

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Λουκία Βασιλείου

2010646298

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. κα Χριστιάνα Κούτα

Λεμεσός 2014

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Λουκία Βασιλείου, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Χριστιάνα Κούτα για την συνεχή και πολύτιμη καθοδήγησή της στην συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας, καθώς και την οικογένειά μου, η οποία κατά τη διάρκεια των σπουδών μου βρισκόταν πάντα δίπλα μου...!!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το θέμα της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, που απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνία και τους ανθρώπους.

Σκοπός: Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση έχει σκοπό την διερεύνηση των σωματικών και σεξουαλικών επιπτώσεων της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης στην υγεία.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και αγγλικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων (Pubmed, Google Scholar, Cinahl (EBSCO), Scopus) με λέξεις κλειδιά: “child physical abuse”, “child sexual abuse”, “effects of child abuse”, “child maltreatment”, “consequences of sexual abuse”, “consequences of physical abuse”. Οι λέξεις χρησιμοποιήθηκαν με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς χρησιμοποιώντας τις λέξεις AND και OR.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε σε 8 μελέτες, κατά την περίοδο 2009-2011, που πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια. Μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε πως η παιδική και εφηβική κακοποίηση έχει αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των ατόμων. Βρέθηκε ότι η σωματική κακοποίηση έχει αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη καρκίνου, ΟΑ, καρδιακών παθήσεων, Διαβήτη Τύπου 2, πεπτικού έλκους, υπέρτασης, ημικρανίας και ινομυωμάτων. Από σεξουαλική κακοποίηση βρέθηκαν διαγνώσεις για Διαβήτη Τύπου 2, υπέρταση και ινομυώματα.

Συμπεράσματα: Αν και είναι γνωστές οι επιπτώσεις της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης εξακολουθεί να υπάρχει η ανάγκη για μεγαλύτερες μελέτες ερευνώντας και άλλες πιθανές αρνητικές συνέπειες που μπορεί να προκαλεί η κακοποίηση. Χρειάζονται μελλοντικές έρευνες που να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία αναγνώρισης της κακοποίησης και την σωστή αντιμετώπιση-παρέμβαση. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στο μείζον θέμα της κακοποίησης, εξετάζοντας έτσι με ιδιαίτερη προσοχή το σώμα του παιδιού. Πρέπει να διαπραγματεύονται την παιδική και εφηβική κακοποίηση, αφού αφορά την σωματική και ψυχολογική παραβίαση της ατομικότητας του παιδιού.

Λέξεις-κλειδιά: κακοποίηση, σεξουαλική, σωματική, επιπτώσεις, παιδική ηλικία και εφηβική ηλικία.

ABSTRACT

Introduction: The issue of child and adolescent abuse is a global problem of public health which is of special concern to both society and people.

Purpose: The aim of the present systemic review is to investigate the impact of physical and sexual child abuse in terms of the adolescent health.

Material and Method: The method used was the search of relevant Greek and English literature databases (Pubmed, Google Scholar, Cinahl (EBSCO), Scopus) Keywords : "child physical abuse", "child sexual abuse", " effects of child abuse ", " child maltreatment ", "consequences of sexual abuse ", " consequences of physical abuse ". The words were used in all possible combinations using the words AND and OR.

Results: The search resulted in 8 studies in 2009-2011 which met the predefined criteria. According to the relevant literature, childhood and adolescent abuse have negative effects on the health of individuals. It was found that physical abuse has negative effects on cancer development, OA, heart disease, Type 2 diabetes, peptic ulcer, hypertension, migraine and fibroids. As far as sexual abuse is concerned, the results indicate diagnoses of Type 2 diabetes, hypertension and fibroids.

Conclusions: Although the consequences of child and adolescent abuse are known, there still continues to be a need for larger studies investigating other possible adverse effects that may be caused by abuse. Future studies are needed to provide information on the process of recognition of abuse and the proper treatment - intervention. Health professionals should be particularly sensitive to the major issue of abuse, so considering carefully the child's body. They must negotiate child and adolescent abuse as it relates to physical and psychological violation of the child's individuality.

Keywords: abuse, sexual, physical, effects, childhood and adolescence

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	ix
1. Εισαγωγή.....	1
2. Σκοπός.....	4
2.1 Στόχοι.....	4
2.2 Εννοιολογικό Πλαίσιο.....	4
3. Υλικό και Μέθοδος.....	6
4. Αποτελέσματα.....	9
4.1 Επιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων ατόμων	10
4.2 Επιπτώσεις σεξουαλικά και σωματικά κακοποιημένων ατόμων	11
4.3 Μεθοδολογικά προβλήματα και περιορισμοί ερευνών	14
5. Συζήτηση.....	28
6. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης.....	31
7. Συμπεράσματα	32
8. Βιβλιογραφικές Αναφορές	33

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1:.....	8
----------------	---

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

4.4	Παρουσίαση Ποσοτικών Μελετών	- 17 -
-----	------------------------------------	--------

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΜΖ: Δείκτης Μάζας Σώματος.

OR: Odds Ratio, σχετικός λόγος, σχετικός κίνδυνος.

ΟΑ: Οστεοαρθρίτιδα.

1. Εισαγωγή

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα για την δημόσια υγεία (Odhayani, Watson and Watson, 2013), απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνία και τους ανθρώπους. Το 2006 υπολογίστηκε, ότι το 16,5% των Αμερικανών παιδιών κακοποιήθηκε σωματικά (Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Baker, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010) και το 2007 επιβεβαιώθηκε από τις αρχές της Αμερικής σχεδόν 1 εκατομμύριο περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης (Riley et al, 2010). Ακόμα το 2009 στις Ηνωμένες Πολιτείες 700.000 παιδιά ήταν θύματα της κακοποίησης (Widom et al, 2012). Έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην κοινότητα μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων έδειξε, ότι το 32% των κοριτσιών ηλικίας 14-17 ετών, είχαν βιώσει τουλάχιστον μια μορφή κακοποίησης (Min et al, 2012). Μέσα από μία μετανάλυση, που συμπεριλήφθησαν 65 άρθρα για 22 χώρες, έδειξε ότι το 7,9% των ανδρών και το 19,7% των γυναικών, πριν την ηλικία των 18 ετών είχαν υποστεί κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης (Pereda et al, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Izmir, 2013), περισσότερα από 18 εκατομμύρια παιδιών ηλικίας κάτω των 18 ετών, υποφέρουν από κακοποίηση, περίπου 22,9% από σωματική κακοποίηση, το 13,4% των κοριτσιών και το 5,7% των αγοριών από σεξουαλική κακοποίηση (Izmir, 2013).

Για την παιδική κακοποίηση σημαντικοί παράγοντες αποτελούν η φτώχεια, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, προβλήματα ψυχικής υγείας και η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών (Norman et al, 2012). Παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 χρονών παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό θυματοποίησης από τους γονείς ή τους κηδεμόνες που φτάνει στο 80%, (Ευαγγέλου και συν, 2013, Norman et al, 2012). Η κακοποίηση παιδιών από τους γονείς τους έχει παρουσιαστεί ως πρόβλημα και στις χώρες υψηλού εισοδήματος, που αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι η φτώχεια και το μορφωτικό επίπεδο των γονιών είναι παράγοντας παιδικής κακοποίησης (Gilbert et al, 2009).

Είναι τεκμηριωμένο ότι οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν την λειτουργικότητα του παιδιού (Jemal, 2012) και την υγεία του (Min et al, 2012). Μπορεί να σχετίζεται γενικά με τη συνολική κακή σωματική υγεία στην ενήλικη ζωή ή να αυξήσει τον κίνδυνο για συγκεκριμένες ασθένειες ή παθολογικές καταστάσεις (Wegman and Stetler, 2009). Έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα συναισθηματικού – ψυχολογικού περιεχομένου όπως η κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοκτονία και μετατραυματικό στρες (Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010). Άτομα που έχουν κακοποιηθεί σωματικά στην παιδική τους ηλικία έχει τεκμηριωθεί ότι όταν ενηλικιωθούν έχουν

μεγαλύτερα επίπεδα άγχους (Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Baker, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010).

Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που έχει μια κακοποίηση, ιδίως στην παιδική ηλικία όπου τα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα, ευάλωτα στον ψυχικό αλλά και σωματικό τομέα. Μέσα από τις γνώσεις των επιπτώσεων, μπορεί πιο εύκολα ο επαγγελματίας υγείας να αντιληφτεί έγκαιρα την κακοποίηση, με αποτέλεσμα την γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πρόληψη μπορεί να προλάβει αρκετές καταστάσεις, έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα είναι πολύ χρήσιμο, να έχουν στην γνώση τους τρόπους πρόληψης εφηβικής και παιδικής κακοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναπτύξουν με την οικογένεια μία σχέση εμπιστοσύνης, βοηθώντας τους γονείς να παρέχουν υπεύθυνη και σωστή φροντίδα στα παιδιά. Επίσης ένας άλλος τρόπος αποφυγής και μείωσης της κακοποίησης είναι η επίσκεψη στο σπίτι, για την πρόληψη της σωματικής κακοποίησης αν και θεωρείται ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικός (MacMillan, 2008). Κάθε περίπτωση υποψίας κακοποίησης παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να καταγράφεται (Teuw et al, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την κοινότητα, το σχολείο, έχουν πιο καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση, αντιμετώπιση και υποστήριξη της προστασίας του παιδιού (Gilbert et al, 2009). Πρέπει να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση προβλημάτων της κακοποίησης, που θα βελτιώσει τη σωματική υγεία των κακοποιημένων παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που βίωσαν την παιδική κακοποίηση (Min et al, 2012).

Η σωματική και σεξουαλική παιδική κακοποίηση συνδέονται με την νοσηρότητα και θνησιμότητα στην ενηλικίωση (Boynton-Jarrett et al, 2010). Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει συσχετίσεις μεταξύ της κακοποίησης στην παιδική ηλικία και την κακή σωματική υγεία στην συνέχεια της ζωής (Min et al, 2012, 2010, Βελίκης και συν, 2009) όπως άσθμα, συμπτώματα πόνου. Από έρευνα σε φοιτητές σε σχέση με την κακοποίηση το 31% των φοιτητών αναφέρει ότι από την κακοποίηση είχε πάνω από 2 παθολογικά σωματικά συμπτώματα όπως, αλλεργίες, πόνος στομάχου, ημικρανίες, πονοκέφαλοι (Βελίκης και συν, 2009). Τα άτομα που έχουν κακοποιηθεί σωματικά στην παιδική τους ηλικία, θα έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας όπως έλκη, βρογχίτιδα, καρκίνο, άσθμα, καρδιακές παθήσεις και θα επισκέπτονται πιο συχνά τις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν κακοποιηθεί (Fuller-Thomson et al, 2009, Fuller-Thomson et al, 2010, Irish et al, 2009). Επίσης έχει φανεί ότι τα αγόρια κακοποιούνται περισσότερο σωματικά, ενώ τα κορίτσια, εκτίθενται περισσότερο στην σεξουαλική παρενόχληση. Σε

παγκόσμιο επίπεδο αναφέρεται ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι γύρω στο 2% έως 62% (Norman et al, 2012). Η παιδική κακοποίηση μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου και των νευροενδοκρινολογικών μηχανισμών (Min et al, 2012). Περίπου τα δύο από τις κάθε 100.000 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο ενός παιδιού (Wegman and Stetler, 2009). Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν βρεθεί υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης απ ό τι στην Ευρώπη, 22% έναντι 15% (Gilbert et al, 2009).

Η ύπαρξη βιβλιογραφίας για σωματικά προβλήματα υγείας, μετά από την παιδική-εφηβική κακοποίηση, είναι εκτεταμένη αλλά όχι τόσο εκτεταμένη όσο είναι η βιβλιογραφία για τις ψυχικές διαταραχές (Fergusson, Boden and Horwood, 2008, Afifi et al, 2008, Maniglio, 2012). Έρευνες σε σχέση με την κακοποίηση στην παιδική και εφηβική ηλικία και τις επιπτώσεις της στην υγεία, τα τελευταία χρόνια είναι πιο μειωμένες σε σύγκριση με πιο παλιά χρόνια (Goodwin, Hoven and Hotopf, 2003, Goodwin and Stein, 2004, Thompson, Kingree and Desai, 2004). Μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι εάν ένα παιδί εκτεθεί σε σεξουαλική αλλά ταυτόχρονα και σωματική κακοποίηση έχει μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρότερων επιπτώσεων (Rich-Edwards et al, 2010, Bonomi, 2008). Μέσα από μία μετανάλυση φάνηκε ότι οι επιδράσεις της κακοποίησης είναι μεγαλύτερη στο νευρολογικό και μυοσκελετικό σύστημα, που ακολουθεί το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό και οι μεταβολικές διαταραχές (Wegman and Stetler, 2009).

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση της Ουζούνη και Νακάκη (2013), διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ένα κενό στα δεδομένα, όσο αφορά το ρόλο των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός. Οι δημοσιευμένες πηγές είναι πολύ περιορισμένες και δεν υπάρχει πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, αν και οι νοσηλευτές εμπλέκονται ενεργά στην φροντίδα των παιδιών (Ουζούνη και Νακάκη, 2013). Η κακοποίηση αποτελεί για την Νοσηλευτική και για τις υπόλοιπες Επιστήμες Υγείας ένα πολύ σημαντικό θέμα. Για τους επαγγελματίες υγείας είναι ένα ιδιαίτερο θέμα, διότι είναι τα άτομα που θα κληθούν να βοηθήσουν τα θύματα της κακοποίησης και είναι υποχρέωση τους. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν θεραπευτικές τεχνικές προσεγγίσεις και ενσυναισθητική επικοινωνία (Ουζούνη και Νακάκη, 2013). Ο ρόλος τους είναι πολύ δύσκολος και ιδιαίτερα σημαντικός για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των θυμάτων. Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές/τριες, είναι συνήθως αυτοί που θα έρθουν σε πρώτη επαφή με τα κακοποιημένα άτομα και είναι στη ιδιαίτερη θέση να ανιχνεύσουν εάν υπάρχουν σημεία κακοποίησης, επειδή συνήθως αυτά τα άτομα ντρέπονται ή φοβούνται να μιλήσουν

σκεφτόμενοι τις συνέπειες αυτής της εξομολόγησης. Για να επιτευχθεί μείωση της κακοποίησης πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται μεταξύ τους. Πρέπει να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην αντιμετώπιση των ψυχικών και σωματικών προβλημάτων που θα βελτιώσει τη σωματική υγεία των κακοποιημένων παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που βίωσαν την παιδική κακοποίηση.

2. Σκοπός

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση έχει σκοπό την διερεύνηση των σωματικών και σεξουαλικών επιπτώσεων της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης στην υγεία.

2.1 Στόχοι:

1. Να αναλυθούν οι κύριες επιπτώσεις στην υγεία των σωματικά κακοποιημένων ατόμων κατά τη παιδική και εφηβική τους ηλικία.
2. Να συζητηθούν οι κύριες επιπτώσεις στην υγεία των σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων κατά τη παιδική και εφηβική τους ηλικία.

2.2 Εννοιολογικό Πλαίσιο

Η παιδική κακοποίηση είναι οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη από γονέα ή άλλο φροντιστή, ή ότι προκαλεί βλάβη στην υγεία, την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης ή την απειλή βλάβης ενός παιδιού (Gilbert et al, 2009:69). Μπορεί να διακριθεί σε σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική (ψυχολογική) και παραμέληση (Ευαγγέλου και συν, 2013, Βελίκης και συν, 2009, Widom et al, 2012, Min et al, 2012).

Σωματική κακοποίηση ενός παιδιού ορίζεται η σκόπιμη χρήση σωματικής βίας, εναντίον ενός παιδιού που έχει ως αποτέλεσμα ή έχει υψηλή πιθανότητα να προκύψει βλάβη για την υγεία του παιδιού, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή στην αξιοπρέπεια. Περιλαμβάνει χτύπημα, κλοτσιές, ανακίνηση, δάγκωμα, στραγγαλισμό, εγκαύματα, κάψιμο, δηλητηρίαση και πνιγμό (Norman et al, 2012:2 από Butchart et al). Σκόπιμη χρήση σωματικής βίας ή βία που εφαρμόζεται κατά ενός παιδιού, που οδηγεί ή έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε σωματική βλάβη. Περιλαμβάνει χτύπημα, ξυλοδαρμό, μαχαιριά, δάγκωμα, σπρώξιμο, ρίξιμο, τράβηγμα, σύρσιμο, τρέμουλο, στραγγαλισμό, πνιγμό, κάψιμο, ζεμάτισμα, και δηλητηριάσεις (Gilbert et al, 2009:69).

Σεξουαλική κακοποίηση είναι κάθε ολοκληρωμένη ή απόπειρα σεξουαλικής πράξης, ή σεξουαλικής επαφής, άγγιγμα με αισχρό τρόπο, αιμομιξία, βιασμό και παρουσία χαδιών (Gilbert et al, 2009:69).

Το εννοιολογικό πλαίσιο της ανασκόπησης, για τον ορισμό της παιδικής κακοποίησης δεν ακολουθείται από την ανασκόπηση διότι δεν αφορά όλες τις μορφές της κακοποίησης αλλά μόνο την σεξουαλική και σωματική. Ο ορισμός για την σεξουαλική κακοποίηση ακολουθείται από τον ορισμό του Gilbert et al, (2009) που αναφέρει ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι οποιαδήποτε πράξη που έχει σεξουαλικό υπονοούμενο. Για την σωματική κακοποίηση θα ακολουθηθεί ο ορισμός από Norman et al, (2012:2, από Butchart et al) που κατά την χρήση σωματικής βίας μπορεί να υπάρχει η πιθανότητα να προκύψει βλάβη για την υγεία του παιδιού, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπεια.

3. Υλικό και Μέθοδος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και αγγλικής βιβλιογραφίας με βάση δεδομένων (Pubmed, Google Scholar, Cinahl (EBSCO), Scopus) με λέξεις κλειδιά: “child physical abuse”, “child sexual abuse”, “effects of child abuse”, “child maltreatment”, “consequences of sexual abuse”, “consequences of physical abuse”. Οι λέξεις χρησιμοποιήθηκαν με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς χρησιμοποιώντας τις λέξεις AND και OR.

Τα κριτήρια επιλογής των άρθρων ήταν:

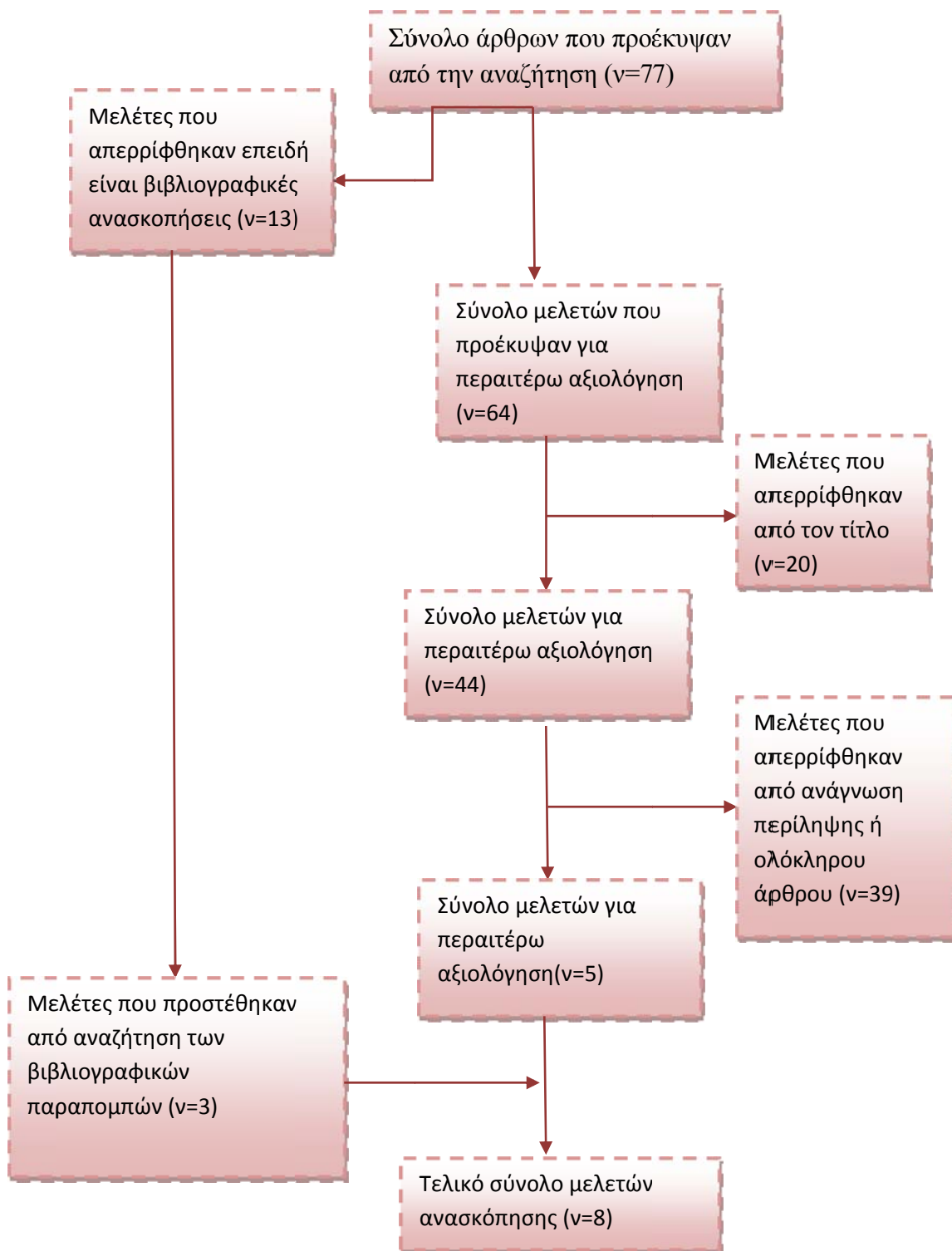
1. Γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων στα Ελληνικά και Αγγλικά.
2. Οι μελέτες να είναι ποσοτικές ή ποιοτικές μελέτες, τυχαιοποιημένες ή ελεγχόμενες, ή κοορτής ή συγχρονικές μελέτες.
3. Το δείγμα να αφορά άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω, που είχαν υποστεί στην παιδική ή εφηβική ηλικία σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση ή και τα δύο.
4. Χρονικά όρια αναζήτησης από το 2008-2013.
5. Χώρος διεξαγωγής στην κοινότητα.
6. Χώρες προέλευσης Ευρωπαϊκές χώρες και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.
7. Να υπάρχει πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο.

Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων ήταν:

1. Όταν παρουσιάστηκαν άρθρα με ηλικίες κάτω των 12 ετών.
2. Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας ήταν σε νοσοκομείο ή/και σε σχολείο.
3. Όταν παρουσιάζονταν πιλοτικές έρευνες.
4. Έρευνες οι οποίες δεν είναι δημοσιευμένες.
5. Να μην υπάρχει συννοσηρότητα όπως ψυχικές διαταραχές.
6. Η γλώσσα δημοσίευσης δεν ήταν στα Ελληνικά και Αγγλικά.
7. Χρονικά όρια αναζήτησης ήταν κάτω από το 2008 και πάνω από το 2013.

Η επιλογή των δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών έγινε σύμφωνα με τα πιο πάνω κριτήρια. Η αναζήτηση οδήγησε στην αρχική επιλογή 77 άρθρων. Από αυτές απορρίφθηκαν 13 επειδή ήταν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, ενώ οι υπόλοιπες 64 επιλέγηκαν για περεταίρω αξιολόγηση τους οπότεν και απορρίφθηκαν 20 μελέτες έπειτα από την ανάγνωση του τίτλου. Σύνολο 44 μελετών που προέκυψαν για περαιτέρω

αξιολόγηση, όπου 39 μελέτες απορρίφθηκαν λόγω του ότι μέσα από την ανάγνωση της περίληψης ή ολόκληρου του άρθρου δεν ανταποκρίνονταν στα προκαθορισμένα κριτήρια εισόδου. Παρέμειναν 5 ενώ σε αυτές προστέθηκαν 3 μελέτες που προέκυψαν μετά από τη μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των ανασκοπήσεων και των μεταναλυτικών άρθρων. Έτσι στην συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 8 μελέτες. Δεν εντοπίστηκε κάποιο άρθρο στην Ελληνική γλώσσα το οποίο να πληρεί τα κριτήρια εισόδου (Εικόνα 1).



ΕΙΚΟΝΑ 1: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης.

4. Αποτελέσματα

Τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση είχαν δημοσιευτεί από το 2009-2011. Κατά τη διάρκεια της ανασκόπηση εντοπίστηκαν 8 έρευνες οι οποίες τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Όλο το σύνολο των ερευνών προέρχονταν από την Βόρεια Αμερική (ΗΠΑ και Καναδά). Οι μελέτες που παρουσιάστηκαν ήταν όλες ποσοτικές (Riley et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010, Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011) με τη χρήση ερωτηματολογίων και με τηλεφωνική συνέντευξη (Riley et al, 2010). Στο σύνολό τους οι πέντε μελέτες ήταν συγχρονικές μελέτες (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011) οι οποίες έχουν το ίδιο δείγμα και το ίδιο εργαλείο μέτρησης, ενώ οι υπόλοιπες τρεις προοπτικές (Riley et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010). Οι πίνακες συνοψίζουν κατά χρονολογική σειρά δημοσίευσης τα βασικά χαρακτηριστικά και ευρήματα των μελετών (ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής, δείγμα και δειγματοληψία, σκοπός, είδος μελέτης, εργαλεία μέτρησης, κύριες μεταβλητές, κύρια ευρήματα).

Στις πλείστες έρευνες (n=5) ο σκοπός αφορούσε την διερεύνηση της σωματικής κακοποίηση στην παιδική ηλικία, ενώ στις υπόλοιπες αφορούσε την διερεύνηση της σεξουαλικής και σωματικής παιδικής και εφηβικής κακοποίησης. Από το σύνολο των ερευνών οι 5 έρευνες διερευνούσαν την σωματική παιδική κακοποίηση (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011) ενώ οι υπόλοιπες 3 (Riley et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010) διερευνούσαν σωματική και σεξουαλική παιδική και εφηβική κακοποίηση.

Τα άτομα που έχουν κακοποιηθεί σωματικά και σεξουαλικά στην παιδική και εφηβική τους ηλικία, όταν ενηλικιωθούν μπορεί να προκύψουν προβλήματα όσο αφορά την υγεία τους (Βελίκης και συν, 2009). Παρακάτω αναλύονται σύμφωνα με τις έρευνες τα αποτελέσματα που προέκυψαν αλλά και κύριοι συγχυτικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διαμορφώσουν διαφορετικά τα αποτελέσματα.

4.1 Επιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων ατόμων

Σύμφωνα με την έρευνα των Fuller-Thomson and Brennenstuhl, (2009), που διεξήχθη στον Καναδά με αντιπροσωπευτικό δείγμα 13,092 γυναικών και ανδρών υπάρχει σημαντική και σταθερή σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και καρκίνου. Άτομα που ανέφεραν παιδική σωματική κακοποίηση είχαν 49% (OR: 1,49) υψηλότερες πιθανότητες να έχουν μια διάγνωση καρκίνου σε σύγκριση με εκείνους που δεν δήλωσαν πως υπέστησαν κακοποίηση. Ο σχετικός λόγος μειώθηκε μόνο ελαφρώς στο 1,47 όταν το μοντέλο προσαρμόστηκε για όλες τις 3 ομάδες παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένων των παιδικών στρεσογόνων παραγόντων (οι γονιοί ήταν άνεργοι για αρκετό διάστημα, οι γονιοί ήταν εξαρτημένοι από αλκοόλ/ναρκωτικά και διαζύγιο γονιών), των ενηλίκων συμπεριφορών (ΔΜΣ, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και επίπεδο φυσικής δραστηριότητας) και της ενήλικης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (εκπαίδευση και εισόδημα). Με την προσαρμογή για κάθε ομάδα ξεχωριστά μαζί με την ηλικία, φύλο και φυλή οι πιθανότητες καρκίνου ήταν OR:1,52 για τους παιδικούς στρεσογόνους παράγοντες, OR:1,41 για ενήλικες συμπεριφορές υγείας και OR:1,47 για την ενήλικη κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Την ίδια χρονολογία και στην ίδια χώρα διεξαγωγής με δείγμα 13,089 βρέθηκε ότι η εμφάνιση της ημικρανίας ήταν σχεδόν διπλάσια, σε όσους δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση σε σχέση με τους υπόλοιπους, 17,9% έναντι 8,8%. Ο σχετικός λόγος για την ημικρανία σε όσους είχαν κακοποιηθεί σωματικά ως παιδιά σε σύγκριση με όσους δεν είχαν κακοποιηθεί ήταν 2,27. Όταν ρυθμιζόταν η ηλικία, το φύλο και η φυλή μειωνόταν στο OR:1,77. Για όσους είχαν κακοποιηθεί OR αυξήθηκε στο 1,82 όταν συμπεριλήφθησαν και οι αντίξοες συνθήκες. Η ρύθμιση της ενήλικης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης απέδωσε μείωση στον OR στο 1,68 ενώ στην ρύθμιση των ενήλικων συμπεριφορών υγείας (ΔΜΣ, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και επίπεδο φυσικής δραστηριότητας), οι πιθανότητες ήταν 1,77. Ο σχετικός λόγος μειώθηκε στο 1,57 για όσους είχαν κακοποιηθεί όταν συμπεριλήφθησαν οι ενήλικοι στρεσογόνοι παράγοντες στην ανάλυση και στο OR:1,47 όταν έγινε η ρύθμιση για τις διαταραχές άγχους και διάθεσης. Όταν συμπεριλήφθησαν όλες οι πιο πάνω μεταβλητές στο τελικό μοντέλο έχουμε OR:1,36 αν και είναι μειωμένοι παραμένουν σημαντικοί.

Στην διερεύνηση αν υπάρχει σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και της οστεοαρθρίτιδας, οι Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, (2009), βρήκαν ότι το 10,1% του δείγματος των 11,108 δήλωσε πως είχε ΟΑ διαγνωσμένο από κάποιο

επαγγελματία υγείας και το 6,9% δήλωσε ιστορικό παιδικής σωματικής κακοποίησης. Σε σύγκριση με τα άτομα που δεν δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση, εκείνοι που δήλωσαν είχαν 1,99 μεγαλύτερες πιθανότητες να διαγνωστούν με ΟΑ μετά την προσαρμογή ανά ηλικία, φύλο, φυλή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η προσαρμογή για κάθε μια από τις 3 ομάδες παραγόντων κινδύνου ξεχωριστά μείωσε το μέγεθος της σχέσης αλλά δεν το κατέστησε μη σημαντικό (παιδικοί στρεσογόνοι παράγοντες OR:1,73, ενήλικες συμπεριφορές υγείας OR:1,84 και διαταραχές διάθεσης OR:1,89). Οι προσαρμογές που έγιναν και για τα 3 μοντέλα ταυτόχρονα οι πιθανότητες διάγνωσης ΟΑ παρέμειναν σημαντικές OR:1,56 παρότι ήταν ελαττωμένες συγκριτικά με το αρχικό μοντέλο.

Στην συγχρονική μελέτη των Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, (2010), με αντιπροσωπευτικό δείγμα 13,093 άνδρες και γυναίκες, έχει διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και τις καρδιακές παθήσεις των ενηλίκων. Τα ευρήματα ήταν ότι τα άτομα που ανέφεραν σωματική κακοποίηση ως παιδιά είχαν 57% υψηλότερες πιθανότητες να έχουν διαγνωστεί με καρδιακή νόσο σε σύγκριση με εκείνους που δεν ανέφεραν κακοποίηση. Το ποσοστό μειώθηκε σε 45% όταν έλαβαν υπόψη παράγοντες κινδύνου για καρδιακή νόσο περιλαμβάνοντας: παιδικούς παράγοντες άγχους, ενήλικες συμπεριφορές κινδύνου υγείας, ενήλικους παράγοντες άγχους, κατάθλιψη, και υψηλή πίεση του αίματος.

Τέλος, στην μελέτη του Fuller-Thomson et al, (2011), που διεξήχθη στον Καναδά βρέθηκε ότι τα άτομα που ανέφεραν σωματική κακοποίηση βρέθηκε να έχουν περισσότερο από διπλάσια εμφάνιση έλκους σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση 6.6% έναντι 2.7%. Για όσους δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση σε σύγκριση με εκείνους που δεν δήλωσαν κακοποίηση, ο σχετικός λόγος διάγνωσης για πεπτικό έλκος ήταν 2,87 με βάση μόνο την ηλικία, την φυλή, και το φύλο.

4.2 Επιπτώσεις σεξουαλικά και σωματικά κακοποιημένων ατόμων

Στις ΗΠΑ, ο Riley et al, (2010), σε μια προοπτική μελέτη, με δείγμα 68,505 νοσηλευτριών, διερεύνησε τη σχέση μεταξύ στην έκθεση της σωματικής και σεξουαλικής παιδικής και εφηβικής κακοποίησης και του κινδύνου ανάπτυξης υπέρτασης. Η σωματική κακοποίηση κυμαινόταν από 6% αυξημένο κίνδυνο μεταξύ εκείνων που δήλωσαν ήπια

προς μέτρια σωματική κακοποίηση και 27% αυξημένο κίνδυνο μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν σοβαρή σωματική κακοποίηση. Αξιολογήθηκε ότι η σεξουαλική κακοποίηση έχει μια δοσοεξαρτώμενη σχέση με τον κίνδυνο ενήλικης υπέρτασης (φυλή και φύλο) από 5% καταναγκαστικά σεξουαλικά αγγίγματα μέχρι το 47% καταναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα. Οι γυναίκες που δήλωσαν έκθεση σε βία ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν τσιγάρα, είχαν ελάχιστο αυξημένο ΔΜΣ. Όσο αφορά τις προσαρμογές του καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, την διαβάθμιση του σωματογράμματος, την άσκηση και την χρήση αντισυλληπτικών χαπιών δεν επηρέασαν τις εκτιμήσεις του κινδύνου που σχετίζονται με την υπέρταση. Ο ΔΜΣ εξασθένησε τις συσχετίσεις της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης, με τον κίνδυνο ενήλικης υπέρτασης. Επίσης συνδύασαν μαζί σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, για τον κίνδυνο υπέρτασης. Σε σύγκριση με γυναίκες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση, ο κίνδυνος υπέρτασης (προσαρμοσμένος κατά ηλικία και φυλή) υψωνόταν με ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο, από 4% μεταξύ γυναικών που δήλωσαν κακοποίηση Δεύτερου Βαθμού, μέχρι 59% μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν κακοποίηση Έκτου Βαθμού. Η προσαρμογή του ΔΜΣ εξασθένησε τις εκτιμήσεις σημαντικά, με τον αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης να παραμένει σημαντικός μόνο για τον Πέμπτο Βαθμό 16% και τον Έκτο Βαθμό 28% σωρευτικής κακοποίησης. Ο ενήλικος ΔΜΣ αντιπροσώπευε το 48% της συσχέτισης μεταξύ σοβαρής σωματικής κακοποίησης και υπέρτασης και το 60% της συσχέτισης μεταξύ σοβαρής σεξουαλικής κακοποίησης και υπέρτασης. Οι επιδράσεις του ΔΜΣ πάνω στην σωρευτική κακοποίηση και τον κίνδυνο υπέρτασης ήταν παρόμοιες, αντιπροσωπεύοντας το 59% της συσχέτισης μεταξύ σωρευτικής κακοποίησης τρίτου έως έκτου βαθμού και υπέρτασης.

Η έκθεση σε σεξουαλική και σωματική κακοποίηση στην παιδική και εφηβική ηλικία διερευνήθηκε αν συνδέεται με την επίπτωση της ασθένειας των ινομυωμάτων από Boynton-Jarrett et al, (2010). Βρέθηκε ότι η σοβαρότητα και χρονιότητα των παιδιών και εφήβων στην σεξουαλική και σωματική κακοποίηση συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ινομυωμάτων μεταξύ προεμμηνόπαυσιακών γυναικών. Ταυτόχρονη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση συσχετίστηκαν θετικά με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ινομυωμάτων της μήτρας. Πολλοί δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για ινομυώματα ήταν τουλάχιστον ελαφρώς αυξημένοι μεταξύ των γυναικών που είχαν αντιμετωπίσει κακοποίηση που είναι αυξημένο ΔΜΣ, πίεση του αίματος και κίνδυνος υπέρτασης όπως και μικρότερη ηλικία εμμηναρχής ≤ 11 χρονών και πρώτου τοκετού ≤ 24 χρονών. Επίσης οι

γυναίκες με κακοποίηση ήταν πιθανότερο να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια πριν την ηλικία των 17.

Με στόχο να διερευνηθεί η σχέση της παιδικής και εφηβικής σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης με την ανάπτυξη διαβήτη στους ενήλικες, διεξήχθη από τον Rich-Edwards et al, (2010) στις ΗΠΑ, μια προοπτική μελέτη με 68,853 γυναίκες. Σεξουαλικό ανεπιθύμητο άγγιγμα ως παιδί ή ως έφηβος είχε αυξημένο κίνδυνο διαβήτη 16%. Όταν έχει βιώσει καταναγκαστική επαφή μία ή επανειλημμένες φορές είχαν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη κατά 34-69%. Τα περισσότερα κορίτσια που αντιμετώπισαν σεξουαλική κακοποίηση υπέφεραν επίσης από σωματική κακοποίηση. Μεταξύ των σεξουαλικών κακοποιημένων κοριτσιών που δεν αντιμετώπισαν σεξουαλική κακοποίηση υπήρχε ένας αυξημένος κίνδυνος διαβήτη κατά 56% που είχε σύνδεση με την καταναγκαστική σεξουαλική επαφή περισσότερες από μία φορές αλλά δεν υπήρχαν διασυνδέσεις μεταξύ των σεξουαλικών αγγιγμάτων ή του απομονωμένου επεισοδίου καταναγκαστικής σεξουαλικής επαφής με το διαβήτη. Βρέθηκε ότι ήπια σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ΣΔ. Μέτρια και σοβαρή σωματική κακοποίηση, συνδέθηκαν με 26%-54% υψηλότερο κίνδυνο διαβήτη. Όταν έχει υποστεί σωματική αλλά και σεξουαλική κακοποίηση ταυτόχρονα έχει μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη. Μέχρι το τέλος της εφηβείας, τα κακοποιημένα κορίτσια είχαν υψηλότερο ΔΜΣ από τα κορίτσια που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση (στην ηλικία των 18 ετών, η σοβαρή σωματική κακοποίηση ήταν συνδεδεμένη με ένα ΔΜΣ που ήταν 0,09 τυπικές αποκλίσεις (SD) πιο υψηλός και οι επαλειμμένες σεξουαλικές κακοποιήσεις με ένα ΔΜΣ που ήταν 0,18 SD πιο υψηλός από τα μη κακοποιημένα κορίτσια ANOVA $p < 0,0001$). Υπήρχε συσχέτιση της σωματικής κακοποίησης με τον κίνδυνο για διαβήτη. Η ρύθμιση για την φυλή, την μητρική και πατρική εκπαίδευση, τον μητρικό και πατρικό διαβήτη και τον σωματότυπο στην ηλικία των 5 χρόνων εξασθένησε αυτές τις συσχετίσεις. Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση αλληλεπιδρούσαν σε μια πρόσθετη κλίμακα ($P=0.048$), αλλά όχι σε μια πολλαπλασιαστική κλίμακα ($p=0.59$ στον έλεγχο αλληλεπίδρασης) φανερώνοντας ότι ο απόλυτος, αλλά όχι ο σχετικός, κίνδυνος για διαβήτη ήταν πιο υψηλός μεταξύ των γυναικών που είχαν αντιμετωπίσει και τις δύο μορφές κακοποίησης σε σχέση με το αναμενόμενο ως προς τις συνέπειες είτε μόνο της σεξουαλικής είτε μόνο της σωματικής κακοποίησης.

4.3 Μεθοδολογικά προβλήματα και περιορισμοί ερευνών

Οι έρευνες είχαν ένα περιεκτικό και σαφή τίτλο που υποδήλωναν το πρόβλημα, εκτός από 4 οι οποίες είχαν επεκταθεί περισσότερο (Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011).

Στην περίληψη των ερευνών όλες περιλάμβαναν σκοπό, υλικό και μέθοδο, τα κύρια αποτελέσματα και τα συμπεράσματα, χωρίς να επεκτείνονται σε λεπτομέρειες εκτός από μία (Riley et al, 2010) η οποία στα συμπεράσματα αναφέρει επιπλέον πληροφορίες. Η έρευνα του Fuller-Thomson et al, (2011) περιλαμβάνει όλες τις πληροφορίες, αλλά δεν τις χωρίζει στην κάθε ενότητα ξεχωριστά, αλλά παρουσιάζονται όλα σε μια παράγραφο.

Στην εισαγωγή το σύνολο των ερευνών διατυπώνουν το πρόβλημα, αλλά καμία έρευνα δεν αναφέρει αν αυτό είναι σημαντικό ή αν σχετίζεται ή αν συνεισφέρει στην νοσηλευτική. Γίνεται αναφορά του σκοπού από όλες τις έρευνες. Επεκτείνονται πολύ στις κύριες μεταβλητές, συσχυτικούς παράγοντες που συσχετίζονται με το σκοπό της έρευνας εκτός από 2 μελέτες (Riley et al, 2010 και Rich-Edwards et al, 2010) οι οποίες κάνουν αναφορά σε πιο συγκεκριμένα στοιχεία. Οι εννοιολογικοί ορισμοί απουσιάζουν από τις περισσότερες μελέτες (Riley et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010, Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010). Μόνος σε δύο μελέτες γίνεται αναφορά μόνο των παθήσεων που ερευνούν (Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Boynton-Jarrett et al, 2010), ΟΑ και ινομυώματα αντίστοιχα, ενώ στο πεπτικό έλκος γίνεται μια μικρή αναφορά (Fuller-Thomson et al, 2011) και καμία για τους ορισμούς της σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης. Επίσης χρησιμοποιούν επαρκές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που είναι σχετικές με το θέμα, σε συνδυασμό πρόσφατων αλλά και παλαιότερων.

Συνεχίζοντας με τον σχεδιασμό, σε καμιά από τις μελέτες δεν είναι σαφής, ξεκάθαρος και ούτε ονομάζεται, μόνο σε αυτές τις έρευνες είναι λίγο πιο ικανοποιητικός σε θέμα σχεδιασμού (Riley et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010). Το περιβάλλον που έγινε η έρευνα και η λήψη μέτρων για προστασία δικαιωμάτων των

συμμετεχόντων δεν αναφέρονται σε καμιά μελέτη, ούτε αν ενημερώθηκαν πριν δοθούν τα ερωτηματολόγια. Για την απόκτηση άδειας για την διενέργεια της έρευνας γίνεται αναφορά μόνο σε 2 μελέτες (Boynton-Jarrett et al, 2010 και Riley et al, 2010). Στις έρευνες (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011) χρησιμοποιείται στρωματοποιημένη δειγματοληψία ενώ στις υπόλοιπες δεν αναφέρεται ο τρόπος. Πληροφορίες για διαφυγή υποκειμένων ή άρνησης συμμετοχής υπήρχαν σε όλες τις έρευνες, όπως και οι περιγραφές για τα χαρακτηριστικά του δείγματος και αποκλεισμού τους. Τα εργαλεία μέτρησης των ερευνών περιγράφονται ικανοποιητικά. Αναφορά στην αξιοπιστία γίνεται μόνο στην έρευνα (Boynton-Jarrett et al, 2010) και εγκυρότητας (Rich-Edwards et al, 2010). Σε καμιά έρευνα δεν αναφέρεται αν τα άτομα που συνέλεξαν τα δεδομένα είχαν εκπαιδευτεί. Επίσης το πώς και πότε ακριβώς έγινε η συλλογή των δεδομένων αναφέρεται στις μελέτες (Rich-Edwards et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Riley et al, 2010) στις υπόλοιπες αναφέρεται μόνο το πότε διεξήχθη η έρευνα. Στις έρευνες (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et a, 2011) δεν αναφέρονται στον τρόπο που δόθηκαν τα ερωτηματολόγια. Ακόμα δεν έγινε από καμία έρευνα, υπολογισμός του δείγματος με ανάλυση ισχύος. Από τις μελέτες (Rich-Edwards et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010) αναφέρεται απλώς ποια στατιστική δοκιμασία επιλέγηκε χωρίς όμως να αιτιολογείται η επιλογή της, ούτε αν τηρούνται οι προϋποθέσεις εφαρμογής της.

Σχετικά με τα αποτελέσματα ο τίτλος και οι πληροφορίες στους πίνακες είναι επαρκείς. Τα αποτελέσματα για τα ινομύματα (Boynton-Jarrett et al, 2010), παρουσιάζονται μη επαρκώς για το αρχικό δείγμα της έρευνας, αλλά παρουσιάζει πιο λεπτομερώς τα αποτελέσματα από τη συνέχιση της παρακολούθησης των γυναικών για ανάπτυξη ινομυμάτων και το σύνολο του δείγματος στον πίνακα δεν συνάδει με το σύνολο του δείγματος της μελέτης. Υπάρχει λογική συνέχεια στην περιγραφή τους και βρίσκονται σε αντιστοιχία με τις σκοπούς και τις υποθέσεις.

Τέλος στην συζήτηση όλες οι μελέτες βασίζονται στα αποτελέσματα τους και γίνεται σύγκριση και αναφορά με άλλες έρευνες. Οι 6 έρευνες αναφέρουν τους περιορισμούς διεξαγωγής της μελέτης τους (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-

Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011, Boynton-Jarrett et al, 2010). Επίσης στην συζήτησή τους υπάρχει πρόταση για μελλοντική έρευνα (Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009 ,Boynton-Jarrett et al. 2010, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011).

4.4 Παρουσίαση Ποσοτικών Μελετών

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009. Καναδάς.	13,092 γυναίκες και άνδρες, 12 ετών και άνω από τις Καναδικές επαρχίες Manitoba και Saskatchewan. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία.	Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνήσει τη σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίηση και τον καρκίνο.	Συγχρονική μελέτη.	Ηλικία, φύλο, φυλή, κάπνισμα, παχυσαρκία – ΔΜΣ, σωματικά επίπεδα άσκησης, κατανάλωση αλκοόλ, στρες στην παιδική ηλικία.	Ερωτηματολόγιο: Canadian Community Health Survey του 2005 (5 λογαριθμικές αναλύσεις), που διεξήχθη από Statistics Canada.	Σημαντική και σταθερή σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και καρκίνου. Άτομα που ανέφεραν παιδική σωματική κακοποίηση είχαν 49% υψηλότερες πιθανότητες να έχουν μια διάγνωση καρκίνου σε σύγκριση με εκείνους που δεν δήλωσαν πως υπέστησαν κακοποίηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009. Καναδάς.	13,089 άνδρες και γυναίκες, 12 ετών και άνω από τις Καναδικές επαρχίες Manitoba και Saskatchewan. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία.	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και της ημικρανίας.	Συγχρονική μελέτη.	Ηλικία, φύλο, φυλή, αντίξοες παιδικές συνθήκες, ενήλικες κοινωνικοοικονομικές ενδείξεις, ΔΜΣ, επίπεδο σωματικής άσκησης, κάπνισμα, αλκοόλ, ενήλικοι στρεσογόνοι παράγοντες, ιστορικό σωματικών συνθηκών υγείας, ιστορικό διαταραχών διάθεσης και/ή αγχωδών διαταραχών.	Ερωτηματολόγιο: Canadian Community Health Survey του 2005 (8 διαδοχικές δυικές λογαριθμικές αναλύσεις) που διεξήχθη από Statistics Canada.	Η εμφάνιση της ημικρανίας ήταν σχεδόν διπλάσια σε όσους δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση σε σχέση με τους υπόλοιπους(17,9% έναντι 8,8%)

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009. Καναδάς.	11,108 γυναίκες και άνδρες, 12 ετών και άνω από τις Καναδικές επαρχίες Manitoba και Saskatchewan. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία.	Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και της οστεοαρθρίτιδας.	Συγχρονική μελέτη.	Ηλικία, φύλο, φυλή, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, παιδικοί στρεσογόνοι παράγοντες, ΔΜΣ, κάπνισμα, αλκοόλ, επίπεδα σωματικής άσκησης, διαταραχές διάθεσης.	Ερωτηματολόγιο: Canadian Community Health Survey του 2005 (5 διαδοχικές λογαριθμικές αναλύσεις), που διεξήχθη από Statistics Canada.	Το 10,1% των 11,108 δήλωσε πως είχε οστεοαρθρίτιδα διαγνωσμένα από κάποιον επαγγελματία υγείας και το 6,9% δήλωσε ιστορικό παιδικής σωματικής κακοποίησης. Σε σύγκριση με τα άτομα που δεν δήλωσαν κακοποίηση, εκείνοι που δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση είχαν 1.99 μεγαλύτερες πιθανότητες να διαγνωστούν με ΟΑ, μετά την προσαρμογή ανά ηλικία, φύλο, φυλή και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση μόνο.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010. Καναδάς.	13,093 άνδρες και γυναίκες, 12 ετών και άνω από τις Καναδικές επαρχίες Manitoba και Saskatchewan. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία.	Είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της παιδικής σωματικής κακοποίησης και τις καρδιακές παθήσεις των ενηλίκων.	Συγχρονική μελέτη.	Παιδική ηλικία, φύλο, φυλή, ηλικία, παράγοντες άγχους, ΔΜΣ, κάπνισμα, αλκοόλ, επίπεδα σωματικής άσκησης, παράγοντες άγχους κατά την ενήλικη ζωή (μορφωτικό επίπεδο, καθημερινά επίπεδα άγχους και διάγνωση διαβήτη), ιστορικό διαταραχών διάθεσης, υψηλή πίεση αίματος.	Ερωτηματολόγιο: Canadian Community Health Survey του 2005 (7 λογαριθμικές αναλύσεις), που διεξήχθη από Statistics Canada.	Τα άτομα που ανάφεραν σωματική κακοποίηση ως παιδιά είχαν 57 % υψηλότερες πιθανότητες να έχουν διαγνωστεί με καρδιακή νόσο σε σύγκριση με εκείνους που δεν αναφέρουν κακοποίηση μετά τις προσαρμογές για την ηλικία, φύλο και φυλή.

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Riley et al, 2010. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.	Να αξιολογήσει τη σχέση ανάμεσα στην έκθεση της σωματικής και σεξουαλικής παιδικής-εφηβικής κακοποίησης και τον κίνδυνο ανάπτυξη υπέρτασης.	68,505 νοσηλεύτριες γυναίκες ηλικίας 25-44 ετών. Τυχαίο δείγμα.	Προοπτική μελέτη κοορτής.	Φυλή/εθνικότητα. Υπολογίστηκε η κατανάλωση αλκοόλ σε γραμμάρια κατανάλωσης ανά ημέρα. Η άσκηση ανά εβδομάδα. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m ²). Διαβαθμισμένο σωματόγραμμα της παιδικής ηλικίας με βάση εννέα γυναικείους τύπους σώματος. Οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης. Το κάπνισμα, η ηλικία και η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.	Ανά διατροφή ταχυδρόμηση ερωτηματολογίων που συμπεριλάμβαναν (συμπεριφορά, κοινωνικό-δημογραφικά, συνοσηρότητα και διατροφολογικούς τομείς). Το 2001, ταχυδρομήθηκε ερωτηματολόγιο για τη βία, που καλύπτει 3 περιόδους: την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Αξιολόγηση μέσω μιας προσαρμογής της αναθεωρημένης Κλίμακας Τακτικών Συγκρούσεων. Εθνική τηλεφωνική έρευνα για σεξουαλική κακοποίηση που έγινε από την Gallup Organization το 1995 (ερωτήσεις για καταναγκαστικά σεξουαλικά αγγίγματα/ δραστηριότητα).	Η σεξουαλική κακοποίηση, έχει μια δόσοεξαρτώμενη σχέση με τον κίνδυνο ενήλικης υπέρτασης(ηλικία/φυλή) από 5% καταναγκαστικά σεξουαλικά αγγίγματα μέχρι το 47% καταναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα. Σωματική κακοποίηση κυμαινόταν από 6% αυξημένο κίνδυνο μεταξύ εκείνων που δήλωσαν ήπια προς μέτρια σωματική κακοποίηση και 27% αυξημένο κίνδυνο μεταξύ των γυναικών που

					<p>Δημιούργησαν δείκτη σωρευτικής κακοποίησης που συνδύαζε τις υποκατηγορίες σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης κατά τις περιόδους της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας. Διάγνωση της υπέρτασης από γιατρό αυτοδηλώνοταν ανά διατία.</p> <p>Το μοντέλο αναλογικών κινδύνων του Cox χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστούν οι λόγοι κινδύνων και το 95% ΔΕ για την σχέση μεταξύ κακοποίησης και υπέρτασης.</p>	<p>δήλωσαν σοβαρή σωματική κακοποίηση.</p>
--	--	--	--	--	--	--

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Boynton-Jarrett et al, 2010. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.	Η έκθεση σε σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική και εφηβική ηλικία αν θα πρέπει να συνδέεται με την επίπτωση της ασθένειας των ινομυωμάτων	60.615 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 25-44 ετών. Τυχαίο δείγμα από το υπουργείο υγείας.	Προοπτική μελέτη κοορτής.	Συμπεριλαμβάνεται η ηλικία, ΔΜΣ, η ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό και τον αριθμό παιδιών. Συγχυτικοί παράγοντες: ηλικία (μήνες), χρονικό διάστημα (μήνες), φυλή/εθνικότητα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση κατά την παιδική ηλικία, ηλικία της εμμηναρχής, ηλικία της πρώτης χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών, ΔΜΣ(kg/m ²), διαστολική πίεση του αίματος, ιστορικό, υπογονιμότητας και κανονικότητα έμμηνης ρύσης.	Ανά διαίτα με ερωτηματολόγια σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας και εμφάνισης της ασθένειας. Ερωτηματολόγιο σχετικά με την έκθεση στη Βία, 2001. Μέθοδοι ανίχνευσης διάγνωσης (πυελική εξέταση, υπέρηχος, υστερεκτομή). Οι παιδικές και εφηβικές εκθέσεις σε κακοποίηση υπολογίστηκαν με την χρήση αντικειμένων από το Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος	Η σοβαρότητα και χρονιότητα των παιδιών και εφήβων στη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ινομυωμάτων μεταξύ προεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Ταυτόχρονη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση συσχετίστηκαν θετικά με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ινομυωμάτων της μήτρας.

					(Cronbach alpha = 0.88), Αναθεωρημένη Κλίμακα Τακτικών Συγκρούσεων και την Έρευνα Σεξουαλικών Εμπειριών. Χρησιμοποίησαν κατανομές συχνότητας για τις κατηγορικές και t- test για τις συνεχείς μεταβλητές.	
--	--	--	--	--	---	--

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Rich-Edwards et al, 2010. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.	Να διερευνήσει την σχέση της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης με το διαβήτη των ενηλίκων.	67.853 γυναίκες, εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες, ηλικίας 25-42 ετών. Τυχαίο δείγμα.	Μελέτη κοορτής.	Εξέτασαν πιθανούς συσχετικούς παράγοντες πρώιμης της κακοποίησης: φυλής/εθνικότητα, ηλικία, του βάρους κατά την γέννηση και του γονεϊκού ιστορικού διαβήτη, της γονικής μόρφωσης και της ιδιοκτησίας κατοικίας όταν ο συμμετέχων ήταν βρέφος. Μεταβλητές μετά την εμπειρία της κακοποίησης: συμπεριλάμβαναν τον ενήλικο ΔΜΣ το κάπνισμα τσιγάρων, την κατανάλωση αλκοόλ.	Ανά διατία ταχυδρόμηση ερωτηματολογίων (εξέταζαν παράγοντες κινδύνου και την εμφάνιση ασθενειών). Όσες δήλωσαν διάγνωση διαβήτη έλαβαν ένα συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο (συμπτώματα, θεραπεία και αποτελέσματα διαγνωστικών ελέγχων). Επίσης έκαναν εξέταση ελέγχου και το 54% είχε κάνει έλεγχο της γλυκόζης του αίματος. Το 2001, ταχυδρομήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για τη βία με ερωτήσεις αντλημένες από Πρόγραμμα Αξιολόγησης Κακοποίησης McFarlane. Χρησιμοποίησαν μια ANOVA πολλαπλών μεταβλητών. Η παιδική και εφηβική	Μέτρια και σοβαρή σωματική κακοποίηση, συνδέθηκαν με 26%-54% υψηλότερο κίνδυνο διαβήτη. Σεξουαλικό ανεπιθύμητο άγγιγμα ως παιδιά ή ως έφηβος είχε αυξημένο κίνδυνο διαβήτη 16%. Όταν έχει βιώσει καταναγκαστική επαφή μία ή επανειλημμένες φορές είχαν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη κατά 34-69%.

					<p>σωματική βία αξιολογήθηκαν μέσω μιας προσαρμογής της αναθεωρημένης Κλίμακας Τακτικών Συγκρούσεων. Η παιδική και εφηβική σεξουαλική κακοποίηση υπολογίστηκε με ερωτήσεις σχετικά με τα ανεπιθύμητα σεξουαλικά αγγίγματα και την καταναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα, προσαρμοσμένες από μια εθνική έρευνα που έγινε το 1995. Λήφθηκε υπόψη η λυκειακή διατροφή (γλυκαιμικό φορτίο, γλυκαιμικός δείκτης, κατανάλωση ζωικού και φυτικού λίπους) από Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Τροφών.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Fuller-Thomson et al, 2011. Καναδάς.	13.069 ,12 ετών και άνω από τις Καναδικές επαρχίες Manitoba και Saskatchewan. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία.	Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει την σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και την παρουσία πεπτικών έλκων.	Συγχρονική μελέτη.	Φύλο, ηλικία, φυλή, παιδικοί στρεσογόνοι παράγοντες, ενήλικη κοινωνικό- οικονομική κατάσταση, ΔΜΣ, καπνιστικές συνήθειες, αλκοόλ, επίπεδο σωματικής άσκησης, ιστορικό διαταραχών διάθεσης και αγχώδους διαταραχής.	Ερωτηματολόγιο: Canadian Community Health Survey του 2005(7 διαδοχικές λογαριθμικές αναλύσεις), που διεξήχθη από Statistics Canada. Χρήση πίνακα «συντελεστή διακύμανσης» για να εντοπιστεί η σχετική αντί για την απόλυτη μέτρηση της μεταβλητότητας της δειγματοληψίας.	Τα άτομα που ανέφεραν σωματική κακοποίηση βρέθηκε να έχουν περισσότερο από διπλάσια εμφάνιση έλκους σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση (6.6% έναντι 2.7%). Για όσους δήλωσαν παιδική σωματική κακοποίηση σε σύγκριση με εκείνους που δεν δήλωσαν κακοποίηση, ο σχετικός λόγος διάγνωσης για πεπτικό έλκος ήταν 2.87 με βάση μόνο την ηλικία, την φυλή, και το φύλο.

5. Συζήτηση

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για την παιδική και εφηβική κακοποίηση και τις επιδράσεις στην υγεία, φάνηκε ότι επηρεάζει τα άτομα που είχαν υποστεί σεξουαλική και σωματική κακοποίηση. Άτομα που ανέφεραν παιδική σωματική κακοποίηση, είχαν υψηλότερες πιθανότητες να έχουν μια διάγνωση καρκίνου, καρδιακής νόσου, ΟΑ, ινομυώματων, διαβήτη τύπου 2, πεπτικό έλκος, ημικρανίες και υπέρταση. Επίσης άτομα που ανέφεραν παιδική και εφηβική σεξουαλική κακοποίηση είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2, ινομώματα και υπέρταση.

Συγκρίνοντας τις έρευνες μεταξύ τους, όλες είχαν ενδιάμεσα των κύριων μεταβλητών που διερευνούνταν, δηλαδή κακοποίησης και επιδράσεις, συγχυτικοί παράγοντες που τροποποιούσαν τα κύρια ευρήματα. Στα 5 άρθρα τα οποία αποτελούνταν από το ίδιο δείγμα, στην ίδια χώρα και είχαν ίδιο εργαλείο μέτρησης (Fuller-Thomson and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Baker and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Stefanyk and Brennenstuhl, 2009, Fuller-Thomson, Brennenstuhl and Frank, 2010, Fuller-Thomson et al, 2011), τα αποτελέσματα προσαρμόστηκαν με βάση την ηλικία, φύλο, φυλή. Από σωματική κακοποίηση είχαν 1,49 μεγαλύτερες πιθανότητες να διαγνωστούν με καρκίνο, 2,87 για διάγνωση πεπτικού έλκους, 1,57 πιθανότητες εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, 2,27 πιθανότητες διάγνωσης ημικρανιών και 1,99 να διαγνωστούν με ΟΑ μετά την προσαρμογή ηλικία, φύλο, φυλή και επιπλέον σε αυτήν την μελέτη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σε έρευνα αποδείχτηκε ότι η σωματική κακοποίηση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιακής νόσου, λόγω του ότι η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη είναι πάνω από το φυσιολογικό, γεγονός που υποδηλώνει κίνδυνο για καρδιακή νόσο (Widom et al, 2012). Στην ίδια έρευνα αποδείχτηκε ότι η παιδική κακοποίηση έχει ως αποτέλεσμα χαμηλό γλυκαιμικό έλεγχο με αποτέλεσμα τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη (Widom et al, 2012). Μέσα από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος από σωματικής κακοποίησης είναι η διάγνωση πεπτικού έλκους και ο μικρότερος κίνδυνος η διάγνωση καρκίνου.

Στην συνέχεια μέσα από τις υπόλοιπες 3 μελέτες που είχαν διαφορετικό δείγμα βρέθηκε ότι από ήπια σωματική κακοποίηση υπήρχαν 1,06 πιθανότητες να διαγνωστούν με υπέρταση, από σοβαρή σωματική κακοποίηση 1,27 πιθανότητες με την προσαρμογή της ηλικίας και της φυλής, ενώ σε άλλη μελέτη μέτρια και σοβαρή σωματική κακοποίηση, συνδέθηκαν με 1,26-1,54 υψηλότερο κίνδυνο διαβήτη με την προσαρμογή της ηλικίας, φυλής, σωματότυπο στα 5 χρόνια ζωής, γονική εκπαίδευση και διαβήτη γονιών. Τέλος

φαίνεται ότι η σωματική κακοποίηση επηρεάζει και στην απόκτηση ινομυωμάτων όμως δεν αναφέρει ξεκάθαρα τις πιθανότητες. Στην σεξουαλική κακοποίηση είχαν 1,05 αυξημένο κίνδυνο συνδεδεμένο με τα καταναγκαστικά σεξουαλικά αγγίγματα 1,47 με καταναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα ως παιδί και ως έφηβος για ανάπτυξη της υπέρτασης, ενώ για αυξημένο κίνδυνο διαβήτη έχουν 1,16 πιθανότητες και όσες είχαν αντιμετωπίσει καταναγκαστική σεξουαλική επαφή μία ή πολλές φορές είχαν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη κατά 1,34 έως 1,69 πιθανότητες.

Η διαφορά μεταξύ των ερευνών είναι ότι στις 3 τελευταίες (Riley et al, 2010, Boynton-Jarrett et al, 2010, Rich-Edwards et al, 2010), διαχωρίζουν την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση σε βαθμούς και δεν προσαρμόζουν τα αποτελέσματα μόνο με φυλή, φύλο και ηλικία. Όταν όμως στις έρευνες προσαρμόστηκαν και οι συγχυτικοί παράγοντες όπως οι ενήλικες συμπεριφορές υγείας (ΔΜΣ, κάπνισμα, αλκοόλ και επίπεδα φυσικής άσκησης), τα αποτελέσματα διαμορφώθηκαν.

Ο κίνδυνος καρκίνου μειώθηκε από 1,49 σε 1,41 πιθανότητες μετά την προσαρμογή των ενήλικων συμπεριφορών υγείας, ενώ στο πεπτικό έλκος μειώθηκε περισσότερο, στις 2,66 πιθανότητες. Στις καρδιακές παθήσεις από την προσαρμογή των ενήλικων συμπεριφορών υγείας οι πιθανότητες από 1,57 μειώθηκε σε 1,5 ενώ στην ημικρανία δεν άλλαξαν οι πιθανότητες από την ρύθμιση των ενήλικων συμπεριφορών υγείας. Τέλος στην ΟΑ ο σχετικός κίνδυνος μειώθηκε στο 1,84 από την ρύθμιση των ενήλικων συμπεριφορών υγείας. Στην υπέρταση ο μόνος παράγοντας που εξασθένησε τις συσχετίσεις της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης ήταν ο ΔΜΣ, μόνο η σοβαρή σωματική κακοποίηση και η καταναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα παρέμειναν στατιστικά σημαντικές αυξήσεις με τον κίνδυνο υπέρτασης. Μέσα από την έρευνα των Bentley and Widom (2009) φαίνεται ότι η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία έχει ως αποτέλεσμα σημαντικά υψηλότερο ΔΜΣ στην ενήλικη ζωή. Στον διαβήτη τύπου 2, μόνο η επανειλημμένη σεξουαλική επαφή 1,28 και η μέτρια 1,12 και σοβαρή 1,21 σωματική κακοποίηση παρέμειναν σημαντικά μετά την προσαρμογή του ΔΜΣ, καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ. Μέσα από τις έρευνες που μελετήθηκαν έχουν ομοιότητες στο ότι, οι ενήλικες συμπεριφορές υγείας είναι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις συσχετίσεις μεταξύ κακοποίησης και επιδράσεις στην υγεία.

Σύμφωνα από άλλες έρευνες φάνηκε ότι η παιδική κακοποίηση έχει ως συνέπεια, τα θύματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης να έχουν διπλάσιες πιθανότητες να

αναφέρουν ένα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα και 3 φορές περισσότερο πιθανό να αναφέρουν, περισσότερα από 1 τύπο του Σεξουαλικά Μεταδιδόμενου Νοσήματος (Wilson and Widom, 2009). Επίσης η παιδική κακοποίηση σύμφωνα με Goodwin and Wamboldt (2011), συνδέεται με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα αναπνευστικής νόσου κατά την ενήλικη ζωή, όμως δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές και το κάπνισμα συμβάλλουν ουσιαστικά στη συσχέτιση αυτή. Η σωματική κακοποίηση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για υποσιτισμού (Widom et al, 2012). Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι σεξουαλική κακοποίηση δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά για ηπατίτιδα C, HIV και προβλήματα στην στοματική υγεία, αλλά μια σημαντική αύξηση του κινδύνου για υποσιτισμό.

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έχουν κλινική σημασία, διότι είναι ξεκάθαρο και τεκμηριωμένο μέσα από τις έρευνες, ότι η παιδική και εφηβική κακοποίηση έχουν πολύ σημαντικές επιδράσεις στην μετέπειτα ζωή των ατόμων. Όταν ένα άτομο διαγνωστεί από μια ασθένεια, από τις οποίες αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν είναι πάντα δεδομένο ότι οφείλονται παράγοντες όπως η κληρονομικότητα ή ο τρόπος ζωής. Πολύ πιθανό να είναι αρνητικές επιδράσεις της κακοποίησης. Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φάνηκε ότι η ερευνητική βιβλιογραφία επεκτείνεται περισσότερο στις ψυχικές επιδράσεις της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης, από ότι οι επιδράσεις στην σωματική υγεία των ατόμων.

6. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης

Το γεγονός ότι η παρούσα συστηματική ανασκόπηση περιορίστηκε στην Αγγλόφωνη και Ελληνόφωνη βιβλιογραφία, αποτελεί περιορισμό της εργασίας αφού δεν έχει διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν μελέτες δημοσιευμένες σε άλλη γλώσσα οι οποίες δεν εντοπίστηκαν. Επίσης με βάση τα κριτήρια επιλογής που τέθηκαν αποκλείστηκαν μελέτες οι οποίες μπορούσαν να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση. Ακόμη δεν βρέθηκαν ποιοτικές μελέτες που ίσως να παρατηρούσαμε διαφορετικά αποτελέσματα. Οι 5 μελέτες από τις 8 αποτελούνταν από το ίδιο δείγμα, το ίδιο εργαλείο μέτρησης και στην ίδια χώρα διεξαγωγής που αυτό επηρεάζει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και το ότι δεν μπορούν να γενικευτούν. Επίσης οι συγχυτικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα. Οι έρευνες δίνουν περισσότερο έμφαση στην σωματική κακοποίηση σε σχέση με τη σεξουαλική. Τέλος όλα τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν γίνεται αναφορά μόνο σε Αμερική και Καναδά.

7. Συμπεράσματα

Αν και είναι γνωστές οι επιπτώσεις της παιδικής και εφηβικής κακοποίησης που ήδη έχουν ερευνηθεί-καρκίνος, ινομυώματα, καρδιακές παθήσεις, διαβήτης τύπου 2, υπέρταση, πεπτικό έλκος, ημικρανίες και ΟΑ-εξακολουθεί να υπάρχει η ανάγκη για μεγαλύτερες και πιο σωστά μεθοδολογικά μελέτες ερευνώντας και άλλες πιθανές αρνητικές συνέπειες που μπορεί να προκαλεί η κακοποίηση.

Χρειάζονται μελλοντικές έρευνες που να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία αναγνώρισης της κακοποίησης και την σωστή αντιμετώπιση-παρέμβαση. Τα παιδιά που απειλούνται σε μεγάλο βαθμό από την κακοποίηση και νοσηλεύονται χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα λόγω κακοποίησης. Τα άτομα που είναι μαζί με τον ασθενή όλες τις ώρες της ημέρας είναι οι νοσηλευτές/τριες, έτσι είναι αναγκαίο να γνωρίζουν τη διαδικασία αναγνώρισης αλλά και τη σωστή αντιμετώπιση. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στο μείζον θέμα της κακοποίησης, εξετάζοντας έτσι με ιδιαίτερη προσοχή το σώμα του παιδιού. Πρέπει να διαπραγματεύονται την παιδική και εφηβική κακοποίηση αφού αφορά την σωματική και ψυχολογική παραβίαση της ατομικότητας του παιδιού.

Παρόλο που η παιδική και εφηβική κακοποίηση αποτελεί πρόβλημα της δημόσιας υγείας, αρκετά άτομα δεν δίνουν την απαραίτητη σημασία, κατανόηση και αποδοχή των σοβαρών επιδράσεων που επιφέρει. Στην Κύπρο τα τελευταία χρόνια άρχισαν να δίνουν οι αρμόδιοι την απαραίτητη σημασία, αλλά πρέπει να αναπτυχθούν και να πραγματοποιηθούν προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης για την κακοποίηση ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος. Μπορούν να τοποθετηθούν προγράμματα στα σχολεία με θέμα την κακοποίηση, να εξηγά στα παιδιά τι είναι η κακοποίηση και οι μορφές της, διότι λόγω το νεαρό της ηλικίας τους και της αγνοίας τους μπορεί να μην γνωρίζουν ότι έχουν υποστεί η εξακολουθούν να δέχονται κακοποίηση. Επίσης μπορεί να ανατεθεί σε εκπαιδευμένα άτομα, όπως κοινοτικούς νοσηλευτές να έχουν την άδεια, να επισκέπτονται σπίτια έτσι ώστε διερευνούν αν τυχόν υπάρχει κάποιο ύποπτο σημείο κακοποίησης.

Τέλος από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φάνηκε ότι τα δεδομένα για την παιδική και εφηβική κακοποίηση στην Ευρώπη είναι λιγοστά, έτσι είναι αναγκαίο να γίνουν μελέτες που να αναφέρονται στην κακοποίηση.

8. Βιβλιογραφικές Αναφορές

Afifi, T.O. et al., (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child abuse & neglect*, 33(3), pp.139–47.

Al Odhayani, A., Watson, W.J. & Watson, L., (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 59(8), pp.831–6.

Bentley, T. & Widom, C.S., (2009). A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(10), pp.1900–5.

Bonomi, A.E. et al., (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child abuse & neglect*, 32(7), pp.693–701.

Boynton-Jarrett, R. et al., (2011). Abuse in childhood and risk of uterine leiomyoma: the role of emotional support in biologic resilience. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 22(1), pp.6–14.

Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J., (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 32(6), pp.607–19.

Fuller-Thomson, E., Baker, T.M. & Brennenstuhl, S., (2010). Investigating the association between childhood physical abuse and migraine. *Headache*, 50(5), pp.749–60.

Fuller-Thomson, E. et al., (2011). Is childhood physical abuse associated with peptic ulcer disease? Findings from a population-based study. *Journal of interpersonal violence*, 26(16), pp.3225–47.

Fuller-Thomson, E. & Brennenstuhl, S., (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*, 115(14), pp.3341–50.

Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S. & Frank, J., (2010). The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample. *Child abuse & neglect*, 34(9), pp.689–98.

Fuller-Thomson, E., Stefanyk, M. & Brennenstuhl, S., (2009). The robust association between childhood physical abuse and osteoarthritis in adulthood: findings from a representative community sample. *Arthritis and rheumatism*, 61(11), pp.1554–62.

Gilbert, R. et al., (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), pp.68–81.

Goodwin, R.D. et al., (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American journal of public health*, 93(7), pp.1065–7.

Goodwin, R.D. & Stein, M.B., (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological medicine*, 34(3), pp.509–20.

Goodwin, R.D. & Wamboldt, F.S., (2012). Childhood physical abuse and respiratory disease in the community: the role of mental health and cigarette smoking. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14(1), pp.91–7.

Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D.L., (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *Journal of pediatric psychology*, 35(5), pp.450–61.

Jibril, J., (2012). Original article the child sexual abuse epidemic in addis ababa : some reflections on reported incidents, psychosocial consequences and implications Jibril Jemal. , 22(1).

Macmillan, H.L. et al., (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373(9659), pp.250–66.

Maniglio, R., (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma, violence & abuse*, 14(2), pp.96–112.

EH Riley, RJ Wright, HJ Jun, EN Hibert, and JW Rich-Edwards, (2010). Hypertension in Adult Survivors of Child Abuse: Observations from the Nurses' Health Study II.

- Min, M.O. et al., (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child abuse & neglect*, 37(6), pp.361–73.
- Norman, R. et al., (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9 (11)(e1001349), p.e1001349.
- Pereda, N. et al., (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), pp.328–38.
- Rich-edwards, J.W. et al.,(2011). Diabetes in Adult Women. , 39(6), pp.529–536.
- Teeuw, A.H. et al., (2012). Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *European journal of pediatrics*, 171(6), pp.877–85.
- Thompson, M.P., Kingree, J.B. & Desai, S., (2004). Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: data from a nationally representative survey. *American journal of public health*, 94(4), pp.599–604.
- Wegman, H.L. & Stetler, C., (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine*, 71(8), pp.805–12.
- Widom, C.S. et al., (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American journal of public health*, 102(6), pp.1135–44.
- Wilson, H.W. & Widom, C.S., (2009). Sexually transmitted diseases among adults who had been abused and neglected as children: a 30-year prospective study. *American journal of public health*, 99 Suppl 1, pp.S197–203.
- Βελίκης, Ιωάννης, Αναγνωστοπούλου, Τάνια & Μαστοράκου, Άννα, (2009). Σχέση Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης με Αλεξισυμία και Προβλήματα Υγείας σε Φοιτητές Πανεπιστημίου. , 48(3), pp.325–331.
- Χριστίνα, Ουζούνη et al., (2013). Το βήμα του Ασκληπιού ®. , 2.
- Εργασία, Ερευνητική et al., (2013). Εμπειρίες Βίας και Κακομεταχείρισης Νεαρών Ενηλίκων στο Χώρο του Σπιτιού. , 52(2), pp.223–233.