



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

Αξιολόγηση των γνώσεων και της αυτοπεποίθησης των σχολικών
νοσηλευτών σχετικά με την πρόθεσή τους να ελέγξουν και να
αναφέρουν περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών

Μπακογιάννη Κωνσταντίνα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ Αικατερίνη Γ. Τόσκα

Καβάλα, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Μπακογιάννη Κωνσταντίνα, Αξιολόγηση των γνώσεων και της αυτοπεποίθησης των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με την πρόθεσή τους να ελέγξουν και να αναφέρουν περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών

Ευχαριστίες

Εκφράζω ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και τις πολύτιμες παρατηρήσεις κατά την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας. Ευχαριστώ επίσης τους/τις συμμετέχοντες/ούσες στην έρευνα που αφιέρωσαν χρόνο για την απάντηση στο ερωτηματολόγιο.

Περίληψη

Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών. Οι σχολικοί νοσηλευτές κατέχουν προνομιακή θέση στο σχολικό περιβάλλον για την έγκαιρη αναγνώριση και αναφορά περιστατικών, ωστόσο η ελληνική έρευνα για τον συγκεκριμένο πληθυσμό παραμένει περιορισμένη. Η παρούσα ποσοτική μελέτη αξιολόγησε τις γνώσεις, τις στάσεις, τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς και την πρόθεση αναφοράς σχολικών νοσηλευτών/τριών στην Ελλάδα.

Η έρευνα διεξήχθη ως περιγραφική συγχρονική μελέτη με δείγμα $N=328$ επαγγελματιών νοσηλευτικής και συναφών ρόλων στο σχολικό περιβάλλον, που συλλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας και χιονοστιβάδας (Φεβρουάριος–Μάιος 2026). Χρησιμοποιήθηκε προσαρμοσμένη έκδοση του ερωτηματολογίου Child Abuse Report Intention Scale (CARIS), βασισμένη στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, με οκτώ σενάρια που προσομοιώνουν ρεαλιστικές καταστάσεις σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν χαμηλό συνολικό επίπεδο γνώσεων (29,8% σωστές απαντήσεις), με κυρίαρχη απάντηση «Δεν ξέρω» σε ερωτήσεις νομικού και κλινικού περιεχομένου. Το 59,8% δήλωσε μηδενικές ώρες εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση, ενώ το 43% είχε προηγουμένως αναφέρει πιθανό περιστατικό. Οι συμμετέχοντες/ούσες απέρριψαν σαφώς τη σωματική τιμωρία, ενώ ο αντιληπτός έλεγχος ήταν μέτριος ($M=2,89/5$). Η πρόθεση αναφοράς διαφέρει σημαντικά ανά σενάριο (έλεγχος Friedman, $p<0,001$): ήταν υψηλότερη σε σωματική κακοποίηση ($M=9,04$) και παραμέληση ($M=8,62$) και σημαντικά χαμηλότερη στη συναισθηματική κακοποίηση, ιδίως στο σενάριο γελοιοποίησης/σύγκρισης ($M=3,64/10$).

Η μελέτη αποτελεί, κατά την καλύτερη γνώση των συγγραφέων, την πρώτη εφαρμογή της CARIS σε Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές. Συμπερασματικά, οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες εμφανίζουν πρόθεση προστασίας παιδιών σε σαφή περιστατικά, αλλά χρειάζονται στοχευμένη εκπαίδευση, σαφή πρωτόκολλα αναφοράς και θεσμική υποστήριξη για να

μετατρέψουν την πρόθεση σε συνεπή πρακτική, ιδίως σε λιγότερο ορατούς τύπους κακοποίησης.

Λέξεις – Κλειδιά

παιδική κακοποίηση, σχολικοί νοσηλευτές, πρόθεση αναφοράς, CARIS, γνώσεις, αυτοπεποίθηση

Assessment of knowledge and confidence of school nurses regarding their intention to investigate and report child abuse and neglect cases

Bakogianni Konstantina

Abstract

Child abuse and neglect constitute a major public health problem with long-term consequences for children's physical and mental health. School nurses occupy a privileged position in the school setting for early recognition and reporting of cases; however, Greek research on this professional group remains limited. This quantitative study assessed the knowledge, attitudes, perceived behavioural control, and reporting intention of school nurses in Greece.

The research was conducted as a cross-sectional descriptive study with a sample of N=328 nursing professionals and related roles in the school environment, recruited through convenience and snowball sampling (February–May 2026). Data were collected using an adapted version of the Child Abuse Report Intention Scale (CARIS), grounded in the Theory of Planned Behaviour, comprising eight scenarios simulating realistic situations of physical, sexual, and emotional abuse and neglect.

Results revealed a low overall level of knowledge (29.8% correct answers), with frequent "Don't know" responses on legal and clinical items. Nearly 60% reported zero hours of training on child abuse during their studies, while 43% had previously reported a suspected case. Participants clearly rejected corporal punishment, while perceived behavioural control was moderate ($M=2.89/5$). Reporting intention differed significantly across scenarios (Friedman test, $p<0.001$): it was highest for physical abuse ($M=9.04$) and neglect ($M=8.62$)

and significantly lower for emotional abuse, especially in the ridicule/comparison scenario ($M=3.64/10$).

To the authors' knowledge, this study represents the first application of CARIS among Greek school nurses. In conclusion, school nurses demonstrate intention to protect children in clear-cut cases but require targeted education, clear reporting protocols, and institutional support to translate intention into consistent practice, particularly for less visible forms of maltreatment.

Keywords

child abuse, school nurses, reporting intention, CARIS, knowledge, self-confidence

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- 1.1 Εισαγωγή στο πρόβλημα
- 1.2 Σημασία της έρευνας
- 1.3 Διάρθρωση της εργασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

- 2.1 Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση
 - 2.1.1 Ορισμοί και τύποι κακοποίησης
 - 2.1.2 Επιδημιολογία παιδικής κακοποίησης
 - 2.1.3 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες
 - 2.1.4 Συνέπειες της παιδικής κακοποίησης
- 2.2 Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα
 - 2.2.1 Εθνική νομοθεσία
 - 2.2.2 Διεθνείς συμβάσεις
 - 2.2.3 Διαδικασία αναφοράς
- 2.3 Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή
 - 2.3.1 Θεσμικό πλαίσιο σχολικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα
 - 2.3.2 Ο σχολικός νοσηλευτής ως «gatekeeper»
 - 2.3.3 Εμπόδια στην αναγνώριση και αναφορά
- 2.4 Θεωρητικό Πλαίσιο
 - 2.4.1 Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior)
 - 2.4.2 Μοντέλα λήψης αποφάσεων στην αναφορά κακοποίησης
- 2.5 Εργαλεία Μέτρησης Πρόθεσης Αναφοράς
 - 2.5.1 Child Abuse Report Intention Scale (CARIS)
 - 2.5.2 Άλλα εργαλεία μέτρησης
- 2.6 Ανασκόπηση Εμπειρικών Ερευνών
 - 2.6.1 Έρευνες σε επαγγελματίες υγείας
 - 2.6.2 Έρευνες σε εκπαιδευτικούς και σχολικό προσωπικό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

- 3.1 Σκοπός της Έρευνας
- 3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα
- 3.3 Σχεδιασμός Έρευνας
- 3.4 Πληθυσμός και Δείγμα
 - 3.4.1 Πληθυσμός-στόχος
 - 3.4.2 Δειγματοληψία και Υπολογισμός Μεγέθους Δείγματος
- 3.5 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

3.5.1 Προσαρμοσμένο Ερωτηματολόγιο CARIS για Σχολικούς Νοσηλευτές

3.5.2 Δομή Ερωτηματολογίου

3.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

3.7 Ηθικά Ζητήματα

3.8 Στατιστική Ανάλυση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά

4.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

4.1.2 Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

4.2 Στάσεις

4.2.1 Στάσεις για μεθόδους ανατροφής/πειθαρχία (Τμήμα 2α)

4.2.2 Στάσεις για τιμωρία θύτη (Τμήμα 2β)

4.2.3 Στάσεις επαγγελματικής ευθύνης (Τμήμα 2γ)

4.3 Γνώσεις (Τμήμα 3)

4.4 Υποκειμενικά Κριτήρια (Τμήμα 4)

4.5 Αντιληπτός Έλεγχος Συμπεριφοράς (Τμήμα 5)

4.6 Σενάρια – Πρόθεση Αναφοράς (Τμήμα 6)

4.6.1 Συγκριτική ανάλυση σεναρίων

4.6.2 Ανάλυση ανά τύπο κακοποίησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Σύνοψη Κύριων Ευρημάτων

5.2 Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

5.2.1 Γνώσεις σχολικών νοσηλευτών

5.2.2 Στάσεις απέναντι στην αναφορά

5.2.3 Αυτοπεποίθηση και αντιληπτός έλεγχος

5.2.4 Πρόθεση αναφοράς ανά τύπο κακοποίησης

5.3 Σύνδεση με Θεωρητικό Πλαίσιο

5.4 Συνεισφορά στη Βιβλιογραφία

5.5 Περιορισμοί της Έρευνας

5.6 Συμπεράσματα

5.7 Προτάσεις

5.7.1 Προτάσεις για την πρακτική

5.7.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Βιβλιογραφία

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο (CARIS – προσαρμοσμένη έκδοση)

Παράρτημα Β: Κείμενο Ενημέρωσης Συμμετεχόντων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή στο πρόβλημα

Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, με σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των θυμάτων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2022), εκατομμύρια παιδιά υφίστανται κάποια μορφή κακοποίησης ή παραμέλησης κάθε χρόνο, με τα ποσοστά να παραμένουν ανησυχητικά υψηλά τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η συστηματική ανασκόπηση των Hillis και συνεργατών (2016) εκτιμά ότι περισσότερο από το ένα δισεκατομμύριο παιδιά παγκοσμίως έχουν βιώσει κάποια μορφή βίας κατά το προηγούμενο έτος, υπογραμμίζοντας την τεράστια κλίμακα του προβλήματος.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η παιδική κακοποίηση δεν αποτελεί μεμονωμένο φαινόμενο αλλά μια διαδεδομένη πραγματικότητα που διαπερνά όλες τις κοινωνικές τάξεις, τις πολιτισμικές ομάδες και τα γεωγραφικά σύνορα. Η μετα-ανάλυση των Stoltenborgh και συνεργατών (2015) αποκαλύπτει ότι τα ποσοστά επικράτησης της παιδικής κακοποίησης κυμαίνονται από 8% έως 31% ανάλογα με τον τύπο κακοποίησης και τη γεωγραφική περιοχή. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα ότι η σεξουαλική κακοποίηση επηρεάζει περίπου το 18% των κοριτσιών και το 8% των αγοριών παγκοσμίως, ενώ η σωματική κακοποίηση αφορά περίπου το 23% των παιδιών (Gilbert et al., 2009).

Στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι το πρόβλημα της παιδικής κακοποίησης είναι εξίσου σοβαρό, αν και η υπο-αναφορά περιστατικών καθιστά δύσκολη την ακριβή εκτίμηση της έκτασής του. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2023), η γραμμή SOS 1056 δέχεται χιλιάδες κλήσεις ετησίως που αφορούν περιστατικά κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών. Οι Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και Μπούσκου (2012) τονίζουν ότι τα καταγεγραμμένα περιστατικά αποτελούν μόνο την "κορυφή του παγόβουνου", καθώς πολλές περιπτώσεις παραμένουν αδιάγνωστες ή μη αναφερόμενες.

Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης εκτείνονται πολύ πέρα από την παιδική ηλικία. Η εμβληματική μελέτη Adverse Childhood Experiences (ACE) των Felitti και συνεργατών

(1998) κατέδειξε την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας και των κύριων αιτιών θανάτου στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του καρκίνου, των χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων και της κατάχρησης ουσιών. Η μετα-ανάλυση των Norman και συνεργατών (2012) επιβεβαιώνει ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές, αυτοκτονικές τάσεις και σωματικά προβλήματα υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Δεδομένων των σοβαρών και μακροχρόνιων συνεπειών της παιδικής κακοποίησης, η έγκαιρη αναγνώριση και αναφορά περιστατικών καθίσταται κρίσιμης σημασίας. Οι επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, βρίσκονται σε στρατηγική θέση για την ανίχνευση σημείων κακοποίησης, καθώς έρχονται σε τακτική επαφή με παιδιά και οικογένειες σε διάφορα περιβάλλοντα (Bradbury-Jones et al., 2019). Ωστόσο, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι πολλοί επαγγελματίες αποτυγχάνουν να αναφέρουν περιστατικά ακόμη και όταν υπάρχουν ενδείξεις κακοποίησης (Alvarez et al., 2004).

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι σχολικοί νοσηλευτές κατέχουν μια ιδιαίτερα προνομιακή θέση για την αναγνώριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί χώρο όπου τα παιδιά περνούν σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους, επιτρέποντας στους σχολικούς νοσηλευτές να παρατηρούν συστηματικά τη σωματική και ψυχική κατάσταση των μαθητών (Jordan et al., 2017). Σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες υγείας που βλέπουν τα παιδιά σποραδικά, οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους μαθητές και να αντιληφθούν αλλαγές στη συμπεριφορά ή σημεία κακοποίησης που μπορεί να διαφύγουν της προσοχής άλλων.

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή ως "gatekeeper" στην προστασία των παιδιών αναδεικνύεται ιδιαίτερα στη διεθνή βιβλιογραφία (Backett-Milburn & Cunningham-Burley, 2017). Οι σχολικοί νοσηλευτές δεν αναλαμβάνουν μόνο την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών υγείας, αλλά διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόληψη, την αγωγή υγείας και την προστασία της παιδικής ευημερίας. Η καθημερινή τους παρουσία στο σχολείο και η

προσβασιμότητά τους για τους μαθητές τους καθιστούν βασικούς πυλώνες του συστήματος προστασίας παιδιών.

Παρά την κρίσιμη θέση τους, οι σχολικοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην αναγνώριση και αναφορά περιστατικών κακοποίησης. Οι Alrimawi και συνεργάτες (2019) εντόπισαν πολλαπλά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης, της αβεβαιότητας σχετικά με τα σημεία αναγνώρισης κακοποίησης, του φόβου λανθασμένης αναφοράς, και της ανησυχίας για τις επιπτώσεις στη σχέση με την οικογένεια. Επιπλέον, πολιτισμικοί παράγοντες και κοινωνικές νόρμες μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση για αναφορά, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου οι πρακτικές πειθαρχίας εκλαμβάνονται ως αποδεκτές (Schols et al., 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα του προβλήματος και την προνομιακή θέση των σχολικών νοσηλευτών, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση του επιπέδου γνώσεών τους, της αυτοπεποίθησής τους και της πρόθεσής τους να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν περιστατικά παιδικής κακοποίησης στο σχολικό περιβάλλον. Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία εστιάζει σε αυτό το θεματικό πεδίο, συμβάλλοντας στην κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά αναφοράς μεταξύ των σχολικών νοσηλευτών στην Ελλάδα.

1.2 Σημασία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει σημαντικές επιπτώσεις σε τρία επίπεδα: πρακτικό, επιστημονικό και πολιτικό.

Πρακτική σημασία: Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να συμβάλουν στον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για σχολικούς νοσηλευτές. Η αναγνώριση των κενών στις γνώσεις και των εμποδίων στην αναφορά θα επιτρέψει την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την ικανότητα των σχολικών νοσηλευτών να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε περιστατικά κακοποίησης. Όπως επισημαίνουν οι Hawkins και McCallum (2001), η κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να αυξήσει σημαντικά την πιθανότητα αναφοράς υποπτευόμενων περιστατικών. Επιπλέον, η έρευνα μπορεί να συνεισφέρει στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών που θα διευκολύνουν τη διαδικασία αναφοράς.

Επιστημονική συνεισφορά: Η παρούσα μελέτη αποτελεί, σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, την πρώτη εφαρμογή του ερωτηματολογίου CARIS σε Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές. Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει περιορισμένες έρευνες σε αυτόν τον πληθυσμό, με τις περισσότερες μελέτες να εστιάζουν σε νοσηλευτές νοσοκομείων, μαίες ή εκπαιδευτικούς (Feng & Levine, 2005; Fraser et al., 2010; Kenny, 2001). Η έρευνα συμβάλλει στην κάλυψη αυτού του κενού και παρέχει δεδομένα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διασταυρωτικές πολιτισμικές συγκρίσεις. Η εφαρμογή της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στο πλαίσιο της αναφοράς κακοποίησης από σχολικούς νοσηλευτές προσθέτει νέα θεωρητική γνώση στο πεδίο.

Πολιτικές επιπτώσεις: Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να ενημερώσουν τη διαμόρφωση πολιτικών προστασίας παιδιών στην Ελλάδα. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση αναφοράς μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις του νομικού πλαισίου, της θεσμικής υποστήριξης και των διαδικασιών αναφοράς. Ο Συνήγορος του Παιδιού (2022) έχει επισημάνει την ανάγκη ενίσχυσης των μηχανισμών προστασίας και η παρούσα έρευνα μπορεί να συνεισφέρει προς αυτή την κατεύθυνση παρέχοντας εμπειρικά δεδομένα για τις ανάγκες και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι σχολικοί νοσηλευτές.

1.3 Διάρθρωση της εργασίας

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία οργανώνεται σε πέντε κεφάλαια:

Το Κεφάλαιο 1 (Εισαγωγή) παρουσιάζει το ερευνητικό πρόβλημα, αιτιολογεί τη σημασία της μελέτης της παιδικής κακοποίησης και του ρόλου των σχολικών νοσηλευτών, και περιγράφει τη διάρθρωση της εργασίας.

Το Κεφάλαιο 2 (Βιβλιογραφική Επισκόπηση) παρέχει μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Περιλαμβάνει τους ορισμούς και τους τύπους παιδικής κακοποίησης, τα επιδημιολογικά δεδομένα, τους παράγοντες κινδύνου και τις συνέπειες. Αναλύει το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα και διεθνώς, εξετάζει τον ρόλο του σχολικού νοσηλευτή, και παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Τέλος, περιγράφει τα εργαλεία μέτρησης πρόθεσης αναφοράς και ανασκοπεί τις εμπειρικές έρευνες στο πεδίο.

Το Κεφάλαιο 3 (Μεθοδολογία) διατυπώνει τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, και περιγράφει αναλυτικά τον σχεδιασμό της έρευνας, τον πληθυσμό-στόχο και τη μέθοδο δειγματοληψίας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων (προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο CARIS), τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τα ηθικά ζητήματα και τις στατιστικές μεθόδους ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν.

Το Κεφάλαιο 4 (Αποτελέσματα) παρουσιάζει τα ευρήματα της έρευνας, περιλαμβάνοντας τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τις βαθμολογίες στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου (στάσεις, γνώσεις, υποκειμενικά κριτήρια, αντιληπτός έλεγχος), την πρόθεση αναφοράς ανά σενάριο.

Το Κεφάλαιο 5 (Συζήτηση – Συμπεράσματα και Προτάσεις) ερμηνεύει τα αποτελέσματα υπό το φως της βιβλιογραφίας και του θεωρητικού πλαισίου, συγκρίνει τα ευρήματα με προηγούμενες έρευνες, αναγνωρίζει τους περιορισμούς της μελέτης, συνοψίζει τα συμπεράσματα (ενότητα 5.6) και διατυπώνει προτάσεις για την πρακτική και τη μελλοντική έρευνα (ενότητες 5.7.1–5.7.2).

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη βιβλιογραφία σε μορφή APA 7th Edition και τα παραρτήματα, τα οποία περιλαμβάνουν το πλήρες ερωτηματολόγιο, το έντυπο συναίνεσης και συμπληρωματικούς πίνακες αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρούσα ενότητα ανασκοπεί συστηματικά τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που σχετίζεται με την παιδική κακοποίηση και παραμέληση, το νομικό και θεσμικό πλαίσιο προστασίας παιδιών, τον ρόλο των σχολικών νοσηλευτών, το θεωρητικό υπόβαθρο της πρόθεσης αναφοράς, καθώς και τα εργαλεία και τις εμπειρικές μελέτες στο πεδίο. Η βιβλιογραφική επισκόπηση κινείται από τις γενικότερες έννοιες προς τις ειδικότερες, προκειμένου να θεμελιωθεί επιστημονικά η έρευνα για τις γνώσεις, τις στάσεις, την αυτοπεποίθηση και την πρόθεση αναφοράς των σχολικών νοσηλευτών στην Ελλάδα.

2.1 Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση

2.1.1 Ορισμοί και τύποι κακοποίησης

Η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών αποτελούν ένα από τα πιο σύνθετα και συγκλονιστικά πεδία της παιδικής ψυχολογίας και της δημόσιας υγείας. Η ιδιαίτερη σημασία του φαινομένου οφείλεται στο γεγονός ότι, σε πολλές περιπτώσεις, οι θύτες προέρχονται από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή από τα άτομα στα οποία το παιδί αναμένει να βρει προστασία, αγάπη και ασφάλεια. Η καταστροφή αυτής της βασικής προσδοκίας έχει βαθιές επιπτώσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη, την εμπιστοσύνη και τη μετέπειτα ψυχική υγεία του παιδιού (Wenar & Kerig, 2008).

Για πολλές δεκαετίες η ύπαρξη της παιδικής κακοποίησης αμφισβητούνταν ή υποτιμούνταν. Μια καθοριστική συμβολή στην αναγνώριση του προβλήματος άσκησαν ο Kempe και οι συνεργάτες του τη δεκαετία του 1960, οι οποίοι περιέγραψαν το «Σύνδρομο των κακοποιημένων παιδιών» (battered child syndrome), δηλαδή κάθε μη τυχαίο τραύμα που οφειλόταν σε πράξεις ή παραλείψεις γονέων ή φροντιστών. Οι ίδιοι απέδωσαν την έως τότε χαμηλή αναφορά περιστατικών στην αδυναμία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να αποδεχτούν ότι τόσο σοβαρά περιστατικά μπορούσαν να συμβαίνουν εντός της οικογένειας (Kempe et al., 1980, όπως αναφέρεται σε Wenar & Kerig, 2008). Αργότερα, η Gill (1975) όρισε την παιδική κακοποίηση ως κάθε διακοπή της ομαλής ανάπτυξης που θα μπορούσε να αποφευχθεί, υπογραμμίζοντας τη σχέση κακοποίησης-ανάπτυξης.

Στην προσπάθεια καθιέρωσης ενός ενιαίου επιστημονικού πλαισίου, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Παιδιών και Ανθρώπινης Ανάπτυξης (NICHD) πρότεινε την έννοια της κακομεταχείρισης (maltreatment) ως συμπεριφορά προς το παιδί που εκφεύγει των κανόνων ανατροφής, συνεπάγεται σημαντικό κίνδυνο σωματικής ή συναισθηματικής βλάβης και μπορεί να περιλαμβάνει τόσο εκούσιες ενέργειες όσο και ακούσιες παραλείψεις (Christoffel et al., 1992).

Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την παιδική κακομεταχείριση ως «κάθε μορφή σωματικής ή/και συναισθηματικής κακοποίησης, σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης, εμπορικής εκμετάλλευσης ή άλλης εκμετάλλευσης ενός παιδιού κάτω των 18 ετών, που έχει ως αποτέλεσμα πραγματική ή πιθανή βλάβη στην υγεία, την επιβίωση, την

ανάπτυξη ή την αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης ή εξουσίας» (World Health Organization, 2022). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 2022) εντάσσει τις εμπειρίες κακοποίησης και παραμέλησης στο ευρύτερο πλαίσιο των τραυματικών και δυσλειτουργικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, με σαφείς επιπτώσεις στη ψυχική υγεία.

Η κακοποίηση είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο και εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους, με διακυμαινόμενες επιπτώσεις στην ανάπτυξη. Για λόγους έρευνας, πρόληψης και κλινικής πρακτικής, έχει ταξινομηθεί σε τέσσερις βασικούς τύπους, οι οποίοι συχνά συνυπάρχουν.

Η σωματική κακοποίηση αφορά την πρόκληση τραυματισμών ή βλάβης στο παιδί μέσω πράξεων ή παραλείψεων που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή, την υγεία ή την ασφάλειά του, όπως χτυπήματα, κλωτσιές, σωματική τιμωρία, κάψιμο ή στραγγαλισμό. Η σοβαρότητα κυμαίνεται από ήπια τραύματα έως μόνιμες βλάβες, όπως εγκαύματα, εσωτερικοί τραυματισμοί ή εγκεφαλική βλάβη (Lightfoot et al., 2022; Wenar & Kerig, 2008). Στο σχολικό περιβάλλον, ενδείξεις όπως επαναλαμβανόμενα μελανιές, κατάγματα σε διάφορες φάσεις επούλωσης ή ασυνήθιστα σχόλια του παιδιού για τη χρήση βίας μπορούν να αποτελέσουν σήματα ανησυχίας.

Η συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει πράξεις και παραλείψεις που θεωρούνται ψυχολογικά καταστρεπτικές και συνδέονται με άμεση ή μακροπρόθεσμη βλάβη στη συμπεριφορική, γνωστική ή συναισθηματική λειτουργία του παιδιού. Συχνές μορφές είναι η απόρριψη (κριτική, εχθρότητα), ο υποβιβασμός (ταπείνωση, γελοιοποίηση), η τρομοκράτηση (απειλές, έκθεση σε επικίνδυνες καταστάσεις) και η έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης (απουσία στοργής και φροντίδας). Η συναισθηματική κακοποίηση είναι η λιγότερο εύκολα αναγνωρίσιμη μορφή και η πιο δύσκολη στην τεκμηρίωση, ενώ συχνά συνυπάρχει με άλλους τύπους (Wenar & Kerig, 2008).

Η σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε σεξουαλική δραστηριότητα με παιδί, συμπεριλαμβανομένων σεξουαλικής επίθεσης, απρεπών χαδισμάτων, έκθεσης σε σεξουαλικές πράξεις, συμμετοχής σε πορνογραφία ή αιμομιξίας. Μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις χωρίς σωματική επαφή και να είναι αιφνίδιες ή οργανωμένες, με στάδιο «grooming» για κέρδιση εμπιστοσύνης (Wenar & Kerig, 2008). Στην παρούσα έρευνα, τα σενάρια σεξουαλικής

κακοποίησης αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία μέτρησης πρόθεσης αναφοράς, δεδομένης της ιδιαίτερης σοβαρότητας και της νομικής υποχρέωσης αναφοράς.

Η παραμέληση αφορά την ανεπαρκή κάλυψη βασικών αναγκών του παιδιού (διατροφή, στέγαση, ιατρική περίθαλψη, εκπαίδευση, επίβλεψη) με αποτέλεσμα σοβαρό κίνδυνο για τη σωματική ή ψυχική υγεία. Πρόκειται για πράξη παράλειψης και όχι διάπραξης, γεγονός που καθιστά την ανίχνευσή της ιδιαίτερα δύσκολη (Wenar & Kerig, 2008). Η ιατρική παραμέληση, όπως η καθυστερημένη ιατρική φροντίδα σε σοβαρά άρρωστο βρέφος, αποτελεί συχνό σενάριο σε μελέτες πρόθεσης αναφοράς.

Παρότι οι τύποι κακοποίησης φαίνονται θεωρητικά διακριτοί, στην πράξη συχνά επικαλύπτονται. Η πολλαπλή θυματοποίηση (poly-victimization) είναι συχνό φαινόμενο, ενώ η διάκριση μεταξύ αποδεκτής πειθαρχίας και κακοποίησης παραμένει πολιτισμικά και νομικά ευαίσθητο ζήτημα, ιδίως όταν οι πρακτικές σωματικής τιμωρίας θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτές (Schols et al., 2013). Η σαφής κατανόηση των τύπων κακοποίησης αποτελεί προϋπόθεση για την ορθή αναγνώριση και αναφορά από τους σχολικούς νοσηλευτές.

Η διάκριση μεταξύ πειθαρχίας και κακοποίησης αποτελεί επαναλαμβανόμενο ζήτημα στην κλινική και εκπαιδευτική πράξη. Οι διεθνείς οργανισμοί τονίζουν ότι η σωματική τιμωρία που προκαλεί τραυματισμό ή σοβαρή συναισθηματική βλάβη δεν θεωρείται αποδεκτή πειθαρχία. Στο ελληνικό πλαίσιο, οι πολιτισμικές απόψεις για τη σωματική τιμωρία επηρεάζουν την αντίληψη σοβαρότητας περιστατικών, γεγονός που αποτυπώνεται στις κλίμακες στάσεων του CARIS.

Τα οκτώ σενάρια που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα αντιστοιχούν στους κύριους τύπους κακοποίησης: παραμέληση (παιδί μόνο το βράδυ), ιατρική παραμέληση (βρέφος με αφυδάτωση), σεξουαλική κακοποίηση (αιμομιξία γονέα-παιδιού), ψυχολογική κακοποίηση (ταυτότητα φύλου/εμφάνιση), σωματική κακοποίηση (χτυπήματα με ραβδί), σοβαρή σωματική κακοποίηση βρέφους (μελανιές, παλιά κατάγματα), συναισθηματική κακοποίηση (σύγκριση/γελοιοποίηση) και έκθεση σε πορνογραφία. Η χρήση σεναρίων επιτρέπει την τυποποιημένη μέτρηση πρόθεσης αναφοράς χωρίς να απαιτείται η αποκάλυψη πραγματικών περιστατικών από τους συμμετέχοντες.

2.1.2 Επιδημιολογία παιδικής κακοποίησης

Η εκτίμηση της πραγματικής έκτασης της παιδικής κακοποίησης παγκοσμίως παραμένει πρόκληση, λόγω διαφορετικών μεθόδων μέτρησης, ορισμών και της σημαντικής υπο-αναφοράς. Η συστηματική ανασκόπηση των Hillis και συνεργατών (2016) εκτίμησε ότι περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο παιδιά ηλικίας 2–17 ετών έχουν βιώσει κάποια μορφή σωματικής, συναισθηματικής ή σεξουαλικής βίας τον προηγούμενο χρόνο. Η μετα-ανάλυση των Stoltenborgh και συνεργατών (2015) κατέδειξε ότι η επικράτηση κυμαίνεται από 8% έως 31% ανάλογα με τον τύπο κακοποίησης και τη γεωγραφική περιοχή, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση αφορά περίπου το 18% των κοριτσιών και το 8% των αγοριών παγκοσμίως (Gilbert et al., 2009).

Στην Ελλάδα, τα επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία αντιπροσωπεύουν πιθανώς μόνο το ορατό μέρος του προβλήματος. Η γραμμή SOS 1056 του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού δέχεται χιλιάδες κλήσεις ετησίως που αφορούν περιστατικά κακοποίησης ή παραμέλησης (Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, 2023). Οι Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και Μπούσκου (2012) τόνισαν ότι τα καταγεγραμμένα περιστατικά αποτελούν την «κορυφή του παγόβουνου», καθώς πολλές περιπτώσεις παραμένουν αδιάγνωστες ή μη αναφερόμενες.

Η διεθνής βιβλιογραφία διακρίνει μεταξύ επικράτησης που βασίζεται σε αναφορές αρχών, σε δεδομένα υπηρεσιών και σε αυτο-αναφερόμενες εμπειρίες, με τις τελευταίες να αποκαλύπτουν συχνά υψηλότερα ποσοστά. Η ποικιλία μεθόδων και ορισμών καθιστά δύσκολες τις άμεσες συγκρίσεις μεταξύ χωρών, αλλά συμφωνεί το συμπέρασμα ότι η παιδική κακοποίηση αφορά σημαντικό ποσοστό του παιδικού πληθυσμού παγκοσμίως και στην Ελλάδα (Stoltenborgh et al., 2015; World Health Organization, 2022).

Η υπο-αναφορά (underreporting) αποτελεί κεντρικό επιδημιολογικό ζήτημα και συνδέεται άμεσα με την πρόθεση και τη συμπεριφορά αναφοράς των επαγγελματιών. Μελέτες έδειξαν ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν αναφέρουν περιστατικά ακόμη και όταν υπάρχουν ενδείξεις (Alvarez et al., 2004). Οι λόγοι περιλαμβάνουν αβεβαιότητα, φόβο λανθασμένης καταγγελίας, έλλειψη εκπαίδευσης και ανησυχία για τις συνέπειες στη σχέση με την οικογένεια. Η κατανόηση της επιδημιολογίας, σε συνδυασμό με τους παράγοντες

υπο-αναφοράς, αιτιολογεί την ανάγκη διερεύνησης της πρόθεσης αναφοράς στον πληθυσμό των σχολικών νοσηλευτών.

Επιπλέον, η παιδική κακοποίηση δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αν και η έκθεση σε πολλαπλούς κινδύνους αυξάνει την πιθανότητα. Η έγκαιρη ανίχνευση μέσω συστημάτων υγείας, εκπαίδευσης και σχολείου μπορεί να μειώσει την επανάληψη βίας και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, υπό την προϋπόθεση ότι οι επαγγελματίες γνωρίζουν τα σημεία αναγνώρισης και διαθέτουν πρόθεση και ικανότητα να προχωρήσουν σε αναφορά.

2.1.3 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Η παιδική κακοποίηση δεν οφείλεται σε μεμονωμένη αιτία, αλλά σε αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων σε επίπεδο παιδιού, οικογένειας και κοινωνικού περιβάλλοντος. Σε οικογενειακό επίπεδο, αυξημένος κίνδυνος συσχετίζεται με ιστορικό κακοποίησης στους γονείς, ψυχική νόσο, κατάχρηση ουσιών, βία μεταξύ συντρόφων, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, πολλαπλές γεννήσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα και κοινωνική απομόνωση (World Health Organization, 2022).

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η φιλοξενία προς βία, αυξάνουν την ευαλωτότητα, χωρίς να σημαίνουν ότι η κακοποίηση περιορίζεται σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η νεαρή ηλικία, η αναπηρία, το χρόνιο νόσημα ή η δυσκολία συμπεριφοράς, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο, ενώ χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η ανωριμότητα, η έλλειψη γονεϊκών δεξιοτήτων και η αρνητική στάση απέναντι στο παιδί, συμβάλλουν επίσης (Christoffel et al., 1992).

Αντίθετα, προστατευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν σταθερές σχέσεις με φροντιστές εκτός οικογένειας, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης, κοινωνική υποστήριξη και θεσμικές δομές προστασίας. Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης, της αγωγής υγείας και της αναφοράς, όταν διατίθεται επαρκής εκπαίδευση και θεσμική υποστήριξη.

Η έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου υποστηρίζει μοντέλα που δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ γονεϊκών, παιδικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών, αντί για απλές αιτιολογικές αναζητήσεις. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων βοηθά τους επαγγελματίες να αναγνωρίζουν οικογένειες υψηλού κινδύνου, χωρίς να στιγματοποιούν ομάδες πληθυσμού. Στο σχολείο, ενδείξεις όπως συχνές απουσίες, αδικαιολόγητες καθυστερήσεις, αλλαγές στη συμπεριφορά ή αναφορές από εκπαιδευτικούς μπορούν να αποτελέσουν σήματα που αξίζουν περαιτέρω διερεύνησης.

2.1.4 Συνέπειες της παιδικής κακοποίησης

Οι συνέπειες της παιδικής κακοποίησης εκτείνονται σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο ορίζοντα. Βραχυπρόθεσμα, τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν σωματικά τραύματα, διαταραχές ύπνου, παλινδρόμηση, άγχος, κατάθλιψη ή προβλήματα συμπεριφοράς. Η εμπνηματική μελέτη Adverse Childhood Experiences (ACE) των Felitti και συνεργατών (1998) κατέδειξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αρνητικών εμπειριών παιδικής ηλικίας και κύριων αιτιών θανάτου στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου και κατάχρησης ουσιών.

Η μετα-ανάλυση των Norman και συνεργατών (2012) επιβεβαίωσε ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές, αυτοκτονικές τάσεις και χρόνια προβλήματα υγείας. Σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η κακοποίηση συνεπάγεται υψηλό κόστος για συστήματα υγείας, παιδείας και ποινικής δικαιοσύνης (Peterson et al., 2018). Η σοβαρότητα των συνεπειών αιτιολογεί την έμφαση στην έγκαιρη αναγνώριση και αναφορά από επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με παιδιά, όπως οι σχολικοί νοσηλευτές.

2.2 Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

2.2.1 Εθνική νομοθεσία

Το ελληνικό νομικό πλαίσιο για την προστασία των παιδιών από κακοποίηση και σεξουαλική εκμετάλλευση διαμορφώθηκε ουσιαστικά με τον Νόμο 3500/2006, ο οποίος κύρωσε τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία παιδιών από σεξουαλική εκμετάλλευση και κακοποίηση (Σύμβαση Lanzarote). Ο νόμος αυτός καθιέρωσε την

υποχρεωτική άμεση αναφορά περιστατικών κακοποίησης ή σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών στις αρμόδιες αρχές, ανεξάρτητα από τη βούληση των γονέων ή των φροντιστών (Ελληνική Δημοκρατία, 2006).

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγέλματος ή ιδιότητάς του, πληροφορείται ή υποπτεύεται ότι τελείται πράξη κακοποίησης ή σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιού, υποχρεούται να ενημερώσει άμεσα τον Εισαγγελέα Ανηλίκων ή, εφόσον αυτός δεν είναι διαθέσιμος, την Αστυνομία. Η αναφορά δεν απαιτεί απόδειξη του περιστατικού· αρκεί η εύλογη υποψία. Ο Εισαγγελέας Ανηλίκων αναλαμβάνει τη διερεύνηση και, εφόσον κριθεί αναγκαίο, λαμβάνονται μέτρα προστασίας του παιδιού (Συνήγορος του Παιδιού, 2020).

Ο Συνήγορος του Παιδιού αποτελεί ανεξάρτητη αρχή για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού στην Ελλάδα και παρέχει καθοδήγηση, παρέμβαση και ενημέρωση σε θέματα προστασίας. Στο σχολικό περιβάλλον, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των σχολικών νοσηλευτών, εμπίπτουν στην κατηγορία των υποχρεωμένων προς αναφορά. Η γνώση του νομικού πλαισίου αποτελεί κρίσιμο συστατικό της επαγγελματικής επάρκειας και μετράται στο ερωτηματολόγιο CARIS μέσω ερωτήσεων γνώσεων (Τμήμα 3).

Σε ποινικό επίπεδο, η κακοποίηση ανηλίκων και η σεξουαλική κακοποίηση αποτελούν αυτοτελή αδικήματα στον Ποινικό Κώδικα, ενώ η παραμέληση μπορεί να στοιχειοθετήσει ποινική ευθύνη όταν τελείται με εγκληματική αμελία. Η ύπαρξη ειδικού πλαισίου για ανηλίκους υπογραμμίζει ότι η προστασία του παιδιού υπερισχύει της οικογενειακής ιδιωτικότητας όταν τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια ή η ευημερία του (Συνήγορος του Παιδιού, 2022).

2.2.2 Διεθνείς συμβάσεις

Το ελληνικό δίκαιο ενσωματώνει διεθνείς δεσμεύσεις για την προστασία των παιδιών. Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989) αναγνωρίζει το δικαίωμα του παιδιού σε προστασία από κάθε μορφή βίας, κακοποίησης ή παραμέλησης και υποχρεώνει τα κράτη να λαμβάνουν όλα τα αναγκαία νομοθετικά και διοικητικά μέτρα. Η Σύμβαση Lanzarote, που κυρώθηκε με τον Ν. 3500/2006, εισήγαγε ειδικές υποχρεώσεις για

την πρόληψη, την ανίχνευση και την καταπολέμηση της σεξουαλικής εκμετάλλευσης και κακοποίησης παιδιών, καθώς και για την προστασία των ατόμων που αναφέρουν περιστατικά (Council of Europe, 2007).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Οδηγία 2011/93/ΕΕ σχετικά με την καταπολέμηση της σεξουαλικής κακοποίησης και εκμετάλλευσης παιδιών ενίσχυσε το ποινικό πλαίσιο και τις διαδικασίες προστασίας θυμάτων. Η εναρμόνιση του ελληνικού δικαίου με αυτές τις συμβάσεις υπογραμμίζει τη συστημική σημασία της αναφοράς από επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά.

2.2.3 Διαδικασία αναφοράς

Η διαδικασία αναφοράς ξεκινά με την ενημέρωση του Εισαγγελέα Ανηλίκων ή της Αστυνομίας. Ο αναφέρων δεν χρειάζεται να συλλέξει πλήρη αποδεικτικά στοιχεία· η υποχρέωση ενεργοποιείται με την εύλογη υποψία. Μετά την αναφορά, ο εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει κοινωνική έρευνα, ιατρική εξέταση, ψυχολογική αξιολόγηση ή άμεσα μέτρα προστασίας, όπως προσωρινή αφαίρεση του παιδιού από το οικογενειακό περιβάλλον, εφόσον υπάρχει άμεσος κίνδυνος.

Οι επαγγελματίες που αναφέρουν καλόπιστα περιστατικά προστατεύονται από νομικές συνέπειες, εφόσον η αναφορά έγινε με καλή πίστη. Ωστόσο, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι πολλοί επαγγελματίες φοβούνται λανθασμένη καταγγελία, δικαστικές διαδικασίες ή επιπτώσεις στη σχέση με την οικογένεια (Algrimawi et al., 2019). Η σαφής κατανόηση της διαδικασίας αναφοράς και της νομικής προστασίας του αναφέροντος συμβάλλει στην αύξηση της πρόθεσης αναφοράς, γεγονός που εξετάζεται στην παρούσα έρευνα.

Στο σχολικό περιβάλλον, η αναφορά μπορεί να ξεκινήσει από τον σχολικό νοσηλευτή, τον διευθυντή, τον ψυχολόγο του ΚΕΣΥ ή άλλο εκπαιδευτικό. Η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών είναι κρίσιμη, καθώς κανένας επαγγελματίας δεν πρέπει να αντιμετωπίζει μόνος του την απόφαση αναφοράς. Η ύπαρξη εσωτερικών πρωτοκόλλων στο σχολείο, σε συνδυασμό με τη γνώση της εξωτερικής διαδικασίας (εισαγγελέας, κοινωνικές υπηρεσίες), μπορεί να ενισχύσει τον αντιληπτό έλεγχο και την αυτοπεποίθηση των σχολικών νοσηλευτών.

2.3 Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή

2.3.1 Θεσμικό πλαίσιο σχολικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα

Η σχολική νοσηλευτική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε ως εξειδίκευση του επαγγέλματος της νοσηλευτικής (κλάδος ΠΕ25) με στόχο την προαγωγή υγείας, την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας μαθητών στο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Οι σχολικοί νοσηλευτές ασκούν καθήκοντα όπως η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, η χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης, η πρώτη αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, η αγωγή υγείας και η συνεργασία με εκπαιδευτικούς και γονείς.

Η τρέχουσα θεσμική κατάσταση χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία αναπληρωτών θέσεων, τη γεωγραφική διασπορά και την ενσωμάτωση κυρίως σε Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη (ΕΕΕ), Σχολεία Ειδικής Αγωγής (ΣΜΕΑΕ) και προγράμματα σχολικής νοσηλευτικής (Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, 2025). Η απουσία οργανικών θέσεων σε όλα τα σχολεία γενικής παιδείας περιορίζει την ομοιόμορφη κάλυψη, αλλά όπου υπάρχει σχολικός νοσηλευτής, αυτός αποτελεί συχνά τον μοναδικό επαγγελματία υγείας με καθημερινή παρουσία στο σχολείο.

Η ιστορική εξέλιξη της σχολικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα συνδέεται με την αναγνώριση της ανάγκης για εξειδικευμένη φροντίδα μαθητών με χρόνια νοσήματα, αλλά και με προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας. Οι σχολικοί νοσηλευτές συνεργάζονται με Κεντρα Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (ΚΕΣΥ), ιατρούς σχολικής μονάδας και εκπαιδευτικούς, αποτελώντας κρίκο μεταξύ σχολείου, οικογένειας και δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας υγείας.

Στο πλαίσιο προστασίας παιδιών, οι καθήκοντες περιλαμβάνουν την παρατήρηση σημείων κακοποίησης, την ευαισθητοποίηση μαθητών και προσωπικού, τη συμβουλευτική και, όπου απαιτείται, την ενεργοποίηση διαδικασιών αναφοράς. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων στο σχολικό περιβάλλον είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι η αβεβαιότητα σχετικά με «ποιος είναι υπεύθυνος» αποτελεί συχνό εμπόδιο στην αναφορά (Algrimawi et al., 2019).

2.3.2 Ο σχολικός νοσηλευτής ως «gatekeeper»

Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο σχολικός νοσηλευτής αναδεικνύεται ως «gatekeeper» (φύλακας-πυλώνας) στην προστασία των παιδιών (Backett-Milburn & Cunningham-Burley, 2017). Η καθημερινή επαφή με μαθητές επιτρέπει την παρατήρηση αλλαγών στη σωματική κατάσταση, τη συμπεριφορά ή την ψυχική ευεξία, που μπορεί να διαφύγουν της προσοχής άλλων (Jordan et al., 2017). Σε αντίθεση με γιατρούς ή νοσηλευτές νοσοκομείων που βλέπουν τα παιδιά σποραδικά, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης και να λάβει πληροφορίες από το ίδιο το παιδί ή από εκπαιδευτικούς.

Ο ρόλος αυτός δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, αλλά περιλαμβάνει πρόληψη, ευαισθητοποίηση και, όπου απαιτείται, ενεργοποίηση μηχανισμών προστασίας. Η θέση του σχολικού νοσηλευτή στο σύστημα προστασίας παιδιών καθιστά ιδιαίτερα σημαντική τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεσή του να αναγνωρίσει και να αναφέρει περιστατικά κακοποίησης.

2.3.3 Εμπόδια στην αναγνώριση και αναφορά

Παρά την προνομιακή θέση τους, οι σχολικοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια. Οι Algrimawi και συνεργάτες (2019) εντόπισαν έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης, αβεβαιότητα σχετικά με τα σημεία αναγνώρισης, φόβο λανθασμένης αναφοράς και ανησυχία για τις επιπτώσεις στη σχέση με την οικογένεια. Οι Schols et al. (2013) ανέδειξαν τον ρόλο πολιτισμικών πρακτικών πειθαρχίας, όπου η σωματική τιμωρία εκλαμβάνεται ως αποδεκτή, γεγονός που επηρεάζει την αντίληψη σοβαρότητας περιστατικών.

Πρόσθετα εμπόδια περιλαμβάνουν έλλειψη σαφών πρωτοκόλλων στο σχολείο, χρονικούς περιορισμούς, αίσθημα μοναξιάς στην απόφαση και ανησυχία για τις επιπτώσεις στο ίδιο το παιδί ή στην οικογένεια. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων μέσω εργαλείων που βασίζονται στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς συμβάλλει στον εντοπισμό στοχευμένων παρεμβάσεων εκπαίδευσης και θεσμικής υποστήριξης.

Η έλλειψη ώρων εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση και στον εργασιακό χώρο, όπως καταγράφεται σε διεθνείς και ελληνικές μελέτες, συμβάλλει στην αβεβαιότητα αναγνώρισης και αναφοράς. Οι σχολικοί νοσηλευτές που αισθάνονται ότι η επαγγελματική

τους εκπαιδευση δεν τους προετοίμασε επαρκώς, εκφράζουν χαμηλότερο αντιληπτό έλεγχο, γεγονός που αποτελεί κρίσιμο αντικείμενο μέτρησης στην παρούσα έρευνα.

2.4 Θεωρητικό Πλαίσιο

2.4.1 Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior)

Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior, TPB) του Ajzen (1991) αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα θεωρητικά μοντέλα για την πρόβλεψη κοινωνικά επιρρεούσας συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη θεωρία, η πρόθεση συμπεριφοράς (behavioral intention) αποτελεί τον άμεσο προβλεπτικό της συμπεριφοράς και διαμορφώνεται από τρεις κύριους παράγοντες: τις στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά (attitudes), τους υποκειμενικούς κανόνες (subjective norms) και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς (perceived behavioral control).

Οι στάσεις αντικατοπτρίζουν την αξιολογική θέση του ατόμου απέναντι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά, δηλαδή αν την θεωρεί θετική ή αρνητική. Οι υποκειμενικοί κανόνες αφορούν την αντίληψη κοινωνικών πιέσεων από σημαντικά άλλα (π.χ. συναδέλφους, επιβλέποντες) σχετικά με το αν «πρέπει» να εκτελεστεί η συμπεριφορά. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς αφορά την πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τους πόρους, τις δεξιότητες και την υποστήριξη για να εκτελέσει τη συμπεριφορά (Ajzen, 1991).

Στο πλαίσιο της αναφοράς παιδικής κακοποίησης, η TPB έχει εφαρμοστεί για την εξήγηση της πρόθεσης επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν υποπτευόμενα περιστατικά. Οι στάσεις μπορούν να σχετίζονται με τις απόψεις για τη σωματική τιμωρία, την επαγγελματική ευθύνη και την τιμωρία θυτών. Οι υποκειμενικοί κανόνες αντικατοπτρίζουν τις προσδοκίες σημαντικών άλλων (π.χ. ιατρών, διευθυντών) για αναφορά. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς σχετίζεται με τη γνώση διαδικασίας αναφοράς, την εκπαίδευση και την αίσθηση ότι το άτομο μπορεί να επηρεάσει την έκβαση (Feng & Levine, 2005; Fraser et al., 2010).

Η TPB διακρίνει τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς από τον πραγματικό έλεγχο: ένας επαγγελματίας μπορεί να διαθέτει νομική υποχρέωση αναφοράς, αλλά να αισθάνεται ότι δεν

έχει επαρκή γνώση, χρόνο ή υποστήριξη. Αυτή η διάκριση είναι ιδιαίτερα σχετική για σχολικούς νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται συχνά χωρίς άμεση ιατρική υποστήριξη στο σχολείο. Η αυτοπεποίθηση για αναφορά, που μετράται μέσω της κλίμακας αντιληπτού ελέγχου του CARIS, θεωρείται κρίσιμος προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης συμπεριφοράς (Ajzen, 1991).

Η θεωρητική προσέγγιση της TPB επιτρέπει επίσης τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων μεταξύ τύπων κακοποίησης. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η πρόθεση αναφοράς μπορεί να είναι υψηλότερη σε σαφή και σοβαρά σενάρια (π.χ. σεξουαλική κακοποίηση, σωματική βία βρέφους) και χαμηλότερη σε ασαφή ή «οριακά» περιστατικά (π.χ. συναισθηματική κακοποίηση, πειθαρχία), λόγω διαφορετικών στάσεων και αντιλήψεων σοβαρότητας (Fraser et al., 2010).

2.4.2 Μοντέλα λήψης αποφάσεων στην αναφορά κακοποίησης

Παράλληλα με την TPB, το μοντέλο των Zellman και Zellman (1978), γνωστό ως μοντέλο τετραγώνου αποφάσεων αναφοράς, περιγράφει τη διαδικασία από την υποψία μέχρι την τελική αναφορά. Το μοντέλο διακρίνει στάδια: αναγνώριση σημείων, αξιολόγηση σοβαρότητας, απόφαση για αναφορά και πραγματική αναφορά. Σε κάθε στάδιο, παράγοντες όπως η εκπαίδευση, οι στάσεις, η πίεση συναδέλφων και η αντίληψη συνεπειών μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστέρηση ή μη αναφορά (Zellman, 1990).

Η ενσωμάτωση της TPB και των μοντέλων αποφάσεων αναφοράς παρέχει ολοκληρωμένο πλαίσιο για την ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας έρευνας, η οποία μετρά στάσεις, γνώσεις, υποκειμενικούς κανόνες, αντιληπτό έλεγχο και πρόθεση αναφοράς μέσω σεναρίων.

2.5 Εργαλεία Μέτρησης Πρόθεσης Αναφοράς

2.5.1 Child Abuse Report Intention Scale (CARIS)

Η Κλίμακα Πρόθεσης Αναφοράς της Παιδικής Κακοποίησης (Child Abuse Report Intention Scale, CARIS) αναπτύχθηκε αρχικά για τον πληθυσμό των μαιών και αποτελεί εργαλείο που ενσωματώνει στοιχεία της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Fraser et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, κλίμακες στάσεων (μεθόδοι ανατροφής/πειθαρχία, τιμωρία θυτών, επαγγελματική ευθύνη), ερωτήσεις

γνώσεων (Ναι/Όχι/Δεν ξέρω), υποκειμενικούς κανόνες, αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς και οκτώ σενάρια κακοποίησης με έξι ερωτήσεις η καθεμία.

Τα σενάρια καλύπτουν παραμέληση, ιατρική παραμέληση, σεξουαλική κακοποίηση, ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, σοβαρή σωματική κακοποίηση βρέφους και έκθεση σε πορνογραφία. Για κάθε σενάριο, οι συμμετέχοντες αξιολογούν τη σοβαρότητα, αν αποτελεί κακοποίηση, αν απαιτείται νομικά η αναφορά, την πιθανή επίδραση στο παιδί και στην οικογένεια, και την πιθανότητα να προχωρήσουν σε αναφορά (κλίμακα 1–10). Η δομή αυτή επιτρέπει τη σύγκριση πρόθεσης αναφοράς ανά τύπο κακοποίησης.

Η CARIS έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες με μαίες και επαγγελματίες υγείας, με τεκμηριωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες για τις υποκλίμακες στάσεων και τον αντιληπτό έλεγχο (Fraser et al., 2010; Feng & Levine, 2005). Στην παρούσα έρευνα, το εργαλείο προσαρμόστηκε για σχολικούς νοσηλευτές, αντικαθιστώντας τον όρο «μαία» με «σχολικός/ή νοσηλεύτης/τρια» και προσαρμόζοντας ερωτήσεις τύπου εργασίας και ρόλων στο σχολικό περιβάλλον.

Το Τμήμα 1 του ερωτηματολογίου συλλέγει δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση και του ιστορικού αναφοράς. Τα Τμήματα 2α, 2β και 2γ αξιολογούν στάσεις για μεθόδους πειθαρχίας, τιμωρία θυτών και επαγγελματική ευθύνη (κλίμακα 1–6). Το Τμήμα 3 αξιολογεί γνώσεις για τύπους κακοποίησης, σημεία αναγνώρισης και νομικό πλαίσιο (Ναι/Όχι/Δεν ξέρω). Τα Τμήματα 4 και 5 μετρούν υποκειμενικούς κανόνες και αντιληπτό έλεγχο (κλίμακα 1–5). Το Τμήμα 6 παρουσιάζει τα οκτώ σενάρια με έξι ερωτήσεις η καθεμία (κλίμακα 1–10), συμπεριλαμβανομένης της κεντρικής ερώτησης «πόσο πιθανό είναι να κάνετε αναφορά».

Η επιλογή της CARIS για την παρούσα μελέτη βασίστηκε στην ολοκληρωμένη κάλυψη των μεταβλητών της TPB, στη χρήση ρεαλιστικών σεναρίων και στην προηγούμενη τεκμηρίωση σε πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας. Η προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον διατηρεί τη δομή και το νοηματικό περιεχόμενο του πρωτοτύπου, ενώ εξασφαλίζει την καταλληλότητα για Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές.

2.5.2 Άλλα εργαλεία μέτρησης

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλα εργαλεία για τη μέτρηση γνώσεων, στάσεων και πρόθεσης αναφοράς, όπως ερωτηματολόγια γνώσεων για σημεία κακοποίησης, κλίμακες αυτοαποτελεσματικότητας και μελέτες που βασίζονται σε μεμονωμένα σενάρια (Kenny, 2001). Ωστόσο, η CARIS προσφέρει ολοκληρωμένη αξιολόγηση πολλαπλών διαστάσεων της TPB και σύγκριση πρόθεσης ανά τύπο κακοποίησης μέσω τυποποιημένων σεναρίων, γεγονός που την καθιστά κατάλληλη για την παρούσα μελέτη.

Σε σύγκριση με απλά ερωτηματολόγια γνώσεων, η CARIS επιτρέπει τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολογούν διαφορετικά περιστατικά ως προς τη σοβαρότητα, τη νομική υποχρέωση αναφοράς και την πιθανή επίδραση στο παιδί και την οικογένεια. Αυτές οι διαστάσεις είναι κρίσιμες, διότι η πρόθεση αναφοράς δεν εξαρτάται μόνο από τη γνώση, αλλά και από τις αξιολογικές κρίσεις για κάθε σενάριο.

2.6 Ανασκόπηση Εμπειρικών Ερευνών

2.6.1 Έρευνες σε επαγγελματίες υγείας

Η εμπειρική έρευνα σε επαγγελματίες υγείας κατέδειξε σημαντικές διακυμάνσεις στις γνώσεις, τις στάσεις και την πρόθεση αναφοράς. Οι Feng και Levine (2005) διαπίστωσαν ότι οι στάσεις και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς προέβλεπαν την πρόθεση αναφοράς μαιών. Οι Fraser et al. (2010) επιβεβαίωσαν τη χρησιμότητα της CARIS και ανέδειξαν διαφοροποιήσεις στην πρόθεση αναφοράς ανά σενάριο. Οι Kenny (2001) και Alvarez et al. (2004) κατέδειξαν ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν αναφέρουν περιστατικά παρά τις υποψίες, λόγω εμποδίων όπως η έλλειψη εκπαίδευσης και ο φόβος λανθασμένης καταγγελίας.

Μελέτες σε νοσηλευτές νοσοκομείων και παιδιατρικές κλινικές έδειξαν ότι η εκπαίδευση στην παιδική κακοποίηση συσχετίζεται με υψηλότερη πρόθεση αναφοράς (Hawkins & McCallum, 2001). Ωστόσο, τα ευρήματα δεν είναι πάντα ομοιόμορφα· οι στάσεις απέναντι στη σωματική τιμωρία και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις (Schols et al., 2013).

Έρευνες σε μαίες με χρήση της CARIS ανέδειξαν ότι η πρόθεση αναφοράς διαφέρει σημαντικά ανά σενάριο, με υψηλότερες βαθμολογίες σε σενάρια σωματικής και σεξουαλικής

κακοποίησης και χαμηλότερες σε περιστατικά που θίγουν πολιτισμικά ευαίσθητα ζητήματα (Fraser et al., 2010). Επιπλέον, οι γνώσεις για το νομικό πλαίσιο και τα σημεία αναγνώρισης συσχετίζονται με τον αντιληπτό έλεγχο και την πρόθεση αναφοράς, υπογραμμίζοντας την αξία στοχευμένης εκπαίδευσης.

Σε παιδιατρικές και επείγουσες μονάδες, οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περιστατικά με ορατά τραύματα, ενώ στο σχολείο τα σημεία μπορεί να είναι πιο λεπτά (συμπεριφορά, απουσίες, σχόλια μαθητών). Αυτή η διαφορά περιβάλλοντος καθιστά ιδιαίτερα σημαντική τη μελέτη των σχολικών νοσηλευτών, οι οποίοι βρίσκονται σε θέση να εντοπίσουν πρώιμα σημεία και να συνδράμουν στην προστασία παιδιών πριν την κλιμάκωση της βίας.

2.6.2 Έρευνες σε εκπαιδευτικούς και σχολικό προσωπικό

Οι εκπαιδευτικοί και το ευρύτερο σχολικό προσωπικό αποτελούν κρίσιμους φορείς αναγνώρισης κακοποίησης, δεδομένης της καθημερινής επαφής με παιδιά. Διεθνείς μελέτες έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν συχνά σημεία κακοποίησης, αλλά αντιμετωπίζουν παρόμοια εμπόδια με τους επαγγελματίες υγείας (Bradbury-Jones et al., 2019). Στην Ελλάδα, έρευνες σε εκπαιδευτικούς και φοιτητές εκπαιδευτικών επισήμαναν ελλείψεις στη γνώση νομικού πλαισίου και στάσεις που επηρεάζουν την πρόθεση αναφοράς.

Σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία αποτελεί η έλλειψη εμπειρικών μελετών που να εστιάζουν αποκλειστικά στους σχολικούς νοσηλευτές ως ξεχωριστό επαγγελματικό πληθυσμό. Οι σχολικοί νοσηλευτές συνδυάζουν κλινική εξειδίκευση με παρουσία στο σχολείο, αλλά δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά με εργαλεία όπως η CARIS στην Ελλάδα. Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην κάλυψη αυτού του κενού, αξιολογώντας γνώσεις, στάσεις, αντιληπτό έλεγχο και πρόθεση αναφοράς σε Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές, και συμβάλλει στη θεμελίωση της μεθοδολογίας του Κεφαλαίου 3.

Η σύγκριση μεταξύ επαγγελματικών ομάδων (μαίες, νοσηλευτές νοσοκομείου, εκπαιδευτικοί, σχολικοί νοσηλευτές) υπογραμμίζει ότι η πρόθεση αναφοράς δεν είναι σταθερή ιδιότητα, αλλά επηρεάζεται από το πλαίσιο άσκησης, την εκπαίδευση και τις στάσεις. Οι εκπαιδευτικοί βρίσκονται σε ανάλογη θέση με τους σχολικούς νοσηλευτές ως προς την καθημερινή επαφή

με παιδιά, αλλά διαφέρουν ως προς την κλινική κατάρτιση και την πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες.

Η αναγνώριση σημείων κακοποίησης αποτελεί κρίσιμο στάδιο πριν από την αναφορά. Σωματικά σημεία περιλαμβάνουν απροσδόκητα τραύματα, μελανιές σε μη προστατευόμενες περιοχές, εγκαύματα με συγκεκριμένα μοτίβα και καθυστερημένη ιατρική φροντίδα. Συμπεριφορικά σημεία περιλαμβάνουν απότομες αλλαγές διάθεσης, επιθετικότητα, υπερβολική υπακοή, φόβο γονέων ή αποφυγή επαφής. Τα σενάρια της CARIS αντικατοπτρίζουν αυτή την ποικιλία, επιτρέποντας τη μέτρηση της αντίληψης σοβαρότητας και της πρόθεσης αναφοράς για κάθε τύπο (Bradbury-Jones et al., 2019).

Η εκπαίδευση στην παιδική κακοποίηση αποτελεί επαναλαμβανόμενη σύσταση της βιβλιογραφίας. Προγράμματα επιμόρφωσης που περιλαμβάνουν νομικό πλαίσιο, σημεία αναγνώρισης, δεξιότητες επικοινωνίας και διαδικασία αναφοράς έχουν συσχετιστεί με αυξημένη αυτοπεποίθηση και πρόθεση αναφοράς (Hawkins & McCallum, 2001). Για τους σχολικούς νοσηλευτές στην Ελλάδα, η έρευνα αξιολογεί τόσο την προϋπάρχουσα εκπαίδευση όσο και την αντίληψη επάρκειας, στοιχεία που συνδέονται με τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς.

Η θεωρητική ενότητα της TPB, σε συνδυασμό με το μοντέλο αποφάσεων αναφοράς, παρέχει ολοκληρωμένο πλαίσιο για την ερμηνεία των ευρημάτων. Οι στάσεις απέναντι στη σωματική τιμωρία μπορεί να μειώνουν την πρόθεση αναφοράς σε «οριακά» περιστατικά, ενώ οι στάσεις επαγγελματικής ευθύνης τις ενισχύουν. Οι υποκειμενικοί κανόνες αντικατοπτρίζουν την πίεση από συναδέλφους και κοινωνικό περιβάλλον, ενώ ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς αποτυπώνει την αυτοπεποίθηση για αναφορά (Ajzen, 1991; Feng & Levine, 2005).

Τέλος, η παρούσα βιβλιογραφική επισκόπηση κατέληξε στην ανάγκη εμπειρικής διερεύνησης σε Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές. Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης — σχετικά με το επίπεδο γνώσεων, τις στάσεις, τον αντιληπτό έλεγχο, την πρόθεση αναφοράς ανά τύπο κακοποίησης και τους συσχετιζόμενους παράγοντες — προκύπτουν απευθείας από τα κενά και τις απορίες που ανέδειξε η βιβλιογραφία. Η μεθοδολογία που παρουσιάζεται στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί αυτό το θεωρητικό και εργαλειακό πλαίσιο.

Συνοψίζοντας, η βιβλιογραφική επισκόπηση κατέδειξε ότι η παιδική κακοποίηση αποτελεί σοβαρό δημόσιο πρόβλημα με νομικές υποχρεώσεις αναφοράς, ότι οι σχολικοί νοσηλευτές κατέχουν στρατηγική θέση ως gatekeepers, και ότι η πρόθεση αναφοράς διαμορφώνεται από στάσεις, γνώσεις, κοινωνικές πιέσεις και αντιληπτό έλεγχο. Η εφαρμογή της CARIS στον ελληνικό πληθυσμό σχολικών νοσηλευτών προσφέρει νέα εμπειρικά δεδομένα και οδηγεί στη μεθοδολογική διερεύνηση που παρουσιάζεται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός της Έρευνας

Η παρούσα ενότητα διατυπώνει τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας, όπως απορρέουν από τη βιβλιογραφική επισκόπηση (Κεφάλαιο 2) και τον τίτλο της μεταπτυχιακής εργασίας. Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθεί στοχεύει στην αντικειμενική αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την πρόθεση αναφοράς περιστατικών παιδικής κακοποίησης στο σχολικό περιβάλλον.

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των γνώσεων και της αυτοπεποίθησης των σχολικών νοσηλευτών στην Ελλάδα σχετικά με την πρόθεσή τους να ελέγξουν και να αναφέρουν περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας περιλαμβάνουν:

1. Την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με τους τύπους παιδικής κακοποίησης, τα σημεία αναγνώρισης και το νομικό πλαίσιο που διέπει την υποχρεωτική αναφορά στην Ελλάδα.
2. Τη διερεύνηση των στάσεων των σχολικών νοσηλευτών απέναντι στην αναφορά περιστατικών κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένων των απόψεών τους για τις μεθόδους πειθαρχίας, την τιμωρία των θυτών και την επαγγελματική τους ευθύνη.

3. Την αξιολόγηση του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς, δηλαδή του βαθμού στον οποίο οι σχολικοί νοσηλευτές αισθάνονται ότι διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες, πόρους και υποστήριξη για να πραγματοποιήσουν αναφορά κακοποίησης.

4. Τη μέτρηση της πρόθεσης αναφοράς διαφορετικών τύπων κακοποίησης μέσω σεναρίων που προσομοιώνουν ρεαλιστικές καταστάσεις (σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση).

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, η έρευνα χρησιμοποιεί μια προσαρμοσμένη έκδοση του ερωτηματολογίου Child Abuse Report Intention Scale (CARIS), το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά για μαίες και τροποποιήθηκε ειδικά για σχολικούς νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στη Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) και περιλαμβάνει κλίμακες μέτρησης στάσεων, γνώσεων, υποκειμενικών κριτηρίων, αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς και σεναρίων πρόθεσης αναφοράς (Fraser et al., 2010; Ajzen, 1991).

3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Βάσει του σκοπού και των στόχων της έρευνας, διατυπώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των σχολικών νοσηλευτών στην Ελλάδα σχετικά με την παιδική κακοποίηση και το νομικό πλαίσιο υποχρεωτικής αναφοράς;
2. Ποιες στάσεις έχουν οι σχολικοί νοσηλευτές απέναντι στην αναφορά περιστατικών παιδικής κακοποίησης και πώς αυτές σχετίζονται με τις απόψεις τους για τις μεθόδους πειθαρχίας και την επαγγελματική ευθύνη;
3. Σε ποιο βαθμό αισθάνονται οι σχολικοί νοσηλευτές ότι διαθέτουν τον απαραίτητο έλεγχο και τους πόρους για να πραγματοποιήσουν αναφορά κακοποίησης;
4. Ποια είναι η πρόθεση των σχολικών νοσηλευτών να αναφέρουν διαφορετικούς τύπους κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική, παραμέληση) και υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους;

Τα ερευνητικά ερωτήματα 1–3 αξιολογούνται μέσω των Τμημάτων 3, 2α–2γ και 5 του CARIS αντίστοιχα, ενώ το ερώτημα 4 μέσω των οκτώ σεναρίων (Τμήμα 6). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 4.

3.3 Σχεδιασμός Έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί περιγραφική συγχρονική μελέτη (cross-sectional descriptive study) με ποσοτική προσέγγιση. Ο σχεδιασμός αυτός επιλέχθηκε καθώς επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού-στόχου, παρέχοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των γνώσεων, στάσεων και της πρόθεσης αναφοράς των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με την παιδική κακοποίηση (Polit & Beck, 2017). Η ποσοτική προσέγγιση διευκολύνει την αντικειμενική μέτρηση των μεταβλητών και τη στατιστική ανάλυση των σχέσεων μεταξύ τους.

Ο σχεδιασμός της μελέτης επιτρέπει την απάντηση στα τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα μέσω συστηματικής ποσοτικής αξιολόγησης των διαστάσεων της CARIS που αντιστοιχούν στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς: στάσεις, γνώσεις, υποκειμενικοί κανόνες, αντιληπτός έλεγχος και πρόθεση αναφοράς σε τυποποιημένα σενάρια. Η συγχρονική φύση της έρευνας αντικατοπτρίζει την κατάσταση γνώσεων, στάσεων και πρόθεσης κατά την περίοδο συλλογής δεδομένων (Φεβρουάριος–Μάιος 2026).

3.4 Πληθυσμός και Δείγμα

3.4.1 Πληθυσμός-στόχος

Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας αποτελείται από τους σχολικούς νοσηλευτές (κλάδος ΠΕ25) που εργάζονται στην Ελλάδα. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού (Μάιος 2025), ο συνολικός αριθμός των σχολικών νοσηλευτών ΠΕ25 ανέρχεται σε 2.249 αναπληρωτές. Η αναλυτική κατανομή έχει ως εξής: 2.053 στην Εξειδικευμένη Εκπαιδευτική Υποστήριξη (Παράλληλη Στήριξη), 192 σε Σχολεία Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) και 4 σε ΣΜΕΑΕ BRAILLE (Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, 2025).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι σχολικοί νοσηλευτές στην Ελλάδα είναι κατά κύριο λόγο αναπληρωτές, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν οργανικές θέσεις στα σχολεία γενικής παιδείας. Οι ανάγκες διαφοροποιούνται ανά σχολικό έτος και τα κενά είναι πάντοτε λειτουργικά.

Κριτήρια ένταξης στην έρευνα:

- Κατοχή πτυχίου Νοσηλευτικής (ΠΕ ή ΤΕ)
- Εργασία ως σχολικός νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της έρευνας
- Εργασία σε οποιαδήποτε εκπαιδευτική βαθμίδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, ειδική αγωγή)
- Επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Νοσηλευτές που δεν εργάζονται ενεργά σε σχολικό περιβάλλον
- Φοιτητές νοσηλευτικής σε πρακτική άσκηση

Λόγω της απουσίας κεντρικού μητρώου και της πρακτικής διάχυσης του ρόλου της σχολικής νοσηλευτικής, η διανομή του ερωτηματολογίου απευθύνθηκε σε ευρύτερο δίκτυο επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον και συμμετέχουν στην προστασία και την προαγωγή της υγείας των μαθητών. Στο Τμήμα 1 του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες αυτο-ταξινομούν τον τρέχοντα επαγγελματικό τους ρόλο (σχολικός/ή νοσηλευτής/τρια, συντονιστής/τρια σχολικής νοσηλευτικής, υπεύθυνος/η προγράμματος υγείας κ.ά.), ώστε να καταγραφεί η σύνθεση του δείγματος χωρίς αποκλεισμό επαγγελματιών που ασκουν συναφή καθήκοντα προστασίας παιδιών στο σχολείο.

Τα κριτήρια ένταξης επεκτάθηκαν πρακτικά στην ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου από επαγγελματίες νοσηλευτικής ή συναφούς εκπαιδευτικής/υγειονομικής κατάρτισης που δήλωσαν απασχόληση σε σχολικό περιβάλλον ή σε δομές σχολικής υγείας (δημόσιο/ιδιωτικό σχολείο, ειδική αγωγή, ΚΕΣΥ, πολλαπλές σχολικές μονάδες). Η επιλογή αυτή ανταποκρίνεται στη διαθεσιμότητα του δείγματος και στη πραγματικότητα της σχολικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα, όπου οι ρόλοι συχνά επικαλύπτονται.

3.4.2 Δειγματοληψία και Υπολογισμός Μεγέθους Δείγματος

Για τη συλλογή του δείγματος εφαρμόστηκε η μέθοδος δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) σε συνδυασμό με τη μέθοδο χιονοστιβάδας (snowball sampling). Η επιλογή αυτών των μεθόδων υπαγορεύτηκε από πρακτικούς περιορισμούς, όπως η απουσία κεντρικού μητρώου σχολικών νοσηλευτών και η γεωγραφική διασπορά του πληθυσμού σε όλη την Ελλάδα.

Ο υπολογισμός του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του διαδικτυακού εργαλείου Calculator.net. Οι παράμετροι που εισήχθησαν ήταν:

- Μέγεθος πληθυσμού (Population size): 2.249
- Επίπεδο εμπιστοσύνης (Confidence level): 95%
- Περιθώριο σφάλματος (Margin of error): 5%
- Κατανομή απαντήσεων (Response distribution): 50%

Βάσει του υπολογισμού, το ελάχιστο απαιτούμενο μέγεθος δείγματος ορίστηκε σε 328 άτομα. Λαμβάνοντας υπόψη τα αναμενόμενα ποσοστά μη-απάντησης (response rate 70–80%), προτάθηκε η αποστολή του ερωτηματολογίου σε 400–450 άτομα.

Η σύνθεση του δείγματος (N=328) παρουσιάζεται συνοπτικά παρακάτω· η αναλυτική περιγραφική ανάλυση παρατίθεται στο Κεφάλαιο 4. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως γυναίκες (n=287, 87,5%) και άνδρες (n=41, 12,5%). Ως προς τον δηλωμένο επαγγελματικό ρόλο, 148 (45,1%) απαντούσαν ως σχολικοί/ές νοσηλευτές/τριες, 87 (26,5%) ως υπεύθυνοι/ες προγράμματος υγείας και 86 (26,2%) ως συντονιστές/τριες σχολικής νοσηλευτικής. Η πλειοψηφία (n=194, 59,1%) δήλωσε μηδενικές ώρες εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση, ενώ 141 συμμετέχοντες (43,0%) ανέφεραν ότι είχαν προηγουμένως κάνει αναφορά πιθανού περιστατικού και 127 (38,7%) ότι είχαν υποπτευθεί κακοποίηση χωρίς να την αναφέρουν.

3.5 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

3.5.1 Προσαρμοσμένο Ερωτηματολόγιο CARIS για Σχολικούς Νοσηλευτές

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Πρόθεσης Αναφοράς της Παιδικής Κακοποίησης (Child Abuse Report Intention Scale – CARIS), η οποία προσαρμόστηκε ειδικά για χρήση με σχολικούς νοσηλευτές. Το πρωτότυπο εργαλείο αναπτύχθηκε για μαίες και έχει τεκμηριωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες.

Η διαδικασία προσαρμογής περιελάμβανε τις ακόλουθες τροποποιήσεις:

- Αντικατάσταση του όρου «Μαία/Μαίες» με «Σχολικός/ή Νοσηλευτής/τρια/Σχολικοί Νοσηλευτές» σε όλο το ερωτηματολόγιο
- Προσαρμογή της ερώτησης σχετικά με τον τόπο εργασίας για το σχολικό περιβάλλον
- Διαγραφή της ερώτησης για τμήματα νοσοκομείου (μη εφαρμόσιμη στο σχολικό περιβάλλον)
- Τροποποίηση της ερώτησης για τους ρόλους εργασίας ώστε να περιλαμβάνει σχολικούς νοσηλευτές, συντονιστές/τριες και υπεύθυνους/ες προγράμματος υγείας
- Αλλαγή της ερώτησης για τον αριθμό ατόμων που εξυπηρετούνται καθημερινά από «εγκύους/λεχωίδες/μητέρες» σε «μαθητές»

3.5.2 Δομή Ερωτηματολογίου

Το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από έξι τμήματα:

Τμήμα 1: Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά (17 ερωτήσεις)

Αυτό το τμήμα συλλέγει πληροφορίες σε τρεις κατηγορίες:

Α) Προσωπικά στοιχεία: φύλο, έτος γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, ανώτατο πτυχίο, έτος λήψης τελευταίου πτυχίου, προσωπικό ιστορικό θυματοποίησης, γνωριμία με θύμα παιδικής κακοποίησης.

Β) Επαγγελματικά στοιχεία: έτη εμπειρίας, τόπος απασχόλησης, τρέχουσα θέση, ώρες εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση, επίσημη επιμόρφωση, αξιολόγηση επάρκειας εκπαίδευσης.

Γ) Ιστορικό αναφοράς: προηγούμενη αναφορά, μη-αναφορά παρά την ύπαρξη υποψίας, λόγοι μη-αναφοράς.

Δ) Θεσμικά στοιχεία: μέσος αριθμός μαθητών που εξυπηρετούνται καθημερινά.

Τμήμα 2α: Στάσεις για Μεθόδους Ανατροφής και Πειθαρχία (κλίμακα Likert 1–6).

Τμήμα 2β: Στάσεις για Τιμωρία Θύτη και Θύματα (κλίμακα Likert 1–6).

Τμήμα 2γ: Επαγγελματική Ευθύνη (κλίμακα Likert 1–6).

Τμήμα 3: Γνώσεις για Παιδική Κακοποίηση και Νομικό Πλαίσιο (Ναι/Όχι/Δεν ξέρω).

Τμήμα 4: Υποκειμενικά Κριτήρια (κλίμακα 1–5).

Τμήμα 5: Αντίληψης Έλεγχος Συμπεριφοράς (κλίμακα Likert 1–5).

Τμήμα 6: Σενάρια – Πρόθεση Αναφοράς (8 σενάρια × 6 ερωτήσεις, κλίμακα 1–10). Τα σενάρια καλύπτουν παραμέληση, ιατρική παραμέληση, σεξουαλική, ψυχολογική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση. Για κάθε σενάριο αξιολογούνται σοβαρότητα, αντίληψη κακοποίησης, νομική απαίτηση, επίδραση στο παιδί και στην οικογένεια, και πιθανότητα αναφοράς.

Το ερωτηματολόγιο υλοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή· η εξαγωγή των απαντήσεων σε μορφή CSV επιβεβαιώνει τη δομή των τμημάτων όπως περιγράφεται ανωτέρω (χρονοσήμανση, δημογραφικά πεδία, κλίμακες Likert, ερωτήσεις γνώσεων τύπου Ναι/Όχι/Δεν ξέρω και επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ανά σενάριο). Η πλήρης διατύπωση των ερωτήσεων περιλαμβάνεται στο Παράρτημα Α.

3.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, το οποίο αναπτύχθηκε και διανεμήθηκε μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας (Google Forms). Η επιλογή της online διαδικασίας κρίθηκε κατάλληλη λόγω της γεωγραφικής διασποράς του πληθυσμού-στόχου σε όλη την Ελλάδα, της ανωνυμίας που εξασφαλίζει και της ευκολίας συμπλήρωσης σε χρόνο κατάλληλο για τους επαγγελματίες του σχολικού περιβάλλοντος (Polit & Beck, 2017).

Πριν από την έναρξη της συλλογής, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν μέσω της εισαγωγικής οθόνης του ερωτηματολογίου για τον σκοπό της έρευνας, τη διαρκή ανωνυμία, τη διάρκεια συμπλήρωσης (περίπου 25–35 λεπτά) και τη δυνατότητα απόσυρσης χωρίς συνέπειες. Η συναίνεση συμμετοχής λαμβανόταν με την ολοκλήρωση και την υποβολή του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με το έντυπο του Παραρτήματος Β.

Η διανομή του συνδέσμου πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο δειγματοληψίας ευκολίας σε συνδυασμό με χιονοστιβάδα (snowball sampling): αρχική αποστολή σε επαγγελματικά δίκτυα σχολικών νοσηλευτών, κλειστές ομάδες κοινωνικών δικτύων, συναδέλφους και φορείς που σχετίζονται με την σχολική νοσηλευτική και την προαγωγή υγείας στο σχολείο. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να προωθήσουν τον σύνδεσμο σε άλλους κατάλληλους συναδέλφους, διευρύνοντας τη γεωγραφική κάλυψη.

Για την προστασία της ανωνυμίας, δεν συλλέγονταν ονοματεπώνυμα ή ηλεκτρονικές διευθύνσεις. Ως εσωτερικός κωδικός χρησιμοποιήθηκαν τα πέντε τελευταία ψηφία του κινητού τηλεφώνου του συμμετέχοντος, αποκλειστικά για τον έλεγχο διπλών υποβολών και όχι για ταυτοποίηση. Κάθε συμμετέχων μπορούσε να υποβάλει το ερωτηματολόγιο μία φορά.

Η συλλογή διήρκεσε περίπου τέσσερις μήνες (Φεβρουάριος–Μάιος 2026). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αποστάλθηκαν περιοδικές υπενθυμίσεις στους ίδιους δίαυλους διανομής, όπου κρίθηκε σκόπιμο, ώστε να αυξηθεί το ποσοστό συμμετοχής. Οι απαντήσεις αποθηκεύονταν αυτόματα με χρονοσήμανση (timestamp), όπως φαίνεται στην εξαγωγή δεδομένων.

Μετά το κλείσιμο της συλλογής, τα δεδομένα εξήχθησαν σε μορφή CSV και υποβλήθηκαν σε έλεγχο ποιότητας. Αποκλείστηκαν μη ολοκληρωμένες ή διπλές εγγραφές. Τελικά αναλύθηκαν 328 πλήρεις απαντήσεις, οι οποίες αποτελούν το αναλυτικό δείγμα της παρούσας μελέτης.

3.7 Ηθικά Ζητήματα

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής δεοντολογίας και τις οδηγίες του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ) για τη διεξαγωγή ερευνών σε ανθρώπινα υποκείμενα. Η μελέτη εγκρίθηκε από τον επιβλέποντα καθηγητή και διεξήχθη με σεβασμό στα δικαιώματα, την αξιοπρέπεια και την αυτοδιάθεση των συμμετεχόντων.

Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική. Οι ερωτηθέντες ενημερώνονταν ότι μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία αρνητική επίπτωση στην επαγγελματική τους θέση. Η υποβολή του ερωτηματολογίου συνιστά ενημερωμένη συναίνεση, όπως προβλέπεται στο Παράρτημα Β.

Δεδομένης της ευαίσθητης φύσης του θέματος, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις για προσωπικό ιστορικό θυματοποίησης και υποθετικά σενάρια κακοποίησης. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι μπορούσαν να παραλείψουν οποιαδήποτε ερώτηση τους προκαλούσε δυσφορία. Στην εισαγωγική οθόνη παρατίθενταν στοιχεία επικοινωνίας για υποστήριξη (γραμμή SOS 1056, Συνήγορος του Παιδιού), σε περίπτωση που η συμμετοχή ανακαλούσε δυσάρεστες αναμνήσεις ή συναισθηματική φόρτιση.

Η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία διασφαλίστηκαν με την αποθήκευση των δεδομένων σε κωδικοποιημένη μορφή, χωρίς συλλογή προσωπικών αναγνωριστικών στοιχείων. Πρόσβαση στα αρχεία δεδομένων είχε μόνο η ερευνήτρια και ο επιβλέπων, αποκλειστικά για σκοπούς της παρούσας εργασίας. Τα δεδομένα τηρούνται σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 (GDPR) και τις εσωτερικές διαδικασίες του ΕΑΠ.

Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάζονται σε συγκεντρωτική μορφή, χωρίς αναφορά σε προσωπικά στοιχεία που θα επέτρεπαν την ταυτοποίηση συμμετεχόντων ή μαθητών. Οι επαγγελματίες που αναφέρουν περιστατικά κακοποίησης προστατεύονται από το ελληνικό νομικό πλαίσιο όταν η αναφορά γίνεται καλόπιστα (Ελληνική Δημοκρατία, 2006)· το ερωτηματολόγιο ενημέρωνε σχετικά με τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα αναφοράς.

3.8 Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν με στατιστικό λογισμικό SPSS (ή ισοδύναμα JASP, όπου απαιτείται). Η επιλογή του λογισμικού εξυπηρετεί την περιγραφική και επαγωγική ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών του CARIS, σύμφωνα με τον σχεδιασμό της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος και καθαρισμός των δεδομένων (screening για ελλειπείς τιμές, κωδικοποίηση κατηγορικών μεταβλητών, υπολογισμός συνολικών βαθμολογιών υποκλιμάκων). Για τις κλίμακες Likert (Τμήματα 2α, 2β, 2γ, 5) υπολογίστηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά item και ανά υποκλίμακα. Για το Τμήμα 3 (γνώσεις) υπολογίστηκαν συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων Ναι/Όχι/Δεν ξέρω, καθώς και συνολικό σκορ γνώσεων όπου κρίθηκε κατάλληλο.

Για το Ερευνητικό Ερώτημα 4, οι έξι ερωτήσεις ανά σενάριο (σοβαρότητα, αντίληψη κακοποίησης, νομική απαίτηση, επίδραση στο παιδί και στην οικογένεια, πρόθεση αναφοράς) αναλύθηκαν με μέσους όρους ανά σενάριο. Η σύγκριση πρόθεσης αναφοράς μεταξύ των οκτώ σεναρίων πραγματοποιήθηκε με ANOVA επανειλημμένων μετρήσεων ή μη παραμετρικό ισοδύναμο (Friedman test), όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις κανονικότητας.

Για τα Ερευνητικά Ερωτήματα 1–3 εφαρμόστηκαν επαγωγικές διαδικασίες, όπου το επίπεδο δείγματος και οι προϋποθέσεις το επέτρεπαν: t-test για ανεξάρτητα δείγματα (π.χ. σύγκριση βαθμολογιών μεταξύ δύο ομάδων), μονόδρομη ANOVA για περισσότερες από δύο ομάδες (π.χ. τύπος σχολείου, έτη εμπειρίας) και έλεγχος μετα-αναλυτικών συγκρίσεων (post-hoc) όπου εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές.

Όλα τα στατιστικά τεστ πραγματοποιήθηκαν στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ (διπλότυπο). Πριν από την εφαρμογή παραμετρικών ελέγχων, εξετάστηκαν οι προϋποθέσεις κανονικότητας (Shapiro–Wilk) και ομοιογένειας διακυμάνσεων (Levene), ώστε να επιλεγεί το κατάλληλο τεστ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε πίνακες και, όπου κρίνεται χρήσιμο, σε γραφήματα στο Κεφάλαιο 4.

Η ερμηνεία των ευρημάτων συνδέεται με το θεωρητικό πλαίσιο της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς: οι στάσεις, οι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς εξετάζονται ως προβλεπτικές ή συσχετιζόμενες μεταβλητές της πρόθεσης αναφοράς, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Ajzen, 1991; Feng & Levine, 2005; Fraser et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα εμπειρικά ευρήματα της ποσοτικής έρευνας με χρήση του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου CARIS για σχολικούς νοσηλευτές. Μετά τον έλεγχο ποιότητας και την απομάκρυνση διπλών ή ελλιπών καταχωρήσεων, το τελικό αναλυτικό δείγμα αποτελείται από N=328 συμμετέχοντες/ούσες. Τα αποτελέσματα οργανώνονται σύμφωνα με τη δομή του εργαλείου και τα τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα: γνώσεις, στάσεις, αντιληπτός έλεγχος και πρόθεση αναφοράς σε σενάρια. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με πίνακες και γραφήματα στο σώμα του κεφαλαίου, σύμφωνα με τις οδηγίες παρουσίασης επιστημονικής εργασίας (ΕΑΠ, 2008).

Η περιγραφική στατιστική πραγματοποιήθηκε με υπολογισμό συχνοτήτων, ποσοστών, μέσων όρων και τυπικών αποκλίσεων. Για τη σύγκριση πρόθεσης αναφοράς μεταξύ των οκτώ σεναρίων εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος Friedman. Όλοι οι έλεγχοι σημαντικότητας πραγματοποιήθηκαν στο επίπεδο $\alpha=0,05$, όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 3.

4.1 Δημογραφικά και Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά

4.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

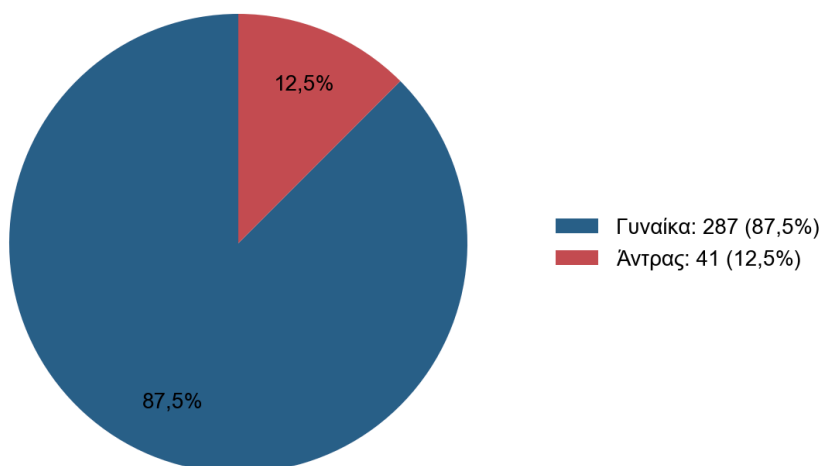
Η πλειοψηφία του δείγματος απαρτιζόταν από γυναίκες ($n=287$, 87,5%) και άνδρες ($n=41$, 12,5%). Η μέση ηλικία ήταν 35,67 έτη ($SD=5,54$, εύρος 25–54 έτη). Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι συχνότερες κατηγορίες ήταν το γάμο/σύμφωνο συμβίωσης και η μονιμαζία/ανυπαντρία. Η συντριπτική πλειοψηφία δεν ανέφερε προσωπικό ιστορικό παιδικής κακοποίησης, ενώ σημαντικό ποσοστό γνώριζε θύμα κακοποίησης στο οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον (βλ. Πίνακα 1 και Γράφημα 4).

Ως προς το ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο, το δείγμα χαρακτηριζόταν από υψηλό επίπεδο σπουδών: σημαντικό ποσοστό ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, ενώ οι υπόλοιποι πτυχιούχοι ΤΕΙ/Πανεπιστημίου. Η κατανομή φύλου ανταποκρίνεται στη σύνθεση του πληθυσμού-στόχου των αναπληρωτών σχολικών νοσηλευτών ΠΕ25, όπου οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του σώματος.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=328)

Μεταβλητή	n	%
Φύλο: Γυναίκα	287	87,5%
Φύλο: Άντρας	41	12,5%
Ηλικία (έτη, M±SD)	35,67 ± 5,54	—
Θύμα κακοποίησης: Όχι	291	88,7%
Θύμα κακοποίησης: Ναι	37	11,3%

Κατανομή φύλου συμμετεχόντων



Γράφημα 4. Κατανομή φύλου συμμετεχόντων (N=328)

4.1.2 Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

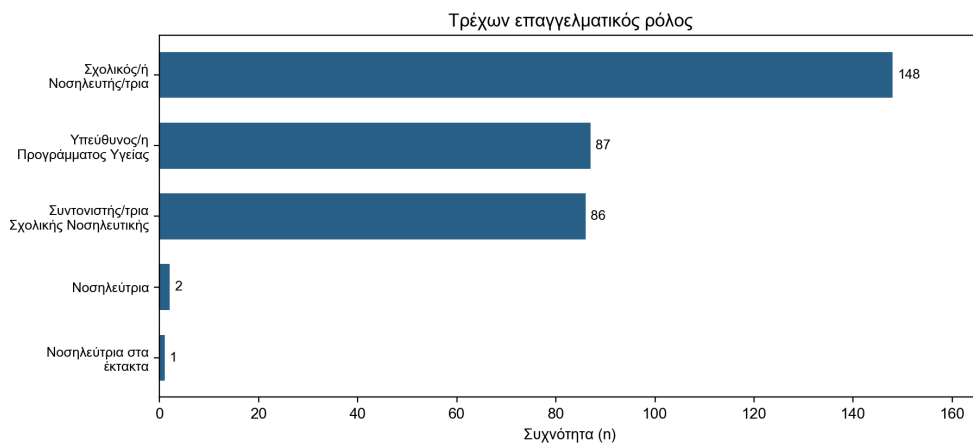
Οι συμμετέχοντες απασχολούνταν κυρίως ως σχολικοί/ές νοσηλευτές/τριες (n=148, 45,1%), υπεύθυνοι/ες προγράμματος υγείας (n=87) και συντονιστές/τριες σχολικής νοσηλευτικής (n=86). Το 59,8% δήλωσε μηδενικές ώρες εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση. Το 43,0% είχε προηγουμένως κάνει αναφορά πιθανού περιστατικού, ενώ το 4,6% ανέφερε ότι είχε υποπτευθεί κακοποίηση χωρίς να την αναφέρει (βλ. Πίνακα 2 και Γραφήματα 5–6).

Η αυτοαξιολόγηση προετοιμασίας από τη σχολική εκπαίδευση (M=3,13, κλίμακα 1–5) και από τον τρέχοντα φορέα (M=2,96) καταδεικνύει μέτριο έως χαμηλό αίσθημα επάρκειας, συνεπικουρώντας το εύρημα των μηδενικών ωρών εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση για το 59,8% του δείγματος. Οι συμμετέχοντες/ούσες απασχολούνταν κυρίως σε δημόσια σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με μικρότερο ποσοστό σε ειδικά σχολεία.

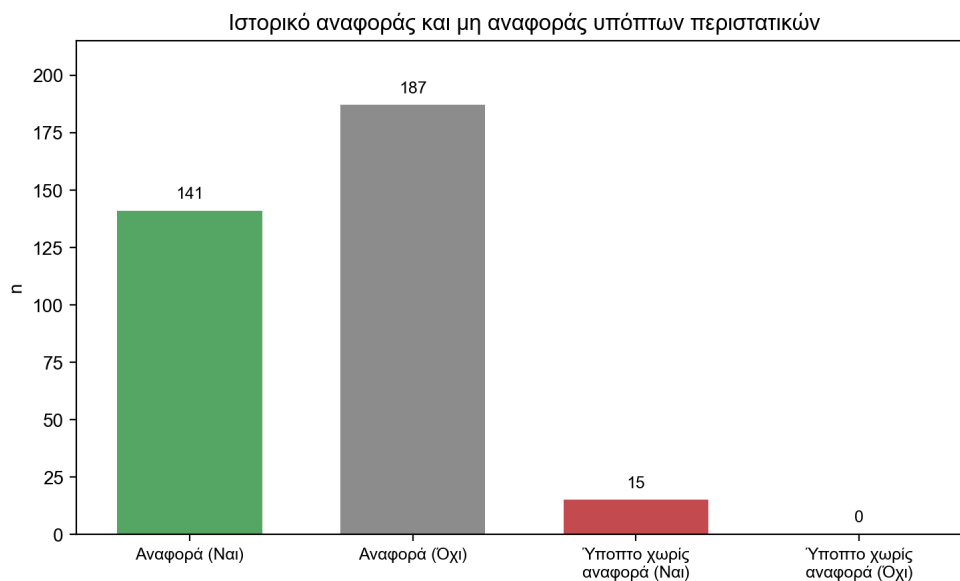
Πίνακας 2. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά και εκπαίδευση

Μεταβλητή	n / M	%
Σχολικός/ή Νοσηλευτής/τρια	148	45,1%
Υπεύθυνος/η Προγράμματος Υγείας	87	26,5%
Συντονιστής/τρια Σχολικής Νοσηλευτικής	86	26,2%
Νοσηλεύτρια	2	0,6%
Νοσηλεύτρια στα έκτακτα	1	0,3%
Καθηγήτρια νοσηλευτικής	1	0,3%

Ώρες εκπαίδευσης (σχολή) = 0	196	59,8%
Προετοιμασία σχολής (Μ, 1–5)	3,13	—
Προετοιμασία φορέα (Μ, 1–5)	2,96	—



Γράφημα 5. Κατανομή επαγγελματικού ρόλου



Γράφημα 6. Ιστορικό αναφοράς και μη αναφοράς υπόπτων περιστατικών

4.2 Στάσεις

4.2.1 Στάσεις για μεθόδους ανατροφής/πειθαρχία (Τμήμα 2α)

Οι συμμετέχοντες/ούσες εξέφρασαν πολύ χαμηλή αποδοχή σωματικής τιμωρίας και χαστουκιών (συνολικός μέσος όρος υποκλίμακας 2α: $M=1,51$, $SD=0,44$, κλίμακα 1–6), γεγονός που υποδηλώνει σαφή απόσταση από πρακτικές που ενδέχεται να θεωρηθούν κακοποιητικές (βλ. Πίνακα 3 και Γράφημα 7).

Αναλυτικά, οι δηλώσεις για χαστουκίσματα, σωματική τιμωρία και «κακομάθημα» χωρίς πειθαρχία συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες (σχεδόν καθολική έντονη διαφωνία), ενώ η δήλωση ότι οι γονείς έχουν απόλυτο δικαίωμα πειθαρχίας παρουσίασε μεγαλύτερη διακύμανση. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες δεν ταυτίζουν την πειθαρχία με τη σωματική τιμωρία.

4.2.2 Στάσεις για τιμωρία θύτη (Τμήμα 2β)

Η υποκλίμακα τιμωρίας θύτη παρουσίασε μέσο όρο $M=3,53$ ($SD=0,76$), με τάση υπέρ της νομικής αντιμετώπισης σοβαρών περιστατικών αλλά όχι ομόφωνη στήριξη αυστηρής ποινής σε κάθε περίπτωση.

Υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν σε δηλώσεις που υποστηρίζουν την αναφορά στην Αστυνομία/αρχές και την ποινική δίωξη θυτών, ενώ χαμηλότερες σε δηλώσεις που θεωρούν ότι δεν χρειάζεται αναφορά σε μεμονωμένα περιστατικά. Το εύρημα αντικατοπτρίζει αμφιλογία μεταξύ της λογικής της πλήρους νομικής καταδίωξης και της πραγματικής διαχείρισης στο σχολικό περιβάλλον.

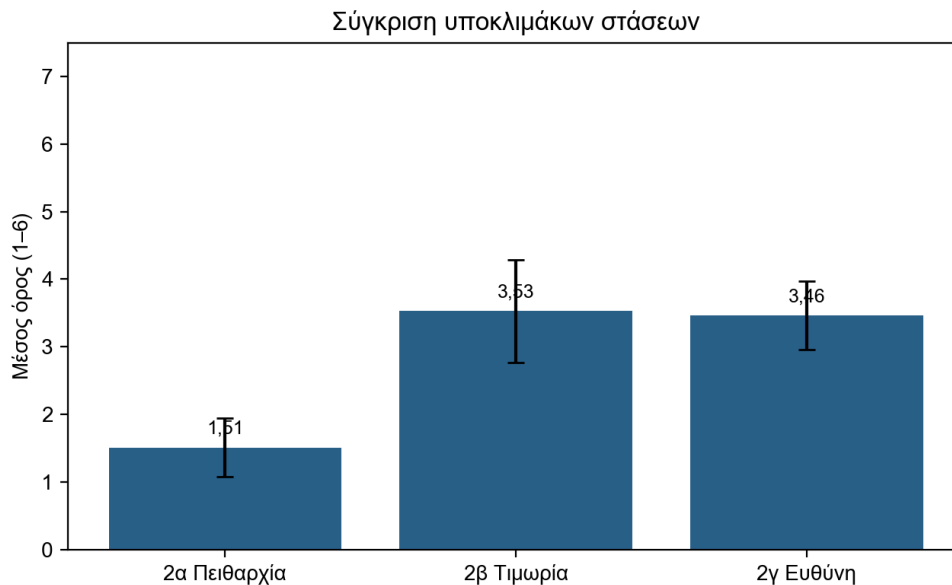
4.2.3 Στάσεις επαγγελματικής ευθύνης (Τμήμα 2γ)

Η υποκλίμακα επαγγελματικής ευθύνης εμφάνισε $M=3,46$ ($SD=0,51$). Οι δηλώσεις που αφορούν την υποχρέωση προστασίας και αναφοράς στις αρχές συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες από τις δηλώσεις που αφορούν αποφυγή εμπλοκής ή χρονοβόρα διαδικασία.

Ενδεικτικά, υψηλή συμφωνία καταγράφηκε στις δηλώσεις «οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να προασπίζονται τα κακοποιημένα παιδιά» και «έχουν υποχρέωση να προστατεύουν τα παιδιά», ενώ χαμηλότερη βαθμολογία στη δήλωση «δεν θέλω να ρωτάω τους γονείς περί παιδικής κακοποίησης» και «είναι πολύ χρονοβόρο». Η δήλωση για νομική υποχρέωση αναφοράς έλαβε υψηλή μέση βαθμολογία, συμβατά με την ευαισθητοποίηση για το ελληνικό πλαίσιο (ν. 3500/2006).

Πίνακας 3. Συνολικοί μέσοι όροι υποκλιμάκων στάσεων (κλίμακα 1–6)

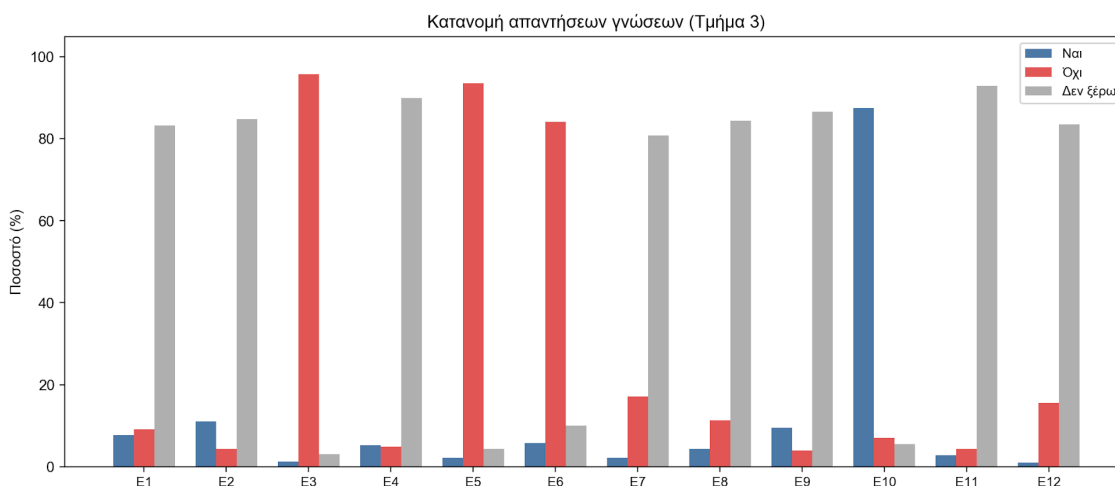
Υποκλίμακα	M	SD
Τμήμα 2α	1,51	0,44
Τμήμα 2β	3,53	0,76
Τμήμα 2γ	3,46	0,51



Γράφημα 7. Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων στάσεων (2α, 2β, 2γ)

4.3 Γνώσεις (Τμήμα 3)

Το συνολικό ποσοστό σωστών απαντήσεων στις δώδεκα ερωτήσεις γνώσεων ήταν 29,8%. Παρατηρήθηκε έντονη συχνότητα απάντησης «Δεν ξέρω» σε ερωτήσεις σχετικές με το νομικό πλαίσιο και την κλινική αναγνώριση. Η χαμηλότερη επίδοση σχετίζεται με τη δήλωση «Αποτυχία του επαγγελματία υγείας να αναφέρει στις ...» (2,7% σωστά), ενώ υψηλότερη επίδοση στην «Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί συνήθως το λένε σε...» (95,7% σωστά), όπως φαίνεται στο Γράφημα 1.



Γράφημα 1. Κατανομή απαντήσεων γνώσεων (Ναι/Όχι/Δεν ξέρω) ανά ερώτηση (N=328)

Το υψηλό ποσοστό «Δεν ξέρω» σε ερωτήσεις για το νομικό πλαίσιο (π.χ. χρηματικές ποινές, υποχρεώσεις αναφοράς) και για κλινικά σημεία (π.χ. φύση σεξουαλικής κακοποίησης, απομάκρυνση παιδιού) υπογραμμίζει ανάγκη στοχευμένης εκπαίδευσης. Αντίθετα, υψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων εμφανίστηκαν σε ερωτήσεις με πιο ευρέως γνωστές πληροφορίες (π.χ. ότι η κακοποίηση δεν περιορίζεται σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις). Ο αναλυτικός πίνακας παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

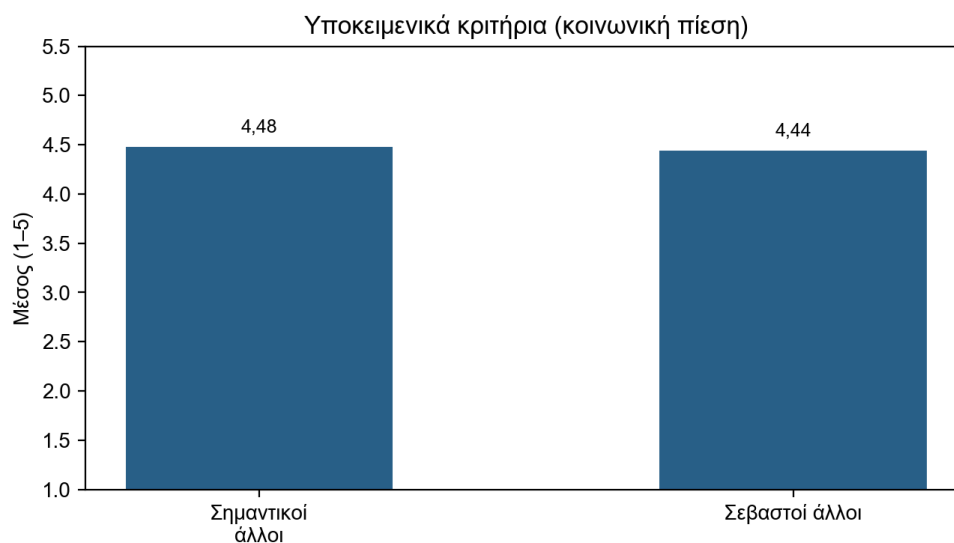
Πίνακας 5. Αναλυτικές απαντήσεις γνώσεων (Τμήμα 3) ανά ερώτηση

Ερώτηση	Ναι %	Όχι %	Δεν ξέρω %	Σωστή %
E1	7,6%	9,1%	83,2%	9,1%
E2	11,0%	4,3%	84,8%	4,3%
E3	1,2%	95,7%	3,0%	95,7%
E4	5,2%	4,9%	89,9%	5,2%
E5	2,1%	93,6%	4,3%	93,6%
E6	5,8%	84,1%	10,1%	5,8%

E7	2,1%	17,1%	80,8%	17,1%
E8	4,3%	11,3%	84,5%	11,3%
E9	9,5%	4,0%	86,6%	9,5%
E10	87,5%	7,0%	5,5%	87,5%
E11	2,7%	4,3%	93,0%	2,7%
E12	0,9%	15,5%	83,5%	15,5%

4.4 Υποκειμενικά Κριτήρια (Τμήμα 4)

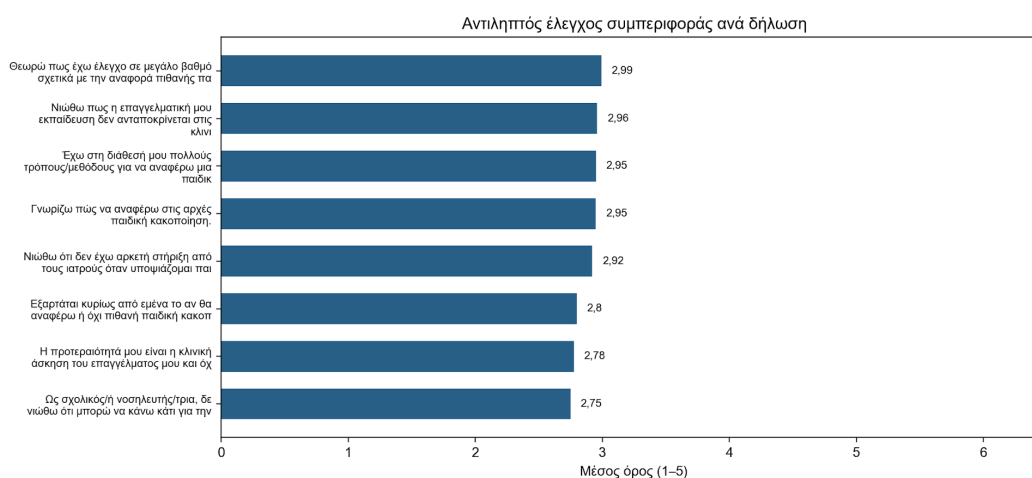
Οι συμμετέχοντες/ούσες ανέφεραν υψηλή πίεση από το σημαντικό τους περιβάλλον να καταγγείλουν ύποπτα περιστατικά ($M=4,48$, $SD=0,67$) και από άτομα των οποίων τη γνώμη σέβονται ($M=4,44$, $SD=0,65$), κλίμακα 1–5 (βλ. Γράφημα 9).



Γράφημα 9. Υποκειμενικά κριτήρια – μέσοι όροι

4.5 Αντιληπτός Έλεγχος Συμπεριφοράς (Τμήμα 5)

Ο συνολικός μέσος όρος αντιληπτού ελέγχου ήταν $M=2,89$ ($SD=0,43$, κλίμακα 1–5). Τα υψηλότερα σκορ καταγράφηκαν σε δηλώσεις σχετικές με την υποχρέωση και την ηθική διάσταση της αναφοράς, ενώ χαμηλότερα σκορ σε δηλώσεις που αφορούν επαρκή στήριξη από ιατρούς ή ανταπόκριση της εκπαίδευσης στις κλινικές ανάγκες (βλ. Γράφημα 8).



Γράφημα 8. Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς ανά δήλωση

Η δήλωση «Γνωρίζω πώς να αναφέρω στις αρχές παιδική κακοποίηση» και «Έχω στη διάθεσή μου πολλούς τρόπους/μεθόδους» έλαβαν σχετικά υψηλές βαθμολογίες, ενώ χαμηλότερες οι δηλώσεις για έλλειψη στήριξης από ιατρούς και για ανεπαρκή κλινική προτεραιότητα. Το εύρημα υποδηλώνει ότι η αυτοπεποίθηση σχετίζεται περισσότερο με γνώση διαδικασιών παρά με αίσθηση οργανωσιακής υποστήριξης στο σχολείο.

4.6 Σενάρια – Πρόθεση Αναφοράς (Τμήμα 6)

4.6.1 Συγκριτική ανάλυση σεναρίων

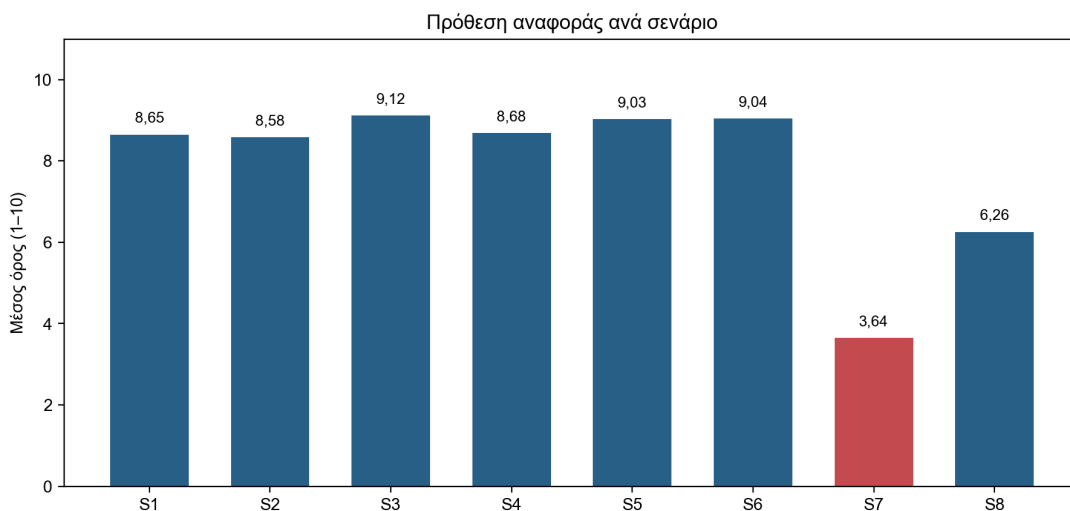
Η πρόθεση αναφοράς κυμάνθηκε σημαντικά ανά σενάριο. Για τα σενάρια 1–6 και 8 οι μέσοι όροι πρόθεσης ήταν σχετικά υψηλοί (M από 6,26 έως 9,12 στην κλίμακα 1–10). Αντίθετα, στο σενάριο 7 (συναισθηματική κακοποίηση – σύγκριση/γελοιοποίηση) καταγράφηκε ο χαμηλότερος μέσος όρος ($M=3,64$, $SD=2,02$), γεγονός που υποδηλώνει σαφώς χαμηλότερη

αναφερόμενη πρόθεση αναφοράς σε περιστατικά με πολιτισμική ή συναισθηματική πολυπλοκότητα.

Το σενάριο 8 (σεξουαλική κακοποίηση – πορνογραφία) εμφάνισε ενδιάμεση πρόθεση (M=6,26), ενώ τα σενάρια 1–6 παρουσίασαν μέσους όρους πρόθεσης πάνω από 8,5 στην κλίμακα 1–10. Η αντίληψη σοβαρότητας παρακολουθούσε παρόμοια τάση, ωστόσο στο σενάριο 7 η σοβαρότητα αξιολογήθηκε υψηλότερα (M=3,96) σε σχέση με τη χαμηλή πρόθεση αναφοράς, γεγονός που υποδηλώνει αποσύνδεση μεταξύ αντιληφθείσας σοβαρότητας και αναφερόμενης πρόθεσης ενεργειών.

Ο έλεγχος Friedman για τις διαφορές πρόθεσης μεταξύ των οκτώ σεναρίων ήταν στατιστικά σημαντικός ($\chi^2=862,37$, $p=0,0$, $n=328$), επιβεβαιώνοντας ότι ο τύπος και το περιεχόμενο του σεναρίου επηρεάζουν την αναφερόμενη πρόθεση αναφοράς.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Γράφημα 2 και στον Πίνακα 4.



Γράφημα 2. Μέση πρόθεση αναφοράς (κλίμακα 1–10) ανά σενάριο κακοποίησης (N=328)

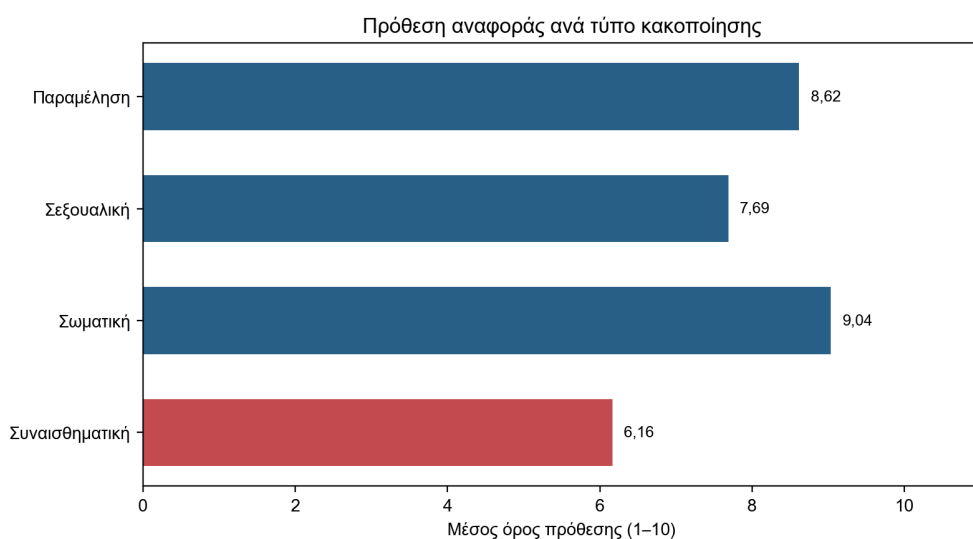
Πίνακας 4. Μέσοι όροι σοβαρότητας και πρόθεσης αναφοράς ανά σενάριο

Σενάριο	Σοβαρότητα (M)	Πρόθεση (M)	Πρόθεση (SD)
---------	----------------	-------------	--------------

Σενάριο 1	9,01	8,65	1,6
Σενάριο 2	8,95	8,58	1,65
Σενάριο 3	9,11	9,12	0,89
Σενάριο 4	8,85	8,68	1,45
Σενάριο 5	9,03	9,03	1,08
Σενάριο 6	9,21	9,04	1,09
Σενάριο 7	3,96	3,64	2,02
Σενάριο 8	4,34	6,26	3,05

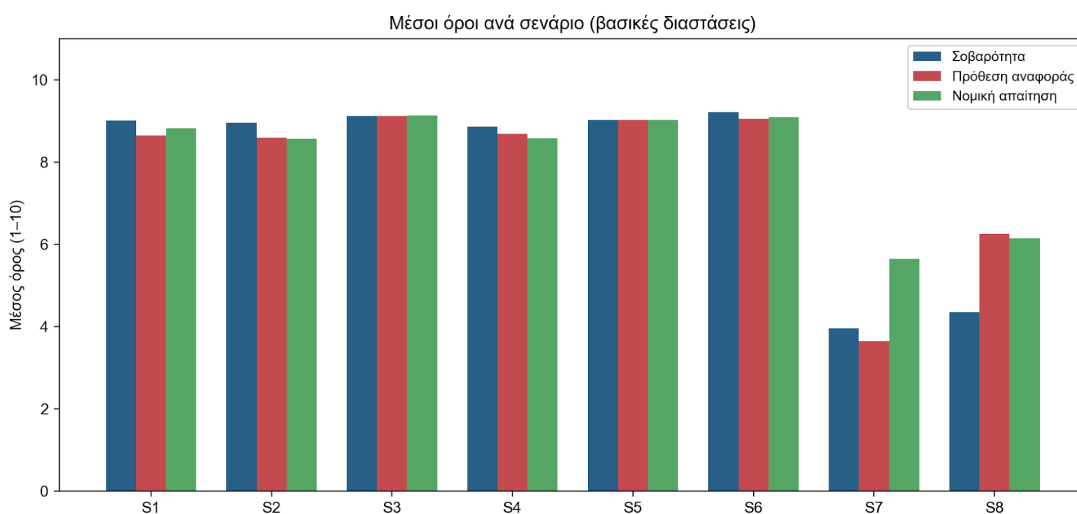
4.6.2 Ανάλυση ανά τύπο κακοποίησης

Η ομαδοποίηση σεναρίων ανά τύπο κακοποίησης έδειξε ότι η υψηλότερη μέση πρόθεση καταγράφηκε για σωματική (9,04) και σεξουαλική (7,69) κακοποίηση, ενώ η χαμηλότερη για συναισθηματική (6,16) και ενδιάμεση για παραμέληση (8,62), όπως φαίνεται στο Γράφημα 3.

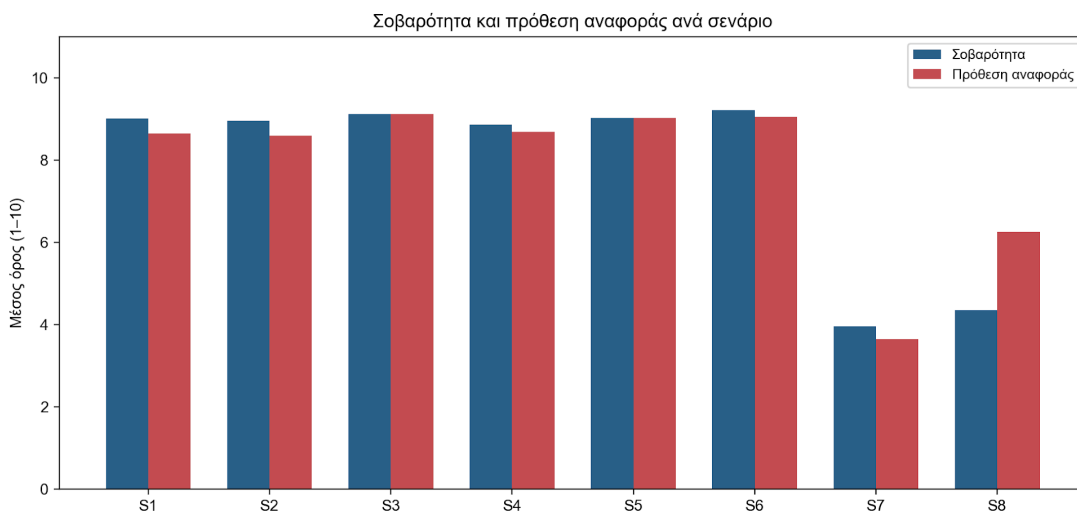


Γράφημα 3. Μέση πρόθεση αναφοράς ανά τύπο κακοποίησης (μέσος όρος σχετικών σεναρίων)

Η ανάλυση των έξι διαστάσεων ανά σενάριο (Πίνακας 4) έδειξε ότι η νομική απαίτηση αναφοράς και η αντίληψη κακοποίησης ακολουθούν συνήθως την πρόθεση αναφοράς, με εξαίρεση το σενάριο 7. Η επίδραση της αναφοράς στο παιδί και στην οικογένεια αξιολογήθηκε ως αρνητική ή μικτή στα περισσότερα σενάρια, χωρίς να αποτρέπει υψηλή πρόθεση αναφοράς σε σωματικά και σεξουαλικά σενάρια. Τα διαγράμματα ράβδων ανά διάσταση παρουσιάζονται στα Γραφήματα 10 και 11.



Γράφημα 10. Μέσοι όροι ανά σενάριο (σοβαρότητα, πρόθεση, νομική απαίτηση)



Γράφημα 11. Σοβαρότητα και πρόθεση αναφοράς ανά σενάριο (ράβδοι)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το παρόν κεφάλαιο ερμηνεύει τα εμπειρικά ευρήματα του Κεφαλαίου 4 υπό το φως της βιβλιογραφικής επισκόπησης και του θεωρητικού πλαισίου της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior, TPB). Η συζήτηση ακολουθεί τη λογική επιστημονικής διπλωματικής εργασίας: αρχικά συνοψίζονται τα κύρια μηνύματα, στη συνέχεια αναλύονται ειδικότερα οι διαστάσεις γνώσεων, στάσεων, αντιληπτού ελέγχου και πρόθεσης αναφοράς, συνδέονται με τη θεωρία και τη διεθνή βιβλιογραφία, αναγνωρίζονται οι περιορισμοί, και ολοκληρώνονται με συμπεράσματα και προτάσεις για την πράξη και τη μελλοντική έρευνα, σύμφωνα με τις αρχές συγγραφής επιστημονικής εργασίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

5.1 Σύνοψη Κύριων Ευρημάτων

Η παρούσα ποσοτική μελέτη αξιολόγησε, με προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο CARIS, τις γνώσεις, τις στάσεις, τον αντιληπτό έλεγχο και την πρόθεση αναφοράς 328 σχολικών νοσηλευτών/τριών στην Ελλάδα. Το δείγμα χαρακτηριζόταν από υψηλή συμμετοχή γυναικών, σημαντική επαγγελματική εμπειρία στο σχολικό περιβάλλον και έντονη έλλειψη τυπικής εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση (59,8 μηδενικές ώρες).

Τα ευρήματα κατέδειξαν χαμηλό συνολικό επίπεδο γνώσεων (29,8% σωστές απαντήσεις), ιδίως σε νομικές και κλινικές ερωτήσεις όπου κυριάρχησε η απάντηση «Δεν ξέρω». Παράλληλα, οι συμμετέχοντες/ούσες εξέφρασαν σαφή απόρριψη σωματικής τιμωρίας (υποκλίμακα 2α: $M=1,51$), μέτρια στήριξη νομικής αντιμετώπισης θυτών (2β: $M=3,53$) και αναγνώριση επαγγελματικής ευθύνης με επιφυλάξεις ως προς τον χρόνο και την εμπλοκή (2γ: $M=3,46$).

Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς ήταν μέτριος ($M=2,89$, κλίμακα 1–5), ενώ οι υποκειμενικοί κανόνες αξιολογήθηκαν υψηλά (περίπου 4,48–4,44/5), υποδηλώνοντας ισχυρή

κοινωνική προσδοκία για αναφορά. Η πρόθεση αναφοράς διαφέρει σημαντικά ανά σενάριο (έλεγχος Friedman: $\chi^2=862,37$, $p<0,001$), με υψηλότερες βαθμολογίες σε σωματική (9,04) και χαμηλότερες σε συναισθηματική κακοποίηση (6,16), ιδίως στο σενάριο 7 ($M=3,64$).

Συνολικά, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν ότι η πρόθεση αναφοράς δεν είναι μονολιθική, αλλά εξαρτάται από τον τύπο κακοποίησης, την εκπαίδευση, τις στάσεις και το θεσμικό πλαίσιο υποστήριξης στο σχολείο.

Η παρούσα σύνοψη αποτελεί βάση για τις επόμενες ενότητες, οι οποίες διευθετούν τα ευρήματα σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία, το ελληνικό νομικό πλαίσιο και τις πρακτικές ανάγκες της σχολικής νοσηλευτικής. Η συζήτηση δεν επαναλαμβάνει αναλυτικά τα στατιστικά στοιχεία του Κεφαλαίου 4, αλλά τα χρησιμοποιεί ως τεκμήρια για ερμηνεία και για διατύπωση συμπερασμάτων που απαντούν στον σκοπό της έρευνας.

5.2 Ερμηνεία Αποτελεσμάτων

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων οργανώνεται σε τέσσερις άξονες που αντιστοιχούν στις κεντρικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου CARIS: γνώσεις, στάσεις, αντιληπτός έλεγχος και πρόθεση αναφοράς σε τυποποιημένα σενάρια. Κάθε άξονας συζητείται με αναφορά σε ελληνικό θεσμικό πλαίσιο και σε διεθνή εμπειρικά ευρήματα, ώστε να αναδειχθούν τόσο τα σημεία συμφωνίας όσο και οι αποκλίσεις.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων βασίζεται στη σύγκριση με ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, χωρίς επανάληψη των περιγραφικών πινάκων του Κεφαλαίου 4. Οι παραπομπές σε γραφήματα και συμπληρωματικούς πίνακες γίνονται διακειμενικά (π.χ. βλ. Γράφημα 2).

5.2.1 Γνώσεις σχολικών νοσηλευτών

Η αξιολόγηση γνώσεων μέσω δωδεκαδύναμου τμήματος CARIS (Ναι/Όχι/Δεν ξέρω) αποκαλύπτει όχι μόνο το τελικό ποσοστό επιτυχίας, αλλά και τη δομή της αβεβαιότητας: σε πολλές ερωτήσεις η κατηγορία «Δεν ξέρω» υπερέχει της λανθασμένης απάντησης, γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη εκπαίδευσης παρά παρανόηση (βλ. Γράφημα 1). Αυτή η διάκριση έχει πρακτική σημασία, διότι στοχευμένη εκπαίδευση μπορεί να μετατοπίσει γρήγορα τις

απαντήσεις από «Δεν ξέρω» σε σωστές, ενώ η διόρθωση λανθασμένων πεποιθήσεων απαιτεί πιο σύνθετη παρέμβαση (McKee & Dillenburger, 2012).

Το ποσοστό 29,8% συνολικά σωστών απαντήσεων τοποθετεί τους Έλληνες σχολικούς νοσηλευτές/τριες σε χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων σε σχέση με επαγγελματίες υγείας σε διεθνείς μελέτες που χρησιμοποίησαν εξειδικευμένα ερωτηματολόγια (Fraser et al., 2010; Feng & Levine, 2005). Η έντονη χρήση της κατηγορίας «Δεν ξέρω» σε ερωτήσεις για το νομικό πλαίσιο (ν. 3500/2006) και για κλινικά σημεία συνάδει με ελληνικές διαπιστώσεις ότι η υποχρεωτική αναφορά εφαρμόζεται ανομοιόμορφα και ότι οι επαγγελματίες αισθάνονται ανασφάλεια σχετικά με τις διαδικασίες (Παπαδημητρίου & Λουμάκου, 2016).

Η σύνδεση με την έλλειψη εκπαίδευσης είναι εμφανής: το 59,8 του δείγματος δήλωσε μηδενικές ώρες εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση κατά τη φοίτηση, ενώ η αυτοαξιολόγηση προετοιμασίας από τη σχολή ($M=3,13/5$) και από τον φορέα ($M=2,96/5$) παρέμεινε μέτρια έως χαμηλή. Παρόμοιες διαπιστώσεις έχουν αναφερθεί για νοσηλευτές και εκπαιδευτικούς, όπου η ανεπαρκής προϋπηρεσιακή εκπαίδευση συσχετίζεται με χαμηλότερη αναγνώριση σημείων και μικρότερη πιθανότητα αναφοράς (Hawkins & McCallum, 2001; McKee & Dillenburger, 2012).

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες/ούσες απέδειξαν καλύτερη επίδοση σε ερωτήσεις γενικής αιτιολογίας (π.χ. ότι η κακοποίηση δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές τάξεις), γεγονός που υποδηλώνει βασική ευαισθητοποίηση αλλά όχι εξειδίκευση σε νομικές και κλινικές λεπτομέρειες. Η χαμηλότερη επίδοση σε ερωτήσεις για τις υποχρεώσεις αναφοράς των επαγγελματιών υγείας και για τα χαρακτηριστικά σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί κρίσιμο κενό, δεδομένης της υποχρεωτικής αναφοράς στην Ελλάδα και της αυξανόμενης επιβάρυνσης από ψηφιακή κακοποίηση (Τσιτσικά et al., 2015).

Σε σύγκριση με έρευνες σε εκπαιδευτικούς στην Κύπρο και την Ελλάδα, όπου καταγράφονται παρόμοια κενά γνώσεων αλλά θετικές στάσεις προς την προστασία παιδιών (Κουτσελίνη & Θεοφιλίδης, 2017), οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες φαίνεται να διαθέτουν περιορισμένη τυπική γνώση παράλληλα με υψηλή κοινωνική πίεση για αναφορά (βλ. ενότητα 5.2.3). Αυτό το μοτίβο ενισχύει την ανάγκη στοχευμένης συνεχούς εκπαίδευσης και όχι μόνο γενικής ενημέρωσης.

Η χαμηλή επίδοση σε ερωτήσεις για ψηφιακή/σεξουαλική κακοποίηση και για συγκεκριμένες διαδικασίες αναφοράς (Πίνακας 5, Κεφάλαιο 4) αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο σημερινό σχολικό περιβάλλον, όπου η διαδικτυακή έκθεση και ο εκφοβισμός αυξάνονται (Τσιτσίκας et al., 2015). Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες, ως επαγγελματίες υγείας με καθημερινή επαφή, μπορούν να λειτουργήσουν ως «ευαίσθητο ραντάρ» για σημεία κινδύνου, εφόσον εκπαιδευτούν σε κλινικά και νομικά κριτήρια και εφόσον υπάρχει σαφής διαδρομή παραπομπής προς εξειδικευμένες υπηρεσίες (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2023).

Επιπλέον, το γεγονός ότι το 43,0 του δείγματος είχε προηγουμένως αναφέρει πιθανό περιστατικό, ενώ σημαντικό ποσοστό είχε υποπτευθεί κακοποίηση χωρίς αναφορά (βλ. Κεφάλαιο 4.1.2), υποδηλώνει ότι η γνώση και η εμπειρία δεν μετατρέπονται αυτόματα σε συνεπή συμπεριφορά αναφοράς — φαινόμενο που έχει τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως «χάσμα πρόθεσης–συμπεριφοράς» (Kenny, 2001; Alvarez et al., 2004).

Ο νόμος 3500/2006 και οι μεταγενέστερες ρυθμίσεις (Ελλάδα, 2006, 2018, 2019) καθιερώνουν υποχρεώσεις για επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με παιδιά. Η χαμηλή επίδοση σε ερωτήσεις που αφορούν συγκεκριμένα άρθρα και διαδικασίες υποδηλώνει ότι η νομοθετική γνώση δεν έχει μετατραπεί σε καθημερινή επαγγελματική πρακτική. Η εκπαίδευση οφείλει να συνδέει τον νόμο με σαφή βήματα: ποιος αναφέρει, σε ποιον, εντός πόσου χρόνου, και με ποια προστασία για τον αναφέροντα (Παπαδημητρίου & Λουμάκου, 2016).

Η σύγκριση με διεθνή δεδομένα για επαγγελματίες υγείας δείχνει ότι οι γνώσεις για σημεία κακοποίησης και νομικές υποχρεώσεις παραμένουν ανεπαρκείς ακόμη και σε χώρες με ώριμα συστήματα υποχρεωτικής αναφοράς (Mathews & Kenny, 2008; Reijnders et al., 2008). Στο ελληνικό σχολικό περιβάλλον, όπου ο σχολικός νοσηλευτής συνεργάζεται με εκπαιδευτικούς χωρίς πάντα σαφή διαχωρισμό ρόλων, η έλλειψη γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση αναφοράς ή σε παραπομπή αποκλειστικά σε ψυχολογική υποστήριξη χωρίς ενεργοποίηση της ποινικής/προστατευτικής διαδικασίας όταν αυτή απαιτείται (Cerezo & Pons-Salvador, 2004).

Επομένως, η βελτίωση των γνώσεων δεν πρέπει να περιορίζεται σε απομνημόνευση ορισμών, αλλά να περιλαμβάνει εξάσκηση σε σενάρια όπως αυτά της CARIS, ώστε οι επαγγελματίες

να εξοικειωθούν με τη διαδικασία αποφάσεων πριν αντιμετωπίσουν πραγματικό περιστατικό (Fraser et al., 2010). Η παρούσα μελέτη παρέχει ελληνική βάση για σχεδιασμό τέτοιων προγραμμάτων.

5.2.2 Στάσεις απέναντι στην αναφορά

Οι στάσεις των συμμετεχόντων/ουσών χαρακτηρίζονται από έντονη απόρριψη σωματικής τιμωρίας ($M=1,51$, κλίμακα 1–6), συμβατά με σύγχρονες απόψεις για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού (World Health Organization, 2022). Η χαμηλή αποδοχή χαστουκισμάτων και σωματικής πειθαρχίας διαφοροποιεί το δείγμα από πολιτισμικές πρακτικές όπου η σωματική τιμωρία θεωρείται αποδεκτή, όπως έχει τεκμηριωθεί σε έρευνες σε άλλες χώρες (Schols et al., 2013).

Η υποκλίμακα τιμωρίας θύτη ($M=3,53$) αποτυπώνει αμφιθυμία: υποστήριξη αναφοράς σε αστυνομία/αρχές σε σοβαρά περιστατικά, αλλά όχι ομόφωνη στήριξη αυστηρής ποινής σε κάθε περίπτωση. Αυτό συνάδει με τη λογική του μοντέλου απόφασης αναφοράς του Zellman (1990), όπου οι επαγγελματίες ζυγίζουν τη σοβαρότητα, τις επιπτώσεις στην οικογένεια και τις προσωπικές συνέπειες πριν προχωρήσουν σε καταγγελία.

Η επαγγελματική ευθύνη ($M=3,46$) συνδυάζει υψηλή αναγνώριση υποχρέωσης προστασίας με χαμηλότερη αποδοχή χρονοβόρων διαδικασιών ή άμεσης εμπλοκής με γονείς. Το εύρημα είναι συμβατό με έρευνες σε σχολικούς νοσηλευτές διεθνώς, όπου η πρόθεση αναφοράς σεξουαλικής κακοποίησης συσχετίζεται με εκπαίδευση και αυτοπεποίθηση (Ackers et al., 2024), αλλά παραμένει εμπόδιο η έλλειψη χρόνου και σαφών πρωτοκόλλων στο σχολείο (Bradbury-Jones et al., 2019).

Σε σύγκριση με μαίες που αξιολογήθηκαν με CARIS (Fraser et al., 2010), οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες εμφανίζουν παρόμοια απόρριψη σωματικής βίας αλλά πιθανώς διαφορετική εμπειρία ως προς την επαφή με «ορφανά» σημεία κακοποίησης στο σχολείο (συμπεριφορές, απουσίες, σχόλια). Οι στάσεις, επομένως, φαίνεται να είναι θετικές προς την προστασία, αλλά η πρακτική εφαρμογή εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες που αναλύονται στην επόμενη ενότητα.

Η πολιτισμική διάσταση αναδεικνύεται κυρίως όχι στις γενικές στάσεις, αλλά στη διαφοροποίηση πρόθεσης ανά σενάριο (βλ. 5.2.4): οι συμμετέχοντες/ούσες μπορεί να απορρίπτουν τη σωματική τιμωρία σε αφηρημένο επίπεδο, αλλά να διστάζουν σε περιστατικά που θίγουν ευαίσθητα ζητήματα ταυτότητας ή συναισθηματικής κακομεταχείρισης, όπως στο σενάριο 7 — φαινόμενο που έχει αναφερθεί και σε έρευνες εκπαιδευτικών για την αναφορά σεξουαλικής κακοποίησης (Walsh et al., 2018).

Οι στάσεις απέναντι στην τιμωρία θύτη αξιολογούν επίσης την ένταση με την οποία οι συμμετέχοντες/ούσες είναι διατεθειμένοι να ενεργοποιήσουν τον ποινικό μηχανισμό. Στο σχολείο, όπου η σχέση με την οικογένεια είναι συχνά μακροχρόνια, η αμφιθυμία αυτή μπορεί να ερμηνευθεί ως προσπάθεια ισορροπίας μεταξύ προστασίας παιδιού και διατήρησης σχολικής κοινότητας — όχι ως αδιαφορία. Η εκπαίδευση οφείλει να διευκρινίζει ότι η αναφορά δεν ταυτίζεται απαραίτητα με άμεση ποινική δίωξη, αλλά με ενεργοποίηση προστατευτικών μηχανισμών (Παπαδημητρίου & Λουμάκου, 2016).

Σε διεθνές επίπεδο, οι έρευνες σε εκπαιδευτικούς καταδεικνύουν ότι θετικές στάσεις δεν επαρκούν χωρίς εκπαίδευση και θεσμική κάλυψη (Walsh et al., 2018). Οι Έλληνες σχολικοί νοσηλευτές/τριες φαίνεται να ακολουθούν παρόμοιο μοτίβο: υψηλή ηθική δέσμευση, αλλά πρακτικά εμπόδια. Η ενίσχυση της επαγγελματικής ευθύνης μέσω σαφών καθηκόντων στην εγκύκλιο του Υπουργείου Παιδείας θα μπορούσε να μειώσει την αμφιθυμία και να ευθυγραμμίσει στάσεις με πράξη.

5.2.3 Αυτοπεποίθηση και αντιληπτός έλεγχος

Ο μέσος όρος αντιληπτού ελέγχου ($M=2,89/5$) υποδηλώνει ότι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες αισθάνονται μέτρια ικανότητα να αναφέρουν, με αντίθετα υψηλότερη αξιολόγηση στις δηλώσεις ηθικής υποχρέωσης και χαμηλότερη στις δηλώσεις οργανωσιακής στήριξης (βλ. Γράφημα 8). Η διάκριση μεταξύ «γνωρίζω πώς να αναφέρω» και «δεν έχω επαρκή στήριξη από ιατρούς/φορέα» συνάδει με τη διάκριση της TPB μεταξύ αντιληπτής συμπεριφορικής εξουσίας και πραγματικού ελέγχου (Ajzen, 1991; Ajzen, 2002).

Τα εμπόδια που τεκμηριώνει η διεθνής βιβλιογραφία — φόβος λανθασμένης καταγγελίας, αβεβαιότητα για τις διαδικασίες, έλλειψη στήριξης από συναδέλφους — εμφανίζονται και στο ελληνικό σχολικό πλαίσιο (Eisbach & Driessnack, 2010; Alrimawi et al., 2019). Η ιδιαίτερη

θέση του σχολικού νοσηλευτή ως «gatekeeper» (Bradbury-Jones et al., 2019) ενισχύει την αίσθηση ευθύνης, αλλά ταυτόχρονα αυξάνει το άγχος, όταν λείπουν σαφή πρωτόκολλα συνεργασίας με διευθύνσεις, ψυχολόγους σχολείου και εισαγγελέα ανηλίκων (Pabis, 2022).

Οι υψηλοί μέσοι όροι υποκειμενικών κανόνων ($M \approx 4,48-4,44$) δείχνουν ότι το κοινωνικό περιβάλλον ενθαρρύνει την αναφορά, γεγονός που μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά ακόμη και όταν οι γνώσεις είναι περιορισμένες. Ωστόσο, χωρίς θεσμική υποστήριξη, η κοινωνική πίεση μόνη της δεν επαρκεί για μετάβαση από πρόθεση σε πράξη (Fishbein & Ajzen, 2010).

Η σύγκριση με έρευνες σε μαίες (Feng & Levine, 2005) δείχνει ότι ο αντιληπτός έλεγχος συχνά προβλέπει την πρόθεση αναφοράς. Στην παρούσα μελέτη, οι δηλώσεις αντιληπτού ελέγχου για στήριξη από ιατρούς και κλινική προτεραιότητα έλαβαν χαμηλότερες βαθμολογίες, γεγονός που μπορεί να αντανακλά κοινή μεροχή με στάσεις και γνώσεις ή περιορισμένη οργανωσιακή υποστήριξη στο σχολείο.

Συνολικά, η αυτοπεποίθηση των σχολικών νοσηλευτών/τριών φαίνεται να βασίζεται πιο πολύ στην ηθική και νομική διάσταση της αναφοράς παρά στην εμπιστοσύνη ότι το σύστημα θα τους στηρίξει. Αυτό έχει άμεσες επιπτώσεις για την πολιτική υγείας και παιδείας: απαιτείται όχι μόνο εκπαίδευση, αλλά και οργανωμένη δικτύωση με ΚΕΣΥ, Συνήγορο του Παιδιού και υπηρεσίες πρόληψης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 2010).

Η Feng et al. (2012) ανέδειξαν ηθικά και νομικά ζητήματα στην αναφορά κακοποίησης, ενώ η Feng et al. (2010) τόνισαν τη σημασία της πολυεπαγγελματικής συνεργασίας. Στο σχολείο, ο σχολικός νοσηλευτής συχνά λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ εκπαιδευτικού, ψυχολόγου και εξωτερικών υπηρεσιών· η χαμηλή βαθμολογία σε δηλώσεις στήριξης από ιατρούς μπορεί να αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα στο σχολείο δεν περιλαμβάνει πάντα παιδίατρο στον ίδιο χώρο, αλλά δεν μειώνει την ανάγκη για σαφή διαδρομές παραπομπής (Louwers et al., 2010).

Η ενίσχυση του αντιληπτού ελέγχου, επομένως, δεν σημαίνει μόνο περισσότερες ώρες θεωρίας, αλλά πρακτική άσκηση, mentoring, και πρόσβαση σε ειδικούς (π.χ. γραμμή SOS 1056, ΚΕΣΥ). Όταν οι επαγγελματίες γνωρίζουν ακριβώς πού και πώς να αναφέρουν,

μειώνεται ο φόβος λανθασμένης καταγγελίας που τεκμηριώνεται επανειλημμένα (Eisbach & Driessnack, 2010; Lynne et al., 2015).

5.2.4 Πρόθεση αναφοράς ανά τύπο κακοποίησης

Η στατιστικά σημαντική διαφορά πρόθεσης μεταξύ των οκτώ σεναρίων (Friedman, $p < 0,001$) επιβεβαιώνει ότι η πρόθεση αναφοράς δεν είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται από το περιεχόμενο του σεναρίου. Η υψηλότερη πρόθεση καταγράφηκε για σωματική κακοποίηση (μέσος όρος τύπου 9,04) και παραμέληση (8,62), ενώ η χαμηλότερη για συναισθηματική (6,16) — τάση συμβατή με μελέτες μαιών με CARIS (Fraser et al., 2010).

Το σενάριο 7 (σύγκριση/γελοιοποίηση παιδιού) αποτελεί το πιο διδακτικό εύρημα: παρά την υψηλή αξιολόγηση σοβαρότητας ($M=3,96$), η πρόθεση αναφοράς ήταν ο χαμηλότερος μέσος όρος ($M=3,64$). Η αποσύνδεση αυτή υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες/ούσες αναγνωρίζουν το πρόβλημα ως σοβαρό, αλλά διστάζουν να ενεργήσουν — πιθανώς λόγω αβεβαιότητας αν το περιστατικό πληροί τα κριτήρια κακοποίησης, φόβου κοινωνικών συνεπειών ή δυσκολίας τεκμηρίωσης συναισθηματικής βίας στο σχολείο.

Η ερμηνεία αυτή πρέπει να διατυπωθεί προσεκτικά: το εστίασμα δεν είναι σε δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού του σεναρίου, αλλά στη δυσκολία αναγνώρισης και αναφοράς λεπτών μορφών κακομεταχείρισης, που συχνά υποτιμώνται σε σχέση με ορατή σωματική βία (Binggeli et al., 2001; Norman et al., 2012). Σε σχολικό περιβάλλον, όπου η συμπεριφορική αλλαγή μπορεί να αποδοθεί σε «φάση» ή «πρόβλημα συμπεριφοράς», η συναισθηματική κακοποίηση παραμένει λιγότερο ορατή από μελανιές ή τραυματισμούς (Crosson-Tower, 2023).

Συνοπτικά, ανά σενάριο: τα σενάρια 5–6 (σωματική κακοποίηση) και 1–2 (παραμέληση) συγκεντρώνουν την υψηλότερη πρόθεση, ενώ το σενάριο 3 (σεξουαλική επαφή από γονέα) παραμένει επίσης υψηλό — συμβατό με την ευαισθητοποίηση για ΠΣΚ. Το σενάριο 4 (ταυτότητα φύλου) και το 7 (γελοιοποίηση) αποτελούν τα πιο αμφίσημα, με το 7 να εμφανίζει τη μεγαλύτερη απόσχιση σοβαρότητας–πρόθεσης. Το σενάριο 8 (πορνογραφία) κατέχει ενδιάμεση θέση, πιθανώς λόγω πολυπλοκότητας τεκμηρίωσης και φόβου για συνέπειες σε οικογένεια (Myers, 2011).

Η σεξουαλική κακοποίηση παρουσίασε υψηλή πρόθεση στο σενάριο 3 (M=9,12) αλλά χαμηλότερη στο σενάριο 8 — έκθεση σε πορνογραφία (M=6,26). Η διαφορά μπορεί να αντικατοπτρίζει διαφορετική αντίληψη σοβαρότητας, νομικής υποχρέωσης ή ανησυχίας για επιπτώσεις στην οικογένεια (βλ. Γραφήματα 10–11), όπως έχει περιγραφεί στο μοντέλο πολυσταδιακής απόφασης αναφοράς (Zellman & Fair, 2002).

Η επίδραση της αναφοράς στο παιδί και στην οικογένεια αξιολογήθηκε συχνά ως αρνητική ή μικτή, χωρίς όμως να μειώνει την πρόθεση σε σαφή σωματικά ή σεξουαλικά σενάρια. Αυτό υποδηλώνει ότι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες αντιλαμβάνονται τον δίλημμα κόστους–οφέλους, αλλά προτεραιοποιούν την προστασία του παιδιού όταν η κακοποίηση είναι αναμφισβήτητη — στάση συμβατή με τον ρόλο τους ως επαγγελματιών υγείας στο σχολείο (Mathews & Kenny, 2008).

Σε σύγκριση με έρευνες σε επείγουσα και παιδιατρική περίθαλψη, όπου τα τραύματα είναι συχνά εμφανή (Flaherty et al., 2008), το σχολείο απαιτεί εκπαίδευση στην αναγνώριση λεπτών σημείων και στην οικοδομήση συνεργασιών με εκπαιδευτικούς. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάπτυξη πρωτοκόλλων που διαφοροποιούν τη διαχείριση ανά τύπο κακοποίησης και παρέχουν σαφείς οδηγίες για συναισθηματική/ψυχολογική κακοποίηση.

Η παραμέληση (μέσος όρος τύπου 8,62) παρουσίασε υψηλή πρόθεση, πιθανώς διότι τα σενάρια 1–2 περιγράφουν εμφανή κίνδυνο (παιδί μόνο, ιατρική παραμέληση) που αναγνωρίζεται ευκολότερα ως απειλή για την υγεία (Dubowitz & Bennett, 2007). Αντίθετα, η συναισθηματική κακοποίηση απαιτεί ερμηνεία συμπεριφορών και σχέσεων, γεγονός που αυξάνει την αβεβαιότητα (Binggeli et al., 2001).

Η σύγκριση των έξι διαστάσεων ανά σενάριο (Γραφήματα 10–11) δείχνει ότι η «νομική απαίτηση αναφοράς» και η «αντίληψη κακοποίησης» συνήθως συγκινούνται με την πρόθεση, ενώ η «επίδραση στην οικογένεια» μπορεί να λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας — ιδίως όταν η οικογένεια είναι ενσωματωμένη στο σχολικό περιβάλλον. Στο σενάριο 7, η υψηλή σοβαρότητα σε συνδυασμό με χαμηλή πρόθεση υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες/ούσες αναγνωρίζουν το πρόβλημα αλλά δεν νιώθουν επαρκώς «ασφαλείς» ή σίγουροι να ενεργήσουν.

Συνολικά, τα ευρήματα των σεναρίων υποστηρίζουν ολιστική προσέγγιση παρέμβασης που συνδυάζει εκπαίδευση, σαφή πρωτόκολλα, θεσμική υποστήριξη και ενίσχυση του αντιληπτού ελέγχου, ιδίως σε περιστατικά συναισθηματικής κακοποίησης.

5.3 Σύνδεση με Θεωρητικό Πλαίσιο

Η TPB (Ajzen, 1991) προβλέπει ότι η πρόθεση συμπεριφοράς καθορίζεται από στάσεις, υποκειμενικούς κανόνες και αντιληπτό έλεγχο. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν μερική επιβεβαίωση: οι υποκειμενικοί κανόνες ήταν υψηλοί, ο αντιληπτός έλεγχος μέτριος, και οι στάσεις αποτυπώνουν θετικό προσανατολισμό προς την προστασία παιδιών, με εξαιρέσεις σε συγκεκριμένα σενάρια.

Η TPB εφαρμόζεται καλύτερα σε επίπεδο συγκεκριμένης συμπεριφοράς παρά ως μέσος όρος οκτώ σεναρίων (Ajzen, 2020). Οι διακυμάνσεις ανά σενάριο (βλ. Γράφημα 2) δείχνουν ότι η πρόθεση είναι κατάσταση-εξαρτημένη (situation-specific).

Οι στάσεις για μεθόδους ανατροφής/πειθαρχία (2α) αποτυπώνουν αποδοχή ή απόρριψη πρακτικών πειθαρχίας: υψηλότερη βαθμολογία μπορεί να σημαίνει μεγαλύτερη αποδοχή αυστηρών/σωματικών πρακτικών, γεγονός συμβατό με έρευνες που συνδέουν πεποιθήσεις πειθαρχίας με υπο-αναφορά (Schols et al., 2013).

Το μοντέλο του Zellman (1990) για στάδια απόφασης αναφοράς εξηγεί γιατί υψηλή σοβαρότητα δεν μεταφράζεται πάντα σε πρόθεση: αναγνώριση, αξιολόγηση κόστους, απόφαση και πράξη είναι διακριτά στάδια. Στο σενάριο 7, οι συμμετέχοντες/ούσες φαίνεται να «κολλούν» στο στάδιο αξιολόγησης ή απόφασης, παρά στην αναγνώριση. Η CARIS, με ερωτήσεις για σοβαρότητα, νομική απαίτηση και επίδραση στην οικογένεια, επιτρέπει να χαρτογραφηθεί αυτή η απόσχιση (Fraser et al., 2010).

Τέλος, το χάσμα πρόθεσης-συμπεριφοράς (Armitage & Conner, 2001) υπενθυμίζει ότι υψηλή πρόθεση σε σενάρια δεν εγγυάται πραγματική αναφορά. Το 43% που είχε ήδη αναφέρει περιστατικό δείχνει ότι η αναφορά είναι εφικτή, αλλά η σχετικά χαμηλή αναφορά σε ύποπτα περιστατικά χωρίς καταγγελία επιβεβαιώνει ότι εμπόδια παραμένουν στην πράξη (Zellman, 1990; Svensson et al., 2015).

Η μετα-ανάλυση της Armitage και Conner (2001) για την TPB υποστήριξε την προβλεπτική ισχύ της πρόθεσης, αλλά με μεταβλητή ισχύ ανά συμπεριφορές. Η αναφορά κακοποίησης είναι σπάνια, υψηλού κόστους και συναισθηματικά φορτισμένη συμπεριφορά· επομένως, η μεγάλη διακύμανση ανά σενάριο δεν είναι απροσδόκητη. Η CARIS αντιμετωπίζει σωστά την πρόθεση ως πολυδιάστατο φαινόμενο, όχι ως μοναδική κλίμακα.

Σε επίπεδο σχεδιασμού, η ενσωμάτωση οκτώ σεναρίων επιτρέπει να δοκιμαστεί η TPB σε πολλαπλές «συμπεριφορές» ταυτόχρονα, προσεγγίζοντας τη λογική του Reasoned Action Approach (Fishbein & Ajzen, 2010). Η θεωρητική συμβολή της μελέτης είναι ότι αναδεικνύει πού «σπάει» η πρόβλεψη: στα αόρατα ή πολιτισμικά πολύπλοκα περιστατικά, όχι στα σαφή σωματικά ή σεξουαλικά σενάρια.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ισχυρή κοινωνική νομιμοποίηση της αναφοράς (υποκειμενικοί κανόνες $M \approx 4,48-4,44/5$) σε συνδυασμό με μέτριο αντιληπτό έλεγχο. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ότι η κοινωνική πίεση υπάρχει ως γενικός κανόνας, αλλά η ενεργοποίησή της εξαρτάται από αντιληπτό έλεγχο και από την αξιολόγηση του συγκεκριμένου σεναρίου. Η TPB, επομένως, αποκτά διπλή χρησιμότητα: ως πλαίσιο κατανόησης των στάσεων και του ελέγχου, αλλά και ως υπενθύμιση ότι η πρόθεση πρέπει να μετράται σε επίπεδο συγκεκριμένης πράξης (Ajzen, 2020).

Η σύνδεση με το μοντέλο πολυσταδιακής απόφασης (Zellman & Fair, 2002) ενισχύει την ερμηνεία του σεναρίου 7: οι συμμετέχοντες/ούσες δεν αμφισβητούν τη σοβαρότητα, αλλά ενδέχεται να θεωρούν ότι δεν έχουν φτάσει ακόμη στο στάδιο της τελικής απόφασης ή ότι άλλοι φορείς (διεύθυνση, ψυχολόγος) πρέπει να αναλάβουν πρώτοι. Σε σχολικό πλαίσιο, όπου η «ήπια» συναισθηματική κακομεταχείριση μπορεί να κανονικοποιείται, η TPB πρέπει να συνδυαστεί με εκπαίδευση αναγνώρισης και με θεσμική διευκρίνιση ρόλων, ώστε να μειωθεί η αβεβαιότητα στο στάδιο απόφασης.

5.4 Συνεισφορά στη Βιβλιογραφία

Η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία ως εξής: πρώτον, αποτελεί, κατά την καλύτερη γνώση των συγγραφέων, την πρώτη εφαρμογή της CARIS σε δείγμα Ελλήνων σχολικών νοσηλευτών/τριών, συμπληρώνοντας το κενό που εντοπίστηκε στο Κεφάλαιο 2 για έρευνες στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Δεύτερον, τα ευρήματα επιτρέπουν σύγκριση με μαίες (Fraser et al., 2010; Feng & Levine, 2005) και με διεθνείς μελέτες σχολικών νοσηλευτών (Ackers et al., 2024; Bradbury-Jones et al., 2019), αναδεικνύοντας ομοιότητες (υψηλή πρόθεση σε σαφή σενάρια) και διαφορές (έλλειψη ελληνικής εκπαίδευσης, ιδιαίτερη ευαισθησία στο σενάριο συναισθηματικής κακοποίησης).

Τρίτον, η μελέτη ενσωματώνει θεωρητικά πλαίσια (TPB, Zellman) με εμπειρικά δεδομένα σε πραγματικό σχολικό πλαίσιο, προσφέροντας βάση για στοχευμένες παρεμβάσεις. Τέταρτον, τα αποτελέσματα έχουν πολιτική αξία για την ανάπτυξη προγραμμάτων σχολικής νοσηλευτικής και προστασίας παιδιών στον ελληνικό δημόσιο τομέα, ιδίως μετά την επέκταση των θέσεων ΠΕ25 (Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού, 2025).

Η χρήση της CARIS επιτρέπει επίσης μελλοντική σύγκριση πριν-μετά εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στον ίδιο πληθυσμό, κάτι που θα ενίσχυε την πρακτική αξία της μελέτης. Η δημοσίευση των ελληνικών αποτελεσμάτων μπορεί να εντάσσει την Ελλάδα στον διεθνή διάλογο για την προστασία παιδιών στο σχολείο, στο πλαίσιο των στόχων της UNICEF και του ΠΟΥ για την πρόληψη βίας (UNICEF, 2021; World Health Organization, 2020).

Η συνεισφορά παραμένει περιγραφική και συσχετιστική· δεν εδραιώνει αιτιότητα ούτε μετρά πραγματική συμπεριφορά αναφοράς. Ωστόσο, η χρήση τυποποιημένων σεναρίων CARIS επιτρέπει διεθνή συγκρισιμότητα και μελλοντική επανάληψη της έρευνας.

Σε σχέση με τις ελληνικές εκθέσεις (Συνήγορος του Παιδιού, 2020, 2022), τα ευρήματα ενισχύουν την ανάγκη για ενίσχυση της πρόληψης και της έγκαιρης αναφοράς στο σχολείο. Η αύξηση των θέσεων σχολικών νοσηλευτών δημιουργεί ευκαιρία να θεσμοθετηθεί η προστασία παιδιών ως βασικός άξονας του ρόλου τους, όχι ως περιθωριακή αρμοδιότητα.

Η μελέτη συμβάλλει επίσης στη συζήτηση για την ενσωμάτωση της προστασίας παιδιών στον κώδικα δεοντολογίας της νοσηλευτικής και στην εκπαίδευση ΠΕ25: τα ευρήματα για χαμηλές γνώσεις και μέτριο αντιληπτό έλεγχο αποτελούν τεκμήρια για αναθεώρηση προγραμμάτων σπουδών και για υποχρεωτική συνεχή επιμόρφωση. Η σύγκριση με CARIS σε μαίες (Fraser et al., 2010) επιτρέπει να τοποθετηθεί η ελληνική εμπειρία στον διεθνή χάρτη, χωρίς να υποκαθίσταται η ανάγκη για εθνικά προσαρμοσμένες πολιτικές και πρωτόκολλα.

5.5 Περιορισμοί της Έρευνας

Η μελέτη παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Πρώτον, η δειγματοληψία ευκολίας (convenience/snowball) μέσω διαδικτύου δεν εξασφαλίζει αντιπροσωπευτικότητα όλων των σχολικών νοσηλευτών στην Ελλάδα· το δείγμα μπορεί να υποαναπροσωπεί άτομα με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το θέμα.

Δεύτερον, τα δεδομένα είναι αυτοαναφερόμενα και αφορούν πρόθεση, όχι πραγματική συμπεριφορά αναφοράς. Η TPB αναγνωρίζει το χάσμα πρόθεσης–συμπεριφοράς (Ajzen, 2020)· μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να συνδέσουν απαντήσεις CARIS με αρχεία αναφορών ή με ερωτηματολόγια μετά από πραγματικά περιστατικά.

Τρίτον, ο σχεδιασμός cross-sectional δεν επιτρέπει συμπεράσματα αιτιότητας ούτε μελέτη μεταβολής στο χρόνο (π.χ. μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση). Τέταρτον, η συγκέντρωση γυναικών (87,5%) και αναπληρωτών σχολικών νοσηλευτών ΠΕ25 περιορίζει τη γενίκευση σε άλλους ρόλους ή μόνιμο προσωπικό.

Πέμπτον, η κοινή μεθοδική μεροχή (ίδιο ερωτηματολόγιο για όλες τις διαστάσεις) και η απουσία έλεγχου κοινωνικής επιθυμητότητας μπορεί να διεστάλουν ορισμένες απαντήσεις, ιδίως σε στάσεις και πρόθεση. Τέλος, η συλλογή δεδομένων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (2026) μπορεί να μην ανταποκρίνεται σε μελλοντικές θεσμικές αλλαγές στον τομέα της σχολικής νοσηλευτικής.

Επιπλέον, η μελέτη δεν διέκρινε μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων ούτε μεταξύ περιφερειών, παρά την καταγραφή τύπου σχολείου στο δείγμα. Οι πολιτικές συνθήκες (π.χ. διαθεσιμότητα ΚΕΣΥ, φόρτος εργασίας αναπληρωτών) μπορεί να διαφέρουν σημαντικά και να επηρεάζουν τον αντιληπτό έλεγχο. Μελλοντικές υποομάδες θα διευκρίνιζαν αυτές τις διαφορές.

Τέλος, η χρήση της κλίμακας 1–10 για πρόθεση αναφοράς σε σενάρια μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις σε «εύκολα» σενάρια (π.χ. σοβαρή σωματική κακοποίηση βρέφους), ενώ τα δύσκολα σενάρια (σενάριο 7) αποκαλύπτουν μεγαλύτερη ετερογένεια και πραγματικά εμπόδια. Η ερμηνεία πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτή την ασυμμετρία.

Ως γεωγραφικός περιορισμός, η έρευνα καλύπτει σχολικούς νοσηλευτές που απάντησαν διαδικτυακά, χωρίς χαρτογράφηση ανά περιφέρεια ή τύπο σχολείου σε αναλυτικό επίπεδο. Οι πολιτικές συνθήκες (διαθεσιμότητα ΚΕΣΥ, ψυχολόγου σχολείου, φόρτος αναπληρωτών ΠΕ25) μπορεί να διαφέρουν σημαντικά και να επηρεάζουν τον αντιληπτό έλεγχο. Η γενίκευση σε όλη την Ελλάδα απαιτεί επανάληψη με στρωματοποιημένη δειγματοληψία.

Τέλος, η χρήση ερωτηματολογίου CARIS σε ελληνική μετάφραση/προσαρμογή ενέχει κινδύνους ισοδυναμίας με την πρωτότυπη έκδοση. Παρότι η δομή διατηρήθηκε, οι πολιτισμικές αποχρώσεις (π.χ. σενάριο ταυτότητας φύλου) απαιτούν προσεκτική ερμηνεία και, όπου είναι δυνατόν, επικύρωση μέσω πιλοτικής μελέτης ή ποιοτικής διερεύνησης με ελληνικούς επαγγελματίες.

5.6 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα αξιολόγησε γνώσεις, στάσεις, αντιληπτό έλεγχο και πρόθεση αναφοράς σχολικών νοσηλευτών/τριών στην Ελλάδα, με προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο CARIS. Τα συμπεράσματα απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα ως εξής.

Πριν από την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα, αξίζει να υπομνησθεί ότι η έρευνα σχεδιάστηκε ως περιγραφική και συσχετιστική, με στόχο την καταγραφή τρέχουσας κατάστασης και όχι την αξιολόγηση αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων. Τα συμπεράσματα, επομένως, αφορούν πρόθεση και αντιλήψεις επαγγελματιών τον Φεβρουάριο–Μάιο 2026 και πρέπει να ερμηνεύονται στο συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο επέκτασης της σχολικής νοσηλευτικής.

Ερώτημα 1 (γνώσεις): Το επίπεδο γνώσεων ήταν χαμηλό (29,8% σωστές απαντήσεις), με έντονη έλλειψη γνώσης του νομικού πλαισίου και κλινικών σημείων. Η έλλειψη τυπικής εκπαίδευσης στην παιδική κακοποίηση αποτελεί κεντρικό παράγοντα.

Ερώτημα 2 (στάσεις): Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες απέρριπταν σωματική τιμωρία, αναγνώριζαν επαγγελματική ευθύνη, αλλά εξέφραζαν αμφιθυμία στην ποινική δίωξη και ανησυχία για χρονοβόρες διαδικασίες.

Ερώτημα 3 (αντιληπτός έλεγχος): Ο αντιληπτός έλεγχος ήταν μέτριος ($M=2,89$), με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στη διαδικασία παρά στην οργανωσιακή στήριξη· οι υποκειμενικοί κανόνες ήταν υψηλοί.

Ερώτημα 4 (πρόθεση ανά τύπο): Η πρόθεση αναφοράς διαφέρει σημαντικά ανά σενάριο· είναι υψηλότερη σε σωματική, σεξουαλική και παραμέληση και χαμηλότερη σε συναισθηματική κακοποίηση, ιδίως στο σενάριο 7.

Η εκπαίδευση και η θεσμική υποστήριξη προκρίνονται ως κρίσιμες παρεμβάσεις για τη μετάβαση από πρόθεση σε συνεπή πρακτική αναφοράς.

Συνοπτικά, οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες στην Ελλάδα εμφανίζουν πρόθεση προστασίας παιδιών σε σαφή περιστατικά, αλλά χρειάζονται ενισχυμένη γνώση, πρωτόκολλα και υποστήριξη για να μετατρέψουν την πρόθεση σε σταθερή, συνεπή πρακτική αναφοράς.

Τα συμπεράσματα ευθυγραμμίζονται με τον σκοπό της έρευνας, όπως διατυπώθηκε στο Κεφάλαιο 1: η αξιολόγηση γνώσεων, στάσεων, αυτοπεποίθησης και πρόθεσης αναφοράς ολοκληρώθηκε με τεκμηριωμένο τρόπο, αναδεικνύοντας ότι η προστασία παιδιών στο σχολείο απαιτεί συνδυασμό εκπαίδευσης, θεσμικής υποστήριξης και στοχευμένης παρέμβασης σε τύπους κακοποίησης που παραμένουν «αόρατοι» στην καθημερινή πράξη.

Η σημασία της έρευνας για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση έγκειται στο ότι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες βρίσκονται σε καθημερινή επαφή με μαθητές και μπορούν να εντοπίσουν πρώιμα σημεία κακομεταχείρισης. Χωρίς επαρκείς γνώσεις και πρωτόκολλα, ο ρόλος αυτός παραμένει υποαξιοποιημένος έναντι της κλινικής εμπειρίας σε νοσοκομεία (Bradbury-Jones et al., 2019).

5.7 Προτάσεις

5.7.1 Προτάσεις για την πρακτική

Για την πρακτική, προτείνεται υποχρεωτική ενσωμάτωση εκπαιδευτικών μονάδων για παιδική κακοποίηση, νομικό πλαίσιο και διαδικασία αναφοράς στο προπτυχιακό και μεταπτυχιακό πρόγραμμα νοσηλευτικής, καθώς και συνεχής επιμόρφωση από τον φορέα απασχόλησης (Υπουργείο Παιδείας, ΕΣΥ). Η εκπαίδευση θα πρέπει να καλύπτει όχι μόνο

σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, αλλά και συναισθηματική/ψυχολογική, με έμφαση σε ρεαλιστικά σχολικά σενάρια.

Δεύτερον, προτείνεται ανάπτυξη ενιαίων πρωτοκόλλων αναφοράς σε επίπεδο σχολικής μονάδας και Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, με σαφή ρόλους σχολικού νοσηλευτή, διευθυντή, ψυχολόγου και εισαγγελέα ανηλίκων, σύμφωνα με τον ν. 3500/2006 και τις κατευθύνσεις φορέων όπως το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και ο Συνήγορος του Παιδιού (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 2010; Συνήγορος του Παιδιού, 2022).

Τρίτον, συνιστάται ψυχολογική και επαγγελματική στήριξη σχολικών νοσηλευτών/τριών μετά από αναφορές, ώστε να μειωθεί ο φόβος και να ενισχυθεί ο αντιληπτός έλεγχος. Τέταρτον, η δημόσια ενημέρωση για τη γραμμή SOS 1056 και τις υποχρεώσεις αναφοράς μπορεί να ενισχύσει την κοινωνική νομιμοποίηση της αναφοράς (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2023).

Πέμπτον, προτείνεται ενσωμάτωση θεμάτων παιδικής κακοποίησης και ψηφιακής κακοποίησης (Τσιτσικά et al., 2015) στα σχολικά προγράμματα υγείας, με ρόλο του σχολικού νοσηλευτή στη εφαρμογή και αξιολόγηση. Η συνεργασία με εκπαιδευτικούς απαιτεί κοινή γλώσσα και σεβασμό στα όρια εμπιστευτικότητας, ώστε να μην διπλασιάζεται η ευθύνη χωρίς συντονισμό (Schols et al., 2013).

Έκτον, συνιστάται η δημιουργία μητρώου επιμορφωτών και υλικού στα ελληνικά, προσαρμοσμένου στον ν. 3500/2006 και στις οδηγίες του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, ώστε να μειωθεί η εξάρτηση από διεθνή υλικό που δεν αντικατοπτρίζει πάντα το ελληνικό σχολικό πλαίσιο.

Η ενότητα 4.6.2 ανέδειξε χαμηλότερη πρόθεση σε συναισθηματικά σενάρια· οι πρακτικές προτάσεις οφείλουν, επομένως, να περιλαμβάνουν εργαστήρια ρόλων για σενάρια 4 και 7, συν-εκπαίδευση με εκπαιδευτικούς και ψυχολόγους σχολείου, και σαφή κριτήρια «πότε αναφέρω» για λεπτές μορφές κακομεταχείρισης. Η ενίσχυση του αντιληπτού ελέγχου πρέπει να συνοδεύεται από πραγματική πρόσβαση σε ειδικούς (ΚΕΣΨΥ, εισαγγελέα ανηλίκων, γραμμές βοήθειας), ώστε η πρόθεση να μην μένει χωρίς οργανωσιακή υποστήριξη.

Τέλος, συνιστάται η θεσμοθέτηση του ρόλου του σχολικού νοσηλευτή ως μέλους ομάδας προστασίας παιδιού σε κάθε σχολική μονάδα, με καθήκοντα καταγραφής, παραπομπής και παρακολούθησης μετά την αναφορά, σύμφωνα με διεθνές πρότυπο «gatekeeping» (Bradbury-Jones et al., 2019). Η επέκταση των θέσεων ΠΕ25 δημιουργεί ευκαιρία να ενσωματωθεί η προστασία παιδιών στον πυρήνα της σχολικής νοσηλευτικής, όχι ως προαιρετική εξειδίκευση.

5.7.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Για τη μελλοντική έρευνα προτείνονται: (α) διαχρονικές μελέτες pre-post μετά από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, (β) σύγκριση σχολικών νοσηλευτών με εκπαιδευτικούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς στο ίδιο σχολικό πλαίσιο, (γ) συσχέτιση πρόθεσης CARIS με πραγματικές αναφορές μέσω αναδρομικής ανάλυσης ή ημερολογίων περιστατικών, και (δ) παρεμβατικές μελέτες (RCT) εκπαιδευτικών προγραμμάτων με αξιολόγηση πρόθεσης και συμπεριφοράς.

Επίσης, συνιστάται η επανάληψη της έρευνας σε μεγαλύτερα, αντιπροσωπευτικά δείγματα μόνιμου προσωπικού και σε διαφορετικές περιφέρειες, καθώς και η χρήση ποιοτικών μεθόδων (ημι-δομημένες συνεντεύξεις) για να διερευνηθούν σε βάθος οι λόγοι χαμηλής πρόθεσης στο σενάριο 7 και οι εμπόδιοι στην πραγματική αναφορά. Η ενσωμάτωση παιδιών και εφήβων ως πηγών πληροφόρησης, με σεβασμό στα ηθικά πρότυπα, θα μπορούσε να συμπληρώσει την προσέγγιση μόνο μέσω ερωτηματολογίου σε ενήλικες επαγγελματίες.

Η επανάληψη της CARIS σε άλλες χρονικές στιγμές θα επιτρέψει να αξιολογηθεί αν οι πολιτικές εξελίξεις (π.χ. επέκταση σχολικής νοσηλευτικής) συνοδεύονται από βελτίωση γνώσεων και αντιληπτού ελέγχου. Η σύγκριση με διεθνή δείγματα σχολικών νοσηλευτών (Ackers et al., 2024; Pabis, 2022) θα ενίσχυε τη συγκρισιμότητα των ελληνικών αποτελεσμάτων.

Συνολικά, η παρούσα διπλωματική εργασία καταδεικνύει ότι η πρόθεση αναφοράς δεν είναι επαρκής από μόνη της· απαιτείται ολοκληρωμένο σύστημα εκπαίδευσης, νομικής διευκρίνισης και οργανωσιακής στήριξης, ώστε οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες να μπορούν να προστατεύουν αποτελεσματικά τα παιδιά που εμπιστεύονται την υγεία και την ασφάλειά τους στο σχολείο.

Η παρούσα εργασία ολοκληρώνει τον κύκλο της ποσοτικής έρευνας που ξεκίνησε με τον ορισμό σκοπού και ερευνητικών ερωτημάτων (Κεφάλαιο 1), συνεχίστηκε με θεωρητικό πλαίσιο και ανασκόπηση (Κεφάλαιο 2), μεθοδολογία και εργαλείο CARIS (Κεφάλαιο 3) και εμπειρικά αποτελέσματα (Κεφάλαιο 4). Το Κεφάλαιο 5 μετατρέπει τα στατιστικά ευρήματα σε ερμηνεία, συμπεράσματα και προτάσεις που μπορούν να αξιοποιηθούν από φορείς εκπαίδευσης νοσηλευτών, σχολικές διοικήσεις και ερευνητές προστασίας παιδιών. Η συμβολή της μελέτης παραμένει περιγραφική· η αξιολόγηση αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων αποτελεί λογικό επόμενο βήμα για τη μελλοντική έρευνα.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Ackers, S. M., Colbert, A. M., Sekula, L. K., & Fraley, H. E. (2024). Examining school nurses' knowledge and confidence related to their intention to screen for and report child sexual abuse: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Forensic Nursing*, 20(4), 233–242. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000498>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314–324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Alrimawi, I., Saifan, A. R., & Aburuz, M. E. (2019). Barriers to child abuse identification and reporting. *Journal of Applied Sciences*, 19(1), 16–24. <https://doi.org/10.3923/jas.2019.16.24>
- Alvarez, K. M., Kenny, M. C., Donohue, B., & Carpin, K. M. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 563–578. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.07.001>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Backett-Milburn, K., & Cunningham-Burley, S. (2017). School nurses and child protection: Challenges and opportunities. *British Journal of School Nursing*, 12(5), 228–234. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2017.12.5.228>
- Ben Natan, M., Faour, C., Naamah, S., Grinberg, K., & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331–337. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>
- Binggeli, N. J., Hart, S. N., & Brassard, M. R. (2001). *Psychological maltreatment of children: The APSAC study guides*. Sage Publications.
- Bradbury-Jones, C., Sheridan, A., Morris, S., & McLean, M. (2019). The role of the school nurse in protecting children and young people from maltreatment: An integrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.017>
- Cerezo, M. A., & Pons-Salvador, G. (2004). Improving child maltreatment detection systems: A large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1153–1169. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.007>
- Christoffel, K. K., Scheidt, P. C., Agran, P. F., Kraus, J. F., McLoughlin, E., & Nichter, M. (1992). Violent death and injury in American children. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Vol. 2. Protecting children from abuse and neglect* (pp. 22–46). Center for the Future of Children.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Clements, P. T., Burgess, A. W., Fay-Hillier, T. M., Giardino, E. R., & Giardino, A. P. (2015). *Nursing approach to the evaluation of child maltreatment* (2nd ed.). STM Learning.
- Gill, M. M. (1975). Child abuse as a causative factor in the failure-to-thrive syndrome. *Journal of Pediatric Psychology*, 1(1), 7–14.

Lightfoot, E., Hill, K., LaLiberte, T., & Cross, T. P. (2022). The inclusion of American Indian/Alaska Native children in child maltreatment data. *Child Abuse & Neglect*, 131, 105763.

Peterson, C., Florence, C., & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.018>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Council of Europe. (2007). *Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse (Lanzarote Convention)*. <https://www.coe.int/en/web/children/lanzarote-convention>

Crosson-Tower, C. (2023). *Understanding child abuse and neglect* (11th ed.). Pearson.

Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), 1891–1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60856-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3)

Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317–323. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>

European Commission. (2022). *EU strategy on the rights of the child 2021–2024*. https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child_en

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Feng, J. Y., & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 783–795. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.006>

- Feng, J. Y., Chen, Y. W., Fetzer, S., Feng, M. C., & Lin, C. L. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 276–280. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.026>
- Feng, J. Y., Fetzer, S., Chen, Y. W., Yeh, L., & Huang, M. C. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483–1490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Flaherty, E. G., Sege, R. D., Griffith, J., Price, L. L., Wasserman, R., Slora, E., Dhepyasuwan, N., Harris, D., Norton, D., Angelilli, M. L., Abney, D., & Binns, H. J. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: Primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, 122(3), 611–619. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2311>
- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 146–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Giardino, A. P., & Alexander, R. (Eds.). (2022). *Recognition of child abuse for the mandated reporter* (4th ed.). STM Learning.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87–98. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87>
- Goebbels, A. F. G., Nicholson, J. M., Walsh, K., & De Vries, H. (2008). Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: Behaviour and determinants. *Health Education Research*, 23(6), 941–951. <https://doi.org/10.1093/her/cyn030>
- Hawkins, R., & McCallum, C. (2001). Effects of mandatory notification training on the tendency to report hypothetical cases of child abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 10(5), 301–322. <https://doi.org/10.1002/car.699>

- Hendry, J. (2019). Mandatory reporting: Recognizing abuse and neglect. In J. Hendry (Ed.), *Fast facts for the school nurse* (2nd ed., pp. 145–162). Springer Publishing Company.
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3), Article e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Jenny, C. (Ed.). (2011). *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment and evidence*. Elsevier Saunders.
- Jordan, K. S., MacKay, P., & Woods, S. J. (2017). Child maltreatment: Optimizing recognition and reporting by school nurses. *NASN School Nurse*, 32(3), 192–199. <https://doi.org/10.1177/1942602X16675932>
- Kempe, C. H., & Helfer, R. E. (Eds.). (1980). *The battered child* (3rd ed.). University of Chicago Press.
- Kenny, M. C. (2001). Child abuse reporting: Teachers' perceived deterrents. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 81–92. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00218-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00218-0)
- Lambie, G. W. (2005). *Child abuse and neglect: A practical guide for professional school counselors*. Professional School Counseling.
- Lee, P. Y., Fraser, J. A., & Chou, F. H. (2007). Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(3), 128–137. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70386-5](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70386-5)
- Leventhal, J. M., & Krugman, R. D. (2012). The battered child syndrome 50 years later: Much accomplished, much left to do. *Kappa Delta Pi Record*, 48(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/00228958.2012.654718>
- Louwens, E. C. F. M., Affourtit, M. J., Moll, H. A., de Koning, H. J., & Korfage, I. J. (2010). Screening for child abuse at emergency departments: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95(3), 214–218. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.151654>
- Lynne, E. G., Gifford, E. J., Evans, K. E., & Rosch, J. B. (2015). Barriers to reporting child maltreatment: Do emergency medical services professionals fully understand their role as mandatory reporters? *North Carolina Medical Journal*, 76(1), 13–18. <https://doi.org/10.18043/ncm.76.1.13>

- Mathews, B., & Kenny, M. C. (2008). Mandatory reporting legislation in the United States, Canada, and Australia: A cross-jurisdictional review of key features, differences, and issues. *Child Maltreatment*, 13(1), 50–63. <https://doi.org/10.1177/1077559507310613>
- McKee, B. E., & Dillenburger, K. (2012). Effectiveness of child protection training for pre-service early childhood educators. *International Journal of Educational Research*, 53, 348–359. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2012.04.008>
- Myers, J. E. B. (2011). *The APSAC handbook on child maltreatment* (3rd ed.). Sage Publications.
- Narayan, A. P., Socolar, R. R. S., & St Claire, K. (2006). Pediatric residency training in child abuse and neglect in the United States. *Pediatrics*, 117(6), 2215–2221. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0160>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), Article e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Pabis, M. (2022). *Factors that influence school nurses' intent to report child maltreatment* [Doctoral dissertation, University of North Dakota]. UND Scholarly Commons. <https://commons.und.edu/theses/5542>
- Pillitteri, A. (2018). *Recognition and management of child abuse in healthcare settings: A nursing perspective* [Master's thesis, University of Pennsylvania]. ProQuest Dissertations.
- Reijnders, U. J. L., van Baasbank, M. C. S., & van der Wal, G. (2008). Recognition of child abuse by healthcare professionals. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 15(3), 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2007.06.004>
- Rheingold, A. A., Zajac, K., Chapman, J. E., Patton, M., de Arellano, M., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2015). Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: An independent multi-site randomized controlled trial of Stewards of Children. *Prevention Science*, 16(3), 374–385. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0499-6>

- Schols, M. W. A., de Ruiter, C., & Öry, F. G. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*, 13, Article 807. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Svensson, B., Andershed, H., & Janson, S. (2015). Mandatory reporting of child abuse and neglect: A critical review of the empirical literature. *Children and Youth Services Review*, 52, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.03.002>
- Tingberg, B., Bredlöv, B., & Ygge, B. M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718–2724. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x>
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., & Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>
- UNICEF. (2021). *Child protection strategy 2021–2030*. <https://www.unicef.org/reports/child-protection-strategy-2021-2030>
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- United Nations Committee on the Rights of the Child. (2011). *General comment No. 13 (2011): The right of the child to freedom from all forms of violence (Article 19)*. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-13-2011-article-19-right-child>

Walsh, K., Mathews, B., Knight, A., Ey, L., & Gilmore, L. (2018). Teachers' preparedness to respond to child sexual abuse: An Australian study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 391–407. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1441815>

Wenar, C., & Kerig, P. K. (2008). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence* (5th ed.). McGraw-Hill.

World Health Organization. (2020). *Global status report on preventing violence against children 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>

World Health Organization. (2022). *Child maltreatment*. Retrieved January 11, 2026, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters: Prevalence, incidence, and reasons. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/088626090005001001>

Zellman, G. L., & Fair, C. C. (2002). Preventing and reporting abuse. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 449–475). Sage Publications.

Zellman, G. L., & Zellman, J. C. (1978). The decision to report child abuse: A study of counselors who work with children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(2), 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1978.tb01342.x>

Ελληνική βιβλιογραφία

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (2010). *Εγχειρίδιο για την αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., & Μπρούσκου, Ε. (2012). Η κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στην Ελλάδα: Επιδημιολογικά δεδομένα και προκλήσεις. *Παιδιατρική*, 75(3), 210–220.

Γιαννοπούλου, Ι., & Διακογιάννης, Ι. (2019). Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία: Μια ανασκόπηση. *Ψυχιατρική*, 30(2), 125–138.

Ελλάδα. (2006). *Νόμος 3500/2006: Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α' 232).

Ελλάδα. (2018). *Νόμος 4538/2018: Μέτρα για την προώθηση των Θεσμών της Αναδοχής και Υιοθεσίας και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α' 85).

Ελλάδα. (2019). *Νόμος 4604/2019: Προώθηση της ουσιαστικής ισότητας των φύλων, πρόληψη και καταπολέμηση της έμφυλης βίας* (ΦΕΚ Α' 50).

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (2023). *Ετήσια έκθεση γραμμής SOS 1056 για θέματα κακοποίησης παιδιών*. <https://www.ich.gr>

Κουτσελίνη, Μ., & Θεοφιλίδης, Χ. (2017). Στάσεις εκπαιδευτικών για την παιδική κακοποίηση: Μια διερεύνηση στην Κύπρο. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 32, 45–62.

Παπαδημητρίου, Γ., & Λουμάκου, Μ. (2016). Η εφαρμογή της υποχρεωτικής αναφοράς παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα: Εμπόδια και προκλήσεις. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 18(1), 23–38.

Συνήγορος του Παιδιού. (2020). *Ετήσια έκθεση 2020*.

Συνήγορος του Παιδιού. (2022). *Ετήσια έκθεση 2022*.

Τσιτσικά, Α., Κορμάς, Γ., & Τζαβέλα, Ε. (2015). Ψηφιακή κακοποίηση ανηλίκων: Μια νέα πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), 582–590.

Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού. (2025). Πίνακας προσλήψεων αναπληρωτών μελών ΕΕΠ-ΕΒΠ ανά κλάδο και δομή για το σχολικό έτος 2024-2025 (Εγγραφο προς τη Βουλή, 04/05/2025).

Χατζηχρήστου, Χ. (2015). *Σχολική ψυχολογία και συμβουλευτική: Πρόληψη και παρέμβαση*. Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο

Κλίμακα Πρόθεσης Αναφοράς της Παιδικής Κακοποίησης

(Προσαρμοσμένη Έκδοση για Σχολικούς Νοσηλευτές)

Παρακαλώ σημειώστε τα πέντε (5) τελευταία ψηφία του κινητού σας: _____

Τμήμα 1. Προσωπικές, επαγγελματικές και θεσμικές πληροφορίες

Δώστε μία μόνο απάντηση σε κάθε ερώτημα, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά.

1. Φύλο:

☐ Γυναίκα

☐ Άντρας

2. Έτος γέννησης: _____

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

☐ Ανύπαντρος/η

☐ Παντρεμένος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης

☐ Σε μόνιμη σχέση

☐ Σε διάσταση

☐ Διαζευγμένος/η

☐ Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά;

☐ Ναι – Πόσα: _____

☐ Όχι

5. Ποιο είναι το ανώτατο πτυχίο στην κατοχή σας;

☐ Πτυχιούχος Κολλεγίου

☐ Πτυχιούχος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ

☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού

☐ Κάτοχος Διδακτορικού

☐ Άλλο

6. Ποια χρονιά λάβατε το τελευταίο σας πτυχίο; _____

7. Υπήρξατε θύμα παιδικής κακοποίησης; ☐ Ναι ☐ Όχι

8. Γνωρίζετε κάποιον που να έχει υπάρξει θύμα παιδικής κακοποίησης; ☐ Ναι ☐ Όχι

9. Ιστορικό Αναφοράς Σχολικού/ής Νοσηλευτή/τριας:

A) Έχετε κάνει ποτέ αναφορά πιθανού περιστατικού παιδικής κακοποίησης;

☐ Ναι – Πόσες φορές: _____

☐ Όχι

B) Υπήρξαν φορές που υποπτευθήκατε κακοποίηση αλλά δεν την αναφέρατε;

☐ Ναι ☐ Όχι

Γ) Αν ναι, κατατάξτε τους λόγους (1 = σημαντικότερος):

☐ Πολιτιστικοί λόγοι

☐ Φόβος αντεκδίκησης

☐ Αίσθημα ανασφάλειας για τα αποδεικτικά στοιχεία

☐ Φόβος δικαστικής εξέλιξης

☐ Έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις αρχές

Αν υπήρχε άλλος λόγος που δεν αναφέρατε την κακοποίηση, παρακαλώ διευκρινίστε:

Επαγγελματικές

10. Πόσα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας έχετε ως σχολικός/ή νοσηλευτής/τρια;

_____ χρόνια _____ μήνες

11. Σήμερα απασχολείστε:

☐ Δημόσιο Σχολείο (Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση)

☐ Δημόσιο Σχολείο (Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση)

☐ Ιδιωτικό Σχολείο

☐ Ειδικό Σχολείο

☐ Στην Εκπαίδευση (διδάσκω σε Τμήμα Νοσηλευτικής)

☐ ΚΕΣΥ / Πρόγραμμα Σχολικής Νοσηλευτικής

☐ Πολλαπλές Σχολικές Μονάδες

☐ Άλλο – Ειδικότερα: _____

12. Αυτή τη στιγμή εργάζεστε ως:

☐ Σχολικός/ή Νοσηλευτής/τρια

☐ Συντονιστής/τρια Σχολικής Νοσηλευτικής

☐ Υπεύθυνος/η Προγράμματος Υγείας

☐ Άλλο – Ειδικότερα: _____

13. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας στη σχολή, πόσες ώρες εκπαίδευσης είχατε πάνω στην παιδική κακοποίηση;

_____ Ώρες (0 = Καμία)

14. Δεχτήκατε ποτέ επίσημη εκπαίδευση/επιμόρφωση πάνω στην παιδική κακοποίηση στον εργασιακό χώρο που εργάζεστε αυτή τη στιγμή;

☐ Ναι ☐ Όχι

15. Σε τι βαθμό νιώθετε ότι η εκπαίδευσή σας στη σχολή σας προετοίμασε για την αντιμετώπιση περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης;

☐ Απόλυτα ☐ Πολύ ☐ Επαρκώς ☐ Ελάχιστα ☐ Ανεπαρκώς

16. Σε τι βαθμό νιώθετε ότι η εκπαίδευση που σας παρείχαν στην υπηρεσία που εργάζεστε σας έχει ετοιμάσει για την αντιμετώπιση περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης;

☐ Απόλυτα ☐ Πολύ ☐ Επαρκώς ☐ Ελάχιστα ☐ Ανεπαρκώς

Θεσμικές

17. Πόσους μαθητές βλέπετε καθημερινά (κατά μέσο όρο); _____

Τμήμα 2α. Στάσεις σχετικά με τις μεθόδους ανατροφής και την πειθαρχία

Υποδείξτε με ένα τσεκ (✓) το βαθμό στον οποίο διαφωνείτε ή συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις.

Ερωτήσεις	Διαφωνώ	2	3	4	5	Συμφωνώ
-----------	---------	---	---	---	---	---------

	έντονα (1)					απόλυτα (6)
1. Δεν υπάρχει πρόβλημα οι γονείς να χαστουκίσουν τα παιδιά τους όταν αντιμιλούν.						
2. Η σωματική τιμωρία είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να εκπαιδεύσεις τα παιδιά.						
3. Σκοπεύω να χρησιμοποιώ τη σωματική τιμωρία με τα παιδιά μου όταν απαιτείται.						
4. Δεν θεωρώ τη σωματική τιμωρία κακοποίηση.						
5. Γονείς που δεν τιμωρούν το παιδί τους, το κακομαθαίνουν.						
6. Οι γονείς έχουν το απόλυτο δικαίωμα να αποφασίζουν για τους τρόπους που θα επιβάλλουν την πειθαρχία στα παιδιά τους.						

Ερωτήσεις	Διαφωνώ έντονα (1)	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα (6)
1. Γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους πρέπει να χάσουν το δικαίωμα ανατροφής τους.						
2. Η βαριά τιμωρία αυτών που κακοποιούν παιδιά θα βοηθούσε να σταματήσει η κακοποίηση.						
3. Κάθε περίπτωση κακοποίησης θα έπρεπε να αναφέρεται στην						

Ερωτήσεις	Διαφωνώ έντονα (1)	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα (6)
Αστυνομία/στις αρχές.						
4. Αυτοί που κακοποιούν παιδιά θα έπρεπε να διώκονται ως εγκληματίες.						
5. Δε θα έπρεπε να γίνεται αναφορά στις Αρχές αν το περιστατικό είναι μεμονωμένο.						

Ερωτήσεις	Διαφωνώ έντονα (1)	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα (6)
1. Οι σχολικοί νοσηλευτές θα έπρεπε να προασπίζονται τα κακοποιημένα παιδιά.						
2. Στη δουλειά μου, προσπαθώ να ανιχνεύσω την παιδική κακοποίηση.						
3. Στη δουλειά μου, δεν θέλω να ρωτάω τους γονείς περί παιδικής κακοποίησης.						
4. Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει πάντα να αναφέρουν στις Αρχές περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.						
5. Δυσκολεύομαι να καταγγείλω περιστατικά παιδικής κακοποίησης.						
6. Οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να προστατεύουν τα παιδιά από περαιτέρω κακοποίηση.						
7. Είναι πολύ χρονοβόρο να αντιμετωπίσεις μια περίπτωση παιδικής κακοποίησης.						

Ερωτήσεις	Ναι (1)	Όχι (2)	Δεν ξέρω (3)
1. Οι σχολικοί νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να κάνουν αναφορά στις αρχές όταν πληροφορηθούν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους περιστατικό παιδικής κακοποίησης.			
2. Ένας επαγγελματίας πρέπει να έχει σωματικά αποδεικτικά στοιχεία παιδικής κακοποίησης προτού αναφέρει το περιστατικό στην Υπηρεσία Προστασίας του Παιδιού.			
3. Οι περισσότερες σεξουαλικές κακοποιήσεις παιδιών περιλαμβάνουν σωματική βία.			
4. Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί συνήθως το λένε σε κάποιον αμέσως μετά την κακοποίηση.			
5. Σε επαγγελματίες που αναφέρουν μια περίπτωση πιθανής παιδικής κακοποίησης μπορεί να τους ασκηθεί μήνυση αν η περίπτωση δεν τεκμηριωθεί στο δικαστήριο.			
6. Μελανιές που περιορίζονται στο λαιμό συνήθως σχετίζονται με τυχαίο τραύμα.			
7. Στις περισσότερες περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και αμέλειας, τα παιδιά δεν απομακρύνονται από το σπίτι των γονέων.			
8. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα παιδιά που κακοποιούνται σεξουαλικά, η κακοποίηση γίνεται από αγνώστους.			
9. Οι περισσότερες σεξουαλικές κακοποιήσεις περιλαμβάνουν συνουσία.			
10. Πολλά παιδιά και έφηβοι που εγκαταλείπουν την οικογενειακή στέγη έχουν κακοποιηθεί προτού το σκάσουν.			
11. Ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί μπορεί να έχει μια φυσιολογική κλινική εξέταση.			
12. Αποτυχία του επαγγελματία υγείας να αναφέρει στις αρχές			

περιστατικό παιδικής κακοποίησης που πληροφορήθηκε με αξιόπιστο τρόπο μπορεί να οδηγήσει σε χρηματική ποινή.			
13. Η παιδική κακοποίηση και αμέλεια σπάνια προκύπτουν στις μεσαίες- ή ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.			

Ερωτήσεις	Σίγουρα Όχι (1)	2	3	4	Σίγουρα Ναι (5)
1. Οι περισσότεροι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για εσάς, θεωρούν ότι πρέπει να καταγγείλετε ένα περιστατικό που υποπτεύεστε ότι είναι πιθανή παιδική κακοποίηση;					
2. Οι περισσότεροι άνθρωποι των οποίων τη γνώμη σέβεστε, θεωρούν ότι πρέπει να καταγγείλετε ένα περιστατικό που υποπτεύεστε ότι είναι πιθανή παιδική κακοποίηση;					

Ερωτήσεις	Διαφωνώ έντονα (1)	2	3	4	Συμφωνώ απόλυτα (5)
1. Θεωρώ πως έχω έλεγχο σε μεγάλο βαθμό σχετικά με την αναφορά πιθανής παιδικής κακοποίησης.					
2. Ως σχολικός/ή νοσηλευτής/τρια, δε νιώθω ότι μπορώ να κάνω κάτι για την παιδική κακοποίηση.					
3. Εξαρτάται κυρίως από εμένα το αν θα αναφέρω ή όχι πιθανή παιδική κακοποίηση.					
4. Νιώθω ότι δεν έχω αρκετή στήριξη από					

τους ιατρούς όταν υποψιάζομαι παιδική κακοποίηση.					
5. Γνωρίζω πώς να αναφέρω στις αρχές παιδική κακοποίηση.					
6. Έχω στη διάθεσή μου πολλούς τρόπους/μεθόδους για να αναφέρω μια παιδική κακοποίηση.					
7. Νιώθω πως η επαγγελματική μου εκπαίδευση δεν ανταποκρίνεται στις κλινικές ανάγκες της παιδικής κακοποίησης.					
8. Η προτεραιότητά μου είναι η κλινική άσκηση του επαγγέλματος μου και όχι τόσο η παιδική κακοποίηση. Αυτό επηρεάζει την απόφασή μου να εμπλακώ ή να αναφέρω την παιδική κακοποίηση.					

Καθόλου σοβαρό (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Υπερβολικά σοβαρό (10)

Σίγουρα όχι (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Σίγουρα ναι (10)

Σίγουρα δεν απαιτείται (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Σίγουρα απαιτείται (10)

Ιδιαίτερα αρνητική επιρροή (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Ιδιαίτερα θετική επιρροή (10)

Ιδιαίτερα αρνητική επιρροή (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Ιδιαίτερα θετική επιρροή (10)

Σχεδόν σίγουρα δεν θα έκανα (1)	2	3	4	5	6	7	8	9	Σχεδόν σίγουρα θα έκανα (10)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Κείμενο Ενημέρωσης Συμμετεχόντων

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε σε ερευνητική μελέτη που εκπονείται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας, η οποία αφορά τη διερεύνηση στάσεων, γνώσεων και προθέσεων αναφοράς περιστατικών παιδικής κακοποίησης από σχολικούς νοσηλευτές.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αποχωρήσετε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν συλλέγονται προσωπικά δεδομένα που να επιτρέπουν την ταυτοποίησή σας. Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, και θα αναλυθούν σε συγκεντρωτική μορφή.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 15-30 λεπτά. Δεν προβλέπεται καμία

οικονομική ή άλλη αποζημίωση για τη συμμετοχή.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στο e-mail: konmpak1991@gmail.com