ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τίτλος:

«Κακοποίηση του παιδιού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού κακοποίησης ή παραμέλησης αυτού»

(Child abuse and the nurse's role in dealing with an incident of child abuse or neglect)

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

υπό:

Αγγελική Σοφιανού Βλάχου

Κορίνα Ζαχαράκη

Ασπασία Τάρλα

Επιβλέπων καθηγητής:

Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – ΜΑΙΟΣ-2020

Ευχαριστίες

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες2

Πίνακας εικόνων5

Περίληψη6

Abstract7

Εισαγωγή8

Κεφάλαιο 1. Παιδική κακοποίηση11

1.1 Ορισμός11

1.2 Αιτιολογία και επιδημιολογία του φαινομένου11

1.3 Διάγνωση12

1.4 Η παιδική κακοποίηση διεθνώς16

1.5 Η παιδική κακοποίηση στην Ευρώπη17

1.6 Η παιδική κακοποίηση στην Ελλάδα19

1.7 Οι συνέπειες και το κόστος της παιδικής κακοποίησης19

1.8 Ο κίνδυνος και οι προστατευτικοί παράγοντες για την παιδική κακοποίηση20

1.9 Τρόποι αποφυγής της παιδικής κακοποίησης21

Κεφάλαιο 2. Προστασία των παιδιών23

2.1 Η έννοια της προστασίας των παιδιών23

2.2 Η προστασία των παιδιών στην Ευρώπη24

2.3 Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού26

Κεφάλαιο 3. Ο ρόλος του νοσηλευτή30

3.1 Ο ρόλος του νοσοκομειακού νοσηλευτή30

3.2 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή34

3.3 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή36

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών39

3.5 Ο ρόλος του παιδιατρικού νοσηλευτή43

Συμπεράσματα 45

Βιβλιογραφία 47

Πίνακας εικόνων

Εικόνα 1- Παράγοντες παιδικής κακοποίησης21

Εικόνα 2- Μώλωπες από παιδική κακοποίηση34

Περίληψη

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο σε παγκόσμιο επίπεδο με δραματικές συνέπειες για το ίδιο το θύμα και για την κοινωνία. Μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως είναι η σωματική, η ψυχολογική και η σεξουαλική κακοποίηση, διατρέχοντας σοβαρό κίνδυνο για την ευημερία του παιδιού και για την ίδια του τη ζωή. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως διαμεσολαβητή για την κατοχύρωση της ασφάλειας των πολιτών είναι σημαντικός, καθώς φέρει μεγάλη ευθύνη αναφορικά με τη επίτευξή της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης φαινομένων βίας και της καταγγελίας τους. Ειδικότερα, στην περίπτωση των παιδιών που συχνά δεν είναι σε θέση κατανοήσουν και να καταγγείλουν συνειδητά την κακοποίησης, ο νοσηλευτής διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο. Συνεπώς, είναι σημαντικό να δίνεται η δέουσα προσοχή από την πλευρά του νοσηλευτή και να μην παραβλέπει σημάδια κακοποίησης.

Λέξεις/ φράσεις κλειδιά: κακοποίηση, παιδική κακοποίηση, προστασία παιδιών, ο ρόλος του νοσηλευτή στην παιδική κακοποίηση, φροντίδα

Abstract

Child abuse carefully school intermediate phenomena in time with dramatic experiences for the victim time and for the perpetrator. Mathematically interpreted formulated, availability, psychologically and sexual, going through formations for the well-being of the child and for his application at a time. The role of the nurse as a mediator in ensuring the safety of citizens has a great responsibility regarding its achievement. This can be achieved through early recognition of violence and their denunciation. In particular, in the case of children who are often unable to understand and consciously report abuse, the nurse plays a key role. Therefore, it is important to pay due attention to the nurse and not to overlook signs of abuse.

Keywords / phrases: abuse, child abuse, child protection, the role of the nurse in child abuse, care

Εισαγωγή

Η κακοποίηση παιδιών συνιστά σοβαρό πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο και είναι δυνατόν να λάβει διάφορες μορφές, όπως είναι η σωματική, η σεξουαλική και η συναισθηματική κακοποίηση αλλά η παραμέληση που αφορά στην μη παροχή των αναγκών του παιδιού. Είναι αξιοσημείωτο, πως η κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει στο θύμα σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα (Zeanah & Humphreys, 2018 ; Brown & Rabbitt, 2019).

Για αρκετά χρόνια, η προστασία των παιδιών αποτελούσε ένα ζήτημα το οποίο απασχολούσε κατά κύριο λόγο τους επαγγελματίες οι οποίοι ειδικεύονται στην κοινωνική υπηρεσία, την υγεία, την ψυχική υγεία και τα συστήματα δικαιοσύνης. Σήμερα, θεωρείται ως ένα σοβαρό πρόβλημα, η αντιμετώπιση του οποίοι συνιστά καθήκον όλων των πολιτών και των επιστημόνων, μεταξύ άλλων και των νοσηλευτών. Η κακοποίηση παιδιών είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα χωρίς κοινωνικά, εθνοτικά και φυλετικά όρια (Kemoli & Mavindu, 2014 ; Nathanson et al., 2016).

Αναφορικά με τον ρόλο των νοσηλευτών, πρέπει να τονιστεί πως είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορεί να βοηθήσει τόσο παιδιά όσο και ενήλικες να ανταποκριθούν στην περίπτωση που αντιληφθούν κακοποίηση άλλου παιδιού και να την αποκαλύψουν. Ο σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή είναι να εξασφαλίσει την υγεία αλλά και την ασφάλεια του παιδιού. Έτσι λοιπόν, κρίνεται απαραίτητη η σωστή εκπαίδευση των νοσηλευτών, προκειμένου να είναι σε θέση να συλλέξουν και να διατηρήσει ιατροδικαστικά στοιχεία. Στη βιβλιογραφία τονίζεται, πως οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ευημερία των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση και πως όλες οι περιπτώσεις υποψίας για κακοποίηση πρέπει να αναφέρονται στις αρμόδιες αρχές (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012 ; Caneira & Myrick, 2015 ; Appleton & Peckover, 2015).

Η παρούσα εργασία διερευνά το ζήτημα της κακοποίηση των παιδιών και το ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην περίπτωση διαπίστωσης. Η σπουδαιότητα του θέματος έγκειται στο γεγονός, πως η κακοποίηση παιδιών λαμβάνει χώρα σε κάθε χώρα και κοινωνικό πλαίσιο, ενώ συχνά αποκρύπτεται, έχοντας αρνητικές συνέπειες για το ίδιο το παιδί- θύμα, αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία.

Το εν λόγω θέμα έχει εξεταστεί στην διεθνή βιβλιογραφία και έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης για πολλούς ερευνητές. Εντούτοις, στην Ελλάδα παρατηρείται ερευνητικό κενό και έλλειψη μελετών σε ότι αφορά στο εν λόγω θέμα.

ΣΚΟΠΟΣ

Δεδομένου του ερευνητικού κενού που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία για την κακοποίηση των παιδιών και το ρόλο των νοσηλευτών, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποσκοπεί στον εμπλουτισμό αυτής. Επίσης, μέσα από αυτήν την εργασία επιχειρούμε την παροχή κινήτρου σε άλλους ερευνητές για περαιτέρω έρευνα του θέματος.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Οι επιμέρους στόχοι της εργασίας παρατίθενται υπό τη μορφή ερευνητικών ερωτημάτων:

- Ποιες μορφές μπορεί να λάβει η παιδική κακοποίηση στις μέρες μας;
- Ποιες επιπτώσεις φέρει η παιδική κακοποίηση;
- Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αναγνώριση της παιδικής κακοποίησης;
- Μπορεί να συμβάλει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπιση του φαινομένου;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο πλαίσιο υλοποίησης της παρούσας εργασίας αξιοποιείται η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ειδικότερα, θα χρησιμοποιηθούν κατά κύριο λόγο οι βάσεις δεδομένων pubmed, cohrane και google scholar, θέτοντας λέξεις και φράσεις κλειδιά όπως «child abuse», «neglect» «role of the nurse» «care». Ενώ, θα χρησιμοποιηθεί κατά το δυνατόν πιο πρόσφατη βιβλιογραφία.

Επίσης, πρόκειται να αξιοποιηθούν βιβλία αλλά επίσημα στοιχεία διεθνών οργανισμών αναφορικά με την κακοποίηση του παιδιού, προκειμένου να καταστεί σαφές το μέγεθος του προβλήματος.

Δομή

Κεφάλαιο 1. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι διάφορες μορφές παιδικής κακοποίησης, η αιτιολογία και η επιδημιολογία του φαινομένου, η διάγνωση, οι συνέπειες και το κόστος της παιδικής κακοποίηση, οι προστατευτικοί παράγοντες για

την παιδική κακοποίηση, οι τρόποι αποφυγής της παιδικής κακοποίησης, καθώς επίσης κα η διάσταση του φαινομένου διεθνώς, στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 2. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της προστασίας του παιδιού και στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού, ώστε να καταστεί κατανοητό πόσο σημαντικό είναι.

Κεφάλαιο 3. Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή σε σχέση με την παιδική κακοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται ο ρόλος του νοσοκομειακού νοσηλευτή, του σχολικού νοσηλευτή, του κοινοτικού νοσηλευτή, του νοσηλευτή που εργάζεται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης και σε παιδιατρικά τμήματα.

Κεφάλαιο 1. Παιδική κακοποίηση

1.1 Ορισμός

Η κακοποίηση των παιδιών συνιστά όλες τις μορφές σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης, σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης και εκμετάλλευσης που έχει ως αποτέλεσμα την πραγματική ή δυνητική βλάβη στην υγεία, την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπεια του παιδιού. Υπάρχουν τέσσερεις βασικοί τύποι κακοποίησης: η παραμέληση, η σωματική κακοποίηση, η ψυχολογική κακοποίηση και η σεξουαλική κακοποίηση (Newton & Vandeven, 2010; Zeanah & Humphreys, 2018).

Η παραμέληση μπορεί να περιλαμβάνει την ανεπαρκή φροντίδα υγείας, την εκπαίδευση, την εποπτεία, την προστασία από τους κινδύνους στο περιβάλλον και τις μη ικανοποιημένες βασικές ανάγκες όπως τα ρούχα και τα τρόφιμα. Η παραμέληση είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης παιδιών.

Σχετικά με τη σωματική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει χτύπημα, κούνημα, καύση και δάγκωμα. Το όριο για τον ορισμό της σωματικής τιμωρίας ως κατάχρησης είναι ασαφές. Τα κατάγματα των νυχιών είναι το πιο συνηθισμένο εύρημα που αποδεικνύει σωματική κακοποίηση (Altman, et al., 20110; Appleton & Peckover, 2015; Odhayani et al., 2013).

Επιπλέον, η ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει τη λεκτική βία, την ταπείνωση και τις πράξεις που τρομάζουν ή τρομοκρατούν ένα παιδί, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μελλοντικές ψυχολογικές ασθένειες του (Newton & Vandeven, 2010; Zeanah & Humphreys, 2018; Ellington, 2017).

Ενώ, σε ότι αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση είναι η εμπλοκή εξαρτημένων, αναπτυξιακά ανώριμων παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν κατανοούν πλήρως και δεν είναι σε θέση να δώσουν συγκατάθεση.

Ένα μεγάλο μέρος των περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών συχνά διαφεύγουν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να γίνει η διάγνωση της κακοποίησης παιδιών, πρέπει να υπάρξει υψηλός δείκτης υποψίας (Gershun & Terrebonne, 2018; Liu & Merritt, 2018; Miller et al., 2018).

1.2 Αιτιολογία και επιδημιολογία του φαινομένου

Όλες οι φυλές, οι εθνότητες και οι κοινωνικοοικονομικές ομάδες επηρεάζονται από την κακοποίηση των παιδιών με πιο συχνά επηρεασμένα τα αγόρια και τους εφήβους. Τα

βρέφη τείνουν να έχουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα με σωματική κακοποίηση. Πολλοί παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο κακοποίησης παιδιού. Σε αυτούς υπάγονται οι κίνδυνοι σε ατομικό επίπεδο (αναπηρία του παιδιού, άγαμη μητέρα, κάπνισμα της μητέρας ή κατάθλιψη των γονέων). κίνδυνοι σε οικογενειακό επίπεδο (ενδοοικογενειακή βία στο σπίτι, περισσότερα από δύο αδέλφια στο σπίτι). κίνδυνοι σε κοινοτικό επίπεδο (έλλειψη χώρων αναψυχής) και κοινωνικοί παράγοντες (φτώχεια) (Kemoli & Mavindu, 2014; Hansen et al., 2018; Leslie et al., 2010).

Είναι αξιοσημείωτο, πως οι παραπάνω παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο παιδικής κακοποίησης. Εντούτοις, υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες οι οποίοι μειώνουν τον κίνδυνο παιδικής κακοποίησης. Ειδικότερα, σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνεται η οικογενειακή υποστήριξη και γονική μέριμνα. Οι προληπτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη γονική εκπαίδευση σχετικά με την ανάπτυξη και τη γονική μέριμνα, την κοινωνική στήριξη, καθώς και την ανθεκτικότητα των γονέων (Zeanah & Humphreys, 2018; Wolford et al., 2019; Hansen et al., 2018)

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, πως κάθε χρόνο εκατομμύρια παιδιά εξετάζονται από τις υπηρεσίες προστασίας παιδιών για κακοποίηση και παραμέληση. Ειδικότερα, το 2014, περισσότερα από 3,2 εκατομμύρια παιδιά υποβλήθηκαν σε αναφορές κακοποίησης παιδιών, εκ των οποίων το 20% παρουσίασε αποδείξεις κακοποίησης (Van Horne et al., 2018).

1.3 Διάγνωση

Η διάγνωση ενός ασθενούς με παιδική κακοποίηση είναι δύσκολη, καθώς το θύμα μπορεί να είναι αρκετά φοβισμένο είτε σοβαρά τραυματισμένο, ώστε να μη μπορεί να μιλήσει. Επίσης, ο δράστης σπάνια θα παραδεχτεί την κακοποίηση, ενώ τις περισσότερες φορές δεν υπάρχουν μάρτυρες. Τα παιδιά τα οποία εξετάζονται για κακοποίηση, εισέρχονται για εξέταση στις παρακάτω περιπτώσεις (Caneira & Myrick, 2015).:

-Αν ένας ενήλικας υποψιαστεί και ανησυχήσει για κακοποίηση ενός παιδιού.

-Αν ένα παιδί ή έφηβος αποκαλύψει την κακοποίηση.

-Αν ο δράστης ανησυχήσει, πως η κακοποίηση είναι σοβαρή και μπορεί να φέρει τον ασθενή για ιατρική περίθαλψη.

-Το παιδί μπορεί να παρουσιαστεί για φροντίδα, η οποία είναι άσχετη με την κακοποίηση και τότε μπορεί να βρεθεί τυχαία.

Η σωματική κακοποίηση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση όλων των τραυματισμών των παιδιών. Η λήψη αναλυτικού ιστορικό της παρούσας κατάστασης είναι σημαντική προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση. Σημαντικές πτυχές της λήψης ιστορικού περιλαμβάνουν τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τραυματισμό. Επιπροσθέτως, η λήψη ιστορικού πρέπει να περιλαμβάνει και συνέντευξη του φροντιστή ξεχωριστά. Ο γονέας ή ο υπεύθυνος φροντίδας θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει το ιστορικό χωρίς παύσεις, ώστε να μην επηρεάζεται από τις ερωτήσεις ή τις ερμηνείες του γιατρού (Brown & Rabbitt, 2019).

- Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση παιδιών πρέπει να εξετάζεται σε καθένα από τα ακόλουθα (Gonzalez et al., 2019; Fredman et al., 2019):

-Σε οποιονδήποτε τραυματισμό βρέφους.

-Σε τραυματισμό παιδιού που δεν μιλάει.

-Σε τραυματισμό ασυμβίβαστο με τις σωματικές ικανότητες του παιδιού και τη δήλωση βλάβης από το ίδιο το παιδί.

-Σε περίπτωση που ο μηχανισμός του τραυματισμού δεν είναι εύλογος και υπάρχουν πολλαπλά τραύματα.

Επίσης, παρατηρούνται τα εξής σημεία (Jawadi et al., 2019; Gonzalez et al., 2019):

-Μώλωπες στον κορμό, το αυτί ή το λαιμό σε παιδί ηλικίας κάτω των 4 ετών.

-Καύση στα γεννητικά όργανα.

-Ο φροντιστής δεν ενδιαφέρεται για τον τραυματισμό.

-Μια ανεξήγητη καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας ή ασυνέπειες ή διαφορές στις παρεχόμενες ιστορίες.

Το "TEN 4" συνιστά μια χρήσιμη μνημονική συσκευή που χρησιμοποιείται για την ανάκληση των σημείων που προκαλούν ανησυχίες σε περιπτώσεις σωματικής

κακοποίησης: Κορμός (Torso), Αυτί (Ear), Λαιμός (Neck) σε παιδιά ηλικίας κάτω των 4 ετών. Μερικοί τραυματισμοί που υποδεικνύουν ιδιαίτερα την κακοποίηση περιλαμβάνουν τις αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς, τα κατάγματα των οπίσθιων πλευρών και κλασσικές μεταφυτικές αλλοιώσεις (Gonzalez et al., 2019).

Οι μώλωπες είναι το πιο κοινό σημάδι της σωματικής κακοποίησης. Να σημειωθεί, πως η κακοποίηση σε παιδιά που δεν περπατούν ακόμη είναι σπάνια και η παρουσία μώλωπα πρέπει να προκαλέσει καχυποψία για κακοποίηση. Οι πιο κοινές περιοχές μώλωπα στα μη κακοποιημένα παιδιά είναι τα γόνατα και οι κνήμες καθώς και τα οστεώδη σημεία συμπεριλαμβανομένου του μετώπου. Η πιο κοινή περιοχή μώλωπα για τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί περιλαμβάνει το κεφάλι και το πρόσωπο. Τα εγκαύματα είναι μια κοινή μορφή τραυματισμού στην παιδική ηλικία που συνήθως δεν συνδέεται με κακοποίηση (Hartley, 2002; Gonzalez et al., 2019; Jawadi et al., 2019).

Κακοποιητικό τραύμα κεφαλής

Το κακοποιητικό τραύμα κεφαλής, γνωστό και ως σύνδρομο κλονισμένου μωρού, είναι μια μορφή σωματικής κακοποίησης παιδιών με το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (μεγαλύτερο από 20%). Τα συμπτώματα μπορεί να είναι τόσο λεπτά όσο ο εμετός ή τόσο σοβαρά όσο ο λήθαργος, οι επιληπτικές κρίσεις, η άπνοια και το κώμα. Τα ευρήματα που υποδηλώνουν κακοποιητικό τραύμα κεφαλής είναι οι αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς, τα υποδόρια αιματώματα και η διάχυτη αξονική βλάβη. Ένα βρέφος με τέτοιου είδους τραύμα μπορεί να μην έχει νευρολογικά συμπτώματα και μπορεί να διαγνωστεί με οξεία γαστρεντερίτιδα, ωτίτιδα, κολικό και άλλες μη σχετιζόμενες ασθένειες. Συχνά, ένας υπερηχογράφος κεφαλής χρησιμοποιείται ως αρχική αξιολόγηση σε νεογνά. Ωστόσο, δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Κατά την αξιολόγηση, πρέπει να γίνεται οφθαλμολογική εξέταση από παιδοφθαλμίατρο (Hartley, 2002; Gonzalez et al., 2019; Jawadi et al., 2019).

Σκελετικό Τραύμα

Ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος κακοποίησης παιδιών μετά την παραμέληση είναι η σωματική κακοποίηση. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου κακοποιητικού σκελετικού τραυματισμού είναι η ηλικία. Να σημειωθεί, πως υπάρχουν κάποια καταγμάτων που υποδηλώνουν περισσότερο κακοποίηση, όπως είναι τα κατάγματα των πλευρών, τα σπονδυλικά και τα οσφυϊκά κατάγματα (Hartley, 2002; Gonzalez et al., 2019; Jawadi et al., 2019).

Κοιλιακό Τραύμα

Το κοιλιακό τραύμα είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παιδιά που έχουν κακοποιηθεί. Είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από σωματική κακοποίηση, που παρατηρείται κυρίως σε βρέφη και μικρά παιδιά. Πολλά από αυτά τα παιδιά δεν έχουν εμφανή ευρήματα, αν δεν υπάρχει μώλωπα σε φυσικές εξετάσεις. Επομένως, η διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας και εξέταση για αιματουρία. Οποιοδήποτε θετικό αποτέλεσμα μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη για μελέτες απεικόνισης, ιδιαίτερα για κοιλιακή αξονική τομογραφία (Gonzalez et al., 2019; Jawadi et al., 2019).

- Σεξουαλική κακοποίηση

Εάν ένα παιδί επιδεικνύει συμπεριφορά όπως το γδύσιμο μπροστά στους άλλους, αγγίζοντας τα γεννητικά όργανα των άλλων, καθώς και προσπαθώντας να κοιτάξει τους άλλους που υποφέρουν, μπορεί να υπάρχει ανησυχία για σεξουαλική κακοποίηση. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί, πως η εξέταση για σωματική βία δεν αποκλείει τη σεξουαλική κακοποίηση. Πράγματι, η πλειοψηφία των θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης έχει μια φυσιολογική ανοσολογική εξέταση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ισχυρότερη ένδειξη ότι έχει εμφανιστεί σεξουαλική κακοποίηση είναι η δήλωση του παιδιού (Chen et al., 2010; Dillard et al., 2019).

- Παραμέληση

Η φυσική εξέταση μπορεί όχι μόνο να παρουσιάσει ενδείξεις σωματικής κακοποίησης αλλά μπορεί να παρουσιάσει και σημάδια παραμέλησης. Η γενική εξέταση μπορεί να δείξει κακή στοματική υγιεινή με εκτεταμένη οδοντική τερηδόνα, υποσιτισμό με σημαντική αποτυχία ανάπτυξης, μη θεραπευμένη δερματίτιδα πάνας ή μη φροντισμένα τραύματα (Lines et al., 2018; Zeanah & Humphreys, 2018).

Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι εξουσιοδοτημένοι και υποχρεούνται να υποβάλλουν έκθεση σχετικά με την ευημερία των παιδιών όταν υπάρχει εύλογη υπόνοια κακοποίησης ή παραμέλησης. Αυτή η εντολή μπορεί να είναι σωτήρια για πολλά παιδιά. Μια διεπαγγελματική προσέγγιση με τη συμπερίληψη ειδικού σε θέματα παιδικής κακοποίησης είναι η βέλτιστη λύση (Gonzalez et al., 2019; Friedman et al., 1976).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί, πως κάθε παιδί ηλικίας μικρότερης των δύο ετών για το οποίο υπάρχει ανησυχία για σωματική κακοποίηση πρέπει να πραγματοποιείται σκελετική εξέταση. Επιπλέον, πρέπει να γίνεται σκελετική εξέταση και στα αδέρφια των παιδιών που έχουν υποστεί βία (Gonzalez et al., 2019).

Η εργαστηριακή αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί για να αποκλείσει άλλες ασθένειες ως αιτίες των τραυματισμών. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει εξετάσεις για τα οστά (ασβέστιο, μαγνήσιο, φωσφορικό άλας, αλκαλική φωσφατάση), αιματολογία (CBC), πήξη (PT, PTT, INR), μεταβολικά (γλυκόζη, BUN, κρεατινίνη, (αμυλάση και λιπάση) και αιμορραγική διάθεση (αντιγόνο von Willebrand, δραστικότητα von Willebrand, Παράγοντα VIII, Παράγοντας IX και προσδιορισμοί λειτουργίας αιμοπεταλίων) (Vrolijk-Bosschaart et al., 2018; Hu et al., 2018; Christian & Levin, 2018).

1.4 Η παιδική κακοποίηση διεθνώς

- Επικράτηση σωματικής κακοποίησης

Ο μέσος όρος των ποσοστών σωματικής κακοποίησης ποικίλλει σε κάθε ήπειρο ανά τον κόσμο. Ειδικότερα, στη Βόρεια Αμερική, φαίνεται πως υπάρχουν μέτρια ποσοστά επικράτησης της σωματικής κακοποίησης (25% - 75%) Ο μέσος όρος για τα αγόρια είναι 24,3% (14,1% - 32,1%) και για τα κορίτσια 21,7% (14,2% - 33,3%). Επίσης, τα ποσοστά είναι παρόμοια και για τα δύο φύλα στην Ασία. Στις ευρωπαϊκές μελέτες, η σωματική κακοποίηση είναι υψηλότερη για τα αγόρια (27,0%) σε σχέση με τα κορίτσια (12,0%) (Moody et al., 2018).

- Επικράτηση συναισθηματικής κακοποίησης

Να σημειωθεί, πως οι μελέτες συναισθηματικής κακοποίησης είναι λιγότερο συχνές στην Ευρώπη συγκριτικά με τη Βόρεια Αμερική και την Ασία. Τα ποσοστά επικράτησης μεταξύ των κοριτσιών (28,4%) στη Βόρειο Αμερική ήταν διπλάσια από εκείνα των αγοριών (13,7%). Επιπλέον, τα ποσοστά επικράτησης στην Ευρώπη φαίνεται πως είναι περίπου τα μισά από αυτά που αναφέρθηκαν στη Βόρεια Αμερική και για τα δύο φύλα (αγόρια: 6,2%, κορίτσια: 12,9%).

Στην Ασία, ο μέσος όρος φαίνεται πως είναι υψηλότερος για τα αγόρια (33,2%) σε σχέση με τα κορίτσια (26,9%). Ενώ, τα ποσοστά συναισθηματικής κακοποίησης σε

κορίτσια της Βορείου Αμερικής ήταν πολύ χαμηλότερα (15,9%), αλλά ελάχιστα διαφορετικά για τα αγόρια (12,3%) (Moody et al., 2018; McAnee et al., 2019).

- Επικράτηση της παραμέλησης

Υπήρξαν λιγότερες μελέτες για την παραμέληση από ό,τι για οποιαδήποτε άλλη κατηγορία κακοποίησης. Είναι αξιοσημείωτο, πως τα ποσοστά επικράτησης είναι υψηλότερα για τα κορίτσια της Βορείου Αμερικής (40,5%) από ό, τι για τα αγόρια (16,6%). Τα ποσοστά στην Ασία ήταν παρόμοια για τα αγόρια (23,8%) και τα κορίτσια (26,3%), κάτι που συνέβη και στην Ευρώπη, αλλά με χαμηλότερο συνολικό ποσοστό (αγόρια: 14,8%, κορίτσια: 13,9%). Ενώ, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες για τις υπόλοιπες ηπείρους (Αφρική, Αυστραλία και Νότια Αμερική) (Moody et al., 2018).

1.5 Η παιδική κακοποίηση στην Ευρώπη

Ακολουθούν, βασικά στοιχεία για την κακοποίηση παιδιών στην ευρωπαϊκή περιφέρεια (WHO, 2013) :

• Τουλάχιστον 850 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών πεθαίνουν από κακοποίηση ετησίως.

• Τα ποσοστά ανθρωποκτονίας είναι 2,4 φορές υψηλότερα στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και κυρίως στην ανατολική Ευρώπη.

• Η σεξουαλική κακοποίηση πλήττει 18 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 18 ετών.

• Η σωματική κακοποίηση πλήττει 44 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 18 ετών.

• Η ψυχική κακοποίηση επηρεάζει 55 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 18 ετών.

• Η κακοποίηση μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αρνητικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας.

• Προκαλεί κακή ψυχική και σωματική υγεία, έχοντας και κοινωνικές συνέπειες.

• Συμβάλλει σε περιορισμένες προοπτικές εκπαίδευσης και απασχόλησης.

• Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία των γονέων και τη χαμηλού επιπέδου μόρφωση, την υποστήριξη της σωματικής τιμωρίας, τα υψηλά επίπεδα ανισότητας, το οικονομικά άγχος και την αδύναμη νομοθεσία.

• Τα προγράμματα επισκέψεων στο σπίτι και τα προγράμματα γονικής μέριμνας αποτρέπουν την κακοποίηση.

Αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά για το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ο επιπολασμός της σωματικής κακοποίησης κυμάνθηκε από 3,6% έως 32,6%. Η επικράτηση της σεξουαλικής κακοποίησης είναι 0,7% - 27,8%, της συναισθηματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης κυμαίνεται στο 4% - 6,7%. Αναφορικά με τον επιπολασμό της παραμέλησης κυμαίνεται από 5,6% έως 77,8%. Τέλος, ο επιπολασμός της απροσδιόριστης κακοποίησης κυμάνθηκε από 9,5% έως 48,4% (Wainwright & Surtees, 2002; Moskvina et al., 2007; Pluck et al., 2011; Mowlds et al., 2010; Radford et al., 2011; May-Chahal & Cawson, 2004).

Επιπλέον, στην Ευρώπη, τα ποσοστά θανάτου είναι υψηλότερα σε παιδιά κάτω των 5 ετών και σε αγόρια, αντιπροσωπεύοντας το 61% του συνόλου των θανάτων που οφείλονται στην κακοποίηση του παιδιού στην περιοχή.

Η κακοποίηση παιδιών αποτελεί κύρια αιτία ανισότητας στον τομέα της υγείας και την κοινωνική αδικία, με τους φτωχότερους και μειονεκτούντες πληθυσμούς να κινδυνεύουν περισσότερο. Μάλιστα, τα ποσοστά ανθρωποκτονίας στα παιδιά κάτω των 15 ετών είναι τουλάχιστον διπλάσια στην χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων σε σχέση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Πιο συγκεκριμένα, οι 7 στους 10 θανάτους παιδιών οφείλονται σε ανθρωποκτονίες.

Επιπροσθέτως, τα ποσοστά θανάτων παιδιών είναι αρκετές φορές υψηλότερα σε μειονεκτούσες ομάδες πληθυσμού σε σχέση με τις πλουσιότερες κοινότητες. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά από υποβαθμισμένες γειτονιές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν δέκτες επιθέσεων. Η στέρηση εκθέτει τα παιδιά σε περισσότερους παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση, όπως είναι η αύξηση της πιθανότητας βίας και η παραμέληση. Η κακοποίηση παιδιών είναι υψηλότερη στις χώρες στην ανατολική Ευρώπη και σε εκείνες τις χώρες όπου υπάρχει υψηλό επίπεδο ανισότητας και λίγες κοινωνικές διασφαλίσεις για την προστασία των οικογενειών από το οικονομικό άγχος (WHO, 2013).

Η κακοποίηση καθιστά την ανισότητα ισχυρότερη λόγω των κοινωνικών και οικονομικών της επιπτώσεων, επηρεάζοντας την κοινωνική ανάπτυξη. Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 έχει οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά ανεργίας καθώς επίσης και σε περικοπές στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και πρόνοιας. Οι εκθέσεις δείχνουν αύξηση του γονικού άγχους, με κατάθλιψη και αυξημένα επίπεδα αυτοκτονίας ή σκέψεις για αυτοκτονία (WHO, 2013).

1.6 Η παιδική κακοποίηση στην Ελλάδα

Σε ότι αφορά στην Ελλάδα, το πρώτο εξάμηνο του έτους 2018 η «Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS 1056» δέχθηκε 338 ηλεκτρονικά μηνύματα. Τα εν λόγω μηνύματα αφορούσαν τις εξής κατηγορίες (Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2019) :

- Τη σωματική Κακοποίηση
- Τη συμβουλευτική υποστήριξη και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις
- Τη φιλοξενία
- Τις κατευθύνσεις
- Τις εξαφανίσεις
- Την οικονομική βοήθεια
- Την ενδοοικογενειακή βία
- Το bullying
- Την οικονομική εκμετάλλευση
- Την παραμέληση και την εγκατάλειψη
- Τις νομικές συμβουλές
- Την υιοθεσία
- Την ψυχολογική Κακοποίηση
- Την παιδική Πορνογραφία και το ηλεκτρονικό έγκλημα.

Είναι αξιοσημείωτο, πως το 29% των κλήσεων αφορούσε διάφορες μορφές παιδικής κακοποίησης, γεγονός, που αποδεικνύει το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα μας

1.7 Οι συνέπειες και το κόστος της παιδικής κακοποίησης

Η κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει άγχος, επηρεάζοντας σημαντικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου των παιδιών, ειδικότερα στα πρώτα χρόνια ζωής αλλά και στην εφηβική ηλικία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε γνωστικές, αναπτυξιακές και συμπεριφορικές βλάβες, βλάπτοντας τη διανοητική και τη σωματική υγεία των θυμάτων.

Σε ότι αφορά στην ψυχική υγεία, εκδηλώνεται κατάθλιψη, άγχος, διατροφικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμός και παράνομη χρήση ουσιών. Επιπλέον, φαίνεται πως οδηγεί σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2013) υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης και των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων

μολύνσεων, όπως επίσης και με την ανάπτυξη παχυσαρκίας άλλα και μη μεταδοτικών ασθενειών.

Επιπλέον, η παιδική κακοποίηση επηρεάζει την εκπαίδευση, οδηγώντας σε χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίτευγμα και σε περιορισμένες προοπτικές απασχόλησης. Η μετάδοση της βίας μεταξύ γενεών, με βίαιες συμπεριφορές που περνούν από τους παππούδες, στους γονείς και εν συνεχεία στα παιδιά συνιστά ένα φαινόμενο γνωστό ως "κύκλος βίας". Σε αυτό το φαινόμενο παρατηρείται η τάση τα θύματα κακοποίησης να εξακολουθούν να υποφέρουν και να επιφέρουν βία καθώς μετακινούνται μέσω της ζωής ως συνέπειες της κακοποίησης που δέχθηκαν στην παιδική ηλικία (WHO, 2013).

Αναδυόμενα στοιχεία υποδηλώνουν, πως το οικονομικό και το κοινωνικό κόστος είναι πολύ υψηλό για την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική πρόνοια, τη δικαιοσύνη και την παραγωγικότητα. Μάλιστα, θα μπορούσε να μεταφραστεί ακόμη και σε δεκάδες δισεκατομμύρια ευρώ, δηλαδή κόστος ισοδύναμο με δαπάνες για μη μεταδοτικές ασθένειες. Η έκταση της κακοποίησης, οι σοβαρές συνέπειες και το υψηλό οικονομικό κόστος τονίζουν την σημασία της πρόληψής της (WHO, 2013).

1.8 Ο κίνδυνος και οι προστατευτικοί παράγοντες για την παιδική κακοποίηση

Είναι αξιοσημείωτο, πως βιολογικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την παιδική κακοποίηση. Επιπροσθέτως, τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές διαταραχές και αναπηρίες μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης.

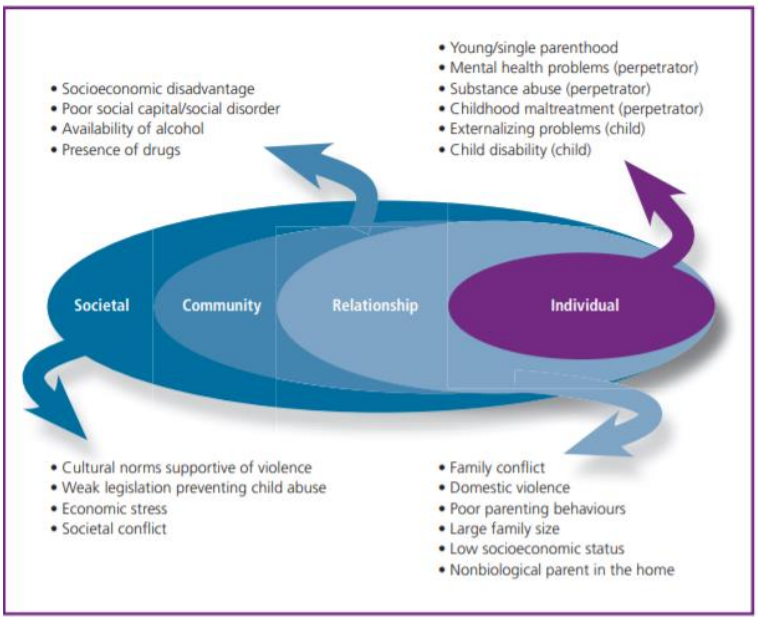
Ακόμη, οι νέοι, ελεύθεροι και φτωχοί γονείς με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης μπορεί να είναι πιο πιθανό να κακοποιούν τα παιδιά τους. Επίσης, η ψυχική ασθένεια των γονέων συνδέεται στενά με την παιδική κακοποίηση, όπως και το αλκοόλ αλλά και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Με την παιδική κακοποίηση συνδέεται στενά και η ενδοοικογενειακή βία (WHO, 2013).

Η κακοποίηση τείνει να είναι πιο συνηθισμένη σε οικογένειες που ζουν σε υποβαθμισμένες κοινότητες. Ειδικότερα, οι περιοχές αυτές μπορεί να μην έχουν θεσμικούς κανόνες και θεσμικά όργανα, επηρεάζοντας αρνητικά την κοινωνική αλληλεπίδραση. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν πολλά καταστήματα πώλησης αλκοόλ. Η κοινωνική και πολιτιστική αποδοχή της σωματικής τιμωρίας των

παιδιών, τα επίπεδα της ανισότητας, το οικονομικό άγχος και η νομοθεσία μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τα ποσοστά παιδικής κακοποίησης.

Αναφορικά με τους παράγοντες που προστατεύουν από την κακοποίηση, σε αυτούς συγκαταλέγονται οι ισχυρές σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών, η καλή κατανόηση των γονέων για την παιδική ανάπτυξη, η ικανότητα των γονέων να αντιμετωπίσουν και να ανταποκριθούν σε προκλήσεις και η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη (WHO, 2013).

Εικόνα 1- Παράγοντες παιδικής κακοποίησης



Πηγή:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108627/e96928.pdf;jsessionid=19B9BF1582D5EC4CAE12F092962C49E2?sequence=1

1.9 Τρόποι αποφυγής της παιδικής κακοποίησης

Η κοινωνία έχει μια ηθική και νομική υποχρέωση για την προστασία των παιδιών. Έχει δοθεί έμφαση σε ότι αφορά την ανίχνευση της κακοποίησης και της προστασίας των παιδιών από περαιτέρω βλάβες. Εντούτοις, υποστηρίζεται πως είναι αναγκαίο να ληφθούν μέτρα πρόληψης.

Η παιδική κακοποίηση και οι καταστροφικές τις επιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό εμπόδιο στη ζωή των νέων. Καθίσταται αξιοσημείωτο, πως οι πρωτοβουλίες πρόληψης έχουν εφαρμοστεί στην Ευρώπη, αλλά μόνο λίγες από αυτές έχουν μελετηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στους παράγοντες κινδύνου.

Οι υπάρχουσες μελέτες παρέχουν έναν πλούτο πληροφοριών σχετικά με τους τύπους παρεμβάσεων που φανερώνουν την αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της κακοποίησης του παιδιού και των συνακόλουθων κινδύνων. Στην περίπτωση που εφαρμόζονται προγράμματα πρόληψης νωρίς μέσω της παροχής υποστήριξης σε γονείς κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών ζωής των παιδιών, έχει αποδειχθεί επιστημονικά πως υπάρχουν θετικά αποτελέσματα. Μέσω αυτών μπορούν να βελτιωθούν οι γονείς και να μειώσουν το στρες, αποτρέποντας την κακοποίηση (WHO, 2013).

Τα προγράμματα γονικής μέριμνας τα οποία εφαρμόζονται και έχουν αξιολογηθεί σε ευρωπαϊκές ρυθμίσεις αποδείχθηκαν επιτυχή σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές εξοικονομήσεις κόστους. Η εμπειρία από χώρες της Ευρώπης αλλά και από όλο τον κόσμο δείχνει ότι τα προληπτικά μέτρα είναι πιθανό ν' αντιμετωπίσουν τις υποκείμενες αιτίες βίας και να κάνουν τη ζωή των παιδιών ασφαλέστερη.

Λιγότερες έρευνες εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των καθολικών προσεγγίσεων σε ότι αφορά στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, όπως εκστρατείες στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και προγράμματα κατά της φτώχειας τα οποία είναι ευρέως διαδεδομένα σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί, πως η καλύτερη κατανόηση και οι επιπτώσεις τους θα πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα δημιουργώντας κοινωνικές πρωτοβουλίες. Χρειάζεται επίσης περαιτέρω έρευνα σχετικά με τον καλύτερο τρόπο για την προώθηση της ανθεκτικότητας των παιδιών τα οποία έχουν κακοποιηθεί (WHO, 2013).

Κεφάλαιο 2. Προστασία των παιδιών

2.1 Η έννοια της προστασίας των παιδιών

Η προστασία των παιδιών αποτελεί, αναμφισβήτητα, ένα δημόσιο ζήτημα της εποχής που διανύουμε. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί με διάφορους τρόπους, καθώς συνιστά ένα από τα πιο άμεσα εμφανή γεγονότα που καλύπτονται από τα μέσα ενημέρωσης, που συχνά συνεπάγεται ακόμη και το θάνατο παιδιών στα χέρια των φροντιστών τους. Ενώ οι παιδικοί θάνατοι μπορεί να είναι ο λόγος για οποιαδήποτε συζήτηση σχετικά με την προστασία των παιδιών, η ανησυχία αυτή αντικατοπτρίζεται και σε συζητήσεις σχετικά με την ευαισθησία ενός πολύ μεγάλου αριθμού παιδιών που κακοποιούνται ή ζουν σε δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, η οποίες επηρεάζουν τις αναπτυξιακές τροχιές τους (Spratt, 2009; Tenkorang, 2019).

Τα συστήματα προστασίας των παιδιών έχουν δημιουργήσει κοινές αντιλήψεις όσον αφορά το τι είναι επιβλαβές και τι υποστηρίζει την βέλτιστη ανάπτυξη των παιδιών. Ωστόσο, τα εν λόγω συστήματα μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αντανάκλαση, για παράδειγμα, αντίθετων σχέσεων μεταξύ του κράτους και της οικογένειας, άλλες δυνάμεις που συνεργάζονται για να αυξήσουν τις πιέσεις για την ομογενοποίηση των στόχων του συστήματος προστασίας των παιδιών, καθώς επίσης και για τα μέσα (Gilbert et al., 2011; Ben-Arieh et al., 2013).

Οι μεταγενέστερες εξελίξεις χαρακτηρίζονται από δύο βασικά χαρακτηριστικά και πιο συγκεκριμένα από την αναγνώριση πως τα παιδιά ενδέχεται να διατρέχουν κίνδυνο στα σπίτια τους και ότι πρέπει να αναπτυχθούν νέες υπηρεσίες για να μπορέσει το κράτος να προστατεύσει τα παιδιά. Τέτοια μέτρα εκφράζονται στη διαμόρφωση νέων νόμων και πολιτικών και αντιπροσωπεύουν τα δύο θεμελιώδη δομικά στοιχεία πάνω στα οποία βασίζεται η σύγχρονη προστασία των παιδιών.

Το πρώτο από αυτά είναι η άποψη, ότι μερικές οικογένειες χάρη στη δράση ή την αδράνεια τους αντιπροσωπεύουν κινδύνους για τα παιδιά τους με τρόπο που τους επιβάλλει κρατική παρέμβαση για την εξασφάλιση της άμεσης προστασίας τους. Το δεύτερο είναι η αναγνώριση, ότι οι κακές κοινωνικές συνθήκες παρέχουν κοινά προγνωστικά για επιζήμια αποτελέσματα τόσο για τις οικογένειες όσο και τα παιδιά τους. Αυτό οδηγεί στην ανάπτυξη ρυθμίσεων για την κοινωνική προστασία, συνδυάζοντας τις οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές με την ανάπτυξη πλαισίων ασφαλείας για τις οικογένειες (Spratt et al., 2015).

Οι εξελίξεις στα σύγχρονα συστήματα προστασίας των παιδιών αναγνωρίζονται ως βασικά θέματα. Ενώ, σε ορισμένες χώρες, η πρόοδος είναι προφανής, σε άλλες χώρες είναι εξίσου προφανείς οι ανισότητες. Τα βασικά θέματα είναι ως εκ τούτου οι ιδανικοί τύποι, οι οποίοι αλληλεπιδρούν, επανεμφανίζονται και διαμορφώνονται κατά την ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος, αλλά όχι απαραίτητα προοδευτικών σταδίων (Spratt et al., 2015)

Η προστασία των παιδιών επιτυγχάνεται καλύτερα όταν βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο και όχι σε όψιμο. Οι πληθυσμοί εκείνοι που κινδυνεύουν περισσότερο να υποφέρουν από κακοποίηση παιδιών ή έχουν αποτελέσματα επιβλαβή για την ευημερία μπορούν να εντοπιστούν με βάση την πιθανότητα αποδείξεων και ενημερωμένων παρεμβάσεων το συντομότερο δυνατόν. Αυτό μετατοπίζει τον κίνδυνο μακριά από τον άμεσο κίνδυνο κακοποίησης των παιδιών ή την επανάληψή της σε ένα έμμεσο αποτέλεσμα αποτροπής εμφάνισης βίας στην ενηλικίωση (Anda et al., 2010).

Συνεπώς, οι προληπτικές παρεμβάσεις στοχεύουν σε ένα πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό, όπως υποδεικνύεται από την έκθεση των ατόμων σε πολλαπλούς κινδύνους (Spratt, 2012). Αυτή η μεταγενέστερη φάση αποκαλείται ενίοτε δημόσια υγεία δεδομένου ότι βασίζεται σε επιδημιολογική έρευνα που δημιουργεί στοιχεία βάσης για παρεμβάσεις με στόχο τους πληθυσμούς που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Spratt et al., 2015).

2.2 Η προστασία των παιδιών στην Ευρώπη

Είναι αξιοσημείωτο, πως εφαρμόζονται εθνικά συστήματα προστασίας των παιδιών για την αντιμετώπιση της βίας. Η ενίσχυση των συστημάτων προστασίας των παιδιών αποτέλεσε το κύριο θέμα του ευρωπαϊκού φόρουμ για τα δικαιώματα του παιδιού το έτος 2015. Ειδικότερα, υπό αυτό το πλαίσιο δόθηκε έμφαση σε δέκα αρχές για ολοκληρωμένα συστήματα προστασίας των παιδιών .

Οι 10 Αρχές δηλώνουν ότι (European Commission, 2020) :

- Κάθε παιδί αναγνωρίζεται, είναι σεβόμενο πρόσωπο και προστατεύεται ως κάτοχος δικαιωμάτων, με μη διαπραγματεύσιμα δικαιώματα προστασίας.
- Κανένα παιδί δεν υφίσταται διακρίσεις.
- Τα συστήματα προστασίας των παιδιών περιλαμβάνουν μέτρα πρόληψης.
- Οι οικογένειες υποστηρίζονται ως κύριοι φροντιστές.

- Η κοινωνία αναγνωρίζει και υποστηρίζει το δικαίωμα του παιδιού στην απαλλαγή από κάθε μορφή βίας.
- Τα συστήματα προστασίας των παιδιών εξασφαλίζουν επαρκή φροντίδα, όπως είναι μεταξύ άλλων τα πρότυπα, οι δείκτες και τα συστήματα παρακολούθησης και αξιολόγησης.
- Τα συστήματα προστασίας εξασφαλίζουν πολιτικές διαφύλαξης των παιδιών και μηχανισμούς αναφοράς για οργανώσεις που εργάζονται με παιδιά.
- Τα συστήματα προστασίας εξασφαλίζουν πιστοποίηση και εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών που εργάζονται για τα παιδιά και με παιδιά.
- Τα συστήματα προστασίας των παιδιών θεσπίζουν διακρατικούς και διασυνοριακούς μηχανισμούς.
- Κανένα παιδί δεν πρέπει να μένει χωρίς την υποστήριξη και την προστασία του νόμιμου κηδεμόνα ή άλλου υπεύθυνου ενήλικα ή αρμόδιου δημόσιου φορέα ανά πάσα στιγμή.
- Η κατάρτιση σχετικά με τον εντοπισμό των κινδύνων παρέχεται στους εκπαιδευτικούς, στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και στους κοινωνικούς λειτουργούς

Αναφορικά με τις οργανώσεις που εργάζονται άμεσα για τα παιδιά και με τα παιδιά θα πρέπει να καθοδηγούνται από πολιτικές προστασίας των παιδιών και μηχανισμούς υποβολής εκθέσεων.

Τα πρότυπα προστασίας των παιδιών που είναι ασφαλή καλύπτουν τα εξής πεδία (European Commission, 2020) :

- Πολιτική. Ο οργανισμός αναπτύσσει μια πολιτική που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο δεσμεύεται να προλαμβάνει και να ανταποκρίνεται καταλλήλως σε περίπτωση κακοποίησης ή πρόκλησης βλάβης στα παιδιά.

- Άνθρωποι. Ο οργανισμός δίνει σαφείς ευθύνες και προσδοκίες στο προσωπικό του, ενώ παράλληλα τους υποστηρίζει ώστε να κατανοούν και να ενεργούν κατάλληλα.

- Διαδικασίες. Ο οργανισμός δημιουργεί ένα περιβάλλον ασφαλές για τα παιδιά μέσω διαδικασιών προστασίας τους, που εφαρμόζονται σε ολόκληρο τον οργανισμό.

- Λογοδοσία. Ο οργανισμός παρακολουθεί και αναθεωρεί τα μέτρα διασφάλισης του.

2.3 Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού

Η Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού καθιστά ένα σημαντικό μέσο που αποσκοπεί στην προστασία των παιδιών και των δικαιωμάτων τους. Να σημειωθεί, πως τέθηκε σε ισχύ από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών το 1989, ενώ στην Ελλάδα κυρώθηκε λίγο αργότερα, το έτος 1992 βάσει του Ν.2101. Έκτοτε συνιστά αναπόσπαστο μέρος του δικαίου της χώρας (Ν.2101, 1992).

Η εν λόγω Σύμβαση εστιάζει στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, καθώς επίσης και στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου, έχοντας ως απώτερο σκοπό την κοινωνική πρόοδο, τις ευνοϊκότερες συνθήκες διαβίωσης για όλους και την ελευθερία. Είναι αξιοσημείωτο, πως από τα Ηνωμένα Έθνη και πιο συγκεκριμένα στην Παγκόσμια Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου αναγνωρίστηκε, πως όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου ηλικίας, φυλής, φύλου, θρησκείας και πεποιθήσεων έχουμε δικαίωμα σε ότι αφορά τα ανωτέρω.

Επιπροσθέτως, από τα Ηνωμένα Έθνη έχει υπογραμμιστεί, πως υπό αυτό το πλαίσιο είναι ύψιστης σημασίας η παροχή βοήθειας και υποστήριξης στα παιδιά που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και χρήζουν βοήθειας. Ακόμη, κατανοώντας πως η οικογένεια είναι η βασικότερη οντότητα στο περιβάλλον των παιδιών, διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην ανάπτυξη αλλά και την ευημερία τους. Στο σύνολό της η Σύμβαση αποτελείται από 54 Άρθρα (Ν.2101, 1992).

Στο Άρθρο 12 τονίζεται πως τα Συμβαλλόμενα Κράτη εγγυώνται σε ότι αφορά στην αναγνώριση των δικαιωμάτων ελευθερίας της έκφρασης των παιδιών αναφορικά με κάθε ζήτημα. Προκειμένου να καταστεί εφικτό αυτό είναι σημαντικό να έχει το κάθε παιδί την δυνατότητα να μιλά ενώπιον κάθε διοικητικής και δικαστικής διαδικασίας η οποία σχετίζεται με το ίδιο. Η έκφραση μπορεί να γίνει έμμεσα μέσω εκπροσώπου ή άμεσα. Ακολούθως στο Άρθρο 13 αναγνωρίζεται το δικαίωμα των παιδιών να αναζητούν, να λαμβάνουν αλλά και διαδίδουν πληροφορίες σε οποιαδήποτε μορφή,

είτε προφορική είτε γραπτή και με οποιοδήποτε μέσο. Μέσω του προαναφερθέντος δικαιώματος, το παιδί μπορεί να εκφράσει τη δυσαρέσκεια ή την κακομεταχείριση από άλλο άτομο.

Επιπλέον, στο Άρθρο 14, από τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζεται και κυρώνεται ο σεβασμός στο δικαίωμα όλων των παιδιών για ελευθερία σκέψης, της συνείδησης αλλά και της επιλογής θρησκείας. Ακόμη, αναγνωρίζεται το καθήκον των γονέων είτε των νόμιμων κηδεμόνων των παιδιών να τα καθοδηγούν σχετικά με τη άσκηση του προαναφερθέντος δικαιώματος με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, έχοντας ως σκοπό την ανάπτυξη και ενίσχυση των ικανοτήτων τους (Ν.2101, 1992).

Να σημειωθεί, πως το δικαίωμα των παιδιών στα ανωτέρω συμβάλλει στην ασφάλεια τους, στην δημόσια τάξη, την υγεία και στη διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων.

Εν συνεχεία, το Άρθρο 16 αναφέρει πως κανένα παιδί δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο αυθαίρετης ούτε παράνομης επέμβασης στην ιδιωτική του ζωή, στην οικεία που διαμένει και στην οικογένειά του. Επίσης, δεν μπορεί κάποιος να προσβάλει την υπόληψή του. Επιπροσθέτως, βάσει του εν λόγω Άρθρου της Σύμβασης, τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται δια νόμου από οποιαδήποτε προσβλητική ενέργεια (Ν.2101, 1992).

Έπειτα, στο πλαίσιο της Σύμβασης και ειδικότερα στο Άρθρο 17, αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα του έργου που εκτελούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, προκειμένου τα παιδιά να έχουν πρόσβαση σε ενημερωτικό υλικό από εύρος πηγών, έχοντας ως απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας και της ευημερίας τους.

Για να διασφαλιστεί το ανωτέρω δικαίωμα, τα Συμβαλλόμενα Κράτη, προτρέπουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε ότι αφορά στη διάδοση πληροφοριών κοινωνικής αλλά και πολιτιστική χρησιμότητα για τα παιδιά. Επιπλέον, ενθαρρύνεται η προβολή παιδικών βιβλίων, λαμβάνοντας υπόψη τις γλωσσολογικές ανάγκες που μπορεί να έχουν τα παιδιά που ανήκουν σε μειονότητες.

Ακόμη, ενθαρρύνονται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ώστε να προβάλουν υλικό και ενημερωτικά μηνύματα σχετικά με την προστασία των παιδιών, ώστε να ενισχυθεί η ευημερία και να διαφυλαχθεί η σωματική και ψυχική τους υγεία (Ν.2101, 1992).

Επιπροσθέτως, το Άρθρο 32 αναφέρεται ρητά στο δικαίωμα του παιδιού να μην είναι θύμα οικονομικής εκμετάλλευσης από άλλα πρόσωπα, ενέχοντας κινδύνους για της σωματική και την ψυχική του υγεία αλλά και την κοινωνική του ανάπτυξη.

Για την εφαρμογή της εν λόγω διάταξης, τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν διάφορα μέτρα, όπως για παράδειγμα νομοθετικά, κοινωνικά αλλά και εκπαιδευτικά μέτρα. Ειδικότερα, ορίζουν ένα συγκεκριμένο κατώτατο ηλικιακό όριο για την είσοδο τον ανηλίκων στην αγορά εργασίας και διάφορες ακόμη ρυθμίσεις που αφορούν το ο=ωράριο και τις συνθήκες εργασίας. Στην περίπτωση μη τήρησης των προβλεπόμενων, ορίζονται ποινές, προκειμένου να διασφαλιστεί η πλήρης εφαρμογή του άρθρου.

Έπειτα, στο Άρθρο 33 της Σύμβασης ορίζεται πως τα Συμβαλλόμενα Κράτη προβαίνουν σε λήψη των απαραίτητων μέτρων ώστε να προστατεύσουν τα παιδιά και από άλλο ένα είδος κακομεταχείρισης που αφορά την παράνομη χρήση ναρκωτικών καθώς επίσης και ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά και η ρητή απαγόρευση της εκμετάλλευσης των παιδιών στην παραγωγή είτε τη διαδικασία διακίνησης τέτοιου είδους ουσιών (Ν.2101, 1992).

Εν συνεχεία, στο Άρθρο 34 γίνεται αναφορά στην απαγόρευση κάθε μορφής σεξουαλικής βίας ή εκμετάλλευσης των παιδιών. Προκειμένου να επιτευχθεί η προστασία των παιδιών από αυτές τις μορφές κακοποίησης, τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν διάφορα μέτρα για να παρεμποδίσουν τον εξαναγκασμό των ανηλίκων σε παράνομη σεξουαλική δραστηριότητα, να εμποδίσουν την πορνεία καθώς επίσης και την εκμετάλλευση των παιδιών με σκοπό την παραγωγή πορνογραφικού υλικού.

Στο Άρθρο 35 της Σύμβασης ορίζεται η απαγόρευση της απαγωγής και του δουλεμπορίου ανηλίκων, ώστε να διασφαλιστεί η ευημερία, η υγεία και η ελευθερία των παιδιών. Επίσης, το Άρθρο 36 αναφέρει πως τα Συμβαλλόμενα Κράτη πρέπει να προστατεύουν όλα τα παιδιά από οποιαδήποτε μορφή εκμετάλλευσης και κακομεταχείρισης που υπονομεύει την υγεία, την ευημερία και την ανάπτυξή τους (Ν.2101, 1992).

Σε αυτό το σημείο είναι ύψιστης σημασίας να γίνει αναφορά στο Άρθρο 37 της Σύμβασης. Ειδικότερα, τα Συμβαλλόμενα Κράτη βρίσκονται σε συνεχή επαγρύπνηση προκειμένου κανένα παιδί να μην δεχθεί κακοποίηση, βασανιστήρια και κανένα άλλο είδος κακομεταχείρισης.

Επιπροσθέτως, στο πλαίσιο του ίδιου Άρθρου υπογραμμίζεται πως όλα τα παιδιά έχουν το δικαίωμα της ελευθερίας και δεν πρέπει να τη στερούνται παράνομα ούτε αυθαίρετα. Κατά συνέπεια, η σύλληψη και η φυλάκιση ανηλίκων κρίνεται απαραίτητο να είναι πάντοτε σύμφωνη με το νόμο και να αποτελεί το έσχατο μέτρο. Ενώ, ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση δεν πρέπει να έχει μεγάλη διάρκεια (Ν.2101, 1992).

Από τα ανωτέρω συνεπάγεται, πως η Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού αφορά εύρος Άρθρων με απώτερο σκοπό να διασφαλιστεί η ευημερία όλων των παιδιών και να αποτραπεί κάθε είδους ενέργεια που την υπονομεύει. Τέλος, καθίσταται αξιοσημείωτο, πως πρόκειται για μια Σύμβαση που αποτέλεσε θεμέλιο λίθο για την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των παιδιών.

Κεφάλαιο 3. Ο ρόλος του νοσηλευτή

3.1 Ο ρόλος του νοσοκομειακού νοσηλευτή

Ο ρόλος των επαγγελματιών νοσηλευτών είναι να φροντίζουν τα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες, γνωρίζοντας τον καλύτερο τρόπο διαχείρισης τούς έπειτα από κακοποίηση με την κάλυψη των σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του ασθενούς. Να σημειωθεί, πως οι επιπτώσεις της κακοποίησης δεν εμφανίζονται μόνο άμεσα στο θύμα. Στην πραγματικότητα, έχει περιγραφεί πως τα άτομα που βιώνουν παιδική κακοποίηση είναι πιο πιθανό να έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες, όπως πρόωρο θάνατο, σοβαρή ανικανότητα, ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς ή λειτουργικότητας, κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις και κοινωνικά ελλείμματα (Kelogg, 2007; Paavilainen & Flinck, 2013; Paavilainen et al., 2014).

Η κακοποίηση των παιδιών συνιστά το σημείο εκκίνησης πλήθους προβλημάτων. Συνεπώς, η ακριβής και αποτελεσματική διάγνωση της κακοποίησης παιδιών είναι επιτακτική ανάγκη. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν συχνή επαφή με τα παιδιά, ειδικά κατά τη διάρκεια των κρίσιμων ετών της νηπιακής και παιδικής ηλικίας όταν τα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση. Το περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ο ιδανικός χώρος για την προβολή, διάγνωση και έναρξη θεραπείας έπειτα από την κακοποίηση. Ως κύρια φροντίδα, οι επαγγελματίες νοσηλευτές λειτουργούν ως αρωγοί γι' αυτές τις διαδικασίες (Caneira & Myrick, 2015).

Ωστόσο, συχνά παρατηρείται έλλειψη εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετικά με αυτό το ζήτημα, αποτελώντας σημαντικό εμπόδιο εξάλειψης της κακοποίησης. Η ακριβής εκπαίδευση σχετικά με την κακοποίηση θα μπορούσε να αυξήσει την εξοικείωση και τη διάγνωση μεταξύ των παρόχων. Η διάγνωση της παιδικής κακοποίησης είναι περίπλοκη διαδικασία με επιπτώσεις για ολόκληρη την οικογένεια. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τη σωματική, τη σεξουαλική και την ψυχολογική κακοποίηση όπως επίσης και την παραμέληση. Όλες οι μορφές κακοποίησης είναι επιζήμιες κατά την αξιολόγηση ενός ασθενούς και της οικογένειάς του. Ο πάροχος πρέπει να γνωρίζει ότι οποιοσδήποτε από αυτούς τους τύπους κακοποίησης μπορεί να υπάρχει μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό. Ως εκ τούτου, το φάσμα των συμπτωμάτων της κακοποίησης είναι τεράστιο και η ακριβής διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας (Pietrantonio et al., 2013; Lynne et al., 2015; Frang et al., 2012).

Η συνειδητοποίηση όλων των μοναδικών παρουσιάσεων της παιδικής κακοποίησης, όπως υποκειμενική ή αντικειμενική, σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή παραμέληση, είναι απαραίτητη για τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Τα αντικειμενικά ευρήματα, όπως τα σπασμένα οστά, τα εγκαύματα και οι μώλωπες, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα του σκόπιμου τραυματισμού από σωματική κακοποίηση ή από ακούσια ζημία ως αποτέλεσμα παραμέλησης. Και οι δύο περιπτώσεις πρέπει να ληφθούν υπόψη. Επιπλέον, οι επανειλημμένες επισκέψεις στο τμήμα έκτακτων περιστατικών, οι συχνές ή ύποπτες βλάβες και τα πολλαπλά κατάγματα, συχνά, αποτελούν δείκτες σωματικής κακοποίησης (Caneira & Myrick, 2015).

Οι μώλωπες είναι ίσως το πιο κοινό διακριτικό εύρημα της σωματικής κακοποίησης. Οι νοσηλευτές, πρέπει να έχουν την ικανότητα να χρονολογήσουν τις μώλωπες με βάση τα χρώματα τους, προκειμένου να καθορίσουν αν πρόκειται για καινούρια ή παλαιά τραύματα. Οι μώλωπες ποικίλουν ως προς το χρώμα τους, ανάλογα με τα διαφορετικά στάδια θεραπείας. Ακόμη, το φύλο του παιδιού και ο φωτισμός πρέπει να θεωρούνται πιθανές μεταβλητές κατά την εξέταση του χρόνου του τραυματισμού. Αυτό μπορεί να βοηθήσει περαιτέρω την ικανότητα του νοσηλευτή να κάνει τη διάγνωση (Caneira & Myrick, 2015; Maguire et al., 2012).

Καθίσταται σαφές, πως ο νοσηλευτής μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ευημερία των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση. Όλες οι περιπτώσεις υποψίας για κακοποίηση παιδιών πρέπει να αναφέρονται στις αρμόδιες αρχές. Οι νοσηλευτές μπορούν να αποκτήσουν περισσότερες δεξιότητες σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και τη συλλογή αποδεικτικών στοιχείων συμμετέχοντας σε σχετικά μαθήματα που αφορούν τέτοιου είδους επιθέσεις.

Είναι αξιοσημείωτο, πως κατά καιρούς, τα παιδιά χρειάζονται προστασία από τους ενήλικες. Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών είναι μία από τις πιο συχνές μορφές κακοποίησης στις μέρες μας και ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στον εντοπισμό των θυμάτων της σεξουαλικής κακοποίησης, παραπέμποντας τα παιδιά αυτά στην περίθαλψη και προστατεύοντας τα από περαιτέρω σωματικές και ψυχολογικές βλάβες (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Στην περίπτωση, που ένας νοσηλευτής υποψιάζεται, πως κάποιο παιδί έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά, θα πρέπει να κάνει στο παιδί ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία και τη σεξουαλική του δραστηριότητα. Εάν το παιδί κάνει κάποια αποκάλυψη, θα πρέπει να

γίνονται οι κατάλληλες παραπομπές και να συλλέγονται ιατροδικαστικά στοιχεία εάν το χρονοδιάγραμμα της αποκάλυψης το επιτρέπει.

Εάν το παιδί αρνείται τη σεξουαλική δραστηριότητα, αλλά ο νοσηλευτής εξακολουθεί να υποψιάζεται σεξουαλική κακοποίηση, με βάση τα φυσικά στοιχεία ή τη συμπεριφορά του παιδιού ή και τα δύο, οι κοινωνικοί φορείς πρέπει να ενημερώνονται. Τα αποδεικτικά στοιχεία πρέπει να συλλέγονται αν είναι δυνατόν. Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα διεξάγουν έρευνα στο σπίτι, την οικογένεια και το περιβάλλον του παιδιού. Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να φοβούνται να ζητήσουν τη διεξαγωγή έρευνας σε περιπτώσεις όπου οι υποψίες δεν είναι βάσιμες ή αποδειχθείσες, καθώς είναι απαραίτητο να δοθεί έμφαση στην υγεία και την ασφάλεια του παιδιού (Brown, 2007).

Ο σημαντικότερος ρόλος του επαγγελματία νοσηλευτή είναι να εξασφαλίσει την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού. Κατά καιρούς, οι νοσηλευτές είναι δυνατόν με σωστή εκπαίδευση να συλλέξουν και να διατηρήσουν ιατροδικαστικά στοιχεία.

Όταν ένα μέλος της οικογένειας πιστεύει ότι έχει γίνει σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού, η οικογένεια μεταβαίνει σε κατάσταση κρίσης. Το πιο συνηθισμένο μέρος για να ζητήσει κανείς βοήθεια για τα παιδιά και τις οικογένειές τους είναι ένα περιβάλλον περίθαλψης. Οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με τα παιδιά που έχουν υποστεί βία και τις οικογένειές τους σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, στα επείγοντα κέντρα φροντίδας και τις κλινικές, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο και βοηθώντας τα παιδιά αυτά και τις οικογένειές τους ενεργοποιώντας μια ομάδα ανθρώπων που θα απαντήσουν στην αποκάλυψη του παιδιού (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Εάν το παιδί αποκαλύψει, ότι συνέβη σεξουαλική επαφή τις τελευταίες ημέρες, η συλλογή στοιχείων μπορεί να είναι δυνατή. Η επιστήμη του DNA επιτρέπει την ταυτοποίηση των σεξουαλικών παραβατών και παρέχει ενδείξεις σεξουαλικής δραστηριότητας. Το DNA μπορεί να ανακτηθεί από οποιοδήποτε κύτταρο που έχει πυρήνα, από το σάλιο, το αίμα και κύτταρα του δέρματος (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Ακόμη, σε αυτήν την περίπτωση η συλλογή ενδυμάτων είναι ζωτικής σημασίας σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών. Το DNA μπορεί να ανακτηθεί από εσώρουχα, κλινοσκεπάσματα και παιδικά ρούχα. Εάν το παιδί φοράει τα ρούχα που φορούσε κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής κακοποίησης, πρέπει να συλλέγονται. Κάθε κομμάτι ρουχισμού τοποθετείται σε ξεχωριστή χάρτινη σακούλα, η οποία θα

μειώσει τη μεταφορά αποδεικτικών στοιχείων από ένα κομμάτι ρουχισμού σε ένα άλλο. Τα είδη ένδυσης πρέπει να φυλάσσονται παρουσία του νοσηλευτή μέχρι να αναλάβει την υπόθεση η υπηρεσία επιβολής του νόμου. Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να διατηρεί ένα ντουλάπι παιδικών ενδυμάτων σε διάφορα μεγέθη για να αντικαταστήσει τα ρούχα που συλλέγονται, προκειμένου το παιδί εγκαταλείποντας το κέντρο υγειονομικής περίθαλψης να φορέσει άλλα ρούχα ως αντικατάσταση των προηγούμενων.

Να σημειωθεί, πως ο δράστης ενδέχεται να αφήσει σπέρμα στο ρούχο του παιδιού ή στο σώμα του. Μια εναλλακτική πηγή φωτός, όπως μια έντονη λάμπα, μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή στην εύρεση σπέρματος. Ωστόσο, η ιστορία από το παιδί είναι το πιο αποτελεσματικό εργαλείο για τον εντοπισμό του.

Όλα τα αποδεικτικά στοιχεία που συλλέγονται πρέπει να φυλάσσονται σε καθαρή οπτική γωνία του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη διαδικασία συλλογής. Αφού συλλεχθούν τα αποδεικτικά στοιχεία, οι αρμόδιοι επιβολής του νόμου θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να συσκευάσει τα ρούχα με την κατάλληλη επισήμανση των αποδεικτικών στοιχείων (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Ακόμη, αν το παιδί έχει τραυματισμό στο σώμα του πρέπει να ληφθούν φωτογραφίες. Οι νοσηλευτές πρέπει να ψάξουν προσεκτικά για μώλωπες στο λαιμό και στα άκρα. Η αποτύπωση του τραυματισμού με μια φωτογραφική μηχανή καθιστά σημαντικό μέρος της διερευνητικής διαδικασίας. Τα μικρά τραύματα θεραπεύονται γρήγορα και πρέπει να τεκμηριώνονται το συντομότερο δυνατό. Ενώ, οι τραυματισμοί που απαιτούν ιατρική παρέμβαση πρέπει να τεκμηριώνονται στο ιατρικό αρχείο. Σχετικά με τους τραυματισμούς που δεν απαιτούν ιατρική παρέμβαση συχνά χάνονται σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών αλλά μπορεί να είναι κρίσιμοι για τη διαδικασία της έρευνας και γι’ αυτόν το λόγο πρέπει να τεκμηριώνονται (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012).

Στην περίπτωση που η επίθεση πραγματοποιήθηκε αρκετές ημέρες πριν από την αποκάλυψη και δεν υπάρχουν στοιχεία στο σώμα του παιδιού, ο νοσηλευτής πρέπει να ερευνήσει αν υπάρχουν ενδείξεις στα ρούχα του παιδιού (Sapp & Vandeven, 2005; Kellogg, 2005).

Εικόνα 2- Μώλωπες από παιδική κακοποίηση



Πηγή: https://www.semanticscholar.org/paper/Bruises%2C-blood-coagulation-tests-and-the-battered-Lee/a915881d13d19a8f24393ba52d95cd499cd8df17

3.2 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή

Οι σχολικοί νοσηλευτές εφαρμόζουν την αρχή του πλαισίου συντονισμού της περίθαλψης μέσω της άμεσης φροντίδας του παιδιού που έχει υποστεί κακοποίηση, υπηρετούν σε διεπιστημονικές ομάδες και εκπαιδεύουν τους διδάσκοντες και το προσωπικό στην αναγνώριση και αναφορά παιδικής κακοποίησης. Η βασική αρχή της δημόσιας υγείας αποδεικνύεται από την εφαρμογή της στο σχολικό πλαίσιο, μέσω της πρόληψης που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία, όπως η προσέγγιση για την ενίσχυση των οικογενειών (NASN, 2016).

Οι σχολικοί νοσηλευτές αναπτύσσουν μακροχρόνιες σχέσεις εμπιστοσύνης με τους μαθητές, οι οποίες επιτρέπουν την ανίχνευση σημείων κακοποίησης και παραμέλησης. Επίσης, οι σχολικοί νοσηλευτές είναι τοποθετημένοι σε σχολικές μονάδες προκειμένου να επηρεάσουν θετικά το ακαδημαϊκό επίτευγμα των μαθητών, κρατώντας τους υγιείς, ασφαλείς και έτοιμους να μάθουν (Freeland et al., 2018; Shannon et al., 2010).

Ακόμη, πρέπει να έχουν κατάλληλη εκπαίδευση και δεξιότητες ώστε να λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν τους γονείς σχετικά με τις θετικές παρεμβάσεις συμπεριφοράς, την

κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη και τις πρώτες παρεμβάσεις γραμματισμού για τα παιδιά τους. Οι συνεχιζόμενες εκπαιδευτικές προσφορές από τους νοσηλευτές του σχολείου για την αύξηση της γνώσης, της εμπιστοσύνης, της στάσης και της αυτο-αποτελεσματικότητας όσον αφορά την κακοποίηση παιδιών είναι απαραίτητες. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις, ότι οι αλλαγές στην κλινική πρακτική μπορούν να συμβάλουν στο στόχο της υπέρβασης της παιδικής κακοποίησης (Jordan et al., 2016).

Οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν στην πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση, την αναφορά και τη θεραπεία που σχετίζεται με την παιδική κακοποίηση λόγω της δυνατότητάς τους να αλληλεπιδρούν καθημερινά με τα παιδιά και είναι υπεύθυνοι επαγγελματικά αλλά και ηθικά για να κάνουν τα εξής (Freeland, et al., 2018; Shannon et al., 2010):

-Να γνωρίζουν τους τοπικούς νόμους, τους κανονισμούς, τις πολιτικές και τις διαδικασίες για την αναφορά παιδικής κακοποίησης.

-Να γνωρίζουν τα σημάδια και τους πιθανούς δείκτες παιδικής κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής εκμετάλλευσης.

-Να παρέχουν σαφή τεκμηρίωση νοσηλευτικής που περιλαμβάνει ερωτήσεις και απαντήσεις που δίνονται και να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν ένα διάγραμμα σώματος στην περίπτωση που υπάρχει υποψία παιδικής κακοποίησης.

-Να παρέχουν στους μαθητές εκπαίδευση σχετικά με την ασφάλεια του σώματός τους και να υποστηρίζουν τις πολιτικές σχολικής εκπαίδευσης για την υγεία.

-Να είναι σε θέση να εκπαιδεύσουν και να υποστηρίξουν το προσωπικό του σχολείου σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της παιδικής κακοποίησης.

-Να προσδιορίσουν τους μαθητές με συχνές σωματικές καταγγελίες, οι οποίες μπορεί να είναι δείκτες κακοποίησης.

-Να παρέχουν υποστήριξη στα θύματα παιδικής κακοποίησης.

-Να διευκολύνουν τη σύνδεση των θυμάτων και των οικογενειών με κοινοτικούς πόρους, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής επίσκεψης στο σπίτι.

-Να συνεργάζονται με κοινοτικές οργανώσεις για να ενισχυθεί η ευαισθητοποίηση και να μειωθεί η συχνότητα παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να παρατηρούν, αν παρουσιάζουν τα παιδιά τα ακόλουθα σημεία, επανειλημμένα (Dobrin & Rosenzweig, 2005) :

■ Εμφανίζουν ξαφνικές αλλαγές στη συμπεριφορά ή την απόδοση στο σχολείο.

■ Δεν έχουν λάβει βοήθεια για ιατρικά προβλήματα που έρχονται στην προσοχή του γονέα.

■ Παρουσιάζουν προβλήματα μάθησης που δεν μπορούν να αποδοθούν σε φυσικές ή ψυχολογικές αιτίες.

■ Είναι συχνά άγρυπνα.

■ Δεν φαίνεται να βρίσκονται υπό την επίβλεψη ενηλίκων.

■ Είναι υπερβολικά συμμορφωμένα ή υπεύθυνα.

■ Φτάνουν στο σχολείο νωρίς, μένουν ως αργά και δεν θέλουν να επιστρέψουν στο σπίτι.

Προκειμένου να καταστεί εφικτή η προστασία των παιδιών είναι σημαντικό να υπάρχει καλή επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ των σχολικών νοσηλευτών, των εκπαιδευτικών και των παιδιών (Dobrin & Rosenzweig, 2005).

3.3 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ το 1948, εφιστά την προσοχή του επιστημονικού κόσμου και των παρόχων των υπηρεσιών υγείας στην πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης, στη δυναμική των κινδύνων στους οποίους εκτίθεται και στην ανάγκη ενεργοποίησης και συνεργασίας των προστατευτικών παραγόντων. Στη βάση της περίπλοκης σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, η οποία θεωρείται ισοδύναμη με την ανθρώπινη υγεία, είναι η αυτονομία και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Muntean et al., 2013).

Ειδικότερα, η αξιοπρέπεια στο επίκεντρο της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης, υπενθυμίζει τον ορισμό που έδωσε ο φιλόσοφος Ίμανουελ Καντ, ο οποίος αντιμετωπίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ως αξία άνευ όρων και ανυπολόγιστης αξίας, η οποία δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο διαπραγματεύσεων. Επίσης, ο Jonathan Mann υποστήριξε ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα αντικατοπτρίζονται στις υπηρεσίες

υγείας μόνο στο βαθμό που η προσφορά φροντίδας σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η ελευθερία, η αυτονομία και η ανθρώπινη αξιοπρέπεια συνδέονται με το ατομικό δικαίωμα στην υγεία. Καταστάσεις όπως είναι η φτώχεια και η κοινωνική ανισότητα φέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, αναδεικνύοντας την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Muntean et al., 2013).

Ακόμη, τόσο η αξιοπρέπεια όσο και ο σεβασμός καθιστούν οικουμενικές αξίες που βιώνουμε, αντιλαμβανόμαστε και που εκδηλώνονται στις αλληλεπιδράσεις μας με τους άλλους. Ο Marmot (2004) σημειώνει, ότι ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αντιπροσωπεύει τη στάση που πρέπει να υπαγορεύει τον τρόπο με τον οποίο θεραπεύουν οι επαγγελματίες υγείας τους ασθενείς. Μια πράξη φροντίδας που δεν αντικατοπτρίζει αυτές τις καθολικές αξίες μετατρέπει τον λήπτη φροντίδας σε ένα αντικείμενο που βρίσκεται στο έλεος των φροντιστών. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια δίνεται από την αναγνώριση του ανθρώπινου μεγαλείου.

Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαιτεί ενσυναίσθηση, που σημαίνει συναισθηματικό συντονισμό μεταξύ των υγειονομικών παρόχων και όσων βρίσκονται σε κίνδυνο. Η έλλειψη σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας φαίνεται αδύνατη στην αλληλεπίδραση με τα ανθρώπινα όντα. Όταν η στάση της έλλειψης σεβασμού προς την ατομική αξιοπρέπεια είναι παρούσα στις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, η κατάσταση του επαγόμενου και συντηρημένου στρες έχει συνεπή αρνητική επίδραση στην υγεία και τους φροντιστές (Chilton, 2005).

Ακόμη, η σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και γίνεται αναφορά σε ορισμένους τύπους παραβιάσεων της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ειδικότερα, αναφέρεται στην περίπτωση αγνόησης ή μη επαρκούς αναγνώρισης να αντιμετωπισθεί ο ασθενής μόνο ως μέλος μιας ομάδας και όχι ως άτομο, της παραβίασης του προσωπικού του χώρου και της ταπείνωσής του. Η διαδικασία φροντίδας ασθενών απαιτεί άμεση αλληλεπίδραση με το άτομο. Η ίδρυση των υπηρεσιών που παρέχουν φροντίδα σε άτομα που έχουν ανάγκη, ανεξαρτήτως ηλικίας, βασίζεται στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στην προώθηση της αυτονομίας, του σεβασμού της αξιοπρέπειας και της ευημερίας των αποδεκτών (Muntean et al., 2013).

Όταν ένα άτομο που εκτίθεται σε κίνδυνο χρειάζεται υπηρεσίες φροντίδας και υγείας, ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας μεταφράζεται στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία και την αυτονομία του (Le Coz & Kachner, 2010; Woogara, 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η στάση του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι υποχρεωτική και συνυφασμένη με τις πρακτικές της νοσηλευτικής κοινότητας, επισημαίνεται πως είναι υποχρεωτική και για τους κοινοτικούς νοσηλευτές, οι οποίοι είναι μείζονος σημασίας να εστιάζουν σε αυτήν στο πλαίσιο άσκησης του έργου τους.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές αποτελούν εγγύηση για την άμεση ενίσχυση της ευημερίας του ατόμου και της κοινότητας, είτε άμεσα, μέσω της εκπαίδευσης που αποσκοπεί στη διατήρηση της υγείας, καθώς και στην παροχή της αναγκαίας μέριμνας για την αποκατάστασή της, είτε έμμεσα με την προώθηση του σεβασμού προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Συνεπώς, σε αυτό το πλαίσιο μέσω των λειτουργιών που μπορούν να επιτελέσουν, οι κοινοτικοί νοσηλευτές καθιστούν έναν πυλώνα για την ανάπτυξη της κοινότητας (Muntean et al., 2013).

Από τα προαναφερθέντα περί ανθρώπινης αξιοπρέπειας γίνεται σαφές, πως ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι ύψιστης σημασίας για την προστασία των παιδιών. Επίσης, η βιβλιογραφία εξετάζει τη λειτουργία της εποπτείας, ειδικά στον τομέα της προστασίας των παιδιών, η οποία κρίνεται αναγκαία δεδομένων των ερευνών που σχετίζονται με τους θανάτους των παιδιών λόγω παραμέλησης ή κακοποίησης (Lister & Crisp, 2005).

Σύμφωνα με τις συστάσεις, η απαίτηση για τακτική εποπτεία των εργαζομένων στην προστασία των παιδιών είναι μείζονος σημασίας. Είναι αξιοσημείωτο, πως το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση σε συμβουλές και καθοδήγηση, αξιολόγηση από ομοτίμους, προσωπική και επαγγελματική υποστήριξη και επιτήρηση. Ενώ, η έλλειψη εποπτείας ενέχει κινδύνους και οδηγεί σε ανησυχίες.

Ωστόσο, παρά τα χρόνια καθοδήγηση αναφορικά με την αναγκαιότητα της εποπτείας, η έρευνα για την εποπτεία των κοινοτικών νοσηλευτών στην προστασία των παιδιών είναι σπάνια. Η πλειοψηφία της βιβλιογραφίας που υπάρχει αφορά την εποπτεία των επισκεπτών υγείας (Lister & Crisp, 2005).

Έχει φανεί, πως επικρατεί σύγχυση μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά με τους σκοπούς της επίβλεψης, ιδιαίτερα όσον αφορά την προστασία των παιδιών. Υποδεικνύουν ότι

υπάρχουν σημαντικές μεταβολές στη μορφή και συχνότητα της εποπτείας που λαμβάνουν οι νοσηλευτές (Hancock, 1995, Herron, 2000). Η αναγκαιότητα των κοινοτικών νοσηλευτών να λαμβάνουν επίσημη συστημική παρακολούθηση για να βελτιώσουν την επαγγελματική τους υπευθυνότητα και να αναπτύξουν γνώσεις, ικανότητες και ανασταλτικές πρακτικές κρίνεται αναγκαία (Gibbs 2001, Hancock, 1995, Herron, 2000).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχει αναγνωριστεί, ότι διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην προστασία και τη φροντίδα των παιδιών, ιδίως σε σχέση με τον εντοπισμό και τη διαχείριση της κακοποίησης παιδιών. Προκειμένου να εκπληρωθεί αυτός ο ρόλος με έναν ικανό τρόπο, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη επιτήρηση (Lister & Crisp, 2005).

Ο ρόλος των κοινοτικών νοσηλευτών αναγνωρίζεται ως το κλειδί για την αντιμετώπιση της κακοποίησης των παιδιών. Είναι τεκμηριωμένο ότι η φυσική και η σεξουαλική κακοποίηση λαμβάνει "ταχύτερη απάντηση" από την παραμέληση ή τη συναισθηματική κακοποίηση. Αυτό είναι σημαντικό εύρημα, καθώς συνεπάγεται πως οι τομείς της αμέλειας και συναισθηματικής κακοποίησης χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής, προκειμένου να εντοπιστούν σε σχέση με την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση (Kent et al., 2011).

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι ύψιστης σημασίας στην πρόληψη του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης μέσω της παροχής εκπαίδευσης και κατάρτισης υποστήριξης στους γονείς και άλλων ατόμων που ανησυχούν για την κακοποίηση παιδιών. Ωστόσο, έχει φανεί πως δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευσης για την εκτέλεση του ρόλου της προστασίας των παιδιών (Kent et al., 2011).

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Τμήμα Επείγουσας Ανάγκης, οι οποίοι βλέπουν μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά που γίνονται δεκτά για θεραπεία τραυματισμών, οξειών ή χρόνιων παθήσεων, είναι σε θέση να εκτιμήσουν την πιθανή κακοποίηση (Merrick & Latzman, 2014).

Η έρευνα δείχνει ότι πολλά θύματα παιδικής κακοποίησης αναζητούν ιατρική περίθαλψη στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων για της οξείας φύσης τραυματισμούς ή της έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας (King et al., 2015 , Roberts et al., 2014). Η φροντίδα έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι ιδιαίτερα

σημαντική για τα βρέφη και τα μικρά παιδιά που είναι θύματα κακοποίησης καθώς είναι πιο ευάλωτα σε τραυματικές βλάβες και μπορεί να απαιτούν άμεση ιατρική περίθαλψη (Overpeck et al., 1998 , Wu κ.ά., 2015).

Επιπρόσθετα, συνεπείς ενδείξεις φανερώνουν, πως τα κακοποιημένα παιδιά είχαν αυξημένη επαφή με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Guenther et al., 2009 , Jenny et al., 1999; King et al., 2006; Suglia et al.2016). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά που εκτίθενται σε κακοποίηση και άλλες αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά να χρησιμοποιούν ιατρικές υπηρεσίες και κυρίως ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (Guenther et al., 2009; Lanier et al., 2010; Roberts et al., 2014).

Να σημειωθεί, πως λόγω της πολυπλοκότητας του εντοπισμού της παιδικής κακοποίησης στο κλινικό περιβάλλον, τα παιδιά που φθάνουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών με σοβαρούς τραυματισμούς και διάγνωση σωματικής κακοποίησης μπορεί να έχουν προηγουμένως παρουσιάσει λιγότερο σοβαρούς τραυματισμούς και να έχει παραβλεφθεί η ανίχνευση της κακοποίησης (Hornor 2005 , Wu et al. 2015).

Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ορθή λειτουργία αυτών των τμημάτων μπορεί να προσφέρει μια κρίσιμη ευκαιρία τόσο για την έγκαιρη αναγνώριση όσο και για πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Επιπλέον, τα μικρά παιδιά που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης μπορεί να παρουσιάσουν ξεχωριστά πρότυπα χρήσης υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης σε σύγκριση με το γενικό παιδιατρικό πληθυσμό (Kuang et al., 2018).

Τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν, ότι τα πρότυπα χρήσης υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι σημαντικοί δείκτες κινδύνου παιδικής κακοποίησης που προσδιορίζονται στη ρύθμιση περί επείγουσας φροντίδας (Guenther et al., 2009 , Roberts et al., 2014).

Σε μια μελέτη ελέγχου περιπτώσεων που διεξήχθη από τους Guenther et al. (2009) διαπιστώθηκε, ότι τα κακοποιημένα παιδιά ηλικίας κάτω των 13 ετών επισκέπτονται σχεδόν σε διπλάσιο βαθμό τα τμήματα επειγόντων περιστατικών σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά.

Σε μια άλλη έρευνα όπου συμμετείχαν 208 παιδιά κάτω των 6 ετών στην περιοχή των Βορειοανατολικών ΗΠΑ, οι Roberts et al. (2014) ανέφεραν ότι τα παιδιά που εκτέθηκαν σε τέσσερα ή περισσότερα είδη τραυματικών επεισοδίων ήταν σχεδόν τριπλάσια από τα μη εκτεθειμένα παιδιά που είχαν επισκεφτεί, πρόσφατα, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Επιπλέον, έχει επιβεβαιωθεί πως διάφοροι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες σχετίζονταν με την παιδική κακοποίηση. Για παράδειγμα, οι King et al. (2015) διαπίστωσαν ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς που δέχθηκαν κακοποίηση και επισκέφθηκαν Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών είχαν περισσότερες πιθανότητες να διαμένουν σε περιοχές χαμηλότερου εισοδήματος, είχαν δημόσια ασφάλιση ή ήταν ανασφάλιστοι.

Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει την απροθυμία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίσουν και να καταγγείλουν την κακοποίηση παιδιών που εισέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Jenny et al., 1999, McKinney et al., 2004). Σε ένα πολυάσχολο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών η έλλειψη προστασίας της ιδιωτικής ζωής και της ακρίβειας, η έλλειψη εμπειρίας από το προσωπικό και η πίεση του χρόνου, συμβάλλουν στη δυσκολία σε ότι αφορά στην ανίχνευση περιπτώσεων κακοποίησης (Sanders & Cobley, 2005). Επειδή τα εν λόγω τμήματα των νοσοκομείων είναι συχνά ο πρώτος τόπος όπου τα τραυματισμένα παιδιά έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ο ρόλος του προσωπικού τους μπορεί να συμβάλλει στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση καταστάσεων που φανερώνουν κακοποίηση (Sanders & Cobley, 2005).

Οι νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών είναι συχνά τα πρώτα μέλη του προσωπικού που συνεργάζονται με ασθενείς και οικογένειες όσο βρίσκονται σε αναμονή για να επισκεφτούν το γιατρό (Powell, 1997). Είναι άξιο αναφοράς, πως το νοσηλευτικό προσωπικό είναι τέλεια τοποθετημένο προκειμένου να ανιχνεύσει την ένδειξη ότι ένα παιδί κινδυνεύει από κακοποίηση (Joughin, 2003).

Εντούτοις, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές των εν λόγω τμημάτων να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την ταυτοποίηση του κινδύνου και των σημείων κακοποίησης (Sanders & Cobley, 2005). Η αποτυχία να εξεταστεί η πιθανότητα κακομεταχείρισης σημαίνει ότι δεν γίνεται η κατάλληλη διάγνωση και ότι το παιδί επιστρέφει σε κακοποιητικό περιβάλλον (Joughin, 2003). Δεδομένου ότι η

αναγνώριση της κακοποίησης των παιδιών αποτελεί βασική προϋπόθεση για τους νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης, έχουν δημοσιευθεί πολυάριθμα άρθρα σχετικά με την κακοποίηση παιδιών που απευθύνονται σε νοσηλευτές και βρίσκονται σε επείγουσα ανάγκη (Joughin, 2003; Mulryan et al., 2004; Spencer, 2002).

Συχνά, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να ενημερώσουν τους νοσηλευτές των Τμημάτων Έκτακτων Περιστατικών για τον εντοπισμό των σημείων και των συμπτωμάτων κακοποίησης. Σε σχετική ποιοτική έρευνα που διεξήχθη για τους νοσηλευτές των τμημάτων έκτακτης ανάγκης στο Ηνωμένο Βασίλειο, διερευνήθηκε η αντίληψη των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτά τα τμήματα σε σχέση με το ρόλο που έχουν αναλάβει όταν ένα παιδί πέφτει θύμα κακοποίησης. Ο συγγραφέας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όλοι οι νοσηλευτές που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη είχαν μια ευρεία βάση γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονταν με την κακοποίηση παιδιών, η οποία αυξήθηκε με την εμπειρία (Fagan, 1998).

Επιπλέον, έχει αναφερθεί πως οι νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, συχνά παραβλέπουν ή δεν δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην πιθανή κακοποίηση και δεν καταγράφουν τις υποψίες τους. Επιπροσθέτως, έχει αναφερθεί πως πολλοί νοσηλευτές των εν λόγω τμημάτων έχουν αρνηθεί να συμμετάσχουν σε σχετικές μελέτες, καθώς βρήκαν το θέμα ευαίσθητο (Keane & Chapman, 2007).

Η έννοια της κακοποίησης παιδιών δεν είναι νέα και διεξήχθη εκτενής έρευνα για την πλήρη κατανόηση του φαινομένου. Η βιβλιογραφία επισημαίνει σαφώς τη μεγάλη επιζήμια επίπτωση που μπορεί να έχει η παιδική κακοποίηση σε ένα άτομο. Είναι απολύτως αποδεκτό ότι η ανίχνευση του παιδικού κακοποιού είναι δυσχερής. Ωστόσο, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, να διαθέτουν σχετικές γνώσεις και δεξιότητες που θα τους επιτρέπουν να ανιχνεύουν με ακρίβεια τα παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης (Keane & Chapman, 2007).

Ως εκ τούτου, πρέπει να παρέχονται εκπαιδευτικά προγράμματα σε αυτούς. Επιπλέον, πρέπει να διεξαχθούν έρευνες για τον προσδιορισμό του αριθμού των περιστατικών παιδικής βίας που παραβλέπει το προσωπικό στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και να αξιοποιηθούν για να βελτιωθούν τα συστήματα, οι πολιτικές και οι διαδικασίες αναγνώρισης των παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης προκειμένου να

διασφαλίσουμε ότι είναι δυνατή η προάσπιση της μελλοντικής τους ζωής (Keane & Chapman, 2007).

3.5 Ο ρόλος του παιδιατρικού νοσηλευτή

Αναφορικά με το ρόλο του παιδιατρικού νοσηλευτή, καλείται να περιγράψει τις πιο δύσκολες περιπτώσεις με τις οποίες έρχεται σε επαφή το παιδί που έχει υποστεί οποιοδήποτε είδος κακοποίησης και συχνά βρίσκονται στην κορυφή των λιστών τους. Όπως έχει προαναφερθεί, η παιδική κακοποίηση μπορεί να είναι δύσκολη για πολλούς επαγγελματίες του ιατρικού τομέα και είναι μείζονος σημασίας για τους παιδιατρικούς νοσηλευτές να είναι σε θέση να εντοπίσουν επιτυχώς την κακοποίηση παιδιών (Barrett et al., 2016; Nathanson et al., 2016; Newton & Vandeven, 2010; Woolf et al., 2019).

Εκτός από τον εντοπισμό της κακοποίησης, ο ρόλος των παιδιατρικών νοσηλευτών είναι σημαντικός και στη διαχείριση της κακοποίησης των παιδιών. Οι βασικές ενέργειες στις οποίες προβαίνει ο παιδιατρικός νοσηλευτής είναι οι παρακάτω (Barrett et al., 2016; Nathanson et al., 2016):

- Κάνει πληθώρα ερωτήσεων κατά τη διάρκεια των επισκέψεων

Αναλυτικότερα, ο παιδιατρικός νοσηλευτής, κατά τη φυσική επίσκεψη των ασθενών, πρέπει να θέτει πολλά ερωτήματα στον ασθενή αναφορικά με την καθημερινή του ζωή και την οικογενειακή του κατάσταση και να συνδυάζει τις απαντήσεις με άλλα σημεία που παρατηρεί.

Πριν εξεταστεί από τον παιδίατρο, το παιδί έρχεται σε πρώτη επαφή με τον παιδιατρικό νοσηλευτή, ο οποίος πρέπει να αναφέρει στον γιατρό πληροφορίες που αφορούν το παιδί.

- Αναγνώριση σημείων σωματικής κακοποίησης

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές είναι αναγκαίο να μπορούν να αναγνωρίσουν τυχόν σημάδια κακοποίησης, όπως μώλωπες, σε ασυνήθιστα μέρη του σώματος (π.χ αυτιά, λαιμό και κοιλιά) και ειδικά στην περίπτωση βρέφους ή μικρού παιδιού που δεν περπατά ακόμη.

Αν και κάποια από τα ανωτέρω σημάδια είναι εμφανή, ορισμένα δεν είναι και γι’ αυτό το λόγο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους γονείς. Είναι αξιοσημείωτο, πως στις περίπτωση που οι γονείς μεταφέρουν τα παιδιά τους σε πολλά νοσοκομεία ή ιατρεία

για κάθε τραυματισμό ή παρέχουν ασαφείς εξηγήσεις, αυτό μπορεί να συνιστά ένδειξη και περαιτέρω διερεύνηση του θέματος και υποβολή ερωτήσεων για εκμαίευση πληροφοριών.

- Προσεκτική ακρόαση

Σε ορισμένες περιπτώσεις κακοποίησης καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστούν τα σημάδια και να μην είναι αρκετά προφανή, όπως ο ορατός, σωματικός τραυματισμός. Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να περιγράψουν είτε στον παιδιατρικό νοσηλευτή είτε στον παιδίατρο περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, όπου κρίνεται απαραίτητο να ολοκληρωθεί μια διεξοδική έρευνα για να προσδιοριστεί η έκταση και η φύση των ισχυρισμών. Όταν οι παιδιατρικοί νοσηλευτές μπορούν να ακούσουν προσεκτικά τους ασθενείς τους, να κάνουν τις σωστές ερωτήσεις και να αναγνωρίσουν τα σημάδια σωματικής κακοποίησης, μπορούν να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς τους είναι ασφαλείς και καλά φροντισμένοι. Ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης φέρουν σημαντική ευθύνη και πρέπει να μάχονται υπέρ των ασθενών τους.

Συμπεράσματα

Στο πλαίσιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας αναλύθηκε το θέμα της παιδικής κακοποίησης και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ειδικότερα, από την ανωτέρω ανάλυση κατέστη κατανοητό πως η παιδική κακοποίηση συνιστά ένα φαινόμενο που μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως είναι η σωματική βία, η ψυχολογική βία, η σεξουαλική βία αλλά και η παραμέληση.

Ορισμένες φορές, όπως στην περίπτωση της σωματικής βίας τα σημάδια της κακοποίησης μπορεί να είναι πιο εμφανή, καθώς το θύμα παρουσιάζει μώλωπες και τραύματα σε διάφορα σημεία του σώματος. Ενώ, στην περίπτωση των άλλων μορφών κακοποίησης τα σημάδια μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστούν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καταλυτικός στον εντοπισμό της παιδικής κακοποίησης. Τόσο ο νοσοκομειακός νοσηλευτής, ο παιδιατρικός νοσηλευτής, ο νοσηλευτή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών όσο και ο κοινοτικός και ο σχολικός νοσηλευτής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Ειδικότερα, αποτελούν τα άτομα τα οποία συνήθως έρχονται πρώτα σε επαφή με το θύμα. Κάτι τέτοιο ισχύει κατά κύριο λόγο στην περίπτωση της σωματικής βίας έναντι ενός παιδιού.

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση οι νοσηλευτές σε όποιο χώρο και αν ασκούν το έργο τους, πρέπει να έχουν συνεχώς κατά νου πως υπάρχει το ενδεχόμενο της κακοποίησης. Συνεπώς, οι νοσηλευτές πρέπει να προβαίνουν στις αντίστοιχες κατάλληλες ενέργειες, ώστε να εκμαιεύουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες από το παιδί σχετικά με την οικογένεια του και τρόπο ζωής του.

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος από το νοσηλευτή για τυχόν σημάδια στο σώμα του παιδιού, ιδιαίτερα αν πρόκειται για παιδί μικρής ηλικίας που δεν μιλάει. Εν συνεχεία, αν διαπιστώσει σημάδια κακοποίησης είναι αναγκαίο να προβεί σε περαιτέρω ενέργειες, ενημερώνοντας τις αρμόδιες αρχές και φορείς, ώστε να διεξαχθεί περαιτέρω έλεγχος για επιβεβαίωση του περιστατικού.

Επιπλέον, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικός και αναφορικά με την πρόληψη του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Βάσει σχετικών στοιχείων τα ποσοστά παιδικής κακοποίησης είναι ιδιαίτερα υψηλά, έχοντας αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη και την ευημερία του παιδιού και ενέχοντας κινδύνους ακόμη και για την ζωή του.

Συνεπώς, η πρόληψη είναι ύψιστης σημασίας προκειμένου να περιοριστεί ή ιδανικότερα να εξαλειφθεί το φαινόμενο. Παρόλο που πλέον υπάρχει αρκετή ενημέρωση από τα μαζικής ενημέρωσης, λειτουργούν γραμμές στήριξης που μπορούν να απευθυνθούν τα θύματα για να ζητήσουν βοήθεια, ενώ ταυτόχρονα βρίσκεται σε ισχύ τα τελευταία 30 χρόνια περίπου η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, τα ποσοστά της κακοποίησης παραμένουν υψηλά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός και σε ότι αφορά στην πρόληψη του φαινομένου, καθώς μπορεί να εκπαιδεύσει και να ενημερώσει του εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας όπου εργάζεται, στην περίπτωση του σχολικού νοσηλευτή, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την κακοποίηση και να κινηθούν ανάλογα. Επίσης, είναι εκείνος με τον οποίο ο ασθενής έρχεται, ήδη από τη βρεφική ηλικία σε επαφή, γνωρίζοντας το ιστορικό, την κατάσταση υγείας ενός παιδιού και διάφορες πληροφορίες που αφορούν την οικογένειά του.

Ωστόσο, είναι αναγκαίο οι νοσηλευτές να λαμβάνουν τη σωστή εκπαίδευση προκειμένου να μπορούν να αναγνωρίσουν την κακοποίησης. Επιπλέον, οι νοσηλευτές δεν πρέπει να αγνοούν ούτε να φοβούνται να καταγγείλουν την παιδική κακοποίηση, ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι βέβαιοι, ώστε να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα από τους αρμόδιους.

Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικός στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης. Για αυτόν τον λόγο πρέπει να διεξάγεται έρευνα αναφορικά με το εν λόγω ζήτημα ώστε να λαμβάνονται όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα μέτρα. Σε μελλοντικό χρόνο θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί πρωτογενής έρευνα, με σκοπό να διερευνηθεί η αντιμετώπιση των Ελλήνων νοσηλευτών έναντι της παιδικής κακοποίησης.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K. & Brand, D.A. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics,* 128, E1164-E1172. https://doi.org/10.1542/peds.2010-3260

Anda, R., Butchart, A., Felitti, V. and Brown, D. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of averse childhood experiences. *American Journal of Preventative Medicine*, 39(1), 93-8.

Appleton, V.J. & Peckover, S. (2015). *Child Protection, Public Health and Nursing (Protecting Children and Young People).* Dunedin Academic Press.

Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M. (2016). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *Journal of Clinical Nursing,* 26, 2274-2285. https://doi.org/10.1111/jocn.13439

Ben-Arieh, A., Casas, F., Frones, I. & Korbin, J. E. (2013). *The Handbook of Child Well-Being: Theories, Methods and Policies in Global Perspective*. Dordrecht: Springer.

Brown K. (2007). The Role of the Nurse Practitioner in cases of Child Sexual Abuse. *The Nurse Practitioner,* 32 (9), 45-49.

Brown, L.C. & Rabbitt, L.A. (2019). *Child Physical Abuse And Neglect.* StatPearls Publishing.

Caneira, L. & Myrick, M.K. (2015). Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11 (6), 640-646.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N.. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinical Proceedings*, 85, 618–629. doi:10.4065/mcp.2009.0583

Chilton, M. (2006). Developing a Measure of Dignity for Stress-Related Health Outcomes. *Health and Human Rights,* 9(2), 208-233.

Christian. C.W. & Levin, A.V. (2018). COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. SECTION ON OPHTHALMOLOGY. AMERICAN ASSOCIATION OF CERTIFIED ORTHOPTISTS. AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse. *Pediatrics,* 142(2), e20181411.

Dillard, R., Maguire-Jack, K., Showalter, K., Wolf, K.G. & Letson, M.M. (2019). Abuse disclosures of youth with problem sexualized behaviors and trauma symptomology. *Child Abuse Negl.*, 88, 201-211.

Dobrin, L. & Rosenzweig, J. (2005). The Role of School Nurses in Recognizing Reporting and Preventing Child Abuse. *School Nurse News*, 22(3), 12, 14.

Ellington, E. (2017). Psychiatric Nursing's Role in Child Abuse: Prevention, Recognition, and Treatment. *Journal Psychosoc Nurs Ment Health,* 55(11), 16-20.

European Commission (2020). *Child protection systems.* Available at: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/child-protection-systems_en [Accessed 25 February 2020]

Fagan, D. (1998). Child abuse and neglect: the knowledge andpractise of the A&E nurse. *Accident and Emergency Nursing*, 6, 30-35.

Fang, X., Brown, D., Florence, C. & Murphy, J. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States. *Child Abuse Neglect,* 36(2), 156-165.

Fredman, S.J., Le, Y., Marshall, A.D., Garcia – Hernandez, W., Feinberg, M.E. & Ammerman, R.T. (2019). Parents' PTSD symptoms and child abuse potential during the perinatal period: Direct associations and mediation via relationship conflict. *Child Abuse Negl.*, 90, 66-75.

Freeland, M., Easterling, T., Reiner, K. & Amidon, C. (2018). *Prevention and Treatment of Child Maltreatment – The Role of the School Nurse*. Available at: https://www.nasn.org/advocacy/professional-practice-documents/position-statements/ps-child-maltreatment [Accessed 17 March 2020]

Friedman, A.L., Juntti, M.J. & Scoblic, M.A. (1976). Nursing responsibility in child abuse. *Nurs Forum.,* 15(1), 95-112.

Gershun, M. & Terrebonne, C. 92018). Child welfare system interventions on behalf of children and families: Highlighting the role of court appointed special advocates. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 48(9), 215-231.

Gibbs, J.A. (2001). Maintaining front-line workers in child protection: a case for refocusing supervision. *Child Abuse Review,* 10, 323-335.

Gilbert, N., Parton, N. & Skivenes, M. (2011*). Child Protection Systems: International Trends and Orientations.* New York: Oxford University Press.

Gonzalez, D., Mirabal, B.A. & McCall, D.J. (2019). *Child Abuse and Neglect.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing

Guenther, E., Knight, S., Olson, L.M., Dean, J.M. & Keenan, H.T. (2009). Prediction of child abuse risk from emergency department use. *J Pediatr.,* 154(2), 272–7. Doi: 0.1016/j.jpeds.2008.07.047.

Hancock, P.N. (1995). The supervision of health visitors in the child protec-tion process. *Child Abuse Review,* 4, 132-135.

Hansen, J.B., Killough, E.F., Moffatt, M.E. & Knapp, J.F. (2018). Retinal Hemorrhages: Abusive Head Trauma or Not?. *Pediatr Emerg Care*, 34(9), 665-670.

Hartley, C.C. (2002). The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: examining both neglect and child physical abuse. *Child Maltreat.*, 7(4), 349–58.

Herron, H. (2000). Supporting health visitors in child protection cases. *Community Practitioner, 73*, 751-753.

Hornor, G. (2005). Physical abuse: recognition and reporting. *J Pediatr Health Care*, 19(1), 4–11. doi: 10.1016/j.pedhc.2004.06.009.

Hu, M.H., Huang, G.S., Huang, J.L., Wu, C.T., Chao, A.S., Lo, F.S. & Wu, H.P. (2018). Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)*, 97(14), e0236.

Jawadi, A.H., Benmeakel, M., Alkathiri, M., Almuneef, M.A., Philip, W. & Almuntaser, M. (2019). Characteristics of Nonaccidental Fractures in Abused Children in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi J Med Med Sci*., 7(1), 9-15.

Jenny, C., Hymel, K.P., Ritzen, A., Reinert, S.E. & Hay, T.C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*, 281(7), 621–6.

Jordan, K., MacKay, P., & Woods, S. (2016). Child maltreatment: Optimizing recognition and reporting by school nurses. *NASN School Nurse*, 32(3), 192-199. doi:10.1177/1942602X16675932

Joughin, V. (2003). Working together for child protection in A&E. *Emergency Nurse* 11(7), 30–37.

Keane, C. & Chapman, R. (2007). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 16, 5-13. doi:10.1016/j.ienj.2007.11.006

Kellogg, N. (2005). American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116(2), 506-512.

Kellogg, N. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119(6), 1232-1241.

Kemoli, A. M., & Mavindu, M. (2014). Child abuse: A classic case report with literature review. *Contemporary clinical dentistry*, 5(2), 256–259. https://doi.org/10.4103/0976-237X.132380

Kent, S., Dowling, M., & Byrne, G. (2011). Child protection role of community nurses: the views of Public Health Nurses in Ireland. *Community Practitioner*, 84(11), 33-36.

King, A.J., Farst, K.J., Jaeger, M.W., Onukwube, J.I. & Robbins, J.M. (2015). Maltreatment-related emergency department visits among children 0 to 3 years old in the United States. *Child Maltreat*, 20(3), 151–61. doi: 10.1177/1077559514567176.

Kuang, X., Aratani, Y. & Li, G. (2018). Association between emergency department utilization and the risk of child maltreatment in young children. *Injury Epidemiology*, 5 (4), 1-8. doi: 10.1186/s40621-018-0176-5

Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M.J., Drake, B. & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *J Pediatr Psychol*., 35(5), 511–22. doi: 10.1093/jpepsy/jsp086.

Leslie, LK., James, S., Monn, A., Kauten, M., Zhang, J. & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. Journal Adolesc Health, 47(1), 26–34.

Le Coz, P. & Kachner, J.C. (2010). Justice et l'equite dans la decision medical. *Archives de Pediatrie,* 17, 32-38.

Lines, L., Grant, J. & Hutton, A. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review. *Journal Pediatr Nurs*., 43, e75-e84. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.010

Lister, G.P. & Crisp, R.B. (2005). Clinical Supervision in Child Protection for Community Nurses. *Child Abuse Review,* 14, 57-72. doi: 10.1002/car.873

Liu, Y. & Merritt, D.H. (2018). Familial financial stress and child internalizing behaviors: The roles of caregivers' maltreating behaviors and social services. *Child Abuse Negl*., 86, 324-335.

Lynne, E., Gifford, E., Evans, K. & Rosch, J. (2015). Barriers to reporting child maltreatment. *NC Med Journal,* 76(1),13-18.

Maguire, S., Mann, M., Sibert, J. & Kemp, A. (2012). Can you age bruises accurately in a child. *Arch Dis Child,* 187-189.

Marmot, M. (2004). Dignity and inequality. *Lancet,* 364(18), 1019-1021.

May-Chahal, C. & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom, a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.*, 29, ,969-984. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.05.009

McAnee, G., Shevlin, M., Murphy, J. & Houston, J. (2019). Where are all the males? Gender-specific typologies of childhood adversity based on a large community sample. *Child Abuse Negl*., 90, 149-159.

McKinney, A., Lane, G. & Hickey, F. (2004). Detection of non-accidental injuries presenting at emergency departments. *Emergency Medicine Journal, 21*, 562–564.

Merrick, M. & Latzman, N., (2014). Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing,* 19(1), 2. doi: 10.3912/OJIN.Vol19No01Man02

Miller, G.F., Chiang, L. & Hollis, N. (2018). Economics and violence against children, findings from the Violence Against Children Survey in Nigeria. *Child Abuse Negl.*, 85,9-16.

Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A. 7 Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18, 1164.

Moskvina, V., Farmer, A., Swainson, V., O'Leary, J. & Gunasinghe, C. (2007). Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depress Anxiety*, 24(3),163-168. doi: 10.1002/da.20216

Mowlds, W., Shannon, C., Mccusker, C.G., Meenagh, C. & Robinson, D. (2010). Autobiographical memory specificity, depression, and trauma in bipolar disorder. *Br J Clin Psychol*., 49(2),217-233. doi: 10.1348/014466509X454868

Mulryan, K., Cathers, P. & Fagin, A. (2004). How to recognize and respond to child abuse. *Nursing*, 34(10), 52-57.

Muntean, A., Tomita M. & Ungureanu, R. (2013). The Role of the Community Nurse in Promoting Health and Human Dignity-Narrative Review Article. *Iran J Public Health*, 42(10), 1077-1084.

Nathanson, D., Woolfenden, S. & Zwi, K. (2016). Is there a role for paediatric Sexual Assault Nurse Examiners in the management of child sexual assault in Australia?. *Child Abuse Negl*.,59, 13-25. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.07.004

National Association of School Nurses. (2016). Framework for 21st century school nursing practice. *NASN School Nurse*, 31(1), 45-53. doi: 10.1177/1942602X15618644

Newton, A.W. & Vandeven, A.M. (2010). Child abuse and neglect: a worldwide concern. *Curr Opin Pediatr*., 22(2), 226-33. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283377931

Odhayani, A.A., Watson, J.W. & Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canada Family Physicians*, 59(8), 831-836.

Overpeck, M.D., Brenner, R.A., Trumble, A.C., Trifiletti, L.B. & Berendes, H.W. (1998). Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med*, 339(17), 1211–6. doi: 10.1056/NEJM199810223391706.

Paavilainen, E. & Flinck, A. (2013). National clinical nursing guideline for identifying and intervening in child maltreatment within the family in Finland. *Child Abuse Review*, 22 (3), 209-220.

Paavilainen, E., Helminen, M., Flinck, A. & Lehtomäki, L. (2014). How Public Health Nurses Identify and Intervene in Child Maltreatment Based on the National Clinical Guideline. *Nursing Research and Practice*, 1-7. https://doi.org/10.1155/2014/425460

Pietrantonio, A., Wright, E., Gibson, K., Alldred, T., Jacobson, D. & Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a position for process for health professionals and caregivers. *Child Abuse Neglect*., 37, 102-109.

Pluck, G., Lee, K.W., David, R., Macleod, D.C. & Spence, S.A. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *Brit J Clin Psychol*., 50,33-45. doi: 10.1348/014466510X490253

Powell, C. (1997). Protecting children in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 5,76–80.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H. & Bassett, C. (2011). *Child abuse and neglect, in the UK today.* London: National Society for the Prevention to Cruelty to Children.

Roberts, Y.H., Huang, C.Y., Crusto, C.A. & Kaufman, J.S. (2014). Health, emergency department use, and early identification of young children exposed to trauma. *J Emerg Med.*, 46(5), 719–24. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.11.086.

Sapp, M.V. & Vandeven, A. (2005). Update on childhood sexual abuse. *CurrOpinPediatr*, 17(2), 258-264.

Sanders, T. & Cobley, C. (2005). Identifying non-accidental injury in children presenting to A&E departments: an overview of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 130-136.

Shannon, R. A., Bergren, M. D., Matthews, A. (2010). Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. *Journal of School Nursing*, 26, 169–192.

Spencer, D. (2002). Paediatric trauma: When it is not an accident. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 143-148

Spratt, T. & Devaney, J. (2009). Identifying families withmultiple problems: Perspectives of practitioners and managers in three nations. British Journal of Social Work, 39(3), 418-434.

Spratt,T. (2012). Whymultiplesmatter:Reconceptualising the population referred to child and family social workers. *British Journal of Social Work*, 42(8), 1574-1591.

Spratt, T., Nett, J., Bromfield, L., Hietama, J., Kindler, H. & Ponnert, L. (2015). Child Protection in Europe: Development of an International Cross-Comparison Model to Inform National Policies and Practices. *British Journal of Social Work*, 45, 1508–1525

Stavrianopoulos, Th. & Gourvelou, O. (2012). The role of the nurse in child sexual abuse in USA. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 6(4), 647-653.

Suglia, S.F., Shen, S., Cohall, A., Bird, H., Canino, G., Brown, J. & Duarte, C.S. (2016). Use of health services by maltreated children in two different sociocultural contexts: where can doors for interventions be opened? J *Interpers Violence*, 1-18. doi: 10.1177/0886260516660973.

Tenkorang, E.Y. (2019). Explaining the links between child marriage and intimate partner violence: Evidence from Ghana. *Child Abuse Negl*., 89, 48-57.

Van Horne, B.S., Caughy, M.O., Canfield, M., Case, A.P., Greeley, C.S., Morgan, R.& Mitchell, L.E. (2018). First-time maltreatment in children ages 2-10 with and without specific birth defects: A population-based study. *Child Abuse Negl*., 84,53-63.

Vrolijk-Bosschaart, T.F., Brilleslijper-Kater, S.N., Benninga, M., Lindauer, R.J.L. & Teeuw, A.H. (2018). Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult?. *Eur. J. Pediatr.*, 177(9), 1343-1350.

Wainwright, N.W.J. & Surtees, P.G. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *J Affect Disord.*, 72, 33-44. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00420-7.

Wolford, S.N., Cooper, A. & McWey, L.M. (2019). Maternal depression, maltreatment history, and child outcomes: The role of harsh parenting. *Am J Orthopsychiatry*, 89(2), 181-191.

Woogara, J. (2005). Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard*, 19(18), 33-37.

Woolf, S.M., Leventhal, J.M., Gaither, J.R., Hardikar, P., Langhan, M.L., Bechtel, K., Auerbach, M.A. & Tiyyagura, G. (2019). Oral injuries in children less than 24 months of age in a pediatric emergency department. *Child Abuse Negl.*, 89, 70-77.

Wu, M.F., Lu, T.H., Lin, C.J. & Feng, J.Y. (2015). Risk factors and physical signs of child abuse in hospitalized children in Taiwan. *Child Youth Serv Rev*., 8, 137-141. Doi: 10.1016/j.childyouth.2015.09.015.

Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 57(9), 637–644. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007

Ελληνόγλωσση

Το Χαμόγελο του Παιδιού (2019). *Πανελλαδικά Στατιστικά Στοιχεία Α΄ Εξάμηνο 2019 Τηλεφωνικών κλήσεων Εθνικής Τηλεφωνικής Γραμμής για τα Παιδιά SOS 1056.* Διαθέσιμο στο https://www.hamogelo.gr/media/uploads_file/2019/07/11/p1dfg24jbh12qj17rfghv8d115671m.pdf [Ανακτήθηκε 25 Φεβρουαρίου 2020]

Ν. 2101 της 2/2 Δεκεμβρίου 1992 : κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού (ΦΕΚ 192, τ. Α΄). Διαθέσιμο στο https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4bcbf83a2 [Ανακτήθηκε 23 Μαρτίου 2020]