

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ



SAVE

2020-1-PL01-KA202-081643



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

WWW.PROJECTSAVE.EU

Δήλωση:

Αυτό το έργο έχει χρηματοδοτηθεί με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής / Πρόγραμμα Erasmus+. Αυτή η δημοσίευση αντικατοπτρίζει μόνο τις απόψεις των συγγραφέων και η Επιτροπή δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών που περιέχονται σε αυτήν.

Συγγραφείς:

Αυτό το έγγραφο έχει αναπτυχθεί από τη συνεργασία για το έργο SAVE

- PCG Polska Sp. z o.o. - Πολωνία (συντονιστής)
- VoiVa – Φιλανδία
- Anziani e non solo - Ιταλία
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Ιταλία
- Universidade do Minho – Πορτογαλία
- Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου – Κύπρος

Η ανάπτυξη αυτού του προϊόντος συντονίστηκε από τους Anziani e non solo και VoiVa.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	2
Εισαγωγή	3
Το έργο SAVE	3
Το Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα	3
Πώς να χρησιμοποιήσετε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα	5
Ενότητα 1–Εισαγωγή στην κακοποίηση ηλικιωμένων επιπολασμός, σημεία και συμπτώματα	1
Δομή της ενότητας	1
Θεωρητικό υπόβαθρο	2
Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης	3
Βιβλιογραφία	10
Ενότητα 2 – Ανίχνευση της κακοποίησης ηλικιωμένων	12
Δομή της ενότητας	12
Θεωρητικά περιεχόμενα	14
Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης	29
Βιβλιογραφία	5
Ενότητα 3 - Πώς γίνεται η ανίχνευση της κακοποίησης: Θέματα ηθικής και απόρρητου	9
Δομή της ενότητας	9
Θεωρητικό υπόβαθρο	10
Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης	20
Βιβλιογραφία	24
Ενότητα 4 – Προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης	25
Δομή της ενότητας	25
Θεωρητικό υπόβαθρο	26
Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης	41
Βιβλιογραφία	43
Αξιολόγηση εκπαίδευσης	46

Εισαγωγή

Το έργο SAVE

Το SAVE είναι ένα ευρωπαϊκό έργο που χρηματοδοτείται στο πλαίσιο του προγράμματος Erasmus+.

Ειδικοί στόχοι του έργου είναι:

- αύξηση της γνώσης των εργαλείων ανίχνευσης και της καταλληλότητας τους στον εντοπισμό της κακοποίησης κατά των ηλικιωμένων στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- βελτίωση της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για αναγνώριση και παρέμβαση, υποστήριξη και αναφορά των περιστατικών βίας κατά των ηλικιωμένων στις σχετικές υπηρεσίες
- ανάπτυξη των ικανοτήτων των εκπαιδευτών για να διδάξουν τους επαγγελματίες πως να χειριστούν την βία κατά των ηλικιωμένων, να τους υποστηρίξουν και να τους καθοδηγήσουν
- δημιουργία ενός διαδραστικού προγράμματος κατάρτισης για βελτίωση της ενεργητικής και καινοτόμου μάθησης εκπαιδευτικών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, εκπαιδευτών και επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην αναγνώριση και παρέμβαση των περιπτώσεων βίας κατά των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι ομάδες στόχοι του SAVE είναι:

- Επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας που εργάζονται στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, σε εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων, κέντρα υγείας και νοσηλευτήρια
- Εκπαιδευτικοί και εκπαιδευτές φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- Τοπικοί/περιφερειακοί φορείς αρμόδιοι για την λήψη αποφάσεων φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα

Αυτό το έγγραφο είναι το δεύτερο παραδοτέο του έργου: ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και υλικό για τον εντοπισμό και την παρέμβαση στην κακοποίηση κατά των ηλικιωμένων που θα γίνει διά ζώσης.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα

Κοινό-στόχος

Το κοινό-στόχος αυτού του εκπαιδευτικού προγράμματος είναι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας που εργάζονται στην κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, σε εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων, κέντρα υγείας και νοσηλευτήρια . Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία επαγγελματιών όπως: γιατρούς, νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, θεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνικούς παιδαγωγούς κ.λπ.

Μαθησιακοί στόχοι

Στο τέλος της εκπαίδευσης οι συμμετέχοντες θα πρέπει να γνωρίζουν:

- τι είναι κακοποίηση ηλικιωμένων
- πώς να αναγνωρίσουν την κακοποίηση ηλικιωμένων με την εφαρμογή μεθόδων και εργαλείων ανίχνευσης
- πώς να παρέμβουν σε περίπτωση που εντοπιστεί κακοποίηση

Διάρκεια και περιεχόμενο

Η εκπαίδευση αναμένεται να διαρκέσει τουλάχιστον 12 ώρες και διαρθρώνεται σε τέσσερις ενότητες των τριών ωρών η καθεμία.

Τα περιεχόμενα των ενότητων είναι τα ακόλουθα:

Ενότητα 1: Εισαγωγή στην κακοποίηση ηλικιωμένων Ορισμός κακοποίησης ηλικιωμένων Μορφές κακοποίησης Χώροι εμφάνισης κακοποίησης ηλικιωμένων Επιπολασμός κακοποίησης ηλικιωμένων Πώς να αναγνωρίσετε την κακοποίηση ηλικιωμένων: σημεία και συμπτώματα Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων κακοποίησης ηλικιωμένων	Ενότητα 2: Γιατί να γίνεται ανίχνευση : εργαλεία ανίχνευσης κακοποίησης Ανίχνευση / Έλεγχος ρουτίνας: ορισμοί Οφέλη της ανίχνευσης / αιτίες ελλιπής αναφοράς κακοποίησης ηλικιωμένων Ανίχνευση ηλικιωμένων / Ανίχνευση φροντιστών Τα πιο χρησιμοποιούμενα εργαλεία ανίχνευσης: χαρακτηριστικά και χρήση Χώροι όπου μπορούν να εφαρμοστούν τα εργαλεία ανίχνευσης
---	---

Ενότητα 3:

Πώς γίνεται η ανίχνευση: Θέματα ηθικής και απόρρητου

Πιθανά ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την ανίχνευση (όρια στην εμπιστευτικότητα, υποχρέωση αναφοράς, αυτοδιάθεση, ηλικιωμένα άτομα με γνωστικούς περιορισμούς)

Ζητήματα απορρήτου που σχετίζονται με την ανίχνευση: σε ποιον μπορούν / πρέπει να κοινοποιηθούν οι πληροφορίες, πώς να χειριστείτε τα αποτελέσματα της

Ενότητα 4:

Προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης

Εμπόδια για αποκάλυψη της κακοποίησης

Διαχείριση αποκάλυψης

Σχεδιασμός ασφάλειας

Μεθοδολογία Εκπαίδευσης


Η εκπαίδευση υιοθετεί έναν συνδυασμό θεωρητικών / εισαγωγικών συνόδων και πρακτικών ασκήσεων / ενεργών μαθησιακών δραστηριοτήτων για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να εφαρμόσουν πρακτικά τη θεωρία που έχουν μάθει.

- **Εισαγωγική σύνοδος:** είναι μια σύντομη σύνοδος (10 έως 20 λεπτά) κατά την οποία ο εκπαιδευτής μεταφέρει ορισμένα βασικά μηνύματα ή πληροφορίες που χρειάζονται οι συμμετέχοντες για να διαμορφώσουν το θέμα. Είναι μια διάλεξη βασισμένη στα θεωρητικά περιεχόμενα που περιγράφονται στις ενότητες, ακολουθούμενη από τις:
- **Ασκήσεις ενεργητικής μάθησης:** η ενεργητική μάθηση είναι μια προσέγγιση στη διδασκαλία που περιλαμβάνει την ενεργό συμμετοχή των εκπαιδευομένων στο υλικό του μαθήματος μέσω συζητήσεων, επίλυσης προβλημάτων, μελέτες περίπτωσης, παιχνιδιών ρόλων και άλλων μεθόδων. Μετά τις εισαγωγικές συνεδρίες οι συμμετέχοντες θα εμπλακούν επομένως σε μία ή περισσότερες ασκήσεις για την εφαρμογή της αποκτηθείσας μάθησης.

Αξιολόγηση εκπαίδευσης:

Παρέχεται ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης για την αξιολόγηση των γνώσεων που απέκτησαν οι συμμετέχοντες στο τέλος του προγράμματος κατάρτισης.

Πώς να χρησιμοποιήσετε αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα



Το πρόγραμμα μπορεί να παραδοθεί από επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, κοινωνικής φροντίδας και του νομικού τομέα που έχουν άρτια γνώση σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων. Απαιτούνται επίσης καλές δεξιότητες συντονισμού.

Το πρόγραμμα διανέμεται με άδεια Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerives (CC BY-NC-ND). Αυτή η άδεια σάς επιτρέπει να κατεβάσετε αυτό το έργο και να το μοιραστείτε με άλλους, εφόσον πιστώνετε τους συγγραφείς, αλλά δεν μπορείτε να το αλλάξετε ή να το χρησιμοποιήσετε εμπορικά.

[View License Deed](#) | [View Legal Code](#)

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 - Κακοποίηση ηλικιωμένων επιπολασμός, σημεία και συμπτώματα


Δομή της ενότητας

Τίτλος	Κακοποίηση ηλικιωμένων επιπολασμός, σημεία και συμπτώματα
Σκοπός και στόχοι	<p>Να βελτιώσει τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σχετικά με το πρόβλημα της κακοποίησης ηλικιωμένων</p> <p>Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σχετικά με τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης σημείων και συμπτωμάτων όλων των μορφών κακοποίησης ηλικιωμένων.</p> <p>Να βελτιώσει τις δεξιότητες και τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, σχετικά με τον τρόπο ανίχνευσης των σημείων και των συμπτωμάτων κακοποίησης ηλικιωμένων ώστε να είναι σε θέση να παρέμβουν, να υποστηρίξουν και να παραπέμπουν τις περιπτώσεις κακοποίησης στις αρμόδιες υπηρεσίες.</p>
Μαθησιακά αποτελέσματα	<p>Στο τέλος της ενότητας οι εκπαιδευόμενοι θα είναι σε θέση να:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ορίζουν την κακοποίηση ηλικιωμένων• Διακρίνουν τις διάφορες μορφές κακοποίησης• Αντιληφθούν ότι η κακοποίηση ηλικιωμένων μπορεί να συμβεί σε διάφορα περιβάλλοντα• Γνωρίσουν για τον επιπολασμό της κακοποίησης κατά των ηλικιωμένων στην Ευρώπη και διεθνώς• Αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα των διαφόρων τύπων κακοποίησης ηλικιωμένων• Αξιολογούν τα σημεία και τα συμπτώματα της κακοποίησης ηλικιωμένων και να είναι σε θέση να τα διαφοροποιήσουν, από τις φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία και τη χρόνια νόσο
Διάρκεια:	3 ώρες: <ul style="list-style-type: none">▪ 45 λεπτά-1 ώρα εισαγωγική σύνοδος

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 λεπτά (2x10 λεπτά) διαλείμματα ▪ 1 ώρα και 1/2 δραστηριότητες ενεργητικής μάθησης ▪ 10 λεπτά επιπλέον χρόνου (προθέρμανση, αναμονή συμμετεχόντων, απάντηση σε ερωτήσεις)
Απαιτούμενοι πόροι:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Στρογγυλά τραπέζια με 4-6 καρέκλες το καθένα ανάλογα με το μέγεθος της ομάδας ▪ Ηλεκτρονικός Υπολογιστής ▪ Προβολέας ▪ Οθόνη ▪ Πίνακας σημειώσεων ανά τραπέζι και ένα για τον εκπαιδευτή ▪ Μαρκαδόροι διαφορετικών χρωμάτων σε κάθε τραπέζι ▪ Φυλλάδια με σενάρια
Βασικά μηνύματα	<p>Η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας</p> <p>Υπάρχει ελλιπής αναφορά για την κακοποίηση ηλικιωμένων</p> <p>Υπάρχει αυξημένος επιπολασμός της κακοποίησης ηλικιωμένων λόγω της γήρανσης του πληθυσμού</p> <p>Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων</p> <p>Η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι ένα φαινόμενο με σοβαρές ιατρικές και κοινωνικές συνέπειες</p> <p>Η βελτίωση της αναγνώρισης και της παρέμβασης στην κακοποίηση και παραμέληση ηλικιωμένων βελτιώνει την υγεία και την ασφάλεια των ηλικιωμένων</p>
Φύλλα εργασίας	Σενάρια περιπτώσεων

Θεωρητικό Υπόβαθρο

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που επηρεάζει σχεδόν όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Η Ευρώπη αντιμετωπίζει μια επιταχυνόμενη διαδικασία γήρανσης, η οποία θα αυξηθεί τις επόμενες τέσσερις δεκαετίες. Το εκτιμώμενο ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να φτάσει το 28,5% το 2050 και το 29,5% το 2060 (EUROSTAT, 2019). Με τη γήρανση του πληθυσμού να αυξάνεται, ο αριθμός των ευπαθών-εξαρτώμενων ηλικιωμένων με αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση αναμένεται να αυξηθεί. Ο αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων υποδηλώνει αύξηση του αριθμού των ατόμων με γνωστική έκπτωση και νόσο του Αλτσχάιμερ, που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση (WHO, 2016). Θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη οι δημογραφικές αλλαγές,



καθώς οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του ηλικιωμένου πληθυσμού σε όλα τα έθνη. Σήμερα το 58% των ηλικιωμένων γυναικών ζει στον αναπτυσσόμενο κόσμο και μέχρι το 2025 αυτό θα αυξηθεί στο 75% (WHO/INPEA, 2002). Σε ορισμένες χώρες, οι ηλικιωμένες γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικής κακοποίησης από τους ηλικιωμένους άνδρες λόγω διακρίσεων, κοινωνικών στάσεων και έλλειψης προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Perttu και Laurola, 2020). Επιπλέον, οι γυναίκες τείνουν να ζουν περισσότερο από τους άνδρες, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να αποτελούν την πλειοψηφία στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες. Αυτό μπορεί να τις καταστήσει πιο ευάλωτες στην κακοποίηση λόγω του συνδυασμού ηλικιακού ρατσισμού και σεξισμού (Brownell, 2014). Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της κακοποίησης ηλικιωμένων, το φύλο θεωρείται πιθανός παράγοντας κινδύνου (Pillemer et al, 2016).

Έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών. Πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην κακοποίηση ηλικιωμένων γενικά ή στην κακοποίηση νεότερων γυναικών. Το πρόβλημα των κακοποιημένων ηλικιωμένων γυναικών δεν έχει αντιμετωπιστεί πλήρως και υπάρχει έλλειψη προγραμμάτων παρέμβασης για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη γήρανση (Yon, Mikton, et al., 2019).

Η κακοποίηση ηλικιωμένων γενικά αποτελεί παραβίαση των ανθρωπίνων, νομικών και ιατρικών δικαιωμάτων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας., 2008), θεωρείται ένα στρεσογόνο γεγονός της ζωής, με αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Dong, Chang and Simon, 2013). Συνδέεται επίσης με υψηλού κινδύνου ποσοστά θνησιμότητας και αυξημένα ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο (Wang et al., 2015). Αυτό προκαλεί επιβλαβείς επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας, επηρεάζοντας τη δημόσια υγεία, το κοινωνικό κόστος, τους πόρους και τη συμμετοχή στα κοινά (Pillemer et al., 2016; Ageless Alliance, 2017; Yon, Mikton, et al., 2019).

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η κακοποίηση ηλικιωμένων εντοπίζεται στη βιβλιογραφία με τους όρους «κακομεταχείριση ηλικιωμένων», «κακοποίηση ηλικιωμένων» και «ανεπαρκής φροντίδα των ηλικιωμένων». Τα τελευταία χρόνια υπήρξε έλλειψη ομοφωνίας σχετικά με τους ορισμούς της κακοποίησης ηλικιωμένων, επειδή το φαινόμενο παρουσιάζει πολλές διαμορφώσεις, είναι πολυδιάστατο, περιλαμβάνει ένα ποικίλο σύνολο καταχρηστικών συμπεριφορών, θυμάτων, δραστών και πλαισίων (Dean, 2019; Santos et al., 2019).

Επί του παρόντος, ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός και ευρέως αποδεκτός για την κακοποίηση ηλικιωμένων, είναι αυτός που αναπτύχθηκε από τη Δράση του Ηνωμένου Βασιλείου για την κακοποίηση ηλικιωμένων το 1995. Έχει υιοθετηθεί από διεθνή ινστιτούτα όπως το Διεθνές Δίκτυο για την Πρόληψη της Κακοποίησης Ηλικιωμένων και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ορίζει την κακοποίηση ηλικιωμένων ως: **“Μια**

μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη πράξη ή έλλειψη κατάλληλης δράσης, εντός οποιαδήποτε σχέσης όπου υπάρχει προσδοκία εμπιστοσύνης, η οποία προκαλεί βλάβη ή αγωνία σε ένα ηλικιωμένο άτομο” (Action on elder abuse, 1995)

Παρομοίως, η Εθνική Ακαδημία Επιστημών των ΗΠΑ ορίζει την κακοποίηση ηλικιωμένων ως: «(α) εκ προθέσεως ενέργειες που προκαλούν βλάβη ή δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο βλάβης (ανεξάρτητα από το αν υπάρχει πρόθεση για βλάβη ή όχι) σε έναν ευάλωτο ηλικιωμένο από έναν φροντιστή ή άλλο άτομο που βρίσκεται σε σχέση εμπιστοσύνης, ή (β) ατυχία ενός φροντιστή να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες του ηλικιωμένου ή να προστατεύσει τον ηλικιωμένο από βλάβη» (Wallace & Bonnie, 2003).

Αυτοί οι δύο ορισμοί μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά όπως: ενέργειες και παραλείψεις από την πλευρά του δράστη που προκαλούν βλάβη ή δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο βλάβης σε έναν ευάλωτο αδύναμο ηλικιωμένο. Ο δράστης μπορεί να είναι φροντιστής ή άλλο άτομο εμπιστοσύνης του ηλικιωμένου (Perel-Levin, 2008; Pillemer et al., 2016).

2. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι ακόλουθες μορφές κακοποίησης έχουν αναγνωριστεί (WHO/INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019):

α) Σωματική/λεκτική - πρόκληση πόνου ή τραυματισμού ως αποτέλεσμα χτυπήματος, κλωτσιών, σπρωξίματος, χαστουκιών, καψίματος, σωματικού εξαναγκασμού, σωματικός περιορισμός ή περιορισμός που προκαλείται από φάρμακα, προσβολές και λόγια που πληγώνουν, εξευτελισμός, εκφοβισμός, ψευδείς κατηγορίες, λεκτικές επιθέσεις, απειλές, απόρριψη.

β) Ψυχολογική/συναισθηματική - συμπεριφορές που βλάπτουν την αυτοεκτίμηση ή την ευημερία, που προκαλούν ή θα μπορούσαν να προκαλέσουν ψυχικό πόνο, ψυχολογικό/συναισθηματικό πόνο και αγωνία, άγχος, οδύνη, ταπείνωση ή στρες σε ένα ηλικιωμένο άτομο.

γ) Σεξουαλική - μη συναινετική σεξουαλική επαφή (συμπεριλαμβανομένης της μη συναινετικής έκθεσης σε σεξουαλικό περιεχόμενο) οποιουδήποτε είδους με το ηλικιωμένο άτομο.

δ) Οικονομική ή υλική κακοποίηση – η παράνομη ή ακατάλληλη εκμετάλλευση ή χρήση χρημάτων/κεφαλαίων των ηλικιωμένων, εκβιασμός και έλεγχος χρημάτων σύνταξης, κλοπή περιουσίας, εκμετάλλευση ηλικιωμένων για να αναγκαστούν να φροντίσουν τα εγγόνια τους.

ε) Παραμέληση - η άρνηση ή η ατυχία εκπλήρωσης μιας υποχρέωσης φροντίδας, όπως φάρμακα, ρούχα, διατροφή ή επαρκής στέγη για τον ηλικιωμένο

Ορισμένοι μελετητές περιλαμβάνουν επίσης μια έκτη μορφή κακοποίησης, την **ιδρυματική κακοποίηση**¹ - Περιλαμβάνει την παραμέληση και την κακή πρακτική φροντίδας σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον φροντίδας. Αυτό μπορεί να είναι ένα νοσοκομείο ή ένα ίδρυμα φροντίδας. Το προσωπικό μπορεί να μην κακοποιεί σκόπιμα τα άτομα. Μπορεί απλώς να είναι ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό έχει συνηθίσει να κάνει τα πράγματα. Μορφές κακοποίησης που παρατηρούνται είναι: ψυχολογική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, οικονομική κακοποίηση, αντίποινα στους επιθετικούς ενοίκους ή απόκρυψη επιλογών από αυτούς. Επιπλέον, σε ιδρυματικά περιβάλλοντα παρατηρείται επίσης κακοποίηση από ένοικο σε ένοικο.

3. ΧΩΡΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η κακοποίηση ηλικιωμένων μπορεί να συμβεί σε διάφορους χώρους:

- Κατοικίες, κακοποίηση από ενήλικες φροντιστές, μέλη της οικογένειας ή άλλα άτομα
- Σπίτια φροντίδας ή άλλες ιδρυματικές εγκαταστάσεις, όπως εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, γηροκομεία ή ξενώνες (κακοποίηση από ένοικο σε ένοικο ή κακοποίηση από προσωπικό)
- Νοσοκομεία
- Εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας
- Κοινότητα

(WHO/INPEA, 2002; Hoover and Polson, 2014; Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019; World Health Organization, 2021)

4. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σε μελέτες επιπολασμού για την κακοποίηση ηλικιωμένων, τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 1%-35%. Αυτό το τεράστιο χάσμα μπορεί να αποδοθεί στην ασυνέπεια των μεθοδολογικών προσεγγίσεων, στο μέγεθος του δείγματος των μελετών, στις παραλλαγές των ορισμών που χρησιμοποιούνται, στην ταξινόμηση του εισοδήματος των χωρών και στους κοινωνικούς κανόνες των χωρών (WHO, 2008; Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

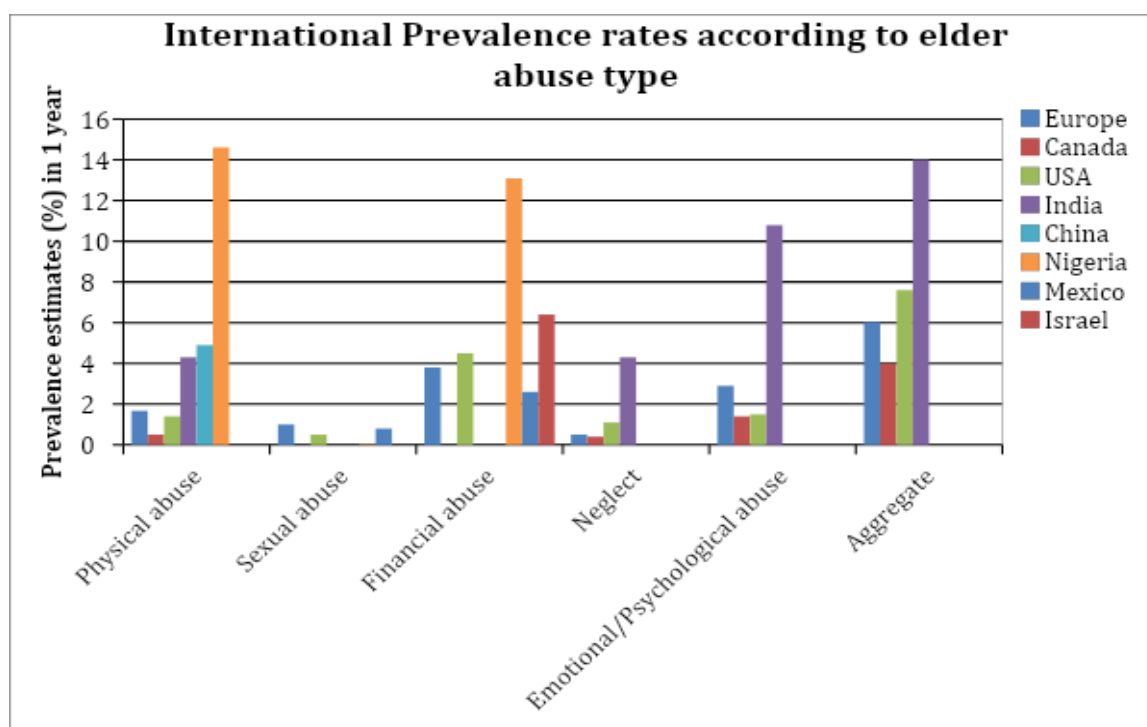
Αρκετές μελέτες για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την εξήγηση των παραλλαγών, έχουν διεξάγει αναλύσεις υποομάδων και μοντέλα μετα-παλινδρόμησης. Το μέγεθος των συγκεντρωτικών εκτιμήσεων επιπολασμού υποδηλώνει ότι η κακοποίηση ηλικιωμένων θεωρείται μείζον παγκόσμιο πρόβλημα, ωστόσο, μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο την κορυφή του παγόβουνου και ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν ότι η κακοποίηση ηλικιωμένων υποαναφέρεται έως και 80% (WHO, 2008). Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτό, όπως: η

¹ (Biggs *et al.*, 2019; Kalaga *et al.* 2007)

απομόνωση των ηλικιωμένων, ο φόβος των συνεπειών, το ότι δεν αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι ότι είναι θύματα κακοποίησης, η έλλειψη ενιαίων νόμων αναφοράς και η γενική αντίσταση των ανθρώπων – συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών – να αναφέρουν ύποπτες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης ηλικιωμένων, η έλλειψη εκπαίδευσης για επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας για το πώς να αναγνωρίζουν τα σημάδια κακοποίησης και πώς να υποστηρίζουν τα ηλικιωμένα θύματα, οι ανεπαρκώς αναπτυγμένες εθνικές κατευθυντήριες γραμμές υγειονομικής περίθαλψης και βέλτιστες πρακτικές για την αντιμετώπιση της βίας των ηλικιωμένων θυμάτων (World Health Organization, 2008), καθώς επίσης ο αποκλεισμός των ηλικιωμένων με γνωστικές διαταραχές από πολλές μελέτες, μια ομάδα που είναι πιο ευάλωτη στην κακοποίηση (Pillemer et al., 2016). Αυτοί οι λόγοι μπορούν να οδηγήσουν στο παραπλανητικό συμπέρασμα ότι η βία κατά των ηλικιωμένων είτε δεν υφίσταται είτε υπάρχει ελάχιστα.

Οι Pillemer et al. (2016) διεξήγαγαν μια οριοθετημένη ανασκόπηση άρθρων που περιελάμβανε μελέτες επιπολασμού της κακοποίησης ηλικιωμένων βάσει πληθυσμού που πραγματοποιήθηκαν μέχρι το 2014. Τα ποσοστά επιπολασμού της κακοποίησης ηλικιωμένων που αναφέρθηκαν για ξεχωριστές και συγκεντρωτικές μορφές κακομεταχείρισης σε περίοδο 1 έτους κυμαίνονταν μεταξύ 0,04%-14,6% **(πίνακας 1)**.

Πίνακας 1.



(Pillemer et al., 2016)

Η σωματική κακοποίηση ηλικιωμένων ήταν ο πιο σταθερά μετρούμενος τύπος κακομεταχείρισης. Η συνολική (aggregate) κακοποίηση ενσωματώνει όλες τις μορφές κακομεταχείρισης. Στην Ευρώπη, τα ποσοστά επιπολασμού της κακοποίησης την οποία θεωρούσαν οι ηλικιωμένοι ως κάπως ή πολύ σοβαρή κυμαίνονταν από 0,5%-6,03%, κατά τα προηγούμενα έτος. Λεπτομερώς:

- Σωματική κακοποίηση 1,67%
- Σεξουαλική κακοποίηση 1,0%
- Συναισθηματική/Ψυχολογική κακοποίηση 2,9%
- Οικονομική κακοποίηση 3,8%
- Παραμέληση 0,5%
- Συνολική (aggregate) κακοποίηση 6,03%

Η Ινδία και η Νιγηρία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά στη Συνολική, Συναισθηματική (14,0%, 10,8%) και Φυσική, Οικονομική (14,6%, 13,1%) κακοποίηση αντίστοιχα.

Τα παραπάνω αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η έκταση της κακοποίησης ηλικιωμένων είναι αρκετά μεγάλη, ότι οι επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών και υγείας που εξυπηρετούν ηλικιωμένους είναι πιθανό να την αντιμετωπίσουν σε καθημερινή βάση. Για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας τα ποσοστά επιπολασμού που μόλις περιγράφηκαν, ένας κλινικός ιατρός που βλέπει 20 ηλικιωμένους την ημέρα μπορεί να συναντήσει ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης κάθε μέρα (Pillemer et al., 2016).

Στο ίδιο πεδίο εφαρμογής, οι συγκεντρωτικές εκτιμήσεις επιπολασμού της κακοποίησης ηλικιωμένων σε περίοδο ενός έτους, σε ενήλικες ηλικίας 60 ετών και άνω, που αναφέρθηκαν σε 52 δημοσιεύσεις (28 χώρες), στην συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Yon et al., 2017, μεταξύ του 2002-2015 ήταν:

- Συνολική κακοποίηση ηλικιωμένων 15.7%, δηλαδή 1 στους 6 ηλικιωμένους, που αντιστοιχεί σε 141 εκατομμύρια θύματα ετησίως παγκοσμίως. (Η συνολική κακοποίηση μπορεί να αποτελείται από οποιονδήποτε συνδυασμό τύπων κακοποίησης)
- Ψυχολογική κακοποίηση 11,6%
- Οικονομική κακοποίηση 6,8%
- Παραμέληση 4,2%
- Σωματική κακοποίηση 2,6%
- Σεξουαλική κακοποίηση 0,9%

Περιφερικές διακυμάνσεις στη συνολική κακοποίηση ηλικιωμένων

- Ασία 20.2%,
- Ευρώπη 15.4%,
- Αμερική 11.7%.

Η μεγαλύτερη πολυεθνική μελέτη για τον επιπολασμό της κακοποίησης ηλικιωμένων ABUEL (Abuse of the Elderly in the European Region) διεξήχθη σε 7 ευρωπαϊκές χώρες και συμπεριέλαβε 4.467 άτομα ηλικίας 60-84 ετών. Τα δεδομένα που παρουσιάζονται από τον Ιανουάριο 2009 έως τον Ιούλιο 2009 σε όλες τις χώρες στον **πίνακα 2** δείχνουν ότι: 19,4% των ηλικιωμένων εκτέθηκαν σε ψυχολογική κακοποίηση, 2,7% σε σωματική κακοποίηση, 0,7% σε σεξουαλική κακοποίηση, 3,8% σε οικονομική κακοποίηση και 0,7 σε τραυματισμούς. Επιπλέον, η ψυχολογική κακοποίηση σημειώθηκε συχνότερα στη Σουηδία (29,7%) και στη Γερμανία (27,1%). Η σωματική κακοποίηση στη Σουηδία (4%) και στη Λιθουανία (3,8%). Η σεξουαλική κακοποίηση σημειώθηκε συχνότερα στην Ελλάδα (1,5%) και στην Πορτογαλία (1,3%). Οι οικονομικές κακοποιήσεις σημειώθηκαν συχνότερα στην Πορτογαλία (7,8%) και στην Ισπανία (4,8%). Οι τραυματισμοί εμφανίστηκαν συχνότερα στη Λιθουανία (1,5%) και στην Ελλάδα (1,1%) (Soares et al., 2010).

Πίνακας 2. Μελέτη ABUEL. Επιπολασμός Κακοποίησης και τραυματισμών σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες..

Country	Psychological %	Physical %	Sexual %	Financial %	Injury %
Germany (n=648)	27.1	3.3	0.9	3.6	0.4
Greece (n=643)	13.2	3.4	1.5	4.0	1.1
Italy (n=628)	10.4	1.0	0.5	2.7	0.0
Lithuania (n=630)	24.6	3.8	0.3	2.8	1.5
Portugal (n=656)	21.9	2.1	1.3	7.8	0.7
Spain (n=636)	11.5	1.4	0.3	4.8	0.5
Sweden (n=626)	29.7	4.0	0.5	1.8	0.6
Total (n=4467)	19.4	2.7	0.7	3.8	0.7

(Soares et al., 2010)

5. ΠΩΣ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σωματική κακοποίηση

- Παράπονα για σωματική επίθεση
- Ο φροντιστής ή ο συγγενής φαίνεται να είναι υπερβολικά προστατευτικός, λέει αντικρουόμενες ιστορίες, δεν αφήνει το ηλικιωμένο άτομο χωρίς επίβλεψη
- Ανεξήγητες πτώσεις και τραυματισμοί, κατάγματα αδιευκρίνιστης αιτίας
- Εγκαύματα και μώλωπες σε ασυνήθιστα σημεία ή ασυνήθιστου τύπου
- Κοψίματα, σημάδια από τα δάχτυλα ή άλλα στοιχεία σωματικού περιορισμού, σημάδια ότι το άτομο μπορεί να ήταν δεμένο, περιορισμένο
- Το άτομο αναζητά ιατρική βοήθεια από διάφορους γιατρούς ή ιατρικά κέντρα

Παραμέληση

- Υποσιτισμός ή αφυδάτωση χωρίς σχετιζόμενη αιτία με ασθένεια
- Στοιχεία ανεπαρκούς φροντίδας ή ανεπαρκών προτύπων υγιεινής, βρώμικα ρούχα, κακές συνθήκες διαβίωσης
- Πληγές παραμελημένες
- Υπερβολικά επαναλαμβανόμενες συνταγές ή αυξημένο απόθεμα φαρμάκων στο σπίτι λόγω παραλείψεων στη χορήγηση. Σημάδια τοξίκωσης λόγω υπερδοσολογίας φαρμάκων

Ψυχολογική/Συναισθηματική κακοποίηση

- Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες ή προβλήματα ύπνου
- Φόβος, σύγχυση, παραίτηση
- Παθητικότητα, απόσυρση ή κατάθλιψη
- Ανικανότητα, απελπισία ή άγχος
- Αντιφατικές δηλώσεις ή άλλη ασάφεια που δεν προκύπτει από ψυχική σύγχυση
- Απροθυμία να μιλήσει ανοιχτά
- Αποφυγή σωματικής, οπτικής ή λεκτικής επαφής με τον φροντιστή
- Ο ηλικιωμένος απομονώνεται από τους άλλους

Σεξουαλική κακοποίηση

- Παράπονα για σεξουαλική επίθεση
- Σεξουαλική συμπεριφορά που δεν συμβαδίζει με τις συνήθειες σχέσεις και την προηγούμενη προσωπικότητα του ηλικιωμένου
- Ανεξήγητες αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα, απόσυρση ή αυτό-ακρωτηριασμό
- Συχνά παράπονα για κοιλιακό άλγος ή ανεξήγητη κοιλιακή ή πρωκτική αιμορραγία
- Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων ή μώλωπες γύρω από τους μαστούς ή την περιοχή των γεννητικών οργάνων
- Σκισμένα, λεκιασμένα ή ματωμένα εσώρουχα

Οικονομική κακοποίηση

- Αναλήψεις που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθειες ανάγκες των ηλικιωμένων
- Αλλαγές σε διαθήκη ή τίτλο ιδιοκτησίας για να κληρονομηθεί το σπίτι ή τα περιουσιακά στοιχεία σε "νέους φίλους ή συγγενείς"
- Εξαφάνιση περιουσίας
- Απώλεια κοσμημάτων ή προσωπικών αντικειμένων
- Ύποπτη δραστηριότητα σε πιστωτικές κάρτες ή άλλους τραπεζικούς λογαριασμούς
- Έλλειψη ανέσεων, όταν ο ηλικιωμένος μπορούσε να τις αντέξει οικονομικά
- Μη θεραπεία ιατρικών ή ψυχικών προβλημάτων υγείας
- Το επίπεδο φροντίδας δεν είναι ανάλογο με την οικονομική κατάσταση ή το εισόδημα του ηλικιωμένου

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021; Hoover and Polson, 2014)

Ιδρυματική κακοποίηση

- Μη προσφορά επιλογής ή προώθηση ανεξαρτησίας
- Έλλειψη προσωποκεντρικού σχεδιασμού φροντίδας
- Καμία ευελιξία στις ώρες ύπνου ή στην αφύπνιση ή σκόπιμο ξύπνημα
- Ακατάλληλος περιορισμός οποιουδήποτε τύπου
- Έλλειψη προσωπικών ενδυμάτων ή περιουσιακών στοιχείων
- Μη ασφαλές ή ανθυγιεινό περιβάλλον
- Ανάπτυξη κατακλίσεων και ελκών πίεσης χωρίς σχετιζόμενη αιτία με ασθένεια
- Έλλειψη επιλογής σε φαγητό ή μενού ή προγραμματισμό μενού
- Περιττή εμπλοκή στα προσωπικά οικονομικά από το προσωπικό ή τη διοίκηση
- Ακατάλληλη χρήση νοσηλευτικών ή ιατρικών διαδικασιών
- Ακατάλληλη χρήση εξουσίας ή ελέγχου από το προσωπικό.
- Να μην ενθαρρυνονται επισκέψεις ή εμπλοκή φίλων και συγγενών

- Υπερπλήρης εγκατάσταση
- Αυταρχική διαχείριση ή άκαμπτα καθεστώτα
- Έλλειψη ηγεσίας και εποπτείας του προσωπικού
- Ανεπαρκές προσωπικό με αποτέλεσμα κακής ποιότητας φροντίδα
- Καταχρηστική και ασεβής στάση προς τους ηλικιωμένους
- Έλλειψη σεβασμού της αξιοπρέπειας και της ιδιωτικότητας
- Αποτυχία διαχείρισης ενοίκων που κακοποιούν
- Μη παροχή επαρκούς τροφής και λήψης υγρών ή βοήθειας κατά τη σίτιση
- Κακή χρήση φαρμάκων
- Αποτυχία παροχής φροντίδας με οδοντοστοιχίες, γυαλιά ή βοηθήματα ακοής
- Να μην λαμβάνονται υπόψη οι πολιτιστικές, θρησκευτικές ή εθνικιστικές ανάγκες των ατόμων
- Παρεμβολή στην προσωπική αλληλογραφία ή επικοινωνία
- Μη ανταπόκριση σε παράπονα

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021)

6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σε όλες τις χώρες οι κύριοι παράγοντες κινδύνου εντοπίζονται σε επίπεδα ατόμου (θύμα και θύτης), σχέσης, κοινότητας και κοινωνίας. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό διαφόρων ευκαιριών για πρόληψη (Pillemer et al., 2016; CDC, 2020).

Ατομικό επίπεδο (Θύμα)

- Εξάρτηση, αναπηρία
- Κακή σωματική υγεία
- Γνωστική έκπτωση , άνοια
- Προβλήματα συμπεριφοράς
- Κακή ψυχική υγεία
- Χαμηλότερο εισόδημα ή φτώχεια
- Θηλυκό φύλο, οι γυναίκες είναι πιο συχνά θύματα από τους άνδρες
- Η ηλικία, η κακοποίηση αυξάνεται καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν
- Οικονομική εξάρτηση
- Φυλή/εθνικότητα, διακρίσεις

Ατομικό επίπεδο (δράστης)

- Ψυχολογικά προβλήματα, ψυχικές ασθένειες
- Κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ
- Οικονομική εξάρτηση
- Στρες, εξάντληση, μεγάλη επιβάρυνση φροντίδας
- Συναισθηματικά εξαντλημένος

Σχέσης

- Ιστορικό κακοποίησης
- Οικογενειακές συγκρούσεις και κακές σχέσεις
- Η οικονομική/συναισθηματική εξάρτηση του κακοποιού από το ηλικιωμένο άτομο ή το αντίστροφο
- Άλλα μέλη της οικογένειας μη υποστηρικτικά

Κοινότητας

- Απώλεια φίλων
- Κοινωνική απομόνωση ηλικιωμένων και φροντιστών, περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη
- Έλλειψη υπηρεσιών υποστήριξης/κατάρτισης για φροντιστές
- Έλλειψη πρόσβασης σε πόρους
- Γεωγραφική θέση

Κοινωνίας

- Πολιτιστικές νόρμες που ενθαρρύνουν συμπεριφορές διακρίσεων και περιθωριοποίησης κατά των ηλικιωμένων
- Ανεπαρκείς υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους
- Ανεπαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό υγείας και κοινωνικής φροντίδας, εξουθένωση του προσωπικού

(Gorbien and Eisenstein, 2005; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Dean, 2019)

Τα ευπαθή ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε κατοικίες ή άλλα ιδρύματα φροντίδας έχουν συνήθως πολλαπλές μορφές αναπηρίας (ψυχική, γνωστική, σωματική). Οι αναπηρίες τους και η εξάρτησή τους από άλλους για φροντίδα, τους κάνει πιο ευάλωτους στην κακοποίηση και την παραμέληση (Yon, Ramiro-Gonzalez, et al., 2018).

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΗΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ


Έχει παρατηρηθεί σε αρκετές μελέτες ότι οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι στην αναγνώριση των σημείων κακοποίησης στους ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα περιστατικά κακοποίησης να περνούν απαρατήρητα και χωρίς αναφορά (WHO/INPEA, 2002; Perel-Levin, 2008; Schmeidel *et al.*, 2012; Hoover and Polson, 2014; World Health Organization., 2021).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας θεωρείται ζωτικής σημασίας καθώς θα πρέπει να είναι σε θέση να διαφοροποιούν στην αξιολόγησή τους τα σημάδια κακοποίησης, από τις αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία και τις χρόνιες ασθένειες. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν πώς να ξεκινήσουν τη διερεύνηση και την κατάλληλη παρέμβαση (Perttu, 2018).

Αλλαγές και διαδικασίες που σχετίζονται με την ηλικία

- Τα οστά των ηλικιωμένων ατόμων είναι λεπτότερα και έχουν μειωμένη οστική πυκνότητα καθιστώντας τα πιο ευαίσθητα σε κατάγματα ως αποτέλεσμα οστικής νόσου ή τραυματισμού.
- Η φυσιολογική γήρανση του δέρματος έχει σχετικά καλά διατηρημένη ροή αίματος. Κατά τη γήρανση το δέρμα λεπταίνει και η ελαστικότητα μειώνεται. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς στην κατάκλιση λόγω νοσηρών καταστάσεων και όχι μόνο με βάση την ηλικία.
- Φωτογήρανση σημαίνει φωτοφθορά που συμβαίνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα λόγω έκθεσης σε επιβλαβείς ακτίνες UV. Η υπεριώδης ακτινοβολία επηρεάζει τις ίνες κολλαγόνου στο δέρμα. Η βλάβη στο κολλαγόνο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την πρόωμη εμφάνιση των ρυτίδων και άλλων δεικτών ηλικίας. Τα σημάδια μπορεί να περιλαμβάνουν: ρυτίδες, ανελαστικότητα του δέρματος, σκούρες κηλίδες ("κηλίδες ηλικίας"), σπασμένα αιμοφόρα αγγεία, κιτρινωπή απόχρωση στο δέρμα, αφυδατωμένη υφή στην επιδερμίδα, στίγματα μελάγχρωσης και μώλωπες.
- Οι μώλωπες εμφανίζονται πιο συχνά και υποχωρούν πολύ πιο αργά σε ηλικιωμένα άτομα από ότι σε νεότερα άτομα και μπορεί να διαρκέσουν για μήνες αντί για το συνηθισμένο μία έως δύο εβδομάδες.
- Το γήρας έχει ως αποτέλεσμα μείωση τόσο της όσφρησης όσο και της γεύσης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη όρεξη, απώλεια βάρους και υποσιτισμό.

- Η διάνοιξη του σφιγκτήρα του οισοφάγου μπορεί να είναι δύσκολη (Δυσκολίες στην κατάποση/Δυσφαγία). Η στερεά τροφή ή τα δισκία μπορεί να είναι δύσκολα στη κατάποση και μπορεί να κολλήσουν στον οισοφάγο. Το φαγητό ή το ποτό μπορεί να εισέλθει στην αναπνευστική οδό ή στους πνεύμονες (εισρόφηση). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία που σχετίζεται με την εισρόφηση.
- Οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην αφυδάτωση με ελάχιστη ανταπόκριση από τους νεότερους. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν μειωμένα αποθέματα νερού στο σώμα και μειωμένη την αίσθημα της δίψας. Μπορεί να μην αισθάνονται δίψα ακόμη και μετά από 12-24 ώρες έλλειψης νερού. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και σύγχυση.
- Οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένη γαστρεντερική απορρόφηση και το σώμα τους, λόγω αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία, στο νερό του σώματος, το λίπος και τους ισχνούς μυς, κατανέμει τα φάρμακα διαφορετικά. Γενικά, υπάρχει περισσότερο λίπος και λιγότερο νερό, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερο χρόνο δράσης των λιποδιαλυτών φαρμάκων και υψηλότερες απότομες συγκεντρώσεις φαρμάκου για τα υδατοδιαλυτά φάρμακα.
- Περιστασιακά, η μειωμένη όραση μπορεί να κάνει πιο δύσκολο να διατηρεί κανείς το σπίτι ή τα ρούχα του καθαρά. Ωστόσο, εάν η γνωστική ικανότητα παραμένει φυσιολογική, οι ηλικιωμένοι είναι σε θέση να εκτελούν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να διατηρούν την κατάλληλη υγιεινή.
- Οι γυναίκες βιώνουν αρκετές φυσιολογικές αλλαγές στο γεννητικό σύστημα καθώς γερνούν. Τα επίπεδα προγεστερόνης και οιστρογόνων μειώνονται με τη γήρανση. Τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων έχουν ως αποτέλεσμα αλλαγές στο σχήμα του κόλπου, αυξημένη κοιλική ξηρότητα και λέπτυνση των τοιχωμάτων του κόλπου. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν πόνο και αιμορραγία κατά τη σεξουαλική επαφή. Τέτοιες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία, όπως η αλλοιωμένη οξύτητα των κοιλικών εκκρίσεων και τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων κάνουν τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας πιο επιρρεπείς σε ξαφνικές λοιμώξεις του κόλπου και της ουροδόχου κύστης (Dyer και συν., 2003).
- Το δέρμα στους ηλικιωμένους λεπταίνει και εξασθενεί η λειτουργικότητα του. Η ποσότητα των φυσικών λιπών στο δέρμα μειώνεται και το δέρμα στεγνώνει πιο εύκολα. Όταν στεγνώσει, το δέρμα μπορεί να συρρικνωθεί και να προκληθεί φλεγμονή. Η επιφάνεια του δέρματος κοκκινίζει, ξεφλουδίζει και ραγίζει. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι υποφέρουν από ξηροδερμία και κνησμό. (Sherman V. and Creamer D, 2009).
- Οι αλλαγές στα γηρατειά επηρεάζουν τη λειτουργία συγκεκριμένων οργάνων, τη διάθεση, τη στάση απέναντι στο περιβάλλον, τη φυσική κατάσταση και την κοινωνική δραστηριότητα, καθορίζοντας τη θέση των ηλικιωμένων στην οικογένεια και την κοινωνία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κοινωνικών ρόλων και μείωση των διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτά μπορεί να συνοδεύονται από κατάθλιψη,



μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή, απομόνωση, μειωμένο ενδιαφέρον και αυξημένα συναισθήματα μοναξιάς και κινδύνου. (Dziechciaż M, and Filip R., 2014).

- Η μεγάλη ηλικία και η ασβεστοποίηση των αιμοφόρων αγγείων μπορεί να προδιαθέσουν το σπάσιμο των αιμοφόρων αγγείων στο ρινικό βλεννογόνο (Επίσταξη) (Pope L. E. R and Hobbs C. G. L, 2005).
- Η συννοσηρότητα είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους. Ο όρος «συννοσηρότητα» σύμφωνα με τον διεθνή ορισμό, αναφέρεται στη συνύπαρξη τουλάχιστον δύο μακροχρόνιων ασθενειών, τραυματισμών ή αναπηριών που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας. Η συννοσηρότητα μπορεί να οδηγήσει στην πολυφαρμακία, η οποία μπορεί να μπερδέψει την εκδήλωση μεμονωμένων ασθενειών ως παρενέργειες φαρμάκων. Ο όρος «πολυφαρμακία» σημαίνει ότι ένα άτομο έχει στη διάθεσή του τουλάχιστον πέντε μακροχρόνια φαρμακευτικά προϊόντα. Στην περίπτωση αυτή, οι συνδυασμένες επιδράσεις των φαρμάκων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Η πολυφαρμακία δεν αυξάνει από μόνη της την συννοσηρότητα, αλλά αυξάνει τον κίνδυνο νοσηλείας λόγω των βλαβών των συνδυασμένων επιδράσεων των φαρμάκων (Masnoon et al., 2017).

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά δυσκολεύονται να διακρίνουν τα σημάδια καλοποίησης από τις φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση και τους σωματικούς τραυματισμούς. Τα προβλήματα υγείας και οι ασθένειες σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να μιμούνται και να επικαλύπτονται με τα συμπτώματα της κακοποίησης. (Collins, 2006; Palmer et al., 2013). Ο Πίνακας 3 δείχνει παραδείγματα σωματικών σημάδιων και τραυματισμών σε ηλικιωμένους που καθιστούν δύσκολη την ερμηνεία σημείων κακοποίησης.

Πίνακας 3. Ερμηνεία σωματικών σημάδιών και τραυματισμών


Σημάδια/τραυματισμοί	Αξιολόγηση
<p>Bateman/Senile/Actinic purpura Πορφύρα του Bateman ή Γεροντική/Ακτινική Πορφύρα (Ceilley R.I, 2017)</p>	<p>Οι πορφύρες είναι καλοήθειες αιμορραγίες στο δέρμα. Το κύριο σύμπτωμα της γεροντικής πορφύρας είναι οι μεγάλοι, μωβ μώλωπες, οι οποίοι είναι πιο συνηθισμένοι στην πάνω πλευρά ή στο αντιβράχιο των χεριών. Γίνονται καφέ όταν ξεθωριάσουν. Αυτοί οι μώλωπες συνήθως διαρκούν από μία έως τρεις εβδομάδες πριν εξασθενίσουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αναπτύσσονται από ένα μικρό τραύμα ή είναι αποτέλεσμα χρόνιας φωτοφθοράς. Ο πιο κοινός παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη της γεροντικής πορφύρας είναι το λεπτό εύθραυστο δέρμα που σκίζεται εύκολα.</p>
<p>Μώλωπες (Wiglesworth A. et al. 2009)</p>	<p>Οι μώλωπες εμφανίζονται πιο συχνά στη σωματική κακοποίηση, αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα και της παραμέλησης του φροντιστή. Κατά την αξιολόγηση πρέπει να ληφθούν υπόψη:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία • Επίδραση φαρμάκων (π.χ. αντιπηκτικά, ΜΣΑΦ) • Η έκταση του μώλωπα: υποψιάζεστε βία εάν η διάμετρος των μελανιών υπερβαίνει τα 5 cm. • Προσδιορισμός χρονικότητας ανά χρώμα: Το χρώμα του μώλωπα στους ηλικιωμένους δεν καθορίζει με βεβαιότητα τη χρονική στιγμή του συμβάντος
<p>Κατάγματα (Gibbs LM 2014)</p>	<p>Τα οστά των ηλικιωμένων είναι λεπτότερα με μειωμένη οστική πυκνότητα, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπή σε κατάγματα. Οι πτώσεις είναι η πιο κοινή αιτία τραυματισμού σε ηλικιωμένα άτομα. Κατά την αξιολόγηση πρέπει να ληφθούν υπόψη:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κακή διατροφή, • ανεπάρκεια βιταμίνης D, • αλκοολισμός, • ελλείψεις ορμονών φύλου που σχετίζονται με την ηλικία, • οστεοπόρωση, • χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών,

	<ul style="list-style-type: none"> • καρκίνος.
Εγκαύματα (Dyer et al. 2003)	<p>Τα εγκαύματα σε ηλικιωμένους μπορεί επίσης να προκύψουν από κακοποίηση ή παραμέληση. Το μέγεθος, η τοποθεσία, το σχήμα, το σχέδιο και η ιστορία του εγκαύματος πρέπει να αξιολογηθούν. Η αιτία μπορεί να είναι: χρήση πολύ ζεστού νερού κατά το μπάνιο</p> <p>Λάβετε υπόψη: Οποιαδήποτε περιοχή μαλακού ιστού που δεν πρέπει να έρθει σε επαφή κατά λάθος με οποιοδήποτε ζεστό αντικείμενο όπως το πάνω μέρος του χεριού, τα πέλματα των ποδιών, οι γλουτοί ή η πλάτη.</p> <p>Σχήμα εγκαύματος σαν αντικείμενο: σίδερο, τσιγάρο</p>
Έλκη πίεσεως (Dyer et al. 2003)	<p>Δίστανται οι απόψεις σχετικά με το ποια έλκη πίεσεως οφείλονται σε ασθένεια και ποια σε παραμέληση ή ακόμη και σε βία. Γενικά, μεγάλα μολυσμένα/νεκρωτικά έλκη, πολλαπλά έλκη, ειδικά πολλαπλά βαθιά έλκη, δύσσομα με νεκρούς ιστούς μπορεί να είναι ενδεικτικά της παραμέλησης. Τα έλκη εντοπίζονται συχνότερα πάνω από το ιερό οστό, το ισχίο ή τις φτέρνες</p> <p>Μπορούν να προκληθούν από παράγοντες:</p> <ul style="list-style-type: none"> • οξεία ασθένεια, • κυκλοφορικές διαταραχές, • κακή διατροφή, • Περιορισμός κινητικότητας (δεμένος σε μια θέση) ή • ανεπαρκές επίπεδο φροντίδας. • Ο διαβήτης προδιαθέτει για κατακλίσεις.

Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης

Μια σειρά ασκήσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών περιεχομένων που διδάσκονται στην ενότητα.

ΜΑΘΗΣΙΑΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ 1 - Η ΑΣΚΗΣΗ ΓΚΑΛΕΡΙ (THE GALLERY EXERCISE)



Μέθοδος: Ομαδική συζήτηση. Οι ομαδικές συζητήσεις χρησιμοποιούνται για την προώθηση της ανταλλαγής ιδεών και της ενεργητικής μάθησης. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί μια ομαδική συζήτηση είναι γνωστός ως Άσκηση Γκαλερί.

Στην άσκηση ομαδικής συζήτησης γκαλερί, οι συμμετέχοντες εργάζονται σε μικρότερες ομάδες και συζητούν θέματα που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο θέμα. Η αίθουσα είναι οργανωμένη σε ξεχωριστούς χώρους με διαφορετικό θέμα προς συζήτηση σε κάθε περιοχή. Κάθε χώρος έχει 4-6 καρέκλες, ένα τραπέζι και έναν πίνακα σημειώσεων. Σε κάθε ομάδα παραχωρείται μια περιοχή για να ξεκινήσει, στη συνέχεια συζητούν το θέμα και σημειώνουν τα συμπεράσματά τους στον πίνακα πριν να προχωρήσουν στους άλλους πίνακες. Οι εκπαιδευτές ενθαρρύνονται να επισκέπτονται κάθε τραπέζι κατά τη διάρκεια της άσκησης για να βοηθήσουν στη διατήρηση της συνάφειας του θέματος και να βοηθήσουν με τυχόν ερωτήσεις. Για να μάθετε περισσότερα σχετικά με τη μέθοδο, μπορείτε να επισκεφθείτε: [Gallery Group Discussion Exercise | Training Workshops \(ventureteambuilding.co.uk\)](https://ventureteambuilding.co.uk)

Στο τέλος της άσκησης, οι ομάδες παρουσιάζουν τις πληροφορίες και οι συμμετέχοντες έχουν λίγο χρόνο να περιηγηθούν στις γκαλερί για να δουν τι έχουν συνεισφέρει οι άλλες ομάδες.

Εξοπλισμός και υλικά:

- στρογγυλά τραπέζια με 4-6 καρέκλες το καθένα ανάλογα με το μέγεθος της ομάδας
- υπολογιστής
- προβολέας
- οθόνη
- έναν πίνακα σημειώσεων ανά τραπέζι και ένα για τον εκπαιδευτή
- μαρκαδόροι διαφορετικών χρωμάτων σε κάθε τραπέζι (ένα χρώμα για κάθε ομάδα)
- Φυλλάδια με σενάρια

Χρόνος που διατίθεται: 65-70 λεπτά

- 5 λεπτά για ενημέρωση και ρύθμιση
- 3 x 10 λεπτά εργασίας σε κάθε γκαλερί (ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων)
- 20 λεπτά για παρουσιάσεις (προετοιμασία και παράδοση)
- 5 λεπτά για να περιήγηση στις γκαλερί
- 5-10 λεπτά για επανεξέταση και απολογισμό

Οδηγίες για την Συζήτηση της Ομάδας Γκαλερί: Χωρίστε τους συμμετέχοντες σε 3 ομάδες (όχι περισσότερους από 6 ανά ομάδα) και καθίστε γύρω από το τραπέζι. Κάθε τραπέζι καλείται να εργαστεί με ένα σενάριο περίπτωσης. Εάν υπάρχουν περισσότερα από τρία τραπέζια μικρών ομάδων στην εκπαίδευση, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διπλά παραδείγματα περιπτώσεων για τα επιπρόσθετα τραπέζια. Θα πρέπει να ζητηθεί από κάθε τραπέζι να προσδιορίσει ένα άτομο που θα κρατά σημειώσεις (γραφέας) και ένα άτομο που θα μιλά για ολόκληρη την ομάδα (ανταποκριτής). Ενθαρρύνετε τις ομάδες να επιλέγουν ένα νέο άτομο για το ρόλο του γραφέα και του ανταποκριτή για κάθε άσκηση, ώστε όλοι να έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν σε αυτούς τους ρόλους. Δώστε σε κάθε ομάδα ένα στυλό διαφορετικού χρώματος για να ξεχωρίσετε τη συμβολή τους σε κάθε πίνακα σημειώσεων. Ξεκινήστε την άσκηση και δώστε σε κάθε ομάδα δέκα λεπτά ανά γκαλερί για να συζητήσουν το θέμα. Προς το τέλος των δέκα λεπτών, ο διορισμένος γραφέας θα πρέπει να αρχίσει να καταγράφει τα κύρια σημεία που συζητήθηκαν. Ίσως είναι χρήσιμο να τα οργανώσετε σε έναν πίνακα όπως:

Δείκτες	Τύπος κακοποίησης	Θύμα	Θύτης

Στη συνέχεια, μετακινήστε κάθε ομάδα στην επόμενη γκαλερί και ζητήστε να συζητήσουν το νέο θέμα και να προσθέσουν τη συνεισφορά τους. Συνεχίστε αυτό για κάθε επόμενη γκαλερί. Μόλις όλες οι ομάδες συνεισφέρουν σε κάθε πίνακα σημειώσεων, ζητήστε να επιστρέψουν από εκεί που ξεκίνησαν και αφήστε χρόνο να ελέγξουν και να συζητήσουν τις συνεισφορές που προστέθηκαν από τις άλλες ομάδες. Κάθε ομάδα θα παρουσιάσει τώρα το κομμάτι της γκαλερί και τα ευρήματά της στις άλλες ομάδες. Στο τέλος των παρουσιάσεων, επιτρέψτε στους συμμετέχοντες πέντε λεπτά να περπατήσουν και να δουν τις γκαλερί που εμφανίζονται.

Τέλος, μπορείτε να κάνετε μερικές ερωτήσεις για ανασκόπηση και ενημέρωση:

- Τι σας εξέπληξε περισσότερο;
- Πιστεύετε ότι κάθε θέμα διερευνήθηκε επαρκώς;
- Βρήκατε κάτι απογοητευτικό;
- Τι απολαύσατε περισσότερο;
- Τι μπορείτε να αφαιρέσετε από την άσκηση; Πώς μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε;

Τα σενάρια των περιπτώσεων έχουν προσαρμοστεί από: National Adult Protective Services Association (2010) [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.napsu.edu/ELDER_ABUSE_DYNAMICICS_FOR_ADULT_PROTECTIVE_SERVICES)

ΦΥΛΛΑΔΙΟ Αρ. 1 – ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΕΝΑΡΙΟ:1 - TONY ΚΑΙ JOSEPHINA

Ο Tony και η Josephina είναι παντρεμένοι σχεδόν 60 χρόνια. Εκείνος είναι 80 και εκείνη 77. Πριν από δύο χρόνια, η Josephina διαγνώστηκε με τη νόσο του Alzheimer. Η ασθένεια εξελίχθηκε πολύ γρήγορα. Ο γιος τους, Henry, είπε στον διευθυντή του οίκου φροντίδας ότι ο γάμος του Tony και της Josephina ήταν ταραχώδης. Κατά τη διάρκεια όλης της έγγαμης ζωής τους, ο Tony κακοποιούσε λεκτικά και σωματικά τη Josephina. Για χρόνια της έλεγε ότι ήταν ανόητη και άσχημη, ότι κανένας άλλος άντρας δεν θα την ήθελε και ότι ήταν τυχερή που την ανέχτηκε, αν και θα μπορούσε να την αφήσει ανά πάσα στιγμή. Της πετούσε πράγματα, τη χαστούκιζε στο πρόσωπο, την απειλούσε ότι θα τη σκοτώσει και μια φορά την έσπρωξε κάτω από τις σκάλες. Σε αρκετές περιπτώσεις, η Josephina άφησε τον Tony. Όταν ο Henry προσφέρθηκε να τη βοηθήσει και να μετακομίσει με την οικογένειά του, εκείνη αρνήθηκε και επέστρεψε στον σύζυγό της. Από τότε, ο Henry προσπάθησε να μιλήσει στη μητέρα του για τη σχέση της με τον Τόνι, αλλά εκείνη τον διέκοπτε λέγοντας ότι μια γυναίκα είχε τα καθήκοντά της και δεν ήταν δική του δουλειά. Πριν από τρεις μήνες, ο Tony διαγνώστηκε με καρκίνο στο ήπαρ. Η πρόγνωσή του δεν είναι καλή. Πρόσφατα, η φροντίστρια που βοηθά τη Josephina στην τουαλέτα και το μπάνιο παρατήρησε μώλωπες στο στήθος και στο εσωτερικό των μηρών της. Όταν ρωτήθηκε για τους μώλωπες η Josephina κούνησε το κεφάλι της και έκλαψε, αλλά δεν απάντησε. Η φροντίστρια υποψιάστηκε ότι ο Tony είχε σεξουαλική επαφή με τη γυναίκα του και ότι εκείνη δεν μπορούσε να αντισταθεί. Όταν η φροντίστρια επεσήμανε το γεγονός ο Tony, θύμωσε λέγοντας «Δεν είναι δουλειά κανενός παρά μόνο δική μας! Είναι η γυναίκα μου και μπορώ να της κάνω έρωτα όποτε θέλω. Το έκανα 60 χρόνια. Εξάλλου, δεν έχω πολύ να ζήσω, και μου αξίζει να έχω λίγη ευχαρίστηση πριν πεθάνω».

Παρακαλώ αναγνωρίστε:

- Τους τύπους κακοποίησης
- Τους δείκτες για τον κάθε τύπο
- Το θύμα
- Τον θύτη

Έχοντας κατά νου την απάντηση του Tony «Είναι η γυναίκα μου και μπορώ να κάνω έρωτα μαζί της όποτε θέλω...», πιστεύετε ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι αγάπη; Πιστεύετε ότι στη περίπτωση αυτού του σεναρίου, η συμπεριφορά του Tony μπορεί να χαρακτηριστεί ως βιασμός;».

ΦΥΛΛΑΔΙΟ Αρ. 2 - ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΕΝΑΡΙΟ: 2 – Η ROSIE ΚΑΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΗΣ

Η Rosie είναι μια 47χρονη γυναίκα με σύνδρομο Down. Όταν γεννήθηκε, οι γονείς της ορκίστηκαν να μην την τοποθετήσουν ποτέ σε ίδρυμα, όπως γινόταν συχνά εκείνο τον καιρό. Ως αποτέλεσμα, έζησε με τον πατέρα και τη μητέρα της όλη της τη ζωή και είχε ελάχιστη έκθεση στον έξω κόσμο. Καθώς οι γονείς της γερνούσαν, η Rosie αναλαμβάνει όλο και περισσότερο τις δουλειές του σπιτιού και την προσωπική φροντίδα των γονιών της. Αν και η Rosie έχει σχετικά υψηλή λειτουργικότητα, παλεύει να βοηθήσει τον πατέρα της, Frank, ηλικίας 79 ετών, που πάσχει από σοβαρή νόσο του Πάρκινσον, και τη μητέρα της, Betsy, 72 ετών, που είναι τυφλή και όλο και πιο ευπαθής. Η οικογένεια έχει περιορισμένο εισόδημα και μετά βίας τα βγάζει πέρα. Έχουν έναν βοηθό υγείας στο σπίτι που πληρώνεται μέσω του κράτους δύο φορές την εβδομάδα, καθώς επίσης δωρεάν γεύματα και μεταφορά. Λόγω της νόσου του Πάρκινσον, ο Frank δεν μπορεί να σιτιστεί από μόνος του. Η Rosie προσπαθεί να τον βοηθήσει, αλλά συχνά απογοητεύεται και σπρώχνει με δύναμη το κουτάλι στο στόμα του. Μία φορά, του έσπασε το μπροστινό του δόντι. Κατηγόρησε τον Frank, ότι «Κουνιέται πάρα πολύ». Επιστρέφοντας μετά από ένα μακρύ Σαββατοκύριακο, ο βοηθός βρήκε την Betsy ξαπλωμένη στο πάτωμα ανάμεσα στο κρεβάτι και την πόρτα του διπλανού μπάνιου, χωρίς να ανταποκρίνεται. Είχε πολλά έλκη πίεσης στο αριστερό ισχίο και το αριστερό της πόδι, προφανώς ως αποτέλεσμα της μεγάλης διάρκειας που ήταν ξαπλωμένη στο πλάι. Κάλεσε ένα ασθενοφόρο και οι διασώστες ανέφεραν ότι το χαλί κάτω από το σώμα της Betsy ήταν πολύ λερωμένο. Η Rosie και ο Frank είπαν ότι βρήκαν την Betsy ξαπλωμένη στο πάτωμα στην ίδια τοποθεσία αρκετές ημέρες νωρίτερα. Η Rosie είπε ότι προσπάθησε να τη βοηθήσει να σηκωθεί, αλλά η μητέρα της φώναξε από τον πόνο και της είπε να την αφήσει ήσυχη. Μετά από αυτό, την άφησαν ξαπλωμένη στο πάτωμα, φέρνοντάς της φαγητό, νερό και τα φάρμακα της. Ο Frank είπε ότι η Rosie έβαλε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι της και προσπάθησε να τη φροντίσει. Όταν ρωτήθηκε γιατί δεν κάλεσε για ιατρική βοήθεια, ο Frank είπε στους διασώστες ότι η σύζυγός του είπε να μην καλέσει κανέναν. Οι διασώστες ανέφεραν την υπόθεση στην αστυνομία.

Παρακαλώ αναγνωρίστε:

- Τους τύπους κακοποίησης
- Τους δείκτες για κάθε τύπο κακοποίησης
- Το θύμα
- Τον θύτη

Γιατί πιστεύετε ότι οι διασώστες ανέφεραν την υπόθεση στην αστυνομία; Γιατί απλά δεν πήγαν την Betsy στο νοσοκομείο;

ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΑΡ. 3- ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΕΝΑΡΙΟ:3-ΤΖΕΙΚ ΚΑΙ ΡΕΓΓΙΝΑ

Για χρόνια, ο Τζέικ, που είναι 56 ετών, παλεύει να βγάλει τα προς το ζην ως καλλιτέχνης, με μικρή επιτυχία. Μερικές φορές βάφει σπίτια. Επειδή όμως είναι αλκοολικός, δεν μένει για πολύ σε δουλειά. Έτσι, απευθύνεται στη μητέρα του, Ρεγγίνα, για οικονομική βοήθεια. Στην αρχή, ο Τζέικ ισχυρίστηκε ότι τα χρήματα που του έδωσε η Ρεγγίνα ήταν δανεικά και θα τα επέστρεφε μόλις «σταθεί στα πόδια του». Όμως τα δάνεια δεν αποπληρώθηκαν ποτέ. Τώρα ο Τζέικ λέει ότι αν μπορούσε να παρακολουθήσει ακόμα ένα - μάθημα τέχνης, οι πίνακές του θα άρχιζαν επιτέλους να πωλούνται. Θέλει η Ρεγγίνα να συνάψει αντίστροφη υποθήκη για το σπίτι της, ώστε να έχει 10.000 ευρώ για τις σπουδές του στην τέχνη. Η Ρεγγίνα είναι 75 ετών, έχει προχωρημένη εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και βασίζεται σε έναν ιδιωτικό φροντιστή για να τη βοηθάει με τις δουλειές του σπιτιού και να την οδηγεί στα ραντεβού της. Είναι απρόθυμη να υποθηκεύσει το σπίτι της. Ως μετανάστρια, είναι πολύ περήφανη που έχει το δικό της σπίτι ελεύθερο και καθαρό. Επίσης, η μητέρα της έζησε μέχρι τα 101 και η Ρεγγίνα ανησυχεί ότι αν εξαργυρώσει το σπίτι της τώρα, δεν θα μπορεί να επιβιώσει από το εισόδημα που παρέχεται από την αντίστροφη υποθήκη. Ανησυχεί επίσης ότι δεν θα μπορεί να συνεχίσει να πληρώνει για την αυξανόμενη βοήθεια που θα χρειαστεί για να αντιμετωπίσει την απώλεια όρασής της. Αλλά θέλει επίσης να υποστηρίξει το όνειρο του Τζέικ να γίνει ζωγράφος. Έχει πουλήσει έναν περιστασιακό πίνακα και εκείνη πιστεύει ότι έχει πραγματικό ταλέντο. Ο Τζέικ γίνεται ανυπόμονος με τη μητέρα του. Ισχυρίζεται ότι αν τον αγαπούσε πραγματικά, θα τον βοηθούσε. Χθες μπήκε στο σπίτι της και κλώτσησε τον Bootsy, το μικρό σκυλάκι της. Η Ρεγγίνα άρχισε να κλαίει και παρακάλεσε τον Τζέικ να μην κάνει κακό στο σκυλί. Του υποσχέθηκε ότι θα έβρισκε τα χρήματα «κάπως». Ο Τζέικ απάντησε: «Καλύτερα να τα βρεις». Πριν φύγει, ο Τζέικ πήρε την πιστωτική κάρτα από το πορτοφόλι της Ρεγγίνα εν αγνοία της. Την είχε βοηθήσει να τη χρησιμοποιήσει προηγουμένως, καθώς η όρασή της ήταν αδύνατη, έτσι ήξερε το PIN. Εκείνη τη μέρα και την επόμενη έκανε δύο αναλήψεις συνολικού ύψους €1.000.

Παρακαλώ αναγνωρίστε:

- Τους τύπους κακοποίησης
- Τους δείκτες για τον κάθε τύπο
- Το θύμα
- Τον θύτη

Τι νομίζετε ότι σκεφτόταν και πως ένιωθε η Ρεγγίνα όταν υποσχέθηκε στον Τζέικ ότι θα έβρισκε τα χρήματα;

Ο Τζέικ διέπραξε έγκλημα;

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ 2 - ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΒΙΝΤΕΟ

Υλικό: βίντεο, πένες, χαρτί

Διάρκεια: 45 λεπτά

Περιγραφή της άσκησης/οδηγίες

- Οργανώστε τους συμμετέχοντες σε 4 ομάδες των 4-5 μελών (ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων)
- Ζητήστε τους να συμφωνήσουν ποιος θα κρατά σημειώσεις και ποιος θα παρουσιάζει τα αποτελέσματα σε όλο το κοινό της ομάδας
- Κάθε ομάδα παρακολουθεί ένα από τα παρακάτω βίντεο:
 - Κυβέρνηση της Αλμπέρτα, σε συνεργασία με το Δίκτυο Ευαισθητοποίησης για την Κατάχρηση Ηλικιωμένων της Αλμπέρτα - «Κακοποίηση ηλικιωμένων - μάθετε τα σημάδια και σπάστε τη σιωπή» <https://www.youtube.com/watch?v=OEGhbbpel3o>
 - Κέντρο αριστείας για την κακοποίηση και την παραμέληση ηλικιωμένων - Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Irvine "Έχω μια συνταγή να παραλάβω" – κύριος Stepania <https://www.youtube.com/watch?v=uaOVhxRE3Nk&t=47s>
 - Κέντρο αριστείας για την κακοποίηση και την παραμέληση ηλικιωμένων – Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Irvine «Έχω μια συνταγή να παραλάβω» – κυρία Appelby <https://www.youtube.com/watch?v=nmb9vKsvNys&t=2s>
- Μέσα σε κάθε ομάδα, ζητήστε από τους μαθητές να φτιάξουν μια λίστα με πιθανές απαντήσεις στο χαρτί για τις παρακάτω ερωτήσεις – στην αρχή χωρίς συζήτηση. Κάθε μαθητής διπλώνει το χαρτί όταν τελειώσει το γράψιμο και το δίνει στο επόμενο άτομο της ομάδας του. Όταν όλοι οι μαθητές της ομάδας έχουν γράψει μια απάντηση, ξεδιπλώστε το χαρτί και οι μικρότερες ομάδες μπορούν να συζητήσουν τις απαντήσεις. Εάν υπάρχει χρόνος, κάθε ομάδα μπορεί να μοιραστεί την καλύτερη απάντηση μαζί με μερικές σκέψεις σε όλη την τάξη και να απαντήσει στις ακόλουθες ερωτήσεις:
 1. Έχετε εντοπίσει κακοποίηση ηλικιωμένων στο βίντεο;
 2. Προσδιορίστε και περιγράψτε τις μορφές κακοποίησης ηλικιωμένων που εντοπίζονται στο βίντεο.
 3. Ποια σημεία και συμπτώματα σας προειδοποιούν για πιθανή κακοποίηση ηλικιωμένων;
 4. Ποιοι παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση ή παραμέληση ηλικιωμένων ήταν εμφανείς στο βίντεο για τα άτομα που παρουσιάστηκαν;

5. Σκεφτείτε και συζητήστε μια κατάσταση όπου υποπτευόσασταν κακοποίηση σε έναν ηλικιωμένο ενήλικα αλλά δεν ήσασταν σίγουροι πώς να την αντιμετωπίσετε.

Εισηγήσεις για τον εκπαιδευτή: μπορεί να είναι χρήσιμο να τονίζουμε ότι με βάση τις πληροφορίες που παίρνουμε από τα βίντεο, μπορεί να υπάρχουν υποψίες κακοποίησης, αλλά δεν είναι βέβαιο, επομένως είναι σημαντικό να είστε προσεκτικοί με τους ισχυρισμούς και να μην καταλήξετε αμέσως σε συμπεράσματα.

Βιβλιογραφία

1. Action on Elder Abuse (1995). New Definition of Abuse, London: Action on Elder Abuse Bulletin.
2. Ageless Alliance (2017) *Impact of Elder Abuse*. Available at: <https://agelessalliance.org/impact-of-elder-abuse/>.
3. Biggs, S., Stevens, M., Tinker, A., Dixon, J., & Lee, L. (2009). Institutional mistreatment and dignity: toward a conceptual understanding.
4. Brownell, P. (2015). Neglect, abuse and violence against older women: Definitions and research frameworks. *South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH)*.
5. CDC (2020) *Elder Abuse: Risk and protective factors*. Available at: www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html (Accessed: 14 September 2021).
6. Action on Elder Abuse (1995). New Definition of Abuse, London: Action on Elder Abuse Bulletin.
7. Collins, K. A. (2006) 'Elder Maltreatment', *Arch Pathol Lab Med*, 130, pp. 1290–1296. doi: 10.4135/9781412952484.n220.
8. Dean, A. (2019) Elder abuse, Key issues and emerging evidence.
9. Dong, X., Chang, E. and Simon, M. (2013) 'Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy – A Mini Review', *Gerontology*, 59, pp. 132–142. doi: 10.1159/000341652.
10. Dyer CB, Connolly MT, McFeeley P. 2003. The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect. In the book: *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, pages 1-72. National Academic Press (US).

11. Dziechciaż M, Filip R. (2014). *Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging*. *Ann Agric Environ Med*; 21(4): 835–838. doi: 10.5604/12321966.1129943
12. EUROSTAT (2019) *Ageing Europe*. European Union. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1103.
13. Gibbs LM 2014. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in Geriatric Medicine* 2014, Nov;30(4):687-712.
14. Gorbien, M. J. and Eisenstein, A. R. (2005) 'Elder Abuse and Neglect: An Overview', *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, pp. 279–292. doi: 10.1016/j.cger.2004.12.001.
15. Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) 'Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention', *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
16. Kalaga, H. (2007). A review of literature on effective interventions that prevent and respond to harm against adults. Scottish Government Social Research.
17. Masnoon N, Sepehr Shakib S, Kalisch-Ellett L and Caughey G. E, 2017. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17:230. DOI 10.1186/s12877-017-0621-2.
18. National Adult Protective Services Association (2010). Available at: [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.napsa-usa.org/ELDER%20ABUSE%20DYNAMICS%20FOR%20ADULT%20PROTECTIVE%20SERVICES.pdf)
19. Palmer, M., Brodell, R. T. and Mostow, E. N. (2013) 'Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions', *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(2), pp. 37–39. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016.
20. Perel-Levin, S. (2008) 'Discussing screening for elder abuse at primary health care level', *WHO*, p. 48. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>.
21. Perttu, S. (2018) WHOSEFVA: Working with Healthcare Organizations to Support Elderly Female Victims of Abuse: Training Materials. Tartu. Estonia. Available at: <http://whosefva-gbv.eu/>.
22. Perttu, S. and Laurola, H. (2020) *How To Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)*. Edited by K. Blank, O. Solohub, and M. Frances. Tartu. Estonia.
23. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
24. Pope L. E. R and Hobbs C. G. L, (2005). Epistaxis: an update on current management. *Postgraduate Medical Journals*; 81: 309-314. doi: 10.1136/pgmj.2004.025007.
25. Priestley, D. (2016) 'How To Facilitate Group Discussions: The "Gallery" Exercise.' Available at: <https://ventureteambuilding.co.uk/how-to-facilitate-group-discussions-gallery-exercise/#.YVSqibgzagC>
26. Santos, A. J. *et al.* (2019) 'Elder abuse victimization patterns: latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours', *BMC geriatrics*. *BMC Geriatrics*, 19(117), pp. 1–11.

27. Sherman V. and Creamer D, 2009. Recommended management of eczema in older patients. *Prescriber* 5, September 2009. www.prescriber.co.uk
28. Schmeidel, A. N. *et al.* (2012) 'Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings', *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), pp. 17–36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.
29. Soares, J. J. F. *et al.* (2010) *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
30. Wallace, R. B., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
31. Wang, X. M. *et al.* (2015) 'Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention', *CMAJ*, 187(8), pp. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329/-/DC1.
32. WHO/INPEA (2002) *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva.
33. WHO (2016) *Elder Abuse: The health sector Role in Prevention and Response*.
34. World Health Organization. (2008) 'A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report'. Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&dq=A+Global+Response+to+Elder+Abuse+and+Neglect+:++Building+Primary+Health+Care+Capacity+to+Deal+with+the+Problem+Worldwide+:++Main+Report&ots=4XU3JdajAC&sig=UXxr47C_lEk81DVeug19Pij1JBY.
35. Wiglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, Mosqueda L. 2009. Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 2009 Jul; 57(7):1191-1196.
36. World Health Organization. (2021) *ELDER ABUSE*. Available at: https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1.
37. Yon, Y. *et al.* (2017) 'Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY license, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
38. Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., *et al.* (2018) 'The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis', *The European journal of Public Health*, 29(1), pp. 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.
39. Yon, Y., Mikton, C., *et al.* (2019) 'The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), pp. 245–259. doi: 10.1177/1524838017697308.



ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – Ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

Δομή της Ενότητας

Τίτλος	Ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων
Σκοπός και στόχοι	Στόχοι αυτής της ενότητας είναι να αυξησει: <ul style="list-style-type: none">▪ Τις γνώσεις για την ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Την κατανόηση της πολυπλοκότητας της ανίχνευσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων ▪ Την κατανόηση των λόγων ανίχνευσης ▪ Τις γνώσεις για τα εργαλεία ανίχνευσης που χρησιμοποιούνται σε διάφορες μονάδες υγείας
Μαθησιακοί στόχοι	<p>Οι συμμετέχοντες θα είναι σε θέση να:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ καθορίζουν τις έννοιες, τους όρους και τους στόχους της ανίχνευσης ▪ κατανοούν ένα ευρύ σύνολο επιστημονικών κριτηρίων που έχουν θεσπιστεί για την ανίχνευση ▪ κατανοούν τα ελάχιστα κριτήρια που απαιτούνται για να υποβάλουν ερωτήσεις για τη βία ▪ χρησιμοποιούν τις ερωτήσεις ανίχνευσης με φυσικότητα προς τους ηλικιωμένους ▪ κατανοούν ότι η ανίχνευση είναι μια διαδικασία
Διάρκεια	<p>3 ώρες</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45 λεπτά-1ώρα Εισαγωγική Σύνοδος ▪ 20 λεπτά (2x10 λεπτά) διάλειμμα ▪ 1ώρα και 30 λεπτά δραστηριότητες ενεργητικής μάθησης ▪ 10 λεπτά επιπλέον (συζήτηση προθέρμανσης, αναμονή συμμετεχόντων, απάντηση ερωτήσεων)
Απαιτούμενα Υλικά	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Στρογγυλά τραπέζια με 4-6 καρέκλες στο κάθε ένα ανάλογα με τα άτομα της ομάδας ▪ Υπολογιστής ▪ Προβολέας ▪ Οθόνη προβολής ▪ Πίνακας Σημειώσεων ▪ Φυλλάδια με σενάρια
Βασικά Μηνύματα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι ένα περίπλοκο ζήτημα καθώς η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι πολύπλευρη και πολυδιάστατη ▪ Η ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων βασίζεται στις αρχές επαγγελματικής δεοντολογίας ▪ Οι ερωτήσεις ανίχνευσης πρέπει να αποτελούν μέρος της κανονικής διαδικασίας συνομιλίας ▪ Οι ερωτήσεις σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί μόνο το πρώτο βήμα της διαδικασίας ανίχνευσης
Φύλλα εργασίας	Φύλλα εργασίας 1 – 2- 3 – 4 - 5

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ;

Η ανίχνευση, όπως ορίζεται από την Εθνική Επιτροπή Ανίχνευσης του Ηνωμένου Βασιλείου (UK NSC), είναι «**υπηρεσία δημόσιας υγείας στην οποία τα μέλη ενός καθορισμένου πληθυσμού, τα οποία δεν αντιλαμβάνονται απαραίτητα ότι διατρέχουν κίνδυνο ή έχουν ήδη προσβληθεί από μια ασθένεια ή τις επιπλοκές της, υποβάλλονται σε μια ερώτηση ή μια εξέταση, για να εντοπιστούν εκείνοι που είναι πιο πιθανό να βοηθηθούν παρά να υποστούν βλάβη από περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπείες για τη μείωση του κινδύνου μιας ασθένειας ή των επιπλοκών της**» (Feder G. et al, 2009).

Η ανίχνευση αποτελεί το επίκεντρο των δημόσιων συστημάτων υγείας. Οι Wilson και Jungner έθεσαν το 1968 τις βάσεις για την σύγχρονη ανίχνευση και ξεκίνησαν επιστημονικό διάλογο σχετικά με τα οφέλη, τις επιπτώσεις, το κόστος και τη δεοντολογία της ανίχνευσης. Δήλωσαν ότι η ανίχνευση είναι: «ο πιθανός εντοπισμός μη αναγνωρισμένης ασθένειας ή προβλήματος, με την διεξαγωγή εξετάσεων ή άλλων διαδικασιών που μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα. Τα τεστ ανίχνευσης ξεχωρίζουν τους φαινομενικά μη νοσούντες που πιθανόν να έχουν κάποια ασθένεια από αυτούς που πιθανόν να μην έχουν. Ένα τεστ ανίχνευσης δεν προορίζεται να είναι διαγνωστικό. Τα άτομα με θετικά ή ύποπτα ευρήματα πρέπει να παραπέμπονται στους γιατρούς τους για διάγνωση και απαραίτητη θεραπεία." Οι Wilson και Jungner έθεσαν επίσης το 1968 δέκα αρχές για την ανίχνευση. (J.M.G. Wilson & G. Jungner, 1968).

Η ανίχνευση αφορά άτομα που δεν έχουν συμπτώματα. Ο σκοπός της ανίχνευσης είναι να εντοπιστούν άτομα σε έναν φαινομενικά υγιή πληθυσμό που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ενός προβλήματος υγείας ή μιας πάθησης, έτσι ώστε να μπορεί να προσφερθεί έγκαιρα θεραπεία ή παρέμβαση. Αυτό με τη σειρά του, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερες εκβάσεις στην υγεία ορισμένων από τα άτομα που ελέγχονται. Η ανίχνευση δεν είναι διαγνωστική. Δεν είναι το ίδιο με την έγκαιρη διάγνωση, αλλά επισημαίνει την αναγκαιότητα περαιτέρω αναθεώρησης. Η έγκαιρη διάγνωση αποσκοπεί στον εντοπισμό καταστάσεων όσο το δυνατόν νωρίτερα σε άτομα με συμπτώματα (WHO Regional Office for Europe; 2020).

Επιπρόσθετα της έννοιας ανίχνευση υπάρχουν όροι όπως γενική ανίχνευση και επιλεκτική ανίχνευση. Η γενική ανίχνευση αφορά μια μεγάλης κλίμακας αξιολόγηση ολόκληρων

ομάδων πληθυσμού - αξιολόγηση όλων των ατόμων, κατά την οποία δεν γίνεται επιλογή συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού. Η επιλεκτική ανίχνευση γίνεται στοχευμένα σε μία ή περισσότερες υποομάδες ενός πληθυσμού που έχει διαπιστωθεί ότι διατρέχει κίνδυνο για κάποια ασθένεια ή πάθηση (WHO, 2013).

Όσον αφορά την ανίχνευση στην δημόσια υγεία είναι πολύ καλά καθορισμένη και τεκμηριωμένη. Στον τομέα της βίας, η ανίχνευση αναφέρεται γενικά ως η ενέργεια με την οποία οι επαγγελματίες εντοπίζουν άτομα που κακοποιούνται ενώ αποκλείουν (Screen out) τα άτομα που δεν έχουν κακοποιηθεί. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να οριστεί ως: «Αξιολόγηση της τρέχουσας βλάβης ή του κινδύνου βλάβης από την άσκηση βίας από την οικογένεια και το σύντροφο σε ασυμπτωματικά άτομα σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας» (Perel-Levin, 2008).

Η Αυστραλιανή Εθνική Συμβουλευτική Υπηρεσία Σεξουαλικής κακοποίησης και Οικογενειακής Βίας (1800 RESPECT) ορίζει την ανίχνευση ως: «Η ανίχνευση είναι μια άτυπη διαδικασία που στοχεύει να ανοίξει μια συζήτηση σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Είναι ένας συστηματικός τρόπος παροχής ευκαιρίας σε ένα άτομο να μιλήσει για την ενδοοικογενειακή βία. Συνήθως περιλαμβάνει ερωτήσεις προς τους πελάτες για τις εμπειρίες τους όσον αφορά την ενδοοικογενειακή βία στη ζωή τους ή αν έχουν αισθανθεί ανασφαλείς στη σχέση τους». Οι ερωτήσεις για τη βία θα πρέπει να γίνονται ως μέρος της συζήτησης και της διαδικασίας ανάπτυξης σχέσης μεταξύ πελάτη και επαγγελματία. Η πρόκληση για να γίνει αυτό ως μέρος της συζήτησης είναι ότι οι ερωτήσεις πρέπει να γίνονται χρησιμοποιώντας τις ίδιες λέξεις με αυτές στο εργαλείο και με την ίδια σειρά (Yaffe, 2015). Η ανίχνευση είναι πιο αποτελεσματική όταν γίνεται σε όλους τους πελάτες μιας υπηρεσίας, και όχι σε επιλεγμένα άτομα ή ομάδες, δηλαδή με βάση το δημογραφικό υπόβαθρο, το επάγγελμα, τη θρησκεία, την κουλτούρα, την κατάσταση αναπηρίας ή την ηλικία των πελατών. Αυτό είναι γνωστό ως «ανίχνευση ρουτίνας» (1800RESPECT).

2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Οι αρχές ανίχνευσης των Wilson και Jungner που καθορίστηκαν το 1968 (Wilson & Jungner, 1968) εξακολουθούν να αποτελούν τη βάση για τα κριτήρια ανίχνευσης που χρησιμοποιούνται στα εθνικά προγράμματα ανίχνευσης ασθενειών και παθήσεων που έχουν συχνά υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Μπορούν να φιλτράρουν προκαταρκτικά εάν ένα πρόγραμμα ανίχνευσης μπορεί να καταλήξει να είναι αποτελεσματικό σε μια δεδομένη χώρα και σύστημα υγείας. Το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχει παραδείγματα με ακριβή κριτήρια ανίχνευσης σε μια λίστα 20 κριτηρίων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη (UK NSC, 2014) και η Φινλανδία 14. (STM, 2014)

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται από τις περισσότερες χώρες για την αξιολόγηση ενός προγράμματος ανίχνευσης είναι τα ακόλουθα (Perel-Levin S., 2008):

- Η πάθηση πρέπει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας, καλά κατανοητό και με γνωστό παράγοντα ή δείκτη κινδύνου.
- Το εργαλείο πρέπει να είναι απλό, ασφαλές και έγκυρο.
- Το εργαλείο ανίχνευσης πρέπει να είναι αποδεκτό από τον πληθυσμό.
- Θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την μετέπειτα παρακολούθηση.
- Πρέπει να υπάρχουν στοιχεία από αξιόπιστες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ότι το πρόγραμμα ανίχνευσης μειώνει τη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα και είναι οικονομικά αποδοτικό.
- Να υπάρχει επαρκές διαθέσιμο προσωπικό.
- Θα πρέπει να υπάρχουν στοιχεία ότι το πλήρες πρόγραμμα ανίχνευσης (από τον έλεγχο έως την παρέμβαση) είναι «κλινικά, κοινωνικά και ηθικά αποδεκτό από τους επαγγελματίες υγείας και το κοινό».

Πολλές χώρες έχουν αυξήσει την ανίχνευση μεμονωμένων ασθενειών για να διασφαλίσουν την ισότητα. Η συμπερίληψη ενός νέου τεστ ανίχνευσης στο εθνικό πρόγραμμα ανίχνευσης απαιτεί μεγάλη προκαταρκτική εργασία καθώς και ευρεία συζήτηση στην κοινωνία σχετικά με τους στόχους και τις επιπτώσεις της ανίχνευσης. Ο δημόσιος διάλογος και η αποτελεσματική υποστήριξη για την εφαρμογή ενός προγράμματος ανίχνευσης αυξάνουν την αποδοχή του και μπορούν επίσης να αυξήσουν τη δραστηριότητα συμμετοχής του πληθυσμού-στόχου. Ένα πρόγραμμα ανίχνευσης θα πρέπει να παράγει αρκετά οφέλη για την υγεία ώστε να δικαιολογείται στα πλαίσια της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, πρέπει να υπάρχει επαρκής κατανόηση του οφέλους, του κόστους και των κοινωνικών επιπτώσεων της ανίχνευσης μέχρι να ληφθεί απόφαση για διακοπή ή έναρξη ενός νέου προγράμματος ανίχνευσης. Η ανίχνευση αποτελεί πολύτιμο μέρος της βελτίωσης της ευημερίας και της υγείας του πληθυσμού. (STM – Finnish Ministry of Social Affairs, 2014)

Πολλά κράτη μέλη εφαρμόζουν ή θεσπίζουν προγράμματα ανίχνευσης βάσει πληθυσμού για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου σύμφωνα με τη σύσταση του Συμβουλίου της 2ας Δεκεμβρίου 2003 για την ανίχνευση του καρκίνου (2003/878/EC) (European Commission, 2008).

Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα ανίχνευσης μπορεί να προσφέρει σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Παρόλο που τα καλής ποιότητας δεδομένα μπορεί να δείχνουν ότι η ανίχνευση μπορεί να αποφέρει οφέλη, αυτά θα συμβούν μόνο εάν το πρόγραμμα εκτελεστεί αποτελεσματικά. Η ανίχνευση μπορεί να είναι και επιβλαβής. Επειδή τα τεστ ανίχνευσης δεν είναι 100% ευαίσθητα ή ειδικά, πάντα θα υπάρχουν ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά. Η πρόκληση για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής είναι να εξετάσουν όλα τα πιθανά οφέλη και τις επιπτώσεις και να αποφασίσουν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας

και των αξιών ή της δεοντολογίας εάν το πρόγραμμα ανίχνευσης αναμένεται να παράγει οφέλη με λογικό κόστος. (WHO, 2020)

3. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ Ή ΕΛΕΓΧΟΣ ΡΟΥΤΙΝΑΣ

Ο όρος ‘ανίχνευση’ είναι επαγγελματική γλώσσα που χρησιμοποιείται στη δημόσια υγεία και μερικές φορές μπορεί να συγχέει τη συζήτηση με άλλους τομείς όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες. Προκειμένου να προωθηθεί η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών, η γλώσσα είναι ένα βασικό στοιχείο που πρέπει να αποσαφηνιστεί, ώστε όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες να κατανοούν για ποιο πράγμα μιλούν και να μπορούν να συνεργαστούν για να δώσουν λύσεις. Η σημασία των λέξεων θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Ενώ ο όρος «ανίχνευση» μπορεί να έχει συγκεκριμένη σημασία στη δημόσια υγεία, αναφέρεται επίσης σε μια ισχυρότερη στάση που περιλαμβάνει την μετέπειτα παρακολούθηση. Ο όρος «έλεγχος» μπορεί να ερμηνευθεί ως μια «πιο ήπια» στάση, δηλαδή απλώς να ρωτάς και όχι απαραίτητα να παρακολουθείς. Το κρίσιμο σημείο στην ανίχνευση είναι ότι είναι ένα πρώτο βήμα και όχι αυτοσκοπός. (Perel-Levin S., 2008). Είναι σημαντικό να τονιστεί το ίδιο σημείο όταν μιλάμε για «έλεγχο» και αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες.

Ο όρος «έλεγχος ρουτίνας» στο πλαίσιο της ενδοοικογενειακής βίας αναφέρεται στη διερεύνηση της βίας μεταξύ συντρόφων χωρίς τη χρήση των κριτηρίων ενός πλήρους προγράμματος ανίχνευσης δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μπορεί επίσης να σημαίνει το χαμηλό κατώτατο όριο των γυναικών που υποβάλλονται σε έλεγχο ρουτίνας για την κακοποίηση σε ένα περιβάλλον φροντίδας υγείας και όχι απαραίτητα όλες τις γυναίκες (WHO, 2013).

Η ανίχνευση, όπως ορίζεται από την Εθνική Επιτροπή Ανίχνευσης του Ηνωμένου Βασιλείου, αναφέρεται στην εφαρμογή μιας τυποποιημένης ερώτησης ή δοκιμής σύμφωνα με μια διαδικασία που δεν διαφέρει από μέρος σε μέρος. Στον έλεγχο ρουτίνας οι διαδικασίες δεν είναι απαραίτητα τυποποιημένες, αλλά οι ερωτήσεις υποβάλλονται τακτικά σε συγκεκριμένους χώρους ή εάν προκύψουν δείκτες κακοποίησης. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, ο έλεγχος ρουτίνας είναι πιο κατάλληλη προσέγγιση για την ενδοοικογενειακή βία (Taket A. et al., 2003), ωστόσο δεν υπάρχουν μελέτες σε σχέση με την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Ένα εγχειρίδιο του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου συνιστά τη μετάβαση προς τον έλεγχο ρουτίνας. «Όλοι (Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας) οι οργανισμοί θα πρέπει να εργάζονται προς την κατεύθυνση του ελέγχου ρουτίνας και να παρέχουν σε όλες τις γυναίκες πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες υποστήριξης της ενδοοικογενειακής

κακοποίησης». Η «ρουτίνα» αναφέρεται στην ανάληψη πρωτοβουλίας, στην προνοητικότητα και στον έλεγχο όλων των γυναικών. Αυτό βοηθά στην αποφυγή του στιγματισμού και των ακατάλληλων αποφάσεων. (Department of Health, 2005).

4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ


Η θεμελιώδης λειτουργία οποιουδήποτε εργαλείου αξιολόγησης είναι να καθοδηγεί τους επαγγελματίες σε μια τυποποιημένη διαδικασία ανίχνευσης και να διασφαλίζει ότι δεν θα παραλείπονται τα σημάδια κακοποίησης.

Τα εργαλεία ανίχνευσης θα πρέπει να μπορούν να εντοπίζουν σωστά τα περιστατικά κακοποίησης ή παραμέλησης καθώς και αυτά που δεν υφίστανται κακοποίησης. Η ιδέα είναι να αυξηθεί το επίπεδο καχυποψίας του επαγγελματία που αναλαμβάνει τον έλεγχο σχετικά με την πιθανότητα κακοποίησης και στη συνέχεια να παρακολουθήσει το περιστατικό. Ένα αποτελεσματικό τεστ/εργαλείο ανίχνευσης βασίζεται στην ικανότητά του να διακρίνει τα άτομα που βιώνουν κακοποίηση (αληθινά θετικά) από αυτά που δεν έχουν κακοποιηθεί (αληθινά αρνητικά). Ένα ψευδώς θετικό προκύπτει όταν ένα άτομο προσδιορίζεται ως κακοποιημένο, ενώ δεν είναι. Ένα ψευδώς αρνητικό σημαίνει ότι τα άτομα δεν αναγνωρίστηκαν ότι υφίστανται κακοποίηση, αλλά στην πραγματικότητα κακοποιούνται (WHO, 2020; McCarthy L. and al., 2017).

Τα εργαλεία ανίχνευσης έχουν κατηγοριοποιηθεί με διαφορετικούς τρόπους. Ο Cohen (2013) κατηγοριοποίησε τα εργαλεία ανίχνευσης σε τρεις ομάδες με βάση τη μέθοδο και την πρόθεση του εργαλείου. Η πρώτη ομάδα περιελάμβανε εργαλεία άμεσων ερωτήσεων σχετικά με τις εμπειρίες των ηλικιωμένων ή αυτοαναφορών των ηλικιωμένων, η δεύτερη εργαλεία που αξιολογούν σημάδια πραγματικής κακοποίησης και η τρίτη εργαλεία αξιολόγησης των κινδύνων κακοποίησης. Τα περισσότερα εργαλεία ανίχνευσης ενσωματώνουν τη μέθοδο των άμεσων ερωτήσεων και της αξιολόγησης του κινδύνου κακοποίησης.

Τα εργαλεία αυτοαναφοράς έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι πιο οικονομικά και επιτρέπουν καλύτερα τον μαζικό έλεγχο. Μπορούν επίσης να εκμαιεύσουν πιο ειλικρινείς απαντήσεις όταν συμπληρωθούν σε απομονωμένο χώρο. Τα μειονεκτήματα αφορούν στο ότι μπορεί να είναι ακατάλληλα για άτομα που έχουν γνωστικά προβλήματα, που δεν έχουν επαρκή γλωσσική ή αναγνωστική ικανότητα ή που δεν έχουν χρόνο ή κίνητρο για να το συμπληρώσουν (Schofield M. J., 2017).

Οι άμεσες ερωτήσεις όταν γίνονται από επαγγελματίες επιτρέπουν τη φυσική παρατήρηση του ατόμου. Τα στοιχεία υποδηλώνουν επίσης ότι τα περισσότερα θύματα δεν θα



προχωρήσουν από μόνα τους στην αποκάλυψη ότι έχουν βιώσει κακοποίηση, αλλά θα το κάνουν, όταν ρωτηθούν άμεσα (Cohen M., 2011). Τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν την έλλειψη χρόνου αρκετών επαγγελματιών, την πιθανή έλλειψη εκπαίδευσης και άνεσης στην υποβολή πολύ ευαίσθητων ερωτήσεων, πιθανή ανακρίβεια στη βαθμολόγηση και την ερμηνεία και μπορεί να υπάρχει έλλειψη γνώσης για τις επιλογές παραπομπής και παρέμβασης σε ορισμένες περιπτώσεις. (Schofield M. J., 2017)

Η ανίχνευση με βάση τους δείκτες κινδύνου κακοποίησης είναι πιο αποδεκτή επειδή μπορεί να είναι δύσκολο να ληφθούν αξιόπιστες απαντήσεις σε ερωτηματολόγια άμεσων ερωτήσεων. Τα εργαλεία αξιολόγησης παραγόντων κινδύνου έχει αποδειχθεί ότι διακρίνουν αξιόπιστα τις περιπτώσεις κακοποίησης και μη κακοποίησης. (Cohen M et al., 2006)

Καθένα από αυτά έχει τόσο πλεονεκτήματα όσο και περιορισμούς ως μέτρα ανίχνευσης. Ο Cohen έχει επισημάνει ότι και οι 3 μορφές ανίχνευσης – άμεσων ερωτήσεων, ανίχνευση βάσει σημείων και ανίχνευση δεικτών κινδύνου κακοποίησης θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται μαζί για να βελτιστοποιηθεί ο εντοπισμός των περιπτώσεων κακοποίησης. Αυτό θα αποτελούσε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ανίχνευσης.

Ένας άλλος τρόπος κατηγοριοποίησης των εργαλείων ανίχνευσης είναι αναλόγως του χώρου και του σκοπού που θα χρησιμοποιηθούν. Ένα σύνολο εργαλείων ανίχνευσης έχει σχεδιαστεί για μαζικό έλεγχο ηλικιωμένων και/ή των φροντιστών τους σε επίπεδο κοινότητας ή πληθυσμο και κάποιο άλλο έχει σχεδιαστεί για πιο στοχευμένη ανίχνευση των ηλικιωμένων σε περιβάλλοντα υγείας, κοινωνικών και ιδρυματικών υπηρεσιών. (Schofield M. J., 2017)

Η αναγνώριση της κακοποίησης ηλικιωμένων είναι περίπλοκη. Επομένως, ένα αποτελεσματικό εργαλείο ανίχνευσης θα πρέπει να προσπαθεί να αξιολογήσει τόσο τα σημάδια κακοποίησης (π.χ. ύποπτους μώλωπες, μεταβίβαση περιουσίας) όσο και τους παράγοντες κινδύνου κακοποίησης (π.χ. ιστορικό βίας, προβλήματα στη σχέση μεταξύ ηλικιωμένου και πιθανού δράστη). Το ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να είναι πολύ μεγάλο. Οι επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας συχνά χρειάζονται σύντομα, φιλικά προς τον χρήστη και διεπιστημονικά εργαλεία που μπορούν να εφαρμοστούν σε πολυάσχολες δομές. Επιπλέον, πολλά εργαλεία ανίχνευσης θα πρέπει να συμπληρώνονται από άρτια εξειδικευμένους επαγγελματίες. Χρήσιμο εργαλείο πρέπει να είναι αυτό που μπορεί να εφαρμοστεί ευρέως από πολλούς επαγγελματίες και σε διάφορους χώρους. Υπάρχουν εργαλεία που συχνά εστιάζουν μόνο σε μία θεωρία κακοποίησης ηλικιωμένων, όπως στο μοντέλο του φροντιστή. Αυτού του είδους τα εργαλεία αγνοούν τα μη εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Είναι επίσης πιθανόν να υπάρχουν διάφοροι τύποι δραστών. (De Donder et al., 2015).

Ένα ιδανικό εργαλείο θα πρέπει (1) να περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου κακοποίησης και πρώιμα σημάδια κακοποίησης. (2) να παρέχει συντομία και πληρότητα, επιτρέποντας την ακριβή αξιολόγηση σε περιβάλλοντα εργασίας που είναι απαιτητικά σε χρόνο (3) να

χρησιμοποιείται από άτυπους φροντιστές, από επίσημους φροντιστές (ιατρικούς και μη) ή υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες (4) να εστιάζει σε διαφορετικούς τύπους δραστών (5) να αναφέρεται στο φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον των ηλικιωμένων και (6) να έχει ελεγχθεί για αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ένα τέτοιο εργαλείο θα παρέχει τη δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης της κακοποίησης ηλικιωμένων, για την παροχή υποστήριξης και φροντίδας και για την πρόληψη της επιδείνωσης της κακοποίησης. (De Donder et al., 2015).

Τέλος, οι Nelson et al. (2012) επισημαίνουν σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση ότι ο επιπολασμός της κακοποίησης και η ευαισθησία και η ειδικότητα των εργαλείων ανίχνευσης εξαρτώνται από τους ορισμούς της κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική και συνδυασμούς) και της οξύτητας (τρέχουσα, παρελθόν και οποιαδήποτε). Αυτοί οι ορισμοί δεν είναι τυποποιημένοι μεταξύ των εργαλείων.

Τα εργαλεία ανίχνευσης δεν είναι διαγνωστικά και χρησιμοποιούνται για να τονίσουν την ανάγκη για περαιτέρω παραπομπή ή περαιτέρω αξιολόγηση. Αν και χρειάζονται περαιτέρω έλεγχο, μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας να παρέχουν μια συστηματική και αντικειμενική προσέγγιση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Απαιτείται εκπαίδευση, επίβλεψη και υποστήριξη του προσωπικού για να υπάρχει ένα σύστημα που θα χειρίζεται τα θέματα με ευαισθησία και αποτελεσματικότητα. (McCarthy et al., 2017).

5. Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΩΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ένα πρόγραμμα ανίχνευσης είναι μια διαδρομή που ξεκινά με τον εντοπισμό των ατόμων που είναι επιλέξιμα για ανίχνευση και σταματά όταν αναφέρονται τα αποτελέσματα. Ένα πρόγραμμα ανίχνευσης θα είναι αποτελεσματικό μόνο εάν ακολουθούνται όλα τα βήματα της διαδικασίας (WHO, 2020). Βασικά βήματα σε μια απλοποιημένη διαδικασία ανίχνευσης:

- Προσδιορισμός πληθυσμού που θα ελεγχθεί με βάση τα καλύτερα δεδομένα
- Πρόσκληση για συμμετοχή παρέχοντας πληροφορίες προσαρμοσμένες κατάλληλα για διαφορετικές ομάδες ώστε να είναι δυνατή η ενημερωμένη επιλογή συμμετοχής
- Διεξαγωγή δοκιμών ανίχνευσης χρησιμοποιώντας συμφωνημένες μεθόδους
- Παραπομπή όλων των θετικών αποτελεσμάτων στις κατάλληλες υπηρεσίες και επιβεβαίωση ότι τα αρνητικά αποτελέσματα αναφέρονται στα άτομα
- Παρέμβαση, θεραπεία και παρακολούθηση: Παρέμβαση ή αντιμετώπιση περιπτώσεων κατάλληλα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, θα απαιτείται επίβλεψη και μετέπειτα παρακολούθηση.
- Αναφορά αποτελεσμάτων: Συλλογή, ανάλυση και αναφορά των αποτελεσμάτων ώστε να εντοπιστούν ψευδώς αρνητικά και για τη βελτίωση της

αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος ανίχνευσης.

(Τροποποιήθηκε από: WHO, 2020)

Οι Perel-Levin (2008) αναφέρουν σαν γενικά συμπεράσματα: «Η ανίχνευση είναι ένα πρώτο βήμα. Όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης ηλικιωμένων, πρέπει να ακολουθήσει περαιτέρω αξιολόγηση και κατάλληλες παραπομπές. Οι παραπομπές και η συνεχής επαφή με τον εθελοντικό τομέα πρέπει να αποτελούν μέρος της διαδικασίας. Πρέπει να υπάρχουν επίσημες και σαφείς διαδικασίες και μηχανισμοί, τακτικές αναθεωρήσεις περιπτώσεων, επαγγελματική ανάπτυξη προσωπικού και αναστοχαστική πρακτική για την εφαρμογή ενός επιτυχημένου προγράμματος ανίχνευσης».


6. ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μελέτες δείχνουν ότι η αναγνώριση της κακοποίησης από τους επαγγελματίες με τη χρήση δομημένων εργαλείων ανέβασε τα ποσοστά κακοποίησης ψηλότερα από αυτά των μελετών επιπολασμού (Cohen M., 2011). Υπάρχουν δικαιολογημένοι λόγοι για να γίνεται ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων. Τα στοιχεία από την επιστημονική βιβλιογραφία δείχνουν ότι η κακοποίηση στους ηλικιωμένους συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία.

Τα κακοποιημένα ηλικιωμένα άτομα αναφέρεται ότι:

- διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας (Lachs M. S. et al, 2018; Mouton C.P, 2003; Dong XinQi et al. 2009; Dong X.Q. et al 2011; Schofield M.J. et al, 2013)
- πολύ πιθανό να εμφανίσουν αναπηρία (Cooper C. et al 2006; Schofield M.J. et al. 2013)
- έχουν αυξημένο κίνδυνο για νοσηλεία (Dong & Simon, 2013)
- έχουν αυξημένο κίνδυνο για εισαγωγή σε γηροκομείο (Lachs et al. 2002)
- κάνουν σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας (Barron, 2007; Lazenbatt A. et al. 2010; Olofsson et al. 2012)
- έχουν χρόνιο πόνο, προβλήματα στους πνεύμονες, στα οστά ή στις αρθρώσεις, μεταβολικό σύνδρομο, γαστρεντερικά συμπτώματα και στρες, κατάθλιψη ή άγχος (Bitondo-Dyer C. et al. 2000; Fisher & Regan, 2006; Lazenbatt et al., 2010; Fisher et al. al., 2011; Dong et al. 2013)
- παρουσιάζουν εμφανείς τραυματικές κακώσεις και πόνο. Μια ανασκόπηση από τους Murphy et al (2013) ανίχνευσε διάφορους τραυματισμούς, για παράδειγμα τραυματισμούς δοντιών, αυχένα, κρανίου και εγκεφάλου.

Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας μπορεί να είναι οι μόνοι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι έρχονται και έχουν επαφή με άλλους. Αυτό μπορεί να είναι μια πολύτιμη



ευκαιρία για τον εντοπισμό της κακοποίησης και μια ευκαιρία για τα θύματα να την αποκαλύψουν και να τους προσφερθεί υποστήριξη και βοήθεια. Εάν εντοπιστεί αρκετά έγκαιρα, στα ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης μπορεί να προσφερθεί η ευκαιρία για παρέμβαση και βοήθεια για τη μείωση των κινδύνων στους οποίους μπορεί να εκτεθούν. Αυτό μπορεί να αποτρέψει σοβαρή βλάβη ή ακόμα και να σώσει ζωές. Περιστατικά που μπορεί να φαίνονται σχετικά ασήμαντα μπορεί να έχουν εξουθενωτική και μακροχρόνια επίδραση στους ηλικιωμένους. Μπορεί να μην είναι δυνατό για ένα ηλικιωμένο άτομο να συνέλθει και να «βγει» από αυτήν την κατάσταση με τον τρόπο που θα μπορούσε ένα νεαρό άτομο (Mc Carthy et al. 2017).

Τα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων συχνά δεν αναγνωρίζονται και δεν αναφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας (Cooper et al. 2009). Οι συνήθεις λόγοι για την ανεπαρκή αναφορά, περιλαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα κατανόησης σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων από τους επαγγελματίες υγείας, ανεπαρκής εκπαίδευση σχετικά με τα σημάδια κακοποίησης, ιδιαίτερα της οικονομικής κακοποίησης, περιορισμένη πρόσβαση σε τυπικά εργαλεία ανίχνευσης και αξιολόγησης και ανεπαρκής οργανωτική υποστήριξη για να βοηθήσει στην αναφορά των εντοπισμένων περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων (Brijnath et al. 2020).

7. ΕΜΠΟΔΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Οι ανησυχίες για την κακοποίηση ηλικιωμένων μπορεί να δημιουργήσουν σημαντική πρόσθετη εργασία και να ωθήσουν τον κλινικό ιατρό σε πεδία με τα οποία είναι πιθανό να μην είναι εξοικειωμένος (νομοθεσία υποχρεωτικής αναφοράς, λειτουργοί υπηρεσίας προστασίας ενηλίκων και σύστημα ποινικής δικαιοσύνης).

Οι πάροχοι μπορεί να είναι διστακτικοί σχετικά με τη πιθανότητα εφαρμογής αλλαγής όταν εντοπιστεί και αναφερθεί κακοποίηση ηλικιωμένου. Η έλλειψη χρόνου, γνώσης, αυτοπεποίθησης ότι υπάρχουν επαρκείς πόροι και συστήματα για την αντιμετώπιση της πιθανής κακοποίησης ηλικιωμένων, εξασφάλιση επαρκούς ιδιωτικότητας για να τεθούν ευαίσθητες ερωτήσεις σχετικά με την κακοποίηση και η έλλειψη δεξιοτήτων στην απόσπαση αναφορών για πράξεις ή καταστάσεις κακοποίησης (Rosen et al. 2016). Τα εργαλεία ανίχνευσης που χρειάζονται περισσότερο από μία ώρα για να συμπληρωθούν συναντούν αυξημένη αντίσταση από τους επαγγελματίες που μειώνει την ποιότητα της ανίχνευσης (Yaffe et al. 2008).

Οι Schmeidel et al. (2012) μελέτησαν τα εμπόδια στον εντοπισμό και την αναφορά περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων. Αναλύοντας τις δηλώσεις των συμμετεχόντων κατέληξαν σε πέντε κύριες κατηγορίες:

Ειδικότητα του επαγγέλματία:

Οι νοσηλευτές, οι γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί προσεγγίζουν την κακοποίηση ηλικιωμένων με διαφορετικές αξίες που έχουν αναπτύξει με τα χρόνια της πρακτικής τους. Οι νοσηλευτές εξέφρασαν το πάθος τους για τη φροντίδα των ασθενών τους και την πρόληψη και τον εντοπισμό κακοποίησης ηλικιωμένων. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ήθελαν να αναζητήσουν άλλες εξηγήσεις εκτός από την κακοποίηση για να δικαιολογήσουν γιατί οι ασθενείς τους δεν τα πάνε καλά. Σκέφτηκαν ότι ο γιατρός έπρεπε να το εξετάσει και να το αναφέρει.

Τα μεγαλύτερα εμπόδια των γιατρών ήταν το σύνολο των προτεραιοτήτων που είχαν στην διάθεση τους. Λόγω των περιορισμένων χρονοδιαγραμμάτων τους, δίνουν προτεραιότητα σε ότι νιώθουν ότι τους απασχολεί περισσότερο και σε ότι είναι πιο άνετοι. Αν όντως έβλεπαν κακοποίηση, προτιμούσαν να αφήσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς να το διερευνήσουν και να το αντιμετωπίσουν αφού αυτοί είναι οι «ειδικοί». Έψαχναν για «πολύ ύποπτα στοιχεία» και «επαρκής πληροφορίες» για να κάνουν αναφορά.

Αξιολόγηση:

Η αξιολόγηση για την κακοποίηση ηλικιωμένων ήταν ένα σημαντικό πρακτικό εμπόδιο που πολλοί δυσκολεύονταν να ξεπεράσουν με τους διαθέσιμους πόρους. Η έλλειψη χρόνου ήταν ένα από τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι έπρεπε να δώσουν προτεραιότητα σε αυτά που θα μπορούσαν να ταιριάξουν καλύτερα στον περιορισμένο χρόνο που είχαν και τις περισσότερες φορές η κακοποίηση ηλικιωμένων δεν βρισκόταν στην κορυφή αυτής της λίστας προτεραιοτήτων. Εάν υπολπεύονταν κακοποίηση, δεν είχαν αρκετό χρόνο για να συγκεντρώσουν επαρκή στοιχεία ώστε υποστηρίξουν την αναφορά. Η ιδιωτικότητα ήταν επίσης πρόβλημα: οι κοινωνικοί λειτουργοί έδειχναν πιο άνετοι να ζητούν από τους φροντιστές και την οικογένεια να φύγουν από το δωμάτιο, αλλά οι νοσηλευτές και οι γιατροί σημείωναν ότι ήταν δύσκολο να εξασφαλίσουν ιδιωτικότητα σε κάθε επίσκεψη. Αρκετοί νοσηλευτές θεώρησαν ότι ήταν σχεδόν αδύνατο να ανιχνευθεί η κακοποίηση στην πρώτη συνάντηση.

Ερμηνεία:

Η ερμηνεία και η εφαρμογή του νόμου στην κλινική πράξη αποδείχθηκε πιο δύσκολη για τους περισσότερους νοσηλευτές, γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές δυσκολεύονταν να ερμηνεύσουν κατά πόσον ο κακοποιημένος ή παραμελημένος ασθενής ήταν εξαρτώμενος. Η εξάρτηση ήταν ένα σημαντικό ζήτημα στην αναφορά.

Συστήματα:

Υπήρχε το εσωτερικό σύστημα ευθύνης μέσα σε μια κλινική ή νοσοκομείο και το εξωτερικό σύστημα αναφοράς. Τα ακριβή πρωτόκολλα για την αναφορά κακοποίησης ηλικιωμένων στο εσωτερικό σύστημα ήταν ζωτικής σημασίας. Οι νοσηλευτές φαινόταν να αγνοούν γενικά την ύπαρξη πρωτοκόλλων. Οι νοσηλευτές προτιμούσαν να παραπέμπουν τα ύποπτα περιστατικά κακοποίησης στον γιατρό ή/και στον κοινωνικό λειτουργό και οι γιατροί στον κοινωνικό λειτουργό. Επίσης οι εμπειρίες και τα αποτελέσματα από την υποβολή αναφορών ήταν απογοητευτικά γιατί διαπιστώθηκε ότι το εξωτερικό σύστημα ήταν υποχρηματοδοτούμενο και υπερφορτισμένο.

Γνώση και εκπαίδευση:

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί δεν αισθάνονταν τόσο άνετα με τις γνώσεις τους στο θέμα της κακοποίησης όσο οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν ότι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των γιατρών για την κακοποίηση των ηλικιωμένων μπορούν να βελτιωθούν. Οι επαγγελματίες αντιλαμβάνονται ότι η εκπαίδευση που είχαν ήταν ανεπαρκής και μη πρακτική στην προσέγγιση ενός ηλικιωμένου με υποψία κακοποίησης. Πολλοί θα ήθελαν να έχουν περισσότερη εκπαίδευση βασισμένη σε περιστατικά. Ορισμένοι γιατροί και νοσηλευτές παρουσίασαν ανακρίβειες στις γνώσεις τους σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων. Οι περισσότεροι γιατροί πίστευαν ότι η κακοποίηση ηλικιωμένων ήταν σπάνια. Οι περισσότεροι νοσηλευτές αγνοούσαν πολλούς από τους νόμους σχετικά με την εμπιστευτικότητα, την ανωνυμία και την προσωπική ευθύνη για την αναφορά, καθώς και ποιος θα έπρεπε να είναι συγκεκριμένα αυτός που θα έπρεπε να κάνει αναφορά. Υπήρχε μια αβεβαιότητα στο τι περιλαμβάνει η υποχρεωτική αναφορά.

Η κακοποίηση σπάνια αναφέρεται από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα. Ο εντοπισμός της κακοποίησης ηλικιωμένων μπορεί να γίνει βάση δεικτών που εγείρουν την υποψία κακοποίησης. Οι δείκτες είναι συμπτώματα ή σημεία που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος ή ενδείξεις της συμπεριφορά των φροντιστών. Ο εντοπισμός παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με πιθανή κακοποίηση ηλικιωμένων μπορεί να επιτρέψει στους επαγγελματίες να επέμβουν σε πρώιμο στάδιο και να σταματήσουν τη συνέχιση της κακοποίησης. Αν και υπάρχουν γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την κακοποίηση ηλικιωμένων, η αξιολόγηση δεν πρέπει να καθοδηγείται μόνο από αυτούς. Η βία μπορεί να συμβεί και να επηρεάσει άτομα σε οποιοδήποτε συνθήκες. Ως εκ τούτου, συνιστάται αξιολόγηση ρουτίνας για κακοποίηση ηλικιωμένων για όλους τους ασθενείς (Pickering et al., 2016).

8. ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι επαγγελματίες να έχουν εκπαιδευτεί να υποβάλλουν τις ερωτήσεις με το σωστό τρόπο:

- με ασφάλεια, σεβασμό, ευαισθησία, ανάληψη πρωτοβουλίας, χρήση μη απειλητικής γλώσσας
- ανάπτυξη σχέσης μεταξύ επαγγελματία και του ατόμου που παίρνει συνέντευξη
- μη επικριτική στάση με ενσυναίσθηση
- Εισαγωγή: *«Θα ήθελα να σας κάνω κάποιες ερωτήσεις σχετικά με κάποια γεγονότα που μπορεί να συμβαίνουν στη ζωή των ηλικιωμένων»*

Οι επαγγελματίες να έχουν εκπαιδευτεί:

- Στη χρήση του εργαλείου
- Στη κακοποίηση των ηλικιωμένων/ηλικιωμένων γυναικών, τις δυναμικές, υποστήριξη, αξιολόγηση κινδύνου, σχεδιασμό πλάνου ασφάλειας


Οι επαγγελματίες να γνωρίζουν τις πρακτικές διαδικασίες:

- Τις γραπτές κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση του εργαλείου ανίχνευσης
- Τις γραπτές οδηγίες για το πώς ενεργούν σε πιθανή αποκάλυψη (διαδικασία ανίχνευσης)
- Τη συμφωνημένη πρακτική στο χώρο εργασίας
- Το μοντέλο εργασίας πολλαπλών επαγγελματιών και πολλαπλών υπηρεσιών
- Την ύπαρξη δυνατότητας υποστήριξης και συμβουλευτικής για τους επαγγελματίες
- Την αποτελεσματική εποπτεία του προσωπικού

9. ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Η ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων ορίζεται ως μια διαδικασία απόσπασης πληροφοριών σχετικά με εμπειρίες κακοποίησης σε μια σχέση φροντίδας ή οικογενειακή σχέση, από ηλικιωμένους ή ευάλωτους ενήλικες, που δεν έχουν εμφανή σημάδια κακοποίησης, όπως σωματικούς τραυματισμούς. Το σκεπτικό για την ανίχνευση μεταξύ ασυμπτωματικών ατόμων για βία από το/τη σύντροφο και κακοποίηση και παραμέληση ηλικιωμένων και ευάλωτων ενηλίκων, είναι να εντοπίσει την κακοποίηση που δεν είναι γνωστό ότι υπάρχει, να αποτρέψει την εμφάνιση μελλοντικής κακοποίησης και να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.

Ακρογωνιαίος λίθος για αποτελεσματική ανίχνευση είναι η ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων μέτρων ανίχνευσης με χαμηλό σφάλμα μέτρησης. Αυτό αποτελεί πρόκληση, όχι μόνο λόγω μεθοδολογικών ζητημάτων (όπως για παράδειγμα η απουσία χρυσού κανόνα για τη δημιουργία/εγκυροποίηση αυτών των μετρήσεων), αλλά επειδή η κακοποίηση ηλικιωμένων, όπως και άλλες μορφές ενδοοικογενειακής και διαπροσωπικής βίας, είναι σε μεγάλο βαθμό ένα κρυφό φαινόμενο, που συμβαίνει στα σπίτια ή τα ιδρύματα, συνήθως




χωρίς μάρτυρες. Εξαιτίας του φόβου, του εκφοβισμού και της έλλειψης υποστήριξης, πολλά άτομα δεν αποκαλύπτουν την κακοποίηση εκτός εάν ρωτηθούν άμεσα, και πολλά άτομα που θα ρωτηθούν άμεσα δεν θα την αποκαλύψουν. Τα θύματα συχνά διστάζουν να αποκαλύψουν την κακοποίηση λόγω: της ντροπής ή του φόβου ότι θα κριθούν, δεν θεωρούν τη συμπεριφορά ως κακοποίηση, της εξάρτησης από τον θύτη ή αισθάνονται ότι φταίνε οι ίδιοι για την κακοποίηση (Schofield Margot J. 2017). Πολιτιστικοί και γλωσσικοί φραγμοί μπορεί επίσης να εμποδίσουν την αποκάλυψη της κακοποίησης (Lachs and Pillemer, 2015).

Η πρόληψη, η αναγνώριση και η παύση της κακοποίησης είναι σημαντικά για την αποφυγή τόσο βραχυπρόθεσμων όσο και μακροπρόθεσμων σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία (Nelson et al. 2012). Η ανίχνευση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για προβλήματα με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και όπου τα συνολικά ποσοστά ταυτοποίησης θεωρούνται χαμηλά. Αυτό ισχύει σίγουρα για την κακοποίηση και την παραμέληση ηλικιωμένων (Schofield, 2017).

Η ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων αποτελεί περίπλοκο ζήτημα. Η ίδια η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι περίπλοκη και η ανίχνευση της πολύπλευρη. Δεν είναι ρεαλιστικό να κατηγοριοποιούνται οι άνθρωποι ως κακοποιημένοι ή ως μη κακοποιημένοι. Στην κλινική πράξη, οι άνθρωποι δεν μπορούν να ταιριάζουν απόλυτα με την έννοια της ευαισθησίας και της ειδικότητας της αποτελεσματικότητας (Cohen, 2011).

Οι πολλές μορφές της κακοποίησης των ηλικιωμένων την κάνουν ακόμα πιο περίπλοκη. Ενώ η σωματική, η σεξουαλική και, σε κάποιο βαθμό, η οικονομική μορφή κακοποίησης μπορούν να μετρηθούν και να επιβεβαιωθούν πιο εύκολα, άλλες μορφές όπως η ψυχολογική, η συναισθηματική, η λεκτική κακοποίηση, ο εξαναγκασμός, η παραμέληση και η εγκατάλειψη είναι πολύ πιο δύσκολο να εξακριβωθούν, ή ακόμα να τις αντιληφθούν οι ηλικιωμένοι. Ωστόσο, αυτές είναι οι πιο διαδεδομένες μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων. Υπάρχει σαφής ανάγκη για καλύτερους τρόπους μέτρησης αυτών των πιο κρυφών μορφών κακοποίησης, καθώς η έρευνα έχει δείξει ότι η κακοποίηση και η παραμέληση επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία (Schofield, 2017).

Η αναγνώριση της κακοποίησης δεν είναι ξεκάθαρη. Η διάγνωσή της είναι ως επί το πλείστον αβέβαιη, γεγονός που αυξάνει τον φόβο των επαγγελματιών ότι μπορεί να κάνουν περισσότερο κακό αν λάβουν οποιαδήποτε δράση (Wiglesworth A. et al 2009). Η ανίχνευση και η χρήση εργαλείων ανίχνευσης στον εντοπισμό περιστατικών μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό της κακοποίησης και παραμέλησης, όμως πρέπει να το χειριστεί με ευαισθησία ο επαγγελματίας που χρησιμοποιεί το εργαλείο. Χωρίς μια προσέγγιση που είναι ευαίσθητη και αποδεκτή, οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν την κακοποίηση (ή να απαντήσουν με ακρίβεια). Οι επαγγελματίες πρέπει όχι μόνο να εντοπίζουν την κακοποίηση, αλλά θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση να παρέχουν περαιτέρω έλεγχο, παρακολούθηση ή παραπομπή σε άλλους φορείς καθώς και παρέμβαση και υποστήριξη (McCarthy et al. 2017)




Δεν φαίνεται να υπάρχουν υποστηρικτικά στοιχεία ότι η ανίχνευση και η έγκαιρη αναγνώριση της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων μειώνουν την έκθεση στην κακοποίηση ή τη σωματική ή ψυχική βλάβη από την κακοποίηση. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν η χρήση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων ανίχνευσης μειώνει τη συχνότητα ή τις συνέπειες της κακοποίησης των ηλικιωμένων περισσότερο από το να έχουμε μια γενικά αυξημένη υποψία (Hoover & Polson M, 2014). Η United States Preventive Services Task Force (2018) δηλώνει ότι «τα τρέχοντα δεδομένα είναι ανεπαρκή για την αξιολόγηση της ισορροπίας μεταξύ οφέλους και βλάβης από την ανίχνευση όλων των ηλικιωμένων ή ευάλωτων ενηλίκων (σωματικά ή ψυχικά δυσλειτουργικών) για κακοποίηση και παραμέληση».

Η δήλωση της United States Preventive Services Task Force των Ηνωμένων Πολιτειών βασίζεται στην ανασκόπηση των Feltner et al. 2018, σχετικά με την ανίχνευση και τις παρεμβάσεις για τη βία από το/τη σύντροφο, την κακοποίηση ηλικιωμένων και ευάλωτων ενηλίκων. Οι μελετητές έθεσαν πέντε βασικά ερωτήματα για την αξιολόγηση: 1) Οφέλη από την ανίχνευση βίας από το/τη σύντροφο, 2) Ακρίβεια της ανίχνευσης βίας από το/τη σύντροφο 3) Επιπτώσεις από την ανίχνευση βίας από το/τη σύντροφο 4) Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, 5) Επιπτώσεις των παρεμβάσεων. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ανίχνευση και οι παρεμβάσεις για τον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι πιθανό να διαφέρουν από εκείνες για τη βία από το/τη σύντροφο λόγω της φύσης της κακοποίησης, για παράδειγμα η διαφορετική σχέση με τον δράστη. Επίσης, ορισμένοι ηλικιωμένοι και ευάλωτοι ενήλικες μπορεί να μην έχουν επαρκείς σωματικές, ψυχικές ή οικονομικές ικανότητες για να συμμετέχουν στην ανίχνευση. Άλλες προκλήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν νομικές απαιτήσεις που σχετίζονται με την αποκάλυψη, τις υποκείμενες παθήσεις των ασθενών (π.χ. γνωστική διαταραχή) και την εξάρτηση από τον δράστη για φροντίδα και πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Για αυτές τις καταστάσεις θεώρησαν ότι τα εργαλεία ανίχνευσης θα μπορούσαν να στοχεύουν προς τους φροντιστές.

Οι μεμονωμένοι επαγγελματικοί οργανισμοί μπορούν να δώσουν διαφορετικές απόψεις και συστάσεις για ανίχνευση ή έλεγχο ρουτίνας. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ η Joint Commission, το National Center on Elder Abuse, η National Academy of Sciences και η American Academy of Neurology συνιστούν ανίχνευση ρουτίνας. Η American Medical Association συνιστά έλεγχο ρουτίνας. Η αναγνώριση και η παρέμβαση στην κακοποίηση θεωρούνται από πολλούς ως επαγγελματική ευθύνη των γιατρών και μπορεί να είναι απαίτηση διαπίστευσης για τα νοσοκομεία. Το University of Maine Center on Aging, Maine Partners for Elder Protection συνιστά την ανίχνευση μία ή δύο φορές το χρόνο (Hoover & Polson, 2014).

Όπως αναφέρθηκε στην Ενότητα 1, πολλά προβλήματα υγείας και η πολυπλοκότητά τους σε μεγάλες ηλικίες μπορεί να μιμούνται και να επικαλύπτουν συμπτώματα κακοποίησης, με αποτέλεσμα την απροθυμία των επαγγελματιών να εμπλακούν, καθώς μπορεί να φοβούνται πιθανά σφάλματα στην κρίση τους για το αν υπάρχει κακοποίηση ή όχι, ή ότι μια



παρέμβαση τους μπορεί να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό (Cohen, 2011). Η υψηλή επιβάρυνση της χρόνιας ασθένειας στους ηλικιωμένους δημιουργεί τόσο ψευδώς αρνητικά ευρήματα (π.χ. κατάγματα που αποδίδονται εσφαλμένα στην οστεοπόρωση) όσο και ψευδώς θετικά ευρήματα (π.χ. αυτόματοι μώλωπες που αποδίδονται εσφαλμένα στη σωματική κακοποίηση) (Lachs and Pillemer, 2015).

Υπάρχουν επίσης δυσκολίες στη διάκριση μεταξύ κακοποίησης και παραμέλησης έναντι άλλων καταστάσεων. Οι ηλικιωμένοι συχνά υποφέρουν από πολλές χρόνιες ασθένειες. Λόγω της πολυπλοκότητας των προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία, τα σημάδια κακοποίησης μπορεί να επικαλύπτονται από τα συμπτώματα και από τις παρενέργειες των φαρμάκων. Για παράδειγμα, οι μώλωπες μπορεί να οφείλονται σε υψηλές δόσεις αντιπηκτικών (Wiglesworth et al. 2009). Ο υποσιτισμός, ο οποίος μπορεί να οφείλεται σε παραμέληση, μπορεί εξίσου να προκληθεί από ποικίλες σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία, πολλές από τις οποίες δεν μπορούν να προσδιοριστούν (Pickering, 2014). Η διάκριση των καταστάσεων που προκαλούνται από κακοποίηση ή παραμέληση από καταστάσεις που προκαλούνται από άλλους παράγοντες μπορεί να είναι περίπλοκη. Συχνά τα σημάδια κακοποίησης και παραμέλησης μοιάζουν —ή καλύπτονται από— με εκείνα της χρόνιας ασθένειας (National Institute of Justice, 2000) Η διαφοροποίηση μεταξύ ακούσιων και εκούσιων τραυματισμών και μεταξύ ασθενειών που εμφανίστηκαν παρά την κατάλληλη φροντίδα ή ως αποτέλεσμα παραμέλησης είναι επίσης χρονοβόρα (Gibbs, 2014).

Οι πρακτικές ανίχνευσης θεωρούνται χρήσιμες μόνο εάν οδηγούν σε αποτελεσματική παραπομπή και θεραπεία. Πολύ λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με αυτό το ερώτημα. Οι περισσότερες μελέτες ανίχνευσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν κάνουν αναφορά στην μετέπειτα παρακολούθηση όσων αναγνωρίζονται ότι είναι σε κίνδυνο, εκτός από μελέτες ύποπτων περιπτώσεων που αναφέρθηκαν σε αρχές όπως οι Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων. Αναφέρονται οι ενέργειες που έγιναν για τη μείωση της έκθεσης σε κακοποίηση ή παραμέληση, αλλά οι πραγματικές εκβάσεις για την υγεία δεν μετρώνται επαρκώς (Schofield, 2017). Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να υποστηρίξουν κάποια συγκεκριμένη παρέμβαση για την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Επίσης, οι παρεμβάσεις δεν είχαν καμία επίδραση στην κακοποίηση στις περισσότερες μελέτες και μπορεί να αύξησαν ακόμη και τη μελλοντική κακοποίηση. Αυτό υποδηλώνει ότι η διαδρομή από τον εντοπισμό του κινδύνου έως την επιτυχή βελτίωση των αποτελεσμάτων είναι γεμάτη με πολλές δυσκολίες και απαιτεί πιο καινοτόμες προσεγγίσεις. Υπάρχει σαφής ανάγκη για προγράμματα παρέμβασης, καθώς το νομικό πλαίσιο είναι ανεπαρκές από μόνο του για την αντιμετώπιση αυτού του περίπλοκου κοινωνικού προβλήματος και μπορεί να δημιουργήσει βλάβη αλλά και οφέλη (ό,π).

10. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

Μελέτες δείχνουν ότι η αναγνώριση της κακοποίησης από τους επαγγελματίες με τη χρήση δομημένων εργαλείων ανέβασε τα ποσοστά κακοποίησης ψηλότερα από αυτά των μελετών επιπολασμού (Yaffe 2008; Cohen et al. 2007), αν και είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι αυτό μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα μερίδιο ψευδώς θετικών περιστατικών.

Έχει προταθεί ότι αντί να είναι ένα ουδέτερο ερώτημα, η ανίχνευση έχει αποτέλεσμα ανεξάρτητα από το εάν παρέχεται θεραπεία ή οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση. Η λήψη εγκυρότητας και υποστήριξης από έναν πάροχο φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε σχέση με την κακοποίηση μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο βλέπει την κατάστασή του. Υπάρχουν στοιχεία από πειραματικές μελέτες ότι η ίδια η ανίχνευση έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα (όπως και άλλες παρεμβάσεις). Ωστόσο, δεν πρέπει να θεωρείται ότι εάν η ανίχνευση έχει αποτέλεσμα, θα είναι πάντα θετικό (Spangaro et al. 2009).

Η ξεκάθαρη επικοινωνία μπορεί να βοηθήσει ένα ηλικιωμένο άτομο να κατανοήσει τη διαδικασία αναφοράς και τα γεγονότα που μπορεί να ακολουθήσουν. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν έχει γίνει έρευνα σχετικά με τους κινδύνους για την ασφάλεια για τα θύματα που έγιναν αναφορές, επομένως δεν συστήνεται να ενημερώνεται η οικογένεια ή/και ο ύποπτος δράστης ότι θα γίνει αναφορά (Pickering et al. 2014). Υπάρχει αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι από επαγγελματίες. Έτσι, αυτοί οι πάροχοι διαδραματίζουν βασικό ρόλο όσον αφορά την αναγνώριση των θυμάτων. Η αξιολόγηση ρουτίνας για την κακοποίηση ηλικιωμένων χρησιμοποιώντας ένα τεκμηριωμένο, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά αναγνώρισης και υποχρεωτικής αναφοράς (ό,π)

11. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Επί του παρόντος δεν υπάρχει χρυσός κανόνας για την ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Μια θετική ανίχνευση για κακοποίηση ηλικιωμένου δεν σημαίνει ότι βιώνει κακοποίηση, αλλά υποδεικνύει ότι πρέπει να συγκεντρωθούν περαιτέρω πληροφορίες (National Center on Elder Abuse 2016). Η ανίχνευση δεν είναι 100% ακριβής, δεν παρέχει βεβαιότητα, αλλά μόνο μια πιθανότητα ότι ένα άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο (ή δεν διατρέχει κίνδυνο) από την κατάσταση ενδιαφέροντος (WHO, 2020).

Η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι πολύπλοκη με πολλές διαστάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν το είδος της κακοποίησης, τους παράγοντες κινδύνου και το επίπεδο κινδύνου, τη φύση της σχέσης μεταξύ του θύματος και του δράστη και την παρουσία ή την απουσία παραγόντων κινδύνου. Ως αποτέλεσμα, οι ανάγκες των ηλικιωμένων που βιώνουν κακοποίηση ποικίλλουν, καθώς κάθε σύνολο περιστάσεων επικαλείται ένα διαφορετικό σύνολο αποκρίσεων. Είναι ιδιαίτερα απίθανο μια παρέμβαση να είναι κατάλληλη για όλα τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανιχνευθεί θετικά για κακοποίηση. (Spangaro et al. 2009).

Η έρευνα για την ενδοοικογενειακή βία έχει εγείρει ανησυχίες σχετικά με πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις της ανίχνευσης, συμπεριλαμβανομένης της εκδίκησης για την αποκάλυψη της κακοποίησης, ψυχολογικής δυσφορίας, διαταραχής της οικογένειας και του κινδύνου να απομακρυνθεί ένα άτομο από το σπίτι σε μονάδες φροντίδας (MacMillan et al. 2009).


Δεδομένης της πρόσθετης εξάρτησης μεταξύ των φροντιστών και των ηλικιωμένων, η ανίχνευση για κακοποίηση και παραμέληση μπορεί να θέσει το ηλικιωμένο άτομο σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Για παράδειγμα, ταχυδρομικές έρευνες μπορεί να ανοιχτούν από τους κακοποιητικούς φροντιστές. Η παρουσία φροντιστών μπορεί επίσης να δυσκολέψει τη διαδικασία της ανίχνευσης στο σπίτι ή σε περιβάλλον φροντίδας υγείας. Αν και καμία μελέτη δεν έχει επιδιώξει συγκεκριμένα να εξετάσει αυτό το ερώτημα, υπάρχουν πολύ λίγα διαθέσιμα στοιχεία για την πραγματική βλάβη που προκαλείται από την ανίχνευση για την κακοποίηση ή παραμέληση ηλικιωμένων (Schofield M. J., 2017).

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις των Nelson et al (2004, 2012) πρότειναν ότι η πιθανότητα βλάβης είναι μικρή, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει αισθήματα ντροπής, ενοχή, αυτοκατηγορία, φόβο εκδίκησης ή εγκατάλειψης από τους δράστες και αγωνία που προκαλείται από ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αντιμετώπιση αυτού του σημαντικού ερωτήματος.

Οι Van Royen et al (2020) σε μια περιεκτική ανασκόπηση των εργαλείων αξιολόγησης και των παρεμβάσεων για την κακοποίηση ηλικιωμένων δήλωσαν ότι οι περισσότερες από τις έρευνες δεν εξέτασαν πιθανές παρενέργειες της αντιμετώπισης και της πρόληψης της κακοποίησης (τεταρτογενής πρόληψη). Αυτές οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, ακατάλληλη αξιολόγηση κινδύνου, παραβίαση του απορρήτου, παραβίαση της ιδιωτικότητας, διαταραχή στη σχέση θύματος και θύτη και αποτυχία του σχεδίου ασφάλειας. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις των (κακοποιημένων) ηλικιωμένων και φροντιστών κατά την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης και πρωτοκόλλων παρεμβάσεων. Οι Cimino-Fiallos και Rosen (2021) επισημαίνουν ότι μία από τις επιπτώσεις της ανίχνευσης είναι ότι εάν ένας φροντιστής κατηγορηθεί άδικα για κακοποίηση, θα γίνει πιο απρόθυμος να αναζητήσει ενδεδειγμένη ιατρική φροντίδα στο μέλλον.

12. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

Η ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων με άνοια είναι ακόμη πιο δύσκολη λόγω της παρουσίας γνωστικής διαταραχής, καθώς τα άτομα που επηρεάζονται μπορεί να μην είναι σε θέση να διατυπώσουν τι τους συμβαίνει. Τα γενικά εργαλεία ανίχνευσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν είναι κατάλληλα για χρήση σε άτομα με άνοια, καθώς βασίζονται στην ικανότητα του ηλικιωμένου να απαντά ολοκληρωμένα στις ερωτήσεις. Αυτό




οφείλεται εν μέρει στην περιορισμένη αξιοπιστία των δεδομένων αυτοσυμπλήρωσης σε αυτήν την ομάδα και στην πιθανή μεροληψία που προκύπτει από το να ζητούν από τους φροντιστές να αναφέρουν την καταχρηστική συμπεριφορά τους προς τον αποδέκτη της φροντίδας. Αυτός είναι ένας τομέας όπου πρέπει να διερευνηθούν εναλλακτικές μέθοδοι αξιολόγησης.

Είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες υγείας να ρωτήσουν τους φροντιστές για κακοποίηση, καθώς κινδυνεύουν να επιδεινώσουν την κατάσταση ή να αναγκάσουν τον φροντιστή να απομονώσει το θύμα. Τεχνικές συνέντευξης, όπως ερωτήσεις προς τον φροντιστή για τις απαιτήσεις και τις δυσκολίες της φροντίδας του ηλικιωμένου με άνοια και για τυχόν συναισθήματα και απογοήτευση που μπορεί να έχει σχετικά με τον ρόλο της φροντίδας, θα ήταν καλές πριν γίνουν άμεσες ερωτήσεις για κακοποίηση. Οι φροντιστές που παρουσιάζουν σημάδια άγχους ή κατάθλιψης ή που αναφέρουν δύσκολες συμπεριφορές του αποδέκτη της φροντίδας, θα πρέπει να θεωρούνται από τους επαγγελματίες ως προειδοποιητικά σημάδια κακοποίησης. Τα δευτερεύοντα συμπτώματα της άνοιας, όπως η επιθετικότητα, είναι ιδιαίτερα προκλητικά για τους φροντιστές και οι επαγγελματίες θα πρέπει να ανησυχούν ιδιαίτερα γι' αυτό. Υπάρχει η πιθανότητα να έχουν υποστεί σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση (Wiglesworth et al. 2019).

Πιστεύεται ότι τα εργαλεία ανίχνευσης, τα οποία βασίζονται στην αξιολόγηση της κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να είναι πιο χρήσιμα από άλλες μεθόδους όπου δεν είναι δυνατή η άμεση συνέντευξη του ηλικιωμένου με άνοια. Με αυτήν την προσέγγιση, μπορεί να διεξαχθεί μια πολύπλευρη διεπιστημονική αξιολόγηση σε περιπτώσεις υποψίας κακοποίησης, προκειμένου να αξιολογηθούν τα προειδοποιητικά σημάδια για να προσδιοριστεί εάν είναι ενδεικτικά κακοποίησης ή οφείλονται στη φυσική πορεία μιας ασθένειας. Κατά τη διάρκεια μιας αξιολόγησης, ένας επαγγελματίας υγείας ή κοινωνικής φροντίδας μπορεί να παρατηρήσει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ηλικιωμένου και του φροντιστή, να μιλήσει με άλλα μέλη της οικογένειας και να καθορίσει πρότυπα φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι εξοπλισμένοι τόσο με τη γνώση όσο και με τα εργαλεία για να αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια κακοποίησης σε αυτήν την ομάδα (Downes et al. 2013)

Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται τακτικά σε επαφή με ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους έχουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό της κακοποίησης. Ωστόσο, κανένα εργαλείο ανίχνευσης της κακοποίησης δεν έχει αναπτυχθεί ή εγκυροποιηθεί για χρήση σε ηλικιωμένους με άνοια, έτσι συνιστάται έλεγχος ρουτίνας και ευαισθησία στην ανίχνευση για την κακοποίηση σε άτομα με άνοια. Ο συνδυασμός μη δομημένων ερωτήσεων σχετικά με την κακοποίηση, με αξιολογήσεις ρουτίνας σε ηλικιωμένους με άνοια και τους φροντιστές τους μπορεί να παρέχει ευκαιρίες τόσο στους δράστες όσο και στα θύματα να αναφέρουν την κακοποίηση. Υπάρχει μια ποικιλία προσεγγίσεων και τεχνικών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους (Downes et al. 2013).



Στην ανασκόπηση των Van Royen et al (2020) διαπιστώθηκε ότι απαιτείται ειδικό εργαλείο ανίχνευσης για την κακοποίηση ηλικιωμένων σε άτομα με άνοια. Αυτό το εργαλείο θα πρέπει να καταγράφει τα ειδικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης και να αφορά ηλικιωμένα άτομα με διαφορετικά στάδια άνοιας. Οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με τη φύση και την πρόγνωση της άνοιας και όταν παρέχουν φροντίδα στο σπίτι να είναι σε εγρήγορση για τον πιθανό κίνδυνο που σχετίζεται με συμπτώματα σε διαφορετικά στάδια άνοιας. Επίσης, τα εργαλεία αξιολόγησης θα πρέπει να περιλαμβάνουν σαφείς οδούς παραπομπής σχετικά με το τι πρέπει να γίνει όταν εντοπιστεί πιθανή κακοποίηση - πότε να κάνουν αναφορά, με ποιον να επικοινωνήσουν και πώς να εμπλέξουν το ηλικιωμένο άτομο στη διαδικασία αναφοράς. Η σαφής διαδρομή αναφοράς έχει προσδιοριστεί ως σημαντική απαίτηση για την ανάπτυξη μελλοντικών εργαλείων αξιολόγησης.

13. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ (FOLLOW UP)

Δεδομένου ότι σε μεγάλο βαθμό η κακοποίηση ηλικιωμένων περιλαμβάνει σημαντικές οικογενειακές σχέσεις και ότι το μεγαλύτερο μέρος της αφορά ψυχολογική κακοποίηση και παραμέληση, υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη ανάπτυξη ψυχολογικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αλλαγή της δυνητικά επιβλαβούς δυναμικής των σχέσεων. Τα βάρη της φροντίδας μπορούν να επιδεινώσουν τη μακροχρόνια δυναμική των σχέσεων, καθώς και να δημιουργήσουν νέα προβλήματα, και υπάρχει ανάγκη να γίνει διάκριση μεταξύ αυτών των καταστάσεων. Ενώ έχει υπάρξει σημαντική ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων για τη συντροφική βία, υπάρχει μικρή ανάπτυξη προσεγγίσεων για την κακοποίηση ηλικιωμένων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διατήρηση των θετικών πτυχών της σχέσης του φροντιστή με το θύμα. Οι προσεγγίσεις μέχρι σήμερα έχουν επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό σε δομικές παρεμβάσεις όπως η τοποθέτηση του κακοποιημένου ατόμου σε ιδρυματική περίθαλψη ή η παροχή υπηρεσιών νοσηλευτικής και κατ' οίκον φροντίδας. (Schofield, 2017)

Έχουν αναγνωριστεί τύποι παρεμβάσεων για θύματα συντροφικής βίας που μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων, και αξίζει να εξεταστεί πώς αυτές οι προσεγγίσεις θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και στην κακοποίηση των ηλικιωμένων. Η πιο συνηθισμένη παρέμβαση είναι η παραπομπή σε κοινοτικές υπηρεσίες όπως συμβουλευτικές υπηρεσίες, χρήσιμες μπορεί να είναι οι νομικές υπηρεσίες, η εναλλακτική στέγαση και οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, οι στρατηγικές ενδυνάμωσης όπως ομάδες υποστήριξης, η εκπαίδευση και οι εθελοντές συνήγοροι. Το ισοδύναμο των αποκλειστικών υπηρεσιών ενδοοικογενειακής βίας δεν είναι άμεσα διαθέσιμο για όσους

βιώνουν κακοποίηση ηλικιωμένων και ο μεγάλος βαθμός εξάρτησής τους καθιστά δύσκολη την αναζήτηση υπηρεσιών υποστήριξης. (ό,π).


Οι επισκέψεις κατ' οίκον από επαγγελματίες θα μπορούσαν να επεκταθούν στο να παρέχουν περισσότερες προληπτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για να βοηθήσουν όσους βρίσκονται στο σπίτι. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα κρίσιμο στοιχείο κάθε υποστηρικτικής φροντίδας και πρέπει να παρέχεται με ένα συνεχή τρόπο για να είναι αποτελεσματική. Μια προσέγγιση στην παρέμβαση είναι η προσφορά προγραμμάτων για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου του φροντιστή θύτη. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν συμβουλευτική, ομαδικά προγράμματα, παροχή χρόνου για ξεκούραση (respite care), θεραπευτικά προγράμματα κατάχρησης ουσιών και υπηρεσίες υποστήριξης γραμμής βοήθειας. Η ατομική υποστηρικτική συμβουλευτική μπορεί να είναι χρήσιμη για τη μείωση του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης στον φροντιστή και οι γνωστικές-συμπεριφορικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκπαίδευση του φροντιστή σχετικά με τις αιτίες συμπεριφοράς ενός εξαρτημένου ατόμου, τις ανάγκες του και τους αναπτυξιακούς περιορισμούς του (ibid).

14. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SAVE

Διάφορα εργαλεία ανίχνευσης της κακοποίησης ηλικιωμένων έχουν εφαρμοστεί σε διάφορα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας. Βασικές αιτιολογήσεις για την ανίχνευση σε συγκεκριμένα τμήματα και ευρήματα αυτών των μελετών παρουσιάζονται παρακάτω. Αυτή η λίστα δεν συμπεριλαμβάνει όλους τους ειδικούς. Άλλοι ειδικοί στον τομέα της φροντίδας υγείας, όπως ορθοπαιδικοί χειρουργοί, οπτικοί, πλαστικοί χειρουργοί και δερματολόγοι μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικοί στην ανίχνευση για κακοποίηση ηλικιωμένων (National Center on Elder abuse 2016).

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας για κοινές παθήσεις που σχετίζονται με τη γήρανση. Ως εκ τούτου, τα τμήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να παρέχουν μια πολύτιμη ευκαιρία για την ανίχνευση της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Οι Pickering et al. (2016) αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες που εργάζονται στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση για τον εντοπισμό και την αναφορά κακοποίησης και παραμέλησης ηλικιωμένων, επειδή παρατηρούν άμεσα τα περισσότερα κριτήρια αξιολόγησης. Επιπλέον, αποτελεί σημαντικό χώρο για την αξιολόγηση της κακοποίησης ηλικιωμένων, καθώς οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες κατ' οίκον από επαγγελματίες φροντίδας υγείας.

Οι ηλικιωμένοι που βιώνουν κακομεταχείριση είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), να νοσηλευτούν και να εισαχθούν σε οίκο ευγηρίας. Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι τα




ηλικιωμένα θύματα κακομεταχείρισης είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα εξωτερικά ιατρεία σε σχέση με άλλους ηλικιωμένους ενήλικες, αλλά λαμβάνουν πιο συχνά επείγουσα περίθαλψη (Rosen T et al. 2020). Τα ΤΑΕΠ διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όταν οι ηλικιωμένοι ενήλικες έρθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και οι νοσηλευτές των ΤΑΕΠ μπορούν να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να εντοπίσουν την κακοποίηση (Phelan, 2012; Rosen et al. 2016; Rosen et al. 2020).

Το περιβάλλον των ΤΑΕΠ είναι ιδιαίτερα σημαντικό όσον αφορά την κακοποίηση ηλικιωμένων, καθώς είναι το πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες για αντιμετώπιση συνεπειών κακοποίησης. Επιπλέον, το προσωπικό του ΤΑΕΠ φαίνεται να αναγνωρίζει ζητήματα για την προστασία των παιδιών πιο συχνά από την κακοποίηση ηλικιωμένων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κοινωνική απροθυμία να παρέμβουν στην ιδιωτική ζωή των οικογενειών όταν δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση, όπως για παράδειγμα ο νόμος περί παιδικής προστασίας. Ως εκ τούτου, απαιτείται προσεκτική εξέταση όταν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας προσέρχονται στο ΤΑΕΠ, με ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση αντικειμενικών και υποκειμενικών στοιχείων ως προς τις εκδηλώσεις και τους πιθανούς δείκτες κακοποίησης. Ορισμένα εργαλεία ανίχνευσης δεν είναι ρεαλιστικά για χρήση στο ΤΑΕΠ λόγω του χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση ή της έλλειψης ψυχομετρικής υποστήριξης. Είναι γεγονός ότι τα ΤΑΕΠ είναι πολυάσχολα τμήματα όπου το προσωπικό βρίσκεται υπό πίεση χρόνου για την αξιολόγηση, τη θεραπεία και την παραπομπή πελατών (Phelan 2012).

Στην Κύπρο, η ευθύνη του κράτους απέναντι στα θύματα βίας (ανήλικοι και ενήλικες καθορίζεται από τον Νόμο περί βίας στην Οικογένεια Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων, Νόμος 47 (I) / 94), Νόμος του 2000 και τροποποιητικοί 2004,2015,2017,2019). Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία για την κακοποίηση ηλικιωμένων, αλλά υπόκειται στους νόμους για την ενδοοικογενειακή βία (Πρόληψη και Προστασία Θυμάτων).

Οι μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των οίκων ευγηρίας και των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων νοσηλείας, προσφέρουν ευκαιρίες για ανίχνευση και εντοπισμό κακοποίησης ηλικιωμένων. Ο Cohen (2011) αναφέρει ότι τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της κακοποίησης ή παραμέλησης σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας είναι ελλιπή, εν μέρει, λόγω ανεπαρκών διαδικασιών για την αξιολόγηση και την αναγνώρισή της. Ενώ πολλά εργαλεία έχουν προταθεί και δοκιμαστεί για χρήση στο περιβάλλον μακροχρόνιας φροντίδας, πρέπει να εγκυροποιηθούν για να συμπεριλαμβάνουν πιθανές συμπεριφορές κακοποίησης χαρακτηριστικές των ιδρυμάτων.

Πολλά από τα έγγραφα που χρησιμοποιούνται σε αυτήν την ενότητα είναι για τον έλεγχο της ενδοοικογενειακής βίας που βιώνουν γυναίκες. Οι ίδιες οδηγίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες. Στο SAVE -project χρησιμοποιήσαμε τα επιλεγμένα εργαλεία και για τους δύο. Ο λόγος είναι ότι στον ηλικιωμένο πληθυσμό αν και τα περισσότερα θύματα μπορεί να είναι ηλικιωμένες γυναίκες, υπάρχουν και ηλικιωμένοι άνδρες που είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Δεν είναι



σαφές εάν οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν κακοποίηση και παραμέληση λόγω της δυναμικής του φύλου που συχνά υποκρύπτει τη βία, είτε λόγω των δημογραφικών στοιχείων του πληθυσμού στα οποία οι ηλικιωμένες γυναίκες ζουν περισσότερο από τους ηλικιωμένους άνδρες ή ενός συνδυασμού και των δύο (Pickering et al, 2016). Οι Pillemer K, et al (2016) κατέληξαν σε ανασκόπησή τους ότι το φύλο είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για κακοποίηση.

Στο πρόγραμμα SAVE εφαρμόσαμε πιλοτικά τρία εργαλεία ελέγχου της κακοποίησης ηλικιωμένων. Το **Elder Abuse Suspicion Index (EASI)** (Yaffe et al. 2008) αναπτύχθηκε το 2002-2003 από βιβλιογραφικές αναζητήσεις, υπάρχουσες κλίμακες και ταξινομήσεις για την κακοποίηση ηλικιωμένων και βασίστηκε στον ορισμό της κακοποίησης ηλικιωμένων και της βίας στην οικογένεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις συνέντευξης που πρέπει να κάνουν οι κλινικοί γιατροί στους ασθενείς και ένα στοιχείο που πρέπει να συμπληρωθεί από τον κλινικό ιατρό σε σχέση με τους δείκτες κακοποίησης που παρατηρήθηκαν. Η εγκυρότητα επιτεύχθηκε με ένα δείγμα 663 ασθενών που επιλέχθηκαν για συμμετοχή από γιατρούς σε δύο κέντρα οικογενειακής ιατρικής του Μόντρεαλ και σε ένα κυβερνητικό κέντρο υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών με βάση την κοινότητα. Ένα βασικό πλεονέκτημα του εργαλείου είναι ότι είναι πολύ σύντομο και γρήγορο στην συμπλήρωση, διαρκεί περίπου δύο λεπτά. Έχει αξιολογηθεί για εγκυρότητα περιεχομένου σε τουλάχιστον επτά διαφορετικές χώρες από τον ΠΟΥ (World Health Organization, 2008). Υπάρχει επίσης μια αυτοσυμπληρούμενη έκδοση για ασθενείς, η EASI-sa (Yaffe et al., 2012) και η EASI-ltc για μακροχρόνια φροντίδα (Ballard et al., 2018).

Το **Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST)** (Neale et al., 1991) είναι ένα ερωτηματολόγιο 15 σημείων που μετρά τρεις μορφές κακοποίησης ηλικιωμένων: παραβιάσεις προσωπικών δικαιωμάτων ή άμεση κακοποίηση, χαρακτηριστικά ευαλωτότητας και δυνητικές καταστάσεις κακοποίησης. Αναπτύχθηκε από μια ομάδα περισσότερων από 100 στοιχείων που προέρχονται από διάφορα εργαλεία ανίχνευσης της κακοποίησης ηλικιωμένων και βελτιστοποιήθηκε στα καλύτερα 15 στοιχεία. Έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώνεται με συνέντευξη του ηλικιωμένου από πάροχους φροντίδας υγείας σε κλινικά τμήματα και με την ανασκόπηση των σημειώσεων των περιστατικών. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες και σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Το **Vulnerability to Elder Abuse Scale (VASS)** (Schofield και Mishra, 2003) είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 12 σημείων που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση του κινδύνου κακοποίησης ηλικιωμένων τους τελευταίους 12 μήνες. Έχει 4 υποκλίμακες των τριών στοιχείων η καθεμία με επιλογές απάντησης ναι/όχι και υποστηρίζεται από ψυχομετρική αξιολόγηση. Οι υποκλίμακες είναι η ευπάθεια, η εξάρτηση, η κατάθλιψη και ο εξαναγκασμός. Δέκα στοιχεία προσαρμόστηκαν από το Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST), με δύο επιπλέον ερωτήσεις: «Σας έχει βρίσει κάποιος από το κοντινό σας περιβάλλον, σας έχει ταπεινώσει ή σας έκανε να νιώσετε άσχημα πρόσφατα;»

και «Φοβάσαι κανέναν στην οικογένειά σου;». Το VASS έχει σχεδιαστεί για αυτοσυμπλήρωση από ηλικιωμένους.

Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης

Μια σειρά ασκήσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών περιεχομένων που διδάσκονται στην ενότητα.

ΑΣΚΗΣΗ 1- ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΩΣ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ

Μέθοδος άσκησης: Υπόδυση ρόλων σε μικρές ομάδες βασισμένο σε περιπτωσιακή μελέτη

Μαθησιακοί στόχοι

- Να μπορούν να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον για συζήτηση για πιθανή κακοποίηση
- Να μάθουν να χρησιμοποιούν τις ερωτήσεις ανίχνευσης ως μέρος μιας ασφαλούς συζήτησης
- Να κατανοούν την πολυπλοκότητα της αξιολόγησης των σημείων πιθανής κακοποίησης ενός ηλικιωμένου ατόμου

Χρονικό πλαίσιο: 40 λεπτά

Απαιτούμενο υλικό:

Κάθε ομάδα:

- 2 εθελοντές - ο ένας υποδύεται έναν ηλικιωμένο, ο άλλος υποδύεται τον επαγγελματία. Οι άλλοι συμμετέχοντες θα είναι παρατηρητές.
- Σενάριο γραμμένο σε έντυπο
- Καρέκλες
- Λευκά φύλλα χαρτιού και στυλό για όλους τους συμμετέχοντες.

Οδηγίες για τον εκπαιδευτή

Πριν από την άσκηση να μελετηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο για το τι είναι ανίχνευση, πολυπλοκότητες και προκλήσεις της ανίχνευσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Είναι απλά υποβολή ερωτήσεων; Πως εξασφαλίζεται η εμπιστοσύνη του ηλικιωμένου; Τι πρέπει να μάθουν οι επαγγελματίες όταν ζητούν την συγκατάθεση του ηλικιωμένου, όταν συστήνουν το ερωτηματολόγιο και υποβάλουν τις ερωτήσεις ανίχνευσης σε μια ασφαλή και κανονική συζήτηση με τον ηλικιωμένο; Πως αξιολογούν τα σημεία πιθανής κακοποίησης;

Εξηγήστε την άσκηση.

- Προετοιμάστε το χώρο για την υπόδυση ρόλων με τρεις καρέκλες.
- Η υπόδυση ρόλων θα βασιστεί στο σενάριο 1. Μοιράστε το σενάριο με τις ερωτήσεις σε χαρτί ένα για κάθε ομάδα. Οι ερωτήσεις μπορούν να προβάλλονται και στο power point.
- Δώστε σε κάθε ομάδα τουλάχιστον 20 λεπτά για συζήτηση ανίχνευσης.
- Ζητήστε από έναν παρατηρητή να γράψει τα σχόλια και τις ερωτήσεις του/της: Τι ήταν χρήσιμο και τι όχι τόσο χρήσιμο στη συζήτηση;
- Μετά από την υπόδυση ρόλων των ομάδων, ζητήστε από τους συμμετέχοντες να μοιραστούν τις σκέψεις τους με όλο το κοινό σύμφωνα με τις ερωτήσεις γενικής συζήτησης.

Σημειώσεις για τον εκπαιδευτή

Ενημερώστε τους συμμετέχοντες για τους κανόνες ασφάλειας: δεν επιτρέπεται να ασκηθεί κριτική ή να κατηγορηθούν για την ερμηνεία τους οι ηθοποιοί.

Ερωτήσεις γενικής συζήτησης

- Τι γνώμη έχετε για την υποβολή των ερωτήσεων ανίχνευσης ως μέρος της συζήτησης;
- Ποιες είναι οι αρχές στη συζήτηση για να εξασφαλιστεί η εμπιστοσύνη του ηλικιωμένου;
- Ποια σημεία μπορεί να μιμούνται την κακοποίηση;
- Στην περίπτωση της Σοφίας ποιες δυσκολίες εντοπίζονται στο να ξεχωρίσετε την κακοποίηση και την παραμέληση από άλλες παθήσεις/καταστάσεις;
- Ποιες συνέπειες μπορεί να έχει η διαδικασία της ανίχνευσης για την Σοφία και την οικογένειά της;

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 1 – ΣΕΝΑΡΙΟ: 1 – ΣΟΦΙΑ

Η Σοφία είναι μια 85χρονη γυναίκα που ζει σε ένα σπίτι φροντίδας κατ' οίκον. Ζει εκεί πάνω από 20 χρόνια γιατί έχει πολλές χρόνιες παθήσεις και κάποια προβλήματα ψυχικής υγείας. Παίρνει πολλά είδη φαρμάκων. Έχει οστεοπόρωση και πρέπει να αποφεύγει π.χ. την πτώση για αποφυγή καταγμάτων. Η Σοφία είναι αδύνατη και δεν έχει πολλή όρεξη. Χρειάζεται ενθάρρυνση στο να πίνει νερό πιο συχνά. Πήρε πρόωρη σύνταξη λόγω των χρόνιων παθήσεων και των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ο σύζυγός της είχε πρόβλημα με το αλκοόλ και πέθανε εξαιτίας αυτού πριν από μισό χρόνο. Η Σοφία έχει ανάμεικτα συναισθήματα – κατά κάποιο τρόπο ο θάνατος του συζύγου της ήταν ανακούφιση, αλλά αισθάνεται επίσης μοναξιά. Η Σοφία λαμβάνει υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας δύο φορές την εβδομάδα για να βοηθείται με τη φαρμακευτική αγωγή. Δυσκολεύεται στο περπάτημα και ως εκ τούτου χρειάζεται βοήθεια για τις καθημερινές της δραστηριότητες. Οι κατ' οίκον φροντιστές παρακολουθούν επίσης και την ψυχική της κατάσταση. Τον τελευταίο καιρό είχε και κάποιες δυσκολίες στη μνήμη. Έχει δύο ενήλικα παιδιά τα οποία επισκέπτονται κατά

καιρούς τη μητέρα τους. Ο γιος της Σοφίας είναι αυτός που την επισκέπτεται πιο συχνά και τη βοηθά στα ψώνια της.

Μια μέρα κατά την επίσκεψη της η κατ' οίκον φροντίστρια, για να ελέγξει την κατάσταση της και την φαρμακευτική αγωγή, βρίσκει τη Σοφία να ξεκουράζεται στον καναπέ. Μοιάζει κουρασμένη και αφηρημένη. Ο γιός της έπλενε τα πιάτα στην κουζίνα. Η φροντίστρια ρωτά την Σοφία πως είναι. Η Σοφία προσπαθεί να σηκωθεί αλλά δυσκολεύεται. Η φροντίστρια προσπαθεί να την βοηθήσει και παρατηρεί μώλωπες στον αγκώνα της και εκδορές στα πόδια της. Ο γιος της εξηγεί ότι η μητέρα του μωλωπίστηκε στην προσπάθεια να σηκωθεί από το κρεβάτι και αυτός την βοήθησε να ξαπλώσει στον καναπέ. Η κατ' οίκον φροντίστρια βοηθά την Σοφία να κάνει μπάνιο και παρατηρεί έλκη στην πλάτη της κάτω χαμηλά.

Η φροντίστρια αναφέρει τις παρατηρήσεις της σε μια κοινωνικό λειτουργό η οποία θα επισκεφθεί σύντομα τη Σοφία για να μιλήσουν.

Η κοινωνική λειτουργός και η Σοφία κάθονται στον καναπέ και η κοινωνική λειτουργός αρχίζει να συζητά μαζί της για την κατάσταση της. Χρησιμοποιεί ερωτήσεις από το έντυπο ανίχνευσης για να ενισχύσει την συζήτηση. Η Σοφία απαντά αφού σκεφτεί για αρκετή ώρα την κάθε ερώτηση. Η κοινωνική λειτουργός φεύγει και αποφασίζει ότι η κατάσταση της Σοφίας χρειάζεται πιο συχνή παρακολούθηση.

Στην επόμενη επίσκεψη της φροντίστριας, ο γιός της είναι μαζί της στο σπίτι. Αρχίζει να ρωτά θυμωμένα αν τον υποψιάζονται ότι κακοποιεί την μητέρα του. Η Σοφία του έχει μιλήσει για τις ερωτήσεις που της έγιναν. Η φροντίστρια εξηγεί ότι οι ερωτήσεις γίνονται σαν ρουτίνα σε όλους τους πελάτες και ότι αυτό δεν σημαίνει ότι τον υποψιάζουν. Οι κατ' οίκον φροντιστές φέρουν ευθύνη για την ευημερία και ασφάλεια των πελατών τους, οπότε πρέπει να ρωτούν αυτές τις ερωτήσεις. Ο γιός της είναι πιο ήρεμος και η φροντίστρια παρατηρεί την έκφραση ανακούφισης της Σοφίας.

+++

Περιγραφή υπόδυσης ρόλων:

Η κοινωνική λειτουργός μπαίνει στο σπίτι της Σοφίας και εξηγεί τον λόγο της επίσκεψης. Η Σοφία παραξενεύεται που η κοινωνική λειτουργός ήρθε να την δει ξανά τόσο σύντομα. Κάθονται και οι δύο στον καναπέ και η κοινωνική λειτουργός αρχίζει να συζητά μαζί της για την κατάσταση της. Η Σοφία της λέει ότι είπε στον γιό της ότι θα την επισκεφθεί μια κοινωνική λειτουργός εξαιτίας της κατάστασης της την τελευταία φορά που την επισκέφθηκε η κατ' οίκον φροντίστρια. Η κατ' οίκον φροντίστρια ανέφερε ότι είναι υπεύθυνοι, για την ευημερία και την ασφάλεια των πελατών τους, για αυτό το λόγο πρέπει να κάνουν κάποιες ερωτήσεις όπως για παράδειγμα πως είναι η σχέση της με τον γιό της και πόσο ασφαλής νιώθει στο σπίτι της. Η Σοφία της λέει πως ο γιος της θύμωσε όταν άκουσε

για την επίσκεψη και ρώτησε αν τον υποψιάζονται ότι κακοποιεί την μητέρα του. Η κοινωνική λειτουργός εξηγεί ότι οι ερωτήσεις γίνονται ως ρουτίνα σε όλους τους πελάτες. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο γιος της είναι ύποπτος για οτιδήποτε. Κατά την διάρκεια της συζήτησης χρησιμοποιεί ερωτήσεις από το έντυπο ανίχνευσης για να ενισχύσει την συζήτηση. Η Σοφία απαντά αφού σκεφτεί για πολλή ώρα την κάθε ερώτηση. Απαντά στην πρώτη ερώτηση με «Ναι». Χρειάζεται την βοήθεια των παιδιών της για τα ψώνια και τις τραπεζικές συναλλαγές και κάποτε για την προετοιμασία γευμάτων. Στις άλλες ερωτήσεις απαντά τελικά με «Όχι». Κατά διαστήματα η κοινωνική λειτουργός ρωτά επιπλέον και πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις. Η κοινωνική λειτουργός φεύγει και αποφασίζει ότι πρέπει να παρακολουθείται πιο συχνά η κατάσταση της Σοφίας.

+++

Ερωτήσεις που η κοινωνική λειτουργός μπορεί να προσπαθήσει να συμπεριλάβει στη συζήτηση (Βάση του εργαλείου ανίχνευσης EASI)

1. Έχετε βασιστεί σε άλλα άτομα για οτιδήποτε από τα παρακάτω: μπάνιο, ντύσιμο, ψώνια, τραπεζικές συναλλαγές, ή γεύματα?
2. Υπάρχει κάποιος που να σας εμπόδισε την πρόσβαση σε φαγητό, ρούχα, φάρμακα, γυαλιά, ακουστικά βοηθήματα, ιατρική φροντίδα ή σας εμπόδισε να είστε με ανθρώπους που θέλατε;
3. Έχετε αναστατωθεί επειδή κάποιος σας μίλησε με τρόπο που σας έκανε να αισθάνεστε ντροπή ή απειλή;
4. Προσπάθησε κάποιος να σας αναγκάσει να υπογράψετε χαρτιά ή να χρησιμοποιήσετε τα χρήματά σας παρά την θέλησή σας;
5. Σας έκανε κάποιος να φοβηθείτε, σας άγγιξε με τρόπο τον οποίο δεν επιθυμούσατε ή σας έβλαψε σωματικά;

ΑΣΚΗΣΗ 2 – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Μέθοδος άσκησης: Υπόδυση ρόλων σε μικρές ομάδες

Μαθησιακοί στόχοι:

- Κατανόηση της διαδικασίας ανίχνευσης
- Κατανόηση της πολυπλοκότητας της ανίχνευσης
- Κατανόηση των επιπτώσεων της ανίχνευσης

Χρονικό πλαίσιο: 40 λεπτά

Απαιτούμενο υλικό

Κάθε ομάδα:

- 2 εθελοντές, ο ένας θα υποδύεται τον ηλικιωμένο και ο άλλος θα υποδύεται τον επαγγελματία υγείας
- Σενάριο σε έντυπη μορφή ή σε διαφάνειες PowerPoint
- 2 καρέκλες/σε κάθε ομάδα
- Στυλό και λευκά φύλλα χαρτιού σε κάθε συμμετέχοντα

Οδηγίες για τον εκπαιδευτή:

- Πριν από την άσκηση να μελετηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο των κεφαλαίων: η ανίχνευση ως διαδικασία, πολυπλοκότητες της ανίχνευσης της κακοποίησης των ηλικιωμένων, οφέλη και περιορισμοί της ανίχνευσης και γνωστικές διαταραχές και ανίχνευση.
- Εξηγήστε την άσκηση: η άσκηση περιλαμβάνει όλη τη διαδικασία της ανίχνευσης από την αρχή ως το τέλος. Τα σενάρια 1,2 και 3 αποτελούν διαφορετικές μελέτες περιστατικών οι οποίες έχουν τις δικές τους προκλήσεις. Το σενάριο 4 συγκεντρώνει όλες τις περιπτώσεις μαζί για αξιολόγηση και συζήτηση από την ομάδα.
- Μπορείτε να εφαρμόσετε όλα τα σενάρια 1,2 και 3 σαν παιχνίδι ρόλων/κοινωνιόδραμα, ή μπορείτε να διαλέξετε 1 ή δύο από αυτά για παράδειγμα ανάλογα με το επάγγελμα ή το χώρο εργασίας των συμμετεχόντων ή ανάλογα με το τι ενδιαφέρει τους συμμετέχοντες. Δώστε στην κάθε μικρή ομάδα 10-15 λεπτά για συζήτηση του περιστατικού. Μετά από τη συζήτηση των ομάδων ζητήστε από τους συμμετέχοντες να μοιραστούν τις σκέψεις τους με όλους.
- Το σενάριο 4 θα είναι το τελευταίο παιχνίδι ρόλων/κοινωνιόδραμα. Μετά από αυτό κάντε μια γενική συζήτηση βάση των ερωτήσεων.
- Προετοιμάστε το χώρο για το παιχνίδι ρόλων με δύο καρέκλες. Εξασφαλίστε ότι οι υπόλοιποι συμμετέχοντες μπορούν να βλέπουν και να ακούνε καλά τους ηθοποιούς.
- Διανέμετε ένα σενάριο με τις ερωτήσεις σε κάθε μικρή ομάδα σε έντυπη μορφή. Μπορείτε να προβάλετε τις ερωτήσεις και στο power point.
- Ζητήστε από τους επαγγελματίες των μικρών ομάδων και όλους τους συμμετέχοντες (παρατηρητές) να γράψουν τις δικές τους πιθανές επιπλέον ερωτήσεις:
 - Πως θα εξασφαλίσει η ομάδα αποτελέσματα σε αυτές τις περιπτώσεις;
 - Ποια είναι τα διδάγματα από αυτές τις περιπτώσεις;

Σημειώσεις για τον εκπαιδευτή

- Ενημερώστε τους συμμετέχοντες για τους κανόνες ασφάλειας: δεν επιτρέπεται να ασκηθεί κριτική ή να κατηγορηθούν για την ερμηνεία τους οι ηθοποιοί.
- Τονίστε τον τρόπο με τον οποίο η πολύ-υπηρεσιακή και διεπιστημονική εργασία θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση των υποθέσεων και στην υπέρβαση των προκλήσεων.
- Λάβετε υπόψη ότι δεν είναι ρεαλιστικό να κατηγοριοποιούνται τα άτομα ως κακοποιημένα ή ως μη κακοποιημένα. Στην κλινική πράξη, οι άνθρωποι δεν ταιριάζουν απόλυτα με την έννοια της ευαισθησίας και της ειδικότητας της

αποτελεσματικότητας. Για αυτό χρειάζεται η μετέπειτα παρακολούθηση της κάθε περίπτωσης.

- Ενώ η σωματική, η σεξουαλική και, σε κάποιο βαθμό, η οικονομική μορφή κακοποίησης μπορούν να μετρηθούν και να επιβεβαιωθούν πιο εύκολα, άλλες μορφές όπως η ψυχολογική, η συναισθηματική, η λεκτική κακοποίηση, ο εξαναγκασμός, η παραμέληση και η εγκατάλειψη είναι πολύ πιο δύσκολο να εξακριβωθούν, ή ακόμα και τις αντιληφθούν οι ηλικιωμένοι. Ωστόσο, αυτές είναι πιο πολύ κρυφές μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων. Ζητήστε λοιπόν από τους συμμετέχοντες να σκεφτούν ειδικά αυτά τα είδη κακοποίησης όταν συζητούν τα περιστατικά.
- Σημειώστε ότι αυτή η άσκηση μπορεί να γίνει και μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, για εξάσκηση και σύνοψη όλων των θεμάτων που συζητήθηκαν στις τέσσερις ενότητες.
- Σημειώστε ότι αυτή η άσκηση βασίζεται στο εργαλείο ανίχνευσης EASI και οι απαντήσεις «Ναι», «Όχι» και «Δεν απάντησε» οφείλονται σε αυτό το εργαλείο. Άλλα εργαλεία μπορεί να έχουν άλλες επιλογές για απαντήσεις και τα συμπεράσματα μπορεί να είναι διαφορετικά.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 2 – ΣΕΝΑΡΙΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: 1 – ΜΑΡΘΑ

Η Μάρθα είναι μια 85χρονη γυναίκα η οποία προσήλθε στο ΤΑΕΠ με οίδημα στο ισχίο, συνοδευόμενη από τον 55χρονο γιό της. Μετά από ακτινογραφικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε οποιοδήποτε κάταγμα ισχίου οπότε μπορεί να πάει σπίτι της με αναλγητικά φάρμακα. Η νοσηλεύτρια που είναι υπεύθυνη για τα εξιτήρια των ασθενών θα μιλήσει μαζί της. Ξεκινά την συζήτηση ρωτώντας την αν λαμβάνει κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας. Ο γιος της απαντά ότι δεν χρειάζεται γιατί αυτός είναι ο άτυπος φροντιστής της. Η Μάρθα δεν φαίνεται να δίνει ιδιαίτερη σημασία στη συζήτηση μεταξύ του γιού της και της νοσηλεύτριας, αντίθετα κοιτάζει τριγύρω λίγο φοβισμένη.

Η νοσηλεύτρια θέλει να μιλήσει μόνο με την Μάρθα και της ζητά να πάνε σε άλλο δωμάτιο εξέτασης. Ο γιός της Μάρθας αντιδρά και αρνείται γιατί ισχυρίζεται πως η μητέρα του δεν είναι σε θέση να δώσει πληροφορίες εξαιτίας των διαταραχών μνήμης που έχει. Παρόλα αυτά η νοσηλεύτρια συνοδεύει την Μάρθα σε άλλο δωμάτιο και αρχίζει να την ρωτά για τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι, πως νιώθει όταν είναι στο σπίτι και αν την προβληματίζει κάτι. Η Μάρθα θεωρεί ότι είναι καλά στο σπίτι της και ότι ο γιός της την φροντίζει αρκετά καλά. Ωστόσο καταλαβαίνει πως είναι δύσκολο για το παιδί της γιατί δεν μπορεί να βγαίνει με τους φίλους του όταν το θέλει. Ευτυχώς όμως έρχονται οι συμμαθητές του στο σπίτι και παίζουν παιχνίδια μαζί του. Φυσικά τα αγόρια κάνουν φασαρία όπως είναι φυσιολογικό για αυτή την ηλικία.

Η νοσηλεύτρια διερωτάται για τις απαντήσεις της Μάρθας και τη ρωτά πόσων χρόνων είναι τα αγόρια. Ω! Είναι μαθητές! Η νοσηλεύτρια έχει μπερδευτεί με τα λεγόμενα της Μάρθας

και δεν είναι σίγουρη σε ποιους αναφέρεται και αν αυτό είναι σημάδι γνωστικής διαταραχής. Ως εκ τούτου, αρχίζει να ρωτά περισσότερα για τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι χρησιμοποιώντας κάποιες ερωτήσεις ανίχνευσης. Για τις περισσότερες ερωτήσεις οι απαντήσεις της Μάρθας είναι «Δεν γνωρίζω» ή η ανίχνευση είναι αρνητική για κακοποίηση. Τελικά η νοσηλεύτρια αποφασίζει να διακόψει τη συζήτηση και συνοδεύει την Μάρθα πίσω στον γιό της.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 3 – ΣΕΝΑΡΙΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: 2 – ΛΩΡΗΣ

Ο Λώρης ένας 72χρονος άντρας έχει έρθει στο νοσοκομείο για έλεγχο της φαρμακευτικής του αγωγής καθώς λαμβάνει αρκετά φάρμακα. Ο Λώρης κινητοποιείται χωρίς βοήθεια και φαίνεται ικανός στη συζήτηση. Το νοσοκομείο εφαρμόζει ένα πρόγραμμα για ανίχνευση εμπειριών βίας στους ηλικιωμένους. Η όλη ιδέα αφορά στην εύρεση ατόμων που χρειάζονται βοήθεια. Η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου έρχεται να γνωρίσει τον Λώρη και τον ρωτά αν μπορεί να του κάνει κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις συνθήκες στο σπίτι, πως περνά τις μέρες του, μήπως αισθάνεται μόνος. Ο Λώρης συμφωνεί και η κοινωνική λειτουργός του υποβάλει τις ερωτήσεις ανίχνευσης.

Η κοινωνική λειτουργός αρχίζει την συζήτηση. Ο Λώρης της λέει ότι ζει μόνος γιατί η σύζυγος του έχει πεθάνει εδώ και δύο χρόνια. Ωστόσο δεν νιώθει μοναξιά γιατί τα παιδιά του έρχονται και τον βλέπουν. Όλα τα παιδιά του ζουν μια καλή ζωή, αν και η σύζυγος του ενός από τα παιδιά του είναι άνεργη εδώ και αρκετά χρόνια. Αυτό προκαλεί στην οικογένεια οικονομικές δυσκολίες και ο Λώρης κάποιες φορές βοηθά την οικογένεια οικονομικά. Ο Λώρης έχει ανιχνευτεί αρνητικός για κακοποίηση αν και κάποιες φορές ήταν διστακτικός στις απαντήσεις.

Η κοινωνική λειτουργός ερμηνεύει την διστακτικότητα ως προσπάθεια για να σκεφτεί προσεκτικά ο Λώρης τις απαντήσεις. Έτσι η κοινωνική λειτουργός ευχαριστεί τον Λώρη για την συζήτηση και τον αποχαιρετά.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 4 – ΣΕΝΑΡΙΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ; 3 – ΛΕΪΛΑ

Ένας φροντιστής κατ' οίκον έχει φέρει μια ηλικιωμένη γυναίκα, τη Λέιλα, στο νοσοκομείο γιατί αισθανόταν ζαλάδα. Η Λέιλα είχε πέσει και χτυπήσει το μέτωπο της στη γωνιά του

τραπεζιού. Παρουσιάζει ένα μεγάλο καρούμπαλο στο μέτωπο της. Ο φροντιστής ζητά να εξεταστεί το κεφάλι της. Ο φροντιστής λέει ότι η Λέιλα ζει με τον σύζυγο της ο οποίος πάσχει από σοβαρού βαθμού άνοια.

Ο φροντιστής δεν γνωρίζει κατά πόσον ο σύζυγος της Λέιλα σχετίζεται με την πτώση της, πιστεύει πως ο σύζυγος της έχει πάντα καλή διάθεση και δεν φαίνεται να είναι επιθετικός. Ωστόσο ανησυχεί για τις συνθήκες στο σπίτι και το πώς η ίδια χειρίζεται την οικογενειακή τους ζωή. Η φροντίδα ατόμου με άνοια είναι δύσκολη και περιορίζει την ζωή της Λέιλα. Όταν εξετάζεται το τραύμα στο κεφάλι της Λέιλα ο φροντιστής επικοινωνεί με την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου και της ζητά να μιλήσει με την Λέιλα.

Η Λέιλα παραπέμπεται σε κοινωνική λειτουργό η οποία ξεκίνα την συζήτηση ρωτώντας αν μπορεί να τις κάνει ερωτήσεις του εργαλείου ανίχνευσης. Η Λέιλα συμφωνεί. Με βάση τις απαντήσεις της η Λέιλα έχει ανιχνευτεί αρνητική για κακοποίηση. Τονίζει πως ο σύζυγος της ήταν πάντοτε καλός μαζί της και ότι η άνοια δεν έχει χειροτερέψει τον χαρακτήρα του. Ωστόσο η κοινωνική λειτουργός εκφράζει τις ανησυχίες της και της ζητά αν μπορεί ένας κοινωνικός λειτουργός να την επισκεφθεί στο σπίτι για ασφάλεια. Η Λέιλα συμφωνεί.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 5 – ΣΕΝΑΡΙΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: 4 – ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το νοσοκομείο έχει μια ομάδα για την οικογενειακή βία η οποία συζητά τις περιπτώσεις που εμφανίζονται.

Η νοσηλεύτρια που μίλησε στην Μάρθα εξηγεί την κατάσταση της Μάρθας, λέγοντας ότι η Μάρθα δεν ήταν σε θέση να απαντήσει αξιόπιστα στις ερωτήσεις ανίχνευσης. Άρα η Μάρθα δεν ήταν επιλέξιμη για ανίχνευση.

Τα μέλη της ομάδας ρωτούν την νοσηλεύτρια πως αντέδρασε η Μάρθα σε κάθε ερώτηση; Πως ήταν η συμπεριφορά του γιού της; Η ομάδα προσπαθεί να εντοπίσει αν υπάρχουν στην συζήτηση κάποιες ενδείξεις πιθανής κακοποίησης.

Ήταν η απόφαση ότι η Μάρθα δεν ήταν ικανή να πάρει αποφάσεις σωστή, δηλαδή το ότι δεν ήταν επιλέξιμη για ανίχνευση;

Δόθηκε στην Μάρθα η ευκαιρία να πάρει μια ενημερωμένη απόφαση για να συμμετέχει στην συνέντευξη;

Πως είναι σίγουρο ότι η ερμηνεία της κατάστασης της Μάρθας είναι σωστή;

+++

Η ομάδα συνεχίζει συζητώντας την περίπτωση του Λώρη. Η κοινωνική λειτουργός που συζήτησε με τον Λώρη αναφέρει την περίπτωση και λέει ότι δεν ανιχνεύτηκε κακοποίηση (αρνητικό για κακοποίηση). Η ομάδα μελετά τις απαντήσεις του Λώρη μία προς μία και διερωτάται αν ήταν σωστή η απόφαση ότι δεν βιώνει κακοποίηση στο σπίτι.

Ήταν ψευδώς αρνητική η περίπτωση του Λώρη (ωστόσο, υπέστη κακοποίηση);

Ποιες συνέπειες μπορεί να έχει η υποβολή ερωτήσεων σε μια κατάσταση όπως του Λώρη;

Τι γίνεται αν βιώνει κακοποίηση αλλά λόγω αρνητικού αποτελέσματος δεν λάβει βοήθεια;

Πώς θα μπορούσε στην περίπτωση του Λώρη να είναι σίγουρο ότι η ερμηνεία της κατάστασής του είναι σωστή;

+++

Τέλος η ομάδα συζητά την περίπτωση της Λέιλα. Ωστόσο η κοινωνική λειτουργός συμπέρανε ότι βιώνει κακοποίηση από τον σύζυγο της (ανίχνευση θετική). Η περίπτωση της Λέιλα ήταν η μόνη που συνοδεύονταν από πληροφορίες για το πώς την επηρέασαν οι ερωτήσεις. Η κατ' οίκον κοινωνική λειτουργός ενημέρωσε την ομάδα ότι η Λέιλα ήταν πολύ αναστατωμένη μετά την συζήτηση. Η Λέιλα είχε νιώσει ότι ο σύζυγός της κατηγορήθηκε αδικαιολόγητα για κακοποίηση.

Ήταν ψευδώς θετική η περίπτωση της Λέιλα (στην πραγματικότητα δεν υπέστη κακοποίηση);

Τι συνέπειες μπορεί να έχει η ανάκριση σε μια κατάσταση όπως της Λέιλα;

Τι θα συμβεί αν η Λέιλα δεν βιώνει πραγματικά κακοποίηση, αλλά της προσφερθούν υπηρεσίες που δεν θεωρεί ότι χρειάζεται;

Πώς θα μπορούσε να είναι σίγουρο ότι η ερμηνεία της κατάστασής της Λέιλα είναι σωστή;


Βιβλιογραφία

1. 1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. [Understanding screening | 1800RESPECT](#)
2. Ballard, S. A., Yaffe, M. J., August, L., Cetin-Sahin, D., & Wilchesky, M. (2019). Adapting the elder abuse suspicion index© for use in long-term care: A mixed-methods Approach. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1472–1491. <https://doi.org/10.1177/0733464817732443>

3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). "Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help": frontline service providers' views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472-482.
5. Cimino-Fiallos, N & Rosen, T. (2021). Elder Abuse-A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America* 39; 405-417. <https://doi.org/10.1016/1.emc.2021.01.009>.
6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.
11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.
13. Department of Health, (2005), *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London
14. Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
15. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., De Leon, C. M., ... & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
16. Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.
17. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.

18. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N. A., & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
19. Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
20. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. [imp report 2008 04 30 d \(europa.eu\)](http://imp.report.2008.04.30.d.europa.eu).
21. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(16), 1688-1701.
22. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
23. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
24. Gibbs, L. M. (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
25. Hoover, R. M., & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
26. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
27. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;
28. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
29. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A., ... & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group: Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
30. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects. [URN ISBN 978-952-00-3534-1.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](http://URN_ISBN_978-952-00-3534-1.pdf)
31. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
32. Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 64(1), 10-14.
33. National Center on Elder Abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.

34. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. U.S. Department of Justice
35. Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST).
36. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
37. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358-364.
38. Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin.
39. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214-220.
40. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
41. Pickering, C. E., Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
42. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S194-S205.
43. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, N. E., & Platts-Mills, T. F. (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.
44. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
45. Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
46. Schofield, M. J., Powers, J. R., & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
47. Schofield, M. J. (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
48. Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.
49. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
50. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of

- 
- Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce (uspreventiveservicestaskforce.org).
51. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK (www.gov.uk)
 52. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
 53. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
 54. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. [9789289054782-eng.pdf \(who.int\)](#)
 55. Wigglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
 56. Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.
 57. Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
 58. Yaffe, M. J., Weiss, D., & Lithwick, M. (2012). Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(4), 277-292.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – Πως γίνεται η ανίχνευση : Θέματα ηθικής και απόρρητου

Δομή της ενότητας

Τίτλος	Πως γίνεται η ανίχνευση: Θέματα ηθικής και απόρρητου
Σκοπός και στόχοι	Αυτή η ενότητα θα διερευνήσει: Πιθανά ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την ανίχνευση (όρια στην εμπιστευτικότητα, υποχρέωση για αναφορά, αυτοδιάθεση, ηλικιωμένα άτομα με γνωστικούς περιορισμούς) Ζητήματα απορρήτου που σχετίζονται με την ανίχνευση: Σε ποιον μπορούν / πρέπει να κοινοποιηθούν οι πληροφορίες; Πώς να χειριστείτε τα αποτελέσματα της ανίχνευσης;
Μαθησιακά αποτελέσματα	Στο τέλος της ενότητας οι εκπαιδευόμενοι θα: Μάθουν πώς να συλλέγουν τη συγκατάθεση για ανίχνευση, από ικανά ή από νομικά ανίκανα ηλικιωμένα άτομα Μάθουν πώς να προστατεύουν το απόρρητο του ηλικιωμένου, κατά τη διάρκεια και μετά την ανίχνευση Μάθουν πώς να διασφαλίζουν την ακρίβεια και την αυθεντικότητα των συλλεγόμενων πληροφοριών Να γνωρίζουν πώς να χειρίζονται τις συλλεγόμενες πληροφορίες σε σχέση με το καθήκον τους για αναφορά

Διάρκεια:	3 ώρες <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45 λεπτά-1 ώρα εισαγωγική συνεδρία ▪ 20 λεπτά (2x10 λεπτά) διαλείμματα ▪ 1 ώρα και 1/2 δραστηριότητες ενεργητικής μάθησης ▪ 10 λεπτά επιπλέον χρόνου (προθέρμανση, αναμονή συμμετεχόντων, απάντηση σε ερωτήσεις)
Απαιτούμενοι πόροι:	Πίνακας σημειώσεων
Φύλλα εργασίας	Φυλλάδια 1 και 2

1. ΛΗΨΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

Σε αυτή την ενότητα θα συζητήσουμε ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την ανίχνευση καθώς και καταχρήσεις που μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια αυτού.

Έλλειψη συγκατάθεσης

Το πρώτο είδος κακοποίησης που θα μπορούσε να διαπραχθεί κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας ελέγχου ρουτίνας/ανίχνευσης είναι η έλλειψη συγκατάθεσης από το συνεντευξιαζόμενο άτομο. Πράγματι, το θέμα δεν είναι τόσο απλό όσο φαίνεται, λαμβάνοντας υπόψη ότι:

- η συγκατάθεση μπορεί να γίνει και με μη προφορικό λόγο και
- μπορεί να υπάρχει έλλειψη συγκατάθεσης ακόμη και σε υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης

Μάλιστα, από τη μια θα πρέπει να εξετάσουμε πώς παρέχεται η συγκατάθεση και από την άλλη για το τι παρέχεται η συγκατάθεση, ποια είναι τα όριά της από άποψη χρόνου και πεδίου.

Πώς μπορεί να δοθεί η συγκατάθεση

Όσον αφορά τον τρόπο παροχής της συγκατάθεσης, γενικά υπάρχουν διάφοροι τρόποι:

- Εμμέσως (για παράδειγμα, εάν το ερωτώμενο άτομο απαντήσει στην έρευνα χωρίς να αντιταχθεί σε αυτήν)
- Ρητά (συμφωνεί να συμμετάσχει στην έρευνα /ανίχνευση). Σε αυτή την περίπτωση, η συγκατάθεση μπορεί να δοθεί:
 - Προφορικά
 - Σε γραπτή μορφή, ενώπιον μαρτύρων ή ενός δημόσιου λειτουργού

Σε γενικές γραμμές και εκτός εάν αυτό ρυθμίζεται διαφορετικά από μεμονωμένες εθνικές νομοθεσίες, η συγκατάθεση σε μια έρευνα ρουτίνας/ ανίχνευση δεν θα πρέπει να έχει συγκεκριμένη μορφή για να θεωρείται έγκυρη. Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο τρόπος απόκτησης της συγκατάθεσης που πρέπει να αναζητηθεί πρέπει να βασίζεται στη χρησιμότητα: *η γραπτή συγκατάθεση μπορεί να είναι χρήσιμη για να αποδειχθεί με κατηγορηματικό τρόπο ότι το άτομο συμφωνεί πραγματικά και είναι ευκολότερο να αρχειοθετηθεί και να φυλαχθεί.*

Όρια συγκατάθεσης

Όταν πρόκειται για τα όρια της συγκατάθεσης, αυτό μπορεί να αναφέρεται για παράδειγμα στην συμφωνία να απαντηθούν οι ερωτήσεις, αλλά όχι στην καταγραφή ή τη διατήρηση των απαντήσεων, ή ακόμη στον τρόπο διατήρησης ή διαχείρισης τους.

Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται ή ακούγονται κατά τη διάρκεια μιας έρευνας ρουτίνας ή ανίχνευσης ενδέχεται να αναφέρονται σε καταστάσεις ή εγκλήματα και ο ερευνητής, λόγω του επαγγελματικού του ρόλου, έχει ως υποχρέωση, την υποχρεωτική αναφορά. Επομένως, εάν συλλέγοντας τη συγκατάθεση από τον ερωτώμενο, δεν εξηγήσουμε με σαφήνεια τις πιθανές συνέπειες των απαντήσεών του, μπορεί να καταλήξουμε να περιορίσουμε την αυτονομία, την αυτοδιάθεση και τελικά την αξιοπρέπειά του/της ως άτομο, καθώς μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν έχει την αξιοπρέπεια να αποφασίσει πώς να ενεργήσει ανάλογα με τις πιθανές συνέπειες. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί κίνδυνος για τη σωματική και συναισθηματική του ακεραιότητα, καθώς μια αποκάλυψη κακοποίησης μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερες κακοποιήσεις, συχνά σε κλιμάκωση, ως τιμωρία, αντίποινα ή εκδίκηση.

Πότε και πώς δίνεται σωστά η συγκατάθεση

Ποιος έχει τη νομιμότητα να δώσει τη συγκατάθεση;

Ο ερωτώμενος: Συνήθως, το άτομο που συμμετέχει στην έρευνα ρουτίνας/ ανίχνευσης είναι το ίδιο που παρέχει τη συγκατάθεσή του, εάν έχει τη νομική ικανότητα να το κάνει. Ωστόσο, αυτό μπορεί να μην ισχύει όταν το άτομο είναι νομικά ανίκανο. Πράγματι, η παροχή συγκατάθεσης συνεπάγεται τη δυνατότητα να εξασκήσει κάποιος το δικαίωμα και να είναι νομικά αρμόδιος – επομένως έχει την ικανότητα κατανόησης και θέλησης– και μπορεί να το κάνει αυτό. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να έχουμε την περίπτωση ενός ατόμου που δεν έχει τη νομική ικανότητα, αλλά μπορεί να ανταποκριθεί σε μια έρευνα ρουτίνας/ανίχνευσης, χωρίς να μπορεί να κατανοήσει τις νομικές συνέπειες των λεγόμενων του/της. Σημαίνει ότι μπορεί στην πραγματικότητα να έχουμε όλες τις απαντήσεις στην έρευνα /ανίχνευση, –από ηθική και νομική άποψη– αλλά αυτές οι απαντήσεις να συλλέχθηκαν κάνοντας κατάχρηση της (έλλειψης) ικανότητας του ηλικιωμένου.

Ο κηδεμόνας: Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εθνική νομοθεσία προβλέπει ότι άλλο υποκείμενο μπορεί να αντικαταστήσει ή να υποστηρίξει το ανίκανο άτομο για να του επιτρέψει να διαπράξει μια νομικά έγκυρη πράξη. Αυτό το άτομο συνήθως ονομάζεται «κηδεμόνας». Το τι είναι εξουσιοδοτημένος να κάνει ο κηδεμόνας εξαρτάται από το νόμο ή από τη δικαστική διάταξη που τον/την όρισε. Ως εκ τούτου, ο αξιολογητής θα πρέπει να ελέγξει ποιο είδος εξουσίας έχει ο κηδεμόνας και να βεβαιωθεί ότι έχει τη δύναμη να παρέχει τη συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ρουτίνας/ανίχνευσης ή εάν το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να το κάνει μόνο του.

Ο κηδεμόνας και ο ερωτώμενος: Πράγματι, μια άλλη επιλογή είναι ο κηδεμόνας να διοριστεί να λάβει ορισμένες αποφάσεις μαζί με τον αποδέκτη της φροντίδας.

Ο κηδεμόνας, ο ερωτώμενος και ο δικαστής: Επιπλέον, μπορεί επίσης να υπάρχει η περίπτωση ορισμένες πράξεις να πρέπει να εκτελεστούν από τον κηδεμόνα αλλά μόνο κατόπιν ειδικής εξουσιοδότησης δικαστή. Αυτό ισχύει συνήθως για όλες εκείνες τις πράξεις που ενδέχεται να έχουν σημαντικές συνέπειες για τον ηλικιωμένο από οικονομική ή νομική άποψη (δηλαδή υγεία, πολιτικά δικαιώματα...).

Τι είναι η νομική ικανότητα και πώς αξιολογείται;

Νομική ικανότητα είναι η τυπική ικανότητα άσκησης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Εάν κάποιος έχει περιορισμένη ή καθόλου νομική ικανότητα, τότε μπορεί για παράδειγμα να μην είναι σε θέση να εκτελέσει πράξεις όπως να υπογράψει συμβόλαια ή να δώσει συγκατάθεση για μια ιατρική πράξη. Ο νόμος προϋποθέτει ότι οι ενήλικες έχουν ικανότητα, ωστόσο αυτό μπορεί να περιορίζεται από συγκεκριμένες συνθήκες ή ασθένειες. Η απώλεια της νομικής ικανότητας συνήθως αξιολογείται από δικαστή με την υποστήριξη ιατρικών συμβούλων².

2. ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Το απόρρητο ως προστασία δεδομένων

Λόγω των χαρακτηριστικών και της ευαισθησίας των πληροφοριών που μπορούν να συλλεχθούν μέσω μιας έρευνας ρουτίνας / ανίχνευσης και λόγω των συνεπειών που μπορεί να προκύψουν από αυτήν, είναι εύκολο να γίνει κατανοητό ότι είναι απαραίτητο αυτές οι πληροφορίες να διατηρούνται εμπιστευτικές και προσβάσιμες μόνο σε περιορισμένο αριθμό ατόμων.

Το απόρρητο των πληροφοριών που συλλέγονται μέσω μιας έρευνας / ανίχνευσης μπορεί να διακινδυνευτεί σε δύο φάσεις: κατά τη διάρκεια της έρευνας / ανίχνευσης και μετά την έρευνα /ανίχνευση.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας / ανίχνευσης

Η έρευνα / ανίχνευση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε δωμάτιο που να επιτρέπει την εμπιστευτικότητα: επομένως, θα πρέπει να αποτρέπεται η είσοδος άλλων ατόμων στην αίθουσα ενώ η έρευνα/ανίχνευση βρίσκεται σε εξέλιξη και να αποκρύπτεται το πρόσωπο του εμπλεκόμενου ατόμου. Στην ιδανική περίπτωση, το δωμάτιο θα πρέπει να είναι ηχομονωμένο, ώστε αυτά που λέγονται να μην ακούγονται από έξω.

² Αυτές οι έννοιες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τα εθνικά νομικά συστήματα

Μετά την έρευνα / ανίχνευση

Μετά την έρευνα /ανίχνευση , η διαχείριση των δεδομένων που συλλέγονται θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και σε συμμόρφωση με τον GDPR (όπου ισχύει) και με οποιουδήποτε άλλους ενδεχόμενους υφιστάμενους εθνικούς νόμους και κανονισμούς για την προστασία δεδομένων. Σε γενικές γραμμές, αυτό σημαίνει διαχείριση και αρχειοθέτηση των δεδομένων έτσι ώστε να μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο εκείνοι που είναι εξουσιοδοτημένοι να το κάνουν.

Το απόρρητο ως παραβίαση άλλων δικαιωμάτων

Τα ζητήματα που αφορούν το απόρρητο για τις έρευνες ρουτίνας / ανίχνευσης δεν σχετίζονται μόνο με τα δεδομένα που συλλέγονται και δεν αναφέρονται μόνο στο προκαταρκτικό στάδιο της ίδιας της έρευνας/ανίχνευσης. Ας δούμε ποια άλλα δικαιώματα μπορούν να παραβιαστούν.

Το Απόρρητο ως δικαίωμα του ερωτώμενου στην ιδιωτική ζωή

Σύμφωνα με το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ECHR)³ τα άτομα έχουν δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή. Αυτό δεν συμπίπτει με το δικαίωμα εμπιστευτικότητας που αναφέρθηκε προηγουμένως σε σχέση με τη διαχείριση δεδομένων. Η έννοια του δικαιώματος στην ιδιωτική ζωή έχει συζητηθεί ευρέως από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων⁴ και από τις αποφάσεις και τις εκτιμήσεις του, έχει αρχίσει να γίνεται κατανοητό ότι το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή δεν είναι μόνο θέμα προστασίας δεδομένων, αλλά σημαίνει επίσης μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο προστατευμένη από εξωτερικές παρεμβάσεις (δικαίωμα να μείνεις μόνος) και ως εκ τούτου το δικαίωμα προστασίας της ηθικής ακεραιότητας, το δικαίωμα στην ατομική ταυτότητα (δικαίωμα να είμαι, έγινα και να παραμένω ο εαυτός μου) και τέλος το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση⁵ ακόμη και σε σχέση με καταστάσεις που αφορούν τη σωματική ακεραιότητα⁶.

Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοδιάθεση μεταφράζεται ως συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα/ανίχνευση. Ωστόσο, μπορεί να είναι καταχρηστικό να πιστεύουμε ότι, από τη στιγμή που παρέχεται η συγκατάθεση, παρέχεται μια για όλα, μια για πάντα. Δεδομένου ότι οι έρευνες ρουτίνας ασχολούνται με τις πιο προσωπικές πτυχές ενός ατόμου και μπορεί να

³ Δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής: 1. Καθένας έχει δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής του ζωής, της κατοικίας και της αλληλογραφίας του. 2. Δεν επιτρέπεται καμία παρέμβαση δημόσιας αρχής στην άσκηση αυτού του δικαιώματος, εκτός εάν είναι σύμφωνη με το νόμο και είναι απαραίτητη σε μια δημοκρατική κοινωνία προς το συμφέρον της εθνικής ασφάλειας, της δημόσιας ασφάλειας ή της οικονομικής ευημερίας της χώρας, για την πρόληψη της αταξίας ή του εγκλήματος, για την προστασία της υγείας ή των ηθών ή για την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων

⁴ Διεθνές δικαστήριο του Συμβουλίου της Ευρώπης που ερμηνεύει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Το δικαστήριο εκδικάζει αιτήσεις που υποστηρίζουν ότι ένα συμβαλλόμενο κράτος έχει παραβιάσει ένα ή περισσότερα από τα ανθρώπινα δικαιώματα που απαριθμούνται στη Σύμβαση ή στα προαιρετικά πρωτόκολλα της στα οποία ένα κράτος μέλος είναι συμβαλλόμενο μέρος.

⁵ Gladysheva v. Russia, no. 7097/10

⁶ Glass v. The United Kingdom, no. 61827/00

περιλαμβάνουν τους στενότερους συναισθηματικούς δεσμούς του, η συγκατάθεση που παρέχεται μπορεί να είναι μόνο περιστασιακή, αβέβαιη.

Δικαίωμα παραμονής και δικαίωμα αποχώρησης από την έρευνα: αυτοδιάθεση. Όταν η απώλεια αυτοεκτίμησης πονάει περισσότερο από τις σωματικές πληγές

Κατά συνέπεια, το άτομο που συναίνεσε στην έρευνα / ανίχνευση θα πρέπει πάντα να επιτρέπεται να αναστείλει τη συγκατάθεση του ή να την ανακαλέσει ή να περιορίσει ορισμένες πληροφορίες ή θεραπείες (για παράδειγμα: «Συμφωνώ να συμμετάσχω στη συνέντευξη αλλά δεν συναινώ την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων σε συγκεκριμένα πρόσωπα ή οργανισμούς»). Άρα, το γεγονός ότι έχει λάβει ο ερευνητής τη συγκατάθεση στη διαδικασία, δεν πρέπει να συνεπάγεται και την προσδοκία ότι δεν θα τροποποιηθεί, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τις συμβάσεις. Αυτό οφείλεται στην εγγενή ποιότητα των δικαιωμάτων που επηρεάζονται από αυτό το είδος έρευνας /ανίχνευσης. Το μόνο όριο στην χρήση της συγκατάθεσης είναι η υποχρεωτική αναφορά στην οποία υπόκεινται ορισμένοι επαγγελματίες. Πράγματι, για να επιτραπεί στο άτομο να ασκήσει την αυτοδιάθεσή του σε σχέση με τα αποτελέσματα των απαντήσεων που θα δώσει στην έρευνα / ανίχνευση (για παράδειγμα, εκείνες που αναφέρονται σε έγκλημα και υπόκειται σε υποχρεωτική αναφορά), ο ερευνητής πρέπει να ενημερώσει τον ερωτώμενο ότι εάν ενεργοποιηθεί το καθήκον του/της για αναφορά, οι επιλογές του/της ερωτώμενου σχετικά με τη συγκατάθεσή του/της στη συνέντευξη και τον τρόπο επεξεργασίας του περιεχομένου της θα είναι περιορισμένες. Για παράδειγμα, εάν ο ερωτώμενος αρνηθεί να μοιραστεί πληροφορίες σχετικά με ένα έγκλημα στο οποίο υπέστη, αυτό μπορεί να παρεμποδιστεί από την υποχρέωση αναφοράς που έχει ο επαγγελματίας, που κάνει τη συνέντευξη. Ως εκ τούτου, είναι ευκόλως κατανοητό ότι, για να μην περιοριστεί η αυτοδιάθεση του ερωτώμενου πέρα από τα προβλεπόμενα από τους νόμους και τις ανάγκες του νόμου και της τάξης, θα πρέπει ενημερωθεί με σαφήνεια.

3. ΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα μιλήσουμε για τις νομικές και ηθικές επιπτώσεις που μπορεί να σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο διεξάγεται η έρευνα /ανίχνευση.

Προφορικές, γραπτές, μαγνητοφωνημένες ερωτήσεις: Τι προστατεύει καλύτερα τους ερωτηθέντες και τι προστατεύει καλύτερα τα δεδομένα;

Εκτός εάν υπάρχουν ειδικές νομοθεσίες που ρυθμίζουν τις έρευνες ρουτίνας, ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να γίνονται δεν είναι δεσμευτικός. Η επιλογή του τρόπου εκτέλεσής

τους θα πρέπει να υπαγορεύεται μόνο με τη στάθμιση του σκοπού της έρευνας/ανίχνευσης και, κυρίως, με την εξέταση της καλύτερης μεθόδου τεκμηρίωσης. Στην πράξη, η έρευνα / ανίχνευσης μπορεί να διεξαχθεί:

- προφορικά, χωρίς τεκμηρίωση
- προφορικά, αλλά τεκμηριωμένη γραπτώς, παραφρασμένη από τον ερωτών
- γραπτά, από τους ερωτηθέντες (συμπεριλαμβανομένων των αυτο-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων)
- με εγγεγραμμένο ήχο ή βίντεο

Μπορείτε να ανατρέξετε σε αυτό που εξηγήθηκε προηγουμένως σε σχέση με ζητήματα απορρήτου που σχετίζονται με τη συλλογή και την αρχειοθέτηση των αποτελεσμάτων της συνέντευξης.

Ακρίβεια και αυθεντικότητα: Παράφραση ή παράθεση; Ερώτηση ανοιχτού/κλειστού τύπου; Ελεύθερη αφήγηση, καθοδηγούμενες ερωτήσεις

Όταν πρόκειται για την αξιολόγηση επιλογών για τη διασφάλιση της ακρίβειας και της αυθεντικότητας των πληροφοριών που συλλέγονται, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα εργαλεία ανίχνευσης που βασίζονται σε ερωτήσεις κλειστού τύπου ενδέχεται να έχουν ορισμένους περιορισμούς. Πράγματι, ενώ οι ερωτήσεις κλειστού τύπου, ειδικά σε γραπτή μορφή, έχουν το προφανές πλεονέκτημα ότι είναι πιο πρακτικές, είναι καθιερωμένο στη βιβλιογραφία⁷ ότι αυτού του είδους η προσέγγιση των ερωτήσεων δεν δέχεται την εύνοια των μελετητών, για παράδειγμα, όταν πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν μια κακοποίηση. Μια κλειστή απάντηση του ερωτώμενου, διαισθητικά αποδίδει λιγότερο σε σύγκριση με κάτι που εκφράζεται με δικά του λόγια και πιθανό να είναι λιγότερο αυθεντική.

Επιπλέον, σε μια κλειστή ερώτηση είναι ευκολότερο να πέσουμε στην πλάνη (αν και πιθανότατα γίνεται με καλή πίστη) να θέσουμε μια περίπλοκη ερώτηση, η οποία κρύβει ορισμένες υποθέσεις του ερευνητή και όχι του ερωτώμενου. Έτσι, εάν μια έρευνα ρουτίνας / ανίχνευσης που πραγματοποιείται με κλειστές ερωτήσεις είναι πιθανώς πιο αποτελεσματική, η επεξεργασία της θα πρέπει να είναι πιο ακριβής, σταθμισμένη και επαληθευμένη σε σύγκριση με αυτές που βασίζονται σε ανοιχτές ερωτήσεις.

⁷ Lipton J.P. On the psychology of eyewitness testimony, in "journal of applied psychology", 1977, 62, pp.556-564; De Cataldo Neuburger L., Psicologia della testimonianza e prova testimoniale, Milano, Giuffrè, 1988;

Inbau F.E., Reid J.E., Buckle J.P., Jayne B.C., Criminal interrogation and confessions. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001;

De Leo G., Scalzi M. e Caso L., La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni, Bologna, Il Mulino, 2005

Νομικές και ηθικές επιπτώσεις γύρω από ερωτήσεις

Η επιλογή μεταξύ μιας ελεύθερης αφήγησης και μιας κλειστής ή ανοιχτής ερώτησης έχει ηθικές και νομικές επιπτώσεις που υπερβαίνουν τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η συνέντευξη και το ζήτημα της προστασίας των δεδομένων που συλλέγονται. Για να γίνει κατανοητό αυτό, είναι απαραίτητο να γίνουν σαφείς ορισμένες προϋποθέσεις και βήματα.

Οι μορφές κακοποίησης που μπορεί να αποκαλυφθούν κατά τις διαδικασίες ερευνών ρουτίνας/ανίχνευσης, συχνά εμπίπτουν στην κατηγορία της ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που συμβαίνουν σε κατοικίες υποστήριξης φροντίδας, καθώς ενώ αυτοί οι χώροι δεν είναι καθαυτό το σπίτι τους, θεωρείται ως χώρος διαβίωσης τους τη δεδομένη στιγμή). Είναι γνωστό ότι η κακοποίηση και η ενδοοικογενειακή βία, δεδομένου ότι συμβαίνουν σε ιδιωτικό χώρο, συμβαίνουν συχνά μακριά από τα μάτια της κοινωνίας και ως εκ τούτου οι μοναδικοί μάρτυρες (και επομένως πολύ συχνά το μόνο διαθέσιμο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων) είναι τα ίδια τα θύματα. Αυτό ανάγκασε τους δικαστές και τους νομοθέτες να βρουν κριτήρια για να επικυρώσουν την αφήγηση του θύματος, όταν είναι το μόνο διαθέσιμο στοιχείο. Αυτά τα κριτήρια είναι η υποκειμενική και αντικειμενική αξιοπιστία της ιστορίας⁸:

Το πρώτο κριτήριο, η *υποκειμενική αξιοπιστία*, μεταφράζεται ως η αξιοπιστία του ατόμου που αφηγείται το γεγονός. Σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα, η αξιοπιστία τους συχνά περιορίζεται από την αδύναμη κατάσταση τους (δεν έχει σημασία, στο πλαίσιο αυτό, αν είναι έγκυρο και αληθές ή θεωρείται ως –έστω και σιωπηρό– στερεότυπο, λόγω του γεγονότος ότι σε μια συγκεκριμένη περίπτωση ο ηλικιωμένος είχε αδυναμία).

Το δεύτερο κριτήριο είναι η *αντικειμενική αξιοπιστία*, η οποία στην πράξη είναι η εγγενής αξιοπιστία της ιστορίας, αδιαφορώντας για την αντιστοιχία της με τα άλλα αποδεικτικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα κατά τη διάρκεια μιας δίκης, καθώς –όπως αναφέρθηκε– όταν πρόκειται για ενδοοικογενειακή κακοποίηση συνήθως δεν υπάρχουν άλλες αποδείξεις. Βασικά, η αφήγηση των περιστάσεων πρέπει να παρουσιάζει συνέπεια, καθώς δεν θα μπορούσε να διατηρηθεί με άλλα μέσα.

Το σύνολο των απαντήσεων σε κλειστές ερωτήσεις δύσκολα μπορεί να «αφηγηθεί μια ιστορία», ή ακόμη περισσότερο να πει μια αξιόπιστη ιστορία. Επομένως, η χρήση κλειστών απαντήσεων μπορεί να έχει περιορισμένη (ή σε κάθε περίπτωση μικρότερη) ικανότητα υποστήριξης της νομικής δίωξης μιας κακοποίησης. Το ηλικιωμένο άτομο θα είναι λιγότερο ικανό να πει μια αξιόπιστη ιστορία και αυτό θα έκανε την καταδίκη και την καταστολή των καταχρηστικών συμπεριφορών πιο δύσκολη και κατά συνέπεια λιγότερο ικανή να

⁸Για παράδειγμα δέστε: Italian Supreme Court of Cassation, 3rd, Criminal Section, 06.11.2014. n. 45920. Η οποία έκρινε, σε περίπτωση σεξουαλικής βίας κατά ανηλίκου με διανοητική αναπηρία, ότι οι δηλώσεις του ζημιωθέντος «μπορούν νόμιμα να χρησιμοποιηθούν μόνες τους ως βάση για την επιβεβαίωση της ποινικής ευθύνης του κατηγορουμένου, μετά την επαλήθευση, συνοδευόμενη από κατάλληλη αιτιολόγηση, της υποκειμενικής αξιοπιστίας του δηλούντος και της εγγενούς αξιοπιστίας του λογαριασμού του, η οποία, ωστόσο, σε αυτή την περίπτωση πρέπει να είναι πιο διεισδυτική και αυστηρή από αυτή στην οποία υπόκεινται οι δηλώσεις οποιουδήποτε μάρτυρα» επειδή «αν και είναι αλήθεια ότι ακόμη και αν η κατάσταση διανοητικής αναπηρίας του ζημιωθέντος, όπως ήδη αναφέρθηκε από το Δικαστήριο αυτό, δεν αποκλείει να δοθεί πλήρης αποδεικτική ισχύς στη μαρτυρία του ίδιου, είναι όμως εξίσου αληθές ότι αυτό είναι δυνατό αν ο δικαστής έχει διαπιστώσει και έχει αιτιολογήσει επαρκώς, ότι η μαρτυρία δεν επηρεάστηκε από το ψυχικό έλλειμμα

αποτρέψει περαιτέρω κακοποίηση, καθώς το θύμα δεν θα προστατεύεται και ο θύτης μπορεί να συνεχίσει να διαπράττει βία.

Αυτό μπορεί να είναι διαφορετικό αν σκεφτούμε τη γενική πρόληψη. Πράγματι, οι έρευνες που βασίζονται σε κλειστές απαντήσεις θα μπορούσαν να λειτουργήσουν καλά στην αποκάλυψη καταστάσεων κακοποίησης, καθώς τα δεδομένα που συλλέγονται θα μπορούσαν κάλλιστα να δείξουν τη συχνότητά τους στον ηλικιωμένο πληθυσμό και να επιτρέψουν στις αρχές να ενεργήσουν με πολιτικά, νομικά και διοικητικά μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης ηλικιωμένων. Φυσικά, θα μπορούσε επίσης να είναι η αρχή μιας περαιτέρω συνέντευξης με ανοιχτές ερωτήσεις, με όλα τα οφέλη που αναφέραμε παραπάνω. Ως εκ τούτου, όταν αποφασίζουμε να υιοθετήσουμε εργαλεία κλειστού τύπου σε αντίθεση με την υποβολή ανοιχτών ερωτήσεων, πρέπει να γνωρίζουμε ότι έχει ηθικές, νομικές και πρακτικές επιπτώσεις: έχει αντίκτυπο στη γενική ή ειδική πρόληψη⁹, ανεξάρτητα από το πώς θα προστατευτούν τα αποτελέσματα από άποψη εμπιστευτικότητας ή εάν είναι καλύτερο να τεκμηριωθούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο.

Πώς να τεκμηριώσετε μια έρευνα / ανίχνευση¹⁰

Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο τεκμηριώνουμε την έρευνα ή την ανίχνευση βασισμένη σε ανοιχτές ερωτήσεις (που μπορεί να είναι συνέχεια μιας ανίχνευσης), έχει συνέπειες και εγείρει ζητήματα που, αν και δεν είναι σωστά καταχρηστικά, θα μπορούσαν σίγουρα να ακυρώσουν τους καλούς λόγους για την υποστήριξη της χρήσης τους και μερικές φορές έχουν ακόμη και νομικές συνέπειες για τον ερευνητή.

Σε περίπτωση απαντήσεων σε ανοιχτές ερωτήσεις, είναι σημαντικό να τις αναφέρετε κατά λέξη, χρησιμοποιώντας εισαγωγικά για να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότερο πιστά σε αυτό που ήθελαν να πουν οι ερωτηθέντες.

Η επανάληψη ή η παράφραση των λέξεων του/της θα μπορούσε να οδηγήσει, έστω και ακούσια, σε αλλοίωση τους, με διπλά αρνητικά αποτελέσματα:

Το *πρώτο* είναι να γίνει η αφήγηση αναξιόπιστη και επομένως πιο αδύναμη (όπως είδαμε νωρίτερα) στο πλαίσιο μιας δίκης.

Το *δεύτερο* είναι ότι μια αναξιόπιστη αφήγηση, σε περίπτωση επίσημης αναφοράς, μπορεί να οδηγήσει -σύμφωνα με τους εθνικούς κανονισμούς και τον επαγγελματικό ρόλο του συνεντευκτή, στη διάπραξη εγκλήματος, αν όχι απευθείας προς τον ερωτώμενο, προς την κατάχρηση εμπιστοσύνης του κοινού.

⁹ Στο νομικό πλαίσιο αναφερόμαστε στη γενική πρόληψη ως παρεμπόδιση κάποιου να διαπράξει ένα έγκλημα και στην ειδική πρόληψη ως παρεμπόδιση κάποιου που έχει διαπράξει ένα έγκλημα να διαπράξει περισσότερα.

¹⁰ Λάβετε υπόψη ότι αυτή η ενότητα ενδέχεται να απαιτεί προσαρμογές σύμφωνα με την τοπική νομοθεσία ή/και πρακτικές

Ομοίως, με την αναξιόπιστη αφήγηση, η τροποποίηση του εγγράφου στο οποίο αναφέρεται η συνέντευξη μπορεί επίσης να έχει καταχρηστικό ή εγκληματικό αποτέλεσμα, καθώς θεωρείται ως παραποίηση του εγγράφου. Σε αυτό μπορούμε να συμπεριλάβουμε και πολύ ασήμαντες περιπτώσεις όπως η διαγραφή κάποιου σημείου με έναν διορθωτή ή ένα σβηστήρι (άρα είναι αδύνατο να δούμε τι γράφτηκε προηγουμένως και επομένως να καταλάβουμε εάν ο στόχος ήταν απλώς να διορθωθεί ένα τυπογραφικό λάθος ή να χειραγωγήσουμε το περιεχόμενο του εγγράφου).

Ένα επιπλέον στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η ακρίβεια, δηλαδή η ακριβής αναφορά σε κάθε πληροφορία. Για παράδειγμα, η αναφορά ότι μια πράξη (η οποία σύμφωνα με τον συνεντευκτή ήταν κακοποιητική) έγινε στον ερωτώμενο από «ένα γνωστό» (αντί να αναφέρει «από τη σύζυγο» ή «από το παιδί» ... μαζί με το όνομα) μπορεί να συνεπάγεται δυσκολίες ή καθυστερήσεις στην εφαρμογή προστατευτικών παρεμβάσεων και συνεπώς να μην αποφευχθεί η επανάληψη της κακοποίησης.

Πώς να φυλάξετε και να διατηρήσετε τα αποτελέσματα της έρευνας/ ανίχνευσης

Έχοντας εξηγήσει πώς θα πρέπει να διεξάγεται μια έρευνα /ανίχνευση, μπορούμε τώρα να εξηγήσουμε πού και πώς πρέπει να διατηρούμε τα αποτελέσματα. Αν και αυτό μπορεί να ρυθμιστεί από την ισχύουσα πειθαρχία προστασίας δεδομένων, θα πρέπει επίσης να εξετάσουμε τον στόχο για τον οποίο πραγματοποιούνται αυτές οι έρευνες.

Υπό την προϋπόθεση ότι οι στόχοι θα μπορούσαν να είναι: η γενική πρόληψη, η ειδική πρόληψη και η αναφορά για την καταστολή της κακοποίησης και της βίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας / ανίχνευσης θα πρέπει να ενσωματωθούν σε ένα ανθεκτικό έγγραφο, το οποίο θα πρέπει να αρχειοθετηθεί έτσι ώστε:

Να μπορούν να χρησιμοποιηθούν αμέσως για να επισυναφθούν σε μια νομική προσφυγή, να τύχουν επεξεργασίας για στατιστικά στοιχεία ή να ανατροφοδοτήσουν για τους ερωτηθέντες.

Να δύναται ο διαχωρισμός αυτών των πληροφοριών από άλλες που αφορούν το ερωτώμενο άτομο και η ταξινόμηση και η προστασία τους από την πρόσβαση τρίτων που θα μπορούσαν άμεσα ή έμμεσα να εμποδίσουν τη χρήση τους. Έτσι, για παράδειγμα, θα πρέπει να αποφεύγεται να είναι προσβάσιμα τα δεδομένα από τον φερόμενο ως θύτη, ώστε να μην μπορεί να τα τροποποιήσει ή να τα καταστρέψει ή να επιβάλει στο θύμα να αποσύρει την αφήγηση απειλώντας το ή κακοποιώντας το περαιτέρω.

Συμπεράσματα: Δικαίωμα ιδιωτικού απορρήτου έναντι υποχρέωσης αναφοράς έναντι βούλησης συνεντευξιαζόμενου

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, σε περίπτωση μιας έρευνας / ανίχνευσης υπάρχουν τρεις σημαντικές ανάγκες που πρέπει να ληφθούν υπόψη:

Προστασία δεδομένων και εμπιστευτικότητα – και επομένως μη κοινοποίηση και διάθεση των πληροφοριών που συλλέγονται, η υποχρέωση ορισμένων επαγγελματιών, υπό δεδομένες συνθήκες, να αναφέρουν, το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ερωτώμενου ατόμου σχετικά με το εάν θα συμμετάσχει στην έρευνα / ανίχνευση και για το εάν και πώς θα μπορούσε να διαθέτει τις πληροφορίες που προέρχονται από τη συνέντευξη.

Ενδέχεται να υπάρχει κανονισμός σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι ανάγκες πρέπει να εξισορροπούνται, ώστε να ανταποκρίνονται σε όλα τα ηθικά και νομικά ζητήματα. Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να ενεργούμε με τρόπο που να εξισορροπεί όλες αυτές τις ανάγκες, ώστε, όσο το δυνατόν, η μία να μην θυσιάζεται έναντι της άλλης.

Ένας τρόπος για να εξισορροπηθούν όλες αυτές οι ανάγκες είναι η έγκαιρη παροχή όλων αυτών των πληροφοριών στον ηλικιωμένο, ώστε να μπορέσει να αυτό-προσδιοριστεί.

Εάν ο συνεντευκτής έχει την υποχρέωση να κάνει αναφορά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, αυτές οι πληροφορίες θα πρέπει να παρέχονται προτού το ερωτώμενο άτομο δώσει τη συγκατάθεσή του στην έρευνα / ανίχνευση και πριν από τυχόν ερωτήσεις από τις απαντήσεις των οποίων ο συνεντευκτής γνωρίζει ότι ενδέχεται να αποκαλυφθούν πληροφορίες για κακοποίηση ή βία. Αυτό θα γίνει -φυσικά- με τρόπο κατανοητό από τον συνεντευκτή, λαμβάνοντας υπόψη τις γνωστικές και πολιτισμικές του ικανότητες.


Αυτό θα επιτρέψει στον ερωτώμενο να κατανοήσει τις συνέπειες των απαντήσεων που θα δώσει και να αποφασίσει εάν θα απαντήσει ή όχι. Από την άλλη πλευρά, αυτό θα επιτρέψει επίσης στον ερευνητή να μην παραβιάζει τα επαγγελματικά του καθήκοντα για να υποστηρίξει τη βούληση του ερωτώμενου ή να προστατεύσει την ασφάλειά του σε περίπτωση κινδύνου αντιποίνων ή κλιμάκωσης.

Εάν αυτό δεν συμβεί, οι συνέπειες των πληροφοριών που παρέχονται από τον ερωτώμενο θα εξέλθουν από τη σφαίρα ελέγχου του και επομένως η περίμετρος της αυτοδιάθεσής του θα μειωθεί αμετάκλητα καθώς δεν θα είναι σε θέση να αξιολογήσει τους κινδύνους πριν αποφασίσει αν και τι θα αφηγηθεί.

Το καθήκον ενημέρωσης του συνεντευκτή θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τους οργανισμούς και τις υπηρεσίες στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί το ερωτώμενο άτομο σε περίπτωση που πέσει θύμα κακοποίησης. Ως εκ τούτου, το καθήκον ενημέρωσης δεν περιορίζεται μόνο στο καθήκον ενημέρωσης άλλων, αλλά και στην ενημέρωση για χώρους και υπηρεσίες υποστήριξης θυμάτων κακοποίησης.

4. ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Υπάρχουν ορισμένοι σαφείς ηθικοί κίνδυνοι στην ανίχνευση, όπως οι συνέπειες των ψευδώς θετικών (λανθασμένων κατηγοριών για κακοποίηση) ή των ψευδώς αρνητικών (διαφυγή



περιπτώσεων κακοποίησης, όπου μια παρέμβαση μπορεί να σώσει ζωές). Το να κατηγορηθεί κάποιος για κακοποίηση όταν δεν συμβαίνει ή να χαθεί μια περίπτωση κακοποίησης όταν συμβαίνει μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες. Αντισταθμίζεται η βλάβη του να μην εντοπιστεί κάποιος σε μια επικίνδυνη κατάσταση, από τον κίνδυνο ψευδούς κατηγορίας ενός ατόμου; Τέτοια περιστατικά θα μπορούσαν να έχουν καταστροφικές και εκτεταμένες συνέπειες για τα εμπλεκόμενα άτομα. Σε αντίθεση με τον έλεγχο της σωματικής υγείας, όπως ο προσυμπτωματικός έλεγχος του τραχήλου της μήτρας για την ανίχνευση πιθανού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, υπάρχουν πιο διαφοροποιημένες καταστάσεις ειδικά για την κακοποίηση ηλικιωμένων που απαιτούν προσεκτική και ηθική εξέταση. Για παράδειγμα, τα θύματα κακοποίησης ηλικιωμένων μπορεί να μην έχουν ζητήσει ή να μην ήθελαν έρευνα. Η αξιολόγηση της ικανότητας λήψης αποφάσεων απαιτεί επίσης προσεκτική σκέψη και εξέταση. Τα εργαλεία ανίχνευσης που χρησιμοποιούνται σε ένα συνολικό σύστημα μπορεί να παρέχουν στον επαγγελματία μια πιο αντικειμενική προσέγγιση, αλλά αυτή η προσέγγιση πρέπει να είναι προσεκτικά ισορροπημένη (McCarthy και συν. 2017).

Η κακοποίηση από μέλος της οικογένειας ή τον σύντροφο είναι περίπλοκη, επειδή το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να παλεύει ενάντια σε κοινωνικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές πτυχές της ζωής για να ζήσει με το/α άτομο/α που το κακοποιούν. Επίσης, η παρέμβαση σε περίπτωση κακοποίησης μπορεί να συνοδεύεται από προσωπικές, νομικές και ηθικές ανησυχίες, λόγω έλλειψης επαγγελματικών αρχών. Οι Saghafi και συν (2019) συζήτησαν στην ανασκόπηση τους για περιεκτικές ηθικές αρχές όπως η αυτονομία, η ικανότητα, η ωφελιμότητα και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αξιοπρέπειας. Η αυτονομία περιλαμβάνει την ανεξάρτητη λήψη αποφάσεων χωρίς κανένα περιορισμό και τον σεβασμό στην ανεξαρτησία. Σημαίνει επίσης πώς πρέπει να γίνεται η λήψη αποφάσεων, δηλαδή οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τον εαυτό τους. Η λήψη αποφάσεων, ωστόσο, οφείλεται στην ικανότητα ενός ατόμου για λήψη αποφάσεων και εγκρίνεται η νοητική του ικανότητα (ό.π).

Η αρχή της ικανότητας σημαίνει την ικανότητα των επαγγελματιών να συνεργάζονται με ηλικιωμένα άτομα. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να αυτό-αξιολογούν τις ικανότητές τους σε στάσεις σχετικά με τα ηλικιωμένα θύματα και τα μεγαλύτερα σε ηλικία θύματα, τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους. Οι επαγγελματίες δεν μπορούν να ακολουθούν τυφλά τον υποχρεωτικό νόμο περί αναφοράς. Αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να κάνει περισσότερο κακό στον ηλικιωμένο παρά καλό, όπως η εκδίκηση από έναν δράστη που είναι επίσης ο κύριος φροντιστής. Εάν η απόκριση είναι αδράνεια, θα μπορούσε να επιτρέψει τη συνέχιση της βλάβης. Αυτά είναι περίπλοκα ηθικά ζητήματα, που δεν είναι ξεκάθαρα στην πράξη ή στα χαρτιά (Scheiderer, 2012).

Σε περιπτώσεις όπου το ηλικιωμένο άτομο στερείται ικανοτήτων, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ηθικά ζητήματα. Είναι αξιοσημείωτο ότι η πνευματική αντίληψη και η ικανότητα δεν είναι το ίδιο: η πνευματική αντίληψη έχει διαστάσεις όπως η λήψη αποφάσεων, η αυτό-φροντίδα και η αυτό-προστασία. Για παράδειγμα, στην άνοια, υπάρχει εξασθένηση της


μνήμης, αλλά η προσωπικότητα, οι αξίες και η μακροπρόθεσμη μνήμη μπορούν να παραμείνουν ανέπαφα. Οι πολιτισμικές διαφορές και οι διαφορές μεταξύ των φύλων θα πρέπει να σημειώνονται κατά την προσπάθεια προσδιορισμού της ικανότητας λήψης αποφάσεων μέσω έγκυρων και αξιόπιστων μετρήσεων. Ο σεβασμός της εμπιστευτικότητας και της εμπιστοσύνης είναι μια από τις πιο σημαντικές ηθικές αρχές που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ωστόσο, μπορεί να γίνει εξαίρεση όταν προκαλείται σοβαρή βλάβη. Εκτός από τις νομικές πτυχές της κακοποίησης, η υποχρεωτική αναφορά εξαρτάται από τους νόμους διαφορετικών χωρών και διαφορετικοί νόμοι μπορούν να ρυθμίσουν την υποχρεωτική αναφορά και την αναφορά ύποπτης κακοποίησης ηλικιωμένων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να προσπαθήσετε να εμπλέξετε το ηλικιωμένο άτομο στη διαδικασία αναφοράς και να αναφέρετε μόνο σχετικά δεδομένα για να σεβαστείτε το απόρρητό του/της όσο το δυνατόν περισσότερο. Η υποχρεωτική αναφορά εκτιμάται όταν υπάρχουν προστατευτικά συστήματα και νόμοι που βοηθούν τους ηλικιωμένους και αποτρέπουν περαιτέρω βλάβη (Saghafi et al 2019).

Η προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης στην αξιολόγηση διατυπώνεται από τις αρχές της ωφελιμότητας και της μη βλάβης. Η ωφελιμότητα είναι η εξισορρόπηση των πιθανών οφελών και του πιθανού κινδύνου ατομικής βλάβης. Το όφελος συχνά περιγράφεται με την έννοια του ουσιαστικού οφέλους που αναφέρεται σε ένα αποτέλεσμα που τώρα ή στο μέλλον μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόλογο. Η ωφελιμότητα και η μη βλάβη σημαίνουν ότι οι επαγγελματίες προσπαθούν να αποσπάσουν οφέλη για αυτούς με τους οποίους συνεργάζονται και δεν βλάπτουν τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες. Στη διαχείριση περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων, αυτή η ηθική αρχή έχει αδυναμίες: η τρέχουσα επιστημονική μας γνώση σχετικά με την ανίχνευση και τα αποτελέσματά της είναι αντιφατική και ελλιπής. Απαιτείται από τους επαγγελματίες να λαμβάνουν περίπλοκες ηθικές αποφάσεις για το εάν και πώς θα λάβουν μέτρα σε οποιαδήποτε ανιχνευμένη ή ύποπτη περίπτωση κακοποίησης ηλικιωμένων. Αυτό συνήθως απαιτεί δύσκολες ενέργειες εξισορρόπησης μεταξύ της προστασίας των ηλικιωμένων και της πρόληψης περαιτέρω βλάβης μειώνοντας τον έλεγχο της ζωής του/της ηλικιωμένου (Scheiderer, 2012)

5. ΚΕΡΔΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΤΟΥ ΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟΥ

Τι είναι η εμπιστοσύνη

Η εμπιστοσύνη αποτελεί το κεντρικό στοιχείο όλων των ανθρώπινων σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων των ρομαντικών σχέσεων, της οικογενειακής ζωής, των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων, της πολιτικής και των ιατρικών πρακτικών. Εάν δεν εμπιστεύεστε τον γιατρό ή τον κοινωνικό λειτουργό σας, για παράδειγμα, είναι πολύ πιο δύσκολο να επωφεληθείτε από τις επαγγελματικές του συμβουλές.



Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της εμπιστοσύνης, αλλά για τους στόχους μας θα την ορίσουμε ως την προθυμία κάποιου να είναι ευάλωτος στους άλλους με βάση τις θετικές προσδοκίες του για την πρόθεση και την ικανότητα του άλλου. Σημαίνει ότι κάποιος έχει εμπιστοσύνη ότι το άλλο μέρος σε μια συναλλαγή νοιάζεται για αυτόν/την και θα συμπεριφερθεί με τρόπο που είναι επωφελής ή τουλάχιστον όχι επιζήμιος για αυτόν/την. Επομένως, όταν κάποιος εμπιστεύεται τους άλλους, αναμένει ότι η ευαλωτότητα του δεν θα γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης για λόγους όπως η εξουσία, το κέρδος ή η ευχαρίστηση¹¹.

Πώς να κερδίσετε την εμπιστοσύνη του πελάτη

Η απόκτηση εμπιστοσύνης σε μια σχέση πελάτη-επαγγελματία απαιτεί χρόνο και μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες. Αυτά είναι μερικά στοιχεία που ο επαγγελματίας μπορεί να λάβει υπόψη του για να οικοδομήσει μια θετική σχέση με τον πελάτη: για να μεταδώσει το μήνυμα φροντίδας και ενδιαφέροντος, συστήνεται ο επαγγελματίας να κάθεται δίπλα στον πελάτη, να περνά περισσότερο χρόνο μαζί του, να μιλάει με απαλή φωνή με σεβασμό, να θυμάται τα γεγονότα και τα αρχεία της ζωής τους, να εκφράζει ενδιαφέρον για τις συνθήκες της ζωής τους και να κάνει χρήσιμα πράγματα για αυτούς (Jacobsen and Vesti, 1992; Northouse and Northouse, 1985; Fine and Glasser, 1996; Thom και Campbell, 1997· Behnia, 2002).

Για να ανταποκριθεί ο επαγγελματίας στην επιθυμία του πελάτη να γνωρίζει τις ικανότητες του, τα κίνητρα και τη γνώμη του για τον πελάτη, πρέπει να αναφέρει ρητά τα κίνητρά του για συνεργασία μαζί του και να αποκαλύψει τις προσωπικές του εμπειρίες (Fong and Cox, 1989; Hassan, 1997). Ωστόσο, σημειώστε ότι ο επαγγελματίας θα πρέπει να είναι συνετός στη χρήση της αυτοαποκάλυψης¹².

Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης

Μια σειρά ασκήσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών περιεχομένων που διδάσκονται στην ενότητα.

¹¹ Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm053>

¹² Benham, όπου και προηγουμένως

ΑΣΚΗΣΗ 1 - ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΗΘΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΘΥΜΑΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μέθοδος της άσκησης: Ομαδική εργασία βασισμένη σε ατομική εργασία αυτοαξιολόγησης

Μαθησιακά αποτελέσματα:

- Οι συμμετέχοντες κατανοούν πώς η ανίχνευση για κακοποίηση ηλικιωμένων βασίζεται σε ηθικές αρχές
- Οι συμμετέχοντες μπορούν να αναλογιστούν περίπλοκα ηθικά ζητήματα όταν εργάζονται με ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης
- Οι συμμετέχοντες αποκτούν επίγνωση των επαγγελματικών τους ικανοτήτων

Χρονικό πλαίσιο: 40 λεπτά

Απαιτούμενο υλικό:

- Ερωτήσεις για αναστοχασμό σε χαρτί
- Στυλό
- Διαφάνεια PowerPoint με ερωτήσεις γενικής συζήτησης για το τέλος της άσκησης.

Οδηγίες για τον εκπαιδευτή:

- Πριν από την άσκηση, κάντε τη συνεδρία θεωρητικού υποβάθρου σχετικά με τις Ηθικές αρχές της ανίχνευσης κακοποίησης ηλικιωμένων. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, συζητήστε με τους επαγγελματίες τι είδους ηθικές αρχές υπάρχουν στο επάγγελμά τους. Επίσης, ζητήστε τους να σκεφτούν τις επαγγελματικές τους ηθικές αρχές από την άποψη της κακοποίησης ηλικιωμένων.
- Εξηγήστε την πορεία της άσκησης. Επισημάνετε ότι κάθε επαγγελματίας είναι ελεύθερος να επιλέξει τι θέλει να μοιραστεί με την ομάδα. Αυτό είναι σημαντικό για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για άσκηση.
- Μοιράστε τις ερωτήσεις σε χαρτί στους συμμετέχοντες ή κοινοποιήστε τις ερωτήσεις σε μια διαφάνεια PowerPoint.
- Δώστε στους συμμετέχοντες 15 λεπτά για αυτοαξιολόγηση .
- Μετά την αυτοαξιολόγηση , χωρίστε τους συμμετέχοντες σε ομάδες των 4-5 ατόμων. Οι ομάδες μπορούν να σχηματιστούν ανάλογα με το ίδιο επάγγελμα ή μεικτά επαγγέλματα.
- Δώστε στους συμμετέχοντες 10 λεπτά για να μοιραστούν την αυτοαξιολόγηση τους με την ομάδα.
- Μετά την ομαδική συζήτηση, οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις σκέψεις τους με όλο το κοινό σύμφωνα με τις γενικές ερωτήσεις συζήτησης.

Ερωτήσεις για την αυτοαξιολόγηση

- Κάθε επάγγελμα έχει τις δικές του ηθικές αρχές. Καταγράψτε, κατά τη γνώμη σας, 2-3 πιο σημαντικές ηθικές αρχές του επαγγέλματός σας.
- Κατά τη γνώμη σας, ποια είναι η επαγγελματική ηθική ικανότητα στο επάγγελμά σας όταν εργάζεστε με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης;
- Οι ηθικές αρχές του επαγγέλματός σας δίνουν προσοχή στη γήρανση και/ή στην κακοποίηση ηλικιωμένων;
- Ποιες αρχές είναι περίπλοκες και πιθανώς δύσκολο να ακολουθηθούν στον τομέα της κακοποίησης ηλικιωμένων;

Ερωτήσεις για τη γενική συζήτηση


- Τι είναι η επαγγελματική ηθική ικανότητα, ειδικά όταν εργάζεστε με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης;
- Βρήκατε στην ομαδική συζήτηση παρόμοιες προκλήσεις όπως όταν ακολουθείτε τις ηθικές αρχές όταν εργάζεστε με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης; Τι είδους προκλήσεις;

Σημειώσεις για τον εκπαιδευτή

Ενθαρρύνετε τη συζήτηση και τη συνεργασία μεταξύ των συμμετεχόντων. Προσπαθήστε να βρείτε τις ίδιες/παρόμοιες προκλήσεις σε κάθε επάγγελμα κατά την εργασία με ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης. Δώστε έμφαση στον τρόπο με τον οποίο η διεπιστημονική συνεργασία και η εμπλοκή πολλών υπηρεσιών θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων.

ΑΣΚΗΣΗ 2 – ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΙΚΑΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΑΝΙΚΑΝΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Μέθοδος: Το κοινωνιόδραμα (sociodrama) είναι μια ισχυρή στρατηγική διδασκαλίας που συνδυάζει μια προσέγγιση μελέτης περίπτωσης με την παραδοσιακή μεθοδολογία παιχνιδιού ρόλων για να απεικονίσει κρίσιμα ζητήματα στην αξιολόγηση. Συνεπώς με τις αρχές της εκπαίδευσης ενηλίκων, αυτή η τεχνική επιτρέπει στο κοινό να εντοπίσει ζητήματα και πιθανές λύσεις για τους ασθενείς και το προσωπικό. Ορισμένοι συμμετέχοντες επιλέγονται από την ομάδα για να υλοποιήσουν ένα περιγραφόμενο σενάριο. Σημειώστε ότι θα ήταν καλύτερο αν οι ηθοποιοί δεν συμφωνήσουν προηγουμένως για το πώς θα



συμπεριφερθούν, να γίνουν οι αντιδράσεις πιο αυθόρμητες και παρόμοιες με μια πραγματική κατάσταση. Το υπόλοιπο κοινό πρώτα παρατηρεί τη σκηνή και στη συνέχεια ο συντονιστής καθοδηγεί τη συζήτηση του κοινού χρησιμοποιώντας ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δομημένης συζήτησης εντοπίζονται βασικά εκπαιδευτικά ζητήματα και η κοινή κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων στο κοινό αποτελεί τη βάση της μάθησης. Μετά από κάποιο χρόνο αφιερωμένο στη συζήτηση, όσοι πρότειναν διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης καλούνται να αντικαταστήσουν τους αρχικούς «ηθοποιούς» και να επαναλάβουν τη σκηνή. Καθώς ο χρόνος που έχει διατεθεί τελειώνει, ο συντονιστής μπορεί να επιλέξει να συνοψίσει το περιεχόμενο ή να επικεντρωθεί σε θέματα που δεν έχουν εντοπιστεί από το συγκεκριμένο κοινό, ώστε να υπάρξει περαιτέρω σκέψη και συζήτηση.

Οδηγίες για τον συντονιστή

Σημείωση: αυτή η διαδικασία μπορεί να εφαρμοστεί με ένα ή και τα δύο σενάρια, ανάλογα με τον διαθέσιμο χρόνο. Μπορείτε επίσης να επιλέξετε το σενάριο που μοιάζει περισσότερο με το πλαίσιο όπου υλοποιείται η εκπαίδευση ή μπορείτε να το προσαρμόσετε ανάλογα.

Σε πρώτη φάση, επιτρέψτε στους μαθητές να εκτελέσουν τη σκηνή όπως θέλουν – θυμίστε τους μόνο να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν τις αρχές μιας ηθικής αξιολόγησης που εξηγήθηκαν προηγουμένως και να προσπαθήσουν να συμπεριλάβουν όλα τα ζητήματα που περιγράφονται στο σενάριο, όπως είναι σχετικά με την αξιολόγηση των αποφάσεων που θα λάβουν.

Ταυτόχρονα, καθοδηγείτε το υπόλοιπο κοινό να κρατήσει σημειώσεις για το τι βλέπει, τι παρατηρεί και αν υπάρχει κάτι θα έκανε διαφορετικά.

Αφήστε 10/15 λεπτά για να εκτελέσουν τη σκηνή. Μόλις τελειώσει η σκηνή, ανοίξτε τη συζήτηση με το κοινό ρωτώντας για παράδειγμα:

- Ποια σημαντικά θέματα εντοπίσατε σε αυτή τη σκηνή;
- Πώς θα ενεργούσατε με το ηλικιωμένο άτομο σε αυτή την περίπτωση;
- Πώς θα μπορούσε να είχε γίνει καλύτερη διαχείριση;
- Τι συναισθήματα σας προκάλεσε και γιατί;

Αφήστε 20 λεπτά για συζήτηση και τελικά βοηθήστε το κοινό να εντοπίσει τα κύρια κρίσιμα ζητήματα και να βρει εναλλακτικές λύσεις σύμφωνα με τις αρχές που διδάσκονται στην ενότητα.

Μετά από αυτό, προσκαλέστε εκείνα τα μέλη του κοινού που ήταν πιο ενεργά στο να προτείνουν εναλλακτικές συμπεριφορές να αναπαραστήσουν τη σκηνή. Επαναλάβετε τη διαδικασία.

Εισηγήσεις για συντονιστές

Τα κύρια θέματα που πρέπει να διερευνηθούν στο πλαίσιο του σεναρίου είναι:

- Εάν η συγκατάθεση συλλέχθηκε σωστά (για παράδειγμα, εάν εξασφαλίστηκε άδεια από το κατάλληλο άτομο)
- Εάν τηρήθηκε το απόρρητο
- Εάν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης έχουν τύχει ορθής αναφοράς
- Εάν ο επαγγελματίας συμπεριφέρεται σύμφωνα με το καθήκον του για αναφορά

Ως εναλλακτική του κοινωνιοδράματος, τα σενάρια μπορούν να παρουσιαστούν και ως περιπτώσεις προς συζήτηση.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 1 - ΣΕΝΑΡΙΟ 1 – ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΙΚΑΝΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ

Ο Μ. είναι κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται σε ημερήσια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Ο Μ. είναι υπεύθυνος για τις νέες εισαγωγές και σήμερα υποδέχεται τον Α., έναν 78χρονο, ο οποίος συνοδεύεται από το ενήλικο παιδί του. Ο Α. έχει κάποιες σωματικές αδυναμίες, αλλά δεν υπάρχουν γνωστικά προβλήματα που να διακυβεύουν την ικανότητά του να κατανοήσει και θέλησης του. Σύμφωνα με τις διαδικασίες που ισχύουν στο κέντρο, ο Μ. πρέπει να υποβάλει ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης στον Α. Ενώ το έκανε, αποδεικνύεται ότι ο Α. μπορεί να έχει κακοποιηθεί ψυχολογικά από το ενήλικο παιδί του.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ 2 - ΣΕΝΑΡΙΟ 2 – ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΑΝΙΚΑΝΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ

Ο Μ. είναι νοσηλευτής που απασχολείται σε ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων. Ο Μ. είναι υπεύθυνος για τις νέες εισαγωγές και σήμερα υποδέχεται τον Α., έναν 78χρονο που μπαίνει στο κέντρο με πρωτοβουλία του κηδεμόνα του. Ο Α. ζούσε μόνος. Έχει μια εγγονή που τον επισκέπτεται σπάνια. Ο Α. δεν έχει σημαντικά προβλήματα σωματικής υγείας, αλλά έπασχε από ήπια γνωστική ανικανότητα και έτσι διορίστηκε ένας κηδεμόνας για να τον βοηθήσει να λάβει νομικές αποφάσεις. Σύμφωνα με τις διαδικασίες που ισχύουν στο κέντρο, ο Μ. πρέπει να υποβάλει ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης στον Α. Ενώ το έκανε, αποδεικνύεται ότι ο Α. μπορεί να έχει κακοποιηθεί οικονομικά από την εγγονή του/της.

Βιβλιογραφία

1. Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441
2. De Cataldo Neuburger L., *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Milano, Giuffrè, 1988
3. De Leo G., Scalzi M. e Caso L., *La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni*, Bologna, Il Mulino, 2005
4. Inbau F.E., Reid J.E., Buckle J.P., Jayne B.C., *Criminal interrogation and confessions*. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001
5. Lipton, J. P. On the psychology of eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology*, 62(1), 90, 1977
6. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
7. Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 12.
8. Scheiderer, E. M. (2012). Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4- Προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα βίας

Δομή Ενότητας

Τίτλος	Προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα βίας
Σκοπός και στόχοι	<ul style="list-style-type: none">▪ Βελτίωση της γνώσης σχετικά με τις πιθανές προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα βίας και τις στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων▪ Ευαισθητοποίηση σχετικά με τη σημασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του σχεδιασμού ασφάλειας σε περίπτωση υποψίας κακοποίησης▪ Βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων, δημιουργία ικανότητας διαχείρισης της αποκάλυψης, κατάλληλη παρέμβαση, υποστήριξη και παραπομπή των περιπτώσεων βίας στις αρμόδιες υπηρεσίες▪ Υποστήριξη της ανάπτυξης μέτρων παρέμβασης σε περιπτώσεις βίας κατά των ηλικιωμένων▪ Αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της αυτοφροντίδας και υποστήριξη του προσωπικού που ασχολείται με την ανίχνευση θυμάτων κακοποίησης (ως προς το που να απευθυνθεί)
Μαθησιακοί Στόχοι	<p>Στο τέλος της ενότητας οι συμμετέχοντες θα πρέπει να είναι σε θέση να:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Απαριθμούν τις πιθανές προκλήσεις στην εργασία με ηλικιωμένα θύματα βίας▪ Κατανοούν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στη διαδικασία της ανίχνευσης▪ Διαχειρίζονται την αποκάλυψη▪ Οργανώνουν ένα ασφαλές περιβάλλον ανίχνευσης και να γνωρίζουν τους τρόπους για να αυξήσουν την ασφάλεια του ερωτώμενου

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αναγνωρίζουν τα σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης στο πλαίσιο της εργασίας με θύματα βίας ▪ Εφαρμόζουν στρατηγικές αυτοφροντίδας ▪ Μάθουν πού να αναζητούν υποστήριξη για την πρόληψη ή/και την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD)
Διάρκεια:	<p>3 ώρες</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45 λεπτά - 1 ώρα Θεωρία ▪ 20 λεπτά (2x10 λεπτά) διάλειμμα ▪ 1 ώρα και 1/2 εκπαιδευτικές διαδραστικές ασκήσεις ▪ 10 λεπτά επιπλέον (συζήτηση προθέρμανσης, αναμονή συμμετεχόντων, απάντηση ερωτήσεων)
Απαιτούμενο υλικό:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αυτοκόλλητες σημειώσεις ▪ Χαρτοπίνακας ή πίνακας ▪ Χρονόμετρο (π.χ. χρονόμετρο κινητού τηλεφώνου)
Βασικά μηνύματα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι προκλήσεων στην εργασία με θύματα κακοποίησης. Η επίγνωσή τους είναι ο βασικός παράγοντας επιτυχίας για την εργασία με άτομα που βιώνουν βία ▪ Η κακοποίηση ηλικιωμένων, αν και είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο, μπορεί και πρέπει να προληφθεί με τη χρήση κυβερνητικών και θεσμικών στρατηγικών και προγραμμάτων
Φύλλα εργασίας	-

Θεωρητικό υπόβαθρο

1. Εξωτερικές προκλήσεις

COVID-19

Ο κορωνοϊός και οι περιορισμοί πόρων λόγω της πανδημίας προκάλεσαν τη μείωση της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Ταυτόχρονα, τα ποσοστά επιπολασμού της βίας

στους ηλικιωμένους αυξήθηκαν έως και 84% όσον αφορά τις δομές στην κοινότητα (Chang & Levy 2021, Αποτελέσματα).


Τα ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν μπει λίγο στο παρασκήνιο των σημερινών παγκόσμιων προτεραιοτήτων για την επιβίωση στην πανδημία με κάθε κόστος.

Κυβερνητικές/Πολιτικές στρατηγικές

Μόλις καταλαγιάσει η σκόνη της πανδημίας, οι κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως η αύξηση της χρηματοδότησης για την πρόληψη και την παρέμβαση, είναι απαραίτητες για να συνεχιστεί η ευαισθητοποίηση σχετικά με τη βία κατά των ηλικιωμένων και τις στρατηγικές για την αποτροπή της. Το νομικό πλαίσιο και οι πολιτικές είναι απαραίτητες για την υποστήριξη των οργανωτικών διαδικασιών και δράσεων σε αυτό το τομέα. Είναι η κυβέρνηση της κάθε μιας χώρας που είναι υπεύθυνη και αποφασίζει για παράγοντες όπως:

- Καθορισμό σε εθνικό νομικό περιβάλλον, ποια είδη βίας κωδικοποιούνται ως εγκλήματα, δημιουργία νόμων σε ευθυγράμμιση με τα διεθνή νομικά πλαίσια, υπογραφή και ενίσχυση διεθνών συνθηκών κατά της βίας
- Εφαρμογή διαδικασιών σε περίπτωση υποψίας κακοποίησης, αναφοράς ή αναγνώρισης τις οποίες πρέπει να ακολουθούν τα ΤΑΕΠ και τα ιδρύματα φροντίδας υγείας, κοινωνικής φροντίδας, η αστυνομία και τα ιδρύματα παρέμβασης κρίσεων. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν περιγραφή των διαδικασιών, ποια ιδρύματα περιλαμβάνονται και ποιες οι ευθύνες τους, την προετοιμασία τυπικών εγγράφων, αλλά και την έκδοση απαιτήσεων για φυσικές πτυχές όπως η εξασφάλιση αποκλειστικού χώρου, η παροχή εμπιστευτικότητας κατά την έρευνα, η προστασία του κακοποιημένου ατόμου από την επιρροή του θύτη, από αστυνομικούς κ.λπ.
- Χρηματοδότηση και προώθηση μελετών και ερευνητικών προγραμμάτων στον τομέα της κακοποίησης ηλικιωμένων, δημοσίευση εκθέσεων σε αυτό το θέμα για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων
- Έκδοση απαιτήσεων για θεματική εκπαίδευση προσωπικού φροντίδας υγείας, κοινωνικών λειτουργών και αστυνομικών
- Εφαρμογή εθνικού σχεδίου δράσης για την αντιμετώπιση της βίας κατά των ηλικιωμένων
- Υπηρεσίες για ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης ή παραμέλησης από τους φροντιστές τους
- Προώθηση προληπτικών προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών εκπαίδευσης και υποστήριξης των φροντιστών
- υποστήριξη των ΜΚΟ που εξυπηρετούν ανάγκες ηλικιωμένων θυμάτων κακοποίησης ή/και προστατεύουν τα δικαιώματά τους.

The health sector can help stop elder abuse in communities, hospitals, and institutions.



There are promising strategies, such as developing:

- ✓ Professional awareness campaigns to help health care workers recognize elder abuse
- ✓ Caregiver support to reduce stress
- ✓ Caregiver training on dementia
- ✓ Residential care policies to define and improve standards of care

However, most nations report that they still **don't have formal action plans to address elder abuse.**

A recent survey of 133 countries found that:

Only **40%** had national plans

Only **17%** had a national survey

We also need more research about elder abuse — its risk factors, consequences, and solutions — especially in low- and middle-income countries.

Around the world, **governments can do more to address and prevent elder abuse.** The health sector can:

- 1** Raise awareness within the health sector and other sectors about the health and social burden of elder abuse
- 2** Recognize elder abuse as a public health problem and establish a focal point to address elder abuse
- 3** Develop and test evidence-based interventions to prevent elder abuse
- 4** Provide services to victims of elder abuse
- 5** Collaborate with other sectors to address elder abuse, such as criminal justice, health, and social services

Support World Elder Abuse Awareness Day on 15 June

Get involved — contact your local ageing services organization

Raise awareness — talk with friends, family and colleagues

WHO Resources:

- Global status report on violence prevention 2014
- Violence prevention: the evidence
- WHO Department for Management of NCDs, Disability, Violence, and Injury Prevention (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)


Design by Communicate Health
www.communicatehealth.com
WHO/NMH/INV/16.5 © WHO, 2016
All rights reserved.

Πηγή: WHO, https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1 (Accessed June 1st, 2021)

Δημογραφικές αλλαγές και δαπάνες φροντίδας

Ο παγκόσμιος πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα υπερδιπλασιαστεί, από περίπου 727 εκατομμύρια το 2020 σε πάνω από 1,5 δισεκατομμύρια το 2050 (UN DESA, 2020). Οι προοδευτικές δημογραφικές αλλαγές στον πληθυσμό ασκούν πίεση στα συστήματα υγείας και κοινωνικής ευημερίας. Η αυξανόμενη συμμετοχή των ηλικιωμένων στις κοινωνίες σημαίνει αυξανόμενες δαπάνες για κοινοτική και ιδρυματική φροντίδα από την πλευρά των τοπικών κυβερνήσεων και των δημόσιων ιδρυμάτων. Επιπλέον, ορισμένες χώρες (π.χ η Πολωνία) αντιμετωπίζουν ελλείψεις εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού - επίσης γερνούν και συνταξιοδοτούνται και δεν εισέρχονται αρκετοί νέοι επαγγελματίες στην αγορά εργασίας για να ικανοποιήσουν την αυξανόμενη ανάγκη για υπηρεσίες φροντίδας. Αυτό προκαλεί χειροτέρευση της ποιότητας φροντίδας. Αυτοί είναι οι κύριοι παράγοντες πίσω από τις συχνότερες κακοποιήσεις κατά των ιδρυματοποιημένων ηλικιωμένων ατόμων: χαμηλότερα πρότυπα περίθαλψης και μη κατάλληλα εκπαιδευμένο ή εξουθενωμένο προσωπικό.

Το τρέχον μοντέλο φροντίδας για τους ηλικιωμένους, που είναι πιο διαδεδομένο στις τοπικές κυβερνήσεις (σπίτια φροντίδας, κατ' οίκον φροντίδα, τμήματα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας) απαιτεί μείωση των δαπανών και, ταυτόχρονα, αύξηση της πρόσβασης και διατήρηση της ποιότητας φροντίδας υγείας, το οποίο δεν είναι βιώσιμο μακροχρόνια. Χωρίς



στρατηγική εστίαση στην πρόληψη (μείνετε ανεξάρτητοι και γερνάτε στο σπίτι σας ως η καλύτερη λύση) και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών φροντίδας, οι προϋπολογισμοί δεν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη δημογραφική πίεση με το αυξανόμενο κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας και τη μείωση των φορολογικών εσόδων από το εργαζόμενο τμήμα της κοινωνίας.

Η δημογραφική αλλαγή αντικατοπτρίζεται επίσης στην απαιτούμενη μεγαλύτερη συμμετοχή των άτυπων φροντιστών και των μελών της οικογένειας και στην αυξανόμενη αφοσίωσή τους στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Η παρατεταμένη περίοδος παροχής φροντίδας για τους ηλικιωμένους είναι κουραστική για τις οικογένειες και απαιτεί διάφορες μορφές υποστήριξης στους εμπλεκόμενους φροντιστές. Η σωματική και ψυχολογική ευημερία τους εξαρτάται όλο και περισσότερο από την ευρύτερη πρόσβαση στην διαλειμματική φροντίδα, την εφαρμογή καινοτόμων μορφών υποστήριξης, τη δημιουργία δικτύων υποστήριξης και την παροχή τηλεφροντίδας ως δημόσιας υπηρεσίας. Χωρίς τέτοια υποστήριξη, οι υπερβολικά κουρασμένοι και αγχωμένοι φροντιστές βρίσκουν διέξοδο για τα συναισθήματά τους στη βία.

Έλλειψη ευαισθητοποίησης

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που βιώνουν βία και κακοποίηση προβλέπεται να αυξηθεί με τη γήρανση του πληθυσμού. Ωστόσο, δεν καταλαβαίνουν όλοι ότι ορισμένες από τις αρνητικές σχέσεις στην οικογένεια μπορεί να είναι μια μορφή βίας. Για τους ηλικιωμένους, η βία μπορεί να έχει, για παράδειγμα, τα ακόλουθα πρόσωπα: απομόνωση, απόσπαση χρημάτων (π.χ. συντάξεων ή συντάξεων αναπηρίας), προσβολές, απειλές για τοποθέτηση σε οίκο ευγηρίας, τους πείθουν ότι πάσχουν από ψυχική ασθένεια, εξαναγκασμό για αλλαγές σε διαθήκη, παραμέληση, εγκατάλειψη ηλικιωμένου ατόμου χωρίς επίβλεψη. Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθεί η κοινωνία για την κακή μεταχείριση των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα τα παιδιά, οι νέοι, οι εργαζόμενοι σε δημόσιους φορείς, αλλά και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Οι ηλικιωμένοι, συχνά δεν αναγνωρίζουν ότι βιώνουν βία. Εφόσον αυτά τα περιστατικά βίας ή/και παραμέλησης θεωρούνται από κάποιους ως μια φυσιολογική, απλώς ασεβή συμπεριφορά, οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης σε εθνικό επίπεδο θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

Διακρίσεις: ηλικιακός ρατσισμός, σεξισμός

Οι διακρίσεις λόγω φύλου, φυλής και ηλικίας θεωρούνται από ορισμένους ως η μεγαλύτερη απειλή για τη σύγχρονη δημοκρατία και την κοινωνική συνοχή (Szukalski 2009, σ. 59). Μεταξύ αυτών, η ηλικία είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για βία κατά των ατόμων άνω των 60 ετών. Ηλικιακός ρατσισμός είναι «η συστηματική στερεοτυπική συμπεριφορά και διάκριση εις βάρος των ανθρώπων επειδή θεωρούνται

ηλικιωμένοι» (Butler, 1975). Σε ένα κοινωνικό-πολιτιστικό πλαίσιο, οι ηλικιωμένοι συχνά θεωρούνται αδύναμοι, αβοήθητοι, εξαρτημένοι και ότι χρειάζονται φροντίδα.

Μια τέτοια προσέγγιση στο γήρας συχνά ενισχύεται από τον σεξισμό που ορίζεται ως «πεποιθήσεις γύρω από τη θεμελιώδη φύση των γυναικών και των ανδρών και τους ρόλους που πρέπει να διαδραματίζουν στην κοινωνία» (EIGE 2021). Η θεώρηση του ενός φύλου ως ανώτερου από το άλλο οδηγεί σε πολλά άδικα στερεότυπα φύλου που μπορεί να επηρεάσουν και τα δύο φύλα σε διαφορετικές καταστάσεις, αλλά κυρίως τις γυναίκες. Επιπλέον, κατά μέσο όρο και παγκοσμίως οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Το 2020, οι γυναίκες αντιπροσώπευαν το 55% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω και το 62% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 80 ετών και άνω (UN DESA, 2020). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα που πλήττεται τόσο από τον ηλικιακό ρατσισμό όσο και από την ανισότητα των φύλων και ως εκ τούτου βιώνουν συχνότερα βία (UN DESA 2020).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι η πιο πρόσφατη μετανάλυση δεν δείχνει διαφορές μεταξύ των φύλων στην κακοποίηση ηλικιωμένων (Yon et al., 2017). Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε ορισμένες μορφές κακοποίησης ενώ οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι σε άλλες μορφές. Παρόλο που οι γυναίκες αποτελούν την πλειονότητα στις περισσότερες κοινωνίες όσον αφορά τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, δεν πρέπει να υποτιμάται η κακοποίηση στην περίπτωση των ηλικιωμένων ανδρών.

2. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορούν να γίνουν στους τομείς της υγείας και των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας σε όλες τις χώρες, ξεκινώντας από τη βασική έρευνα για το θέμα της κακοποίησης των ηλικιωμένων και στοχεύοντας την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για την καταπολέμηση της κακοποίησης ηλικιωμένων σε κάθε τομέα. Οι δομές των οργανισμών και οι προτεραιότητες των ιδρυμάτων είναι οι κινητήριες παράγοντες πίσω από τα κατάλληλα εφαρμοσμένα προγράμματα πρόληψης.

Η ανίχνευση για κακοποίηση ηλικιωμένων συχνά ανταγωνίζεται άλλες οργανωτικές προτεραιότητες. Αν και η ανίχνευση για θύματα κακοποίησης έχει γίνει αποδεκτή σε παιδιατρικά περιβάλλοντα και στους θαλάμους, δεν είναι τόσο διαδεδομένη και προφανής κατά τη θεραπεία ενηλίκων και ηλικιωμένων. Απαιτεί προσπάθεια και χρόνο για να εδραιωθεί στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), στο περιβάλλον της κατ' οίκον φροντίδας και στα σπίτια φροντίδας. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν χρόνο και πόρους για να συνηθίσουν τις μεθοδολογίες της ανίχνευσης (Couture et al. 2016, σελ. 13-14). Άλλοι παράγοντες που εμποδίζουν την ανίχνευση των ηλικιωμένων θυμάτων κακοποίησης είναι οι χρονικοί περιορισμοί που αναφέρθηκαν τόσο από τους κοινωνικούς λειτουργούς όσο και από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Schmeidel et al. 2012)

και το να μην έχουν άλλους συναδέλφους να συζητήσουν τις περιπτώσεις μαζί τους (Killick & Taylor, 2009; Stolee et al. 2012).

Έρευνα σε αυτόν τον τομέα διαπίστωσε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί προτιμούν να έχουν περισσότερο χρόνο για να ελέγξουν τον όγκο των περιπτώσεων που τους ανατίθενται και να έχουν πρόσβαση σε προσχεδιασμένες συνεδρίες κλινικής επίβλεψης, από το να έχουν ένα συγκεκριμένο εργαλείο ανίχνευσης. Επίσης, η κακομεταχείριση ηλικιωμένων πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα της ανώτερης διοίκησης των ιδρυμάτων φροντίδας υγείας ή κοινωνικής πρόνοιας, έτσι ώστε να διατίθεται αρκετός χρόνος για την ανίχνευση και οι προσπάθειες που καταβάλλονται να εκτιμώνται και να αναγνωρίζονται.

Μία από τις πολλές τμηματικές και οργανωσιακές προκλήσεις είναι και η μετατόπιση της ευθύνης – αντί να υπάρχει απαίτηση από όλα τα τμήματα να ελέγχουν για θύματα κακοποίησης, τόσο η κοινωνική φροντίδα όσο και η φροντίδα υγείας ισχυρίζονται ότι είναι δουλειά του άλλου μέρους να παρακολουθεί/ανιχνεύει και να κινεί διαδικασίες παρέμβασης (Couture et al. 2016, σελ. 4). Οι κοινωνικοί λειτουργοί βασίζονται στους νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ισχυρίζονται ότι έχουν άλλες προτεραιότητες και βασίζονται στη συστημική προσέγγιση και σχέση της κοινωνικής πρόνοιας για τον εντοπισμό τέτοιων περιπτώσεων.

3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η βία κατά των ηλικιωμένων λαμβάνει χώρα σε διάφορα περιβάλλοντα. Είναι δύσκολο, όπως και στην περίπτωση άλλων τύπων βίας, να ορίσουμε το είδος και την έκτασή της, γιατί πολλά ηλικιωμένα θύματα δεν το αποκαλύπτουν. Οι λόγοι για αυτό είναι τυπικοί της κρίσης βίας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης πίστης στην αποτελεσματικότητα των ενεργειών των υπηρεσιών επιβολής του νόμου. Η κατάσταση ενός κακοποιημένου ηλικιωμένου είναι πολύ δύσκολη και πολυεπίπεδη. Είναι ένα μείγμα εξαιρετικά διαφορετικών αμφίθυμων συναισθημάτων και φυσικής κατάστασης.

Αίσθημα Ντροπής

Ένα τεράστιο πρόβλημα είναι η απροθυμία των κακοποιημένων ηλικιωμένων να αποκαλύψουν τη βία που βιώνουν από τα παιδιά, τα εγγόνια και τους συζύγους τους – μια βία που συμβαίνει σε μια υποτιθέμενη σχέση εμπιστοσύνης. Αυτές δεν είναι μόνο οι υλικές αλλά και συναισθηματικές εμπλοκές στις οποίες βρίσκονται (Rogers, 2016). Το αίσθημα ότι πρέπει να τους προστατέψουν και να τους στηρίξουν τους κάνει να υπομένουν τον πόνο στη σιωπή. Οι ηλικιωμένοι γονείς συχνά αισθάνονται υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά των ενηλικίων παιδιών τους, μαζί με την πεποίθηση ότι αυτοί τα μεγάλωσαν έτσι. Νιώθουν ντροπή και, ταυτόχρονα, θέλουν να φροντίσουν τους δράστες – παιδιά ή στενούς συγγενείς. Είναι σημαντικό να τους ενθαρρύνουμε να αλλάξουν τη σκέψη τους.

Κατάθλιψη

Οι ηλικιωμένοι που δεν αποδέχονται την κατάσταση τους, χαμένοι στην έννοια του κοινωνικού τους ρόλου, μερικές φορές μόνοι μετά τη συνταξιοδότηση, υποφέρουν συχνότερα από συμπτώματα κατάθλιψης. Στην Ευρώπη, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν τέτοιες καταστάσεις γενικά αυξάνεται με την ηλικία. Κατά μέσο όρο σχεδόν το 8% των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών (από 2,4% στη Ρουμανία σε 20,7% στην Πορτογαλία) και πάνω από 10% στην ομάδα ηλικίας 75+ (από 3,1% σε 17,1% αντίστοιχα) αναφέρθηκε ότι είχε χρόνια κατάθλιψη (Eurostat 2017). Αυτά τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα για τους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρυματική φροντίδα. Μια μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία αποκάλυψε ότι σχεδόν το 30% των ενοίκων του γηροκομείου είχαν ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη και ένα επιπλέον 18% ήταν καταθλιπτικοί. Σχεδόν στο 30% των ενοίκων είχαν συνταγογραφηθεί αντικαταθλιπτικά, αν και σε μερικούς από αυτούς δεν έγινε ποτέ επίσημη διάγνωση (Kramer 2009, Αποτελέσματα).

Είναι μια πάθηση που πρέπει να αντιμετωπίζεται, όχι να θεωρείται δεδομένη σε αυτή την ηλικία. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ της κακοποίησης ηλικιωμένων και των αρνητικών συναισθηματικών και σωματικών προβλημάτων υγείας, όπως η κατάθλιψη, ως αποτέλεσμα της ίδιας της κακομεταχείρισης (Acierno et al., 2017). Η κατάθλιψη, το άγχος και η μετατραυματική διαταραχή αναφέρθηκαν πράγματι ως οι πιο διαδεδομένες ψυχολογικές συνέπειες της κακοποίησης ηλικιωμένων (Dong et al., 2013).

Η κατάσταση της κατάθλιψης δυσκολεύει τους ανθρώπους να εισάγουν αλλαγές στη ζωή τους, περιορίζει τη δραστηριότητά τους και συχνά τους κάνει να παραμένουν παθητικοί σε μια δύσκολη κατάσταση. Μερικές φορές συνδέεται με μαθημένη ανικανότητα.

Ελπίδα

Στην περίπτωση ενδοοικογενειακής βίας, πολύ συχνά λαμβάνει χώρα μια λεγόμενη κυκλική πορεία – ο θύτης, εκτός από τις περιόδους που κάνει κακό στο θύμα, έχει και καλύτερες μέρες, όταν φέρεται καλά στο θύμα, είναι αφοσιωμένος, ζεστός και με κατανόηση. Αυτό συνδέει πολύ το άτομο που κακοποιήθηκε και είναι εξαρτώμενο με τον δράστη και δίνει μια ψεύτικη ελπίδα για μόνιμη βελτίωση της σχέσης, την ελπίδα ότι η κακοποίηση εναντίον του είναι τυχαία και σύντομα θα τελειώσει. Αυτή η δυναμική δεν είναι απαραίτητως παρούσα στα σπίτια φροντίδας.

Ενοχή

Η τυπική συμπεριφορά του δράστη περιλαμβάνει την απόδοση ευθύνης στο θύμα. Σε χτύπησα, έσπρωξα, προκάλεσα, γιατί «πάλι θέλεις κάτι», «δεν με αφήνεις σε ησυχία», «λερώθηκες πάλι» κ.λπ. Η συνεχής επανάληψη αυτού κάνει τα κακοποιημένα άτομα να πιστεύουν ότι αν ήταν διαφορετικοί, περισσότερο αποδοτικοί, ανεξάρτητοι, βοηθητικοί, η κατάσταση θα βελτιωνόταν – έτσι νιώθουν ότι αυτοί είναι οι ένοχοι.

Φόβος

Τα κακοποιημένα άτομα, που εξαρτώνται από τον δράστη, φοβούνται τις συνέπειες της αποκάλυψης της βίας. Νιώθουν τον φόβο:

- της ολικής απόρριψης,
- της κλιμάκωσης της επιθετικότητας,
- των αντίποινων από τον επιτιθέμενο,
- της τοποθέτησής τους σε οίκους ευγηρίας, που σχετίζεται με απώλεια πρόσβασης στον τόπο διαμονής τους, στα εγγόνια τους κ.λπ.
- της έλλειψης κεφαλαίων, έλλειψης ανεξαρτησίας, αδυναμίας οικονομικής ανταπόκρισης.

(Perttu & Laurola, 2020)

Ανάγκη φροντίδας


Η βιολογική ευαλωτότητα και η υψηλότερη θνησιμότητα των ηλικιωμένων είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους η πλειονότητα των περιπτώσεων κακοποίησης αυτής της ομάδας δεν εντοπίζονται ή δεν αναφέρονται. Υπολογίζεται ότι κάθε 1 στους 6 ηλικιωμένους είναι θύματα βίας και ταυτόχρονα μόνο το 4% των περιπτώσεων βίας αναφέρονται από αυτή την ομάδα (ΠΟΥ). Επιπλέον, η κακοποίηση φαίνεται να είναι πιο επικρατέστερη σε άτομα με γνωστικές διαταραχές – το 47% των θυμάτων κακοποίησης που εντοπίστηκαν προέρχονταν από την ομάδα των ηλικιωμένων με άνοια (Couture et al. 2016, σ. 2). Για ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης, με άνοια, εξαρτώμενο, το οποίο έχει ανάγκη για φροντίδα, η μοναδική διέξοδος από το βίαιο περιβάλλον είναι η εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα.

Υποχρέωση αναφοράς

Οι επαγγελματίες και οι πολίτες, σύμφωνα με συγκεκριμένες εθνικές νομοθεσίες, ενδέχεται να έχουν την υποχρέωση να αναφέρουν ένα έγκλημα εάν το αντιληφθούν. Δεδομένου ότι οι κανονισμοί διαφέρουν από χώρα σε χώρα, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί αυτό το ζήτημα σε εθνικό επίπεδο.

4. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΝΑ ΜΗ ΜΙΑΗΣΟΥΝ

Κατανόηση



Εάν κάποιος υποπτεύεται ότι ένας ηλικιωμένος είναι θύμα βίας – ένας επαγγελματίας υγείας ή κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να του μιλήσει, να του προσφέρει υποστήριξη και προσωπική βοήθεια. Τα περισσότερα θύματα μένουν σιωπηλά, από ντροπή, φόβο, αδυναμία ή άγνοια των δικαιωμάτων τους. Επίσης συχνά δέχονται πίεση από τους θύτες ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Η στιγμή που το κακοποιημένο άτομο αρχίζει να μιλά για τις εμπειρίες του μπορεί να είναι πολύ δύσκολη γι' αυτόν, επομένως είναι σημαντικό να του συμπεριφερθούμε με προσοχή και κατανόηση (Perttu & Laurola, 2020, σελ. 68).

Το άτομο που κακοποιήθηκε θα πρέπει πρώτα από όλα να αντιληφθεί με τη βοήθεια του επαγγελματία υγείας ή του κοινωνικού λειτουργού ότι δεν φταίει για αυτό που συμβαίνει, ότι ο θύτης είναι αυτός που ευθύνεται για τη βία. Η συμπόνια και η υποστήριξη του επαγγελματία υγείας ή κοινωνικής φροντίδας, μπορεί να είναι καθοριστική για τις περαιτέρω αποφάσεις του θύματος. Οι πληροφορίες σχετικά με τη βία δεν μπορούν να αγνοηθούν, να απορριφθούν ή να ξεχαστούν. Ένας θύτης που αισθάνεται ατιμώρητος ενεργεί όλο και πιο σκληρά και αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία, ακόμη και τη ζωή του θύματος.

Ένας επαγγελματίας θα πρέπει να ενθαρρύνει το άτομο που βιώνει βία να καλέσει την αστυνομία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Το επαγγελματικό προσωπικό δεν πρέπει να έχει αμφιβολίες εάν θα πρέπει να «επέμβει» στη ζωή ενός άλλου ατόμου προσφέροντας τη λεγόμενη «υποστήριξη πρώτης γραμμής» (WHO, 2013) - εκφράζοντας ενσυναίσθηση, ήρεμη συνομιλία, παρέχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες, για έναν ηλικιωμένο οι πράξεις και η φροντίδα του μπορεί να είναι η μόνη ευκαιρία να αλλάξει η κατάσταση. Ένας επαγγελματίας που εμπλέκεται στη διαδικασία ανίχνευσης θα πρέπει να ενημερώσει τον ηλικιωμένο ότι τόσο η ψυχική όσο και η σωματική βία είναι εγκλήματα και ότι η αναφορά της υπόθεσης στην αστυνομία πρέπει να θεωρείται ως ο μόνος τρόπος να οδηγηθεί ο θύτης στη δικαιοσύνη, υπό την προϋπόθεση ότι το ηλικιωμένο θύμα θέλει να ακολουθήσει αυτή την πορεία. Στη συνέχεια, ο επαγγελματίας θα πρέπει να υποδείξει τα ιδρύματα ή τους οργανισμούς που παρέχουν δωρεάν ψυχολογικές και νομικές συμβουλές και προσφέρουν ιατρική βοήθεια. Θα ήταν επίσης χρήσιμο εάν ο επαγγελματίας βρει κάποιον (υποστηρικτικό μέλος της οικογένειας, γείτονες, φίλο του θύματος) να ενθαρρύνει το άτομο που κακοποιήθηκε να μην αλλάξει γνώμη και να αναφέρει το έγκλημα. Αυτή η μη θεσμική υποστήριξη δεν πρέπει να ξεχνιέται και μπορεί να είναι πιο σημαντική από τις προσπάθειες των επαγγελματιών.

Τα βασικά δικαιώματα των ατόμων που χρησιμοποιούν υγειονομική περίθαλψη περιγράφονται π.χ στον Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων των Ασθενών (Active Citizenship Network, 2002). Υποδεικνύει, μεταξύ άλλων, ότι ο ασθενής έχει:

- το δικαίωμα στην Ενημέρωση,
- το δικαίωμα Συναίνεσης,
- το δικαίωμα στην Ιδιωτικότητα και την Εμπιστευτικότητα,

- το δικαίωμα στην Ασφάλεια.

5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παραβίασης, αποφυγής, αρνητικών αλλαγών στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση και υπερδιέγερση. Η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός όπως η κακοποίηση ηλικιωμένων μπορεί να συνδέεται με την ανάπτυξη PTSD. (Acierno et al., 2017). Είναι σημαντικό να αυξηθεί η κατανόηση και να βελτιωθούν οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση του PTSD στους ηλικιωμένους που είναι θύματα κακοποίησης (Choi et al., 2018). Ωστόσο η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι σπάνια και παρόλο που φαίνεται να υπάρχει σύνδεση μεταξύ της κακοποίησης ηλικιωμένων και της PTSD, η σχέση δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί .

Συμπτώματα PTSD

Σύμφωνα με το Royal College of Psychiatrists, η PTSD είναι μια αγχώδης διαταραχή που προκαλείται από πολύ αγχωτικά, τρομακτικά ή οδυνηρά γεγονότα. Είναι μια πάθηση ψυχικής υγείας που χαρακτηρίζεται από μια εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος, όπως το να γίνεις θύμα βίας, και από μια επακόλουθη ψυχολογική επίδραση τόσο σοβαρή που βλάπτει τη φυσιολογική λειτουργία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το αρχικό συναισθηματικό σοκ, ο φόβος, το άγχος, η λύπη και ο θυμός μπορεί να υποχωρήσουν με τους μήνες, αλλά η PTSD μπορεί να επιμείνει για δεκαετίες. Καθώς οι πάσχοντες από PTSD γερνούν, δεν είναι ασυνήθιστο τα συμπτώματα να αυξάνονται, να βγαίνουν στην επιφάνεια ή να επανεμφανίζονται.

Η PTSD μπορεί να εκδηλωθεί διαφορετικά στους ηλικιωμένους, όπως υποδεικνύεται από πιο συχνές αναφορές κακής υγείας, χρόνιου πόνου και γνωστικής διαταραχής μεταξύ των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες με ιστορικό τραύματος. Η σχέση μεταξύ της αθροιστικής έκθεσης σε τραύμα και των μετατραυματικών εκβάσεων μπορεί να γίνει πιο περίπλοκη με την ηλικία (Ogle et al., 2014).

Πολλοί άνθρωποι νιώθουν θλίψη, κατάθλιψη, άγχος, ενοχή και θυμό μετά από μια τραυματική εμπειρία. Εκτός από αυτές τις κατανοητές συναισθηματικές αντιδράσεις, υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι συμπτωμάτων PTSD (Giving care, 2017):

Αναδρομές και εφιάλτες

Οι αναδρομές στην PTSD μπορεί να είναι τόσο ρεαλιστικές που να αισθάνεται κανείς σαν να ζει ξανά την τραυματική εμπειρία. Εκτός από το να το βλέπει στο μυαλό του, ένα θύμα μπορεί επίσης να νιώσει τα συναισθήματα και τις σωματικές αισθήσεις αυτού που συνέβη – φόβο, εφίδρωση, μυρωδιές, ήχους, πόνο. Οι αναδρομές μπορούν να ενεργοποιηθούν από συνηθισμένα πράγματα. Για παράδειγμα, αν κάποιος είχε μια βίαιη λογομαχία και έπρεπε

να τρέξει μακριά μέσα στη βροχή, μια βροχερή μέρα μπορεί να ξεκινήσει μια αναδρομή στο παρελθόν.

Αποφυγή και μούδιασμα

Το να ξαναζεί κάποιος μια τραυματική εμπειρία ξανά και ξανά μπορεί να είναι πολύ ενοχλητικό για να το διαχειριστεί. Έτσι, η στρατηγική ενός θύματος για να αποσπά την προσοχή του είναι να κρατά το μυαλό του απασχολημένο απασχολώντας τον εαυτό του σε ένα χόμπι, δουλεύοντας πολύ σκληρά ή περνώντας τον χρόνο του απορροφημένος σε σταυρόλεξα ή παζλ. Τα θύματα προσπαθούν να αποφύγουν μέρη και ανθρώπους που τους θυμίζουν το τραύμα και προσπαθούν να μην μιλήσουν για αυτό. Μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν τον πόνο αυτών των συναισθημάτων προσπαθώντας να μην αισθάνονται απολύτως τίποτα – με το να γίνουν συναισθηματικά μούδιασμένοι. Ένα θύμα επιλέγει να επικοινωνεί λιγότερο με άλλα άτομα που στη συνέχεια δυσκολεύονται να ζήσουν ή να εργαστούν με ένα τέτοιο άτομο. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όπως ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, ο αυτοτραυματισμός και οι τάσεις αυτοκτονίας μπορεί επίσης να ακολουθήσουν την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος.

Να είναι «σε επιφυλακή»

Τα θύματα κακοποίησης ή άλλων τραυματικών γεγονότων μπορεί να διαπιστώσουν ότι παραμένουν σε εγρήγορση όλη την ώρα, σαν να ελέγχουν συνεχώς για κίνδυνο. Δεν μπορούν να χαλαρώσουν. Αυτό ονομάζεται «υπέρ-επαγρύπνηση». Νιώθουν άγχος και δυσκολεύονται να κοιμηθούν. Άλλοι άνθρωποι θα παρατηρήσουν ότι είναι νευρικοί και ευερέθιστοι.

Άλλα συμπτώματα PTSD

μυαλγίες και πόνους

διάρροια

ακανόνιστους καρδιακούς παλμούς

πονοκεφάλους

κατάθλιψη

αϋπνία, συχνές αφυπνίσεις

ψυχωτικά συμπτώματα με PTSD

αλλαγές προσωπικότητας


αισθήματα πανικού και φόβου

κατανάλωση αλκοόλ

χρήση φαρμάκων

(συμπεριλαμβανομένων παυσίπονων)

Έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν PTSD σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες εξαιτίας της ενδοοικογενειακής, σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης (Dietlevsen, N. & Elklit, A. 2010 παρ. 3). Ωστόσο,



οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως υπό-διαγιγνώσκονται και θεωρούνται περισσότερο ότι πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος ή κακή σωματική υγεία παρά από PTSD. Τα υψηλότερα ποσοστά PTSD αναφέρθηκαν στα θύματα συναισθηματικής κακοποίησης (84,6% έναντι 52,4%) και σωματικής κακοποίησης (46,2% έναντι 23,8%) (Sirey et al., 2018).

Η αλλαγή ρόλου και οι λειτουργικές απώλειες (συνταξιοδότηση, αυξημένα προβλήματα υγείας, μειωμένο εισόδημα, απώλεια αγαπημένων προσώπων, μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, γνωστική διαταραχή, έκπτωση σωματικών λειτουργιών) μπορεί να κάνουν την αντιμετώπιση των αναμνήσεων προηγούμενων τραυμάτων πιο δύσκολη στα γηρατειά. Για τη διαχείριση των συμπτωμάτων PTSD στην πρώιμη και στη μέση ηλικία, τα άτομα μπορεί να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης που βασίζονται στην αποφυγή, π.χ. κατάχρηση αλκοόλ. Ωστόσο, η προσαρμογή και η ανθεκτικότητα μπορεί να εξελιχθούν κατά τη διάρκεια της ζωής και να παρέχουν μια πλούσια πηγή πόρων αντιμετώπισης.

Εκτίμηση και Θεραπεία της PTSD

Μια πλήρης ψυχιατρική εξέταση, συμπεριλαμβανομένου ενός γνωστικού ελέγχου, συνιστάται για την αξιολόγηση των ηλικιωμένων ασθενών για PTSD (Kaiser et al., 2017). Είναι επίσης χρήσιμο να παρακολουθείτε το τραύμα και τα σχετικά συμπτώματα, καθώς οι ηλικιωμένοι τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σημασία τραυματικών γεγονότων που έχουν βιώσει πολύ καιρό πριν.

Η θεραπεία του PTSD συνήθως περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτική αγωγή όσο και ψυχοθεραπεία (Lancaster et al. 2016, Evidence-Based Treatments).

- **Ψυχοθεραπεία.** Κατά τη διαδικασία ανάκλησης του γεγονότος που προκάλεσε το τραύμα, συζητώντας το και προσπαθώντας να το κατανοήσει, το μυαλό αρχειοθετεί αυτές τις αναμνήσεις ως φυσιολογικές, έτσι ώστε η ζωή του θύματος να συνεχιστεί.
- **Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT).** Αυτός ο τύπος θεραπείας βοηθά να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο ένα θύμα σκέφτεται για τις αναμνήσεις του, καθιστώντας τις λιγότερο αγχωτικές και ευκολότερες στην αντιμετώπιση. Εδώ χρησιμοποιούνται συνήθως τεχνικές χαλάρωσης για να γίνει πιο υποφερτός ο πόνος των αναμνήσεων, που σχετίζονται με το γεγονός που προκάλεσε το τραύμα.
- **Μέθοδος απευαισθητοποίησης και επανεπεξεργασίας των κινήσεων των ματιών (EMDR).** Σε αυτή τη θεραπεία, η κίνηση των ματιών βοηθά τον εγκέφαλο να επεξεργαστεί επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και να κατανοήσει το γεγονός που προκάλεσε τον τραυματισμό.
- **Ομαδική θεραπεία.** Οι συζητήσεις σε μια ομάδα ανθρώπων που έχουν βιώσει παρόμοια γεγονότα βοηθούν να διώξουν τα συναισθήματα της απομόνωσης και της μοναξιάς.
- **Η φαρμακευτική αγωγή** μπορεί να περιλαμβάνει αντιψυχωσικά, αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά θα μειώσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες και θα ανακουφίσουν την κατάθλιψη. Εάν αυτά τα μέτρα αποδειχθούν αποτελεσματικά, θα πρέπει να συνεχιστούν για

περίπου ένα χρόνο και στη συνέχεια να σταματήσουν σιγά σιγά. Εάν τα συμπτώματα διαταράσσουν τον ύπνο και τη διαύγεια σκέψης, τα ηρεμιστικά μπορούν να βοηθήσουν, αλλά αυτά δεν πρέπει να λαμβάνονται για περισσότερο από 10 ημέρες.

- **Θεραπείες που εστιάζουν στο σώμα.** Η φυσικοθεραπεία, η κρανιοϊερή θεραπεία, το μασάζ, ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία, η γιόγκα, ο διαλογισμός και η θεραπεία tai chi, επιτρέπουν έλεγχο του άγχους και μείωση του αισθήματος συνεχούς «ετοιμότητας» και έντασης.

Ένας γιατρός θα πρέπει να δημιουργήσει ένα πλάνο θεραπείας προσαρμοσμένο στα μοναδικά συμπτώματα του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων παραγόντων όπως οι συνθήκες διαβίωσης του ηλικιωμένου ατόμου, οι οικονομικές δυνατότητες και το ποσοστό ανεξαρτησίας του. Οι κατευθυντήριες γραμμές από το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) προτείνουν ότι οι ψυχολογικές θεραπείες με επίκεντρο το τραύμα (CBT ή EMDR) θα πρέπει όπου είναι δυνατόν να προσφέρονται πριν από τη φαρμακευτική αγωγή.

Αυτοφροντίδα στην PTSD

Οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας στην περίπτωση ηλικιωμένων ασθενών με PTSD θα μπορούσαν να είναι όπως οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες αυτοφροντίδας για τα θύματα βίας, για παράδειγμα: υποστήριξη για σχεδιασμό ασφάλειας, ενίσχυση ψυχολογικών και συναισθηματικών δυνάμεων και αντιμετώπιση του τραύματος της κακοποίησης. Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει έρευνα που να υποστηρίζει τη χρήση τους σε PTSD. Οι παρακάτω δραστηριότητες συστήνονται επίσης για επαγγελματίες που εργάζονται με θύματα βίας ως μέσο πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Perttu & Laurola, 2020, σ. 85-86).

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ
Αναγνωρίστε πότε είναι απαραίτητο να ζητήσετε επαγγελματική βοήθεια	Να κατηγορείτε τον εαυτό σας για αυτό και να ανησυχείτε – τα συμπτώματα PTSD δεν είναι σημάδι αδυναμίας. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση
Κρατήστε τη ζωή όσο πιο φυσιολογική γίνεται	Να κρύβετε τα συναισθήματά σας, μην τα κρατάτε για τον εαυτό σας. Η θεραπεία είναι συνήθως πολύ επιτυχής
Επιστρέψτε στη συνηθισμένη σας ρουτίνα	Να αποφεύγετε να το συζητήσετε
Επιστρέψτε στη δουλειά (ή - εάν συνταξιοδοτηθήκατε – ασχοληθείτε με κάτι ή βρείτε ένα χόμπι)	Να περιμένετε ότι θα ξεχάσετε τα πάντα γρήγορα. Οι αναμνήσεις μπορεί να μείνουν για κάποιο χρονικό διάστημα
Τρώτε και ασκείστε τακτικά ανάλογα με τις δυνατότητές σας	

<p>Μιλήστε για αυτό που συνέβη σε κάποιον που εμπιστευέστε</p> <p>Αφιερώστε χρόνο για να είστε με την οικογένεια και τους φίλους σας</p> <p>Δοκιμάστε ασκήσεις χαλάρωσης</p> <p>Επιστρέψτε εκεί όπου συνέβη το τραυματικό γεγονός</p> <p>Περάστε χρόνο στη φύση – κάνοντας υπαίθριες δραστηριότητες όπως πεζοπορία, περπάτημα, ποδηλασία. Εάν χρειάζεστε υποστήριξη για να βγείτε έξω, μη διστάσετε να τη ζητήσετε (γείτονες, κοινωνικός λειτουργός, φροντιστής, ΜΚΟ κ.λπ.)</p> <p>Εξαλείψτε το αίσθημα της ανικανότητας, υπενθυμίστε στον εαυτό σας ότι έχετε δυνάμεις</p> <p>Βοηθήστε άλλους, τους συγγενείς σας και τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη (π.χ. δώστε αίμα), γίνετε εθελοντές, αναλάβετε θετική δράση</p> <p>Να είστε προσεκτικοί όταν οδηγείτε – η συγκέντρωσή σας μπορεί να είναι κακή</p> <p>Να είστε πιο προσεκτικοί γενικά – τα ατυχήματα είναι πιο πιθανά αυτή τη στιγμή</p> <p>Μιλήστε με έναν γιατρό, έναν φίλο, ένα κοντινό σας άτομο</p> <p>Αναμένετε ότι θα γίνετε καλύτερα.</p>	<p>Να περιμένετε πάρα πολλά από τον εαυτό σας. Αφήστε τον εαυτό σας να προσαρμοστεί σε αυτό που έχει συμβεί</p> <p>Να μένετε μακριά από άλλους ανθρώπους</p> <p>Να πίνετε πολύ αλκοόλ ή να καπνίζετε περισσότερο</p> <p>Να κουράζεστε υπερβολικά</p> <p>Να χάνετε γεύματα</p> <p>Να κάνετε διακοπές μόνοι σας.</p>
--	--

Πώς να βοηθήσετε ένα άτομο με PTSD

Ακολουθούν συστάσεις για φίλους, συγγενείς και συναδέλφους θυμάτων κακοποίησης ή άλλων τραυματικών γεγονότων σχετικά με το πώς μπορούν να βοηθήσουν το θύματα στην κοινότητα ή την οικογένειά τους.

ΠΡΕΠΕΙ	ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ
---------------	-------------------

<p>Να προσέξετε για τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά – κακή απόδοση στην εργασία, καθυστερήσεις, αν παίρνει αναρρωτική άδεια, μικροατυχήματα</p> <p>Να προσέξετε για θυμό, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος, έλλειψη συγκέντρωσης</p> <p>Να αφιερώσετε χρόνο για να επιτρέψετε στο θύμα να πει την ιστορία του</p> <p>Να κάνετε γενικές ερωτήσεις</p> <p>Να τους αφήσετε να μιλήσουν, μην διακόπτετε τη ροή με το να αναφέρετε τις δικές σας εμπειρίες</p> <p>Να είστε μαζί τους, διαβεβαιώστε τους ότι μπορούν να σας εμπιστευτούν</p>	<p>Να πείτε σε ένα θύμα ότι ξέρετε πώς νιώθει – πιθανότατα να μην ξέρετε</p> <p>Να πείτε σε ένα θύμα ότι είναι τυχερό που είναι ζωντανό – μπορεί να μην τους φαίνεται έτσι και δεν είναι μια μορφή ενσυναισθηματικής επικοινωνίας</p> <p>Να υποτιμάτε την εμπειρία ή τα συναισθήματά τους – «Δεν μπορεί να είναι τόσο κακό, πραγματικά...»</p> <p>Να εισηγηστείτε ότι πρέπει απλώς να «βρουν τον εαυτό τους»</p> <p>Να κρίνετε το άτομο ή τις περιστάσεις</p>
--	---

6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ

Τα άτομα που παρέχουν βοήθεια σε ηλικιωμένους θα πρέπει να γνωρίζουν τις βασικές πληροφορίες για τα κρατικά ιδρύματα που είναι αρμόδια για την παροχή βοήθειας σε αυτή την κοινωνική ομάδα. Στην ΕΕ, η φροντίδα για τους ηλικιωμένους παρέχεται μέσω δύο συμπληρωματικών συστημάτων: της υγειονομικής περίθαλψης και του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας που υποστηρίζονται από τον 3ο τομέα – τις μη κυβερνητικές οργανώσεις καθώς και τις ιδιωτικές κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Εάν απειλείται η ασφάλεια του τραυματισμένου ατόμου, οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να ενεργήσουν το συντομότερο δυνατό για να αποτρέψουν την επαφή με τον δράστη. Σύμφωνα με τα διαφορετικά εθνικά συστήματα και κανονισμούς, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει, για παράδειγμα, τη μεταφορά του θύματος σε καταφύγιο, την έκδοση περιοριστικών μέτρων για τον δράστη, την εφαρμογή ενός σχεδίου ασφαλείας.

Υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί με τους οποίους μπορούν να επικοινωνήσουν σε περίπτωση ανίχνευσης/υποψίας βίας και άλλοι που προσφέρουν υποστήριξη στα θύματα βίας. Αν και αυτοί θα πρέπει να ελέγχονται σε σχέση με την περιοχή όπου ζει το θύμα, μπορεί να περιλαμβάνουν:

Αστυνομία

Σε καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή ή την υγεία - καλέστε την αστυνομία. Για τα θύματα που δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τηλεφωνική κλήση, έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα προσβάσιμες εφαρμογές, φιλικές προς το χρήστη. Μπορείτε να ελέγξετε τη διαθεσιμότητα αυτών των εφαρμογών στη χώρα σας.

Σύστημα υγείας

Στο σύστημα υγείας, υπάρχουν βασικά τρεις τύποι υπηρεσιών που μπορούν να εμπλακούν:

- **Υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης:** σε καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή ή την υγεία
- **Κοινωνικές υπηρεσίες:** όπως ο οικογενειακός γιατρός ή οι κοινοτικοί νοσηλευτές
- **Εξειδικευμένες υπηρεσίες:** όπως εγκαταστάσεις ιδρυματικής φροντίδας, κέντρο ημερήσιας φροντίδας, εξειδικευμένες υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας

Σύστημα Κοινωνικής Βοήθειας/Πρόνοιας

Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας μπορεί να προσφέρει υποστήριξη σε ηλικιωμένα θύματα κακοποίησης με ποικίλα μέσα, όπως:

- Χρηματικές Παροχές / επιδόματα
- Βοήθεια φροντίδας στο σπίτι
- Διαχείριση κρίσης και προστασία
- Εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως αυτές για θύματα βίας

Εάν οι υπάλληλοι ενός ιδρύματος ή οργανισμού που είναι αφοσιωμένοι στην παροχή βοήθειας, επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, μέσω παρατηρήσεων, της διαίσθησης, αναφορών από τρίτους, των αποτελεσμάτων ανίχνευσης πιστεύουν ότι κάποιος βλάπτεται και χρειάζεται βοήθεια, δεν πρέπει να παραμένουν αδιάφοροι. Όταν πρόκειται για τη ζωή ή την υγεία ενός άλλου ατόμου, οι επαγγελματίες θα πρέπει να ενεργούν εύλογα, ορθολογικά και αποφασιστικά για να προστατεύσουν το θύμα. Όπως αναφέρθηκε, η επαγγελματική παρέμβαση μπορεί να καθοδηγείται από νόμους ή/και πρακτικές αναφορές του δικού τους ιδρύματος.

7. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη ενός σχεδίου ασφαλείας αποτελεί μέθοδο αντιμετώπισης απειλής ή άλλης μορφής βίας. Χάρη στην προετοιμασία και την ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου, ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης θα ξέρει πώς να συμπεριφέρεται σε μια κατάσταση βίας που στρέφεται εναντίον του και των οικείων του. Με άλλα λόγια, ένα σύνολο ενεργειών για τη δημιουργία ενός σχεδίου ασφάλειας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου τραυματισμού του θύματος από τον δράστη.

Μερικές από τις προετοιμασίες για ένα σχέδιο ασφάλειας μπορεί να φαίνονται προφανείς, αλλά σε στιγμές κρίσης και καταστάσεων υψηλού στρες, ένας τέτοιος κατάλογος βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν βοηθάει στο να ενεργεί κάποιος με σαφήνεια και λογική. Σε ένα **πίνακα** πιο κάτω παρουσιάζεται ένα παράδειγμα βημάτων για τη δημιουργία ενός σχεδίου ασφαλείας.

Πρέπει να τονιστεί ότι κατά την ετοιμασία του σχεδίου ασφαλείας κανένα στοιχείο δεν πρέπει να αποτελεί έναυσμα για περαιτέρω βία. Για παράδειγμα, η τσάντα που

περιγράφεται στο σημείο 3 (**πίνακας**) είναι χρήσιμη μόνο εάν δεν υπάρχει καμία απολύτως πιθανότητα να τη βρει ο δράστης, καθώς η εύρεση της τσάντας μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για ένα συμβάν κακοποίησης.

Σχεδιασμός Συναισθηματικής Ασφάλειας και Αυτοφροντίδας

Η σωματική ασφάλεια είναι σημαντική, αλλά είναι επίσης σημαντικό να φροντίζουμε για τη συναισθηματική ευημερία των κακοποιημένων ατόμων. Ο προγραμματισμός της συναισθηματικής ασφάλειας αφορά την ανάπτυξη ενός σχεδίου που βοηθά στην αποδοχή διαφορετικών συναισθημάτων και αποφάσεων, ένα σχέδιο που θα αναπτύξει ευελιξία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κακοποίησης. Τα βήματα για την παροχή συμβουλών στα ηλικιωμένα θύμα κακοποίησης περιλαμβάνουν:

- Αναζητήστε άτομα υποστηρικτικά άτομα που νοιάζονται
- Εργαστείτε για επιτεύξιμους καθορισμένους στόχους
- Δημιουργήστε ένα γαλήνιο φυσικό μέρος όπου το μυαλό σας μπορεί να χαλαρώσει και να νιώθει ασφάλεια
- Υπενθυμίστε στον εαυτό σας ότι είστε ξεχωριστοί και σημαντικοί
- Να είστε καλοί με τον εαυτό σας
- Εξασκηθείτε σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας, π.χ.: να κρατάτε προσωπικό ημερολόγιο, να διαβάσετε ένα βιβλίο, να περπατάτε, να πιείτε έναν καφέ, να πλέξετε, να ζωγραφίσετε, να παρακολουθήσετε ένα αγαπημένο πρόγραμμα, να ακούσετε ραδιόφωνο/ή αγαπημένη μουσική, να ψήνετε, να προσεύχεστε, πάρτε αγκαλιά το κατοικίδιο σας, τραγουδάτε κ.λπ.

Πίνακας

Βήματα για τη δημιουργία ενός Σχεδίου Ασφάλειας σε περίπτωση ενδοοικογενειακής βίας (Centre for Family Support, 2021)

- 1.** Ετοιμάστε μια λίστα με αριθμούς έκτακτης ανάγκης που θα έχετε πάντα μαζί σας (Αστυνομία, φίλοι, ασθενοφόρο κ.λπ.).
- 2.** Προσδιορίστε μέρη που θα πάτε αν πρέπει να φύγετε, ακόμα κι αν πιστεύετε ότι δεν θα συμβεί ποτέ.
- 3.** Ετοιμάστε μια τσάντα με τα απαραίτητα και φυλάξτε την σε χώρο προσβάσιμο σε εσάς, άγνωστο στον δράστη, όπου μπορείτε να τα ανακτήσετε γρήγορα. Βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να τη βρει ο δράστης, καθώς η εύρεση της τσάντας μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για ένα συμβάν κακοποίησης.

Αντικείμενα που προτείνονται:

- ◆ Δελτίο ταυτότητας, διαβατήριο, άδεια οδήγησης
- ◆ χρήματα, κάρτες πληρωμής
- ◆ κινητό τηλέφωνο
- ◆ κλειδιά διαμερίσματος, αυτοκινήτου, εργασίας

- ◆ φάρμακα, συνταγές
- ◆ κάρτα ασφάλισης
- ◆ βεβαιώσεις σχολείου και εργασίας, βιβλιάρια υγείας για παιδιά
- ◆ τετράδιο με διευθύνσεις και τηλέφωνα
- ◆ πιστοποιητικά γέννησης (εγγονιών) και πιστοποιητικό γάμου
- ◆ ρούχα, εσώρουχα.

4. Πείτε στους στενούς σας συγγενείς, την οικογένεια, τους γείτονες κ.λπ. για την κατάσταση σας. Η βοήθειά τους είναι πολύ σημαντική για εσάς. Ζητήστε τους να καλέσουν την αστυνομία όταν η ασφάλειά σας βρίσκεται σε κίνδυνο.

5. Συμφωνήστε με τους γείτονες και τους φίλους σας ένα συγκεκριμένο σήμα, έναν ήχο που θα τους ενημερώσει ότι εσείς και τα (εγγόνια) σας κινδυνεύετε και χρειάζεστε τη βοήθειά τους ή της Αστυνομίας.

6. Μιλήστε στα (εγγόνια) παιδιά εάν εμπλέκονται - θα πρέπει να είναι προετοιμασμένα για πιθανά βίαια γεγονότα. Διδάξτε τους να καλούν την αστυνομία και να δίνουν σημάδια στους γείτονές τους. Εξασκηθείτε σε ένα σήμα μαζί τους για να καλέσετε για βοήθεια.

7. Σκεφτείτε πώς συμπεριφέρεται και αντιδρά ο δράστης όταν πρόκειται να θυμώσει: αναγνωρίστε τα σήματα της επικείμενης βίας από τον δράστη (τι λέει, πώς συμπεριφέρεται υπό την επήρεια αλκοόλ, τι εκφράσεις έχει το πρόσωπό του/της, ποιες χειρονομίες κάνει, αν εμφανίζονται εμμονικές σκέψεις, κ.λπ.), τι μπορεί να προκαλέσει την εκτόνωση της απειλητικής κατάστασης.

8. Φτιάξτε αντίγραφο των εγγράφων που είναι σημαντικά για εσάς, φυλάξτε τα σε σημείο απρόσιτο για τον δράστη, π.χ. με έμπιστους φίλους, ο δράστης, έχοντας τα έγγραφά σας, μπορεί να προσπαθήσει να τα καταστρέψει ή να τα χρησιμοποιήσει εναντίον σας.

9. Ανοίξτε τον δικό σας τραπεζικό λογαριασμό, για να μπορείτε να διαχειριστείτε τα χρήματά σας.

10. Δημιουργήστε αρκετούς εύλογους λόγους για να φύγετε από το σπίτι σε διαφορετικές ώρες της ημέρας ή της νύχτας. Παραδ. επίσκεψη στο μπακάλικο, περνώντας χρόνο με φίλους, παραμονή περισσότερο στη δουλειά, βρίσκοντας περιττές δουλειές να ολοκληρώσετε.

11. Εάν είναι δυνατόν, εξασκηθείτε στο πώς να φύγετε με ασφάλεια, συμπεριλαμβανομένων των (εγγονών) παιδιών, εάν μένουν μαζί σας. Τι θα χρησιμοποιήσετε πόρτες, παράθυρα ή σκάλες; Ελέγξτε αυτήν την οδό διαφυγής για να ξέρετε αν θα είναι χρησιμοποιήσιμη για εσάς τη στιγμή της επίθεσης και θα σας εξασφαλίσει ότι θα φύγετε από το σπίτι όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

12. Σχεδιάστε τι θα κάνετε εάν ο δράστης μάθει για το σχέδιό σας.

13. Εάν είναι δυνατόν, κρατήστε τα όπλα, μαχαίρια κλειδωμένα και αποθηκευμένα όσο πιο απρόσιτα γίνεται.

14. Να έχετε υπόψη σας πώς θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ρούχα ή κοσμήματα για να σας βλάψουν σωματικά. Αποφύγετε να φοράτε κασκόλ ή κοσμήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να σας βλάψουν.

15. Παρκάρετε το αυτοκίνητό σας με την όπισθεν στο σπίτι και φροντίστε να έχει πάντα καύσιμα. Εάν είναι δυνατόν, κρατήστε την πόρτα του οδηγού ξεκλειδωτή με τις υπόλοιπες πόρτες κλειδωμένες για γρήγορη πρόσβαση στο όχημα.


16. Εάν η βία είναι αναπόφευκτη, κάντε τον εαυτό σας όσο το δυνατόν μικρότερο. Μετακινηθείτε σε μια γωνία και κουλουριαστείτε σε μια μπάλα με το πρόσωπό σας προστατευμένο και τα χέρια γύρω από κάθε πλευρά του κεφαλιού σας, με τα δάχτυλα δεμένα.

8. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ – ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

Η εργασία με ηλικιωμένους που πιθανόν να είναι ή είναι θύματα βίας μπορεί να προκαλέσει διάφορα και ανάμεικτα συναισθήματα:

- ότι δεν έχουν επαρκείς δεξιότητες ή υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν μια συγκεκριμένη περίπτωση/κατάσταση
- η έλλειψη αυτοπεποίθησης του προσωπικού φροντίδας υγείας ή κοινωνικής φροντίδας, όσον αφορά την αποτελεσματική αντίδραση σε υποψίες κακομεταχείρισης
- παντοδυναμία, να είναι σίγουροι ότι ξέρουν τα πάντα για το πώς να αντιδράσουν και τι να κάνουν
- σύγχυση – θυμό που οδηγεί σε αδυναμία και απογοήτευση για:
 - ◆ κανένα αποτέλεσμα από τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν,
 - ◆ ανεπαρκείς ή ανύπαρκτες (ποιοτικές) υπηρεσίες για ηλικιωμένα κακοποιημένα άτομα, χωρίς απλές και γρήγορες λύσεις
 - ◆ χρόνο που χρειάζεται για να ακούσουν και να υποστηρίξουν,
 - ◆ έλλειψη συνεργασίας από το άλλο μέρος – το κακοποιημένο άτομο
 - ◆ επανάληψη της βίας λόγω επιστροφής του θύματος στον δράστη
 - ◆ υπερπροστατευτική στάση και συμπεριφορά από τον επαγγελματία
 - ◆ απόσυρση
 - ◆ φόβο (ενός δράστη)
 - ◆ ενσυναίσθηση, συμπάθεια, εσωτερίκευση των συναισθημάτων και του πόνου του θύματος.

Στρατηγικές για υποστήριξη των επαγγελματιών στην ανίχνευση θυμάτων κακοποίησης



Οι κλινικοί επόπτες και οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να έχουν ένα σημαντικό επίπεδο εκπαίδευσης όσον αφορά όχι μόνο την ανίχνευση για κακομεταχείριση των ηλικιωμένων αλλά και τη διαχείριση αυτού του τύπου καταστάσεων. Με την ίδια έννοια, τα εργαλεία και οι διαδικασίες που αναπτύσσονται για ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και κατ' οίκον φροντίδας δεν πρέπει να καλύπτουν μόνο την ανίχνευση αλλά και παρεμβάσεις που σχετίζονται με την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων.

Η διαδικασία της ανίχνευσης απαιτεί έναν συνδυασμό ψυχοκοινωνικών, ιατρικών και νομικών γνώσεων, που μπορεί να διαφέρουν από προσωπικό σε προσωπικό. Μπορεί επίσης να επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αυτό που θα μπορούσε να βοηθήσει είναι σίγουρα η παροχή συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών, συναδέλφων και οργανωτικής υποστήριξης/πόρων. Η διαδικασία ανίχνευσης πρέπει να υπερβαίνει την ίδια την ανίχνευση και να τους βοηθά να αναπτύξουν ανθρωποκεντρικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της κλινικής επίβλεψης. Η διαδικασία πρέπει να εξετάζει ερωτήματα: πώς να κάνετε ανίχνευση, ποιες ερωτήσεις να κάνετε στον πελάτη/ασθενή ή την οικογένεια και πώς να παρέμβετε. Τότε η καινούρια διαδικασία ανίχνευσης θα έχει τη δυνατότητα όχι μόνο να υποστηρίξει τα θύματα κακοποίησης (αφού αποκαλυφθούν), αλλά και να αυξήσει την ευαισθησία των επαγγελματιών σε διακριτικά σημάδια κακομεταχείρισης.

Στην πρακτική έρευνα και τις δοκιμαστικές εφαρμογές της διαδικασίας ανίχνευσης, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι «δεν τεκμηρίωσαν τις πληροφορίες λόγω ζητημάτων εμπιστευτικότητας και ασαφών διαδικασιών» (Couture et al. 2016, σελ. 17). Σε ομάδες εστίασης που ακολούθησαν τις δοκιμές ανέφεραν ότι η διατήρηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης είναι πιο σημαντική για ορισμένους επαγγελματίες φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας από τη συζήτηση για την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων με πιθανά θύματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η θέσπιση ειδικής διαδικασίας και εκπαίδευσης που εξετάζει τα ζητήματα εμπιστευτικότητας θα διασφάλιζε ότι η εφαρμογή της διαδικασίας ανίχνευσης θα πραγματοποιηθεί με πλήρες εύρος και δεν θα εξαρτάται από την προκατειλημμένη προσέγγιση και τις άνισες ικανότητες μεταξύ των επαγγελματιών.

Μια άλλη ανησυχία που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι το εργαλείο ανίχνευσης μπορεί να μην χρησιμοποιείται συστηματικά, ειδικά από τους πιο έμπειρους επαγγελματίες, οι οποίοι ισχυρίζονται ότι μπορούν να αντιληφθούν τις ενδείξεις βίας χωρίς να χρειάζεται να κάνουν μια σειρά ερωτήσεων. Ταυτόχρονα, ένα τέτοιο εργαλείο ανίχνευσης παρέχει δομή και υποστήριξη στην ανίχνευση για τους λιγότερο έμπειρους επαγγελματίες.

Εκτός από τους προαναφερθέντες οργανωτικούς και εργασιακούς παράγοντες, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής φροντίδας που είναι πρόθυμα να ελέγξουν αποτελεσματικά για θύματα κακοποίησης θα πρέπει επίσης να εξετάσουν την τακτική επίβλεψη ως εργαλείο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση πιθανού τραύματος (Powell et al., 2015, Συζήτηση).

Η επίβλεψη μπορεί να έχει τις ακόλουθες μορφές:

- εκπαίδευση σχετικά με τη διαδικασία ανίχνευσης που εφαρμόζεται
- συνεχής επίβλεψη

- αξιολόγηση φόρτου υποθέσεων από κάθε κοινωνικό λειτουργό/επαγγελματία υγείας
- εβδομαδιαίες ατομικές συναντήσεις επίβλεψης διάρκειας 30 λεπτών με τους προϊσταμένους τους και συζήτηση για τις περιπτώσεις που ανιχνεύτηκαν.

Η καλά διεξαγόμενη επίβλεψη θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη γνώση σχετικά με την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων και τους παράγοντες κινδύνου και υψηλότερο επίπεδο αντιληπτής ικανότητας για την αντιμετώπιση υποθέσεων. Θα πρέπει να δημιουργηθούν νέα σχέδια παρέμβασης για τους πελάτες/ασθενείς για την αντιμετώπιση της κατάστασης κακομεταχείρισης και θα πρέπει να ακολουθήσει εφαρμογή υποστήριξης από άλλα ιδρύματα και πάροχους υπηρεσιών.

Δραστηριότητες Ενεργητικής Μάθησης

Μια σειρά ασκήσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών περιεχομένων που διδάσκονται στην ενότητα.

Άσκηση 1 – POST-IT PARADE

Σκοπός της άσκησης: να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να κατανοήσουν τον εαυτό τους

Απαιτούμενο υλικό: αυτοκόλλητα χαρτάκια σημειώσεων

Οδηγίες: προμηθεύστε τους συμμετέχοντες με διάφορα αυτοκόλλητα χαρτάκια σημειώσεων. Ζητήστε τους να γράψουν στα αυτοκόλλητα χαρτάκια όλα τα συναισθήματα ή τις καταστάσεις που περιμένουν ότι θα αντιμετωπίσει ένας επαγγελματίας που εργάζεται με πιθανά θύματα κακοποίησης στην χώρα τους, οργανισμό, κουλτούρα ή υποστηρικτικό σύστημα.

Ο εκπαιδευτής μαζεύει τα αυτοκόλλητα χαρτάκια από όλους τους συμμετέχοντες και τα τοποθετεί σε ένα τοίχο ή πίνακα σημειώσεων χωρίζοντας τα σε κατηγορίες.

Οι προτεινόμενες απαντήσεις της ομάδας συζητούνται σε δημόσια συζήτηση και ο εκπαιδευτής συμπληρώνει όπου χρειάζεται.

Άσκηση 2 – ΠΑΙΧΝΙΔΙ «REPLAY»

Σκοπός της άσκησης: ανασκόπηση του περιεχομένου της ενότητας

Απαιτούμενο υλικό:

- μια λίστα από 8-12 ανοικτού τύπου ερωτήσεις επανάληψης
- ένα πίνακα σημειώσεων ή πίνακα¹³ σύμφωνα με το σχέδιο δεξιά
- ένα χρονόμετρο (π.χ. ρολόι χρονόμετρο σε κινητό)
- κάρτες σε δύο χρώματα που θα επιτρέπουν στην άλλη ομάδα να απαντά με «ναι» ή «όχι»
- ένα μικρό βραβείο για την νικήτρια ομάδα (συστήνεται όχι απαραίτητα)

Challenges of working with abuse victims
1 2 3 4 5
6 7 8 9 10
<u>Team A Team B</u>
Points Points

Οδηγίες: ο εκπαιδευτής ενημερώνει τους συμμετέχοντες για τους κανόνες:

- Οι ομάδες με τη σειρά επιλέγουν ερωτήσεις
- Η απάντηση σε κάθε ερώτηση είναι 1 βαθμός. Υπάρχουν 3 κρυμμένες ερωτήσεις μόνους των 2 βαθμών.
- Αφού ο αρχηγός διαβάσει την ερώτηση, η ομάδα έχει 20-30 δευτερόλεπτα για να απαντήσει.
- Η δεύτερη ομάδα ακούει την απάντηση και διαλέγει μια από τις κάρτες ναι/όχι. Η κάρτα ναι σημαίνει ότι συμφωνούν με την απάντηση. Η κάρτα όχι σημαίνει ότι η απάντηση δεν είναι εντελώς σωστή.
- Αν οι αντίπαλοι προσθέσουν σημαντική πληροφορία, οι ομάδες μοιράζονται τους βαθμούς της ερώτησης
- Αν οι αντίπαλοι διορθώσουν ένα σημαντικό λάθος στην απάντηση της ομάδας – παίρνουν όλους τους βαθμούς.
- Άσχετα με το αποτέλεσμα, η επόμενη ερώτηση επιλέγεται από τη δεύτερη ομάδα.
- Η νικήτρια ομάδα χειροκροτείται και παίρνει ένα μικρό βραβείο από τον αρχηγό.

Θυμηθείτε ότι ο πιο σημαντικός στόχος του παιχνιδιού δεν είναι να νικήσουν ή να διασκεδάσουν αλλά να γίνει επανάληψη του υλικού της ενότητας. Επομένως, ο εκπαιδευτής παρακολουθεί την ουσία της απάντησης, δεν διστάζει να συμπληρώσει σύντομα και γρήγορα τις πληροφορίες που λείπουν, ώστε να μην διαταράξει τη δυναμική του παιχνιδιού.

Σημείωση για τον εκπαιδευτή: Οι ερωτήσεις για την επανάληψη του υλικού θα πρέπει να έχουν τη μορφή ανοιχτής ερώτησης ή αίτηση παροχής ορισμένου αριθμού χαρακτηριστικών ή ονομασίας όλων των στοιχείων του κλειστού καταλόγου. Από τις ερωτήσεις, επιλέξτε 3 για να είναι οι ερωτήσεις μόνους.

Παραδείγματα ερωτήσεων:

1. Τι μπορούν να κάνουν οι κυβερνήσεις (περισσότερο) για να αποτρέψουν την κακοποίηση ηλικιωμένων; Δώστε τουλάχιστον 3 ιδέες. Για την καταχώριση περισσότερων στρατηγικών, υπάρχουν επιπλέον βαθμοί - **(ερώτηση μόνους)**.

¹³ Οι αριθμοί στον πίνακα αντιπροσωπεύουν τον αριθμό της ερώτησης. Κατά την διάρκεια του παιχνιδιού διαγράψτε τις ερωτήσεις που απαντήθηκαν. Αυτό όχι μόνο βοηθά τους συμμετέχοντες να κάνουν νέες ερωτήσεις αλλά αυξάνει και την αγωνία. Ο ιδανικός αριθμός των ερωτήσεων είναι μεταξύ 8 με 12. Πρέπει πάντα να είναι ζυγός αριθμός. Σημειώστε το όνομα της ομάδας και κρατήστε από κάτω το σκορ της.


2. Ποια είναι τα συμπτώματα της PTSD; Ονομάστε τις 3 κύριες ομάδες.
3. Δώστε 5 παραδείγματα της τεχνικής συναισθηματικής φροντίδας.
4. Ονομάστε 5 διαφορετικά συναισθήματα που εμποδίζουν ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης στην αποκάλυψη της
5. Ονομάστε 7 βήματα για τη δημιουργία ενός πλάνου ασφαλείας (**ερώτηση μπόνους**).
6. Κατά τη διάρκεια της ανίχνευσης ανακαλύψατε ότι ο ηλικιωμένος ασθενής σας είναι θύμα κακοποίησης. Ποια μπορεί να είναι τα 3 πρώτα βήματα που θα ακολουθήσετε για να διαχειριστείτε αυτή την αποκάλυψη;
7. Τι κατηγορίες μπορεί να αντιμετωπίσει ένας δράστης όταν αναφερθεί στον εισαγγελέα; Ονομάστε 3 για να κερδίσετε 1 βαθμό, ονομάστε 6 για να πάρετε **μπόνους**.
8. Ποια είναι τα βασικά δικαιώματα φροντίδας υγείας σύμφωνα με τον Χάρτη των Δικαιωμάτων των Ασθενών της ΕΕ;
9. Ονομάστε τουλάχιστον 3 είδη θεραπείας της PTSD.
10. Δώστε παραδείγματα τουλάχιστον 3 πράγματα που δεν πρέπει να λέμε σε ένα ηλικιωμένο θύμα βίας με PTSD.

Βιβλιογραφία

1. Acierno R, Hernandez-Tejada M A, Anetzberger G J, Loew D & Muzzy W 2017, 'The National Elder Mistreatment Study: an 8-year longitudinal study of outcomes.' *Journal of elder abuse & neglect*, 29(4), 254-269
2. Active Citizenship Network 2002, *European Charter of Patients' Rights*, viewed 30 May 2021, https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
3. Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row
4. Centre for Family Support, viewed May 30th, 2021, http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan_bezpiecze%C5%84stwa.pdf

5. Chang, ES & Levy BR 2021, 'High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007
6. Choi, Y. J., O'Donnell, M., Choi, H. B., Jung, H. S., & Cowlshaw, S. (2018). Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1948.
7. Couture, M, Soulières, M, Israël, S & Sasseville, M 2016, 'Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible?', *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21, doi: 10.1177/0886260516662851.
8. Dietlevsen N & Elklit A 2010, 'The combined effect of gender and age on post-traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?', *Annals of General Psychiatry* 9, 32, doi: 10.1186/1744-859X-9-32
9. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
10. European Institute for Gender Equality 2019, viewed 12 September 2021, <https://eige.europa.eu/publications/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexism>
11. Eurostat 2020, *Mental health and related issues statistics 2020*, viewed 12 September 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
12. Giving Care 2017, 'Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Aging,' viewed 12 September 2021, <https://www.silverts.com/giving-care/index.php/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-and-aging>
13. Kaiser A, Wachen J, Potter C, Moye J & Davison E with the Stress, Health, and Aging Research Program (SHARP), 2017, 'Posttraumatic Stress Symptoms among Older Adults: A Review.' U.S. Department of Veterans Affairs, viewed 12 September 2021, https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/symptoms_older_adults.asp
- 14.
15. Killick, C & Taylor, BJ, 2009, 'Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 211-238. doi: 10.1080/08946560902997421
16. Kramer, D et al. 2009, 'Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment', *International Journal of Psychiatry Medicine*, 2009;39(4):345-58, doi: 10.2190/PM.39.4.a
17. Lancaster, C L., Teeters, J B., Gros, D F., Back S E, 2016, 'Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment', *Journal of Clinical Medicine*, 5 (11), doi: 10.3390/jcm5110105
18. National Domestic Violence Hotline, viewed 31 May 2021, <https://www.thehotline.org/create-a-safety-plan/>
19. Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & mental health*, 18(3), 316-325.


20. Perttu, S & Laurola, H, 2020, 'How to Identify and Support Older Victims of Abuse. A training handbook for professionals, volunteers and older people', Tartu, Estonia, viewed 20 May 2021, https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf
21. Polish Government Portal, Help for people affected by domestic violence, viewed 31 May 2021, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzynie>
22. Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Kirchner, JE, 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.' *Implementation Science*, 10, Article 21, viewed 20 May 2021, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
23. Rogers M 2016, 'Barriers to help-seeking: older women's experiences of domestic violence and abuse. Briefing note,' viewed 20 May 2021: <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/41328/>
24. Royal College of Psychiatrists, Public Education Committee, 2015, viewed 30 May 2021, <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder?searchTerms=post%20traumatic>
25. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA & Jogerst, GJ, 2012, 'Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36, doi: 10.1080/08946566.2011.608044
26. Sirey, J., Scher, C., & Solomonov, N. (2018). PTSD AMONG ELDER ABUSE VICTIMS WITH DEPRESSED MOOD. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 989.
27. Stolee, P, Hiller, LM, Etkin, M. & McLeod, J, 2012 "Flying by the seat of our pants": Current processes to share best practices to deal with elder abuse.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 179-194.
28. Stowarzyszenie INTRO and Wrocław Commune, Kampania Przemoc (Campaign: Abuse) 2021, viewed 20 May 2021, https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php
29. Szukalski, P, 2009, 'Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne' ('Ageism - individual and institutional manifestations') in Halicka M, Halicki J & Czykier K. (ed), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. (Adult and senior man in a situation of violence)*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, pp. 59-68.
30. Tamutiene I, De Donder L, Penhale B, Lang G, Ferreira-Alves J & Luoma M-L 2013, 'Help seeking behaviour of abused older women (Cases of Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal).' *Filosofija Sociologija*, 24(4), 217–225.
31. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2020 Highlights, 2020, viewed 12 September 2021, [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_mes](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf)
[sages.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_mes_sages.pdf)


- 
32. Violence Against Women and Girls (VAWG) Resource Guide | Brief on Violence Against Older Women, 2016, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf
 33. WHO, <https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>
 34. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 35. WHO, 2013, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, viewed 1 September 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1
 36. WHO. (2015). World report on ageing and health. Geneva: Author. See also: Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Αξιολόγηση

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις ακόλουθες ερωτήσεις για να αξιολογήσετε τις γνώσεις των συμμετεχόντων. Οι σωστές απαντήσεις είναι υπογραμμισμένες.

1. Τα βασικά χαρακτηριστικά στους περισσότερους ορισμούς της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι: ενέργειες και παραλείψεις από την πλευρά του δράστη οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν βλάβη ή να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο για βλάβη σε ένα ευάλωτο, ευπαθή ηλικιωμένο. Σωστό ή Λάθος;
2. Οι ανεξήγητες πτώσεις και τραυματισμοί, τα κατάγματα απροσδιορίστου αιτιολογίας, οι εκδορές, τα σημάδια από δάχτυλα ή άλλες ενδείξεις σωματικού περιορισμού, τα σημάδια στο δέρμα ενδεικτικά ότι το άτομο πιθανόν να ήταν δεμένο, καθηλωμένο θεωρούνται σημεία σωματικής κακοποίησης. Σωστό ή Λάθος;
3. Ποιοι από τους πιο κάτω θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση ηλικιωμένων;
 - α) Εξάρτηση, αναπηρία του ηλικιωμένου
 - β) Κακή ψυχική υγεία του ηλικιωμένου
 - γ) Να είναι γυναίκα
 - δ) Έλλειψη υποστηρικτικών/εκπαιδευτικών υπηρεσιών για φροντιστές
 - ε) Όλα τα πιο πάνω
4. Ο όρος έλεγχος ρουτίνας αναφέρεται στην διερεύνηση για συντροφική βία χωρίς τη χρήση κριτηρίων δημόσιας υγείας ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ανίχνευσης. Σωστό ή Λάθος;
5. Θετική ανίχνευση για κακοποίηση ηλικιωμένου σημαίνει:
 - α) Ότι υπάρχει οπωσδήποτε κακοποίηση
 - β) Ότι πρέπει να συλλεχθούν περισσότερες πληροφορίες
 - γ) Ότι το άτομο δεν είναι θύμα κακοποίησης
6. Ο εντοπισμός της κακοποίησης σε ηλικιωμένα άτομα με άνοια σε σύγκριση με ηλικιωμένα άτομα χωρίς άνοια:
 - α) Αποτελεί πρόκληση

- 
- β) Δεν αποτελεί πρόκληση
- γ) Δεν υπάρχει διαφορά
7. Με ποιους τρόπους μπορεί να δοθεί η συγκατάθεση σε μια διερεύνηση ρουτίνας/ανίχνευση;
- α) Ρητή συγκατάθεση
- β) Υπονοούμενη συγκατάθεση
- γ) Τόσο ρητή όσο και υπονοούμενη
8. Κατά τη διάρκεια ελέγχου ρουτίνας/διαδικασίας ανίχνευσης, ο συνεντευκτής (ο επαγγελματίας) «έχει καθήκον να αναφέρει» όλες τις περιπτώσεις. Σωστό ή Λάθος;
9. Όταν καταγράφει απαντήσεις σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ο συνεντευκτής πρέπει να τις αναφέρει κατά λέξη. Σωστό ή λάθος;
10. Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD);
- α) Αναδρομές και εφιάλτες
- β) Αποφυγή και μούδιασμα
- γ) Να είναι σε «επιφυλακή»
- δ) Όλα τα πιο πάνω
11. Ποιες από τις πιο κάτω ομαδικές δραστηριότητες αποτελούν καλά παραδείγματα της τεχνικής συναισθηματικής αυτοφροντίδας;
- α) Να βοηθάς τους άλλους, τους συγγενείς και ανθρώπους που το έχουν ανάγκη (π.χ. να δίνεις αίμα), να γίνεσαι εθελοντής, να ενεργείς θετικά, να περνάς χρόνο στη φύση – κάνοντας εξωτερικές δραστηριότητες.
- β) Να μένεις μακριά από άλλους ανθρώπους, να δοκιμάζεις τεχνικές χαλάρωσης, να πηγαίνεις διακοπές μόνος σου.
- γ) Να περνάς χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους, να τρως και να ασκείσαι συστηματικά σύμφωνα με τις δυνατότητες σου, να καταναλώνεις άφθονο αλκοόλ ή καφέ ή να καπνίζεις περισσότερο.
- δ) Να κρύβεις τα συναισθήματα σου, να μην τα κρατάς για τον εαυτό σου, απόφυγε να μιλάς για αυτά.



12. Ποια από τα πιο κάτω συναισθήματα μπορεί να εμποδίσουν ένα ηλικιωμένο θύμα κακοποίησης να το αποκαλύψει;

α) Το ότι νοιάζεται ή ντρέπεται για τον δράστη

β) Ενοχή

γ) Ελπίδα

δ) Φόβος

ε) Όλα τα πιο πάνω

