση	Κλήθηκε ψυχολόγος και δόθηκε ήπιο αναλγητικό – ηρεμιστικό (vogel dormeasan )	Το ανήλικο Ηρέμησε

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι εμφανές από την παραπάνω εργασία πως η παιδική κακοποίηση είναι ένα φαινόμενο που όχι μόνο δεν φαίνεται να έχει εξαλειφθεί αλλά αυξάνεται συνεχώς. Χρόνο με το χρόνο έρχονται στο φως όλο και περισσότερα περιστατικά που δυστυχώς σπάνια γνωστοποιούνται έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Ένα κακοποιημένο παιδί δε θα αποκαλύψει το γεγονός είτε επειδή φοβάται ή νιώθει ένοχο ότι αξίζει και τα παθαίνει είτε επειδή απειλείται.

Με βάση τα συμπεράσματά μας καταλήγουμε στο ότι η ύποπτη παιδική κακοποίηση είναι πιο συχνή στην προσχολική ηλικία, ότι η ηλικία και ο τύπος κακοποίησης είναι καθοριστικοί για την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο, ότι οι ασθενείς αυτοί απαιτούν συχνά προσεκτική παρακολούθηση, κατά προτίμηση από όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες, και ότι ο τύπος της παρακολούθησης θα πρέπει να βασίζεται στο είδος της κακοποίησης που προκαλείται και εξατομικεύεται για την κάλυψη των ειδικών αναγκών αυτών των ασθενών.

Πολλά είναι τα πρόσωπα της παιδικής κακοποίησης. Τα κακοποιημένα παιδιά ποτέ δε ξεπερνούν αυτό το «τραύμα» καθώς επηρεάζει το παιδί τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Δύσκολα το παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει το γεγονός και να αφήσει πίσω του όσα συνέβησαν και να εμπιστευτεί ξανά ανθρώπους που του δημιούργησαν ψυχικό τραύμα είτε αυτοί είτε γενικά πρόσωπα στο μέλλον. Γι' αυτό λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό που θα έρθει αντιμέτωπο με ένα συμβάν παιδικής κακοποίησης θα πρέπει να καταλάβει τα τραύματα του παιδιού και να λάβει ένα πλήρες ιστορικό, σχετικά με τις σχέσεις γονείς – παιδιού και την υπόλοιπη οικογένεια αλλά και το πόσο το παιδί είναι επηρεασμένο από αυτό το συμβάν.

Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα παροχής ψυχολογικής υποστήριξης και φροντίδας που έχουν ανάγκη, ειδικότερα θα πρέπει να ενθαρρύνουν το παιδί να μιλήσει να εκφραστεί και να αναφέρει τους φόβους του και τα προβλήματα του χωρίς φόβο ότι θα τιμωρηθεί για την ελικρίνεια του και τη στάση απέναντι στον κακοποιό του. Ακόμη θα πρέπει να αναγνωρίσει το είδος της κακοποίησης μετά την εξέταση και τη συζήτηση που είχαν ώστε να εφαρμόσει τις απαραίτητες λειτουργίες για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του. Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι η γνώση, η στάση και η συμπεριφορά των διαφόρων επαγγελματιών υγείας είναι ικανοποιητικές με λίγες ελλείψεις, κυρίως στους τομείς του εντοπισμού του δράστη και της απόφασης που θα πάρουν σε περίπτωση παραμέλησης. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να έχουν ικανοποιητικές γνώσεις και να επιθυμούν να αναβαθμίσουν τις γνώσεις τους μέσω διαφόρων συνεχών προγραμμάτων υγείας. Η εμπειρία και οι επαγγελματίες που ασχολούνται με την παιδική φροντίδα και τη δικαστική εργασία είχαν στατιστικά σημαντικά καλή γνώση και συμπεριφορά σχετικά με την κακοποίηση παιδιών. Η κατανόηση και οι κλινικές ικανότητες για την ανίχνευση της κακοποίησης παιδιών είναι ζωτικής σημασίας γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων σπουδών στην

προετοιμασία των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας για τον εντοπισμό, τη διαχείριση και την πρόληψη της κακοποίησης παιδιών.

Πρέπει να αξιολογείται τακτικά ο έλεγχος της έκβασης της εκπαίδευσης και να γίνονται βελτιώσεις σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία. Τα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης πρέπει να ευαισθητοποιήσουν όλους τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης των περιστατικών και να τους καθοδηγήσουν σχετικά με το πώς και πότε θα αναφέρουν υποψίες για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών. Οι ανήλικοι ανήκουν στους πλέον ευάλωτους πληθυσμούς λόγω της σωματικής, συναισθηματικής, οικονομικής και κοινωνικής τους εξάρτησης από τους ενήλικες. Αυτό τους καθιστά εύκολους στόχους για μια σειρά τύπων κακοποίησης. Τα ιδρύματα υγείας αποτελούν ένα παράθυρο ευκαιρίας για έγκαιρη πρόληψη και ανίχνευση της βίας και της περίθαλψης ως απάντηση σε αυτήν. Η γνώση και ο εντοπισμός του συνδρόμου κακοποιημένου παιδιού μπορεί να αποτρέψει τραυματισμούς που είναι θανατηφόροι ή αφήνουν κάποιο είδος επακόλουθων συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία μπορούν να αποφευχθούν με απλές στρατηγικές όπως η αναφορά συγκεκριμένων περιπτώσεων.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι δεν είναι δυνατόν να επιλυθεί κανένα πρόβλημα χωρίς πρώτα να αποκτηθεί μια βαθιά γνώση αυτού. Μόνο μέσω κατάλληλης έρευνας και γνώσης των κοινωνικών εκδηλώσεων μπορούν να αναζητηθούν και να υλοποιηθούν οι πλέον δίκαιες και κατάλληλες λύσεις. Πρέπει να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια για την ολοκληρωμένη διαχείριση των παιδιών με κακομεταχείριση, καθώς ο στόχος είναι να αποφευχθεί η επανάληψη της κατάχρησης καθώς και τα ενδεχόμενα αρνητικά επακόλουθα. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι όταν ένα παιδί φτάνει σε μια μονάδα εντατικής φροντίδας εγκαυμάτων, πρέπει να υποπτευθεί αρχικά η κακοποίηση παιδιών λόγω αμέλειας της φροντίδας, με το απλό γεγονός ότι ένας ανήλικος έχει υποστεί τέτοια εγκαυματα. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι μηχανισμοί που προκάλεσαν τους τραυματισμούς μπορεί να είχαν αποφευχθεί από τους γονείς ή τους φροντιστές (βραστό νερό στο πάτωμα, κεριά, ζεστό φαγητό κ.λπ.) ή εκ προθέσεως ανάλογα με την περίπτωση.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να διαγνώσουν ή να υποψιάζονται κακοποίηση σε όλους τους ασθενείς στους οποίους έχει εντοπιστεί οποιοσδήποτε παράγοντας κινδύνου, συνοδευόμενος από σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα κατάχρησης. Η αναγνώριση θα επιτρέψει την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης και παρακολούθησης της κατάστασης, σε μια προσπάθεια να σταματήσει αυτό το πολύπλευρο κοινωνικό φαινόμενο. Θα πρέπει όλους να μας αφορά το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης και να μας ανησυχεί η αύξηση των συμβάντων καθημερινά, κυριότερα θα ήταν καλύτερο να αναγνωρίζουμε συμβάντα και να μη κάνουμε τα στραβά ματιά όταν έρθουμε αντιμέτωποι του. Κυρίως στο κοινωνικό σύνολο θα πρέπει να γίνει ενημέρωση ειδικότερα σε γονείς εκπαιδευτικούς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η ενημέρωση καλείται ως η καλύτερη πρόληψη.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams J.A., K. R. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abuse. *J pediatr Adolesc Gynecol*, σσ. 163-172.

Adams, J. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training and expert case review. Στο *Child abuse & neglect* (σσ. 383-392).

Adolescente., E. d. (2008). *Ministério da Saúde. 3<sup>a</sup> ed.,.* Ανάκτηση από Google Scholar.

American Human Association. (2012). Ανάκτηση από Reporting child abuse and neglect: <http://www.americanhumane.org/children/stop-child-abuse/factsheets/reporting-child-abuse-and-neglect.html>

Anna Dimitrova-Stull. (2014). Violence towards children in the EU. .European Parliamentary Research Service.

Arturo Loredó Abdalá, H. V. (2016). Child abuse: knowledge, attention and diffusion in three pediatric hospitals in Mexico,.

Bernardo Barcellos Terra, E. A. (2013). Child abuse: review of the literature. *Revista Brasileira de Ortopedia*.

Butt, S. C. (2011). A Rapid Systematic Review on the Association between Childhood Physical and Sexual Abuse and illicit Drug Use among Males. Στο *Child Abuse Review* (σσ. 6-38).

Caffey J. Caffey. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma *Am J Roentgenol Radium Ther., .*

Centers for disease control and prevention. (2016). *Child abuse and neglect: Consequences.* . Ανάκτηση από <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/consequences.htm>

Charles B.Nemeroff. (2016). *Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect.* Neuron.

Child Welfare Information Gateway. (2013). Long - term consequences of child abuse and neglect. Washington: Children's Bureau.



- Christian C., L. J. (2000). Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatric*.
- Connolly, S. (2012). Everyone's business: developing an integrated model of care to respond to child abuse in a pediatric hospital setting. *Social Work in Health Care*.
- D. Fagan. (1998). Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A & E nurse. *Accident and Emergency Nursing*.
- Davis, I. R. (2008). *Domestic Violence: Intervention, Prevention, Policies and Solutions*. New York: CRC Press.
- Department of Communities, C. S. (2015). Child sexual abuse. Things you need to know.
- Dewit S. (2013). Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας . Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λάγιος Δημήτρης.
- Dine, M. &. (1982). Intentional Poisoning of Children—An Overlooked Category of Child Abuse. Report of Seven Cases and Review of the Literature *Pediatrics*.
- D'Michelle P. DuPre, J. S. (2015). *Child Abuse Investigation Field Guide*. Academic Press.
- Elena T. Broaddus-Shea και Kerry Scott β Megin Reijnders cAvni Amin. (2019). A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. . Στο *Child Abuse & Neglect* .
- Espelage D., N. S. (2013). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here?., Στο *S. Psychology*.
- Eveline CFM Louwers, I. J. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. Στο *BMC Pediatrics* (σ. τόμος 12).
- Fakir Al Gharaibeh, L. G. (2019 June). *Care and rehabilitation services to child victims of abuse in the United Arab Emirates: Examples of innovation*. *Children and Youth Services Review*.
- Ferrara P. (2016). Child abuse and neglect: A review of the literature, *CurrPediatr Rev*.
- Foundation, J. H. (2016). Ανάκτηση από Effects of child abuse and neglect. : <http://www.joyfulheartfoundation.org/learn/child-abuse-neglect/effects-child-abuse-neglect>
- Gilbert, R. K. (2009). Child maltreatment 2. Recognizing and responding to child maltreatment.
- Gonzalo Solís-García, R. M.-M. (2019). Child abuse in the Emergency department: Epidemiology, management, and follow-up. *Anales de Pediatría*.
- Gregory J. Tung, V. N. (2019). *Child abuse & Neglect: Characteristics of effective collaboration :A study of Nurse-Family Partnership and child welfare*. Elsevier.

- Guedes. (2016). Ανάκτηση από Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v9.31516>
- Hanon, K. A. (2009). *Child Abuse: Munchausen's Syndrome By Proxy. Welcome to Crime and Clues*. Ανάκτηση από <http://www.crimeandclues.com/index.php/behavioral-evidence/49criminal-psychology/88-child-abuse-munchausens-syndrome-by-proxy>
- Herbert M. (1997). Η ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert, M. (1997). Η ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hirigoyen, M. (2006). *Ηθική παρενόχληση, η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Πατάκη.
- Hogan M.A. (2012). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις. Αθήνα: Πασχαλίδης Π.Χ.
- Honor G., H. P. (2014). Advanced Practice Nursing in Child Maltreatment:Practice Characteristics, *Journal of Pediatric Health Care*.
- Horwath, J. (2007). Child Neglect. Identification and assessment.
- Humphreys, C. &. (2006). *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*. . London: Jessica Kingsley Publishers.
- J.C. Jones, K. F. (2004). Child abuse in infants with proximal physal injuries of the femur.
- Jaudes P.K.& Mackey-Bilaver L. (2007). “Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated?”, *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 671-681.
- Jenny C. (2011). Child abuse and neglect diagnosis treatment and evidence, Elsevier Saunders, St. Louis.
- Joyful Heart Foundation. (2016). Ανάκτηση από Effects of child abuse and neglect: <http://www.joyfulheartfoundation.org/learn/child-abuse-neglect/effects-child-abuse-neglec>
- Kaczor K., P. M. (2006). Bruising and physical child abuse.
- Kellogg, N. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. Στο A. A. Pediatrics.
- Kerryann Walsh-Leisa Brandon-Λίζα-Ανι Τζέιμς Κρούκ. ( 01 ΙΟΥΛΙΟΥ 2019). Audit tool for assessing child sexual abuse prevention content in school policy and curriculum.
- Kneils C., S. C. (2009). *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. (Κ. Μ., Επιμ.) Αθήνα.
- Kontaxakis, B. H. (2004). Preventive Psychiatry and Mental Hygiene. Athens, Beta.

- Kristie Boswell, H. S. (2019). LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role. Στο *Journal of Pediatric Health Care*.
- Kristie Boswell, H. S. (2019). *LGBT Youth, Sex Trafficking, and the Nurse Practitioner's Role*. *Journal of Pediatric Health Care*.
- Laura Caneira & Karen M. Myrick, r. (June 2015). Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner.
- Lissauer, T. C. (2012). Στο *Σύγχρονη Παιδιατρική*. αθήνα: Πασχαλίδης.
- M. G. Sathiadas, A. V. (2018). Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals.
- Macdonald, G. (2001). *Effective Interventions for Child Abuse and Neglect. An Evidence-based Approach to Planning and Evaluating Interventions*. England: John Wiley & Sons.
- Mandavia A., R. G. (2016). Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma, *J Trauma Stress*.
- Manuela WA Schols, C. d. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study.
- Medline Plus Medical Encyclopedia. (2011). Ανάκτηση από Child neglect and psychological abuse: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007225.htm>
- Miller, A. (2003). *Οι φυλακές της παιδικής μας ηλικίας*. Ποές.
- Monica McCoy & Stephanie M. Keen . (2013). *Child Abuse and Neglect* .
- Monica McCoy & Stephanie M. Keen. (2013). *Child Abuse and Neglect* .
- Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident, *Issues in comprehensive Pediatric Nursing* .
- Myrick, L. C. (2015). *Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner*.
- Newton A., V. A. (2010). Child abuse and neglect: a worldwide concern. Στο *Wolters Kluwer Health* (σσ. 226-233).
- Newton, S. G. (2010). *Straight talk about child abuse*. Canada: Crabtree Publishing Company.
- Norman, R. B. (2012). The long – term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic review and meta – analysis. *PLOS Medicine*, σσ. 1-31.
- NSPPC . (2017). *Neglect. Signs, indicators and effect*. Ανάκτηση από <https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-abuse-and-neglect/neglect/signs-symptoms-effects-neglect/>

- Paddon-Jones D. (2006). the interplay of stress and physical inactivity on muscle loss: nutritional counter measures, *Journal of Nutrition*, American Society of Nutrition .
- Perrene Dale Joubert & Raisuyah Bhagwan. (2018). An empirical study of the challenging roles of psychiatric nurses at in-patient psychiatric facilities and its implications for nursing education.
- Radford, L. C. (2010). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Robinson, B. A. (2009). Ανάκτηση από Satanic ritual abuse: History: [http://www.religioustolerance.org/sra\\_intro.htm](http://www.religioustolerance.org/sra_intro.htm)
- Ronald J. Prinz. ( Ιανουάριος 2016). Child maltreatment prevention can benefit from public health strategie. Στο *Parenting and family support within a broad child abuse prevention strategy* (σσ. Τόμος 51 Σελίδες 400-406).
- Sathiadas, A. V. (05 MAY 2018). *Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals*.
- Schafer G.& Mundt I.&Athlers C. (2011). *Children abuse and violence*. Journal of child abuse. Germany: Routledge publications.
- Selen Acehan, A. A. (2016). „Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury.
- Selen Acehan, A. A. (2016). Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury. σσ. 102-106.
- Selen Acehan, A. A. (2016). Detection of the awareness rate of abuse in pediatric patients admitted to emergency medicine department with injury.
- Sophie Khadr, M. ., (2018). Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. Καθηγητής Jan Welch, FRCP.
- Springer, K. S. (2003). The long – term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action.
- Stavrianipoulos Theodosios, O. G. (2012). The role of the nurse in child sexual abuse in USA, *health science journal*.
- Susan J.Keley. (2009). Learned Helplessness in the sexually abused child. *Comprehensive pediatric nursing*.
- Theoklitou D., K. N. (2011). *Physical and emotional abuse of primaryschool children by teachers*, Elsevier,.
- Trickett, P. N. (2011). Child Maltreatment and Adolescent Developmen. Στο *Journal of Research on Adolescence* (σσ. 3-20).

Tyler, K. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*.

Unicef. (2014).

UNICEF. (2012). Percentage of children aged 5–14 engaged in child labour.

wikipedia. (n.d.). Ανάκτηση από 1.  
[https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%BA%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7](https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7).

Wikipedia. (n.d.). Ανάκτηση από 51.  
[https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%B5%CE%BA%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82](https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%B5%CE%BA%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82)

Wikipedia. (n.d.). Ανάκτηση από 53.  
[https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%B5%CE%BA%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82](https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%B5%CE%BA%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82)

wikipedia. (2017). Ανάκτηση από παιδική κακοποίηση:  
[https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%BA%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7](https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7)

Y Martínez-Tovilla, E. M.-Z.-H.-J.-S. (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2017). Frequency and characteristics of battered child syndrome in patients on a paediatric burns unit: A clinical case review.

Y. Soylet, H. .. (2005). Istanbul: Τούρκικη Εφημερίδα της Επείγουσας Ιατρικής.

Yehouda, Y. A.-S. (2010). Child abuse and neglect: reporting by health professionals and their need for training.

Young, J. C. (2014). *Child Abuse & Neglect*. Ανάκτηση από Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood:  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.008>

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμικά, Μ. Λ. (2013). Παιδική κακοποίηση και παρεμβάσεις.
- Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε. (1991). *Κακοποίηση- παραμέληση παιδιών*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Ε. (1998). *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.
- Βαλάσση, Α. (1991). *Μορφές βίας κατά παιδιών και γυναικών στη σύγχρονη κοινωνία*. Αθήνα: Βία.
- Βελιδάκη Ειρήνη. (n.d.). *Παιδική παραμέληση: Σημάδια, Συνέπειες, Συμβουλές*. Ανάκτηση από <https://psychopedia.gr/pediki-paramelisi-simadia-synepies-symvoules-2/>
- Γιωτάκος Ο. (2009). *Κακοποίηση παιδιού και εφήβου*. Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Γιωτάκος, Ο. Μ. (2011). *Κακοποίηση Παιδιού και Εφήβου, Ανίχνευση, αντιμετώπιση, πρόληψη* (πεδίο εκδ.). Αθήνα.
- Γυφτοπούλου Αγγελική, Κ. Κ. (2013). Ενέργειες των επαγγελματιών σε περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, Κέντρο για τη μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών .
- Γυφτοπούλου, Α. Κ. (2015). *Πρωτόκολλο διερεύνησης, διάγνωσης και διαχείρισης κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών*. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού.
- Δ.Βαϊκούση. (2009, Νοέμβριος). *Εξελικτική ψυχολογία*. Ανάκτηση από Κακοποίηση: Παραμέληση ανηλίκου: <https://sites.google.com/site/dikouevi/kakopoiese-paramelese-anelikou>
- Δημητράσκου Θ. (2013). *Σεξουαλική εκμετάλλευση ανηλίκων*. Αθήνα: εκδόσεις Ωκεανίδα.
- Δημήτρης, Α. (2014). *Η κακοποίηση των παιδιών μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές εγκεφαλικές ανωμαλίες* . Ανάκτηση από ,<http://psychologein.dagorastos.net/2014/06/25/%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%84%CF%89%CE%BD%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%8E%CE%BD-%CE%BC%CF%80%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%AF-%CE%BD%CE%B1-%CE%BF%CE%B4%CE%B7/>
- ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ. (2015). Ανάκτηση από ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ : .[http://egklimatologia.blogspot.com/2015/10/blog-post\\_9.html?m=1](http://egklimatologia.blogspot.com/2015/10/blog-post_9.html?m=1)
- Ελευθερίου Ε. (1997). Η δημιουργία θεραπευτικού πλαισίου σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών. Στο Κ. Θ. (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- ΕΛΙΖΑ. (n.d.). Ανάκτηση από <https://eliza.org.gr>
- Η κιβωτός του κόσμου. (n.d.). Ανάκτηση από <https://www.kivotostoukosmou.org/el/>
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (n.d.). Ανάκτηση από <http://www.ich.gr/el/>
- Καλλονάκη, Ε. (2000). Ενδοοικογενειακή κακοποίηση των παιδιών, ψυχολογικές διαστάσεις και τρόποι αντιμετώπισης. Αθήνα: Πάντειου Πανεπιστημίου Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών.
- Κούρια Ιωάννα, ψ. π. (2012). *Παιδική κακοποίηση , μορφές και συνέπειες στην ψυχική υγεία του παιδιού.*
- Κουρκουτάς Η. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. (Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου).* Αθήνα: Βιβλιοθήκη ψυχολογίας.
- Λάγγαρη Β. (2006). Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού ως έκφραση της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Στο Ο. Γ. Β.Πρεκατέ (Επιμ.). *Ελληνικά Γράμματα.*
- Λαμπάκη Κωσταντή. (2012). *Παιδική κακοποίηση: αναγνώριση συμπτωμάτων από εκπαιδευτικούς.* Ανάκτηση από <https://www.iatronet.gr/yeia/paidiatriki/article/20542/paidiki-kakopoiisi-anagnwrisi-symptwmatwn-apo-ekpaideftikoys.html>
- Λουκάς Καρνής. (2018, Νοέμβριος ). Ανάκτηση από <https://www.cnn.gr/news/ellada/story/155206/pagkosmia-hmera-enantia-stin-kakopoiisi-ton-paidion-i-ellada-pligonei-ta-paidia-tis>
- Μαζί για το παιδί. (n.d.). Ανάκτηση από (<https://mazigiatorpaidi.gr/>
- Μπαλουρδος. (2011). *παιδική κακοποίηση .* αθηνα: εκδ ε[ο μνος.
- Μπαλούρδος Δ., Φ. Ε. (2011). Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών :καλές πρακτικές. *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών: Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.*
- Μπαλούρδος Διονύσης, Φ. Έ. (2011). Πρόληψη Κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών . Αθήνα.
- Νικολαΐδης, Γ. (2009). Μορφές και χαρακτηριστικά της βίας κατά των παιδιών : θεωρητικοί μετασχηματισμοί και σύγχρονα δεδομένα.
- Ουζούνη Χριστίνα, Ν. Κ. (2013). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός. Στο *Το Βήμα του Ασκληπιού . Τόμος 12, τεύχος 2, .*
- Ουζούνη Χριστίνα, Ν. Κ. (2013). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός. . Στο *Το Βήμα του Ασκληπιού* (σσ. Τόμος 12, τεύχος 2, ).
- Π., Π. (2007). *Παιδική κακοποίηση .* Αθήνα : Παρισιάνου.
- Παναγοπούλου, Π. (2007). *Παιδική κακοποίηση.* Αθήνα : Παρισιάνου Α.Ε.

- Πατηράκη, Ε. (2014). Εξελίξεις στην επιστημονική μέθοδο οργάνωσης και τεκμηρίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Πρόγραμμα επικαιροποίησης σε βασικές και εκπαίδευσης σε νέες Προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων . Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Περσιάνης Νίκος. (2015). Ανάκτηση από <https://www.child.org.cy/munchausen-syndrome-by-proxy>
- Πρεκατέ, Β. Γ. (2005). *Οδηγός Εκπαιδευτικών και γονέων για την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης*. Αθήνα: ΜΕΠΕ.
- Σαλπιστής, Σ. (2013). *Παιδική κακοποίηση: παράγοντες κινδύνου, συνέπειες, αντιμετώπιση*. Ανάκτηση από <http://www.i-psychologos.gr/paidiki-kakoroiisi/>
- Σιμώνη-Λιόλιου Μ. (2011). *Η εκμετάλλευση και η δολοφονία της παιδικής ηλικίας*. Αθήνα: Κηφισιά.
- Το βήμα. (2017). Ανάκτηση από <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=95092>
- Το χαμόγελο του παιδιού . (n.d.). Ανάκτηση από <https://www.hamogelo.gr/>
- Το Χαμόγελο του Παιδιού. (n.d.). Ανάκτηση από 178. <https://www.aftodioikisi.gr/koinonia/sokaroun-ta-stichia-gia-ti-sexoualiki-kakoroiisi-pedion-stin-ellada/>
- Τσουβέλας, Γ. (. (2010). Παιδική εργασία. Στο Μ. Τ. Ο. Γιωτάκος (Επιμ.). Αθήνα: Πεδίο.
- Φερέτη Ειρήνη, 1. (1998). Οδηγό για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο υγείας του παιδιού, .
- Φερέτη, Ε. (2000). «*Η χρήση της βίας στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών*». (Δ. Η., Επιμ.) Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Φουντούκη, Α. &. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. . Στο “*Το Βήμα του Ασκληπιού*”. .
- Χατζηφοτίου, Σ. (2005). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών*. Θεσσαλονίκη: Τζόλια.