

ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Δήμητρα Μουρδουκούτα

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική», Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

DOI: 10.5281/zenodo.4011284

Cite as: Μουρδουκούτα, Δήμητρα. (2020). Κακοποίηση παιδιών. Perioperative Nursing (GORNA), E-ISSN:2241-3634, 9(2), 128–130. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4011284>

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Μουρδουκούτα Δήμητρα, e-mail: dimimourdou@gmail.com

Η κακοποίηση παιδιών αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με άμεσες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child, CRC) υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών, το 1989 και κατόπιν επικυρώθηκε σταδιακά από 193 χώρες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το άρθρο 19 αυτής της Σύμβασης, το οποίο αναφέρει ότι, κάθε χώρα είναι υποχρεωμένη να προστατεύει παιδιά από όλα τα είδη παιδικής κακοποίησης ενώ στο άρθρο 9 καθιερώνεται το δικαίωμα του παιδιού να ζει μαζί με τους γονείς του, εκτός αν αυτό κρίνεται ασυμβίβαστο με τα συμφέροντά του.¹

Η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή / και συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή άλλους σκοπούς, η οποία καταλήγει σε πραγματική ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στην υγεία, στην επιβίωση, στην ανάπτυξη ή στην αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης, ευθύνης ή δύναμης.^{1,2,3}

Τα είδη της παιδικής κακοποίησης ταξινομούνται ως εξής :α) Σωματική κακοποίηση: χτυπήματα, τσιμπήματα, κλωτσιές, χαστούκια, καψίματα, κακώσεις, κατάγματα οστών, β) Συναισθηματική κακοποίηση: ενέργειες που βλάπτουν την γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφορική ανάπτυξη του παιδιού, γ) Σεξουαλική κακοποίηση: σεξουαλικές πράξεις, παρενοχλήσεις, προαγωγή και δ) Παραμέληση /εγκατάλειψη: μη ικανοποίηση βασικών σωματικών, εκπαιδευτικών, συναισθηματικών και γνωστικών αναγκών.^{1,2,3}

Ορισμένα παιδιά μπορεί να αντιμετωπίσουν μόνο μία μορφή κακοποίησης ενώ κάποια άλλα μπορούν να βιώσουν πολλαπλές μορφές ή ακόμα και πολύπλοκες μορφές κακοποίησης, όπως βασανιστήρια. Η πιο κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης είναι η παραμέληση, η οποία περιλαμβάνει τη διατροφική και ιατρική αμέλεια και άλλες μορφές όπως σωματική και συναισθηματική παραμέληση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σε παγκόσμια κλίμακα, το 25-50% των παιδιών έχει υποστεί σωματική κακοποίηση ενώ το 20% των κοριτσιών και το 5-10% των αγοριών κακοποιούνται σεξουαλικά.^{1,2} Ο επιπολασμός της παιδικής κακοποίησης παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις και οι συγκρίσεις

μεταξύ των χωρών είναι ιδιαίτερα δύσκολες λόγω των μεθοδολογικών διαφορών στην εκπόνηση ερευνητικών μελετών, των ποικίλων μορφών κακοποίησης και κυρίως των μεθόδων αναφοράς και καταγραφής.^{1,3}

Παρά τις διαφορές αυτές, είναι προφανές ότι, η παιδική κακοποίηση αποτελεί σοβαρό πρόβλημα κοινωνικής και δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, το οποίο αποδίδεται στη διαφορετική κουλτούρα αναφορικά με την ανατροφή των παιδιών.⁴ Για παράδειγμα, επικρατεί η γονική πεποίθηση ότι, η αυστηρή πειθαρχία είναι απαραίτητη προς το συμφέρον των παιδιών.⁵

Μια μελέτη στην Ινδία ανέφερε ότι το 75,5% και το 78,5% των παιδιών σχολικής ηλικίας, υπέστη σωματική κακοποίηση κατά το παρελθόν έτος και κάποια στιγμή στη ζωή τους, αντίστοιχα.⁶ Παρομοίως, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά παιδικής κακοποίησης σε προασιακή κοινότητα στη Σρι Λάνκα (76%), στην πόλη Πουντζάμπ, Πακιστάν (80%)⁵ ενώ στο Βιετνάμ, το 73% των γονέων άσκησαν βίαιη πειθαρχία προς τα παιδιά τους.⁷ Η Νότια Ασία καθίσταται ως «η χώρα με τα υψηλότερα κρούσματα» καθώς 41-88 εκατ., παιδιά μαρτυρούν κάποιας μορφής βία στο σπίτι.⁸

Στην Ελλάδα, αναδρομική μελέτη συνέλεξε στοιχεία από τα αρχεία του Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ) και της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας του νομού Θεσσαλονίκης για το χρονικό διάστημα 2005-2015. Τα υπό μελέτη αρχεία έδειξαν 56 καταγγελίες σεξουαλικής κακοποίησης και 19 σωματικής κακοποίησης από τις 4472 περιπτώσεις που διερευνήθηκαν σε αυτό το διάστημα. Η πλειοψηφία (83%) των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών ήταν κορίτσια ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία τα παιδιά γνώριζαν τον δράστη (93.0%).⁹

Ο συχνότερος τρόπος προσέγγισης των θυμάτων

ήταν η εκμετάλλευση της εμπιστοσύνης του παιδιού (47.3%) από συγγενικά του άτομα ή άλλα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός του. Η γνωριμία του παιδιού με το δράστη πριν από το περιστατικό της κακοποίησης φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το χρόνο καταγγελίας του συμβάντος από το παιδί. Τα περισσότερα παιδιά, που δεν γνώριζαν και δεν είχαν αναπτύξει προηγουμένως σχέσεις με το δράστη, κατήγγειλαν άμεσα το γεγονός (76.9%) ενώ εκείνα που κακοποιούνταν κατ' επανάληψη καθυστέρησαν να αποκαλύψουν το συμβάν σε σχέση με αυτά που κακοποιήθηκαν μία φορά.

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί πολύπλοκο φαινόμενο στο οποίο ο γονέας, το παιδί και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος αλληλεπιδρούν για να θέσουν τα παιδιά σε κίνδυνο. Η παιδική κακοποίηση είναι δυνατόν να συμβεί οπουδήποτε όπως στο σπίτι του παιδιού ή στο σπίτι κάποιου γνωστού του. Επίσης, η κακοποίηση μπορεί να αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός ή να συμβαίνει κατ' επανάληψη ή σε κλιμάκωση για μια περίοδο μηνών ή ετών ενώ η μορφή της μπορεί να μεταβάλλεται στη διάρκεια του χρόνου.^{9,10}

Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε μοναδική θέση να υποπτεύονται και να εντοπίζουν την παιδική κακοποίηση και να παρεμβαίνουν μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς έχουν γνώσεις των αναγκών, προσδοκιών, δικαιωμάτων των παιδιών, της θρησκευτικότητάς τους, προκειμένου να διαχειριστούν με συμβουλευτικές δεξιότητες τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες που τις συνοδεύουν. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προωθούν την ασφάλεια και την ευημερία των παιδιών με παραπομπές στις αντίστοιχες υπηρεσίες προστασίας.⁹⁻¹⁷

1. Atiquel Haque M, Janson S, Moniruzzaman S, Rahman AKMF, Islam SS, Mashrekly SR, Eriksson UB.

Βιβλιογραφία

2. Children's exposure to physical abuse from a child perspective: A population-based study in rural Bangladesh. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212428.
3. UBS Optimus Foundation. Promoting research to prevent child maltreatment. Geneva, Switzerland, 2012.
4. Available: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/ispscan_report_june2013.pdf. Accessed : 1-12-2019.
5. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Structural equation modeling of repeated retrospective reports of childhood maltreatment. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011; 20(2):93–104.
6. Jud A, Fegert JM, Finkelhor D. On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016; 10(1):17.
7. Haque MA, Janson S, Moniruzzaman S, Rahman AKMF, Mashreky SR, Eriksson U-B. Bangladeshi school-age children's experiences and perceptions on child maltreatment: A qualitative interview study. *Child Care Health Dev*. 2017;43(6):876–883.
8. Kumar MT, Kumar S, Singh SP, Kar N. Prevalence of child abuse in school environment in Kerala, India: An ICAST-CI based survey. *Child Abus Negl*. 2017;70:356–363.
9. Trang NHM, Duc NHC. Violent disciplinary practices towards children among caregivers in Vietnam: A cross-sectional survey. *Eur J Soc Sci*. 2014;43(4):305–313.
10. Pinheiro PS. World report on violence against children. Geneva, United Nations; 2006. 387 p. Available from: <https://www.unicef.org/violencestudy/I>. World Report on Violence against Children. Accessed: 1-12-2019.
11. Jackson AM, Kissoon N, Greene C. Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2015; 45(3):58-70.
12. Jaffee SR. Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13: 525-551.
13. Danaher F, Vandeven A, Blanchard A, Newton AW. Recognizing, diagnosing, and preventing child maltreatment: an update for pediatric clinicians. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(4):582-590.
14. Polikandrioti M, Koutelekos I. Patient's needs. *Perioperative Nursing*. 2013;2(2): 73-83. (In Greek)
15. Koutelekos I, Chaliasos N. Expectations. *Vima Asklipiou*. 2014; 13(2):134-143. (In Greek)
16. Koutelekos I. Rights of a pediatric patient. *Rostrum of Asclepius*. 2013, 12(1):47-55. (In Greek)
17. Koutelekos I, Gerogianni G. Religious at the hospital. *Rostrum of Asclepius*. 2011,10(4):480-486. (In Greek)
18. Koutelekos I. Counseling in the field of health. *Perioperative Nursing*. 2015, 4(2):47-49. (In Greek)
19. Koutelekos I, Polikandrioti M. Identification of pediatric patient. *Rostrum of Asclepius*. 2012, 11(1):319-329. (In Greek)