

Α. Τ. Ε. Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
ΠΑΙΔΙΩΝ*



Σπουδάστρια: Μπαντούνα Βασιλική
Υπεύθυνη καθηγήτρια: Σαλάτα Αποστολία
Κατάθεση: 5-3-07 ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	3

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦ.1	Ορισμοί.....	6
ΚΕΦ.2	Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	9
ΚΕΦ.3	Αιτιολογία Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	11
ΚΕΦ.4	Διάγνωση.....	14
ΚΕΦ.5	Κλινική Συμπτωματολογία.....	18
ΚΕΦ.6	Αιματολογικά Εργαστηριακά Ευρήματα.....	21
ΚΕΦ.7	Θεραπεία.....	22
ΚΕΦ.8	Πρόγνωση.....	25
ΚΕΦ.9	Νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές του θέματος.....	27
ΚΕΦ.10	Πρωτογενής ,Δευτερογενής, Τριτογενής πρόληψη.....	30
ΚΕΦ.11	Νομοθετική προστασία κακοποιημένων παιδιών.....	34
ΚΕΦ.12	Αντιμετώπιση της νόσου Νοσηλευτικές παρεμβάσεις-Σκοποί.....	37
ΚΕΦ.13	Αποκατάσταση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	40
ΚΕΦ.14	Επίλογος πρώτου μέρους.....	42

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦ.15	Ανάλυση της έρευνας Διατύπωση του προβλήματος.....	44
ΚΕΦ.16	Υλοποίηση ερευνητικής διαδικασίας Μεθοδολογία έρευνας.....	45
ΚΕΦ.17	Επιλογή δεδομένων της έρευνας. Πληθυσμός-Δείγμα.....	48
ΚΕΦ.18	Διαδικασία της συλλογής των δεδομένων.....	50
ΚΕΦ.19	Δυσκολίες και περιορισμοί.....	52
ΚΕΦ.20	Στατιστική ανάλυση.....	54
ΚΕΦ.21	Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	84
ΚΕΦ.22	Συμπεράσματα.....	87
ΚΕΦ.23	Βιβλιογραφία.....	88



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Δεν υπάρχει χώρα ή κοινότητα ανέπαφη από τη βία, αναφέρεται στον πρόλογο της έκθεσης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η βία είναι ορατή σε έκδηλη μορφή ή άορατη και μεταμφιεσμένη σε προσχήματα.

Το φαινόμενο της παραμέλησης και κακοποίησης παιδιών είναι γνωστό στο πέρασμα των αιώνων και η εκδήλωσή του πραγματώνεται με ποικίλες μορφές. Είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς, οικονομικούς, καθώς και κοινωνικούς παράγοντες και φυσικά εξαρτώμενο από τα πρότυπα τα οποία η κοινωνία επιβάλλει σχετικά με τους τρόπους και μεθόδους ανατροφής, πειθαρχίας, διαπαιδαγώγησης και συμπεριφοράς των παιδιών.

Στις μέρες μας παρατηρείται έξαρση του προβλήματος παρόλο που ζούμε στην κοινωνία της προόδου, της εξέλιξης, της παγκοσμιοποίησης. Το φαινόμενο βέβαια προϋπαρχε, βλέπετε δεν είναι μακριά η δεκαετία του προτύπου: <<όπου δε πίπτει λόγος, πίπτει ράβδος>>.

Ωστόσο η δομή της κοινωνίας, η συγκάλυψη των περιστατικών άφησαν το φαινόμενο να υποβόσκει ώστε σήμερα να αποκτά δραματικές διαστάσεις και να θαρρεί κανείς πως θυμίζει τον αποκεφαλισμό της Λερναίας Ύδρας κατά τη μυθολογία.

Στο σημείο τούτο θα ήθελα να ευχαριστήσω ενδόμυχα, για την απλοχέρη βοήθειά τους ως προς την συγκέντρωση υλικού καθώς και στην πρόταση ιδεών, ώστε αυτή η πτυχιακή εργασία μου, να υλοποιηθεί και να πάρει την σημερινή της μορφή τους ακόλουθους:

- § Την κα Θεοδωροπούλου Γεωργία, καθηγήτρια Α,Τ.Ε.Ι Πατρών,
- § Την κα Πετροπούλου Αθανασία, νοσηλεύτρια,
- § Την κα Τσεκουρά Βασιλική, διδάσκουσα στο ίδρυμα Κιβωτός Της Αγάπης,
- § Την κα Τσαπερδώνη Χαρίκλεια, ψυχολόγο,
- § Τον κο Αλεξανδρόπουλο Νικόλαο, αγροτικό ιατρό,
- § Τον κο Κώσταλο Χρήστο, διευθυντή της κλινικής Αλεξάνδρα,
- § Τον κο Πεντάζο Παναγιώτη, δημοσιογράφο.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε, τους υπεύθυνους του οργανισμού Χαμόγελο Του Παιδιού και την κοινωνική υπηρεσία του κέντρου βρεφών Μητέρα.

Ιδιαίτερα θα ευχαριστήσω για την στήριξή της και την καθοδήγηση στην προσπάθειά μου αυτή την κα Σαλάτα Αποστολία, υπεύθυνη της εργασίας μου αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συχνά από τα ΜΜΕ πληροφορούμαστε για περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Παρόλο όμως την ευαισθησία που διακατέχει την ανθρώπινη ψυχή, η απόσταση από το γεγονός μειώνει τον βαθμό της αντίληψης και του βιώματος της αδικίας, της απόγνωσης των αθών θυμάτων, του μεγέθους του πόνου που ριζώνει στην ψυχή αυτών των παιδιών.

Όταν λοιπόν ως φοιτήτρια μέσα στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης, στάλθηκα στο ίδρυμα, Κιβωτός Της Αγάπης, αντίκρισα κατάματα όλο εκείνα τα παιδιά των ΜΜΕ, θύματα εγκατάλειψης και κακοποίησης και μάλιστα τα περισσότερα εξ αυτών με χρόνια νοσήματα και σημαντική νοητική καθυστέρηση. Γρήγορα ανέτρεξα στα βιογραφικά τους, άλλα προέρχονταν από διαλυμένες οικογένειες, άλλα από γονείς με σημαντικά προβλήματα ανεργίας και φτώχειας, μόνο που δεν έλειπαν και αυτά από δεμένες οικογένειες, με σημαντικούς οικονομικούς πόρους.

Δεν κρύβω ότι διαβάζοντας κάποια από τα βιογραφικά θαρρείς νεαρά και με έντονα συναισθήματα αλλαγής του κόσμου, θύμωνα, οργιζόμουν, άλλες φορές άθελά μου προσπαθούσα να έλθω στην θέση εκείνων των γονιών που υπήρχαν. Ύστερα όμως άρχιζε το δράμα....

Κοιτάζοντας εκείνα τα αγγελούδια να σε φωνάζουν μαμά, να σε αγαπούν κι εσύ είσαι μια ξένη για αυτά, να γαντζώνονται πάνω σου, να βάζουν τα κλάματα μήπως τα εγκαταλείψεις, να κυλιούνται στο πάτωμα, να πνίγονται στα δάκρυα και το μόνο που να αναζητούν, είναι μια αγκαλιά αγάπης. Όχι από μένα, όχι από σένα αλλά από εκείνη την αγκαλιά που μαγικά θα αντιλαμβάνονταν. Την αγκαλιά της Μάνας, την αγκαλιά της Οικογένειας.

Κλείνω τα μάτια...ως άνθρωπος και ως νοσηλεύτρια μπορώ να τα αγαπάω, να τα φροντίζω, να τα ταΐζω, να τους πω ένα παραμύθι. Είμαι όμως κάτι αλλιώτικο για κείνα τα παιδιά αλλά και για τις 1000-2000 νέες περιπτώσεις εγκατάλειψης και κακοποίησης παιδιών που καταγράφονται κάθε χρόνο.

Για κείνο όμως που ονειρεύονται κάθε βράδυ, που αναζητούν με κάθε τους λέξη και κάθε τους βήμα, την οικογένεια που τα άφησε, που τα χτύπησε, που τα βίασε, για κείνη την μάνα που δε θα γυρίσει ποτέ πια, για όλα εκείνα τα παιδιά του κόσμου που νιώθουν έτσι και δεν ζουν όλα σε ιδρύματα αλλά μέσα σε ένα περιβάλλον που είναι ο δυνάστης της ψυχής τους και ονειρεύονται κάτι μακρινό, κάτι διαφορετικό....

Και για όλους εκείνους τους γονείς που δεν μπόρεσαν να υπερβούν τις κακοτοπιές, ίσως την ψυχική ασθένεια που δε θεραπεύτηκε ποτέ και ίσως η σκέψη ότι κάτι δεν έκαναν σωστά, ότι ένα παιδί, το δικό τους, είναι κάπου και τους αναζητά, εσύ είσαι η εργασία μου αυτή, φόρος

αναπαύσεως της ψυχής τους και για τους νεότερους ένας δρόμος πόνου, για αποφυγή των σφαλμάτων.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ

Με τον όρο *κακοποίηση-παραμέληση παιδιών*, περιγράφεται ένα φαινόμενο, σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο. (<http://www.ich.gr/rh-kakop.html>-2006).

Σε μια έκθεση του Συμβουλίου Της Ευρώπης, αναφέρονται τα εξής: <<Η ενεργητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις, που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή κακοποίησης συνήθως συνδέεται με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού, με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική του ανάπτυξη>>. (Διονυσόπουλος 2004)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η βία ορίζεται ως: Η σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, με μορφή απειλής ή πράξης, ενάντια σε μια ομάδα ή κοινότητα, η οποία είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε αυξάνει τις πιθανότητες να προκληθεί τραυματισμός, θάνατος, ψυχολογική βλάβη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή αποστέρηση.

Στον ορισμό αυτό είναι εμφανής ο διαχωρισμός της βίας σε τρεις βασικές κατηγορίες: την αυτοκατευθυνόμενη βία, τη διαπροσωπική βία και τη συλλογική βία.

Βάση του WHO η αυτοκατευθυνόμενη βία χωρίζεται στην αυτοκτονική συμπεριφορά και τον αυτοτραυματισμό. Η διαπροσωπική βία χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: στη βία στην οικογένεια, η οποία περιλαμβάνει την άσκηση βίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και ανάμεσα σε στενά συσχετιζόμενα άτομα (βία ενάντια στο/στη σύντροφο, στο παιδί), που ασκείται κυρίως στο σπίτι και τη βία μεταξύ ατόμων που δεν σχετίζονται μεταξύ τους και γενικότερα ασκείται έξω από το σπίτι. Τέλος η συλλογική βία χωρίζεται στην διακοινωνική, πολιτική και οικονομική βία. Οι τρεις αυτές μορφές είναι στενά αλληλένδετες και πολλές φορές τροφοδοτεί η μία την άλλη. Επιπλέον η βία σύμφωνα με το περιεχόμενό της διακρίνεται σε σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και παραμέλησης. (Συμβουλευτική επιτροπή για την πρόληψη και καταπολέμηση της βίας 2004)

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Είναι η ηθελημένη χρήση σωματικής βίας ή ηθελημένες πράξεις αμέλειας, από την πλευρά του γονέα ή άλλου κηδεμόνα που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση μ' ένα παιδί του οποίου έχει την επιμέλεια, και οι οποίες αποσκοπούν στον τραυματισμό, την κάκωση ή την εξόντωση του παιδιού αυτού. (The Open University 1985)

B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίουσες πράξεις. (<http://www.ich.gr/ph-kakop.html-2006>).

Στο συναισθηματικό διαζύγιο οι γονείς υιοθετούν την ψυχολογία του θύματος, νιώθουν ότι παγιδεύονται σε μια σχέση, επιβαρύνονται από τις πολλές υποχρεώσεις και κατ' επέκταση δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του γονικού ρόλου. Η ψυχολογία αυτή περνά στα παιδιά, τα οποία αντιλαμβάνονται τις νεκρές σχέσεις, αισθάνονται άγχος μέσα στην τεταμένη ατμόσφαιρα του σπιτιού και βιώνουν την συναισθηματική διάσταση των γονέων τους, το ίδιο μ' ένα διαζύγιο. (Παυλίδου 1999)

Γ. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Θεωρείται το φαινόμενο, σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη, σε τέτοιο βαθμό ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί.

Στα πλαίσια της παραμέλησης εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης και η δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. (<http://www.ich.gr/rh-kakop.html-2006>)

Δ. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ- ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ

Είναι η εμπλοκή εξαρτώμενων, ανώριμων ως προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν κατανοούν συνειδητά, για τις οποίες δεν είναι σε θέση να δώσουν έγκυρη συναίνεση και οι οποίες παραβιάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας όσον αφορά τους οικογενειακούς ρόλους. ([Http://web.auth.gr/virtyal_school/1.1theory_research/congress_Papanikolaoy.html-2006](http://web.auth.gr/virtyal_school/1.1theory_research/congress_Papanikolaoy.html-2006)).

Το έγκλημα του βιασμού ορίζεται διαφορετικά από τον ποινικό νομοθέτη, σε σχέση με τον ορισμό που δίνεται από τα θύματα του βιασμού, τους βιαστές, αλλά και το ευρύτερο κοινό.

Υπάρχει γενική συμφωνία στο ότι ο νομικός ορισμός του βιασμού συγκροτείται από τρία στοιχεία:

• την κολπική διείσδυση(συνουσία)

• την χρήση βίας

• την απουσία της συναίνεσης του θύματος. (Τσιγκρής 1996)

Τέλος άλλες μορφές κακοποίησης ή παραμέλησης είναι :ανεπάρκεια αύξησης/δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, Σύνδρομο Μινχάουζεν δι'αντιπροσώπου, μη τυχαία δηλητηρίαση, σύνδρομο του αμέτοχου θεατή, παιδική εργασία και εκμετάλλευση, τελετουργική κακοποίηση και σατανιστική , κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύστημα και τους νόμους. (<http://www.ich.gr/ph-kakop.html>-2006)

„ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στη διερεύνηση και σε κάθε απόπειρα να σκιαγραφεί η έκταση της κακοποίησης των παιδιών, είναι το απροσπέλαστο της σιωπής που συνήθως καλύπτει το θέμα.

Με δεδομένο το μικρό της ηλικίας των θυμάτων και το γεγονός ότι, συνηθέστερα, τα παιδιά κακοποιούνται από οικεία πρόσωπα, καθίσταται αδύνατη η πρόσβαση στις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου. (<http://health.in.gr-2006>).

Είναι επίσης γεγονός ότι μεγάλος αριθμός γιατρών, αρνείται να δει και να αναγνωρίσει το πρόβλημα της κακοποίησης, είτε επειδή δεν θέλει να εμπλακεί σε νομικές διαδικασίες, είτε γιατί θεωρεί δικαίωμα των γονέων να χρησιμοποιούν ξύλο ως μέθοδο σωφρονισμού. Έτσι αποφεύγουν την διάγνωση της κακοποίησης. (Παναγόπουλος 2001)

Σύμφωνα με έγκυρα ερευνητικά δεδομένα του Ινστιτούτου Υγείας Του Παιδιού, κάθε χρόνο καταγράφονται 1000-2000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες (1-2 τοις εκατό στις 100.000 γεννήσεις κατά έτος). Όσον αφορά στο εξωτερικό, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, στη Βραζιλία εκδίδονται 2.000.000 παιδιά, ενώ στην Ταϊλάνδη εκδίδονται 800.000 παιδιά σε περιοχές όπου ευδοκιμεί ο γνωστός σεξουαλικός τουρισμός. (<http://health.in.gr>).

Τα στοιχεία για σεξουαλική κακοποίηση από παλιότερη μελέτη για την Ελλάδα (1992) δίνουν τα εξής στοιχεία:

- 1:8 κορίτσια και 1:10 αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών
- 1:25 κορίτσια και 1:33 αγόρια έχει αναφέρει σε κάποιον ότι έχει υποστεί βιασμό ή αιμομιξία
- 1:4 δράστες είναι μέλος της οικογένειας
- 1:2 δράστες είναι γνωστός ή φίλος της οικογένειας
- 8:10 φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής κακοποίησης ([http://web.auth.gr/virtual_school/ 1.1 / Theory Research /Congress Papanikolaou.html-2006](http://web.auth.gr/virtual_school/1.1/Theory_Research/Congress_Papanikolaou.html-2006))

Σύμφωνα με νέα στοιχεία, περίπου 3.000 παιδιά ηλικίας 10-17 ετών οδηγήθηκαν στην πορνεία και την επαιτεία από το 1995 έως το Μάρτιο του 1997, με σκοπό την εξασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών πόρων για την επιβίωσή τους. (<http://health.in.gr-2006>)

Δεκατρία μωρά ζουν σήμερα στα δύο κρατικά μαιευτήρια της Αθήνας, όχι γιατί είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας και χρειάζονταν νοσηλεία, αλλά γιατί οι γονείς τους τα' άφησαν. Αυτά τα μωρά σχηματίζουν τη λίστα αναμονής για το *Μητέρα*, που δε μπορεί να τα αναλάβει, καθώς δεν έχει αρκετό προσωπικό-τρεις πτέρυγες παραμένουν

κλειστές ενώ θα μπορούσαν να φιλοξενούν 12 παιδιά η καθεμία. Πλήρες είναι και το ΠΙΚΠΑ της Πεντέλης, ενώ στον Άγιο Στυλιανό, φιλοξενούνται παιδιά ηλικίας ολίγων ημερών έως 2,5 ετών. (Παναγοπουλος 2001)

Στο σημείο αυτό παρατίθενται τα αποτελέσματα έρευνας σχετική με την παρουσία της κακοποίησης σε παιδιά που μεγάλωσαν μέσα σε οικογένειες όπου δεν ήταν παρών ο βιολογικός πατέρας (εξαιρείται η περίπτωση του θανάτου), αποτελεί:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΞΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

- Το 63% των αυτοκτονιών σε εφήβους
- Το 71% των έγκυων εφήβων(Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινης Υπηρεσίας των ΗΠΑ)
- Το 90% όλων των αστέγων παιδιών και παιδιών που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι τους
- Το 70% των ανηλίκων στα κρατικά αναμορφωτήρια
- Το 85% όλων των παιδιών με συμπεριφορικές διαταραχές
- Το 80% των βιασμών που κίνητρο της τέλεσής τους ήταν ο θυμός έναντι στην κοινωνία
- Το 75% των μαθητών που εγκατέλειψαν το γυμνάσιο
- Το 75% των εφήβων στα κέντρα απεξάρτησης
- Το 85% όλων των έγκλειστων εφήβων στις φυλακές

Οι μοναχές μητέρες στη ζωή βασίζονται στην σωματική τιμωρία για να συνετίσουν τα παιδιά τους – και των δύο φύλων- σε σχέση με όσες μητέρες μοιράζονται τις ευθύνες με τον πατέρα και μετά το διαζύγιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τις 20.000 περιπτώσεις αιτημάτων που απευθύνθηκαν **σχεδόν 100%** ομολόγησαν ψυχολογική βία προς τους ίδιους και προς τα παιδιά. Μόνο 814 δέχτηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, από αυτούς:

- 60% δήλωσαν σωματική βία κατά των ιδίων και 40% προς τα παιδιά.
- 100% βίωσαν ψυχολογική βία
- 92% αφορούσε πατεράδες και συγγενικό τους περιβάλλον και 88% χωρισμένες μητέρες

78% των περιπτώσεων τα παιδιά έχουν υποστεί αποξένωση κατά του πατέρα για κακοποίηση και περίπου τα μισά από αυτά για σεξουαλική κακοποίηση (χαμόγελο του παιδιού 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Η κακομεταχείριση γενικά οφείλεται σε απώλεια του αυτοελέγχου του γονέα ή του κηδεμόνα. Έχουν προσδιοριστεί τέσσερις εκλυτικοί παράγοντες :

- 1. Η προσωπικότητα του γονέα:** Ο γονέας μπορεί να πέρασε τα παιδικά του χρόνια χωρίς αγάπη και ζεστασιά, συχνά με κακοποίηση και έτσι δεν κατόρθωσε να αναπτύξει σε ικανοποιητικό βαθμό τον αυτοσεβασμό και την συναισθηματική ωριμότητα. Στερηθέντες από νωρίς ένα περιβάλλον αγάπης, οι κακότετροποι γονείς μπορεί να βλέπουν τα παιδιά τους σαν πηγή της στοργής και της υποστήριξης που αυτοί ποτέ δεν είχαν. Αποτέλεσμα αυτού είναι να έχουν παράλογες απαιτήσεις για το τι μπορεί το παιδί τους να τους προσφέρει, εξοργίζονται εύκολα και χάνουν τον έλεγχο, ανίκανοι να προσφέρουν αυτό που οι ίδιοι ποτέ δε δοκίμασαν. Η χρήση ναρκωτικών ή οίνοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει παρορμητική συμπεριφορά προς το παιδί. Μερικές φορές ο γονέας μπορεί να είναι πραγματικά ψυχωσικός.
- 2. Το διαφορετικό παιδί:** Ευερέθιστα, απαιτητικά ή υπερκινητικά παιδιά μπορεί να εκνευρίσουν τους γονείς τους. Τα ανάπηρα παιδιά, συχνά περισσότερο εξαρτημένα και χρήζοντα φροντίδων, είναι επιρρεπή. Τα πρόωρα παιδιά ή άρρωστα βρέφη που έχουν αποχωριστεί από τους γονείς τους στην αρχή της παιδικής ηλικίας και τα υιοθετημένα ή τα χωρίς βιολογική συγγένεια παιδιά είναι δυνατόν να μη αποκτήσουν ισχυρούς δεσμούς με τους γονείς ή κηδεμόνες τους. Οι γονείς μπορεί να τρέφουν υπερβολικές προσδοκίες από τις επιδόσεις του παιδιού και να το τιμωρούν αυστηρά χωρίς δικαιολογία.
- 3. Ανεπαρκής υποστήριξη:** Οι γονείς μπορεί να είναι απομονωμένοι, απροστάτευτοι και ευπρόσβλητοι χωρίς συγγενείς, φίλους, γείτονες ή ομόφυλους που κανονικά είναι σε θέση να προσφέρουν φυσική και ψυχολογική στήριξη σε περιόδους έντασης.
- 4. Κριση:** Οι αγχογόνες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν στην κακομεταχείριση, κυρίως τη στιγμή που δεν υπάρχει το αναγκαίο στήριγμα.

Η παραμέληση συχνά συναντάτε σε οικογένειες με πολλά προβλήματα και κακή οργάνωση του τρόπου ζωής. Συχνά υπάρχει οξεία ή χρόνια κατάπτωση του ηθικού, κυρίως από την πλευρά της μητέρας.

Η εγκατάλειψη από τον πατέρα, που κι αυτός ήταν ανεπαρκής και ανίκανος ή απρόθυμος να ασκήσει έλεγχο στην οικογένεια, μπορεί να οδηγήσει στην παραμέληση. Η χρήση ναρκωτικών και η κατάχρηση

οινοπνεύματος από τον ένα ή και από τους δύο γονείς συχνά οδηγεί σε χρόνια εξαθλίωση και σε αλλοίωση των προτεραιοτήτων στη ζωή της οικογένειας. Είναι διαπιστωμένο ότι τα παιδιά των μητέρων που κάνουν χρήση κοκαΐνης διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εγκατάλειψης. Τα χρόνια ιατρικά προβλήματα του γονέα έχουν επίσης τη συνεισφορά τους. (Robert Berkom, M.D. Editor-in- Chief 1992)

Όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση η ηλικία είναι ένας παράγοντας που παίζει ρόλο ανάμεσα στους βιαστές και τα θύματά τους. Στους ενδοφυλετικούς βιασμούς οι θύτες είναι γενικά λίγο μεγαλύτεροι από τα θύματά τους. (Thio 2003). Οι δράστες της σεξουαλικής κακοποίησης συμπεραίνεται ότι έχουν μέση ηλικία 25 έτη στους άνδρες και 34 έτη στις γυναίκες, ενώ συνήθως έχουν κακοποιηθεί και οι ίδιοι σεξουαλικά ως παιδιά.

Εγκληματολογική έρευνα σε 45 περιπτώσεις δραστών σεξουαλικής κακοποίησης αποκαλύπτει ότι στην πλειονότητά τους οι δράστες προέρχονται από αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές και οι περισσότεροι είναι εργάτες, τεχνίτες, γεωργοί, μικροέμποροι ή κάνουν κάποιο βοηθητικό επάγγελμα. (<http://health.in.gr-2006>).

Υπάρχει επίσης και ο παράγοντας του χρόνου, ο οποίος επιδρά στο βιασμό. Ακολουθεί περίπου τα ίδια χρονικά μοντέλα με την ανθρωποκτονία. Ο αριθμός των βιασμών, τείνει να αυξάνει κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών. Πιο σημαντική είναι η διαπίστωση ότι οι περισσότεροι συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου. Η εξήγηση που δίνουν οι ειδικοί είναι ότι το καλοκαίρι απλώς αυξάνει την κοινωνική αλληλεπίδραση η οποία καθιστά το βιασμό περισσότερο πιθανό να συμβεί. (Thio 2003).

Εξάλλου έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς που είχαν κακοποιηθεί από τους γονείς τους, επαναλαμβάνουν την κακομεταχείριση μέσω του μηχανισμού της ταύτισης με το επιτιθέμενο. (Διονυσόπουλος 2004).

Τέλος στους περισσότερους βιασμούς ο θύτης βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ λειτουργεί ως δικαιολογία για την σεξουαλική επίθεση. Η δικαιολογία αυτή, επειδή είναι ως ένα βαθμό αποδεκτή από την κοινωνία συντελεί στον περιορισμό των αναστολών όσον αφορά το βιασμό.

Παράγοντες τέλος, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την σχέση γονέα – παιδιού, συνοπτικά, και να οδηγήσουν στην κακομεταχείρισή του είναι οι ακόλουθοι:

- φροντίδα μητέρα με τη μητέρα της
- γενετική προδιάθεση της μητέρας
- πολιτισμικοί παράγοντες
- σχέσεις με οικογένεια και σύζυγο
- εμπειρίες από προηγούμενες εγκυμοσύνες
- προγραμματισμός και εμπειρίες εγκυμοσύνης. (Thio 2003)

Εξάλλου η ανεργία, η ανισότητα, το άγχος, η μη δίκαιη απονομή της δικαιοσύνης, η μη ισότιμη εφαρμογή των νόμων, η ανοχή των φορέων της πολιτείας, η ελαστικότητα των νόμων, οι φυλετικές διακρίσεις, ο ρατσισμός, η αθρόα εισροή αλλοδαπών χωρίς να είναι γνωστή η ταυτότητά τους και το παρελθόν τους, η διεθνής τρομοκρατία, η παγκοσμιοποίηση, συμβάλλουν τα μέγιστα για την έξαρση της βίας, της επιθετικότητας, της κακοποίησης. (Γόγολος 2006)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ιστορικό: Τα στοιχεία που υποδηλώνουν κακομεταχείριση είναι:

1. απροθυμία του γονέα να δώσει το ιστορικό του τραυματισμού
2. αντιφατικό ιστορικό που μπορεί να μη συμφωνεί με την εμφάνιση των βλαβών και να διαφέρει ανάλογα με την πηγή προέλευσής του
3. ιστορικό της βλάβης που είναι ασύμβατο με τις ικανότητες του παιδιού
4. αντίδραση των γονέων που είναι αταίριαστη με τη βαρύτητα της βλάβης
5. καθυστέρηση να αναφέρουν τη βλάβη. (Robert Berkom, M.D.Editor-in-chief 1992).

Η ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση για ένα κακοποιημένο παιδί περιλαμβάνει:

§ κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας για τις ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της και τη διερεύνηση ύπαρξης υποστηρικτικών συστημάτων για την οικογένεια

§ παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού

§ κλινική ψυχολογική εκτίμηση παιδιού και οικογένειας

§ εφόσον χρειαστεί, ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων

§ η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας είναι σημαντική για μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση (<http://www.ich.gr/ph-kakop.html> 2006)

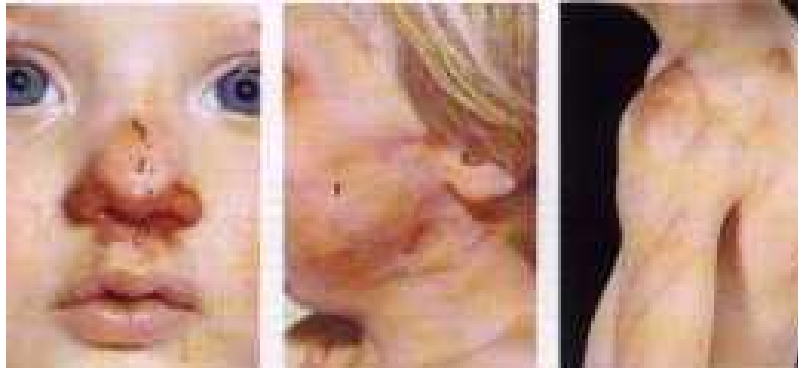
Φυσικά ευρήματα: Οι δερματικές βλάβες, όπως οι εκχυμώσεις, αιματώματα, εγκαύματα, μώλωπες και εκδορές διαφόρου βαθμού, είναι συνηθισμένες (π.χ. στρογγυλά εγκαύματα από τσιγάρο, τοξοειδείς μώλωπες από μαστιγώσεις, συμμετρικά εγκαύματα από ζεμάτισμα στα άνω και κάτω άκρα).

Οι σοβαρές τραυματικές κακώσεις στο στόμα, στα μάτια, τα εσωτερικά κοιλιακά όργανα και το ΚΝΣ μπορεί να δημιουργήσουν μόνιμη βλάβη. Είναι δυνατόν να υπάρχουν κατάγματα απλά ή πολλαπλά και μια επιθεώρηση του σκελετού μπορεί να αποκαλύψει οστικές βλάβες σε διάφορα στάδια επούλωσης. Στη νηπιακή ηλικία παρατηρούνται κατάγματα των μεταφύσεων και υπεπεριστικές ανυψώσεις στα μακρά οστά.

Κατά τη φυσική εξέταση και προκειμένου να τεθεί διάγνωση αναζητούνται τα εξής στοιχεία:

- πολλαπλές κακώσεις σε διάφορα στάδια επούλωσης και ανάπτυξης

- δερματικές βλάβες που παραπέμπουν σε συγκεκριμένες πηγές τραυματισμού και
- επαναλαμβανόμενες κακώσεις που σημαίνουν κακομεταχείριση ή πλημμελή εποπτεία. (Robert Berkom. M.D.Editor –in- Chief 1992).



Ψυχικά τραύματα: Συνήθως τα κακοποιημένα παιδιά νιώθουν έντονα την απογοήτευση, την ανασφάλεια, απομονώνονται κοινωνικά και έχουν σοβαρά προβλήματα στη μετέπειτα πορεία της ζωής τους, σε όλους τους τομείς. Διαθέτουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρορμητική συμπεριφορά, άγχος, ανασφάλεια. (Ιωαννίδης 2001).

Οι συναισθηματικές επιπτώσεις είναι λιγότερο ευδιάκριτες από τα φυσικά σημεία. Στα βρέφη, η απουσία ανάπτυξης είναι μια συνηθισμένη πρόωμη διαπίστωση. Η ανεπαρκής γονική ενασχόληση με το μικρό παιδί και η απουσία αλληλεπιδράσεων συχνά καθυστερεί την ανάπτυξη της κοινωνικότητας και της γλωσσικής ικανότητας. Τα μικρά παιδιά μπορεί να γίνουν φιλόποπτα, επιπόλαιοι στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, παθητικά και υπέρ το δέον αφοσιωμένα στο πως θα ευχαριστήσουν τους μεγάλους.



Οι συναισθηματικές επιπτώσεις στα παιδιά συνήθως γίνονται εμφανείς κατά τη σχολική ηλικία, όταν αρχίζει να εκδηλώνεται η δυσκολία στη δημιουργία σχέσεων με διδασκάλους και συμμαθητές. Συχνά, οι συναισθηματικές διαταραχές διαπιστώνονται μόνο, όταν η ανώμαλη συμπεριφορά βελτιωθεί αφού το παιδί έχει αλλάξει περιβάλλον. (Robert Berkom, M.D. Editor –in- Chief 1992).

Σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση: Οι πράξεις των ενηλίκων σε παιδιά περιλαμβάνουν επιδείξεις, θωπείες, πεολειξία, σοδομισμό και συνουσία. Ο ενήλικος δράστης μπορεί να είναι άγνωστος και τελείως ξένος, οπότε στην περίπτωση αυτή, η κακοποίηση χαρακτηρίζεται **βιασμός** αν έχει συντελεσθεί διείσδυση στον κόλπο. Πιο συχνά ο δράστης είναι κάποιος συγγενής ή μέλος της οικογένειας και στην περίπτωση αυτή η προσβολή χαρακτηρίζεται αιμομιξία. (<http://health.in.gr> 2006).

Όταν υπάρχει συμμετοχή μικρών παιδιών, το αδίκημα πολλές φορές συντελείτε χωρίς τη χρήση βίας και είναι επαναλαμβανόμενο και μπορεί να συγκαλύπτεται με συνωμοτική σιωπή εντός της οικογένειας. Τα φυσικά σημεία μπορεί να περιλαμβάνουν δυσχέρεια βαδίσματος, τραύματα στα γεννητικά όργανα, κολπικό έκκριμα ή κνησμό, υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.



Εντούτοις, μπορεί να μην υπάρχουν φυσικά ευρήματα της κακοποίησης και η συμπεριφορά του παιδιού(φοβία, ευερεθιστότητα κοκ) , να αποτελεί τη μοναδική ένδειξη. Η προσεκτική συνέντευξη του παιδιού με πεπειραμένο προσωπικό ίσως είναι ο μοναδικός τρόπος απόσπασης χρήσιμων λεπτομερειών.

Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να έχουν απειληθεί με σωματική βία από τον δράστη αν μιλήσουν και, έτσι, να αποκρύπτουν επαναλαμβανόμενες επιθέσεις. Η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου σε παιδί ηλικίας <12-13 ετών πρέπει να εκλαμβάνεται ως αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης, μέχρι ως ότου αποδειχθεί αλλιώς. (Robert Berkom, M.D. Editor-in-Chief 1992).

Τέλος όσον αφορά την παραμέληση εγκατάλειψη παιδιού τα ευρήματα είναι τα ακόλουθα:

- § συστηματική κακή σίτιση ή στέρηση τροφής
- § δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας
- § κακή υγιεινή , ακατάλληλη ένδυση
- § στέρηση τροφής
- § εγκατάλειψη
- § ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου
- § παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο
το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς να το φροντίζει
- § χρήση οινοπνευματώδη ποτών ή τοξικών ουσιών από το παιδί
(<http://www.ich.gr/ph-kakop.html-2006>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα κλινικά συμπτώματα της παραμέλησης είναι τα ακόλουθα:

Πλημμελής ικανοποίηση βασικών ζωτικών αναγκών: Η ανεπαρκής προμήθεια τροφής, ενδυμασίας ή στέγης, παρά τη ύπαρξη πόρων στην κοινότητα, είναι συνηθισμένη (π.χ. υποσιτισμός, κόπωση, απουσία υγιεινής ή κατάλληλων ενδυμάτων). Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να σημειωθεί εγκατάλειψη ή θάνατος από ασιτία. Μέχρι και το 50% των παιδικών περιστατικών ανεπαρκούς ανάπτυξης μπορεί να οφείλεται στην παραμέληση.

Συναισθηματική απομόνωση: Στα πρώτα παιδικά χρόνια, μπορεί να καθυστερήσει η ανάπτυξη του ψυχικού κόσμου όταν αμβλυνθεί η στοργή και λείπει το ενδιαφέρον από το περιβάλλον. Η κατάσταση αυτή συνήθως συνοδεύεται από ανεπαρκή σωματική ανάπτυξη και συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως πνευματική καθυστέρηση ή φυσική νόσος. Τα σημεία στα μεγαλύτερα παιδιά είναι οι πολλές απουσίες και οι κακές επιδόσεις στο σχολείο και οι κακές σχέσεις με συμμαθητές και ενηλίκους.

Παραλείψεις σε θέματα ατομικής υγείας: Η αδιαφορία αναζήτησης ιατρικής ή οδοντιατρικής βοήθειας, όπως είναι οι εμβολιασμοί και οι περιοδικοί έλεγχοι της υγείας, καθώς και η καθυστερημένη προσέλευση σε ιατρό στην περίπτωση νόσου μπορεί να είναι ενδείξεις κακού οικογενειακού κλίματος. (Robert Berkow, M.D Editor-in-chief 1992).

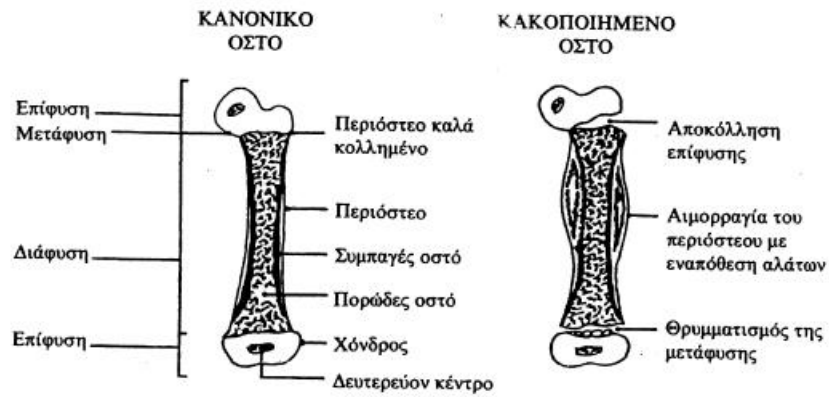
Τα κλινικά χαρακτηριστικά της σωματικής κακοποίησης είναι τα ακόλουθα:

I. ΜΩΛΩΠΙΣΜΟΙ

Όταν το βρέφος αρχίσει να περπατάει, συνήθως πέφτει προς τα εμπρός μωλωπίζοντας τα πόδια και το μέτωπό του. Ωστόσο, μώλωπες στο θώρακα, την κοιλιά και γύρω από το στόμα προκαλούνται πολύ πιο σπάνια από ατύχημα. Έτσι μώλωπες, στις περιοχές αυτές, σε παιδιά κάτω των 2 ετών ή σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος σε βρέφη που δεν έχουν ακόμη περπατήσει εγείρουν υποψίες ηθελημένου τραυματισμού.

II. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

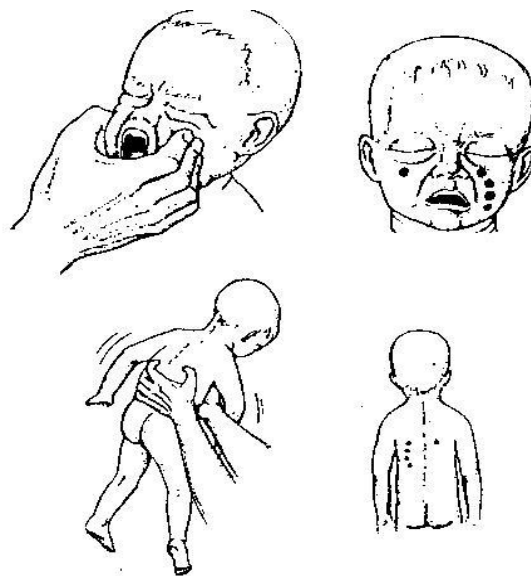
Αυτές αποτελούν το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα ενός κακοποιημένου βρέφους. Και πάλι στα βρέφη που δε περπατούν ακόμα, σπάνια εμφανίζεται θραύση οστού. Θραύση του οστού με αξιοσημείωτη μετατόπιση μπορεί να προκληθεί με απότομο λύγισμα του άκρου από ένα ενήλικα.



Διαγραμματική αναπαράσταση ενός κανονικού οστού και ενός κακοποιημένου οστού.

III. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ

Τα βρέφη και τα παιδιά μπορεί να πέσουν ή να τα ρίξει κάποιος κάτω με το κεφάλι και να ραγίσουν το κρανίο τους, μερικές φορές όμως ανακαλύπτουμε ότι κουνάνε τα βρέφη κρατώντας τα από τα πόδια και το κρανίο τους σπάει, χτυπώντας στο τοίχο. (the open university 1985).



Σημάδια από δάκτυλα που παρατηρούνται συνήθως σε κακοποιημένα παιδιά.

Και πέρα από τη σωματική κακοποίηση, το σύμπτωμα του τραυλισμού είναι μόνο ένας από τους πολλούς τρόπους, με τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί η καταπιεσμένη προσωπικότητα ενός παιδιού, όταν για οποιοδήποτε λόγο νιώθει ότι απειλείται ο ψυχικός του κόσμος. (Marcoli 2001).

Τα παιδιά του δρόμου δεν είναι εύκολα. Όταν βλέπεις ένα παιδί χτυπημένο με μαυρισμένο μάτι ή σφαίρες στο κορμί του, και δεν κλαίει, τότε αυτό σημαίνει πως έχει υποστεί σοβαρά συναισθηματικά τραύματα. (Cuomo 2000).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί οι μώλωπες είναι ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά που μας παραπέμπει στην διάγνωση της κακοποίησης ενός παιδιού. Οι μώλωπες παρουσιάζονται και εξαφανίζονται σύντομα. Για να αποκλειστεί η περίπτωση αιμορραγίας, οι αιματολόγοι συνιστούν ορισμένες εξετάσεις, όπως η μέτρηση αιμοπεταλίων, μερικό τεστ θρομβοπλαστίνης και χρονομέτρηση προθρομβίνης.

Όσον αφορά τις κακώσεις των οστών με την ακτινογραφία, η επιφυσική αποκόλληση και η πώρωση του περιόστεου, οδηγούν σαφώς στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για ηθελημένες πράξεις. Στα κατάγματα του κρανίου η διάγνωση μπορεί να γίνει εύκολα με ακτινογραφία, αν και οι ραφές του κρανίου μπορεί κάποτε να μοιάζουν πολύ με κάταγμα. (Γερμένης 1983)

Τέλος τα κακοποιημένα βρέφη συχνά παρουσιάζουν υποσκληρίδια αιματώματα. Ο γιατρός που εξετάζει αυτά τα βρέφη μπορεί να διαπιστώσει ότι το μαλακό σημείο ανάμεσα στα οστά του κρανίου είναι διογκωμένο και μπορεί ακόμη να υπάρχουν αιματώματα στον αμφιβληστροειδή, στο πίσω μέρος του ματιού και το κεφάλι να είναι υπερβολικά μεγάλο ή να αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. (The open university 1985).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαφρόντιση των ενδιαφερόμενων οικογενειών πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μακροχρόνια προοπτική, επειδή η διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων συνήθως είναι μακρόβια. Τόσο στις περιπτώσεις παραμέλησης όσο και στις περιπτώσεις κακομεταχείρισης, οι οικογένειες πρέπει να προσεγγίζονται με πνεύμα συμπαράστασης και όχι τιμωρίας.

Από διαγνωστική άποψη απαραίτητα είναι η προσεκτική ανασκόπηση του οικογενειακού κλίματος και των γονικών ελαττωμάτων και ελλείψεων, πράγμα που αποτελεί το πρώτο βήμα της θεραπείας. Μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία του παιδιού (επείγουσα προσωρινή απομάκρυνση από το σπίτι), αλλά συνήθως αυτή δεν είναι αναγκαία και εξαρτάται από το πόσο καλή επικοινωνία μπορεί να εγκατασταθεί με τους γονείς. Όταν αποφασίζετε η εισαγωγή σε νοσοκομείο, οι γονείς πρέπει να ενημερωθούν ότι οι έρευνες που θα γίνουν θα περιλαμβάνουν τόσο συζητήσεις με αυτούς όσο και διαγνωστικές εξετάσεις στο παιδί τους. (Robert Berkom, M.D Editor-in-Chief 1992).

Μια από τις λύσεις που προτείνει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στο θέμα των κακοποιημένων παιδιών είναι η εισαγωγή σε ένα από τα ιδρύματα που διαθέτει για την παροχή φροντίδας από παιδοψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, έως ότου αποφανθεί η Δικαιοσύνη για την κηδεμονία του εκάστοτε παιδιού- όταν βεβαίως κανένας από τους δύο γονείς δεν κρίνεται ικανός να το φροντίσει και δεν υπάρχει συγγενικό περιβάλλον. (<http://www.ich.gr/rh-kakop.html>-2006)

ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ: Η επαρκής κατανόηση της κατάστασης των γονέων μερικές φορές επιβάλλει να μελετηθούν ιατρικά αρχεία και πρακτικά προηγούμενων συναντήσεων με διάφορους υπαλλήλους κρατικών υπηρεσιών. Ένας κοινωνικός λειτουργός, όπου, υπάρχει, μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια για τη μελέτη αυτού του υλικού και τις συνεντεύξεις καθώς και σαν οικογενειακός σύμβουλος.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: Όταν αναφέρονται περιπτώσεις κακομεταχείρισης ή παραμέλησης μία συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο θα πρέπει, αν είναι, δυνατό να γίνει με κάποιον αντιπρόσωπο υπηρεσίας προστασίας του παιδιού, προκειμένου το πρόβλημα να γίνει καλώς κατανοητό και να οργανωθεί η αντιμετώπισή του. Οι γονείς πρέπει προηγουμένως να ενημερωθούν από τον ιατρό ότι η αναφορά γίνεται επειδή έτσι επιτάσσει ο νόμος.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ: Πολλές κοινότητες διαθέτουν πολυδύναμες ομάδες αποτελούμενες από κοινωνική λειτουργό, ψυχίατρο, παιδίατρο, νοσηλεύτη και άλλες ειδικότητες, οι οποίες παρέχουν διαγνωστική υποστήριξη και οδηγίες για την οργάνωση του

προγράμματος θεραπείας. Ένα όργανο πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης είναι βασικό και πρέπει να είναι αποδεκτό τόσο από την οικογένεια όσο και από τον παραπέμποντα ιατρό.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ: Η σεξουαλική παρενόχληση μπορεί να έχει μακροχρόνιες ψυχολογικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού και στη μελλοντική σεξουαλική του συμπεριφορά. Οι επιπτώσεις αυτές έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση στα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους. Οι συμβουλές όσο και η ψυχοθεραπεία μπορεί να αποτρέψει αυτές τις επιπτώσεις.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ: Οι βρεφονηπιακοί σταθμοί μπορούν να ανακουφίσουν την μητέρα που βρίσκεται υπό ένταση, επιτρέποντάς της να αφιερώσει λίγες ώρες την ημέρα στον εαυτό της. Υπηρεσίες οικιακών βοηθών μπορεί να κληθούν να βοηθήσουν. Σε μερικές κοινότητες υπάρχουν επιμορφωτικά προγράμματα για τους γονείς.

ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ: Αν το οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί κινδύνους για την υγεία του παιδιού, αν το θύμα είναι ηλικίας <1 έτους ή αν η συνεργασία με την οικογένεια δεν είναι ομαλή, η προσωρινή απομάκρυνση είναι ενδεδειγμένη. Η απομάκρυνση προϋποθέτει αίτηση προς το δικαστήριο, υποστηριζόμενη από κοινωνικό λειτουργό. Κατά τη διάρκεια που το παιδί βρίσκεται υπό προσωρινή εποπτεία ο ιατρός πρέπει, αν είναι δυνατό, να διατηρεί επαφή με τους γονείς και να βεβαιώνεται ότι καταβάλλονται προσπάθειες να βοηθηθούν.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ: Οι οικογένειες παραμελημένων ή κακοποιημένων παιδιών συχνά αλλάζουν τόπο διαμονής, καθιστώντας την συνέχεια της περίθαλψης πολύ δύσκολη. Η ακύρωση συναντήσεων είναι συνηθισμένη, για να βεβαιωθούν οι αρμόδιες υπηρεσίες για την πρόοδο του ασθενούς μπορεί να χρειαστούν τυχαίες συναντήσεις και επισκέψεις στο σπίτι από κοινωνικούς λειτουργούς ή αδελφές νοσοκόμες (Robert Berkom, M.D Editor-in- Chief 1992).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο τραυματισμός του παιδιού είναι ένδειξη άρρωστης οικογένειας. Είναι λάθος, δηλαδή, να βλέπουμε το πρόβλημα μόνο ιατρικά χωρίς να γίνει προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η άρρωστη οικογένεια από διεπιστημονική ομάδα. (Διονυσόπουλος 2004)

Κλασσικές θεραπευτικές μέθοδοι είναι: η οικογενειακή θεραπεία, η παιγνιοθεραπεία και ψυχοθεραπεία του παιδιού καθώς και η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων. Εφόσον η εμπύχωση της οικογένειας δεν είναι εφικτή ή όταν η οικογένεια περνά δύσκολες φάσεις λειτουργίας με αυξημένη επικινδυνότητα για το παιδί, προβλέπεται επίσης φιλοξενία του παιδιού σε ανάδοχες οικογένειες. (<http://health.in.gr>-2006).



ΣΤΗΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η γνώση των συνθηκών που είναι δυνατό να οδηγήσουν στην κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών βοηθά στην αναγνώριση των οικογενειών που είναι σε κίνδυνο.

Γονείς που και οι ίδιοι ήταν θύματα κακομεταχείρισης ή και παραμέλησης είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς να ανταποδώσουν τα ίδια στα παιδιά τους. Γονείς στο πρώτο τους παιδί και μητέρες ανήλικες που επαναστάτησαν κατά των γονέων τους αποτελούν επίσης άτομα κινδύνου.

Γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή της νηπιακής περιόδου που συντελούν σε υψηλή νοσηρότητα μπορούν να ασθενήσουν το συναισθηματικό δεσμό των γονέων με το παιδί. Κατά τη διάρκεια τέτοιων περιόδων είναι σημαντικό να αποκαλυφθεί πώς βλέπουν οι γονείς τις δικές τους αδυναμίες και ποια γνώμη έχουν για την ευημερία του παιδιού τους. Η κοινωνική λειτουργός που αγρυπνά για ενδείξεις και είναι ικανή να προσφέρει βοήθεια σε τέτοιες καταστάσεις έχει δύσκολο έργο για την πρόληψη τραγικών γεγονότων. (Robert Berkom, M.D. Editor-in-Chief 1992).

Και πέρα από αυτά έχουμε ήδη αναφέρει ότι συχνά το παιδί θύμα κακοποίησης παρουσιάζει προβλήματα επειδή είναι πρόωρο ή έχει κάποια σοβαρή συγγενή ανωμαλία που απαιτεί εγχείρηση. (The open university 1985).

Η προγεννητική διάγνωση ξεκίνησε το 1966. Στόχος της προγεννητικής διάγνωσης δεν είναι απλώς να ανιχνεύσει ανωμαλίες του εμβρύου και να επιτρέψει τον τερματισμό της εγκυμοσύνης, όταν το έμβρυο βρεθεί ατελές, αλλά έχει τους εξής αντικειμενικούς σκοπούς:

- Να παρέχει κατόπιν ενημέρωσης, ένα εύρος επιλογών στους γονείς, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο να αποκτήσουν παιδί με ανωμαλία.
- Να μειώσει την ανησυχία και την αβεβαιότητα, ιδιαίτερα μεταξύ των ομάδων υψηλού κινδύνου. (M,W Thompson, R.R Mcinnes H.F.Willand 2001).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η Ελληνική Εταιρεία Υπερήχων στη Μαιευτική Γυναικολογία έχουν συνηγορήσει στη χρήση υπερήχων ως ασφαλής διαγνωστική μέθοδο. Με το υπερηχογράφημα του πρώτου τριμήνου επιβεβαιώνεται ότι η κύηση είναι ενδομήτριος, Εντοπίζεται η θέση του πλακούντα, προσδιορίζεται η ηλικία του εμβρύου, μπορούν να ανιχνευθούν τέλος ενδεχόμενες διαπλαστικές ανωμαλίες. Την 20^η-24^η εβδομάδα εξετάζονται το κρανίο, ο εγκέφαλος, το πρόσωπο, η σπονδυλική στήλη. Το 70% των περιπτώσεων των σοβαρών συγγενών ανωμαλιών μπορεί να διαγνωστεί. (Μιχαιλίδης 2004).

Εξάλλου υπάρχουν ορισμένες κατευθυντήριες στην προσπάθειά μας να διακρίνουμε τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την μητρικότητά τους. Συχνά μπορούμε να τις διακρίνουμε πριν γεννήσουν, ενώ αποκαλύπτονται επίσης αμέσως μετά τον τοκετό και συνήθως ξεχωρίζουν πολύ εύκολα όταν το παιδί γίνει 6-8 εβδομάδων.

Αν κατανοήσουμε ότι η μητρότητα δεν πρόκειται σε ορισμένες περιπτώσεις ποτέ να αφυπνιστεί, όσο σκληρά κι αν προσπαθήσει κανείς, θα πάψουμε να σπρώχνουμε ορισμένα μωρά προς τις μητέρες τους, οι οποίες μας λένε, με κάθε τρόπο ότι δε μπορούν και δε πρόκειται να φροντίσουν το παιδί τους.

Τέλος όπως είδαμε παραπάνω η βία συχνά οφείλεται στην ανωριμότητα και το ανήλικο των γονέων. Η αντισύλληψη στην εφηβεία πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ φορέων υγείας, γιατρών, γονέων και εκπαιδευτικών. (Παυλόπουλος 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Το πρώτο βήμα στη θεραπεία είναι να γίνει η διάγνωση και να υποστηριχθεί με ηρεμία. Στην πρώτη μας συνέντευξη λέμε στους γονείς ότι οι κακώσεις είναι τέτοιες ώστε θα πρέπει να έχουν προκληθεί από κάποιον ενήλικο. Οι γονείς συνήθως το δέχονται με ανακούφιση, η οποία όμως μπορεί να μην εκδηλωθεί σαφώς ώσπου να προχωρήσει η θεραπεία. (The open university 1985).

Το γεγονός ότι τα παιδιά δε ξέρουν να ζητήσουν βοήθεια αλλά βέβαια και η άρνηση του δράστη να μιλήσει για τα κατορθώματά του, εκτός από τους κινδύνους για τη ζωή πολλών παιδιών δημιουργεί και στην πολιτεία μεγαλύτερη ευθύνη για την ουσιαστική αντιμετώπιση του πολύπλευρου αυτού προβλήματος.

Υπολογίζεται από έρευνες ότι το 15% των παιδιών, κυρίως των αγοριών, δέχονται σοβαρές σωματικές τιμωρίες από τους γονείς τους ή άλλα συγγενικά πρόσωπα. Σύμφωνα με τα στοιχεία των τριών μεγαλύτερων Νοσοκομείων Παιδών της χώρας μας, Αγλαΐα Κυριακού, Αγία Σοφία Παιδών και Παιδών Πεντέλης, κάθε χρόνο περισσότερα από 220 παιδιά χρειάζονται ακόμα και νοσηλεία πολλών ημερών λόγω σωματικής κακοποίησης. (Τριανταφύλλου 2001).

Είναι χαρακτηριστικό ότι η εισαγωγή ενός παιδιού στο νοσοκομείο υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, αποτελεί, περίοδο κρίσης για την οικογένεια. Για τους γονείς που έχουν κακοποιήσει τα παιδιά τους αποτελεί αναμφίβολα περίοδο έντονων πιέσεων, αλλά η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο μπορεί στην πραγματικότητα να γίνει ευνοϊκά δεκτή, διότι τους παρέχει μια απαραίτητη ανάπαυλα στη φροντίδα του. (The open university 1985).

Μετά την εισαγωγή των παιδιών στο νοσοκομείο παρατηρούνται σε αυτά τα εξής :τα παιδιά αυτά φαίνονται συμπαθητικά, αλλά είναι ανίκανα να αντέξουν και την παραμικρή ματαίωση και ξεσπούν σε κλάματα ή εκρήξεις οργής. Η αργή φυσική ανάπτυξή τους επηρεάζεται θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, αλλά οι διαταραχές του λόγου ή τα προβλήματα συμπεριφοράς τους δε αποκαθίστανται εύκολα. (Διονυσόπουλος 2004).

Όσον αφορά την παραμέληση των παιδιών και την εγκατάλειψη, στο Αλεξάνδρα, ένας ολόκληρος θάλαμος φιλοξενεί σήμερα αυτά τα παιδιά. Οι μητέρες τους τα άφησαν μόλις τα γέννησαν. Κάποιες από αυτές έφυγαν κρυφά από το μαιευτήριο, κάποιες άλλες απλώς είπαν ότι δε θέλουν να τα κρατήσουν. Τα κρατάνε εκεί και τα φροντίζει το προσωπικό όπως όλα τα νεογνά. Οι νοσηλεύτριες τους φέρνουν ρουχαλάκια από τα σπίτια τους, από τα δικά τους παιδιά.

Όταν μεγαλώσουν και δε μπορούν να τρέφονται μόνο με γάλα, παρακαλούνται οι εταιρείες για να στείλουν κρέμες και άλλες τροφές.

Και κάθε νοσηλεύτρια αγοράζει ότι μπορεί. Οι προμήθειες του νοσοκομείου δε προβλέπουν τέτοια είδη. Και για αυτό ελπίζουν στις προσφορές των εταιρειών και στην ανθρωπιά των νοσοκόμων. (Τριανταφύλλου 2001).

Χαρακτηριστικό περιστατικό ένα νεογέννητο κοριτσάκι που βρέθηκε όπως αναφέρει, η εφημερίδα, χθες το απόγευμα εγκαταλελειμμένο και τρομαγμένο πίσω από το σιδηροδρομικό σταθμό της Αμαλιάδας. Ο υπάλληλος του ΟΣΕ, ξαφνιασμένος από το περιστατικό μετέφερε το βρέφος μέσα στο σταθμό και ο σταθμάρχης ειδοποίησε το αστυνομικό τμήμα, για να το παραλάβει και να προβεί στις απαραίτητες έρευνες για τον εντοπισμό των γονέων του.

Ύστερα από τρεις μέρες και εφόσον εντοπίστηκε η μητέρα δήλωσε: << Δε μπορώ να το μεγαλώσω μόνη μου, δεν έχω δουλειά, ζω με τους δυο αδερφούς μου, τη μητέρα μου και το μεγαλύτερο γιό μου σε λυόμενο. Δεν έχω λεφτά ούτε για δικηγόρο. Γέννησα μόνη μου στη Κυπαρισσία και σκέφτηκα να αφήσω κάπου σίγουρα το μωρό να το βρουν και να το μεγαλώσουν άλλοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα. Δε θέλω να το πάρω πίσω γιατί θα υποφέρει μαζί μας μέσα στη φτώχεια>>. (Πουλιάσης 2003).

Τώρα όσον αφορά την σεξουαλική κακοποίησης πρέπει η κάθε οικογένεια να μάθει το παιδί να αντιδρά με τα εξής:

- Από νωρίς να του μάθετε τον αριθμό του τηλεφώνου σας και τη διεύθυνσή σας
- Βοηθήστε το να καταλάβει ότι μπορείτε να συζητάτε για ότι του συμβαίνει ή για καθετί που το απασχολεί, είτε είναι καλό ή κακό
- Από μικρό, σταδιακά να του περάσετε το μήνυμα ότι δε θα επιτρέψει σε κανέναν να του αγγίξει το σώμα του εκτός από τη μαμά και το μπαμπά, αν είναι απαραίτητο να το φροντίσουν
- Πείτε του να λέει ΟΧΙ, αν κάποιος γνωστός ή άγνωστος θέλει να του δώσει κάποιο δώρο χωρίς να το γνωρίζετε εσείς ή χωρίς να είστε μπροστά
- Μάθετέ του ότι πρέπει να τρέξει ή να φωνάξει βοήθεια σε περίπτωση που κάποιος άγνωστος το κυνηγήσει ή το πλησιάσει και το αγγίξει
- Ακόμη κι αν του συμβεί κάτι που το έχει αναστατώσει, να το προτρέπετε να σας εμπιστευτεί χωρίς να φοβάται
- Να μάθει ότι δεν υπάρχουν μυστικά μέσα στην οικογένεια σας και μπορεί να σας λέει ότι του συμβαίνει. (Καππάτου 2003).

Όμως η παρενόχληση είναι ένα φαινόμενο που παίρνει διαστάσεις μεταφερόμενη και σε ηλεκτρονικό επίπεδο. Ομάδες που παρακολουθούν τους τρόπους χρήσης του διαδικτύου εκφράζουν ιδιαίτερη ανησυχία για

την <<on line κακοποίηση>>, που υφίστανται πολλά παιδιά κυρίως στην Αμερική: ανοίγοντας τον υπολογιστή τους βρίσκονται αντιμέτωπα με απειλητικά e-mail, ψεύτικες και προσβλητικές φήμες, ακόμη και προσωπικές τους φωτογραφίες εκτεθειμένες σε κοινή θέα στο internet.

Χρέος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι να αντιληφθούν την κακοποίηση, να προσέχουν ιδιαίτερα τη συμπεριφορά του παιδιού, η οποία είναι συγκεκριμένη. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί, είναι συνεχώς άρρωστο και πηγαίνει στο γιατρό μπορεί να θέλει να αποφύγει κάτι απλό, όπως το σχολείο ή να προσπαθεί να αποφύγει το γονιό του που το κακοποιεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Χρειάζεται στη βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση της γενικότερης ποιότητας ζωής μέσα από αναβαθμισμένα προγράμματα υγείας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, μειώνει τις κοινωνικές ανισότητες και προσφέρει ισότητα ευκαιριών σε όλο τον πληθυσμό. (Σταθόπουλος 1996).

Η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει ενέργειες στα εξής επίπεδα:

- Βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, ιδίως για τις νέες και φτωχές οικογένειες.
- Ευρεία εκπαίδευση και διαφώτιση, με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και της ψυχικής υγείας
- Αλλαγή των στάσεων σε θέματα ανατροφής των παιδιών, ιδίως στη χρήση σωματικής τιμωρίας
- Προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού
- Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες μητέρες, καλές συνθήκες τοκετού και συστηματική παρακολούθηση των νεογνών. Διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό μητέρας- παιδιού. Όπως η αύξηση του χρόνου άδειας της κύησης και τοκετού.

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, παιδιάτρων, παιδοψυχιάτρων και φυσικά της πολιτείας. (Τσιαντής 2000).



2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχο τον εντοπισμό οικογενειών και παιδιών που βρίσκονται σε ομάδες *υψηλού κινδύνου*. Η έγκαιρη εντόπιση εγκύων που ανήκουν σε τέτοιες ομάδες και η παρακολούθησή τους, καθώς και παιδιών που θα γεννηθούν, για ορισμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να προλάβει σοβαρά προβλήματα διαταραχής δεσμού ή γενικότερης διαταραχής στη γονική ικανότητα, που με ειδική παρέμβαση μπορούν να αποκατασταθούν. (Σταθόπουλος 1996).

Μερικά από τα προγράμματα της UNICEF, για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών είναι τα ακόλουθα:

- **Κέννα και Ουγκάντα:** Παρέχει τεχνική υποστήριξη και εκπαίδευση σε εθνικής εμβέλειας ραδιοφωνικό πρόγραμμα και εφημερίδα, μέσω των οποίων νέοι δίνουν συμβουλές και μηνύματα στους συνομηλίκους τους, συμπεριλαμβανομένων και των μελών άνω των 1000 συλλόγων πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης και του AIDS.
- **Ναμίμπια:** Σε συνεργασία με την κυβέρνηση εφάρμοσε το 1997 το πρόγραμμα επιμόρφωσης <<Το Μέλλον μου- η Επιλογή μου>>, για νέους 15-18 ετών.
- **Ζάμπια:** η UNICEF υποστηρίζει την λειτουργία κλινικών όπου παρέχεται ενημέρωση και συμβουλευτική υποστήριξη από ειδικά εκπαιδευμένους νέους.
- **Ταϊλάνδη:** Στην Ταϊλάνδη, η οποία παρουσιάζει μια από τις μεγαλύτερες επιδημίες στην Ασία, δημιουργήθηκαν κοινοτικά σχολεία, φιλικά προς τα παιδιά, για να προωθήσουν την υγεία, την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και την προσαρμογή των παιδιών, που κακοποιούνται σεξουαλικά. (http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITES/kako_paidia.htm-2007).

Τέλος στο δεύτερο επίπεδο πρόληψης πρέπει να πραγματοποιθούν τα εξής :

- § Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών που ασχολούνται με παιδιά (εκπαιδευτικοί, παιδίατροι, νοσηλευτές κα) στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή για βοήθεια των παιδιών και οικογενειών *υψηλού κινδύνου*.
- § Τροποποίηση της υπάρχουσας νομοθεσίας προκειμένου:
 - 1) να ενισχυθεί η υποχρεωτική αναφορά περιστατικών κακοποίησης στις αρχές και
 - 2) να επιλύονται οι υποθέσεις κακοποίησης και γονικής επιμέλειας έγκαιρα από αρμόδιο οικογενειακό δικαστήριο
- § Ανάπτυξη κατάλληλων εναλλακτικών δομών φιλοξενίας του παιδιού όταν απομακρύνεται από τους βίαιους γονείς (π.χ. θετές

οικογένειες, στέγες νέων, κατάλληλα θεραπευτικά κέντρα/κοινότητες, κλπ). (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε. 1998).

3. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ασχολείται με τα παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί από τις οικογένειές τους, με στόχο να μην ξανακακοποιηθεί το συγκεκριμένο παιδί και τ' αδέρφια του, που ήδη υπάρχουν ή θα γεννηθούν. (Σταθόπουλος 1996). Αυτή περιλαμβάνει:

- 1) Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες.
- 2) Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι. (The open university 1985).
- 3) Βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας.
- 4) Ψυχοθεραπεία του παιδιού, όπου υπάρχουν ενδείξεις.
- 5) Αν είναι αναγκαίο, αφαίρεση έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς. (Τσιαντής 2000).
- 6) Συμβουλευτική στήριξη-ψυχοθεραπεία γονέων.
- 7) Ψυχοθεραπευτική βοήθεια του παιδιού.
- 8) Ψυχοδιαγνωστική εκτίμηση παιδιού και γονέων για την πιθανότητα ύπαρξης ψυχολογικών ή άλλων αναπτυξιακών (για το παιδί), δυσκολιών που χρειάζονται βοήθεια. Σε περιπτώσεις σοβαρής κακοποίησης έχουν παρατηρηθεί και *ψυχωτικές* αντιδράσεις, όπου χάνεται ή περιορίζεται προσωρινά η επαφή του παιδιού με την πραγματικότητα και τους άλλους γύρω του.

Στις περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, η πιθανότητα να κακοποιηθεί εκ νέου το παιδί φτάνει στο 60%, αν δεν μεσολαβήσει θεραπευτική παρέμβαση των γονέων, ενώ ο κίνδυνος κακοποίησης αδελφών του θύματος φτάνει και το 70%. Γι' αυτό, χρειάζονται παρεμβάσεις που εστιάζονται στη φροντίδα και θεραπεία τόσο του θύματος, όσο και της οικογένειάς του, αλλά και στην αποτροπή της επανάληψης της κακοποίησης.

Όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης πρέπει να ενημερώνονται οι αρμόδιες αρχές (εισαγγελέας, αστυνομία) και να εισάγεται το παιδί στο νοσοκομείο προκειμένου, κατ' αρχήν, να προστατευθεί η ζωή του θύματος, όσο και της οικογένειάς του, αλλά και στην αποτροπή της επανάληψης της κακοποίησης.

Διευθετούνται νομικά ζητήματα, όπως αφαίρεση της επιμέλειας από τους γονείς, εάν ενδείκνυται, προκειμένου να είναι ασφαλές το παιδί. Αυτό χρειάζεται μέχρι οι γονείς (μέσω υποστηρικτικών προγραμμάτων) να καταστούν ικανότεροι να ανταποκριθούν σωστά στις υποχρεώσεις τους στο παιδί. Σημαντικότερο όλων όμως είναι να αναπτυχθούν οι

ενέργειες και τα προγράμματα που προλαμβάνουν το φαινόμενο πριν την εκδήλωσή του , όπως προαναφέραμε στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1998).

Στη χώρα μας δεν υπάρχει ούτε ένας φορέας του επίσημου κοινωνικού ελέγχου που να ασχολείται ad hoc με παιδιά-θύματα κακοποίησης ή την ενδοοικογενειακή βία, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. (Τριανταφύλλου 2001).

Ευτυχώς οι περισσότεροι από τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν είναι παρανοϊκοί ή ψυχοπαθείς και μπορούν να ωφεληθούν πάρα πολύ από μια συνεχή σχέση με έναν μη επαγγελματία θεραπευτή. Μολονότι στις περισσότερες οικογένειες τα αποτελέσματα μπορούν να είναι άριστα, ανεξάρτητα από το αν ο θεραπευτής είναι ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, παθολόγος, παιδίατρος ή νοσοκόμος, τα προσόντα που πρέπει να έχει ένα άτομο προκειμένου να λειτουργήσει ως θεραπευτής δεν συνδέονται άμεσα με μια συγκεκριμένη ειδικότητα ή εκπαίδευση.

Ιδανικός θεραπευτής θεωρείται εκείνος που είναι έτοιμος να αναμειχθεί σημαντικά και αποφασιστικά στη ζωή των γονέων και του κακοποιημένου παιδιού και αυτό επιτυγχάνεται με επισκέψεις του , στο σπίτι των γονέων μία ή δυο φορές την εβδομάδα. Η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο θεραπευτής ακούει, επιδοκιμάζει χωρίς να ασκεί κριτική. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι διαθέσιμος, συνήθως από το τηλέφωνο, τα βράδια και τα Σαββατοκύριακα και, όταν αυτό δεν είναι δυνατό, πρέπει να υπάρχει κάποιο άλλο άτομο έτοιμο να το αντικαταστήσει. Με άλλα λόγια δημιουργείται μια σανίδα σωτηρίας ή επιχείρηση διάσωσης για στιγμές κρίσης. (The open university 1985).

Όπως έχει αναφερθεί είναι σημαντικό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να είναι σε θέση να αντιληφθεί την κακοποίηση. Από την εκπαίδευση και την εμπειρία τους οι νοσοκόμες των δημοσίων φορέων υγείας γίνονται αμέσως δεκτές στα σπίτια των οικογενειών και αποτελούν πηγή συμβουλών για πολλούς τομείς της υγειονομικής φροντίδας. Ορισμένες νοσοκόμες των φορέων αυτών είναι ιδιαίτερα επιτήδειες στη φροντίδα γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους. Οι νοσοκόμες συνήθως εκπαιδεύονται ώστε να παρέχουν πρακτικές συμβουλές και να κατευθύνουν την προσοχή του παιδιού.

Πρέπει να τονιστεί ότι η δουλειά της επισκέπτριας αδελφής δεν είναι δουλειά *επιθεωρητή* ούτε *επόπτη*. Η θεραπευτική αγωγή μιας οικογένειας που τα παιδιά κακοποιούνται περιλαμβάνει μια εμπειρία **μητρικής στοργής**, την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς ένα άλλο άτομο και τη μη σταδιακή βελτίωση της εικόνας που έχουν οι γονείς για τα παιδιά τους. Με τον καιρό οι επισκέψεις μπορούν να αραιώσουν, δεν πρέπει όμως να διακοπούν τελείως και η επαφή πρέπει ουσιαστικά να διατηρείται, ώσπου το παιδί δε θα διατρέχει πλέον κανένα κίνδυνο. (The open university 1985)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Στην αγγλική βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σχεδόν καθημερινά μεταφέρονται ή προσέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών βρέφη, νήπια και παιδιά που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία ο αριθμός των κακοποιημένων παιδιών στην Αγγλία ανέρχεται σε περίπου 35.000. Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης ανηλίκων, λόγω της συχνότητάς του και της σοβαρότητας του, είναι σημαντικό και θα πρέπει να απασχολεί, να ανησυχεί όλους τους επαγγελματίες που εργάζονται στα ΤΕΠ και κυρίως τους νοσηλευτές, οι οποίοι πρέπει ανά πάσα στιγμή να βρίσκονται σε εγρήγορση.

Καμία περίπτωση παιδικής κακοποίησης δεν πρέπει να διαφεύγει από κανένα ΤΕΠ, ώστε να κινητοποιείται άμεσα ο κατάλληλος μηχανισμός και να μην επαναλαμβάνεται στο μέλλον. Σε περίπτωση εμφάνισης παιδιών(ή νεογνών και βρεφών) στο ΤΕΠ για τα οποία υπάρχει υποψία κακοποίησης ειδικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται με βάση το ισχύον κάθε φορά νομοθετικό πλαίσιο. (Λάμπρου 2005).

Η διακήρυξη της ΟΥΝΕΣΚΟ για τα δικαιώματα του παιδιού αναφέρει:

- Ø Το παιδί πρέπει να απολαμβάνει όλα τα δικαιώματά του.
- Ø Πρέπει να παρέχεται ειδική προστασία από το νόμο όσο και από άλλα μέσα, που εξασφαλίζουν ελευθερία και αξιοπρέπεια.
- Ø Το παιδί να έχει όνομα και μια εθνικότητα μόλις γεννηθεί.
- Ø Το παιδί πρέπει να συμπεριληφθεί στην κοινωνική ασφάλιση και να είναι σε θέση να μεγαλώσει και να αναπτυχθεί σωστά.
- Ø Το παιδί που βρίσκεται σε μειονεκτική θέση από σωματική, διανοητική και κοινωνική πλευρά, να παρέχονται θεραπευτικές δυνατότητες.
- Ø Η εκπαίδευση πρέπει να παρέχεται δωρεάν.
- Ø Το παιδί είναι το πρώτο που θα δεχθεί προστασία από τους ανθρώπους.
- Ø Δεν πρέπει να παραμελείτε από τους γονείς του ούτε να εργάζεται σε μικρή ηλικία. (http://www.8gymnasio.gr /ACTIVITES /kako_paidia.htm 2007).

Οι κανονισμοί και προστασία της UNICEF είναι η εξής:

Δικαιώματα επιβίωσης: Καλύπτουν το δικαίωμα του παιδιού για ζωή και τις ανάγκες που είναι πιο βασικές για την ύπαρξή του. Αυτά συμπεριλαμβάνουν ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης, στέγης, διατροφής και πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες.

Δικαιώματα προστασίας: Απαιτούν τα παιδιά να προφυλλάσσονται από κάθε είδους κακοποίηση, αμέλεια και εκμετάλλευση. Καλύπτουν θέματα

όπως ειδική φροντίδα για προσφυγόπουλα, βασανιστήρια, κακοποίηση στο σωφρονιστικό σύστημα, ανάμειξη σε εμπόλεμες διαμάχες, εργασία ανηλίκων, χρήση ναρκωτικών και σεξουαλική εκμετάλλευση.

Πρέπει να διαμορφωθεί μια κοινωνία ελεύθερη από τη βία και τις διακρίσεις σε όλα τα επίπεδα που εκτιμά τη ζωή και τη συνεισφορά παιδιών και των γυναικών. Η φροντίδα για τα μικρά παιδιά είναι πολύ αναγκαία εκεί ακριβώς που είναι πολύ δύσκολο να εξασφαλιστεί- σε χώρες βυθισμένες σε ατέρμονη φτώχεια, στη βία και σε καταστροφικές επιδημίες. (<http://health.in.gr> 2006)

Σύμφωνα με το Children Act στο Ηνωμένο Βασίλειο, όταν ο υπεύθυνος γιατρός ή νοσηλευτής του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών κρίνει ότι ένα παιδί έχει ικανοποιητικό επίπεδο αντίληψης και επικοινωνίας για να δώσει συγκατάθεση για τη θεραπεία του, τότε αυτή είναι απαραίτητη. Διαφορετικά ζητείται η συγκατάθεση του γονέως ή του κηδεμόνα.

Επίσης σύμφωνα με συγκεκριμένα άρθρα του ίδιου νομοθετήματος έχουν τεθεί οι ακόλουθες προβλέψεις:

- Νομική εξουσιοδότηση για διεξαγωγή ολοκληρωμένης έρευνας επί υποψίας κακοποίησης ανηλίκου.
- Προσωρινή αφαίρεση κηδεμονίας γονέων, μέχρι να διαλευκανθεί μια υπόθεση και ανάθεση ανατροφής του ανηλίκου σε αρμόδιες υπηρεσίες.
- Εξουσιοδότηση της αστυνομίας για προστασία του ανήλικου από άτομα που ίσως επιχειρήσουν να εμποδίσουν την νοσηλεία και να το απομακρύνουν από το νοσοκομείο ή για ασφαλή μεταφορά του σε άλλο νοσηλευτικό κέντρο όταν απαιτείται.

Στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, από την άλλη πλευρά, από το 1984 λειτουργεί Μονάδα Κρίσης για κακοποιημένα παιδιά και παραμελημένα νήπια και βρέφη, που είναι αποτέλεσμα της κοινής προσπάθειας του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας και του Ινστιτούτου Υγείας Του Παιδιού.

Ως προς τη νομοθεσία, αν και αυτή δε προσφέρει τη λύση στο πρόβλημα, θεωρούμε ότι μπορεί να παρέχει το ασφαλές εκείνο πλαίσιο μέσα στο οποίο η θεραπεία, η πρόληψη και η προστασία γίνονται εφικτές για όλους. Συγκεκριμένα ο ποινικός κώδικας στην Ελλάδα αναγορεύει σε ιδιώνυμο αδίκημα τη σωματική βλάβη κατά των ανηλίκων και προβλέπει τρόπους για την προσωρινή ή μόνιμη αφαίρεση της γονικής μέριμνας όταν αναδειχθεί ότι συντρέχουν σοβαροί λόγοι για κάτι τέτοιο.

Ωστόσο, στην πορεία από το ΤΕΠ μέχρι τη δικαστική οδό θα πρέπει ο αρμόδιος εισαγγελέας να βοηθιέται στο έργο του από ειδική κοινωνική υπηρεσία, η οποία θα πρέπει να γνωματεύει σε ποιες περιπτώσεις πρέπει όντως να κινηθεί διαδικασία της αφαίρεσης της γονικής μέριμνας και σε ποιες όχι.

Επίσης, ο ρόλος της αστυνομίας θα πρέπει να διευκρινίζεται νομοθετικά, με γνώμονα το συμφέρον και την προστασία του κακοποιημένου παιδιού αφ' ενός και τη διευκόλυνση του έργου του υγειονομικού προσωπικού αφ' ετέρου. (Λάμπρου 2005).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΣΚΟΠΟΙ

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας(Π.Ο.Υ) <<Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλά η έλλειψη κάποιας νόσου ή αναπηρίας>>.

Η υγεία είναι ένα δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο και ο άνθρωπος μια βιο - ψυχο-κοινωνική οντότητα. Σπάνια η υγεία ενός ατόμου διαταράσσεται από στιγμή σε στιγμή. Υπάρχουν ενδείξεις προβλημάτων υγείας, που καταλήγουν σε μια προοδευτική εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ακόμη ούτε η υγεία επανακτάται από στιγμή σε στιγμή. (Σαββοπούλου 2002).

Όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση και εφόσον αυτή διώκεται ποινικά από το θύμα, αντίθετα με την μεταχείριση των άλλων θυμάτων, το σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης συνεχίζει να τραυματίζει το θύμα του βιασμού κατά τη διάρκεια της ποινικής διαδικασίας. Πράγματι, η ποινική δίωξη των υποθέσεων βιασμού έχει χαρακτηριστεί ως **δεύτερη επίθεση**, αφού το θύμα είναι διπλά τραυματισμένο, μια φορά από το δράστη και μια από τις επίσημες αρχές δίωξης και καταστολής του εγκλήματος. (Τσιαγκής 1996).

Ο βιασμός που είναι ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της παιδικής κακοποίησης, συνεχίζει να αποτελεί ταμπού για την ελληνική κοινωνία, η οποία φαίνεται να προτιμά την αποσιώπησή του από τη δημοσιοποίησή του, που επιφέρει το διασυρμό. Κατά συνέπεια τα θύματα δεν καταγγέλλουν το δράστη. Σε αυτό συντελούν η δομή της ελληνικής οικογένειας, η λανθάνουσα αντίληψη περί του απαραβίαστου του κοινωνικού ασύλου, αλλά και το στίγμα του θύματος βιασμού που ακολουθεί το παιδί σε όλη του τη ζωή. (<http://health.in.gr> 2006).

Γενικά η προστασία του παιδιού προβλήθηκε ως μια κοινωνική ανάγκη από τους πιο γνωστούς διεθνείς οργανισμούς:

- § Το 1959 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών προβαίνει σε μια Διακήρυξη Των Δικαιωμάτων Του Παιδιού και προβλέπει ένα νομοθετικό πια καθεστώς προστασίας από κάθε μορφή εκμετάλλευσης ή παραμέλησης.
- § Το 1989 η Σύμβαση για τα Δικαιώματα Του Παιδιού και πιο συγκεκριμένα τα άρθρα 19 και 34, τα οποία αφορούν αντίστοιχα την προστασία του παιδιού από κάθε μορφή βίας γενικά και ειδικά από τη σεξουαλική βία.
- § Τέλος στα πλαίσια του Παγκόσμιου Συνεδρίου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στην Αβάνα τον Σεπτέμβριο του 1990, διατυπώνονται οι Συστάσεις της Γενικής Γραμματείας του Οργανισμού με την ονομασία **Αρχές του Riyard**, οι οποίες

αφορούν άμεσα την πρόληψη της κακοποίησης και της οικογενειακής βίας.

Η χώρα μας ωστόσο δεν ακολούθησε τις διεθνείς εξελίξεις γύρω από το θέμα, παρόλο που γνωρίζουμε πια ότι τα φαινόμενα της οικογενειακής βίας και της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών έχουν πάρει σοβαρές διαστάσεις και στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. ([http://web.auth.gr/virtyal_school/1.1Theory Research/ Congress Papanikolaou.html](http://web.auth.gr/virtyal_school/1.1Theory_Research/Congress_Papanikolaou.html) 2006).

Όσον αφορά τη σωματική κακοποίηση, το θεραπευτικό πρόγραμμα από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση είναι το εξής:

1. Το παιδί εισάγεται στο νοσοκομείο
2. Απομακρύνεται προσωρινά από τους γονείς για προστασία
3. Αρχίζουμε ένα πρόγραμμα με θεραπεία *μητρότητας*, για να εξασφαλίσουμε την ασφαλή επιστροφή του παιδιού στο σπίτι
4. Το παιδί επιστρέφει σταδιακά στο σπίτι ή σε οικογένεια που αναλαμβάνει τη φροντίδα του. (Ραγιά 1993).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Το ακριβές ιστορικό είναι ζωτικής σημασίας και όσο αυτό είναι δυνατό πρέπει να λαμβάνεται αμέσως από πλήρες εκπαιδευμένο προσωπικό, μαζί με την απαραίτητη πλήρη ιατρική εξέταση.

Η πλήρης εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ουλές από παλαιότερους τραυματισμούς. Μερικές φορές η εξέταση του σκελετού αποκαλύπτει πολλαπλά παλαιά ιαθέντα κατάγματα και υποπεριοριστική δημιουργία νέου οστού. Μικρές στρογγυλές βλάβες μπορεί να είναι εγκαύματα από τσιγάρο αντί για έρπη ή ερύθημα. (Candy-Davies-Ross 2001).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουμε και μέσω θεσμικών προγραμματισμών όπως:

- § με την καθιέρωση συμβουλευτικών κέντρων γονιών και παιδιών
- § με προγράμματα προετοιμασίας για το γονικό ρόλο που απευθύνονται σε διάφορες ηλικίες
- § με τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας για παιδιά.

Εφόσον υπάρχουν σοβαρές υπόνοιες ότι το παιδί κακοποιείται, είναι επιτακτική ανάγκη να ειδοποιηθούν αμέσως οι κοινωνικές υπηρεσίες. Συνήθως οι τοπικές αρχές έχουν μια τηλεφωνική γραμμή ανοικτή μέρα-νύχτα για την καταγγελία τέτοιων περιστατικών. Με την ειδοποίηση ο κοινωνικός λειτουργός είναι υποχρεωμένος να συλλέξει πληροφορίες.

Ίσως χρειαστεί να συγκληθεί ένα συμβούλιο όσο πιο σύντομα γίνεται, με όλους όσους ασχολούνται με το παιδί επαγγελματικά ή από ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Στα πλαίσια αυτού του συμβουλίου, ίσως απαιτηθεί ένα πλήρες συμβούλιο του περιστατικού στο οποίο θα παραστούν όλοι οι επαγγελματίες οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με το παιδί, δηλαδή ιατροί, νοσοκόμες, θεραπευτές, επισκέπτες υγείας, δάσκαλοι κα. Τον τελευταίο καιρό έχουν αρχίσει να καλούνται γονείς σε τέτοια συμβούλια. Αυτές οι συναντήσεις είναι γεμάτες από πιθανά προβλήματα και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται εκπαίδευση σχετική με το ρόλο τους σε τέτοιες συναντήσεις. (Candy- Davies- Ross 2001).

ΣΚΟΠΟΙ

Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι οι εξής:

1. Να γυρίσει τελικά το παιδί σπίτι του
2. Να μην τραυματιστεί άλλη φορά
3. Να αναγνωριστεί ως άτομο και να χαίρονται κάπως οι γονείς γι' αυτό
4. Να είναι αρκετά καλά η οικογένεια, ώστε να μπορεί να καταλαβαίνει πότε επίκειται κρίση
5. Να απευθύνονται οι γονείς για βοήθεια και φιλία σε άλλα άτομα της κοινότητας και να είναι ικανοί να την προσφέρουν οι ίδιοι
6. Να ωριμάσουν και σταδιακά να παραιτηθούν από τη σημαντική εξάρτησή τους από τον αρχικό θεραπευτή. (The Open University 1985).
7. Δημιουργία ευκαιριών όπου το παιδί και οι γονείς να έχουν θετική, επιτυχημένη επικοινωνία
8. Προστασία του παιδιού να μην προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του ή σε άλλους
9. Βοήθεια των γονέων να μάθουν αποτελεσματικές παιδαγωγικές παρεμβάσεις με τις ανάλογες αρχές που τις υπογραμμίζουν
10. Βοήθεια του παιδιού να αναπτύξει θερμές σχέσεις, συναισθηματικές, με άλλους
11. Προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του (Ραγιά 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η αποκατάσταση στα κακοποιημένα παιδιά έγκειται στα εξής προβλήματα:

1. Μειωμένη ικανότητα για απόλαυση της ζωής
2. Ψυχιατρικά συμπτώματα(π.χ. ενούρηση, παροξυσμούς νεύρων, υπερδραστηριότητα, παράδοξη συμπεριφορά)
3. Αυτοσεβασμό κάτω του μετρίου
4. Προβλήματα μάθησης στο σχολείο
5. Απόσυρση
6. Εναντίωση
7. Υπερεγρήγορη
8. Καταπιεστική παρορμητικότητα
9. Ψευδο- ώριμη συμπεριφορά (The Open University 1985)

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η σοβαρότητά τους δεν εξαρτώνται από τον τύπο της φυσικής βίας. Το ψυχικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά από το περιβάλλον κακοποίησης είναι τόσο έντονο, ώστε να οδηγεί στη δημιουργία αυτών των χαρακτηριστικών, με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι να τα απορρίπτουν. (Διονυσόπουλος 2004).

Το ψυχικά διαταραγμένο παιδί παρουσιάζει ανεπάρκεια και παθολογικές αντιδράσεις σχετικά με τις ικανότητες που αναμένονται απ' αυτό για την ηλικία του, δηλαδή τη λογική και ακριβή αντίληψη του γύρω κόσμου, τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη μάθηση. (Ραγιά 1993).

Στις βαθμίδες προσχολικής και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν υπάρχει ούτε ειδική εκπαίδευση των παιδαγωγών ούτε βεβαίως επαγγελματίες, όπως παιδοψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κα, που θα μπορούσαν να διαγνώσουν και να χειριστούν ένα περιστατικό κακοποίησης που συχνά είναι εμφανές στο πλαίσιο της σχολικής τάξης. Ακόμη και στην περίπτωση που διαγνωστεί το περιστατικό, δεν είναι θεσμικά κατοχυρωμένη η λειτουργική σχέση του σχολείου με τις κοινωνικές υπηρεσίες του δήμου, ώστε να παραπέμπονται τα περιστατικά και να τυγχάνουν κατάλληλης μεταχείρισης και αντιμετώπισης. (Τριανταφύλλου 2001)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο νοσηλευτής εργάζεται σύμφωνα με τα παρακάτω:

- Παρεμβαίνει με οδηγό το σχέδιο φροντίδας και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό τη βελτίωση, διατήρηση ή αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την αποκατάσταση πορείας σε παιδιά και εφήβους.
- Δημιουργεί, οργανώνει και διατηρεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον σε συνεργασία με το παιδί ή τον έφηβο, την οικογένεια ή άλλους συνεργάτες.
- Χρησιμοποιεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με σκοπό να ενισχύσει τη σωματική και ψυχική ευεξία του παιδιού ή εφήβου και της οικογένειας.
- Χρησιμοποιεί ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές για να βοηθήσει τα παιδιά ή τους εφήβους και τις οικογένειες τους να αναπτύξουν, βελτιώσουν ή επανακτήσουν την προσαρμοστική τους λειτουργικότητα, να προωθήσει την υγεία, να προλάβει την αρρώστια και να διευκολύνει την αποκατάσταση.
- Ο ειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας με κλινική εξειδικευμένη νομικά κατοχυρωμένη ιδιότητα, λειτουργεί ως ψυχοθεραπευτής, για το παιδί ή τον έφηβο και την οικογένεια.
- Βοηθεί το παιδί ή τον έφηβο και την οικογένεια να επιτύχουν πιο ικανοποιητικούς και παραγωγικούς τρόπους ζωής με στρατηγικές ψυχοπαιδαγωγικής και καθοδηγητικής. (Ραγιά 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Όπως είδαμε το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών είναι τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα με πολύπλευρες διαστάσεις.

Κάθε κοινότητα, κάθε δήμος πρέπει να αφυπνιστεί, να ενεργοποιηθεί και να ληφθούν από κοινού μέτρα εφόσον τα παιδιά είναι το μέλλον κάθε κοινωνίας και η υγιής συναισθηματική και σωματική τους ανάπτυξη προδιαγράφει ενήλικες χρήσιμους για την οικογένειά τους και τον τόπο τους.

Κάθε κακοποιημένο παιδί είναι μια ανοιχτή πληγή...Ως άνθρωποι αλλά και ως αυριανοί επαγγελματίες νοσηλευτές υγείας, από αυτή την εργασία ένα πρέπει να συγκρατήσει το μυαλό και η ψυχή μας: ότι η βία γεννά πάντα βία, ότι το ξύλο ούτε βγήκε ούτε οδηγεί στον παράδεισο.

Ας δώσουμε λοιπόν όλοι μας μια σανίδα σωτηρίας σε όλα εκείνα τα παιδιά που κακοποιήθηκαν ή κακοποιούνται στο διπλανό σπίτι, στο δρόμο που διασχίζουμε ανέμελοι, στην απέναντι γειτονιά, με την ανθρωπιά και τις γνώσεις μας και ας μη λησμονούμε ότι ένα παιδικό χαμόγελο αξίζει όσο χίλιες λέξεις.....



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Κύριο επίκεντρο της νοσηλευτικής έρευνας είναι η συνεχής βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής προς όφελος των αρρώστων/πελατών, οικογενειών, κοινοτήτων, αλλά και των ιδίων των νοσηλευτών. (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω ορισμό αλλά και όσα λεχθήκαν στο θεωρητικό πλαίσιο για τις διαστάσεις του φαινομένου της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών η έρευνα πάνω στο θέμα αυτό χρήζεται απαραίτητη προκειμένου να ανιχνευθεί η ρίζα του προβλήματος, οι αιτίες εξάπλωσής του και να προταθούν λύσεις ώστε να βελτιωθεί η ζωή όλου του κοινού και να βοηθηθούν οι οικογένειες που πασχίζουν από αυτό.

A. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Να ελαχιστοποιηθεί το φαινόμενο της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών.

B. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Να καταγραφούν οι σπουδαιότεροι παράγοντες που οδηγούν στην έξαρση του φαινομένου της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών.
2. Να αναζητηθούν και να καταγραφούν τα κλινικά συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά-θύματα της εγκατάλειψης και κακοποίησης.
3. Να γνωστοποιηθούν οι φορείς που αναλαμβάνουν τα θύματα και τη φροντίδα τους κατόπιν της διαγνώσεως του φαινομένου.

Γ. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα- άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής:

- βαθμός γνώσης των εργαζομένων πάνω στο θέμα της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών.
- βαθμός γνώσης των εργαζομένων στον πρωτογενή τομέα πρόληψης.
- η γνώμη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τα υπάρχοντα μέτρα αντιμετώπισης των κακοποιημένων παιδιών.
- η γνώμη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την αξιοποίηση των θεραπευτικών προγραμμάτων πάνω στο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το θέμα της έρευνας, ο βαθμός συγκεκριμενοποίησής του, η δυνατότητα διαμόρφωσης δειγματοληπτικού πλαισίου και το ύψος της οικονομικής στήριξης που παρέχεται, είναι στοιχεία που λαμβάνονται υπόψη όταν αποφασίζετε η μέθοδος για την επιλογή του δείγματος.

Ο τρόπος με τον οποίο επιλέγεται είναι καθοριστικής σημασίας για τη χρησιμότητα και τη γενικότερη σημασία των αποτελεσμάτων. (Κυριαζή 1994).

Από τα βασικά ερωτήματα που προαναφέραμε, από την αξιοποίηση της σχετικής βιβλιογραφίας, από τη προβληματική που προκύπτει από τα αναφερόμενα στο θεωρητικό πλαίσιο, από τη προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα από τις σχετικές συζητήσεις σε προ-ερευνητικό επίπεδο με αρμόδιους φορείς προκύπτουν τα εξής: η ψυχοκοινωνική προσέγγιση του παιδιού με ποσοτική έρευνα και χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου. (Cohen- Manion 1997).

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών, συνήθως υπό συνθήκες αξιοσημείωτου ελέγχου, και την ανάλυση αυτών των πληροφοριών με χρήση στατιστικών δεδομένων. Η ποσοτική έρευνα, που συχνά αναφέρεται ως σκληρή επιστήμη, δίνει έμφαση στον αφαιρετικό συλλογισμό, στους κανόνες λογικής και σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης εμπειρίας. Έτσι η ποσοτική έρευνα έχει τις ρίζες της στο λογικό θετικισμό.

Γενικά, η έρευνα που χρησιμοποιεί την ποσοτική προσέγγιση, την οποία θα εφαρμόσω και εγώ στην ερευνά μου παρουσιάζει τα εξής:

- Εστιάζεται σε σχετικά μικρό αριθμό συγκεκριμένων εννοιών
- Αρχίζει με προδιαμορφωμένες ιδέες για το πώς διασχετίζονται οι έννοιες
- Χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και τυποποιημένα όργανα για συλλογή πληροφοριών
- Δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα κατά τη συλλογή και ανάλυση των πληροφοριών
- Αναλύει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών. (Σαχίνη – Καρδάση 1997).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: Η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και, συνεπώς, η συγκρισιμότητα, η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται καθιστούν το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες.

Η συσχέτιση μεταβλητών που αποτελεί το καθιερωμένο μοντέλο ανάλυσης για τη διαπίστωση εμπειρικών τάσεων και ομοιομορφιών, ταυτίζεται σχεδόν αποκλειστικά με το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο και την τυποποιημένη συνέντευξη. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων μετατρέπονται σε δείκτες των υπό έρευνα κοινωνικών φαινομένων, με σκοπό τη στατιστική τους επεξεργασία και την κατάδειξη εμπειρικών γενικεύσεων.

Η έμφαση όμως στην αντικειμενικότητα και στην τυποποίηση των στοιχείων έχει ως αποτέλεσμα, να επιβάλλει η ίδια η μέθοδος νέα μορφή στα στοιχεία, συμβατή με το μοντέλο ανάλυσης. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον ερωτώμενο είτε από το συνεντευκτή(σε τηλεφωνική/ προσωπική συνέντευξη). (Κυριαζή 1994).

Στην έρευνά μας θα δοθούν ερωτηματολόγια τα οποία θα συμπληρώσει ο ερωτώμενος μόνος, δίχως να παρευρίσκεται ο συνεντευκτής για εφαρμογή της μέγιστης αξιοπιστίας και εγκυρότητας των απαντήσεων.

Εργαλεία έρευνας: Τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν στην ακόλουθη έρευνα θα είναι ερωτηματολόγιο με 7 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα εργαλείο μέτρησης πρέπει να είναι έγκυρο και αξιόπιστο, έννοιες που θα οριστούν παρακάτω. Αν ένα εργαλείο μέτρησης δεν είναι έγκυρο τότε δεν είναι και αξιόπιστο. Από την άλλη πλευρά, η αξιοπιστία δεν συνεπάγεται και την εγκυρότητα, καθότι μπορεί το εργαλείο να διακατέχεται από σταθερότητα και συνοχή, αλλά να μην αντιπροσωπεύει το χαρακτηριστικό για το οποίο κατασκευάστηκε. (Κυριαζή 1994).

Κλίμακα Laiker(Λίκερτ): Αποτελεί την πιο διαδεδομένη κλίμακα στην κοινωνική έρευνα, προφανώς διότι είναι συγκριτικά πιο εύκολη στην κατασκευή και την εφαρμογή της. Με στόχο την μέτρηση τάσεων ή απόψεων, ο Rensis Likert, προτείνει μια απλή τεχνική διά της οποίας οι ερωτώμενοι καλούνται να τοποθετηθούν στο βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν σχετικά με μια σειρά θέματα που αντιπροσωπεύουν ένα γενικότερο φαινόμενο. Οι δυνατές απαντήσεις που συνοδεύουν τα θέματα έχουν σταθερή μορφή- είναι συνήθως πέντε, παρότι σε κάποιες εφαρμογές παρατηρείται η αφαίρεση της ενδιάμεσης, ουδέτερης άποψης, ενώ σε άλλες προστίθενται κατηγορίες για πιο λεπτομερείς διαφοροποιήσεις των ερωτωμένων. (Κυριαζή 1994).

Αξιοπιστία: Η αξιοπιστία της μέτρησης αφορά τη σταθερότητα του αποτελέσματος σε επαναληπτικές μετρήσεις υπό παρόμοιες συνθήκες. Γενικώς, ένα εργαλείο μέτρησης είναι αξιόπιστο, εφόσον τα αποτελέσματα είναι σταθερά σε επαναληπτικούς ελέγχους.(Κυριαζή 1994).

Ο ερευνητής συμπεριλαμβάνει όλα τα δεδομένα, ακόμα και εκείνα που δεν είναι υποστηρικτά. Έχει συνείδηση των προσωπικών του αξιών και προκαταλήψεων και δεν προκρίνει το αποτέλεσμα μιας μελέτης ούτε

εμπλέκεται σε οποιαδήποτε κακή διαχείριση, απάτη ή πράξεις κακής πίστης σε σχέση με την έρευνα. (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Πέρα από το στοιχείο της σταθερότητας, η αξιοπιστία αξιολογείται και με βάση την ισοδυναμία που επιδεικνύουν οι θέσεις των ερωτώμενων σε διαφορετικά εργαλεία μέτρησης του υπό έρευνα χαρακτηριστικού, καθώς και με την ομοιογένεια των απαντήσεών τους σε διαφορετικές ερωτήσεις/ μονάδες μέτρησης.

Ανεξάρτητα από τη μέθοδο που εφαρμόζεται και το στοιχείο στο οποίο επικεντρώνεται, ο έλεγχος της αξιοπιστίας στηρίζεται, όπως περιγράφεται στη συνέχεια, στη στατιστική συσχέτιση διαφορετικών σειρών αποτελεσμάτων, είτε αυτά προέρχονται από το ίδιο εργαλείο μέτρησης σε διαφορετικές στιγμές είτε από διαφορετικά εργαλεία μέτρησης του ίδιου χαρακτηριστικού ή από διάφορες μονάδες μέτρησης του ίδιου εργαλείου

Εγκυρότητα: ένα εργαλείο μέτρησης είναι έγκυρο, εφόσον καλύπτει αποκλειστικά τη θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε. Επειδή η κοινωνική μέτρηση είναι συνήθως έμμεση, σχεδόν ποτέ δεν εξασφαλίζεται η απόλυτη εγκυρότητά της.

Δεδομένου ότι οι πραγματικές τιμές του υπό έρευνα χαρακτηριστικού δεν είναι γνωστές, δεν είναι επιπλέον δυνατό να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό διαφέρει η μέτρηση από το χαρακτηριστικό που αντιπροσωπεύει με άμεσο και σαφή τρόπο. Συνεπώς, η εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης υφίσταται στο βαθμό που τα αποτελέσματα της μέτρησης συμπίπτουν με άλλα σχετικά στοιχεία.

Τα αποτελέσματα της μέτρησης θεωρείται ότι είναι έγκυρα, εφόσον ταιριάζουν με άλλα ανεξάρτητα στοιχεία ή προβλέπονται, σύμφωνα με εννοιολογικούς κανόνες..(Κυριαζή 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΛΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια.

Ο πληθυσμός - στόχος είναι όλος εκείνος ο πληθυσμός για τον οποίο ενδιαφέρεται ο ερευνητής.

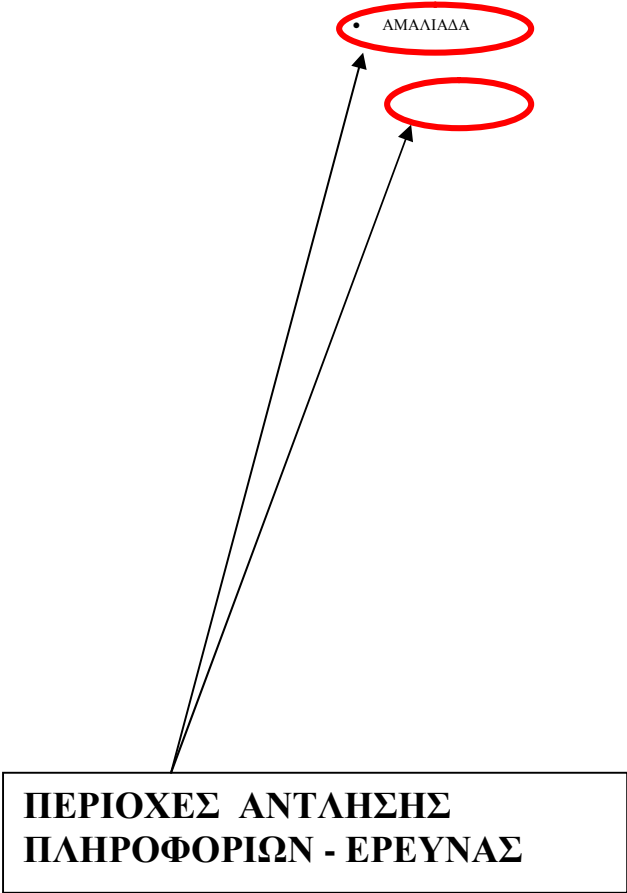
ΔΕΙΓΜΑ είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης. (Σαχίνη- Καρδάση 1997).

Πηγή άντλησης πληροφοριών αποτέλεσαν 100 άτομα (γιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί), των δύο νοσοκομείων του νομού Ηλείας (Πύργου - Ανδρέας Παπανδρέου και Αμαλιάδας - Γενικό Νοσοκομείο). Ο αριθμός αυτός είναι επαρκής γιατί η έρευνα περιορίζεται στις δύο αυτές περιοχές.

Το δείγμα καλύπτει 100% των ατόμων των νοσοκομείων γιατί αποτελεί το 1/5 των εργαζομένων στα νοσοκομεία της Πελοποννήσου.

Τόπος έρευνας : Αποτέλεσε τόπο έρευνας, ο χώρος εργασίας των γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών , δηλαδή τα δύο προαναφερόμενα νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν το πρωί και η συμπλήρωσή τους γίνονταν κατά τη διάρκεια του ωραρίου των εργαζομένων.

Χρόνος έρευνας: Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν και συμπληρώθηκαν κατά τη χρονική περίοδο 05-12/02/2007.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία της κοινωνικής μέτρησης συνήθως οδηγεί σε αποτελέσματα που αποκλίνουν, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, από τις πραγματικές τιμές του κοινωνικού φαινομένου που η εν λόγω μέτρηση επιδιώκει να προσεγγίσει.

Η διαφορά αυτή αντιστοιχεί στο σφάλμα της μέτρησης και καθορίζεται από τις συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας, την ασάφεια του εργαλείου μέτρησης, την ψυχική διάθεση του ερωτώμενου, καθώς και άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μέτρησης, ώστε να μην εκφράζεται με ακρίβεια η πραγματική τιμή του υπό έρευνα χαρακτηριστικού.

Τα προβλήματα αυτά αντικατοπτρίζονται στο βαθμό της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου μέτρησης. (Κυριαζή 1994).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην εν λόγω έρευνα που πραγματώθηκε σχετικά με το φαινόμενο της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Εξαιτίας του ότι τα ερωτηματολόγια δίνονταν στο χώρο εργασίας των γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών, δηλαδή στα νοσοκομεία του νομού Ηλείας και η συμπλήρωση τους γίνονταν εντός του ωραρίου των εργαζομένων, χρησιμοποιήθηκαν λόγω της πίεσεως του χρόνου μόνο κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Με την παρουσία του συνεντευκτή δίνονταν οι κατάλληλες επεξηγήσεις στους ερωτώμενους και διευκολύνονταν έτσι, στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο συνεντευκτής, αφού έδιδε τις απαραίτητες επεξηγήσεις και επίλυε τις οποιεσδήποτε απορίες και ερωτήματα άφηνε τους εργαζομένους να συμπληρώσουν μόνοι το ερωτηματολόγιο για αύξηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, αφού η παρουσία του συνεντευκτή μπορεί να μειώσει την αξιοπιστία των απαντήσεων καθώς και άθελά του να προκαταλάβει τις επιλογές των ερωτώμενων.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επιλογή του οργάνου της μέτρησης, που εδώ είναι το ερωτηματολόγιο είναι μια διαδικασία χρονοβόρα, που απαιτεί πολλή προσοχή στη λεπτομέρεια. Οι ερευνητές πρέπει να ελέγχουν προσεκτικά τη διατύπωση κάθε ερώτησης για σαφήνεια, ευαισθησία στην ψυχολογική κατάσταση των αποκριτών, ελευθερία από προκαταλήψεις και επίπεδο ανάγνωσης. Οι ερωτήσεις πρέπει να τοποθετηθούν σε ακολουθία με μια σκόπιμη σειρά και με τρόπο που ενθαρρύνει συνεργασία και ειλικρίνεια. (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Από τις απαντήσεις που συλλέχθησαν επιτυγχάνθηκε η εγκυρότητα της έρευνας. Τα αποτελέσματα της μέτρησης θεωρείται ότι είναι έγκυρα, εφόσον ταιριάζουν με άλλα ανεξάρτητα εμπειρικά στοιχεία

ή προβλέπονται, σύμφωνα με εννοιολογικούς κανόνες. (Κυριαζή 1994). Επιπλέον με την παρουσία μας δίδαμε επεξηγήσεις στους ερωτώμενους και οι στόχοι της έρευνας δεν ήταν ουτοπικοί , ούτε μακρινοί. Με αυτά όλα εξασφαλίσαμε την εγκυρότητα.

Η φερεγγυότητα των ανθρώπων που ερωτήθηκαν, που ήταν όλοι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία του νομού Ηλείας εξασφάλισε την αξιοπιστία της μέτρησης.

Εξάλλου , συνοπτικά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως όργανο στην έρευνα για την κακοποίηση και εγκατάλειψη των παιδιών παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα, που διασφαλίζουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία της μέτρησης και είναι τα ακόλουθα:

- § Παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, που μπορεί να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- § Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά τις ίδιες ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την απάντησή τους. (Σαχίνη - Καρδάση 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Μελέτες τέλεια σχεδιασμένες και εκτελεσμένες είναι αδύνατες. Στην πραγματικότητα, κάθε ερευνητική μελέτη περιέχει κάποια ατέλεια. Κάθε ερευνητική ερώτηση μπορεί να τεθεί με σχεδόν άπειρους τρόπους. Εξάλλου, στις περισσότερες καταστάσεις, οι καλύτερες μέθοδοι είναι πολυέξοδες και χρονοβόρες. Ωστόσο, ακόμα και όταν ξοδεύονται τεράστιοι πόροι, είναι βέβαιες μερικές ελλείψεις.

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι μικρές, απλές μελέτες δεν έχουν αξία, απλά σημαίνει ότι καμιά μελέτη μόνη της δεν μπορεί να επαληθεύσει ή να διαψεύσει τις ιδέες του ερευνητή. Κάθε τελειωμένη μελέτη προσθέτει στο σώμα συσσωρευμένης γνώσης. Αν τεθεί η ίδια ερώτηση από διάφορους ερευνητές και καθένας από αυτούς πετύχει τα ίδια ή όμοια αποτελέσματα, τότε αυξάνεται η εμπιστοσύνη στην απάντηση της ερώτησης. (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Βασικό πρόβλημα, σύμφωνα με την κριτική που εξέφρασε ο Mills, αλλά και άλλοι της ερευνητικής παράδοσης, είναι ότι οι μεταβλητές ορίζονται με εξωτερικά κριτήρια αγνοώντας έτσι τη σημασία που έχουν τα κοινωνικά φαινόμενα και την ερμηνεία που τους αποδίδουν τα κοινωνικά υποκείμενα. (Κυριαζή 1994).

Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός σε προσωπικότητα, κοινωνικό περιβάλλον, πνευματικές ικανότητες, αξίες, τρόπο ζωής και κατάσταση υγείας. Είναι δύσκολο για την επιστημονική προσέγγιση να συλλάβει επαρκώς αυτή την πολυπλοκότητα. Αυτός ο περιορισμός οδήγησε μερικούς νοσηλευτές ερευνητές να απορρίψουν το παραδοσιακό μοντέλο επιστημονικής έρευνας, η φιλοσοφική βάση του οποίου είναι ο **λογικός θετικισμός**.

Έτσι, αναδύθηκε ένα εναλλακτικό μοντέλο έρευνας, που έχει τις διανοητικές ρίζες του στη φιλοσοφική παράδοση που είναι γνωστή, ως **φαινομενολογία**. Οι ερευνητές, στη φαινομενολογική παράδοση δίνουν έμφαση στην κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή πραγματικά βιώνετε, μέσω συλλογής και ανάλυσης διηγηματικού υποκειμενικού υλικού. (Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Στην έρευνά μας, από τους 100 ερωτώμενους οι 5 αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν είναι οι ακόλουθοι:

- Ø έλλειψη χρόνου
- Ø πληθώρα φοιτητών που διεξήγαγαν έρευνα την ίδια χρονική περίοδο
- Ø η συμπλήρωση γίνονταν στο χώρο εργασίας, οπότε δεν υπήρξε ο επαρκής χρόνος για να προβούν σε συμπλήρωση των ερωτηματολογίων

Ø η παρουσία του ερευνητή στον ίδιο εργασιακό χώρο μειώνει κατά πολλούς την διασφάλιση του απορρήτου των απαντήσεών τους, παρόλο που ο ερευνητής δεν ήταν παρών κατά την συμπλήρωση και δεν χρειάζονταν προσωπικά στοιχεία του ερωτώμενου.

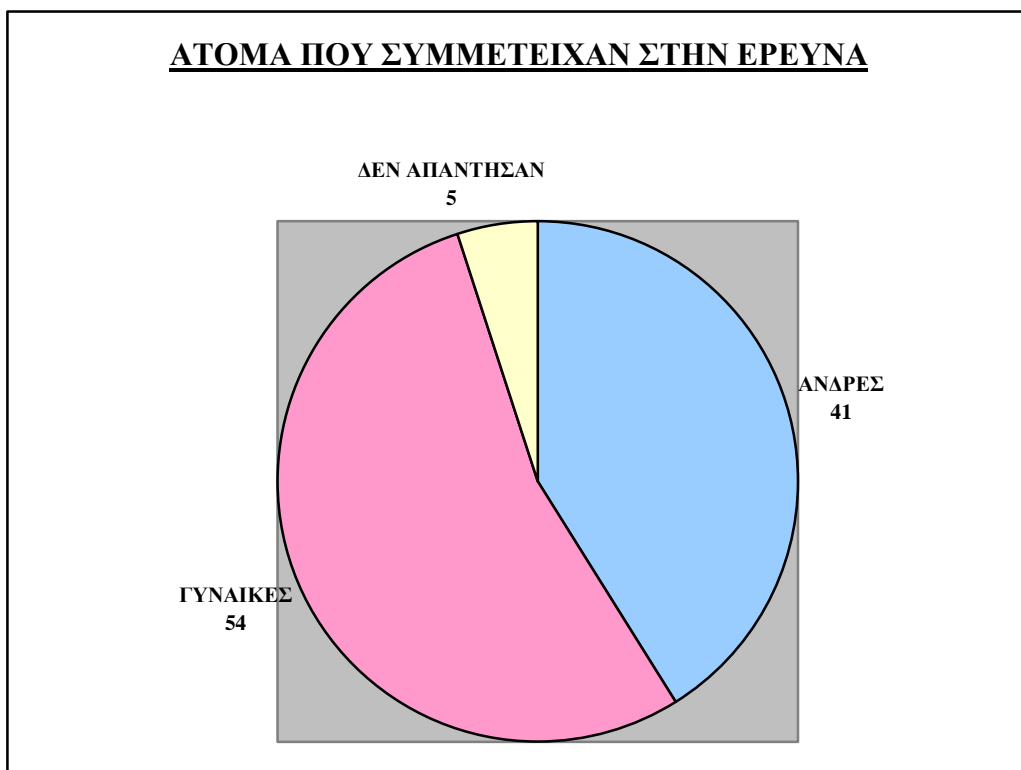
Τέλος σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί το πρόβλημα μέτρησης. Για να μελετηθεί μια μεταβλητή είναι απαραίτητο αυτή να μετρηθεί.

Αν και υπάρχουν ακριβή όργανα μέτρησης των φυσιολογικών μεταβλητών , όπως αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, ακόμα δεν έχουν αναπτυχθεί παραβαλλόμενα με αυτά ακριβή όργανα μέτρησης των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως άγχος, πόνος , αυτοπεποίθηση, επιθετικότητα κ.λπ.

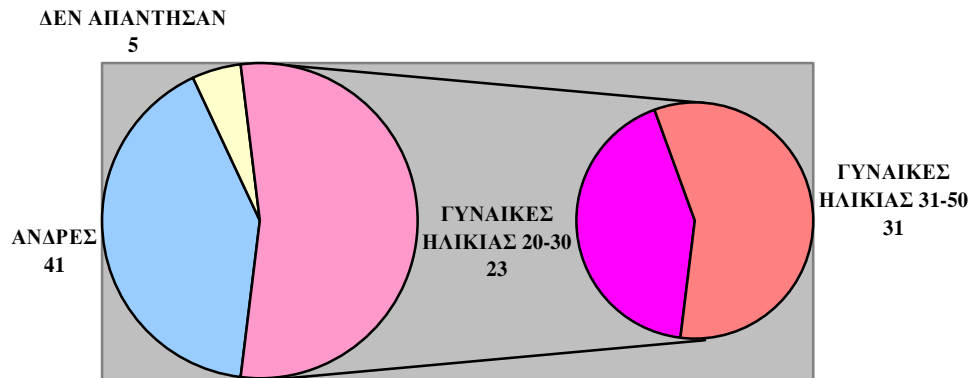
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

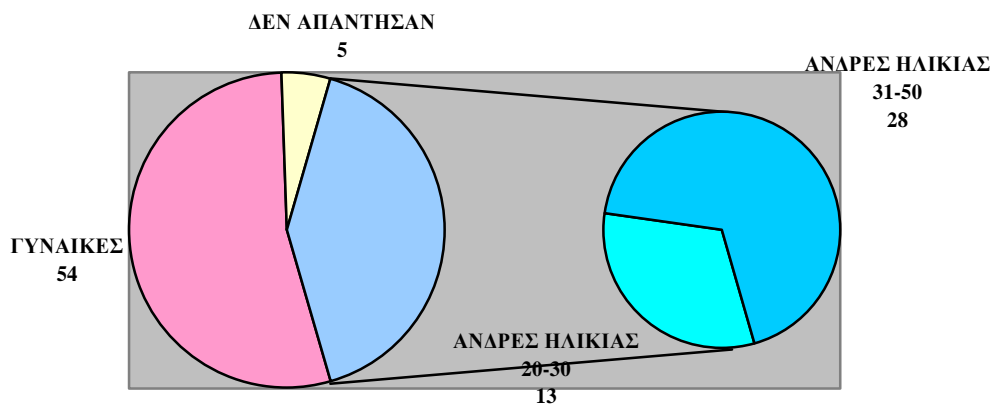
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ			
ΦΥΛΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ 20-30	ΗΛΙΚΙΑ 31-50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΑΝΔΡΕΣ</i>	13	28	41
<i>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</i>	23	31	54
<i>ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</i>			5
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	36	59	100



ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



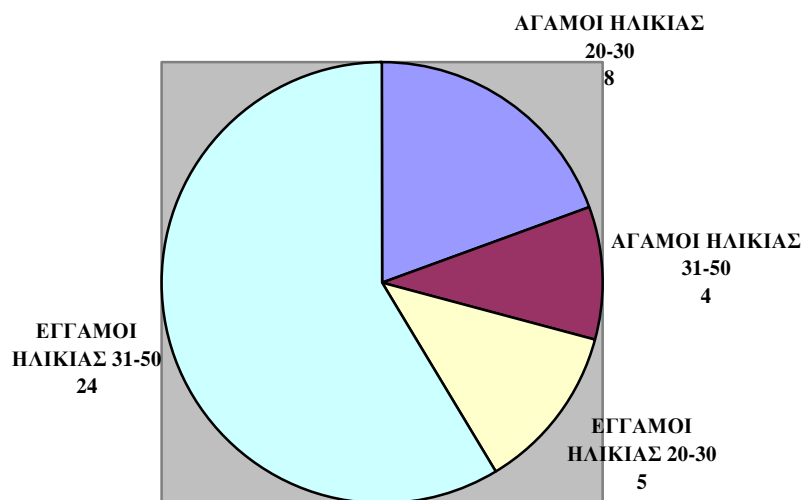
ΑΝΔΡΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



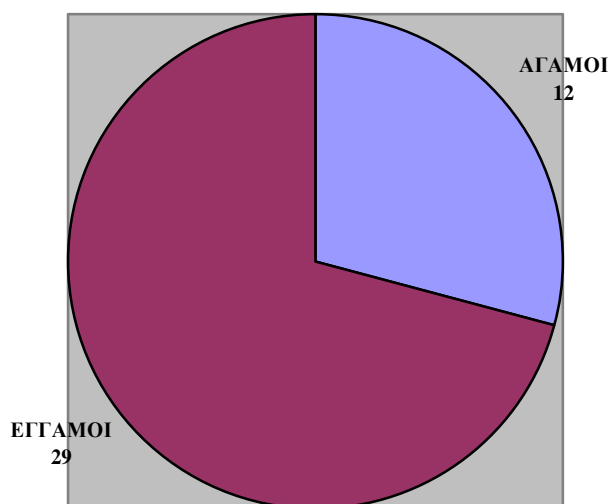
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΑΝΔΡΕΣ)

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΓΑΜΟΙ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
20 - 30	8	5	13
31 - 50	4	24	28

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΔΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



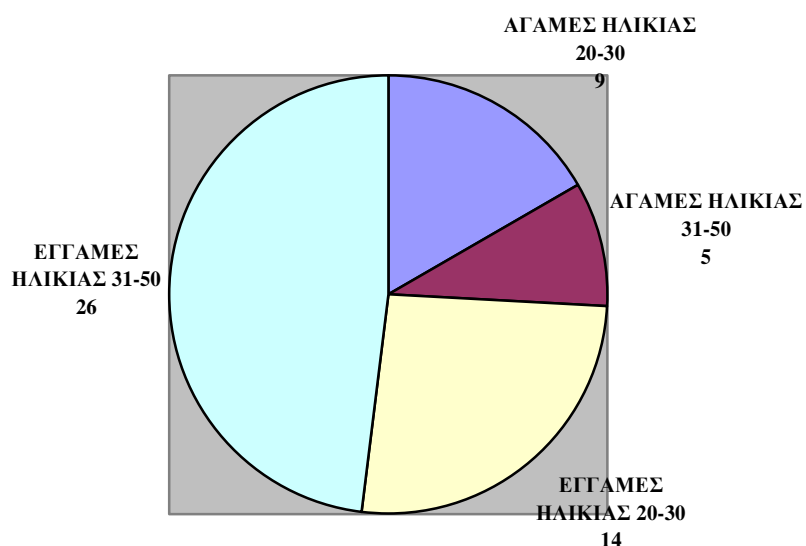
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΔΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



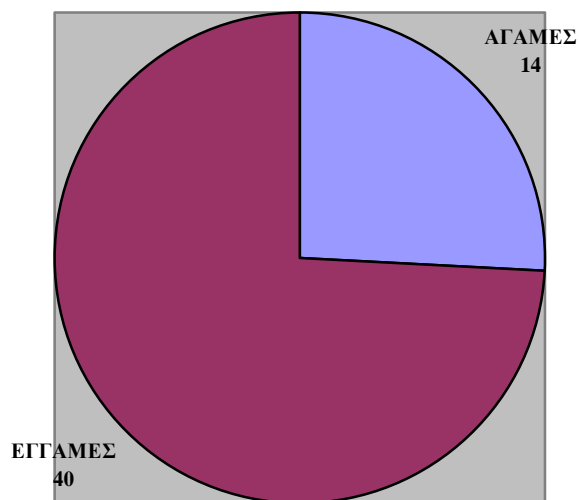
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΓΑΜΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
20 - 30	9	14	23
31 - 50	5	26	31

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



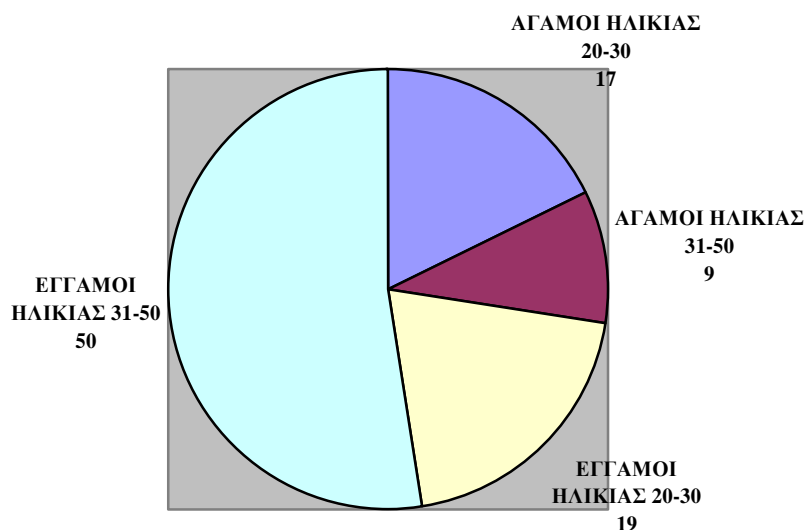
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



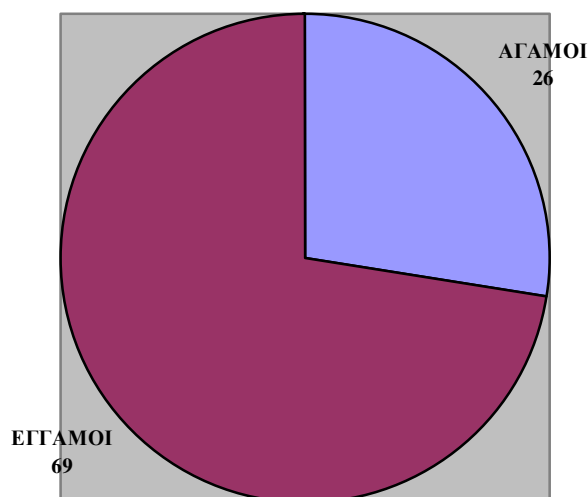
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΓΑΜΟΙ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
20 - 30	17	19	36
31 - 50	9	50	59

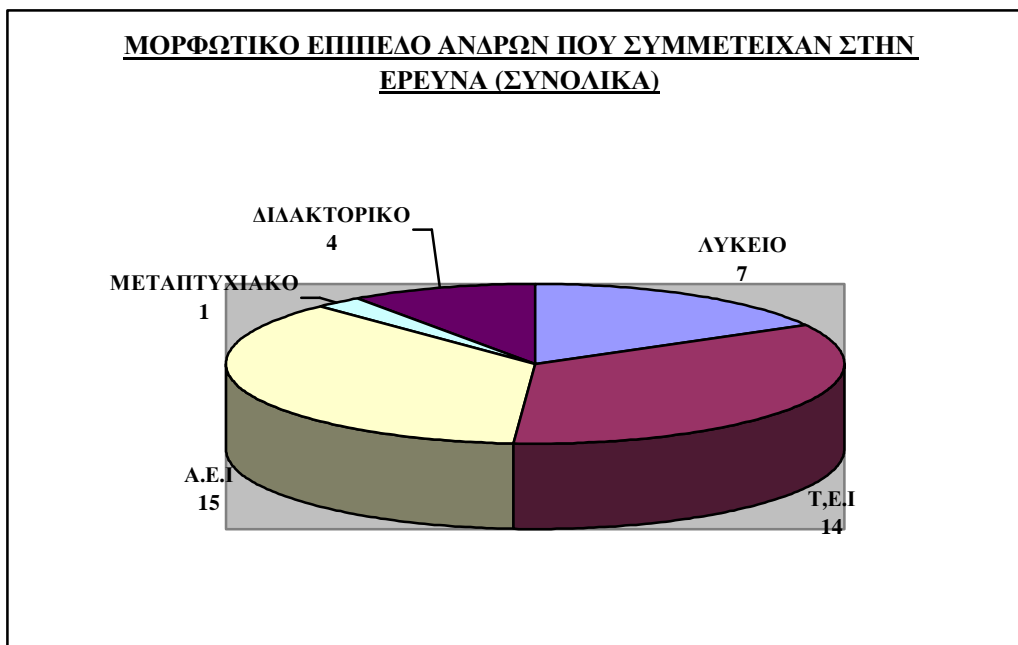
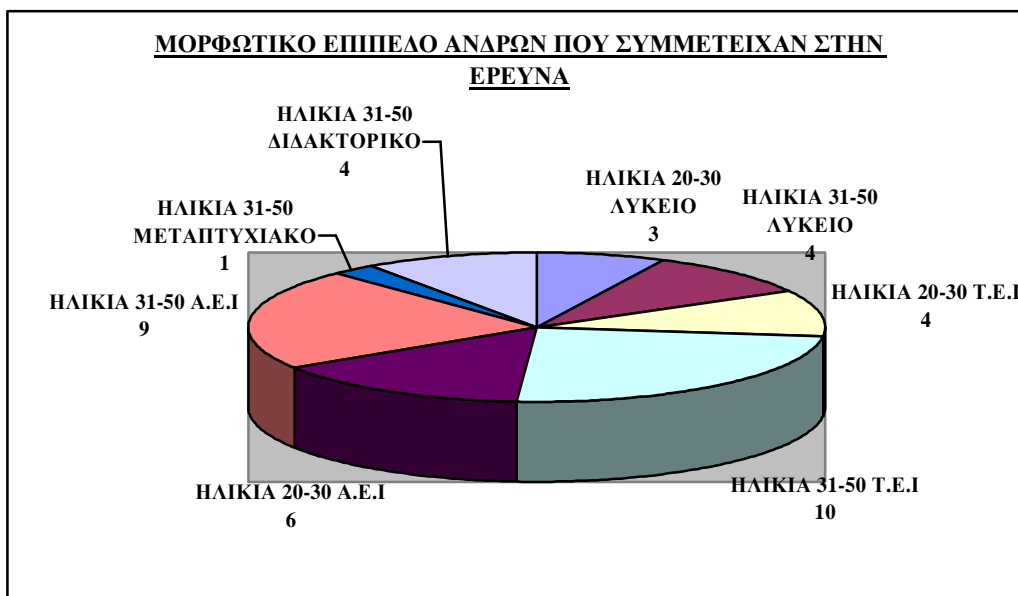
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



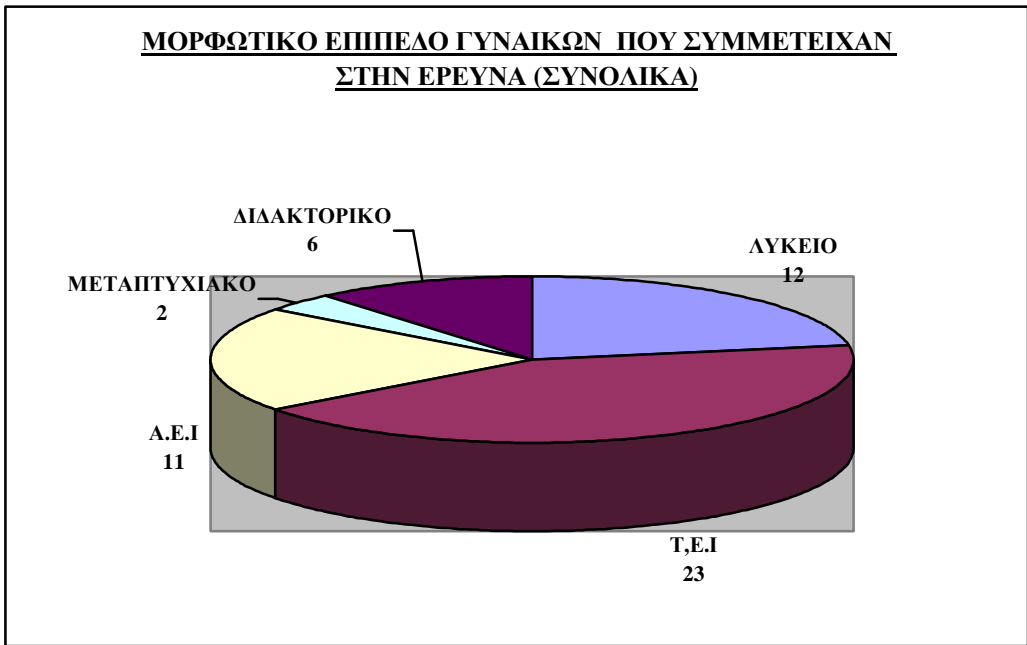
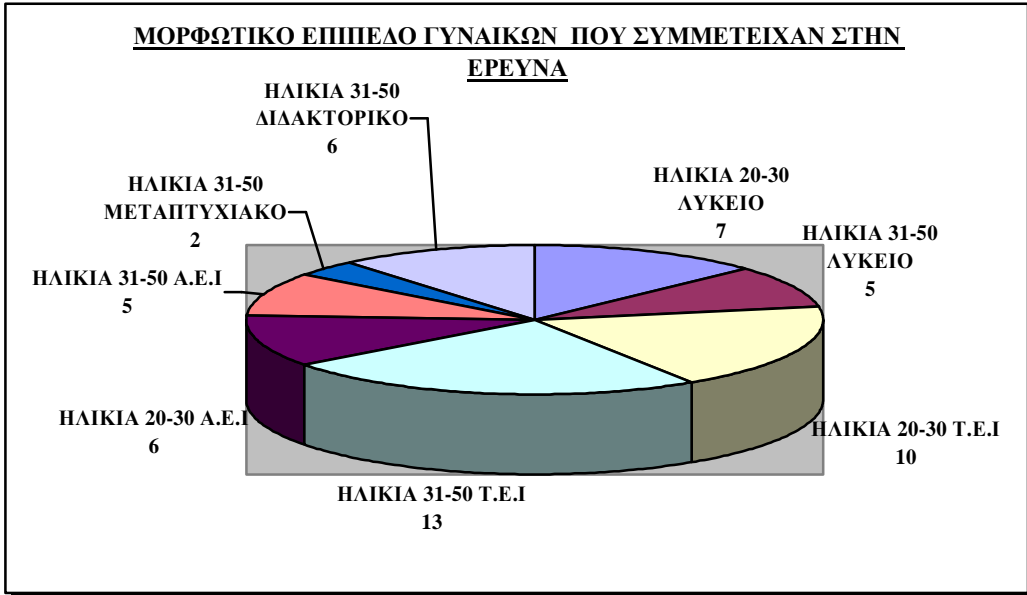
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



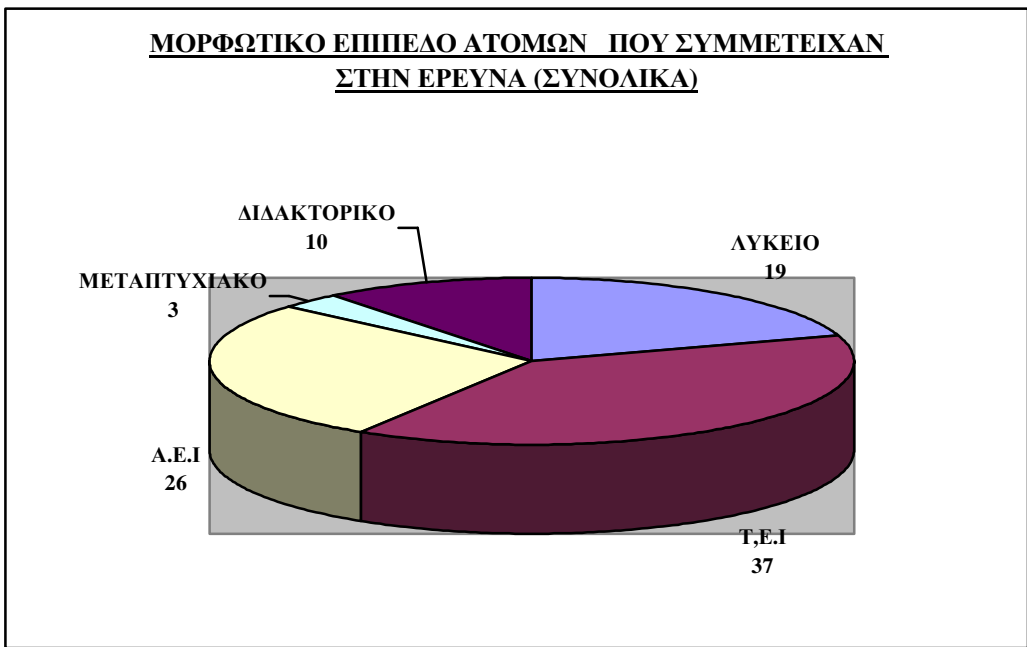
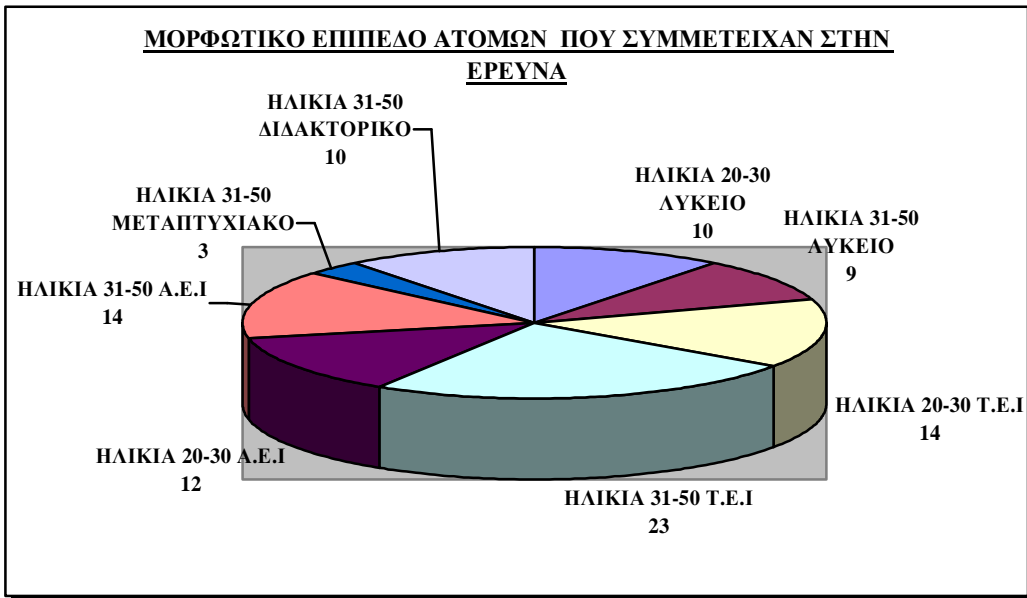
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΑΝΔΡΕΣ)			
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ 20 - 30	ΗΛΙΚΙΑ 31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΛΥΚΕΙΟ</i>	3	4	7
<i>Τ.Ε.Ι</i>	4	10	14
<i>Α.Ε.Ι</i>	6	9	15
<i>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ</i>		1	1
<i>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ</i>		4	4



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)			
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ 20 - 30	ΗΛΙΚΙΑ 31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΛΥΚΕΙΟ</i>	7	5	12
<i>Τ.Ε.Ι</i>	10	13	23
<i>Α.Ε.Ι</i>	6	5	11
<i>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ</i>		2	2
<i>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ</i>		6	6

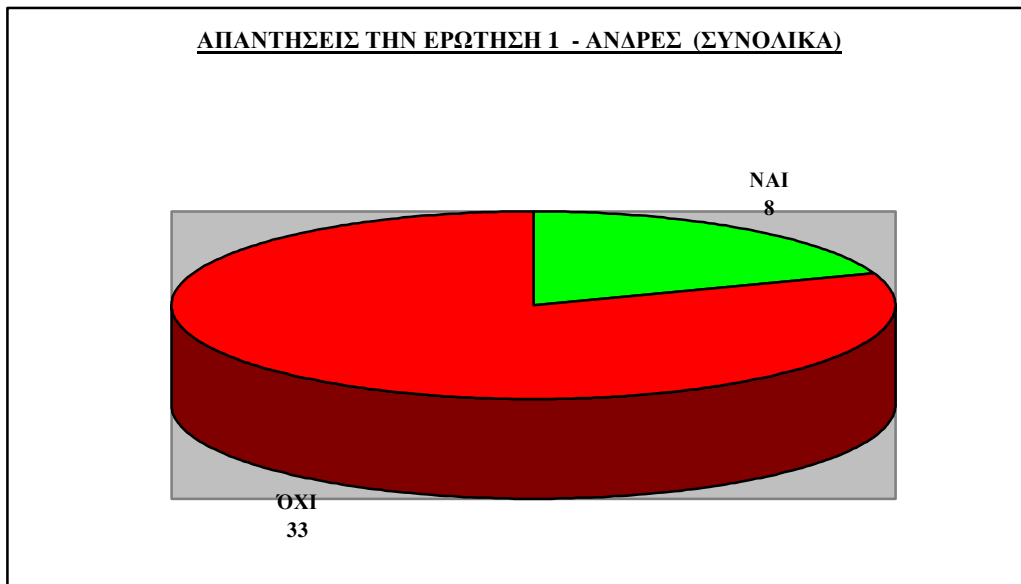
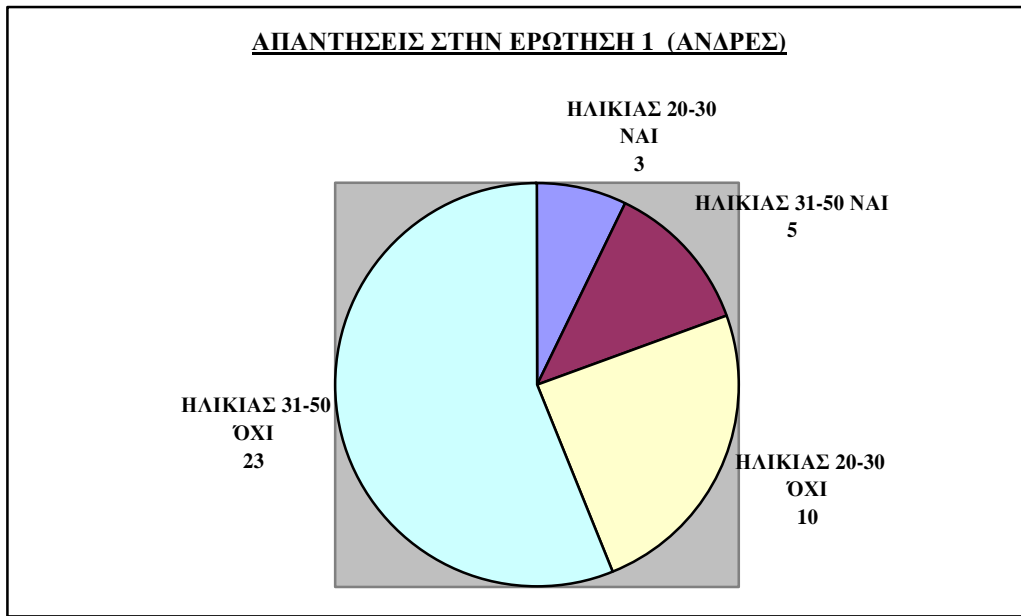


ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΤΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)			
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ 20 - 30	ΗΛΙΚΙΑ 31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΛΥΚΕΙΟ</i>	10	9	19
<i>Τ.Ε.Ι</i>	14	23	37
<i>Α.Ε.Ι</i>	12	14	26
<i>ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ</i>		3	3
<i>ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ</i>		10	10

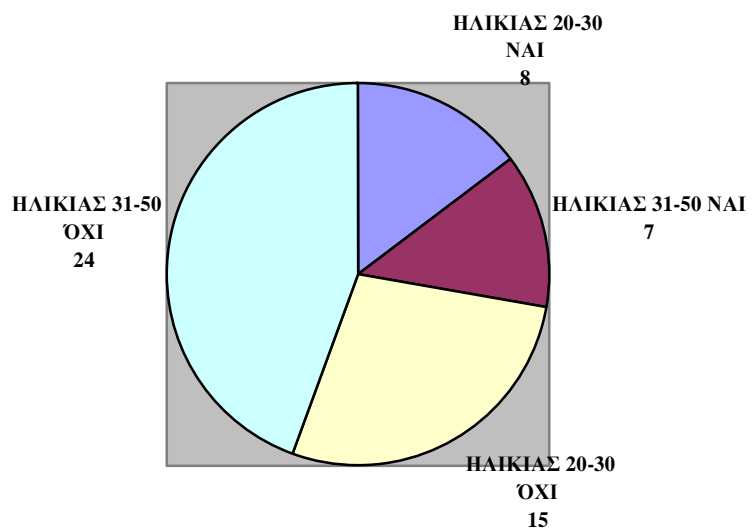


II. ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

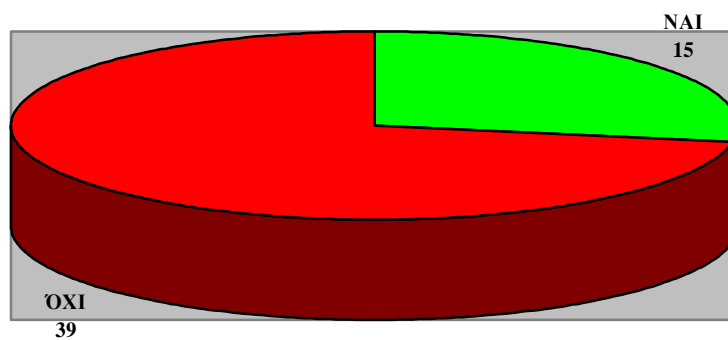
ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΚΑΙΡΩΝ ΜΑΣ;									
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	3	5	8	8	7	15	11	12	23
<i>ΟΧΙ</i>	10	23	33	15	24	39	25	47	72



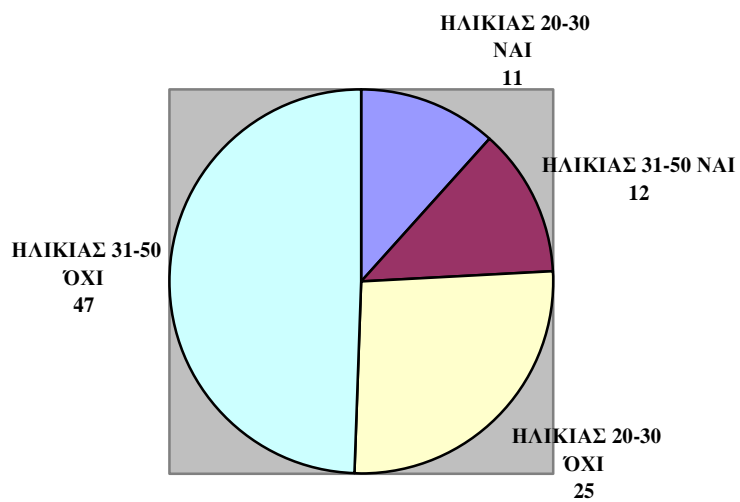
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



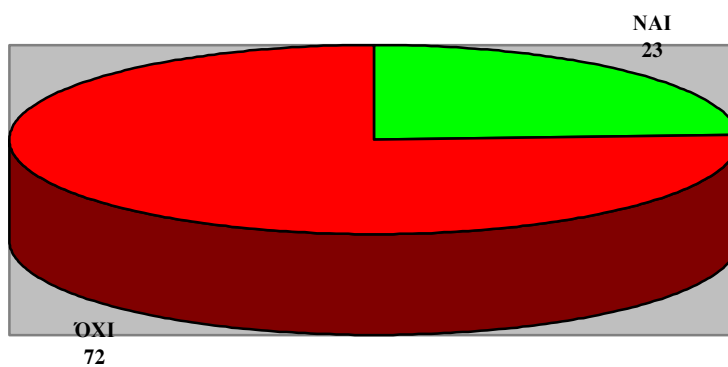
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

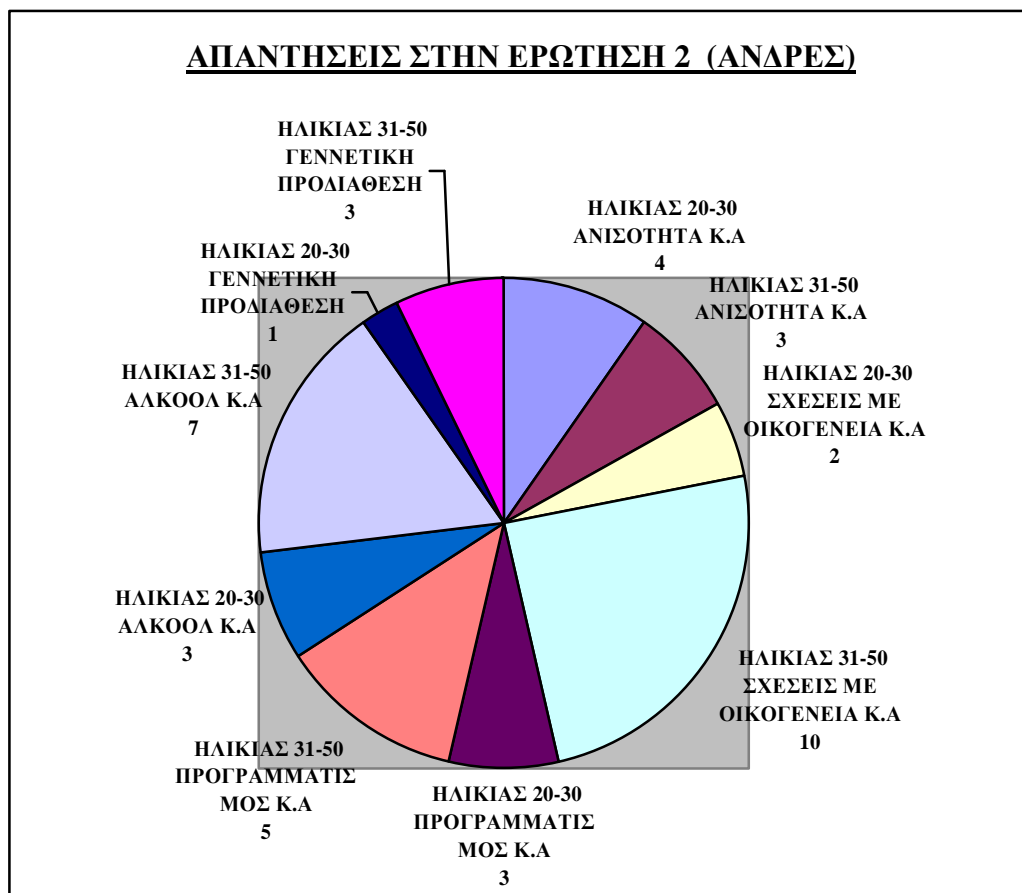


ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

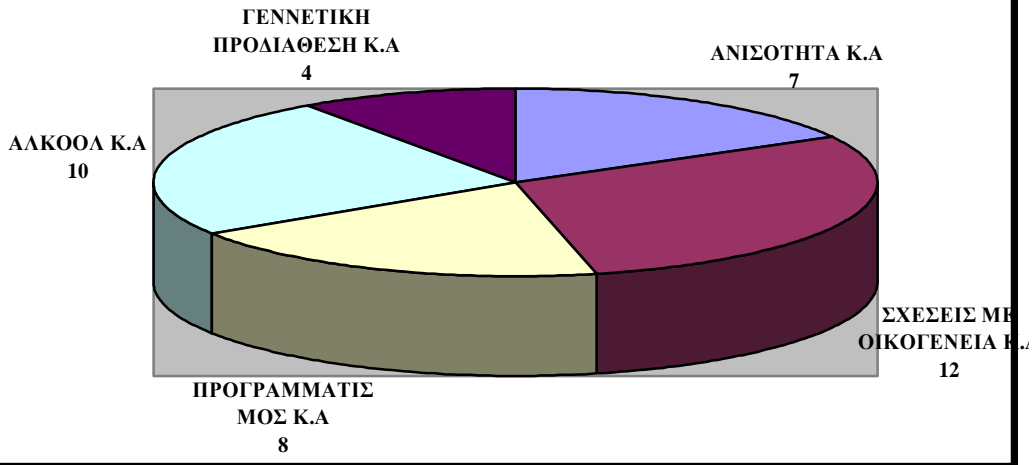


ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΠΟΙΟΣ ΝΟΜΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ:

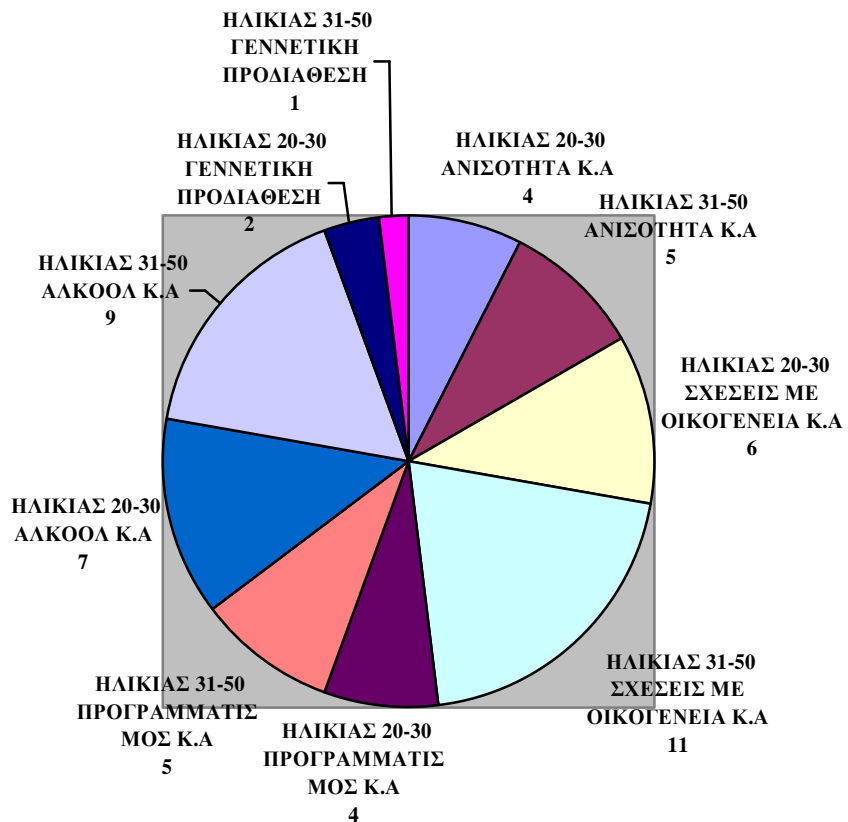
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ, ΑΝΕΡΓΙΑ, ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ</i>	4	3	7	4	5	9	8	8	16
<i>ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΖΥΓΟ</i>	2	10	12	6	11	17	8	21	29
<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ</i>	3	5	8	4	5	9	7	10	17
<i>ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ</i>	3	7	10	7	9	16	10	16	26
<i>ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ</i>	1	3	4	2	1	3	3	4	7



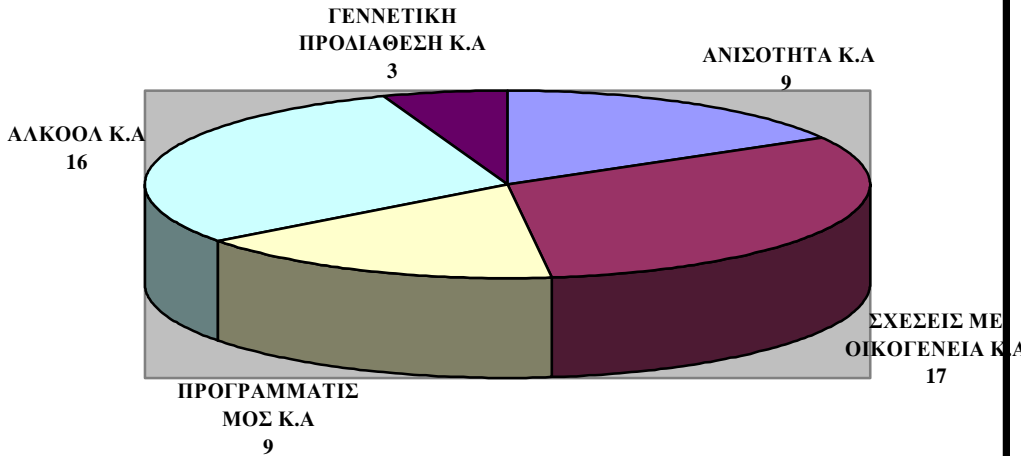
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 2 - ΑΝΔΡΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



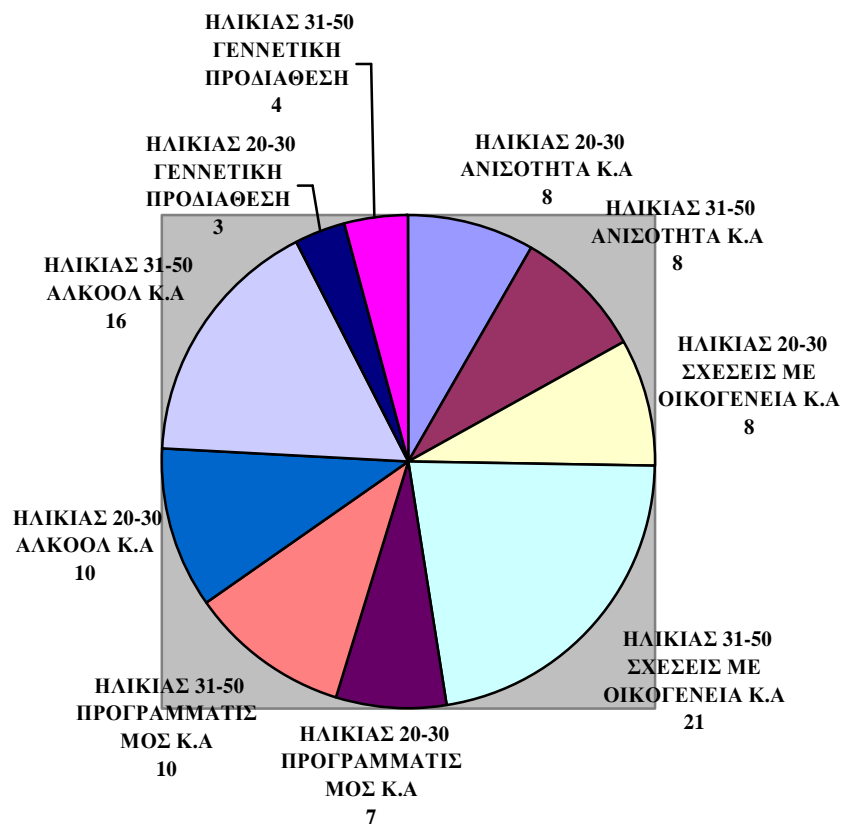
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 2 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



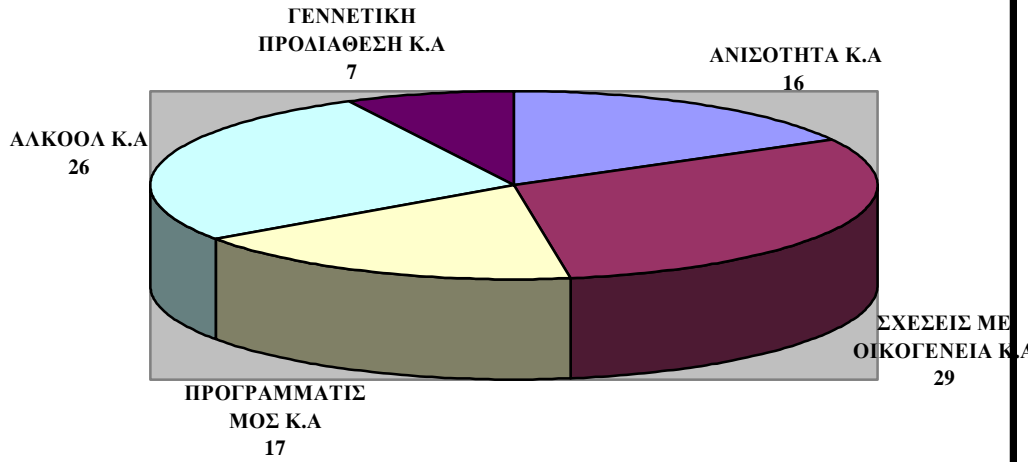
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 2 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 2 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

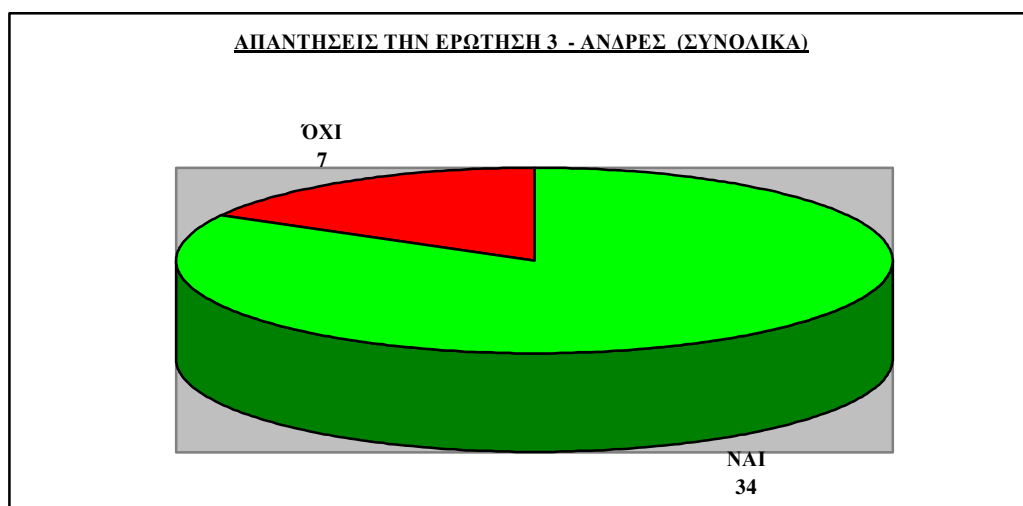
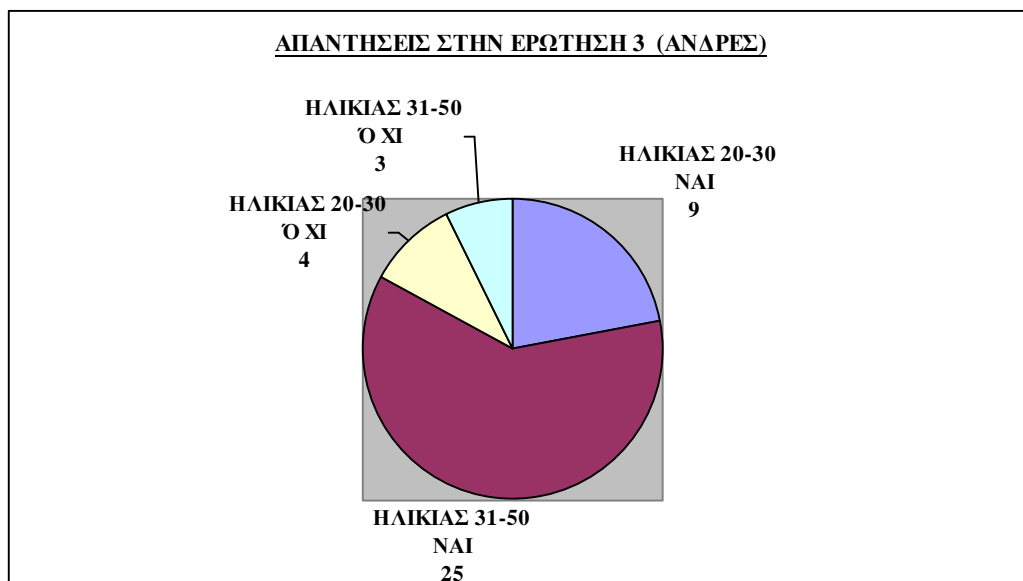


ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 2 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

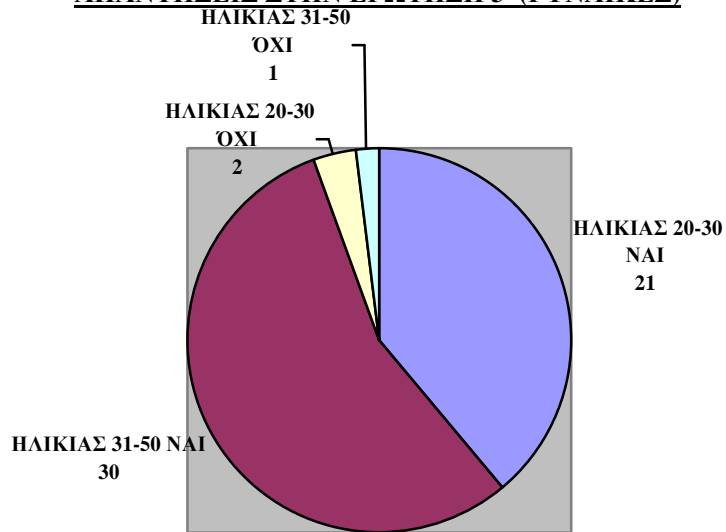


ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΟΙ ΜΕΛΛΑΝΙΕΣ, Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΡΟΦΗΣ, Η ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΘΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΑΤΕ ΕΝΑ ΤΕΤΟΙΟ ΘΥΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΣΑΣ;

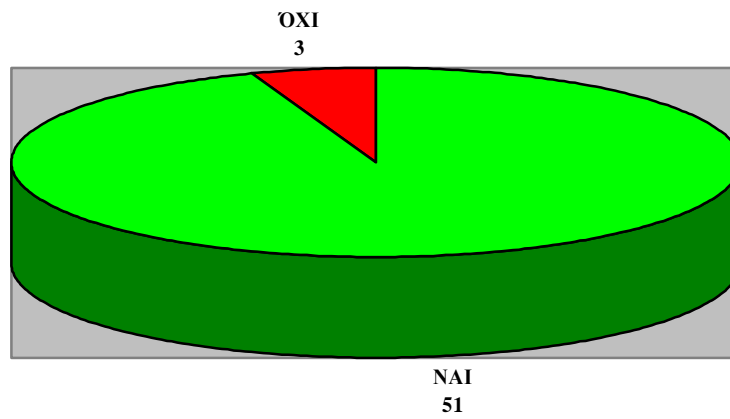
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	9	25	34	21	30	51	30	55	85
<i>ΟΧΙ</i>	4	3	7	2	1	3	6	4	10



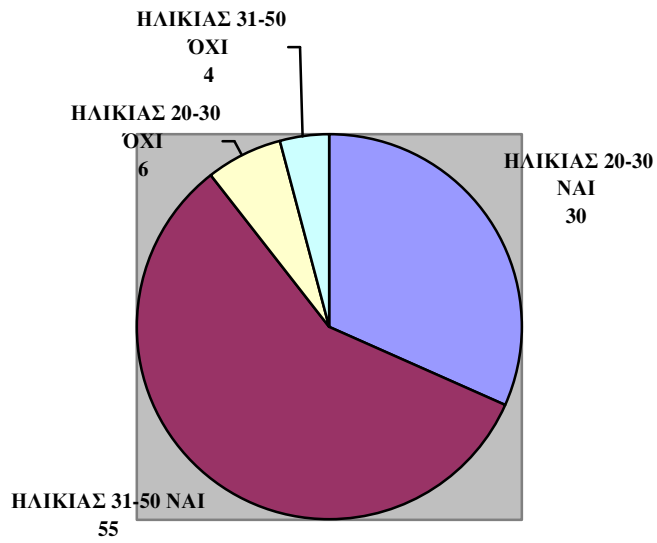
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 3 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



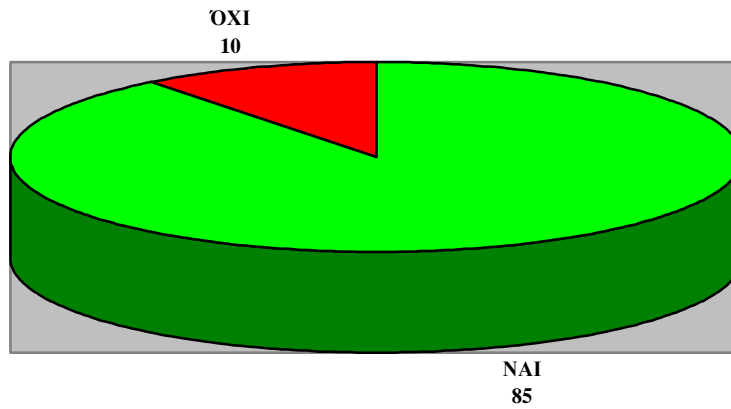
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 3 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 3 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

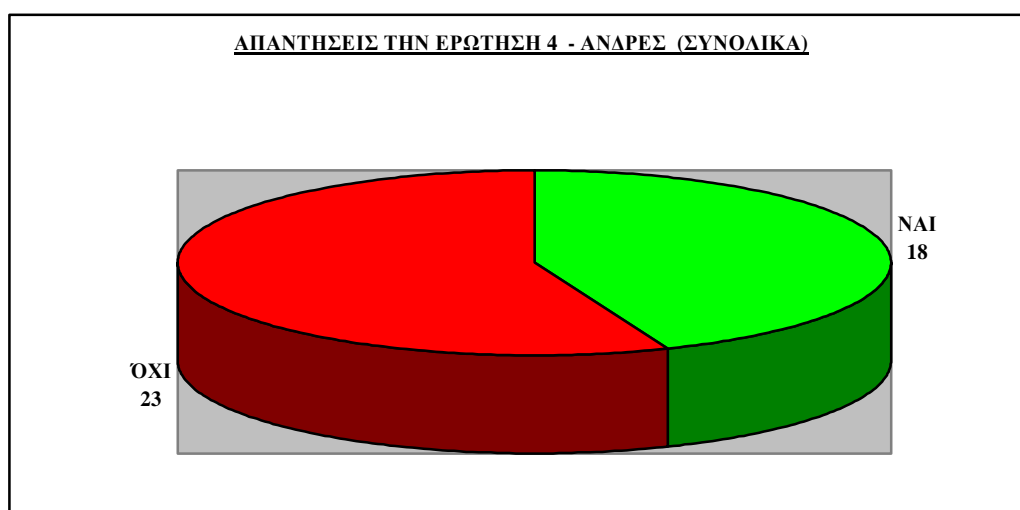
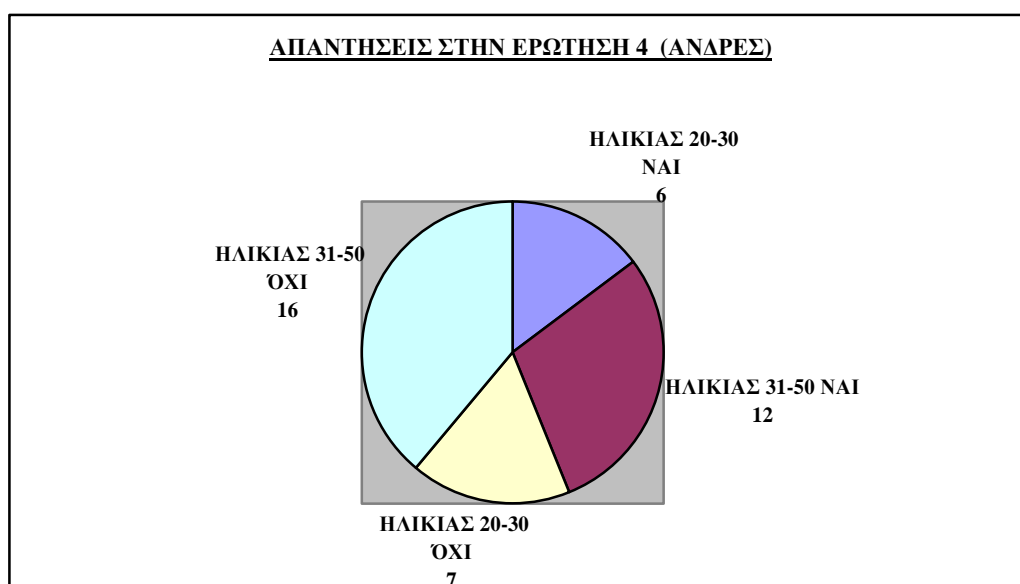


ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 3 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

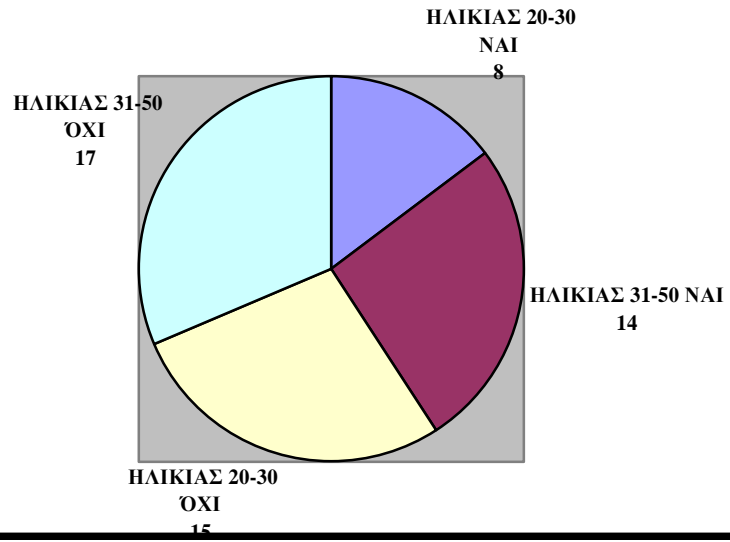


ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΝΑΙ Η ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΙΜΗ. ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;

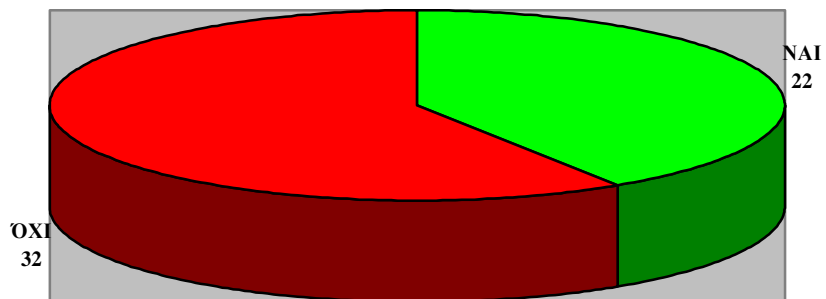
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	6	12	18	8	14	22	14	26	40
<i>ΟΧΙ</i>	7	16	23	15	17	32	22	33	55



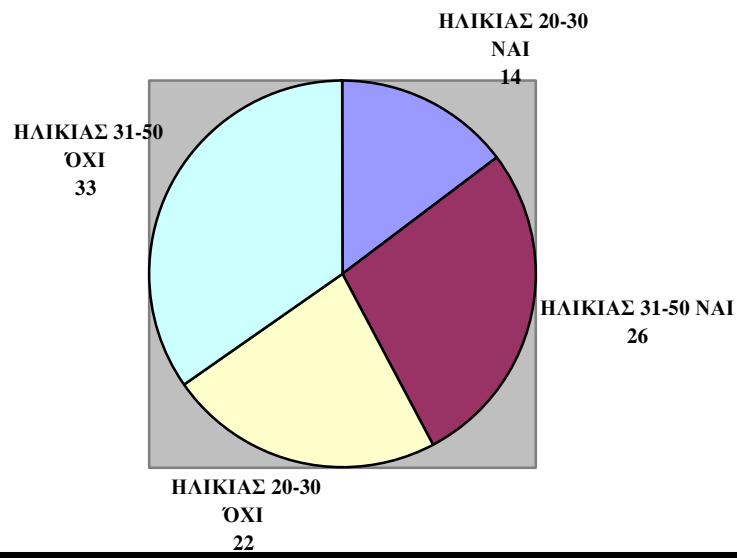
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 4 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



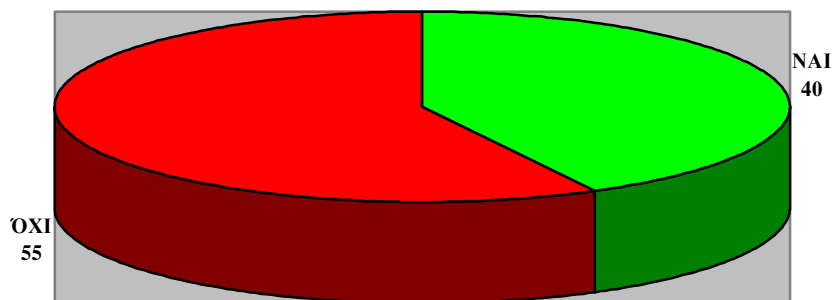
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 4 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 4 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

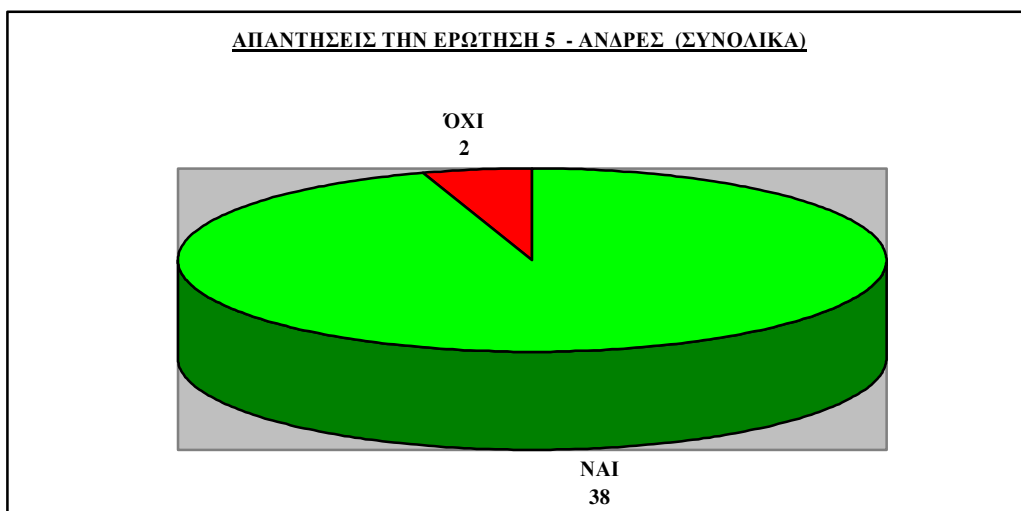
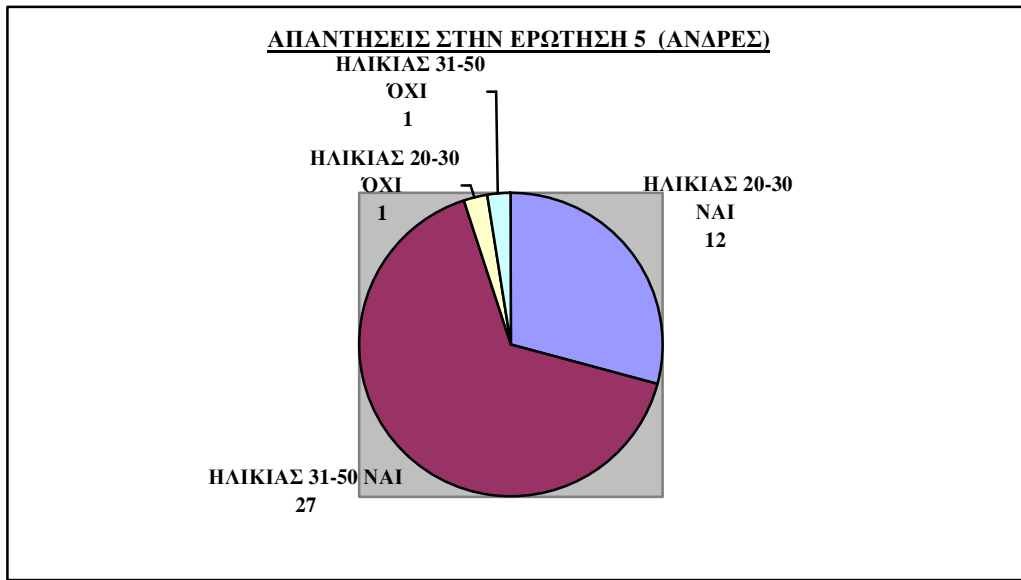


ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 4 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

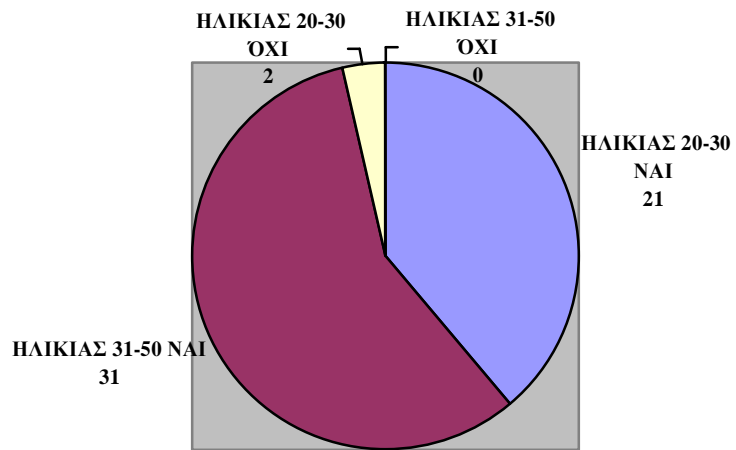


ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΑΝ ΒΡΙΣΚΑΤΕ ΤΥΧΑΙΑ ΕΝΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΘΑ ΚΑΛΟΥΣΑΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΝΟΙΑ, ΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ, ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

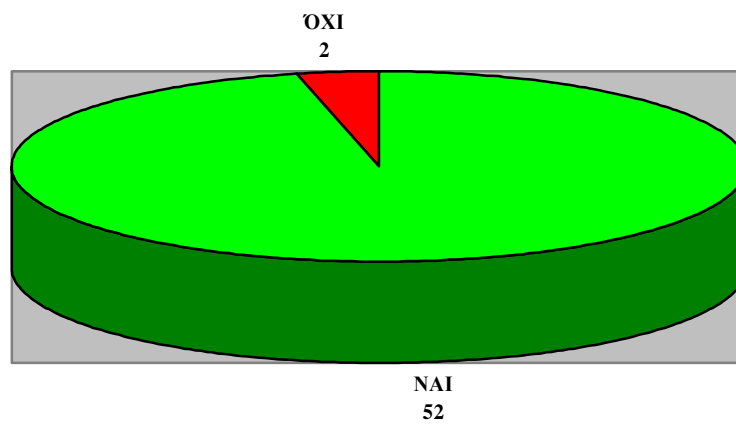
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	12	27	38	21	31	52	33	58	91
<i>ΟΧΙ</i>	1	1	2	2	0	2	3	1	4



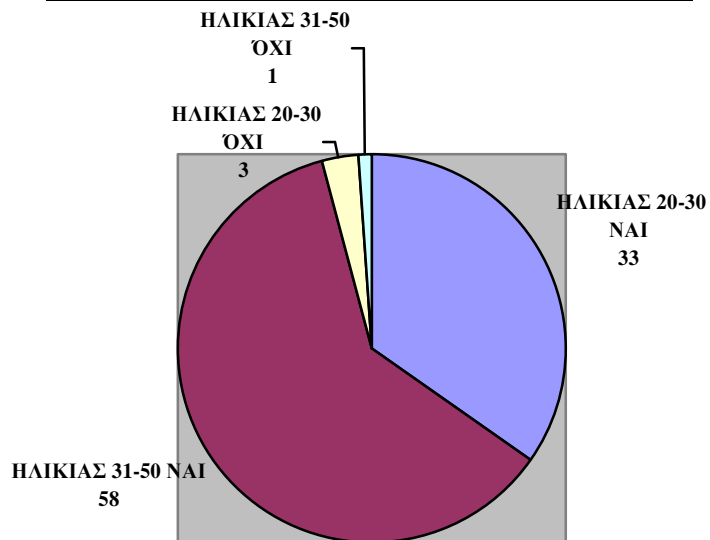
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



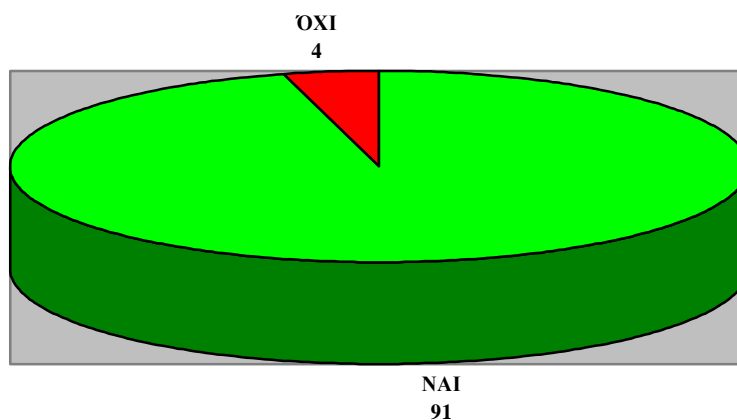
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

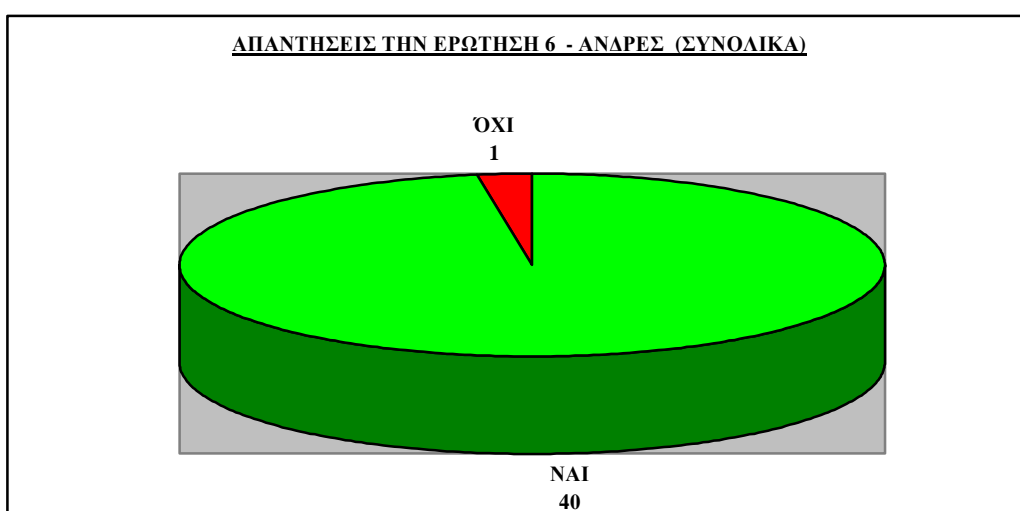
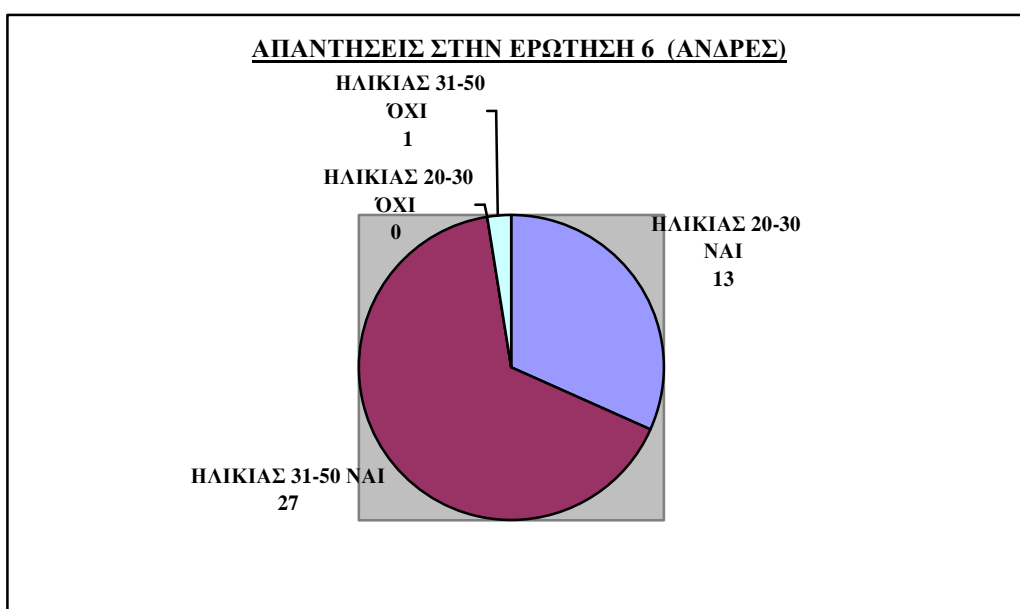


ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)

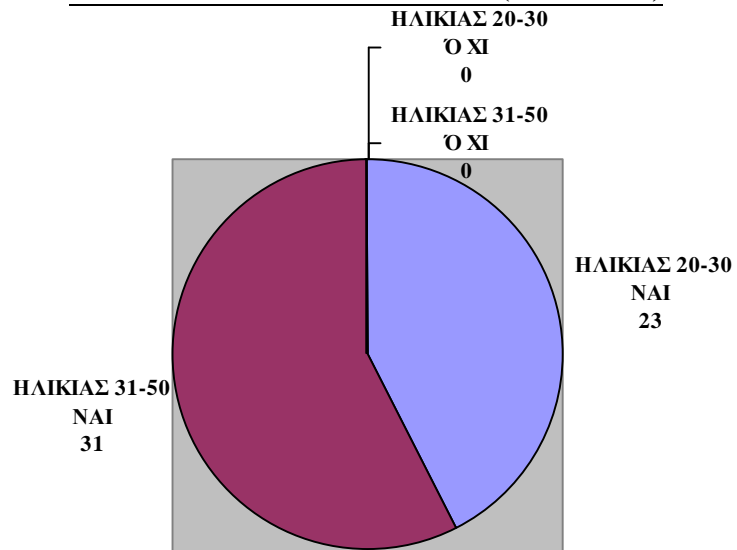


ΕΡΩΤΗΣΗ 6: ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑ ΗΣΥΧΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΒΟΗΘΑ ΣΤΟ ΝΑ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΜΟΡΦΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ;

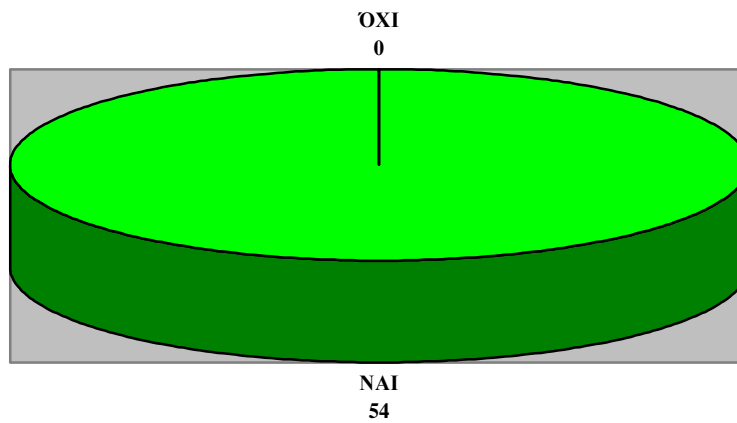
	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	13	27	40	23	31	54	36	58	94
<i>ΟΧΙ</i>	0	1	1	0	0	0	0	1	1



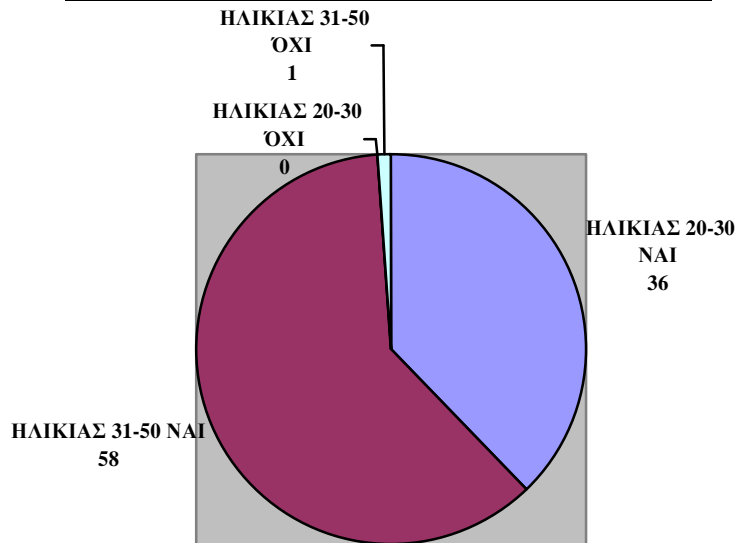
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 6 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



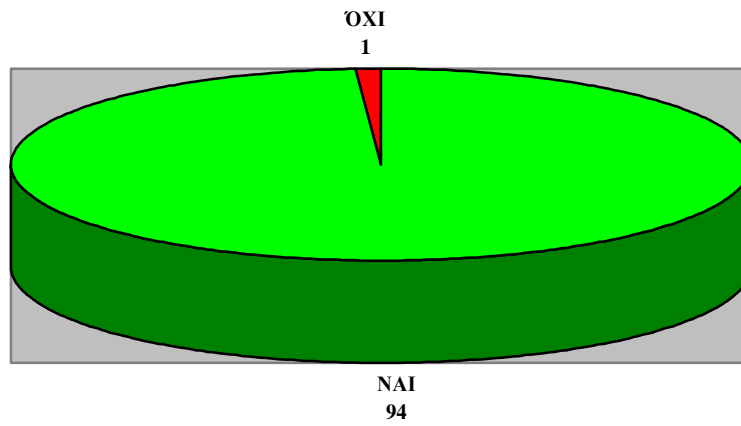
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 6 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 6 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



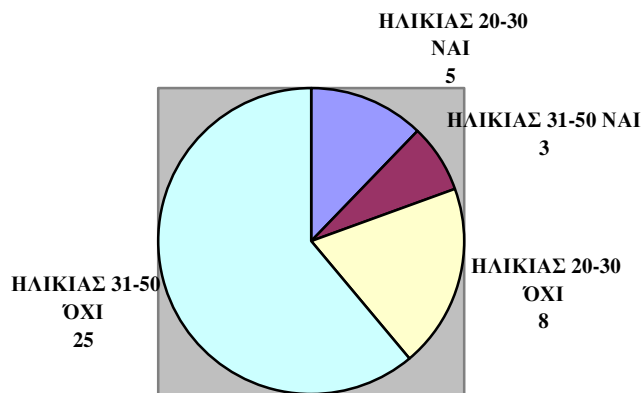
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 6 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



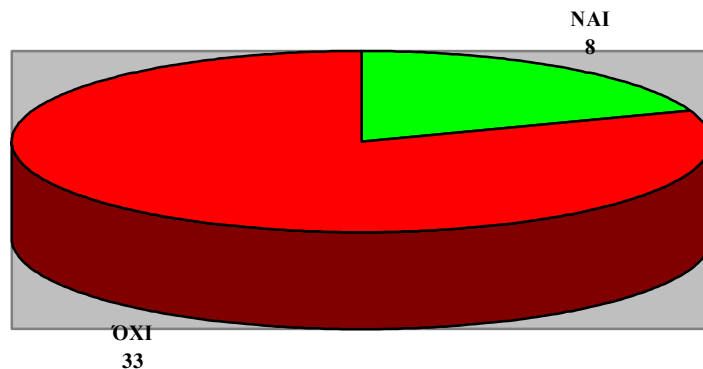
ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΘΑ ΑΠΟΚΡΥΠΤΑΤΕ ΕΝΩ ΓΝΩΡΙΖΑΤΕ ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΣΥΜΒΕΙ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;

	ΑΝΔΡΕΣ			ΓΥΝΑΙΚΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ			ΗΛΙΚΙΑ		
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ	20 - 30	31 - 50	ΣΥΝΟΛΟ
<i>ΝΑΙ</i>	5	3	8	13	17	30	18	20	38
<i>ΟΧΙ</i>	8	25	33	10	14	24	18	39	57

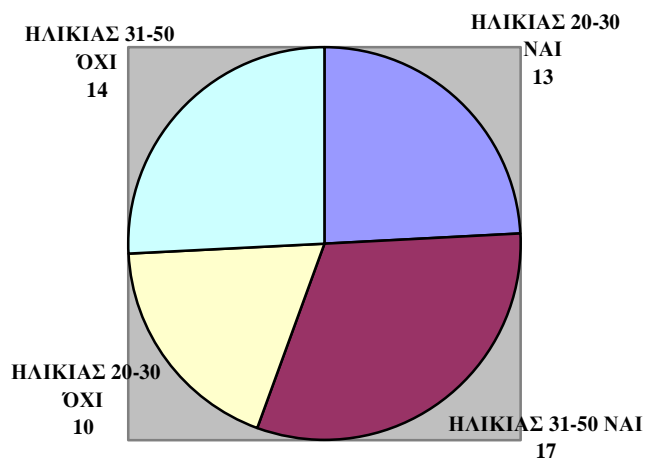
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 (ΑΝΔΡΕΣ)



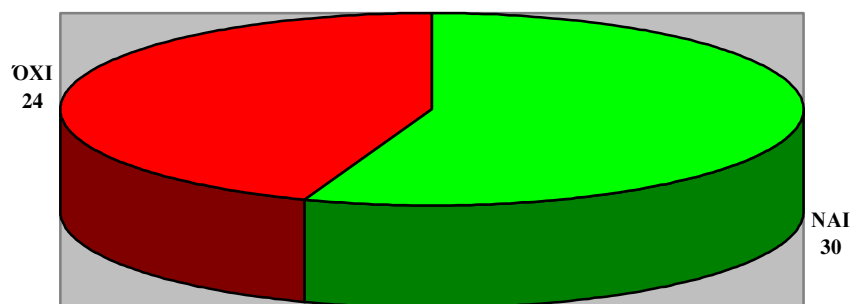
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 - ΑΝΔΡΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



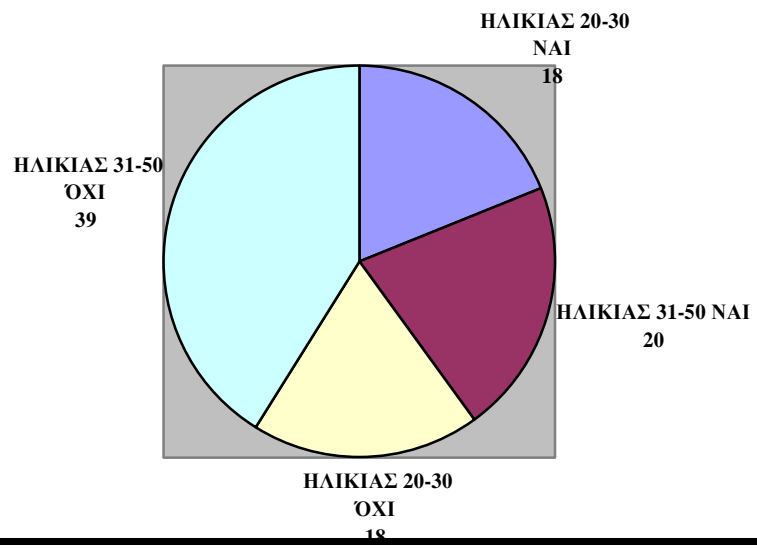
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



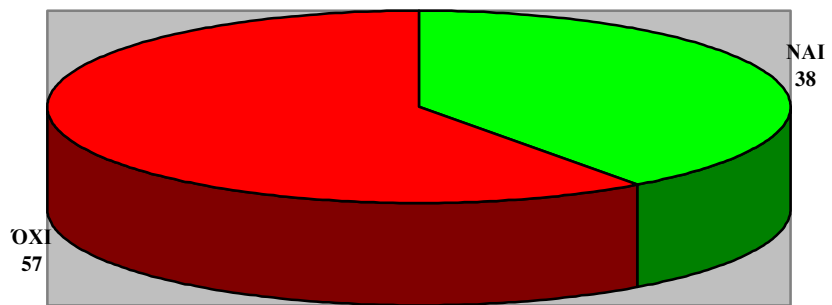
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 - ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7 (ΣΥΝΟΛΙΚΑ)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επί συνόλου 100 ατόμων που δόθηκε το ερωτηματολόγιο απάντησαν 95 από τους οποίους 41 άνδρες (13 ηλικίας 20-30 και 28 ηλικίας 31-50) και 54 γυναίκες (23 ηλικίας 20-30 και 31 ηλικίας 31-50). (σελ. 54,55).

Από τα 95 άτομα τα 26 ήταν άγαμα (17 ηλικίας 20-30 και 9 ηλικίας 31-50) και 69 έγγαμα (19 ηλικίας 20-30 και 50 ηλικίας 31-50). (σελ. 56-58).

Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων ήταν 19 απόφοιτοι λυκείου, 37 πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι, 26 διπλωματούχοι Α.Ε.Ι, 3 κάτοχοι μεταπτυχιακού και 10 με διδακτορικό. (σελ. 59-61).

II. ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Πιστεύεται ότι τα κακοποιημένα παιδιά είναι φαινόμενο των ημερών μας;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 23 ΝΑΙ (8 άνδρες και 15 γυναίκες) και 72 ΟΧΙ (33 άνδρες και 39 γυναίκες). (σελ. 62-64).

Παρατηρούμε εδώ ότι η πλειοψηφία των ατόμων πιστεύει ότι τα κακοποιημένα παιδιά δεν είναι φαινόμενο των καιρών μας και υπήρχε ανέκαθεν στα προηγούμενα χρόνια ζωής του ανθρώπου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ποιος νομίζεται από τους παρακάτω παράγοντες είναι ο σημαντικότερος που οδηγεί στην εγκατάλειψη και την κακοποίηση ενός παιδιού: α) ανισότητα, ανεργία, παγκοσμιοποίηση β) σχέσεις με οικογένεια και σύζυγο γ) προγραμματισμός και εμπειρίες εγκυμοσύνης δ) αλκοόλ, κακοποίηση του ίδιου του δράστη ε) γενετική προδιάθεση του δράστη ;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 16 το α) (7 άνδρες και 9 γυναίκες), 29 το β) (12 άνδρες και 17 γυναίκες), 17 το γ) (8 άνδρες και 9 γυναίκες), 26 το δ) (10 άνδρες και 16 γυναίκες), 7 το ε) (4 άνδρες και 3 γυναίκες). (σελ. 65-68).

Εδώ φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ατόμων της έρευνας πιστεύει σαν σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στην εγκατάλειψη και την κακοποίηση ενός παιδιού τις σχέσεις με την οικογένεια και την χρήση αλκοόλ, κακοποίηση του ίδιου του δράστη. Ακολουθούν σε μικρότερα

ποσοστά η ανισότητα, ανεργία, παγκοσμιοποίηση και προγραμματισμός και εμπειρίες εγκυμοσύνης.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Οι μελανιές, η έλλειψη τροφής, η απομόνωση θεωρούνται σημάδια κακοποίησης και εγκατάλειψης ενός παιδιού. Πιστεύεται ότι θα αναγνωρίζατε ένα τέτοιο θύμα στην καθημερινότητά σας;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 85 ΝΑΙ (34 άνδρες και 51 γυναίκες) και 10 ΟΧΙ (7 άνδρες και 3 γυναίκες). (σελ. 69-71).

Εδώ βλέπουμε και παρατηρούμε την πεποίθηση που υπάρχει στα άτομα της έρευνας ότι μπορούν να αναγνωρίσουν ένα κακοποιημένο παιδί που θα συναντήσουν από τα σημάδια κακοποίησης που θα φέρει.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Η σεξουαλική κακοποίηση είναι η λιγότερο ανιχνεύσιμη. Θα μπορούσατε να την αναγνωρίσετε σε ένα μέλος της οικογένειάς σας;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 40 ΝΑΙ (18 άνδρες και 22 γυναίκες) και 55 ΟΧΙ (23 άνδρες και 32 γυναίκες). (σελ. 72-74).

Παρατηρούμε εδώ ότι η πλειοψηφία πιστεύει ότι είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί έστω και αν αυτό είναι μέλος της οικογένειάς τους γιατί γνωρίζουν ότι ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί πέφτει συνήθως στην παγίδα του φόβου από τον δράστη αλλά και το πως θα το πει στο οικείο περιβάλλον του. Όσο μεγαλύτερο είναι το παιδί και όσο κακό ή αυστηρό – αυταρχικό οικογενειακό περιβάλλον υπάρχει τόσο δυσκολότερα αποκαλύπτεται δηλαδή μια υπάρχουσα σεξουαλική κακοποίηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Αν βρίσκατε τυχαία ένα κακοποιημένο παιδί θα καλούσατε την πρόνοια, την αστυνομία, το νοσοκομείο;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 91 ΝΑΙ (38 άνδρες και 52 γυναίκες) και 2 ΟΧΙ (άνδρες). (σελ. 75-77).

Εδώ παρατηρούμε την πλειοψηφία των ατόμων να υποστηρίζει ότι αν έβρισκε ένα κακοποιημένο παιδί θα ειδοποιούσε κάποιον αρμόδιο φορέα. Αυτό είναι ενθαρρυντικό σημείο της έρευνάς μας που δείχνει ότι στις μέρες μας η ευαισθησία και η ανάγκη προστασίας για ένα κακοποιημένο παιδί υπερτερεί σε σχέση με το φόβο καταγγελίας, εμπλοκής με το οικογενειακό του περιβάλλον, ακόμα δε και με τις δικαστικές αρχές.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Πιστεύετε ότι ένα ήσυχο οικογενειακό περιβάλλον βοηθά στο να αποκαλύπτει ένα παιδί οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση ;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 94 ΝΑΙ (40 άνδρες και 54 γυναίκες) και 1 ΟΧΙ (άνδρας). (σελ. 78-80).

Παρατηρούμε την πεποίθηση των ατόμων της έρευνάς μας ότι το καλό και ήσυχο οικογενειακό περιβάλλον είναι το καταλυτικό στοιχείο στο να αποκαλυφθεί άμεσα μια οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Θα αποκρύπτατε ενώ γνωρίζατε μια μορφή κακοποίησης που έχει συμβεί στο οικογενειακό σας περιβάλλον;

Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 38 ΝΑΙ (8 άνδρες και 30 γυναίκες) και 57 ΟΧΙ (33 άνδρες και 24 γυναίκες). (σελ. 81-83).

Εδώ παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων της έρευνας μας να δηλώνει ότι δεν θα απέκρυπτε μια μορφή κακοποίησης που θα συνέβαινε στο οικογενειακό περιβάλλον του. Υπάρχει όμως ένα μεγάλο ποσοστό που δείχνει την προσπάθεια να συγκαλυφτεί ένα τέτοιο γεγονός με την σκέψη της δημοσιότητας του θέματος και το αντίκτυπο που θα έχει στο κοινωνικό περιβάλλον αλλά και στην αντιμετώπιση του παιδιού από τον κοινωνικό περίγυρο.

Φαίνεται δηλαδή ότι σε αυτό το σημείο χρειάζεται να πεισθεί το κάθε άτομο ότι πρέπει να καταγγέλλει κάθε μορφή κακοποίησης ξεπερνώντας τα στενά όρια του καθωσπρεπισμού και να ζητάει την βοήθεια των αρμόδιων φορέων της πολιτείας αλλά και ιδιωτικών φορέων αν χρειάζεται, προκειμένου να σταματήσει η κακοποίηση και να λάβει δράση η θεραπεία.

Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι το *Χαμόγελο του παιδιού* για τα έτη **2001-2006** έχει καταγράψει 4000 κακοποιημένα και εγκαταλελειμμένα παιδιά στην Ελλάδα.

Επίσης το νοσοκομείο **Αλεξάνδρας** για τα έτη **2004 – 2006** έχει καταγράψει 1500 περιπτώσεις εγκατάλειψης παιδιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί αρχικά ότι σύμφωνα με το θεωρητικό μέρος κατά την έρευνα όσο μικρότερη ήταν η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο όσων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο τόσο λανθασμένες απαντήσεις λάβαμε.

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαμε βλέπουμε ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης και κατατόπισης στο φαινόμενο της εγκατάλειψης και κακοποίησης των παιδιών σε ένα μικρό όμως ποσοστό των εργαζομένων.

Αυτό οφείλεται στο ότι το κράτος τα τελευταία χρόνια συνειδητοποίησε τις διαστάσεις του προβλήματος.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις στην ερώτηση 4 διαπιστώνουμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει ότι η σεξουαλική κακοποίηση θα αποκρυπτόταν και έτσι θεωρούμε δεδομένη την απόκρυψη τέτοιων περιστατικών παλιότερα λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης που θα είχαν υποστεί τέτοια άτομα ύστερα από δημοσιοποίηση μιας τέτοιας κατάστασης.

Επίσης σύμφωνα με τις απαντήσεις στην ερώτηση 7 διαπιστώνουμε ότι ένα ήρεμο και γαλήνιο οικογενειακό περιβάλλον βοηθά στο να αναγνωρίζεται οποιοδήποτε είδος κακοποίησης και το σημαντικότερο να το προλαμβάνει σε σχέση με οικογένειες που επικρατεί αυταρχισμός, βία και μη δημοκρατική συμμετοχή των μελών.

Άρα πρέπει να γίνουν και άλλα προγράμματα και να δοθεί έμφαση στην πρόληψη, κυρίως την πρωτογενή, και σαφής ενημέρωση στους φορείς υγείας ώστε κανένα περιστατικό να μην περνά απαρατήρητο και κανένα περιστατικό να μην κρύβεται κυρίως λόγω των δικαστικών επακόλουθων.

Έτσι θα μειωθεί το φαινόμενο και η κοινωνία θα έχει υγιή παιδιά και κατά συνέπεια υγιείς αυριανούς πολίτες που θα είναι το μέλλον της χώρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος Α. – Γεωργοπούλου Δ., (1998). *Κοινωνική Πρόνοια, Θεσσαλονίκη, Τυποεκδοτική Ηπείρου ΕΠΕ*
- Γερμένης Τ., (1983). *Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών, Αθήνα, ΒΗΤΑ medical arts.*
- Γόγολος Ε., (2006). *Τα παιδιά μιμητές και θύματα των αρνητικών πράξεων και ενηλίκων, Τυποεκδοτική Ηπείρου ΕΠΕ.*
- Cohen L. - Manion L., (1997). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, Αθήνα, Μεταίχμιο.*
- Cuomo K., (2001). *Λέμε την αλήθεια στην εξουσία, Αθήνα, University studio press.*
- Candy-Davies-Ross, (2001). *Κλινική Παιδιατρική και Υγεία του Παιδιού, Αθήνα, Παρισιανούς.*
- Διονυσόπουλος Η., (2004). *Κακοποίηση των παιδιών: ένα κοινωνικό φαινόμενο όπως εμφανίζεται σήμερα, παραεργασία, Αθήνα.*
- Ιωαννίδης Κ., (2001). *Κακοποίηση Παιδιών, Ελευθεροτυπία.*
- Καππάτου Α., (2003). *Μεγαλώστε ευτυχισμένα παιδιά, Αθήνα, Μοντέρνοι Καιροί.*
- Κυριαζή Ν., (1994). *Η κοινωνιολογική έρευνα, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.*
- Λάμπρου Ν., (2005). *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Αθήνα, Πίτσας.*
- Marcoli A., (2001). *Ο θυμός των παιδιών, Αθήνα, University studio press.*
- Παναγόπουλος Π., (2001). *Προστατέψτε τα παιδιά, Υγεία και ευεξία.*
- Παυλίδου Κ., (1999). *Παιδιά με τέσσερις γονείς, Sante.*
- Παυλόπουλος Ν., (2001). *Κακοποιημένα τέκνα – Οι διαστάσεις του φαινομένου, Έθνος.*
- Πουλιάσης Σ., (2003). *Άσπλαχνη μάνα, Πατρίς.*
- Ραγιά Α., (1993). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.*
- Σαχίνη – Καρδάση Α., (2000). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Αθήνα*
- Σταθόπουλος Ν., (1996). *ON LINE κακοποίηση, Πρωινή.*
- Σεμινάριο, (2004). *Συμβουλευτική επιτροπή για την πρόληψη και καταπολέμηση της βίας.*

- The open university, (1985). *Κακοποίηση του παιδιού*, Άλφα.
- Τσιαντής Δ., (2004). *Ψυχικής υγείας του παιδιού και της οικογένειας*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- Τσιγκρής Α., (1996). *Ο Βιασμός*, Αθήνα, Σακκούλα.
- <http://www.ich.gr/rh-kakop.html>, 2006
- http://web.auth.gr/virtyal_school/1.Thory_research/congress_Papanikolaou.html, 2006
- <http://health.in.gr>, 2006
- <http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITES/kakop.html>, 2007