



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ  
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ  
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ»**

**«THE ROLE OF THE NURSE ON THE  
PREVENTION AND THE CONFRONTATION OF  
CHILDREN ABUSE»**



**ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:  
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ  
ΓΚΙΩΝΗ ΖΑΦΕΙΡΟΥΛΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
Δρ. ΜΑΡΙΑ ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ**

**ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2012**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους ανθρώπους που μας στήριξαν και μας βοήθησαν στη συγκέντρωση του απαραίτητου υλικού της παρούσας εργασίας και ιδιαίτερα την καθηγήτριά μας κα. Μπατσολάκη Μαρία για την καθοδήγησή της και τις πολύτιμες συμβουλές. Επιπλέον, ευχαριστούμε θερμά το προσωπικό του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παιδών, και συγκεκριμένα την κα. Μαλαχάτη, την Παιδιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου και το προσωπικό του Νοσοκομείου Αιγίου για τη συμπαράσταση και τη βοήθεια. Τέλος, ευχαριστούμε θερμά τους γονείς μας για τη στήριξη σε όλη αυτή την προσπάθεια.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Ιδιαίτερα η κακοποίηση των παιδιών αποτελεί την καταπάτηση των βασικών και αναφαίρετων δικαιωμάτων του παιδιού. Η παιδική κακοποίηση είναι διαδεδομένη και μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε κουλτούρα, εθνικότητα και κοινωνική τάξη. Μπορεί να έχει τη μορφή σωματικής, συναισθηματικής, λεκτικής ή σεξουαλική κακοποίησης. Κακοποίηση είναι επίσης και η παραμέληση του παιδιού που ενδέχεται να έχει τα ίδια αποτελέσματα με τις άλλες μορφές κακοποίησης, δηλαδή από τραυματισμούς έως και το θάνατο.

Σύμφωνα με τα γενικά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν τα κακοποιημένα παιδιά, εύκολα αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει σοβαρότατη διαταραχή στην προσωπικότητά τους που είναι πολύ πιθανόν να συνεχιστεί και κατά την ενηλικίωση τους. Είναι προφανές ότι το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει ένα κακοποιημένο παιδί χαρακτηρίζεται από απόρριψη και επιθετικότητα, γεγονός που δεν επιτρέπει τη δημιουργία θετικού περιβάλλοντος που συντελεί στην ωρίμανσή του.

Οι επιπτώσεις στα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας και ιδιαίτερα στα παιδιά είναι χρόνιες και σφραγίζουν ανεξίτηλα την βιοψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη αλλά και τη μετέπειτα πορεία τους ως ενήλικα άτομα, ως σύντροφοι, σύζυγοι και γονείς.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανάλυση του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι να καταγραφεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης. Αναλύθηκε επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλα τα στάδια της κακοποίησης του παιδιού, από τη διάγνωση του προβλήματος, την προσέγγιση στο παιδί και την οικογένειά του, έως τις τεχνικές που πρέπει να ακολουθήσει.

Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε είναι η συλλογή πληροφοριών και στοιχείων από δευτερογενείς πηγές όπως μελέτες και αναφορές, αναφορές περιπτώσεων και τη βιβλιογραφία, καθώς επίσης πρωτογενείς αναφορές περιπτώσεων από το ιντερνέτ και τη βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από εξειδικευμένα επιστημονικά περιοδικά και δημοσιεύσεις, καθώς επίσης και παιδιατρικά νοσοκομεία (Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων). Η αναζήτηση έγινε από το Απρίλιο 2012 έως και το Σεπτέμβριο 2012.

Τα **συμπεράσματα** της εργασίας είναι πολλαπλά. Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο εμφανίζεται σε όλες τις εποχές και τις κοινωνίες, με τραγικές συνέπειες. Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση όλων των μορφών επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Επίσης επιδράσεις της ενδοοικογενειακής βίας απέναντι στην ψυχολογική κατάσταση των παιδιών είναι καταλυτικές τόσο για την συγκεκριμένη φάση την οποία βρίσκονται όσο και για την μετέπειτα ζωή τους. Η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος πρόληψης για το πρόβλημα της κακοποίησης κρίνεται αναγκαία. Ωστόσο, η επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης, προϋποθέτει συνεργασία και συντονισμό μεταξύ φορέων.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1: Η παιδική κακοποίηση	9
1.1. Ιστορική αναδρομή	9
1.2. Ορισμοί	10
1.3. Διακήρυξη των δικαιωμάτων του παιδιού	11
1.3.1. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού	11
1.3.2. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού	12
1.3.3. Συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων	14
1.4. Είδη παιδικής κακοποίησης	16
1.4.1. Σωματική Κακοποίηση	16
1.4.2. Ψυχολογική Κακοποίηση	18
1.4.3. Παραμέληση	21
Σωματική παραμέληση	21
Συναισθηματική παραμέληση	22
1.4.4. Σεξουαλική παραβίαση – Αιμομιξία	23
1.4.5. Εκμετάλλευση – Εργασία	24
1.4.6. Νέες μορφές κακοποίησης	27
1.4.6.1. Μη τυχαία δηλητηρίαση	27
1.4.6.2. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή	27
1.4.6.3. Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου	28
1.4.6.4. Κακοποίηση εμβρύου	28
1.5. Ο ρόλος της οικογένειας	28
1.6. Στοιχεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό	29
1.6.1. Ελλάδα	30
1.6.2. Εξωτερικό	31
Κεφάλαιο 2: Πρόληψη παιδικής κακοποίησης	33
2.1. Επίπεδα πρόληψης	33
2.2. Θεσμικό πλαίσιο	35
2.3. Ο Συνήγορος του Παιδιού	36
2.4. Εφαρμογή Ευεργετικών Κοινωνικών και Οικονομικών Πολιτικών	37
2.5. Μεταβολή των Κοινωνικών και Πολιτισμικών Προτύπων	37
2.6. Μείωση των Οικονομικών Ανισοτήτων	38
2.7. Καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας	38
2.8. Οι Στρατηγικές Ανθρωπίνων Σχέσεων	40
2.9. Ατομικές στρατηγικές	42
2.10. Τεχνικές αποφυγής πιθανών κινδύνων	43
2.11. Συμβουλές που μπορούν να εφαρμοστούν σε παιδιά από 3 ετών και πάνω	43
2.12. Μοντέλα παιδικής προστασίας	44
Κεφάλαιο 3: Αντιμετώπιση παιδικής κακοποίησης	45
3.1. Σύνδρομο σωματικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτίας	46
3.2. Θεραπευτική παρέμβαση σε οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους	47
3.3. Θεραπεία με επίκεντρο τους γονείς	48
3.4. Θεραπεία με επίκεντρο το παιδί	49

3.5. Θεραπεία μέσω θετής οικογένειας	50
3.6. Αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης	51
3.7. Νομική Αντιμετώπιση της Κακοποίησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη	52
3.7.1. Ευρωπαϊκή νομοθεσία	
3.7.2. Ελληνική νομοθεσία	53
3.8. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης	55
3.8.1. Διεθνές Κέντρο για Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (ICMEC)	55
3.8.2. Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (National Centre for Missing and Exploited Children)	56
3.8.3. Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων	57
3.8.4. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού	57
3.8.5. Το Χαμόγελο του Παιδιού	58
3.8.6. Ξενώνας SOS – ΕΛΙΖΑ	59
3.8.7. Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο.)	60
3.8.8. Κέντρο βρεφών «Μητέρα»	60
Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή	62
4.1. Νοσηλευτική προσέγγιση	62
4.2. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης	63
4.3. Διαγνωστική εκτίμηση της σεξουαλικής κακοποίησης	65
4.4. Θεραπευτική προσέγγιση οικογένειας	66
4.5. Χιούμορ και νοσηλευτική διεργασία	67
4.6. Νέες προσεγγίσεις αντιμετώπισης	69
4.7. Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής	70
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα- προτάσεις	72
Νοσηλευτική διεργασία	78
Παράρτημα I	92
Βιβλιογραφία	94

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση δεν αποτελεί απλά φαινόμενο της εποχής μας. Πρόκειται για ένα φαινόμενο, άμεσα συνδεδεμένο με πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες και εξαρτάται από τα εκάστοτε πρότυπα της κοινωνίας σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς προς τα παιδιά. Το βασικό χαρακτηριστικό της παιδικής κακοποίησης είναι ακριβώς αυτό το γεγονός, δηλαδή ότι η βία μέσω όλων των μορφών με τις οποίες εκδηλώνεται, απευθύνεται σε παιδιά. Σε άτομα τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να υπερασπισθούν τον εαυτό τους και τα δικαιώματά τους. Το παιδί υπήρξε και εξακολουθεί να είναι το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των ενηλίκων. Η φυσική του αδυναμία, χρόνια τώρα το καθιστά εύκολο στόχο<sup>1</sup>.

Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης.

Η κακοποίηση είναι μια βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ή ενέργεια που δημιουργεί βλάβη, τραύμα, πόνο, φόβο, απειλή, αίσθημα δυσαρέσκειας, δυσφορία, αποστροφή, ενοχές και έχει αρνητική επίδραση στο άτομο που την δέχεται. Την κακοποίηση δεν την κάνουν μόνο τα ορατά σημάδια στο σώμα ενός παιδιού. Παράλληλα, παρουσιάζουν κοινά ψυχιατρικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία μας βοηθούν να αντιληφθούμε ότι μπορεί να προκληθεί σοβαρότατη διαταραχή στην προσωπικότητά του παιδιού η οποία συνεχίζεται κατά την ενηλικίωσή του.

Ωστόσο, η παιδική κακοποίηση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα χωρίς λύση. Κάθε περιστατικό βίας πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μεμονωμένο σημαντικό περιστατικό το οποίο αποτελεί άμεσο επακόλουθο μιας κοινωνίας που νοσεί.

Η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, δυστυχώς, είναι αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί γιατί κατά κύριο λόγο απαιτείται η αναγνώριση πρώτα του προβλήματος. Ωστόσο για να υπάρξει καλύτερη προληπτική αντιμετώπιση απαιτούνται δραστικές τομές στις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες και στην στάση του παιδιού, καθώς επίσης και η υιοθέτηση τεχνικών αποφυγής κινδύνων που θα διδάσκονται σε γονείς και παιδιά.

Η παιδική ηλικία αποτελεί μια ξεχωριστή κοινωνική κατηγορία και ένα ουσιώδες δομικό στοιχείο όλων των κοινωνιών. Η ποιότητα των αυριανών κοινωνιών, εξαρτάται άμεσα από την ποιότητα των συνθηκών κάτω από τις οποίες θα αναπτυχθούν ως άρτιες βιοψυχοκοινωνικές οντότητες, τα παιδιά του σήμερα. Τα παιδιά είναι το μέλλον. Και αυτό το μέλλον, το εξασφαλίζει ένα υγιές παρόν. Ένα παρόν που θα προσφέρει φροντίδα, σεβασμό, ερεθίσματα υγείας, γνώσεις, έπαινο, ασφάλεια και αγάπη στα παιδιά του<sup>2</sup>.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι να καταγραφεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης. Επιμέρους σκοποί της μελέτης είναι η παρουσίαση της παιδικής κακοποίησης ως έννοιας, καθώς επίσης και

των μορφών της. Αναλύθηκαν επίσης και οι μορφές πρόληψης και αντιμετώπισης και θεραπείας της παιδικής κακοποίησης. Επίσης, έγινε συνοπτική παρουσίαση των φορέων που λειτουργούν στην Ελλάδα για τους σκοπούς αυτούς. Αναλύθηκε επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλα τα στάδια της κακοποίησης του παιδιού, από τη διάγνωση του προβλήματος, την προσέγγιση στο παιδί και την οικογένειά του, έως τις τεχνικές που πρέπει να ακολουθήσει.

Η **μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε είναι η συλλογή πληροφοριών και στοιχείων από δευτερογενείς πηγές όπως μελέτες και αναφορές, αναφορές περιπτώσεων και τη βιβλιογραφία, καθώς επίσης πρωτογενείς αναφορές περιπτώσεων από το ίντερνέτ και τη βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από εξειδικευμένα επιστημονικά περιοδικά και δημοσιεύσεις, καθώς επίσης και παιδιατρικά νοσοκομεία (Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων). Η αναζήτηση έγινε από το Απρίλιο 2012 έως και το Σεπτέμβριο 2012.

Τα **συμπεράσματα** της εργασίας είναι πολλαπλά. Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο εμφανίζεται σε όλες τις εποχές και τις κοινωνίες, με τραγικές συνέπειες. Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση όλων των μορφών επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Επίσης είναι πασιφανές ότι οι επιδράσεις της ενδοοικογενειακής βίας απέναντι στην ψυχολογική κατάσταση των παιδιών είναι καταλυτικές τόσο για την συγκεκριμένη φάση την οποία βρίσκονται όσο και για την μετέπειτα ζωή τους. Παρόλα αυτά, τα στατιστικά στοιχεία παρουσιάζουν μία γενικότερη αύξηση του φαινομένου τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες.

Αυτό που κρίνεται αρχικά αναγκαίο, είναι η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος πρόληψης για το πρόβλημα της κακοποίησης, των οποίων οι στόχοι θα σχετίζονται άμεσα με την οργάνωση και δομή των κατάλληλων υπηρεσιών. Αναντίλεκτο, θεωρείται το γεγονός ότι η επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης, προϋποθέτει συνεργασία και συντονισμό μεταξύ φορέων, όπως τα νοσοκομεία και τα σχολεία που, στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει. Οι φορείς της πολιτεία, οι κοινωνικές υπηρεσίες αλλά και καθένας ξεχωριστά είναι υπεύθυνος να αποτρέψει την κακοποίηση των παιδιών ευαισθητοποιώντας την ανθρώπινη φύση για ένα καλύτερο αύριο, για ένα καλύτερο κόσμο γεμάτο χαρά, υγεία και ευτυχία.



# Κεφάλαιο 1: Η παιδική κακοποίηση

## 1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο άνθρωπος παρά την πρόοδο και την ανάπτυξη την οποία γνώρισε εξακολουθεί πάντα να διατηρεί το πρωτόγονο ένστικτο της επικράτησης του ισχυρότερου. Το παιδί υπήρξε και εξακολουθεί να είναι το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των μεγάλων, αφού φυσική του αδυναμία, το καθιστά εύκολο στόχο.

Αναφορές στην κακοποίηση του παιδιού υπάρχουν ακόμη και στην ελληνική μυθολογία. Σύμφωνα με τον Ησίοδο, η Ήρα θυμωμένη επειδή ο σύζυγος της Ζευς είχε ερωτικές σχέσεις και με άλλες γυναίκες, γέννησε τον Ήφαιστο. Επειδή ο Ήφαιστος ήταν άσχημος και κουτσός, η Ήρα δεν το άντεξε και έτσι τον πέταξε από τον Όλυμπο στην θάλασσα. Ο Ήφαιστος τελικά, σώθηκε από τη Θέτιδα και την Ευρυνόμη και πάντα μισούσε τη μητέρα του. Ήταν πάντα βίαιος και ο γάμος του με την Αφροδίτη απέτυχε. Η ιστορία του Ήφαιστου αποτελεί μία κλασσική περίπτωση βίας στην οικογένεια και διαγενεακής αναπαραγωγής της<sup>3</sup>.

Ιστορικά ο Καιάδας στη Σπάρτη αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα άσκησης βίας από τους γονείς προς τα παιδιά. Τα απόλυτα και βάρβαρα δικαιώματα της πατρικής εξουσίας δεν περιορίζονται μόνο στο Ρωμαϊκό δίκαιο, αλλά και στο αρχαίο Ελληνικό. Η θυσία της Ιφιγένειας από τον Αγαμέμνονα, θα θυμίζει πάντοτε το δικαίωμα του πατέρα στη ζωή του τέκνου του. Επίσης υπήρχαν χρονικές περίοδοι, στις οποίες, ο πατέρας εκτός από το δικαίωμα θανάτωσης του παιδιού του, το οποίο άρχισε σιγά, σιγά να εκλείπει, διατηρούσε και το δικαίωμα έκθεσης, αποκλήρυξης, ή και πώλησης του τέκνου και φυσικά το δικαίωμα αυστηρού και ανεξέλεγκτου σωφρονισμού<sup>4</sup>. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου το δίκαιο περιελάμβανε το δικαίωμα δικαστικής δίωξης του υπαίτιου σωματικών βλαβών, είναι αμφίβολο αν αφορούσε και τον πατέρα, ο οποίος, υπερβαίνοντας τα όρια του σωφρονισμού, προξενούσε βλάβη της υγείας του τέκνου. Σε γενικές γραμμές ο πατέρας ασκούσε απόλυτη και δυστυχώς ακραία πολλές φορές εξουσία, πάνω στο παιδί του. Αλλά και στα ευρωπαϊκά έθνη, το δικαίωμα της πώλησης του τέκνου αναγνωριζόταν στον πατέρα μέχρι την εποχή του Καρλομάγνου.

Η κατάσταση όμως αυτή κάποια στιγμή μεταβλήθηκε. Ο σταδιακός εξανθρωπισμός του δικαίου, που άρχισε με την επίδραση του χριστιανισμού και πήρε μεγαλύτερες διαστάσεις με την αναγέννηση και τις ουμανιστικές αντιλήψεις, επηρέασε και το μέχρι τότε σχεδόν ανεξέλεγκτο δικαίωμα του σωφρονισμού, που κάλυπτε όχι μόνο απλές καταχρήσεις του, αλλά και περιπτώσεις μαστιγώσεων, βασανισμών, τυραννικής συμπεριφοράς και καθημερινών μαρτυριών.

Η ουσιαστική αποκάλυψη του φαινομένου άρχισε από την σωματική κακοποίηση. Το 1962 μία τριμελής ομάδα επιστημόνων, υπό τον καθηγητή της Παιδιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Denver του Colorado των Η.Π.Α. Henry Kempe, στην οποία μετείχαν και οι F. N. Silverman (παιδοακτινολόγος) και Br. F. Steel (παιδοψυχίατρος), δημοσίευσε την πρώτη εμπεριστατωμένη εργασία, στην οποία έκαναν λόγο για το «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» (the battered child syndrome). Αρχικά υπήρξε μία γενική δυσπιστία, όπως είχε συμβεί και με ανάλογες

μελέτες – δημοσιεύσεις, οι οποίες είχαν περάσει απαρατήρητες. Ο λόγος ήταν ότι το κοινό, δεν μπορούσε να δεχτεί ότι οι γονείς που φροντίζουν τα παιδιά, είναι δυνατό να τα κακοποιούν. Επρόκειτο βέβαια για περιπτώσεις άδηλης εγκληματικότητας, όπου οι γονείς αναγκάζονταν να καταφύγουν για τη νοσηλεία των παιδιών τους στα νοσοκομεία, δίνοντας αντιφατικές και περίεργες εξηγήσεις και δικαιολογίες σχετικά με τις σωματικές βλάβες των ανηλίκων, στην προσπάθεια τους να αποκρύψουν τα πραγματικά αίτια. Επειδή κυριαρχούσε το άλλοθι του καλού γονέα, κάθε ένσταση ήταν εκ των προτέρων καταδικασμένη<sup>5</sup>.

Πρώτος λοιπόν ο Henry Kempe, μαζί με τους συνεργάτες του, ήταν αυτός ο οποίος στο άρθρο που αναφέραμε παραπάνω, παρουσίασε σφαιρικά το πολύ σημαντικό αυτό πρόβλημα. Το άρθρο του αυτό, ουσιαστικά επισημοποίησε τον όρο «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού», οι τρεις συγγραφείς επιστούν την προσοχή των παιδίατρων στο ότι οι κυανώσεις (μελανιάσματα), στο σώμα των βρεφών<sup>6</sup>, τα κατάγματα και τα υποσκληρίδια αιματώματα πρέπει να εξετάζονται πάντα σε σχέση και σε αντιστοιχία με τα περιστατικά του «ατυχήματος», όπως τα διηγούνται οι γονείς. Εφόσον όμως υπάρξει αναντιστοιχία, η δικαιολογία του ατυχήματος, πρέπει να απορρίπτεται και να διερωτώνται οι αρμόδιοι, μήπως οι ίδιοι οι γονείς επέφεραν τα τραύματα αυτά στο παιδί. Επιστούν επίσης την προσοχή στους παιδίατρους, μήπως η τυχόν καθυστέρηση ανάπτυξης του παιδιού μη οργανικής αιτιολογίας, δεν είναι τίποτε άλλο παρά παραμέληση της χορήγησης της απαραίτητης τροφής και παροχής μητρικών φροντίδων.

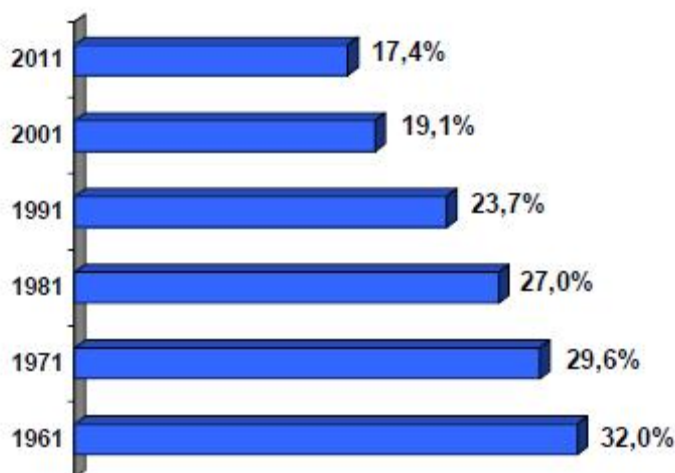
Το άρθρο αυτό αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης, της διεπιστημονικής αντιμετώπισης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Ο Kempe αφιέρωσε ολόκληρη τη ζωή του στην προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης, άμεσης αντιμετώπισης και θεραπείας του φαινομένου της κακοποίησης των ανηλίκων. Χαρακτηριστικό του πάθους και της προσφοράς του είναι το γεγονός, ότι ο ίδιος αγανακτούσε μαζί με τους παιδίατρους, όταν τα κακοποιημένα παιδιά επέστρεφαν στο σπίτι στους γονείς - βασανιστές τους, για να επιστρέψουν σε λίγο καιρό πάλι στο νοσοκομείο κακοποιημένα. Ο ίδιος δεν σταμάτησε καθ'όλη την διάρκεια της ζωής του να εφοδιάζει με γνώσεις τους παιδίατρους και παιδοχειρουργούς για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και καταπολέμηση του φαινομένου. Πολλές φορές αγανακτούσε μαζί τους όταν άφηναν τους γονείς να ξαναπάρουν μαζί τους τα παιδιά τους, συναινώντας με αυτό τον τρόπο στην συνέχιση της κακοποίησης.

Το πολύ σημαντικό πρόβλημα της παιδικής κακοποίησης στο εσωτερικό της οικογένειας, το οποίο αποκαλύφθηκε από την συμπτωματολογία, δεν ήταν μόνο, ιατρικής φύσης αλλά και κοινωνικής, νομικής ακόμα και ψυχολογικής, άρα η αντιμετώπιση μόνο από τους παιδίατρους δεν αρκούσε. Χρειαζόταν άμεσα η συνδρομή και άλλων επιστημών και ιδιαίτερα της δικαιοσύνης. Το επόμενο βήμα ήταν η προσαρμογή των νομοθετικών κειμένων σε μία νέα πραγματικότητα, την ενδοοικογενειακή κακοποίηση των ανηλίκων καθώς και η ενημέρωση του νομικού κόσμου, δικαστών, εισαγγελέων και δικηγόρων<sup>7</sup>.

## 1.2. Ορισμοί

**Παιδί** ονομάζεται ο άνθρωπος από τη γέννηση μέχρι και την εφηβεία του. Ο νομικός ορισμός του παιδιού γενικά αναφέρεται στον ανήλικο, δηλαδή σε ένα πρόσωπο

μικρότερο από την ηλικία ενηλικίωσης. Η λέξη παιδί μπορεί επίσης να περιγράψει τη σχέση των τέκνων σε σχέση με τους γονείς τους στα πλαίσια μίας οικογένειας ή να προσδιορίζει την συμμετοχή σε μία φυλή, γενιά ή θρησκεία. Βιολογικά παιδί είναι ο κάθε άνθρωπος που βρίσκεται στο αναπτυξιακό στάδιο της παιδικής ηλικίας, μεταξύ της βρεφικής ηλικίας και της ενηλικίωσης<sup>8</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία της Unicef, το Ποσοστό των παιδιών στο σύνολο του πληθυσμού το 2011 ήταν 17,4%.



*Πίνακας 1. ποσοστό παιδιών*

**Δικαίωμα** λέγεται η υπό του Δικαίου παρεχόμενη σε πρόσωπο εξουσία προς προστασία του έννομου συμφέροντός του. Την εξουσία αυτή του προσώπου που αναγνωρίζει ο νόμος, απορρέει, επιβάλλεται, προστατεύεται και επανορθώνεται (σε περίπτωση προσβολής του) από τον ίδιο τον νόμο. Δικαίωμα λοιπόν είναι κάτι που αποδέχεται όλη η κοινωνία, το να ζούμε ελεύθεροι, να μιλάμε, να σπουδάζουμε κλπ<sup>9</sup>.

### 1.3. Διακήρυξη των δικαιωμάτων του παιδιού

Για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού έχουν θεσπιστεί η Διακήρυξη και η Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού.

#### 1.3.1. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού

Τα δικαιώματα του παιδιού προστατεύονται από την διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού. Εκτός όμως αυτής της Σύμβασης η οποία ισχύει έως και σήμερα είχε γίνει και παλαιότερα αντίστοιχη προσπάθεια με σκοπό την προστασία αυτών των δικαιωμάτων με την Διακήρυξη δικαιωμάτων του παιδιού από των Ο.Η.Ε, στις 20 Νοέμβριου του 1959 ( Απόφαση 1386).

Σύμφωνα με αυτή την Διακήρυξη η Γενική Συνέλευση, προκηρύσσει αυτή τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού, που αποσκοπεί στο να μπορεί να έχει μια ευτυχή παιδική ηλικία και να απολαμβάνει, για το καλό το δικό του και της κοινωνίας, τα δικαιώματα και τις ελευθερίες που με αυτή (τη διακήρυξη) θεσπίζονται και καλεί τους γονείς, τους άνδρες και τις γυναίκες ως άτομα, και τους οργανισμούς εθελοντών, τις τοπικές αρχές και τις εθνικές Κυβερνήσεις να αναγνωρίσουν αυτά τα δικαιώματα και να αγωνιστούν για την εφαρμογή τους με νομοθετικά και άλλα μέτρα που παίρνονται προοδευτικά, σύμφωνα με τις ακόλουθες αρχές:

Αρχή 1. Το παιδί θα απολαμβάνει όλα τα δικαιώματα που εκτίθενται σε αυτή τη Διακήρυξη. Κάθε παιδί χωρίς καμιά εξαίρεση, θα έχει αυτά τα δικαιώματα, χωρίς διάκριση ή διαχωρισμό λόγω φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικής ή άλλης γνώμης, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, φτώχειας, γέννησης ή άλλης κατάστασης δικής του ή της οικογένειάς του.

Αρχή 2. Το παιδί θα απολαμβάνει τα αγαθά της κοινωνικής ασφάλισης. Θα έχει το δικαίωμα να μεγαλώνει και να αναπτύσσεται υγιεινά γι' αυτό θα παρέχεται ειδική φροντίδα και προστασία και σ' αυτό και στη μητέρα του, περιλαμβάνουσα επαρκή προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. Το παιδί θα έχει το δικαίωμα για επαρκή διατροφή, στέγαση, ψυχαγωγία και ιατρική βοήθεια.

Αρχή 3. Στο παιδί που είναι σωματικά, πνευματικά ή κοινωνικά μειονεκτικό θα παρέχεται ειδική μεταχείριση, εκπαίδευση και φροντίδα που απαιτείται από την ιδιαίτερη κατάσταση του.

Αρχή 4. Το παιδί, για την πλήρη και αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, χρειάζεται αγάπη και κατανόηση. Θα μεγαλώνει, όπου είναι δυνατό, με τη φροντίδα και την ευθύνη των γονέων του και, «εν πάση περιπτώσει», σε μια ατμόσφαιρα στοργής και ηθικής και σωματικής (υλικής) ασφάλειας ένα παιδί τρυφερής ηλικίας δε θα αποχωρίζεται από τη μητέρα του, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις. Η κοινωνία και οι δημόσιες αρχές θα χουν καθήκον να προσφέρουν ιδιαίτερη φροντίδα σε παιδιά χωρίς οικογένεια και σε αυτά που δεν έχουν επαρκή μέσα υποστήριξης. Κρατική επιχορήγηση και άλλη βοήθεια για την υποστήριξη των παιδιών μεγάλων οικογενειών, είναι επιθυμητή.

Αρχή 5. Το παιδί σε όλες τις περιπτώσεις θα είναι μεταξύ των πρώτων που θα απολαμβάνουν προστασία και περίθαλψη.

Αρχή 9. Το παιδί θα προστατεύεται από κάθε μορφή αμέλειας, σκληρότητας και εκμετάλλευσης και δε θα είναι το υποκείμενο οποιασδήποτε δοσοληψίας. Το παιδί δε θα επιτρέπεται να εργάζεται πριν από κάποια ελάχιστη ηλικία σε καμιά περίπτωση δε θα γίνεται αιτία ή θα του επιτρέπεται να ασχολείται σε οποιοδήποτε επάγγελμα ή εργοδοσία, που θα ζημιώνει την υγεία του ή την εκπαίδευσή του ή θα ερχόταν σε σύγκρουση με τη σωματική, πνευματική η ηθική του ανάπτυξη.

Αρχή 10. Το παιδί θα προστατεύεται από δραστηριότητες που θα μπορούσαν να δυναμώσουν φυλετική, θρησκευτική και κάθε άλλης μορφής διάκριση. Θα ανατρέφεται σε ένα πνεύμα κατανόησης, ανεκτικότητας, φιλίας ανάμεσα στους λαούς, ειρήνης και παγκόσμιας αδελφοσύνης, και με πλήρη συνείδηση ότι η ενεργητικότητα και το ταλέντο του θα αφιερώνονται στην εξυπηρέτηση των συνανθρώπων του<sup>10</sup>.

### 1.3.2. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού

Μετά την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ο.Η.Ε. ψηφίστηκε το 1989 η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Είναι μια διεθνής συνθήκη ανθρωπίνων δικαιωμάτων που λέει πως όλα τα παιδιά γεννιούνται με βασικές ελευθερίες και δικαιώματα. Επίσης ρυθμίζει τις υποχρεώσεις των κρατών για την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού. Μια τέτοια συνθήκη αποτελεί μια συμφωνία μεταξύ ανθρώπων ή κρατών όπου όλοι συμφωνούν να υπακούουν στον ίδιο νόμο. Η

Σύμβαση καθορίζει το εύρος των δικαιωμάτων τα οποία οφείλουν να απολαμβάνουν τα παιδιά οπουδήποτε. Θέτει τις βασικές προϋποθέσεις για την ευημερία των παιδιών στα διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους και είναι ο πρώτος παγκόσμιος, νομικά δεσμευτικός, κώδικας δικαιωμάτων των παιδιών στην ιστορία<sup>11</sup>. Αποτελείται από 54 άρθρα και ξεκίνησε με πρωτοβουλία της Πολωνικής κυβέρνησης και της UNICEF, Υιοθετήθηκε ομόφωνα από τη Γεν. Συνέλευση του ΟΗΕ στις 20 Νοεμβρίου 1989 και τέθηκε σε ισχύ το 1990. Έως σήμερα έχει επικυρωθεί από 193 χώρες, Στην πραγματικότητα, μόνο δύο χώρες στον κόσμο - η Σομαλία και οι Ηνωμένες Πολιτείες - δεν έχουν δώσει στη Σύμβαση νομική ισχύ, αν και οι δύο την έχουν υπογράψει. Στην Ελλάδα κυρώθηκε στις 2 Δεκεμβρίου του 1992 με τον Ν.2101/92.Ν. 2101/92 (ΦΕΚ Α' 192)<sup>12</sup>. Μέσα στη Σύμβαση βρίσκονται τα δικαιώματα κάθε παιδιού που αφορούν την κακοποίηση και είναι τα εξής.

Άρθρο 1

Καθένας κάτω των 18 έχει αυτά τα δικαιώματα.

Άρθρο 9

Έχεις το δικαίωμα να μένεις με τους γονείς (ή γονέα) σου, εκτός και αν αυτό είναι κακό για σένα. Έχεις το δικαίωμα να ζεις με μια οικογένεια που νοιάζεται για σένα.

Άρθρο 11

Έχεις το δικαίωμα να προστατεύεσαι από απαγωγή.

Άρθρο 16

Έχεις δικαίωμα σεβασμού στην ιδιωτική σου ζωή.

Άρθρο 18

Έχεις το δικαίωμα να μεγαλώσεις με τους γονείς (ή γονέα) σου αν αυτό είναι δυνατό.

Άρθρο 19

Έχεις το δικαίωμα να προστατεύεσαι από το να πάθεις κακό ή να σε κακομεταχειριστούν, στο σώμα ή το μυαλό.

Άρθρο 20

Έχεις το δικαίωμα σε ειδική φροντίδα και βοήθεια αν δεν μπορείς να ζήσεις με τους γονείς σου.

Άρθρο 21

Έχεις δικαίωμα σε φροντίδα και προστασία αν σε υιοθετήσουν ή σε αναλάβει ανάδοχη οικογένεια.

Άρθρο 25

Αν ζεις κάτω από τη φροντίδα άλλων ή σε άλλες καταστάσεις μακριά από το σπίτι σου, έχεις δικαίωμα να εξετάζονται τακτικά οι συνθήκες κάτω από τις οποίες ζεις για να φανερωθεί αν είναι οι πιο κατάλληλες.

Άρθρο 33

Έχεις δικαίωμα προστασίας από επιβλαβή ναρκωτικά και από το εμπόριο ναρκωτικών.

#### Άρθρο 34

Έχεις δικαίωμα σε μια ζωή ελεύθερη από σεξουαλική κακοποίηση.

#### Άρθρο 35

Κανείς δεν επιτρέπεται να σε απαγάγει ή να σε πουλήσει.

#### Άρθρο 36

Έχεις δικαίωμα προστασίας από κάθε μορφή εκμετάλλευσης.

#### Άρθρο 37

Κανείς δεν επιτρέπεται να σε τιμωρήσει με σκληρό ή επιβλαβή τρόπο.

#### Άρθρο 38

Έχεις δικαίωμα σε προστασία και ελευθερία από τον πόλεμο. Παιδιά κάτω των 15 ετών δεν μπορούν να αναγκαστούν να πάνε στο στρατό ή να συμμετέχουν σε πολέμους.

#### Άρθρο 39

Έχεις δικαίωμα σε βοήθεια αν πληγωθείς, αν παραμεληθείς ή αν σε κακομεταχειρισθούν.

#### Άρθρο 41

Εάν οι νόμοι της χώρας παρέχουν καλύτερη προστασία στα δικαιώματά σου από ότι τα άρθρα αυτής της Σύμβασης, τότε αυτοί οι νόμοι πρέπει να εφαρμόζονται. Τα άρθρα όμως που περιέχει η Σύμβαση μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις ευρύτερες κατηγορίες:

- ◆ Τα δικαιώματα επιβίωσης. Εξασφαλίζουν την κάλυψη των βασικότερων αναγκών που έχει ο καθένας μας για να μπορεί να επιβιώσει. Μεταξύ άλλων το δικαίωμα στέγης, δηλαδή να έχει το κάθε παιδί ένα μέρος όπου να μπορεί να διαμένει με ασφάλεια και με κάποια επαρκή ποιότητα ζωής. Επίσης το δικαίωμα για επαρκή φαγητό και πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες, όταν αυτό είναι αναγκαίο.
- ◆ Τα δικαιώματα προστασίας. Αυτά τα δικαιώματα προστατεύουν όλα τα παιδιά από τη βία από ενήλικες, από βασανιστήρια και εκμετάλλευση, αλλά και απαγορεύουν την ανάμειξη παιδιών σε πολέμους και την υποβολή παιδιών σε εργασία.
- ◆ Τα δικαιώματα ανάπτυξης και εξέλιξης. Τα δικαιώματα αυτά φροντίζουν ώστε το κάθε παιδί να μπορέσει να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες που έχει και να αναπτυχθεί όσο το καλύτερο δυνατό. Μεταξύ άλλων λοιπόν έχει το δικαίωμα για μόρφωση, για ελευθερία της σκέψης, της θρησκείας, του λόγου και της συνείδησης αλλά και για παιχνίδι και αναψυχή.
- ◆ Τα δικαιώματα συμμετοχής. Και τα παιδιά είναι παρά της μικρής τους ηλικίας μικροί πολίτες, γι' αυτό και πρέπει να έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν και να εκφέρουν άποψη σε ζητήματα που τα αφορούν αλλά και σε άλλα θέματα<sup>13</sup>.

#### 1.3.3. Συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων

Το ελληνικό Σύνταγμα λαμβάνει μέριμνα για τα δικαιώματα του ανθρώπου αλλά αναφέρεται και συγκεκριμένα στην προστασία της παιδικής ηλικίας. Τα άρθρα του Συντάγματος μέσα στα οποία περιλαμβάνονται αυτά τα δικαιώματα είναι:

#### Άρθρο 4: (Ισότητα των Ελλήνων)

1. Οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου.
2. Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις.
3. Έλληνες πολίτες είναι όσοι έχουν τα προσόντα που ορίζει ο νόμος. Επιτρέπεται να αφαιρεθεί η ελληνική ιθαγένεια μόνο σε περίπτωση που κάποιος απέκτησε εκούσια άλλη ιθαγένεια ή που ανέλαβε σε ξένη χώρα υπηρεσία αντίθετη προς τα εθνικά συμφέροντα, με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία που προβλέπει ειδικότερα ο νόμος.
4. Μόνο Έλληνες πολίτες είναι δεκτοί σε όλες τις δημόσιες λειτουργίες, εκτός από τις εξαιρέσεις που εισάγονται με ειδικούς νόμους.
5. Οι Έλληνες πολίτες συνεισφέρουν χωρίς διακρίσεις στα δημόσια βάρη, ανάλογα με τις δυνάμεις τους.
6. Κάθε Έλληνας που μπορεί να φέρει όπλα είναι υποχρεωμένος να συντελεί στην άμυνα της Πατρίδας, σύμφωνα με τους ορισμούς των νόμων.
7. Τίτλοι ευγένειας ή διάκρισης ούτε απονέμονται ούτε αναγνωρίζονται σε Έλληνες πολίτες.

#### Άρθρο 5: (Ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, προσωπική ελευθερία)

1. Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.
2. Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο. Απαγορεύεται η έκδοση αλλοδαπού που διώκεται για τη δράση του υπέρ της ελευθερίας.
3. Η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Κανένας δεν καταδιώκεται ούτε συλλαμβάνεται ούτε φυλακίζεται ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο περιορίζεται, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος.
4. Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.
5. Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.

#### Άρθρο 16: (Παιδεία, τέχνη, επιστήμη)

2. Η παιδεία αποτελεί βασική αποστολή του Κράτους και έχει σκοπό την ηθική, πνευματική, επαγγελματική και φυσική αγωγή των Ελλήνων, την ανάπτυξη της εθνικής και θρησκευτικής συνείδησης και τη διάπλασή τους σε ελεύθερους και υπεύθυνους πολίτες.
3. Τα έτη υποχρεωτικής φοίτησης δεν μπορεί να είναι λιγότερα από εννέα.
4. Όλοι οι Έλληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας, σε όλες τις βαθμίδες της, στα κρατικά εκπαιδευτήρια. Το Κράτος ενισχύει τους σπουδαστές που διακρίνονται, καθώς και αυτούς που έχουν ανάγκη από βοήθεια ή ειδική προστασία, ανάλογα με τις

ικανότητές τους.

5. Η ανώτατη εκπαίδευση παρέχεται αποκλειστικά από ιδρύματα που αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με πλήρη αυτοδιοίκηση. Τα ιδρύματα αυτά τελούν υπό την εποπτεία του Κράτους, έχουν δικαίωμα να ενισχύονται οικονομικά από αυτό και λειτουργούν σύμφωνα με τους νόμους που αφορούν τους οργανισμούς τους. Συγχώνευση ή κατάτμηση ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων μπορεί να γίνει και κατά παρέκκλιση από κάθε αντίθετη διάταξη, όπως νόμος ορίζει

Άρθρο 21: (Προστασία οικογένειας, γάμου, μητρότητας και παιδικής ηλικίας, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες)

2. Πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος.

4. Η απόκτηση κατοικίας από αυτούς που την στερούνται ή που στεγάζονται ανεπαρκώς αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους.

5. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή δημογραφικής πολιτικής, καθώς και η λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων αποτελεί υποχρέωση του Κράτους.

6. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας<sup>14</sup>.

## 1.4. Είδη παιδικής κακοποίησης

Οι αναγνωρισμένες μορφές κακοποίησης είναι οι εξής:

### 1.4.1. Σωματική Κακοποίηση

Η επιθετικότητα είναι μία μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς. Είναι ένα μέσο που χρησιμοποιούν διάφορα άτομα, σε μικρό ή σε μεγάλο βαθμό, για να προστατεύσουν τον εαυτό τους ή για να εκδικηθούν και να τιμωρήσουν άλλα άτομα.

Επίσης εκδηλώνεται με ποικίλους μηχανισμούς δράσης, από τη βρεφική ακόμα ηλικία του ανθρώπου. Δηλαδή, η επιθετική συμπεριφορά του ατόμου μπορεί να στρέφεται προς άλλο άτομο ή και προς τον εαυτό του. Οι ποικίλες μορφές των εκδηλώσεων αυτών θα εξαρτηθούν, όπως είναι φυσικό, από την ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου, αλλά και από το περιβάλλον του.

Η παρουσία της επιθετικότητας σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής είναι όχι απλά ιδιαίτερα αισθητή, αλλά καθοριστική. Διαμορφώνει ολόκληρη την ανθρώπινη κουλτούρα και σκέψη. Όπως είναι φυσικό υπεισέρχεται και στον ουσιαστικό θεσμό της οικογένειας. Οι διάφορες έρευνες για την επιθετικότητα υπογράμμισαν τον ρόλο που παίζει το οικογενειακό περιβάλλον. Οι συνθήκες ζωής του παιδιού μέσα στην οικογένεια, ιδιαίτερα μάλιστα η στάση των γονέων έναντι των παιδιών τους, καθώς και η συμπεριφορά των παιδιών προς τα άλλα μέλη της οικογένειας, μπορούν να εκθρέψουν ποικίλες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς<sup>15</sup>.

Ο ακριβής προσδιορισμός της σωματικής κακοποίησης είναι ιδιαίτερα δυσχερές, καθώς η πλειοψηφία των απόψεων των επιστημόνων – ερευνητών δεν συγκλίνουν απόλυτα. Πλήθος αντιλήψεων έχει εκφραστεί με σκοπό την μεγαλύτερη όσο το δυνατόν εμβάθυνση στο συγκεκριμένο πολύ σοβαρό θέμα.



Ως σωματική κακοποίηση ενός παιδιού (κάτω των δεκαοκτώ ετών) μπορεί αρχικά να προσδιοριστεί, η σκόπιμη μη τυχαία χρήση σωματικής δύναμης, καθώς και οι μη τυχαίες πράξεις παράληψης εκ μέρους του γονιού ή άλλου προσώπου που έχει αναλάβει την φροντίδα του και συμβάλλει στον πόνο, τραυματισμό, μόνιμη βλάβη ή ακόμη και θάνατο του παιδιού<sup>16</sup>.

Η επισταμένη διεπιστημονική μελέτη της συμπτωματολογίας του φαινομένου, έχει οδηγηθεί στην διαπίστωση ότι αυτό συντελείται με ηθελημένες βίαιες ενέργειες και σκόπιμη ή όχι άρνηση φροντίδων, που έχουν σαν συνέπεια σωματικές βλάβες ή κακώσεις ή κλονισμό της γενικής κατάστασης της υγείας του παιδιού. Συνηθέστερες τέτοιες βλάβες, ιατροδικαστικά παρατηρημένες και εντοπισμένες, είναι αιματώματα, εγκεφαλικά οιδήματα, υποσκληρίδια αιματώματα, υπαραχνοειδής αιμορραγία, αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς, εκχυμώσεις, κατάγματα, ρήξη του χαλινού του άνω χείλους, οδοντοφυγμοί (δαγκωνιές), εγκαύματα από τσιγάρο, ραβδώσεις από μαστίγωμα κ.λπ. Επιπλέον στα πλαίσια της σωματικής κακοποίησης έχουν αναφερθεί διάφορα περιστατικά, όπως μελανιές, κτυπήματα στο κεφάλι, κάταγμα των οστών, εσωτερικές κακώσεις (για παράδειγμα ρήξη σπλάχνων) και γενικότερα κάθε σωματικό τραύμα που έχει διάρκεια πάνω από 48 ώρες, όπως πνιγμός από την κατάποση κάποιου αντικειμένου, πρόκληση ασφυξίας με τοποθέτηση σακούλας ή μαξιλαριού στο κεφάλι του παιδιού και θάνατος<sup>17</sup>.

Επίσης η επιθετικότητα των γονέων μπορεί να εκδηλωθεί στα παιδιά με πολλές μορφές, που είναι δυνατόν να ιεραρχηθούν, από την απλή περιφρονητική ματιά μέχρι τη σωματική βία και το θάνατο. Αντιπάθεια, αποστροφή, έλλειψη αγάπης, ακόμα και η υπερβολική προστασία, είναι τρόποι και διάφορες μορφές έκφρασης της επιθετικότητας των γονέων. Αγενείς τρόποι ομιλίας, βρισιές, ειρωνείες, βασανισμοί και σωματικές κακώσεις, είναι ακόμη και σήμερα, μερικά από τα χρησιμοποιούμενα μέσα της «οικογενειακής αγωγής».

Ωστόσο ο σκοτεινός αριθμός του φαινομένου είναι αρκετά μεγάλος, γεγονός το οποίο εμποδίζει τον σχηματισμό σαφούς εικόνας σχετικά με την έκταση της κακοποίησης, επιπλέον δεν επιτρέπει την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τις αιτίες δημιουργίας. Η χρήση σωματικής βίας εναντίον των παιδιών, στα πλαίσια της οικογένειας, είχε ιδιαίτερα στο παρελθόν την σημασία της τιμωρίας<sup>18</sup>.

Η σωματική τιμωρία αποτελεί για την πλειοψηφία των γονέων, ένα μέσο διαπαιδαγώγησης. Δυστυχώς η συνήθης αντίδραση απέναντι σε κάποια παραπτώματα ή λάθη των παιδιών, είναι η χρήση σωματικής βίας. Το γεγονός αυτό λοιπόν ουσιαστικά οδήγησε στην ανοχή της βίαιης και σκληρής συμπεριφοράς των γονέων.



[www.biomechanism.com](http://www.biomechanism.com)<sup>100</sup>

Τα βασικά στοιχεία, τα οποία διαφοροποιούν την σωματική τιμωρία από την κακοποίηση, είναι η κοινωνική αποδοχή της πράξης και η σοβαρότητα της. Επίσης αυτό που είναι χαρακτηριστικό στη μεταξύ σχέση των δύο φαινομένων είναι ότι τις περισσότερες φορές, η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, αλλά η κακοποίηση, τις περισσότερες φορές αρχίζει ως συνήθης σωματική τιμωρία.

Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνει την αντίληψη σχετικά με τα ασαφή και δυσδιάκριτα όρια, ανάμεσα στην γονική τιμωρία και την ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Τα δύο αυτά στοιχεία θα μπορούν να τα χαρακτηριστούν ως αλληλένδετα, καθώς είναι εύκολο ένας γονέας να υπερβεί τα επιτρεπτά προς όφελος του παιδιού όρια. Ενώ και ο διαχωρισμός είναι ιδιαίτερα δυσχερής, καθώς δεν μπορεί να υπάρξει πλήρης αποσαφήνιση των εννοιών – πράξεων. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαχωριστεί και να καθοριστεί που τελειώνει η σωματική τιμωρία και που αρχίζει η σωματική κακοποίηση.

Συχνά, η σωματική τιμωρία παίρνει τη μορφή υπερβολικού ή ακατάλληλου σφρονισμού. Ο κηδεμόνας μπορεί να μην έχει συναίσθηση της δύναμης με την οποία χτυπά το παιδί. Στη σωματική κακοποίηση, όπως και στη συναισθηματική, συντελούν η ανωριμότητα των γονέων, η απουσία δεξιοτήτων γονικής φροντίδας, οι κακές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας των γονέων, η κοινωνική απομόνωση και η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικά<sup>6</sup>.

#### 1.4. 2. Ψυχολογική Κακοποίηση

Η ψυχολογική ισορροπία του παιδιού, στο εσωτερικό της οικογένειας είναι εξαιρετικά σημαντική για την ομαλή ανάπτυξη και κοινωνικοποίηση του. Η ηρεμία και ο αλληλοσεβασμός μέσα στον οποίο μεγαλώνει ένα παιδί είναι απαραίτητα συστατικά για την υγιή διαμόρφωση της προσωπικότητας του. Αν αυτά τα στοιχεία εκλείπουν, ουσιαστικά η οικογένεια υποβαθμίζεται ενώ απειλείται η διαβίωση και η διατήρηση των συνεκτικών δεσμών των μελών της. Η παγίωση και κατά συνέπεια η διαιώνιση της κατάστασης αυτής, καταλήγουν στην δυσλειτουργική οικογένεια τα προβλήματα της οποίας διογκώνονται. Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι, η ψυχολογική κακοποίηση αποτελεί την πιο διαβρωτική μορφή κακοποίησης. Καθώς περιορίζει την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού και ομόνοιας στο εσωτερικό της οικογένειας, στοιχεία απαραίτητα για να επιτευχθεί η ορθή αλληλεπίδραση των μελών της. Ωστόσο η προσπάθεια απόδοσης ενός ορισμού είναι εξαιρετικά δυσχερής,

καθώς όπως και οι υπόλοιπες μορφές βίας εκδηλώνεται σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες.

Σε μία πρώτη προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας μπορούμε να καθορίσουμε ότι «ψυχική» ή «συγκινησιακή» κακοποίηση, είναι κάθε μορφή συμπεριφοράς που είναι δυνατό να δημιουργήσει στο παιδί διαρκείς ή μόνιμες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση. Η ψυχολογική απόρριψη ή η μη εκδήλωση στοργής και αγάπης, οι ταπεινώσεις και γενικά οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, φαίνεται ότι είναι δείγματα των μορφών συμπεριφοράς στις οποίες αναφέρεται ο παραπάνω ορισμός<sup>19</sup>.

Επίσης, ως ψυχολογική – συναισθηματική κακοποίηση μπορούμε να ορίσουμε, την συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού, που επηρεάζει ή και αναστέλλει τη φυσιολογική του ανάπτυξη, με αποτέλεσμα τα παιδιά που από τη νηπιακή τους ηλικία ή και αργότερα, αντιλαμβάνονται ότι δεν γίνονται αποδεκτά από την οικογένεια τους, να αποκτούν αντικοινωνικότητα και να γίνονται ή κοινωνικά και επαγγελματικά άχρηστα άτομα ή εχθροί της κοινωνίας.

Επιπλέον η ψυχολογική κακοποίηση ως όρος εμπεριέχει περιπτώσεις, όπου κλίμα φοβίας και τρόμου δημιουργείται στο παιδί, ανεξάρτητα ή παράλληλα με τη σωματική κακοποίηση. Οι εκδηλώσεις σαδιστικής συμπεριφοράς του γονέα ή του προσώπου που ασκεί τη γονική μέριμνα, οι απειλές του και οι εκβιασμοί του, η περιφρονητική στάση προς το παιδί και η απόρριψη του κλονίζουν και καταστρέφουν την ψυχική υγεία του και μάλιστα ανεπανόρθωτα. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Caspar Hauser, που ήδη αναφέρθηκε όπου πρόκειται κυριολεκτικά για «ληστεία της ψυχής» του παιδιού, που πολλές φορές αφήνει κατάλοιπα βαρύτερα και βαθύτερα από τη σωματική κακοποίηση<sup>20</sup>.

Κρίνεται σημαντικό να προσθέσουμε ότι, σύμφωνα με τους Browne, K., & Saqi, S, καθώς και τους Szur, S. (1989), O'Hagan M., (1994), η συναισθηματική – ψυχολογική κακοποίηση ορίζεται ως, η διαρκής απόρριψη ή η χρησιμοποίηση του παιδιού ως «αποδιοπομπαίου τράγου», από τα άτομα που το φροντίζουν. Η συνεχής υποτίμηση, η υβριστική συμπεριφορά και η ψυχολογική τρομοκρατία, κατά τους ίδιους πάντα μελετητές είναι μερικά από τα ολέθρια στοιχεία τα οποία κακοποιούν και υποβαθμίζουν την πορεία για την συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού<sup>21</sup>.

Η ψυχολογική κακοποίηση πολλές φορές συνδυάζεται και με άλλες μορφές κακοποίησης, χωρίς αυτό βέβαια να είναι απαραίτητο και να συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις. Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή κακοποίησης, καθώς είναι άμεσα συνδεδεμένη και με την λεκτική βία. Δυστυχώς το συγκεκριμένο φαινόμενο πάντοτε είχε έντονη παρουσία. Σχεδόν όλοι οι γονείς σε μία κατάσταση έκρηξης, λόγω κάποιων γεγονότων, λένε στα παιδιά τους κάποια πράγματα τα οποία αργότερα εύχονται να μην είχαν πει ποτέ. Οι προσβλητικές λέξεις και φράσεις, η περιφρόνηση, η υποτιμητική συμπεριφορά, η ειρωνεία, η ταπείνωση και η σύγκριση εις βάρος των παιδιών μπορούν να αποβούν ίσως και καταστρεπτικότερες από τις άλλες μορφές βίας, καθώς ουσιαστικά καταρρακώνουν και εξευτελίζουν μία προσωπικότητα κατά τη διάρκεια της διαμόρφωσης και ανάπτυξης της.

Η χρήση λεκτικής βίας στις περιπτώσεις άσκησης ψυχολογικής κακοποίησης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς είναι πάντα παρούσα. Η επίδραση της λεκτικής βίας, με

τη μορφή ταπεινωτικής ύβρεως ή προσβλητικών εκφράσεων, μειώνει τρομακτικά την προσωπικότητα ενός παιδιού, ενώ συρρικνώνει τον ευαίσθητο ψυχισμό του. Ωστόσο, πρέπει να σημειώσουμε ότι το φαινόμενο της λεκτικής ψυχολογικής βίας, παρατηρείται ακόμη και στις σωστότερα λειτουργούσες οικογένειες. Η αφορμή για αυτή την έκρηξη, μπορεί να είναι ένα τυχαίο γεγονός, ίσως και κάποιες φορές μικρής σημασίας το οποίο θα προκαλέσει την οργή των γονιών. Επίσης τις περισσότερες φορές το παιδί, αναλαμβάνει τελείως ακούσια το ρόλο του αποδέκτη της ψυχολογικής εκτόνωσης της οικογένειας. Στη διαμόρφωση αυτής της κατάστασης, συμβάλλει αρκετά το γεγονός, ότι το παιδί ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε μικρή ηλικία αποτελεί τον ευκολότερο στόχο, για την οποιαδήποτε εκτόνωση. Το γεγονός αυτό, δηλαδή η τοποθέτηση του παιδιού στο ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου», αποτελεί και αυτό αναμφισβήτητο, μία μορφή ψυχολογικής αλλά και ευρύτερα κακοποίησης του. Στο σημείο αυτό πρέπει να προσθέσουμε μία «ιδιαίτερη» όσο και συχνή μορφή ψυχολογικής κακοποίησης του παιδιού. Οι περιπτώσεις κακοποίησης της μητέρας και γενικότερα η ύπαρξη βίαιων σχέσεων μεταξύ των γονέων, οπωσδήποτε αναστέλλουν την φυσιολογική ζωή και ανάπτυξη ενός παιδιού. Η ισορροπία στην οικογένεια διαταράσσεται, η ύπαρξη συνεχών εχθρικών ανταλλαγών μεταξύ των γονέων επηρεάζει την παιδική ψυχολογία. Ενώ η πλήρης απουσία στοργής και αγάπης απότοκη της όλης κατάστασης καθιστά το παιδί θύμα της βίαιης κατάστασης που αποτελεί πλέον συνθήκη και κώδικα συμπεριφοράς.



[www.stodiatauta.blogspot.gr](http://www.stodiatauta.blogspot.gr)<sup>101</sup>

Στη Διεθνή Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Παιδιού, ως ψυχολογική κακομεταχείριση των παιδιών, θεωρούνται τα ακόλουθα :

- Η λεκτική βία (υποβιβασμός)
- Η σαδιστική και απαξιοτική συμπεριφορά
- Η συναισθηματική απόρριψη
- Οι υπερβολικές ή δυσανάλογες για την ηλικία του παιδιού απαιτήσεις
- Οι αντιφατικές ή ανέφικτες παιδαγωγικές οδηγίες ή παραινήσεις<sup>22</sup>

Στις παραπάνω μορφές άσκησης ψυχολογικής βίας μπορούμε να προσθέσουμε ακόμη:

- Τρομοκράτηση
- Απομόνωση
- Λανθάνουσα κοινωνικοποίηση (ενδεχομένως, ένταξη σε περιβάλλον διαφθοράς)
- Στέρηση συναισθηματικής ανταπόκρισης
- Εκμετάλλευση

- Ισχυρός περιορισμός<sup>23</sup>

### 1.4.3. Παραμέληση

#### Σωματική παραμέληση

Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι ακόλουθες μορφές: α) παραμέληση ιατρικής φροντίδας, β) εγκατάλειψη-εκδίωξη από το σπίτι - εμπορευματοποίηση και γ) παραμέληση ασφάλειας.

*Παραμέληση ιατρικής φροντίδας:* Η πλημμελής ή ανύπαρκτη ιατρική παρακολούθηση των παιδιών και ο ανεπαρκής εμβολιασμός ακόμα και για τα βασικά εμβόλια, δείχνουν τις δυσκολίες των γονιών στην άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου σε τόσο απλά στη διαδικασία τους θέματα, που είναι όμως σοβαρά για την υγεία των παιδιών. Στο ιστορικό των παιδιών αυτών περιλαμβάνονται νοσήματα μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας, όπως: ιώσεις, γαστρεντερίτιδες, μηνιγγίτιδες, βρογχοπνευμονίες.

Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά έχουν προβλήματα από τις πρώτες μέρες της ζωής τους -χαμηλό βάρος σώματος, χρόνια νοσήματα π.χ. μεσογειακή αναιμία, διαβήτη-, γεγονός που απαιτεί συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση και κατά συνέπεια επιδεινώνει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και δημιουργεί "κατάλληλο κλίμα" για παραμέληση<sup>24</sup>.

Γενικά, αν παρακολουθήσουμε ένα παραμελημένο παιδί, θα διαπιστώσουμε ότι είναι παθητικό και συχνά κάνει στερεοτυπικές κινήσεις (κουνιέται μπρος πίσω ρυθμικά ή κτυπά το κεφάλι του). Ο λόγος του είναι καθυστερημένος, όπως και η ψυχοσωματική του ανάπτυξη. Είναι ανίκανο να παίξει, είναι συχνά φοβισμένο και όταν απομακρύνεται η μητέρα του, δεν δείχνει άγχος αποχωρισμού. Όταν τρώει, καταβροχθίζει την τροφή του με απληστία και βουλιμία, πολλές φορές παρουσιάζει αλλοτριοφαγία και αυτό είναι ένα σύμπτωμα που εκνευρίζει και θυμώνει τη μητέρα.

Παιδιά που έχουν παραμεληθεί, παρουσιάζουν ενδεικτικά χαρακτηριστικά, τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω. Καθένα απ' αυτά δεν επιβεβαιώνει απαραίτητα τη διάγνωση της παραμέλησης, γι' αυτό και πρέπει να διερευνηθεί η πιθανότητα αυτή, όταν ένα παιδί παρουσιάζει έναν συνδυασμό απ' αυτό ή ένα μόνο χαρακτηριστικό σε σοβαρό βαθμό.

Τα κλινικά ευρήματα που παρουσιάζει ένα παραμελημένο παιδί είναι τα εξής: α)Μικρό ανάστημα, β)Συνήθως αδύνατο, γ)Οιδηματώδη πόδια και μηροί, δ)Αραιά, ξηρά μαλλιά με περιοχές αλωπεκίας, ε)Κακή κατάσταση δέρματος, εκδορές, μικρά έλκη<sup>25</sup>.

Πέρα όμως από τα κλινικά ευρήματα, υπάρχουν και κάποιες άλλες ενδείξεις που πιστοποιούν τη σωματική παραμέληση του παιδιού: α)Κακή σωματική υγιεινή, β)Διαρκής κούραση-κόπωση, γ)Πολύ χαμηλό βάρος, δ)Αργοπορία και ασυνέπεια στις υποχρεώσεις τους, ε) Αντικοινωνικότητα (έλλειψη κοινωνικών σχέσεων), στ)Τάσεις αυτοκαταστροφής, ζ) Εγκληματικές δραστηριότητες (κλοπές, ναρκωτικά), δ)Φυγή από το σπίτι, ε)Ιατρικά προβλήματα χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση.

Υπάρχουν ωστόσο και κάποια γενικά χαρακτηριστικά που εμφανίζει η συμπεριφορά ενός παραμελημένου παιδιού: α)Ανησυχία, όταν άλλα παιδιά κλαίνε

(υπερευαισθησία), β)Φόβος προς τους γονείς, γ)Παγωμένο βλέμμα δ)Εκδηλο άγχος, ε)Παιδί υπερβολικά υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο, στ)Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία, ζ)Παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση κ.τ.λ)<sup>26</sup>.

Η λήψη ιστορικού στις περιπτώσεις ιατρικής παραμέλησης είναι πολύ σημαντική. Πάντα η σχέση μάνας-παιδιού είναι διαταραγμένη και ο ειδικός θα πρέπει να επισημάνει τους παράγοντες που παρεμβάλλονται στην ανάπτυξη της σχέσης αυτής και επηρεάζουν την ικανότητα της μάνας να ικανοποιήσει τις ανάγκες του παιδιού της. Μετά την λήψη του ιστορικού -που τις περισσότερες φορές είναι ανύπαρκτο- ο ειδικός πρέπει να προχωρήσει σε εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει εξετάσεις όπως: γενική αίματος, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακα-κρανίου και για οστική ηλικία.

*Εγκατάλειψη-εκδίωξη από το σπίτι-εμπορευματοποίηση:* Δύσκολα μπορεί να γίνει κατανοητό-πόσο μάλλον παραδεκτό-ότι ένας γονέας μπορεί να εγκαταλείψει ή να εκδιώξει το παιδί του από το σπίτι. Πρόκειται για παιδιά που παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κλαίνει πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα με αποτέλεσμα να γίνονται «δύσκολα». Καθημερινά έρχονται δυστυχώς στο φως της δημοσιότητας περιστατικά που οι γονείς έχουν εγκαταλείψει ή εκδιώξει τα παιδιά τους από το σπίτι γιατί, σύμφωνα με τα λεγόμενα τους, έχουν διαταράξει την οικογενειακή γαλήνη.

*Παραμέληση ασφάλειας:* Η ύπαρξη κακών ενδοοικογενειακών σχέσεων και άσχημων συνθηκών ανατροφής των παιδιών, μαρτυρά και το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις, απουσιάζουν από το σπίτι οι γονείς -συχνότερα ο πατέρας και σπανιότερα η μητέρα- για διάφορα διαστήματα και την φροντίδα έχουν αναλάβει συγγενείς ή ιδρύματα. Το παιδί παραμένει μέσα σ' ένα κλειδωμένο σπίτι για αμέτρητες ώρες, γιατί πολλές φορές οι γονείς δεν είναι διαθέσιμοι αφού οι δικές τους ανάγκες έχουν προτεραιότητα -εργασία, ξεκούραση, καριέρα, ψυχαγωγία<sup>27</sup>.

Η παραμέληση ασφάλειας μπορεί να διαπιστωθεί από τη συμπεριφορά των παιδιών, που παρουσιάζει τις ακόλουθες μορφές:α) Κλαίνει εύκολα, ακόμα και όταν κτυπούν ελαφρά, β)Έρχονται στο σχολείο συστηματικά χωρίς πρωινό ή χρήματα, γ)Κοιμούνται στη διάρκεια του μαθήματος, ε)Παραισθήσεις-ονειροπολήσεις, στ)Χαμηλή αυτοεκτίμηση, ζ)Καταστρέφει τη σχολική περιουσία, η)Ψεύδονται, κλέβουν σχολικά αντικείμενα<sup>28</sup>.

*Συναισθηματική παραμέληση*

Η συναισθηματική παραμέληση ορίζεται από δύο στοιχεία: α)άρνηση παροχής ψυχολογικής βοήθειας και υποστήριξης β) αδιαφορία για τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ από τα παιδιά.

*Άρνηση παροχής ψυχολογικής βοήθειας και υποστήριξης:* Η μορφή αυτή συναισθηματικής παραμέλησης αναφέρεται στις γονικές παραλείψεις στη φροντίδα του παιδιού, δηλαδή στην ανικανότητα του γονέα να παρέχει στο παιδί ερεθίσματα, μέσω της φροντίδας, της σταθερότητας και της ασφάλειας που είναι απαραίτητες για τη νοητική, κοινωνική, και ψυχολογική του εξέλιξη. Οι πολυάσχολοι γονείς μπορούν να προβάλουν ως δικαιολογία ότι έχουν πάρα πολύ περιορισμένο χρόνο για να παρακολουθούν διαρκώς τι κάνει και πως αισθάνεται το παιδί τους.

Συχνά έχει παρατηρηθεί ότι το παιδί που αισθάνεται θυμό ή οργή για την αδιαφορία των γονιών του, «βγάζει τα μάτια της κούκλας του», μετατοπίζοντας τα πραγματικά του συναισθήματα πάνω σε αντικείμενα με συμβολικό χαρακτήρα. Είναι αλήθεια ότι οι γονείς σήμερα είναι εργαζόμενοι και διαθέτουν ελάχιστο χρόνο για τα παιδιά τους. Ωστόσο, ο ελάχιστος χρόνος δεν πρέπει να μένει ανεκμετάλλευτος. Έχουν ανάγκη της οικογενειακής θαλπωρής. Έχουν ανάγκη της παρουσίας για να συνομιλήσουν και να συγκρουστούν μαζί τους. Ο Παπανούτσος γράφει ότι «ο άνθρωπος δεν είναι μόνο υποκείμενο που ενεργεί και επηρεάζεται με τη δραστηριότητα πρόσωπα και πράγματα, αλλά και αντικείμενο που δέχεται επιδράσεις, που υφίσταται την επίδραση των άλλων απάνω του»<sup>29</sup>.

Για να αισθανθεί το παιδί αποδοχή και αγάπη μέσα στην ανθρώπινη συντροφιά έχει ανάγκη από ευκαιρίες σωστής επικοινωνίας, γιατί αυτές ενδυναμώνουν την αυτοπεποίθησή του και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σκέψης του.

*Αδιαφορία για τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ από τα παιδιά:* Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών που είναι μη νόμιμη και οι οποίες ονομάζονται ναρκωτικά από το ευρύ κοινό, είναι σήμερα μια συνήθεια αρκετά διαδεδομένη στα νέα παιδιά. Η ποιότητα των σχέσεων με την οικογένεια, είναι πλέον βασικός παράγοντας που επιδρά στη χρήση ναρκωτικών. Δηλαδή οι σχέσεις των μελών της οικογένειας, όταν δεν είναι αρμονικές με συνεχείς τσακωμούς μεταξύ τους και χωρίς αμοιβαία αγάπη και ενδιαφέρον, οδηγούν τα παιδιά προς αυτή την κατεύθυνση. Η απουσία διαλόγου ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά τους πάνω σε θέματα σχολείου, οικογένειας, βιβλίων, οικονομικά, πολιτικά, κινηματογραφικά, δείχνει ότι βρίσκονται σε μια συναισθηματική απομάκρυνση και αποξένωση μεταξύ τους<sup>30</sup>.

#### 1.4.4. Σεξουαλική παραβίαση – Αιμομιξία

Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, είναι ένα από τα πιο καλά κρυμμένα οικογενειακά μυστικά και αποτελεί σήμερα ένα πολύ σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Οι μακροπρόθεσμες συναισθηματικές και ψυχολογικές βλάβες της σεξουαλικής κακοποίησης είναι καταστροφικές τόσο για το παιδί όσο και τον μετέπειτα ενήλικα.

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει σωματική επαφή, όπως ερωτικά φιλά, θωπείες στα γεννητικά όργανα του παιδιού, υποχρέωση του παιδιού να θωπεύσει τα γεννητικά όργανα ενήλικου, επαφή στόματος - γεννητικών οργάνων, τριβή γεννητικών οργάνων του ενήλικα στο παιδί, εισχώρηση στον κόλπο ή πρωκτό του παιδιού.

Άλλοι τύποι σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί επίσης να συμβούν αλλά δεν είναι τόσο εύκολο να ανιχνευτούν. Αυτοί περιλαμβάνουν την επίδειξη γεννητικών οργάνων ενήλικα σε παιδιά, λεκτική πίεση για σεξ, επίδειξη σε παιδιά πορνογραφικών εικόνων ή βιντεοταινιών, ή η χρησιμοποίηση του παιδιού ως μοντέλο στην παραγωγή πορνογραφικού υλικού.

Σε 8 από τις 10 περιπτώσεις το θύμα γνωρίζει τον θύτη. Ο θύτης πείθει, δωροδοκεί, ξεγελά ή επιβάλλει στο παιδί να συμμετέχει σε σεξουαλικές πράξεις. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να συμβεί μέσα στην οικογένεια από γονιό, θετό γονιό, θείο, εξάδελφο, αδελφια ή άλλους συγγενείς, ή εκτός σπιτιού από φίλο, γείτονα, μπέμιπι σίτερ, δάσκαλο ή άγνωστο. Οι θύτες είναι στο 90% των περιπτώσεων άνδρες

ανεξάρτητα από το αν το θύμα είναι αγόρι ή κορίτσι. Όταν η σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει μέσα στην οικογένεια το παιδί μπορεί να φοβηθεί το θυμό, ζήλεια ή ντροπή των άλλων μελών ή να φοβηθεί ότι η οικογένεια θα διαλυθεί αν ειπωθεί το μυστικό.

Πίνακας 9.	Τα στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας σε εθνικό επίπεδο για την κακοποίηση των ανηλίκων είναι ως έχει:							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Βιασμός (336 ΠΚ <sup>13</sup> )	54	51	67	53	44	56	49	54
Παραβίαση της σεξουαλικής αξιοπρέπειας (337 ΠΚ)	38	40	44	44	49	46	81	54
Αποπλάνηση παιδιών (339 ΠΚ)	39	51	39	17	43	44	47	43
Σεξουαλική κατάχρηση ανηλίκων (342 ΠΚ)	3	5	3	-	-	1	9	4

Πίνακας 2. Διακρατική συγκριτική έρευνα «σεξουαλική κακοποίηση παιδιών εντός ιδρυμάτων», [www.sapibg.org](http://www.sapibg.org)

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει ο βιασμός σε όλη τη διάρκεια από το 2001 έως το 2008. Ακολουθεί η παραβίαση της σεξουαλικής αξιοπρέπειας και η αποπλάνηση παιδιών (βλ. πίνακα 2).

Από τα όσα αναφέρθηκαν γίνεται κατανοητή η δυσκολία η οποία εντοπίζεται στην προσπάθεια προσδιορισμού, καθώς και στην προσπάθεια διατύπωσης ενός ακριβούς ορισμού της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης. Η πιθανότερη αιτία είναι, ότι το γεγονός αυτό οφείλεται στον ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό των παραγόντων (κοινωνικών και πολιτισμικών), οι οποίοι αλληλεπιδρούν για την δημιουργία αυτής της κατάστασης.

Η ενδοοικογενειακή βία γενικότερα αλλά κυρίως η σεξουαλική κακοποίηση ανηλίκων αναδεικνύεται ως μέγιστο κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο καταγράφεται σε όλες τις χώρες του πλανήτη. Δεν είναι βέβαια καινούργιο πρόβλημα. Ωστόσο παρά την δημοσιότητα που έχει λάβει τα τελευταία χρόνια, δεν παύει να αποτελεί ένα από τα πλέον συγκαλυμμένα εγκλήματα οι ακριβείς διαστάσεις του οποίου παραμένουν άγνωστες λόγω της ντροπής που αισθάνονται τα θύματα και της δυσκολίας που έχουν να καταγγείλουν μέλη της ίδιας τους της οικογένειας<sup>31</sup>.

Από την άλλη, ως αιμομιξία ορίζεται η σεξουαλική σχέση δύο ατόμων, τα οποία συνδέονται με στενή συγγένεια εξ αίματος<sup>32</sup>. Συνηθισμένο αποτέλεσμα της αιμομιξίας είναι προβλήματα υγείας στους απογόνους από τέτοιες σχέσεις. Αν και διαχρονικά σε κάποιες περιπτώσεις η αιμομιξία ήταν αποδεκτή, συνήθως τη θεωρούσαν αξιόποινη πράξη, κάτι που συμβαίνει και σήμερα σε πολλά κράτη. Στη σύγχρονη κοινωνία, η αιμομιξία αποτελεί φαινόμενο που συχνά συνοδεύεται από παιδοφιλία και ευθύνεται για μεγάλο ποσοστό οικογενειακής βίας και κακοποίησης. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, η συχνότερη περίπτωση αιμομιξίας είναι μεταξύ πατέρα-κόρης, ενώ επίσης συχνή και η αδελφική αιμομιξία<sup>33</sup>.

#### 1.4.5. Εκμετάλλευση – Εργασία

Στις μέρες μας εντοπίζεται το φαινόμενο της εργασίας των ανήλικων παιδιών. Εκατομμύρια παιδιά στη γη εγκαταλείπουν το σχολείο και εργάζονται κάτω από δυσμενείς συνθήκες.



Αν ταξιδέψουμε ανά τον κόσμο, παντού θα δούμε παιδιά να εργάζονται ως μικροπωλητές στους δρόμους, ζητιάνοι στα φανάρια, υπηρέτες στα σπίτια, υφαντές σε αργαλειούς και εργάτες σε ορυχεία. Παρόλα αυτά το κακό δε σταματά εδώ. Μαζί με τις άλλες μορφές εκμετάλλευσης παιδιών, στις μέρες μας ευδοκimeί, περισσότερο από ποτέ, και μια άλλη μάστιγα του σύγχρονου πολιτισμού μας που σχετίζεται με την παιδική εργασία, αλλά, φυσικά, την ξεπερνά: η πορνεία. Μόνο στη Βραζιλία, από έρευνες που έχουν γίνει, έχουν καταγραφεί μισό εκατομμύριο παιδιά, κυρίως κορίτσια, στην πορνεία. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, η παιδική πορνεία παίρνει απειλητικές διαστάσεις, καθώς συνδέεται και με φαινόμενα απαγωγής παιδιών από άλλες χώρες που προορίζονται για την απάνθρωπη αυτή εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο.

Η οικονομική εξαθλίωση, που συνοδεύει συνήθως τους μετανάστες, υποθάλπει την ανάπτυξη παράνομων δραστηριοτήτων, είτε εντός της οικογένειας, είτε με την ανοχή ή, σε κάποιες περιπτώσεις, και την αποδοχή της οικογένειας. Σε κάθε περίπτωση το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: η εκμετάλλευση των παιδιών με ποικίλους τρόπους και η κατάφωρη καταπάτηση των δικαιωμάτων τους. Είναι μύθος πλέον η άποψη ότι η παιδική εκμετάλλευση αποτελεί «προνόμιο» των υποανάπτυκτων κρατών. Το φθινό εργατικό κόστος που προσφέρουν τα παιδιά είναι επιθυμητό ακόμη και σε οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Σε Γαλλία, Γερμανία, Μ. Βρετανία και ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 5% των παιδιών απασχολούνται σε βιομηχανίες, φάρμες και οικίες ως βοηθητικό και, αρκετές φορές, ως κύριο προσωπικό. Τα παιδιά είναι επιθυμητό ακόμη και σε οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Τα ίδια συμβαίνουν και σε άλλες χώρες όπως η Πορτογαλία, η Ιταλία και φυσικά και στη χώρα μας. Στη Γαλλία πολλές χιλιάδες παιδιά δεν φοιτούν σε κανένα σχολείο, πολλά από αυτά είναι αντικείμενο εκμετάλλευσης.

Σύμφωνα με την έρευνα της Unicef η Ελλάδα κατατάσσεται στις αναπτυσσόμενες χώρες που εφαρμόζουν «ελλιπή και ανεπαρκή» μέτρα για την προστασία της μητρότητας και του παιδιού.

Τη διατύπωση αυτή, της Unicef, επαληθεύουν και τα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας. Τεράστιο είναι το πρόβλημα της προστασίας του παιδιού στη χώρα μας. Αναφορικά με τη νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των εργαζομένων παιδιών, ελάχιστες φορές ισχύει. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία, τα δικαιώματα των ανήλικων εργαζομένων καταπατώνται καθότι δεν εφαρμόζεται η ελληνική νομοθεσία που αφορά την απασχόληση των νέων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεαρών απασχολούμενων που καταγράφηκε το 1996 (225 παιδιά ηλικίας 14 ετών και 9.210 νέοι 15-19 ετών στη Θεσσαλονίκη, 4.316 και 118.101 σε ολόκληρη τη χώρα) δεν απολαμβάνει τα εργασιακά του δικαιώματα και πέφτει θύμα εκμετάλλευσης κυρίως σε θέματα ωραρίου, συνθηκών εργασίας και ασφάλισης.



*Παιδική Εργασία στο Bagladesh<sup>102</sup>*

Η ελληνική νομοθεσία για την εργασία ανηλίκων στηρίζεται σε διεθνείς συμβάσεις. Συγκεκριμένα με το νόμο 1182/1181 (άρθρο 10 της σύμβασης 138) η Ελλάδα αναθεώρησε τις διεθνείς συμβάσεις των ετών 1919-1965 με την έκδοση προεδρικών διαταγμάτων. Η ισχύουσα νομοθεσία για την εργασία ανηλίκων (Ν 1837/89) είναι προσαρμοσμένη στις διατάξεις της 138 διεθνούς σύμβασης εργασίας, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται σε παιδιά άνω των 14 ετών να εκτελούν ελαφρές εργασίες.

Οι τελευταίες προσπάθειες για τον καθορισμό των προϋποθέσεων εργασίας των ανηλίκων έγιναν με το σχέδιο του προεδρικού διατάγματος τον Οκτώβρη του 1997. Τις προϋποθέσεις αυτές έθεσε το υπουργείο Εργασίας μαζί με τους αρμόδιους υπουργούς, σε μια προσπάθεια συμμόρφωσης της ελληνικής νομοθεσίας στις διατάξεις 94/33/Εκ για την προστασία των νέων κατά της εργασίας. Το σχέδιο του προεδρικού διατάγματος αφορά κάθε ανήλικο κάτω των 18 ετών ενώ ορίζει ως παιδί κάθε νέο που δεν έχει συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας του ή όποιος νέος υπόκειται ακόμα σε υποχρεωτική σχολική φοίτηση (άρθρο 1). Παράλληλα, με βάση το άρθρο 4, απαγορεύεται η εργασία των παιδιών, εκτός αυτών που έχουν συμπληρώσει το 3ο έτος της ηλικίας τους - και κατόπιν άδειας της Επιθεώρησης Εργασίας - μπορούν να εργασθούν υπό προϋποθέσεις, σε καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, διαφημιστικά προγράμματα, επιδείξεις μόδας, ραδιοφωνικές ή τηλεοπτικές εγγραφές (άρθρο 5).

Πέραν, όμως, των παραπάνω βασικών ορισμών και του προσδιορισμού του ορίου ηλικίας για την εισαγωγή των νέων στην αγορά εργασίας, το Π.Δ. ορίζει ακόμα ότι:

- Απαγορεύεται η υπερωριακή και νυκτερινή απασχόληση από τις 10.00 το βράδυ έως τις 6.00 το πρωί των νέων κάτω των 18 ετών.

- Το άρθρο 7 θέτει τους όρους εργασίας των νέων ανηλίκων εργαζομένων. Οι νέοι προστατεύονται από τους ειδικούς κινδύνους τους οποίους διατρέχει η υγιεινή και ασφάλεια καθώς και η ανάπτυξή τους. Οι παράγοντες που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία είναι φυσικοί, βιολογικοί και χημικοί αλλά και συγκεκριμένες διαδικασίες κατά την εργασία.

Αναφορικά με τις υποχρεώσεις του εργοδότη, ο τελευταίος υποχρεούται να λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και υγεία των

εργαζομένων νέων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας λαμβάνοντας υπόψη το άρθρο 7 του Π.Δ.

Όμως η νομική κατοχύρωση των ανήλικων εργαζομένων στην Ελλάδα δεν αρκεί για την αντιμετώπιση ενός φαινομένου, το οποίο - όπως φαίνεται και από την στατιστική τεκμηρίωση (πίνακας 2) - έχει πάρει επικίνδυνες διαστάσεις και «ζητά» τη δραστική αντιμετώπισή του.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, που παρουσιάζει αναλυτικά το περιοδικό «Εργασία» του ΟΑΕΔ, εργάζεται το 0,6% των 14χρονων παιδιών, το 9,8% των νέων 15-19 χρονών και το 36,1% των νέων 20-24 χρονών. σε αυτά τα ποσοστά είναι προφανές ότι δεν αναφέρονται τα παιδιά που επικουρικά εργάζονται στις οικογενειακές επιχειρήσεις, τα παιδιά των γεωργών και των κτηνοτρόφων, τα τσιγγανόπουλα και χιλιάδες άλλοι νέοι που προέρχονται από ομάδες που βρίσκονται στο οικονομικό και κοινωνικό περιθώριο<sup>34</sup>. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των εργαζομένων παιδιών ηλικίας 15-18 ετών άγγιξε τα 8.886 άτομα (βλ. Πίνακα 3).



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Πίνακας 3. ριθμός εργαζομένων παιδιών στην Ελλάδα

#### 1.4.6. Νέες μορφές κακοποίησης

##### 1.4.6.1. Μη τυχαία δηλητηρίαση

Παρόλο που έχει αναφερθεί σε παλιότερες έρευνες ότι μητέρες δηλητηρίαζαν τα παιδιά τους, μόλις τα τελευταία χρόνια έγινε επισήμως αποδεκτό και έχει προταθεί ο όρος «χημική κακοποίηση». Αποτελεί ενέργεια συνήθως προμελετημένη και χωρίς το παιδί να δώσει κάποια αφορμή. Στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρήζουν ψυχιατρικής αντιμετώπισης, είναι εξοικειωμένοι με αρρώστιες, φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές.

Οι ουσίες που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιήσει είναι πολλές, συχνότερα αλάτι, νερό, βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά, σπάνια το πιπέρι, την γλυκόζη και τα διουρητικά.

##### 1.4.6.2. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Η βία μεταξύ συζύγων δεν είναι καινούριο στοιχείο. Όμως, μόλις πρόσφατα αναφέρεται η τυχαία κακοποίηση του παιδιού κατά τη συμπλοκή των γονιών. Στις Η.Π.Α. έχει αναφερθεί ένα τουλάχιστον επεισόδιο σωματικής κακοποίησης το χρόνο

και 8% έχουν σοβαρή κακοποίηση που χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. Επομένως, το παιδί κακοποιείται χωρίς στη ουσία να είναι το ίδιο αντικείμενο οργής. Αποτελεί δηλαδή «τυχαία κακοποίηση». Οι περιπτώσεις αμέτοχου θεατή πρέπει να καταγράφονται ως μορφές κλασικής σωματικής κακοποίησης.

#### 1.4.6.3. Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο Munchausen έχουν συνήθως άτομα που έχουν τάση για εξάρτηση – εθισμό με το νοσοκομείο. Συχνά γνωρίζουν ότι είναι υγιείς αλλά τους αρέσει να κατασκευάζουν συμπτώματα για να τραβήξουν το ενδιαφέρον του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Το 1977 χρησιμοποιήθηκε ο όρος Munchausen by proxy για δυο μητέρες που επινοούσαν συμπτώματα στα παιδιά τους.

Η κακοποίηση του παιδιού σπάνια γίνεται από την μητέρα, κυρίως γίνεται από ανυποψίαστους γιατρούς που κάνουν επιπόλαιες διαγνώσεις και παραπέμπουν το παιδί σε διάφορους ειδικούς, με αποτέλεσμα τα παιδιά να υφίστανται άχρηστες και πολύ επικίνδυνες εξετάσεις. Τελικά, η διάγνωση γίνεται τυχαία και όταν η μητέρα απομακρυνθεί από το παιδί.

#### 1.4.6.4. Κακοποίηση εμβρύου

Η κακοποίηση του εμβρύου είναι μια κατάσταση που συζητείται. Από την στιγμή που δεν καταδικάζεται η χειρότερη μορφή κακοποίησης, η διακοπή της κύησης, δεν είναι δυνατόν να καταδικαστεί μια μητέρα που βλάπτει λίγο το έμβρυο ή αυξάνει μονάχα τις πιθανότητες βλάβης.

Η έγκυος που έχει εξάρτηση από κάποια ουσία μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό, αναστολή ανάπτυξης του εμβρύου, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Το νεογνό είναι ήδη «κακοποιημένο» και μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματική και πνευματική του ανάπτυξη. Αυτά τα νεογνά έχουν ανάγκη από προστασία – παρέμβαση τόσο πριν, όσο και μετά τη γέννηση.

### 1.5. Ο ρόλος της οικογένειας

Σε οικογένειες που εκδηλώνεται παιδική κακοποίηση, υπάρχουν συχνά διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς (π.χ. μονογονεϊκές οικογένειες, μητέρες που δεν στηρίζονται επαρκώς οικονομικά και συναισθηματικά από το σύζυγο), στους γονείς και το παιδί και ανάμεσα στους γονείς και την εκτεταμένη οικογένεια (παππούδες και άλλους συγγενείς). Επίσης, οι οικογένειες αυτές είναι συνήθως κοινωνικά απομονωμένες, χωρίς βοήθεια από γείτονες, φίλους ή άλλα κοινοτικά πλαίσια στήριξης<sup>35</sup>.

Τα ευρήματα, τόσο στη χώρα μας όσο και σε άλλες χώρες, δείχνουν ότι οι γονείς της παιδικής σωματικής κακοποίησης είναι άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες για φροντίδα και στήριξη τόσο από κοινωνικούς φορείς, όσο και από ειδικούς ψυχικής υγείας.

Οι γονείς αυτοί μπορεί να χαρακτηρίζονται από:

- ◆ Σοβαρές ψυχικές δυσκολίες προσωπικότητας (πληρούν τα κριτήρια για ψυχιατρικές διαγνώσεις όπως κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, σπανιότερα ψύχωση)
- ◆ Περιορισμένες νοητικές ικανότητες

Σημαντική δυσκολία να ελέγχουν τον εαυτό τους και τις παρορμήσεις τους (κυρίως τις επιθετικές)

- ◆ Συναίσθημα βαθιάς ανεπάρκειας για το γονεϊκό τους ρόλο και για την εικόνα του εαυτού τους γενικότερα
- ◆ Έντονες (ναρκισσιστικές) ανάγκες για εξάρτηση και προσοχή από τους άλλους, τις οποίες τείνουν να καλύπτουν χρησιμοποιώντας τα παιδιά τους ως πηγή φροντίδας. Έτσι, τα παιδιά τους αναλαμβάνουν να στηρίζουν τους γονείς, παραμελώντας τις δικές τους φυσιολογικές ανάγκες για φροντίδα και εξάρτηση (το γνωστό ως «σύνδρομο του γονεοποιημένου παιδιού»)
- ◆ Κακές σχέσεις με τους δικούς τους γονείς. Οι περισσότεροι γονείς που κακοποιούν έχουν υπάρξει θύματα παιδικής σωματικής κακοποίησης ή μάρτυρες βίαιων σκηνών μέσα στις δικές τους οικογένειες. Με την κακοποίηση του παιδιού τους τείνουν ασυνείδητα να ανακουφίζουν και να ελέγχουν τα δικά τους παιδικά ψυχικά τραύματα μέσα από τη διαδικασία της «ταύτισης» με τον βίαιο και επιθετικό γονιό τους (το λεγόμενο μηχανισμό «ταύτισης με τον επιτιθέμενο»). Έτσι ένα κακοποιημένο παιδί ενδέχεται να γίνει και εκείνο ένας βίαιος γονιός στο μέλλον, συνεχίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο το δια – γενεαλογικό πέρασμα της βίας στην οικογένεια
- ◆ Συχνότερη χρησιμοποίηση λεκτικής επιθετικότητας, σωματικής τιμωρίας και επιβολής δύναμης στα παιδιά συγκριτικά με φυσιολογικούς γονείς. Επίσης εκδηλώνουν σημαντικά σπανιότερα θετικές αλληλεπιδράσεις (π.χ. παιχνίδι, διάλογο, καθοδήγηση) με τα παιδιά τους
- ◆ Ακαμψία στις στάσεις τους απέναντι στο παιδί, αλλά και σε άλλα θέματα της ζωής γενικότερα
- ◆ Τάση να αντιλαμβάνονται και να περιγράφουν το παιδί με τρόπο αρνητικό (δύσκολο / κακό / προβληματικό παιδί). Έτσι αρνητικά άλλωστε βλέπουν και τον ίδιο τους τον εαυτό.
- ◆ Επιπλέον, στις οικογένειες που εκδηλώνεται παιδική σωματική κακοποίηση μπορεί να υπάρχουν διαταραγμένες σχέσεις : α) ανάμεσα στους ίδιους τους γονείς (π.χ. μονογονεϊκές οικογένειες, μητέρες που δεν στηρίζονται επαρκώς οικονομικά και συναισθηματικά από τον σύζυγο), β) ανάμεσα στους γονείς και την εκτεταμένη οικογένεια (παππούδες, γιαγιάδες, άλλους συγγενείς).
- ◆ Τέλος, οι οικογένειες αυτές είναι συνήθως κοινωνικά απομονωμένες, χωρίς βοήθεια από γείτονες, φίλους ή άλλα πλαίσια στήριξης.

## 1.6. Στοιχεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό

Η εκτίμηση της συχνότητας του φαινομένου αποτελεί δύσκολο εγχείρημα, διεθνώς, για τρεις κυρίως λόγους α) την αποτυχία της αναγνώρισης ότι οι κακώσεις προέρχονται από κακοποίηση β) την αποτυχία διάγνωσης των κακώσεων και γ) την έλλειψη ενός εθνικού συστήματος αναφοράς τέτοιων περιστατικών βίας σε πολλές χώρες.

Παλαιότερες προσεγγίσεις της κακοποίησης-παραμέλησης απέδιδαν την αιτιολογία του φαινομένου σε μονοσήμαντες εξηγήσεις με βάση βιολογικούς ή ψυχοπαθολογικούς παράγοντες. Αργότερα έγινε κατανοητό ότι το φαινόμενο δεν εξηγείται από την επίδραση ενός μόνο παράγοντα αλλά προσδιορίζεται με τη συμμετοχή περισσότερων του ενός παραγόντων, που μπορεί να σχετίζονται π.χ. με τη

ψυχοπαθολογία των γονιών ή τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας και που συνήθως συρρέουν ταυτόχρονα για την πρόκληση ενός κρούσματος βίας<sup>36</sup>.

Τα τελευταία χρόνια η μελέτη του φαινομένου σηματοδοτείται από δύο σημαντικές διεθνείς πρωτοβουλίες α) την προώθηση των δικαιωμάτων των παιδιών μέσω της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Ο.Η.Ε., με προεξέχουσα τη προστασία αλλά και τη συμμετοχή των παιδιών σε όλα τα ζητήματα που τα αφορούν και β) την αναγωγή της βίας κατά των παιδιών σε πρόβλημα δημόσιας υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, γεγονός που συνεπάγεται ότι για τη μελέτη και την αντιμετώπιση του προβλήματος θα ακολουθείται η επιστημονική μεθοδολογία της δημόσιας υγείας.

Η μεθοδολογία αυτή προβλέπει:

- Την ανάπτυξη ενός κοινού ορισμού
- Την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών, της κοινής γνώμης,
- των γονιών και των παιδιών
- Την συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων
- Την παρακολούθηση και τον έλεγχο
- Την αξιολόγηση και
- Πολιτικές παρεμβάσεις<sup>37</sup>

#### 1.6.1. Ελλάδα

Το φαινόμενο στη χώρα μας μελετήθηκε κυρίως από έρευνες που διεξήγαγε διαχρονικά, μετά το 1980, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.). Οι έρευνες αυτές επιβεβαίωσαν την ύπαρξη του προβλήματος της κακοποίησης στην ελληνική κοινωνία και ανέδειξαν τις συνέπειες της άσκησης βίας ενάντια στα παιδιά, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάστηκαν και επιτυχημένοι τρόποι παρέμβασης σε οικογένειες με στόχο την περαιτέρω πρόληψη του φαινομένου.

Ειδικότερα, τα αποτελέσματα ορισμένων ερευνών του Ι.Υ.Π. αναφέρονται:

- Στον εντοπισμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου για την κακοποίηση-παραμέληση, που διακρίνουν τον ελληνικό πληθυσμό (κυρίως τους γονείς και τα παιδιά). Οδήγησαν μάλιστα στη δημιουργία μιας κλίμακας (Κλίμακα Αγάθωνος και συν. 1995) που προβλέπει με σχετική ακρίβεια τις πιθανότητες κακοποίησης-παραμέλησης ενός παιδιού από τους γονείς του. Τα χαρακτηριστικά αυτά σχετίζονται κυρίως με το ψυχολογικό υπόβαθρο των γονιών και κάποιες ιδιότητες των ίδιων των παιδιών που επηρεάζουν τη θυματοποίησή τους και λιγότερο με τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας.
- Σε προοπτική μελέτη δείγματος σωματικά κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, με στόχο την ανάδειξη των επιπτώσεων της άσκησης βίας στη σωματική, νοητική και συναισθηματική τους ανάπτυξη καθώς και στην κοινωνική τους προσαρμογή.
- Στη διερεύνηση του φαινομένου της σωματικής τιμωρίας σε παιδιά του Δημοτικού Σχολείου, της περιοχής της πρωτεύουσας αλλά και σε πανελλήνια έρευνα που αποκάλυψε ευρύτατη χρήση της άσκησης βίας στα παιδιά για λόγους πειθαρχίας
- Σε κλινική μελέτη της δυστροφίας-μη οργανικής αιτιολογίας σε παιδιά κάτω των 3 ετών που κατέδειξε την ευθύνη των γονιών στη δημιουργία αυτού του

ιατρικού συμπτώματος. Η συμβουλευτική υποστήριξη που δόθηκε στην οικογένεια συνέβαλε στη μετέπειτα μείωση του προβλήματος.

- Σε αναδρομική μελέτη με πληθυσμό παιδιών 0-14 ετών, που προσήλθαν στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» κατά την δεκαετία 1980-'90. Η μελέτη των αρχείων κατέγραψε συχνότητα επίσημης διάγνωσης κακοποίησης 0,64/1.000. Η χαμηλή αυτή εκτίμηση μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς περιστατικών κακοποίησης αλλά και στην απροθυμία των γιατρών να εμπλακούν σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας.
- Σε διερεύνηση του θέματος της σεξουαλικής παραβίασης με δείγμα φοιτητών 18-20 ετών. Η καταγραφείσα συχνότητα του φαινομένου πριν την ηλικία των 18 ετών ήταν 17% για τα κορίτσια και 7% για τα αγόρια.
- Σε άλλη κλινική μελέτη για την σεξουαλική παραβίαση μέσα στην οικογένεια όπου διερευνήθηκε ο ρόλος των μητέρων σε περιπτώσεις που παρέπεμψαν στο Ι.Υ.Π. διάφοροι δημόσιοι φορείς ψυχικής υγείας-πρόνοιας καθώς και ιδιώτες επαγγελματίες του χώρου.
- Για την ίδια μορφή παραβίασης μέσα στην οικογένεια, κλινική διεπιστημονική μελέτη διερεύνησε το φαινόμενο στο στάδιο της αποκάλυψής του και παραπομπής του στο μηχανισμό απονομής ποινικής δικαιοσύνης, που οδήγησε και στην άντληση υλικού από την Εισαγγελία Αηηλίκων Αθήνας<sup>38</sup>.

Αξιόπιστα πρωτογενή στοιχεία για την εκτίμηση της έκτασης του φαινομένου στη χώρα μας δεν υπάρχουν. Οι μελέτες που αναφέρονται στον ελληνικό πληθυσμό αποτελούν είτε προβολή ερευνητικών δεδομένων άλλων ευρωπαϊκών χωρών είτε είναι αναδρομικές μελέτες σε ομάδες ενηλίκων που μπορεί να μη θυμούνται με ακρίβεια τα γεγονότα, και άρα είναι αμφίβολης αξιοπιστίας.

Εκτός όμως ότι είναι απαραίτητη η λειτουργία ενός ενιαίου φορέα αναφοράς και επιτήρησης για τα κρούσματα κακοποίησης παιδιών, είναι επίσης αναγκαία η διαμόρφωση ενιαίων κριτηρίων, μεταξύ των ειδικών, για την έρευνα, τη διάγνωση, την πιστοποίηση και τη διαχείριση αυτών των περιπτώσεων.

#### 1.6.2. Εξωτερικό

Το μέγεθος του φαινομένου της κακοποίησης παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάμεσα στις διάφορες χώρες, μεταξύ άλλων και εξ αιτίας του μεγάλου σκοτεινού αριθμού που καλύπτει αυτές τις πράξεις ακόμα κι αν οδηγούν παιδιά στον θάνατο. Ωστόσο, τα παιδιά κάτω των 4 ετών έχουν υπερδιπλάσιο ποσοστό κινδύνου από τα παιδιά ηλικίας μεταξύ 5-14 ετών. Για τα παιδιά κάτω των 5 ετών, σε μη ανεπτυγμένες χώρες, η συχνότητα παιδοκτονίας είναι μεγαλύτερη, όπως π.χ. στην Αφρική (17,9/100.000 για τα αγόρια και 12,7/100.000 για τα κορίτσια) από ό,τι στην Ευρώπη<sup>39</sup>. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1999) υπολογίζει ότι 40.000.000 παιδιά σ' όλο τον κόσμο πέφτουν θύματα βίας κάθε χρόνο, με μεγάλες διακυμάνσεις κατά φύλο. Η ίδια οργάνωση (Π.Ο.Υ.) αναφέρει (2002) ότι κάθε χρόνο δολοφονούνται, αμέσως μετά την γέννησή τους περίπου 53.000 βρέφη, μόλις διαπιστωθεί πως είναι κορίτσια, σε χώρες όπως η Ινδία και η Κίνα.

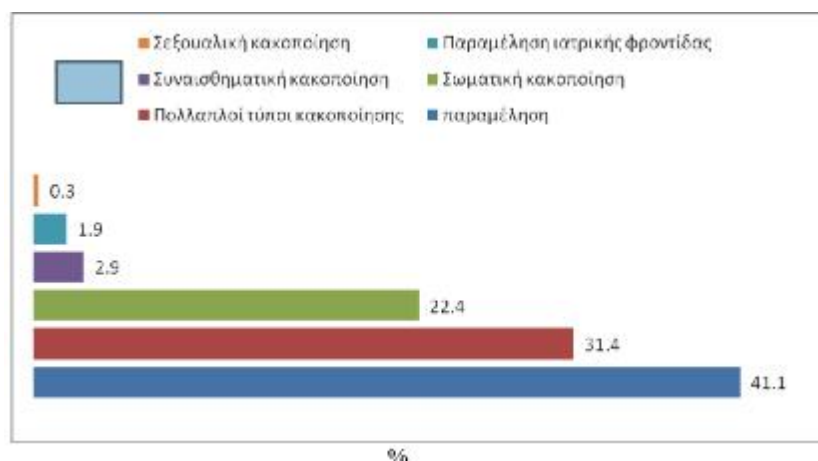
Από συγκεκριμένες έρευνες διαφόρων χωρών υπολογίζεται ότι: στις Η.Π.Α. κακοποιούνται το 1% -2% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 18 ετών κάθε χρόνο και από αυτά, περίπου 2.500-5.000, πεθαίνουν εξ αιτίας αυτής της κακοποίησης.

Στην Μεγάλη Βρετανία η συχνότητα κυμαίνεται από 1% -2% για παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, ετησίως. Στην Σουηδία, σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, κακοποιούνται 1,5 εκατομμύριο παιδιά (4%), ενώ στη Ρουμανία, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., υπολογίζονται μεγάλες διακυμάνσεις από 5% -16%. Στην Γαλλία αναφέρονται 400.000 περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών το χρόνο, με κάθε μορφή κακοποίησης, πλην της σεξουαλικής.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1999) 40.000.000 παιδιά από 0-14 ετών χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη εξ αιτίας κακοποίησης ή παραμέλησης, ενώ υπολογίζεται ότι 1-2 παιδιά στα 10.000, κάτω των 5 ετών, πεθαίνουν κάθε χρόνο εξ αιτίας αυτής της μορφής βίας.

Η σεξουαλική παραβίαση αποτελεί διεθνές και διαταξικό φαινόμενο και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (2006α) σε σχετική μελέτη του υπολογίζει ότι 73.000.000 αγόρια και 150.000.000 κορίτσια την υφίστανται σ' όλο τον κόσμο.

Μελέτες που αναφέρονται στο φαινόμενο αυτό από διάφορες χώρες εκτιμούν συχνότητα που κυμαίνεται από 7% -36% στις γυναίκες και από 3%-29% στους άνδρες. Από αυτές προκύπτει ότι η σεξουαλική παραβίαση είναι συχνότερη στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια, ενώ αξιόπιστη μελέτη, στις Η.Π.Α., σε δείγμα 930 γυναικών που παραβιάστηκαν σεξουαλικά πριν τα 18 τους χρόνια, κατέδειξε ότι το 29% παραβιάστηκαν από μέλος της οικογένειάς τους<sup>40</sup>. Ο πίνακας 4 απεικονίζει τα είδη κακοποίησης στις ΗΠΑ που είχαν θανατηφόρα έκβαση το έτος 2006. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 41%, παρουσιάζει η παραμέληση και ακολουθούν οι πολλαπλοί τύποι κακοποίησης και η σωματική κακοποίηση.



Πίνακας 4. Department of Health and Human Services, Administration for children and US Families, Administration on Children Youth and Families Children's Bureau Child Maltreatment 2006



## Κεφάλαιο 2: Πρόληψη παιδικής κακοποίησης

### 2.1. Επίπεδα πρόληψης

Η πρόληψη της κακοποίησης-παραμέλησης κινείται σε τρία επίπεδα και διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή.

Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται κυρίως στο γενικό πληθυσμό με προγράμματα:

- ◆ Καλύτερευσης των συνθηκών διαβίωσης, όπως καλύτερους όρους εκπαίδευσης, υγείας και γενικότερα με περιορισμό της ανεργίας, της κοινωνικής απομόνωσης, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.
- ◆ Ευαισθητοποίησης της κοινότητας σχετικά με το φαινόμενο της κακοποίησης, με στόχο την αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και αξιών που προβάλλουν τις ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα, ενθαρρύνουν την επιβολή της σωματικής τιμωρίας και επιβάλλουν τον κανόνα της σιωπής και το «άβατο» της οικογένειας, ακόμα και όταν ένα παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο.
- ◆ Οικογενειακού προγραμματισμού, για να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και στήριξης νέων γονέων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα ανάπτυξης γονεϊκών ικανοτήτων.
- ◆ Ενημέρωσης του κοινού για τον τρόπο αντίδρασής του, αν υποπέσει στην αντίληψή του περίπτωση κακοποίησης.
- ◆ Ενημέρωσης των ίδιων των παιδιών στα σχολεία, και από τα Μ.Μ.Ε. για το φαινόμενο αλλά και για τα δικαιώματά τους, μέσα από τη διάδοση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού με στόχο την αυτοπροστασία τους.
- ◆ Η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στους θεσμούς, στο ευρύ κοινό και στα ίδια τα παιδιά.

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί προγράμματα που συνδυάζουν με επιτυχία πιο συγκεκριμένους στόχους και προληπτική αποτελεσματικότητα. Μερικά από αυτά αφορούν<sup>41</sup>:

- ◆ Την προετοιμασία των νέων για το γονικό ρόλο στα πλαίσια της κοινότητας: ο σκοπός των προγραμμάτων υποστήριξης κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι να προετοιμάσει τα άτομα για το γονεϊκό τους ρόλο. Η ικανότητα αναπαραγωγής δεν αρκεί για να γίνει ένα άτομο γονέας. Το να είναι κάποιος καλός γονέας είναι κάτι που μπορεί ίσως να διδαχθεί, και αν είναι έτσι, ο καλύτερος τρόπος είναι το παράδειγμα και όχι οι κανόνες και οι εντολές. Ειδικά προγράμματα στα σχολεία, στα κέντρα νεότητας, στα μαιευτήρια που θα παρέχουν στους μελλοντικούς γονείς εκπαίδευση στο ρόλο τους και άλλα στηρίγματα, τα οποία θα αμβλύνουν τις δυσκολίες που συνεπάγεται η παρουσία ενός βρέφους στο σπίτι. Η παρουσία ενός νεογέννητου, οπωσδήποτε, δημιουργεί στρες σε οποιαδήποτε οικογένεια. Όταν όμως το βρέφος απαιτεί πρόθεση ή ειδική φροντίδα, το στρες μπορεί να αυξηθεί σημαντικά, βάζοντας το παιδί σε ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρόληψης περιλαμβάνουν επισκέπτες υγείας, που θα παρέχουν πληροφορίες και συμβουλές στους γονείς πάνω στη φροντίδα των παιδιών, στη διατροφή και στην διαχείριση, ενώ θα ελέγχουν περιοδικά την υγεία των μικρών παιδιών.

- ◆ Την καλύτερη γνώση και χρήση της νομοθεσίας που ήδη υπάρχει, σχετικά με την προστασία του παιδιού και της οικογένειας και τη μελέτη για την εξεύρεση νέων σχημάτων νομικής κάλυψης.
- ◆ Την αλλαγή στη νοοτροπία και τις στάσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε ότι αφορά τον τρόπο που παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών: Λιγότερη έμφαση στις γνωστές «ιστορίες τρόμου» και στην «καταδίωξη των εγκληματιών» και περισσότερη κατανόηση για την πολυπλοκότητα του προβλήματος. Τα Μ.Μ.Ε. πρέπει να ενισχύσουν το μέσο πολίτη να δει διαφορετικά το πρόβλημα και να ενθαρρύνουν οικογένειες με παρόμοια προβλήματα να ζητήσουν εγκαίρως βοήθεια. Δεν είναι λίγες οι φορές που αποκαλυπτικά και ενδιαφέροντα κείμενα σχετικά με το θέμα έχουν δημοσιευτεί στις εφημερίδες και στα περιοδικά. Η τηλεόραση με την αμεσότητα, θα μπορούσε να προσφέρει ουσιαστικά στην ενημέρωση του κοινού, την ευαισθητοποίηση του, αλλά και στην πρόληψη.
- ◆ Τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και την προσφορά ψυχαγωγίας σε οικογένειες σε κοινοτικό επίπεδο.
- ◆ Την αντιμετώπιση μητέρων και νεογέννητων στα μαιευτήρια με τέτοιο τρόπο, ώστε να ενισχύεται η ανάπτυξη δεσμού μητέρας -παιδιού και να αποφεύγονται οι χωρισμοί. Υπεύθυνοι για την πρωτογενή πρόληψη θα πρέπει να είναι: οικονομολόγοι, πολεοδόμοι, κοινωνιολόγοι, εκπαιδευτικοί, πολιτικοί και πολλοί άλλοι<sup>42</sup>.

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει κυρίως προγράμματα από ιατρικές υπηρεσίες. Επειδή η κακοποίηση εκδηλώνεται με κυκλικό τρόπο, πολλά προβλήματα υγείας και ανάπτυξης μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανόμενης και της κακοποίησης. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό τα εξελικτικά προβλήματα και τα προβλήματα υγείας να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Ο στόχος των προγραμμάτων είναι να εξασφαλίζουν ότι στα παιδιά αυτά, θα παρασχεθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας, ή όποιες άλλες υπηρεσίες θα τα προστατέψουν, από το να κακοποιήσουν τα δικά τους παιδιά, όταν γίνουν γονείς.

Όταν οι οικογένειες δεν έχουν πού να στραφούν σε στιγμές κρίσης, βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο για κακοποίηση ή παραμέληση των παιδιών τους. Για την παροχή άμεσης βοήθειας σε γονείς που βρίσκονται σε στρες, θα πρέπει να υπάρχουν προγράμματα αντιμετώπισης της κρίσης σε εικοσιτετράωρη βάση, που να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

α) ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή (SOS), β) άτομα που να παρέχουν φροντίδα τις ώρες τις κρίσης, γ) άτομα που να φροντίζουν τα βρέφη σε ώρες κρίσης, δ) παιδικούς σταθμούς για ώρες κρίσης και συμβουλευτική για ώρες κρίσης. Επειδή βέβαια η ανακουφιστική φροντίδα σε ώρες κρίσης είναι προσωρινή και βραχυπρόθεσμη, τέτοιου είδους προγράμματα θα πρέπει να παραπέμπουν τους γονείς σε μακροπρόθεσμες υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες.

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη τείνει να ακολουθεί παραδοσιακά σχήματα στα πλαίσια καθιερωμένων υπηρεσιών παιδικής προστασίας. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών συνεπάγεται και αντίστοιχη συνεχή εκτίμηση και αξιολόγηση τους, ώστε να εξασφαλιστεί ότι είναι πράγματι αποτελεσματικά και ότι δεν παύουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες εκείνων για τους οποίους προορίζονται. Τα προγράμματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

- ◆ Αναμόρφωση και ανάπτυξη του θεσμού των ανάδοχων οικογενειών
- ◆ Αναμόρφωση και βελτίωση της κλειστής περίθαλψης: Φοίτηση παιδιών ιδρυμάτων σε σχολεία της κοινότητας, κατασκευαστική εμπειρία παιδιών ιδρυμάτων, ένταξη ιδρυμάτων στην τοπική αυτοδιοίκηση για άμεση συνεργασία με την κοινότητα.
- ◆ Βελτίωση κριτηρίων επιλογής και εκπαίδευση προσωπικού ιδρυμάτων.
- ◆ Οικονομική ενίσχυση των δήμων για προνοιακά προγράμματα.
- ◆ Τα συμβουλευτικά κέντρα να περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης.

Η διάκριση της πρόληψης στις τρεις παραπάνω κατηγορίες αφορά πρακτικούς λόγους προσέγγισης και μελέτης του ζητήματος και δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε επίπεδο λειτουργίας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών αλλά ότι μάλλον και οι τρεις αναγνωρίζονται ως ένα συνεχές.

## 2.2. Θεσμικό πλαίσιο

Το θεσμικό πλαίσιο που εφαρμόζεται για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης στηρίζεται κυρίως στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η οποία αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 1 της παρούσας εργασίας.

Εξίσου βασικό εργαλείο για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού και γενικότερα για την παιδική προστασία αποτελεί ο νόμος 3500/2006 «Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας». Η ερμηνεία του όρου «οικογένεια», με την έννοια του νόμου, διευρύνεται για να συμπεριλάβει, εκτός της στενής έννοιας της οικογένειας, και άλλα οικογενειακά σχήματα που υφίστανται στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, όπως ζευγάρια μόνιμων συντρόφων με κοινά παιδιά, παιδιά ενός εξ αυτών ή εξ υιοθεσίας, πρώην συζύγους, τους συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι και τέταρτου βαθμού, εφόσον οι τελευταίοι συγκατοικούν. Ορίζει τη βία σύμφωνα με τις μορφές που κυρίως εκδηλώνεται, όπως τη σωματική βία απόλυτη και ψυχολογική), τη βία κατά πραγμάτων, την παράνομη βία και απειλή και τον ψυχικό και σωματικό βασανισμό του θύματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άρθρο 4 προβλέπει την απαγόρευση της σωματικής τιμωρίας σε βάρος ανηλίκου ως μέσου σωφρονισμού, στο πλαίσιο της διαπαιδαγώγησής του, ενώ οι διατάξεις του εφαρμόζονται αντίστοιχα και για περιπτώσεις που ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας (π.χ. σε ιδρύματα) και η πράξη του στρέφεται εναντίον προσώπου το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού. Ο νόμος, επίσης, ποινικοποιεί τον βιασμό και την κατάχρηση σε ασέλγεια ακόμα κι αν αυτές τελούνται εντός του γάμου.

Υιοθετώντας μια διασταλτική ερμηνεία του όρου ο νέος νόμος χαρακτηρίζει ως «θύμα», όχι μόνον κάθε πρόσωπο σε βάρος του οποίου τελείται το αδίκημα της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και κάθε μέλος της οικογένειας μέσα στην οποία αυτό συμβαίνει και κυρίως τον ανήλικο ενώπιον του οποίου τελείται κάποια-ες από τις αξιόποινες πράξεις τις οποίες περιγράφει. Προστατεύει επίσης όλα τα ανήλικα πρόσωπα που συγκατοικούν με την οικογένεια ανεξάρτητα από τον λόγο της συνοίκησης, ενεργοποιεί δε την ποινική διαδικασία όχι μόνο μετά από έγκληση του θύματος ή καταγγελία τρίτου προσώπου αλλά και αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα.

Οι νέες ρυθμίσεις εισάγουν τον καινοτόμο θεσμό της ποινικής διαμεσολάβησης, ως τρόπου διαχείρισης των πλημμελημάτων που τελούνται στο πλαίσιο της ενδοοικογενειακής βίας, με στόχο να αποφεύγεται το στίγμα και η εμπλοκή στο χρονοβόρο τυπικό μηχανισμό απονομής της ποινικής δικαιοσύνης, που στην περίπτωση ανηλίκου θύματος διενεργείται από κοινού από τον εισαγγελέα ανηλίκων και τον ασκούντα την επιμέλεια, εφ' όσον ο τελευταίος δεν φέρεται ως δράστης.

Τέλος καινοτομία αποτελεί και ο ρόλος που ο νόμος αποδίδει στους εκπαιδευτικούς σχετικά με την αποκάλυψη περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας που διαπράττονται σε βάρος μαθητή τους. Στο άρθρο 23 προβλέπεται ότι ο εκπαιδευτικός αυτός οφείλει να ενημερώνει άμεσα τον διευθυντή του σχολείου για τα γεγονότα που υπέπεσαν στην αντίληψή του, ο οποίος με τη σειρά του υποχρεούται να πληροφορήσει γι' αυτά τον αρμόδιο εισαγγελέα ή την πλησιέστερη αστυνομική αρχή<sup>43</sup>.

### 2.3. Ο Συνήγορος του Παιδιού

Από το 2003, ο Συνήγορος του Παιδιού δραστηριοποιείται για την προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων των παιδιών, όπως αυτά διατυπώνονται στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών, την οποία έχει κυρώσει και η χώρα μας.

Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται:

- ◆ Η διερεύνηση περιπτώσεων παραβίασης των δικαιωμάτων των παιδιών, άρα και περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης, οπότε προτείνει και μέτρα με στόχο την προστασία και την αποκατάστασή τους. Συνήθως ο Συνήγορος διαμεσολαβεί, αφού έχει πρώτα δεχθεί έγγραφη αναφορά κάποιου πολίτη, αν και σε περιπτώσεις σοβαρών παραβιάσεων μπορεί να ενεργήσει και αυτεπάγγελτα. Ο καταγγέλλων μπορεί να είναι το ίδιο το παιδί, ο γονιός ή συγγενής του ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο έχει άμεση αντίληψη παραβίασης των δικαιωμάτων του παιδιού, η οποία συντελείται από δημόσιο φορέα ή ιδιώτη (φυσικό ή νομικό πρόσωπο)<sup>45</sup>.
- ◆ Η διάδοση και ο έλεγχος εφαρμογής της Διεθνούς Σύμβασης από την Πολιτεία. Ο Συνήγορος συντάσσει και ειδικές εκθέσεις για τα θέματα που θεωρεί ιδιαίτερα σημαντικά και απευθύνεται με αυτές στα αρμόδια υπουργεία.
- ◆ Η ενημέρωση των ίδιων των παιδιών σχετικά με τα δικαιώματά τους και τους τρόπους υπεράσπισής τους. Για το λόγο αυτό επικοινωνεί μαζί τους στους δικούς τους χώρους της καθημερινότητας, όπως είναι τα σχολεία, τα κέντρα νεότητας, τα ιδρύματα, οι ξενώνες φιλοξενίας, οι χώροι κράτησης κλπ.
- ◆ Ακούγοντας τους προβληματισμούς και τις προτάσεις τους διαπιστώνει ανάγκες και ελλείψεις και προτείνει θεσμικά μέτρα διασφάλισης των δικαιωμάτων τους.
- ◆ Αποστολή του Συνηγόρου του Παιδιού είναι επίσης η ενημέρωση και εκπαίδευση γονέων και επαγγελματιών που εργάζονται με παιδιά αλλά και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών και την προάσπισή τους.

Σημαντικές πρωτοβουλίες που ανέλαβε η Αρχή ήταν η ίδρυση του Δικτύου για την Καταπολέμηση της Σωματικής Τιμωρίας στα Παιδιά, οπότε σε συνεργασία με άλλους

δημόσιους φορείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις ο Συνήγορος ανέδειξε την ανάγκη εξάλειψης της σωματικής τιμωρίας ως μέσου σωφρονισμού των παιδιών και την προβολή του διαλόγου και άλλων μη βίαιων μέσων διαπαιδαγώγησης.

Συμμετείχε επίσης στην νομοπαρασκευαστική επιτροπή για τη σύνταξη του νόμου ενάντια στην οικογενειακή βία (Ν. 3500/06), ενώ έχει υποστηρίξει και σχολιάσει και άλλες νομοθετικές πρωτοβουλίες σχετικές με την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών<sup>46</sup>.

ο Συνήγορος έχει κατά καιρούς επισκεφθεί πολλά ιδρύματα παιδικής προστασίας, τόσο του δημόσιου, όσο και του ιδιωτικού τομέα, σε όλη την Ελλάδα για να επικοινωνήσει με τα παιδιά και το προσωπικό και να διαπιστώσει αν προστατεύονται επαρκώς τα δικαιώματα που ορίζει η Διεθνής Σύμβαση. Κατέληξε δε στο συμπέρασμα ότι τα δύο σοβαρότερα προβλήματα που, αντιμετωπίζουν τα ιδρύματα παιδικής προστασίας είναι: η ανεπάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού καθώς και η έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος πιστοποίησης ποιότητας και ελέγχου για την τήρηση των κανόνων που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία των ιδρυμάτων, ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των φιλοξενούμενων παιδιών<sup>44</sup>.

## 2.4. Εφαρμογή Ευεργετικών Κοινωνικών και Οικονομικών Πολιτικών

Η τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να βελτιωθεί όταν υπάρχουν θετικές κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές, ίση πρόσβαση σε βασικούς τομείς όπως η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η στέγαση και οι κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους τομείς αυτούς μπορεί να αντιμετωπίσει μερικούς από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την παιδική κακοποίηση και, κατά συνέπεια, να οδηγήσει σε χαμηλότερα ποσοστά παιδικής κακοποίησης. Στις κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης με αυτόν τον τρόπο περιλαμβάνονται<sup>47</sup>:

- 1) Η παροχή εκπαίδευσης και μέριμνας στην πρώιμη παιδική ηλικία.
- 2) Η καθολική παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- 3) Μέτρα κατά της ανεργίας.
- 4) Συστήματα κοινωνικής προστασίας όπως η παροχή ευεργετημάτων στα
- 5) άτομα με αναπηρίες, η υγειονομική ασφάλιση, η παιδική μέριμνα, η
- 6) ενίσχυση του εισοδήματος ή της σίτισης και οι παροχές σε ανέργους.

## 2.5. Μεταβολή των Κοινωνικών και Πολιτισμικών Προτύπων

Τα κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα αποτελούν έναν παράγοντα που συμβάλλει έντονα στην παιδική κακοποίηση. Συχνά χρησιμοποιούνται για να δικαιολογηθεί η βία κατά των παιδιών. Οι νομικές ρυθμίσεις, ενώ μπορούν να επηρεάσουν τα κοινωνικά πρότυπα, είναι απίθανο από μόνες τους να έχουν σημαντικό αντίκτυπο, εκτός εάν συνοδεύονται με μεταβολή των προτύπων που σχετίζονται με τη θέση των παιδιών, την αποδοχή και την αποτελεσματικότητα της βίαιης τιμωρίας, τους ρόλους των φύλων και την ιδιωτική ζωή της οικογένειας. Η ευαισθητοποίηση του κοινού και οι εκστρατείες των μέσων επικοινωνίας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή των κοινωνικών και πολιτιστικών προτύπων. Έτσι, μπορεί να αναδειχθεί

η έκταση και η φύση της παιδικής κακοποίησης και να ενθαρρυνθεί η παροχή υπηρεσιών σε παιδιά και οικογένειες.

Δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα στοιχεία εάν οι προσπάθειες για αλλαγή των προτύπων μπορούν να μειώσουν τα περιστατικά της παιδικής κακοποίησης. Όμως, σε λίγες μελέτες παρεμβάσεων μεγάλης κλίμακας έχουν βρεθεί μεταβολές στις στάσεις και τα πρότυπα όσον αφορά τη χρήση της βίας προς τα βρέφη και τα παιδιά. Σε πρόγραμμα που χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες για την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, προσφέρεται βοήθεια σε εν δυνάμει θύτες. Επίσης, οι ενήλικες ενθαρρύνονται να ψάχνουν για προειδοποιητικά σημάδια σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και να ενεργούν πριν διαπραχθεί η κακοποίηση. Σε αυτά τα προγράμματα, τα άτομα προσέρχονται εθελοντικά στη θεραπεία, με αποτέλεσμα να προλαμβάνεται η δυνητική κακοποίηση<sup>48</sup>.

## 2.6. Μείωση των Οικονομικών Ανισοτήτων

Η παιδική κακοποίηση είναι συχνότερη στις φτωχότερες κοινωνίες και εκεί όπου παρατηρούνται έντονες οικονομικές ανισότητες. Επομένως, η λήψη μέτρων για τη μείωση της φτώχειας και των οικονομικών ανισοτήτων θα πρέπει να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μείωση της παιδικής κακοποίησης.

Ένα παράδειγμα τέτοιων μέτρων είναι τα οικιστικά προγράμματα. Αυτά έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να μειωθεί η συγκέντρωση της φτώχειας σε συγκεκριμένες περιοχές, παρέχοντας κουπόνια στέγασης ή επιδότηση ενοικίου σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα επιλογής για το πού θα ζήσουν. Παρόλο που αυτά τα προγράμματα δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί για τις επιπτώσεις τους στην παιδική κακοποίηση, φαίνονται υποσχόμενα, καθώς έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα στη σχολική επίδοση, στα προβλήματα συμπεριφοράς και στην ψυχική και σωματική υγεία. Επίσης, φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της εγκληματικότητας σε επίπεδο γειτονιάς, της θυματοποίησης και της κοινωνικής αναταραχής.

Οικονομικές πολιτικές και προγράμματα που μειώνουν τις επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας με ένα πιο γενικό τρόπο μπορούν να αποδειχθούν πολύτιμες στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, παρόλο που δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες επιστημονικές ενδείξεις για τέτοιου είδους παρεμβάσεις<sup>49</sup>.

## 2.7. Καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας

Ένα φαινόμενο το οποίο αρχίζει να λαμβάνει διαστάσεις στις χώρες της Ε.Ε. είναι η παιδική φτώχεια, δηλαδή ο κίνδυνος φτώχειας που αντιμετωπίζει ένα παιδί μικρότερο 18 ετών που καθορίζεται από την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού στο οποίο ζει. Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, τα παιδιά κινδυνεύουν περισσότερο από τη φτώχεια σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι λόγοι είναι σύνθετοι και περιλαμβάνουν τη διαβίωση των παιδιών σε νοικοκυριά ανέργων, σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τη διαβίωσή τους με έναν μόνο γονέα ή/και σε πολυμελή οικογένεια χωρίς επαρκή εισοδηματική ενίσχυση.

Τα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας αντιμετωπίζουν συνήθως περισσότερα εμπόδια στη ζωή τους είτε λόγω κακής εκπαίδευσης, υγείας ή περιορισμένων επαγγελματικών προοπτικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σε ψήφισμά του (2008) για μια στρατηγική της Ευρώπης για τα δικαιώματα του παιδιού αφιερώνει ειδικό κεφάλαιο στη Φτώχεια και τις Διακρίσεις<sup>50</sup>.

Συγκεκριμένα, υπενθυμίζει ότι εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης ένα ποσοστό 19% των παιδιών ζει κάτω από το όριο της φτώχειας και ότι για το λόγο αυτόν είναι απαραίτητο να προβλεφθούν κατάλληλα μέτρα βοήθειας, προσανατολισμένα στις ανάγκες των παιδιών, καθώς και μέτρα στήριξης των οικογενειών τους και ζητά από τα κράτη-μέλη να υιοθετήσουν στόχους για τη μείωση –και τελικά την εξάλειψη– της παιδικής φτώχειας. Επίσης καλεί την Επιτροπή να μεριμνήσει για την ενσωμάτωση στρατηγικών για την αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας, της ανεργίας των νέων και της κοινωνικής ένταξης των μειονοτήτων, επισημαίνει δε ότι η φτώχεια είναι μια από τις κύριες αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού, των διακρίσεων και των κινδύνων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Όπως προκύπτει από στατιστικά στοιχεία, ο κίνδυνος παιδικής φτώχειας στην Ελλάδα, αυξάνεται συνεχώς από το 2005 μέχρι και το 2009.

Οι παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο φτώχειας των παιδιών είναι σύνθετοι. Αρχικά είναι ο μεγάλος αριθμός μη οικονομικά ενεργών μελών στο νοικοκυριό, καθώς η φτώχεια μειώνεται σε νοικοκυριά με έναν ή δύο εργαζόμενους. Επιπλέον παράγοντα αποτελούν οι χαμηλές αποδοχές και το μη ικανοποιητικό σύστημα κοινωνικών παροχών και η έλλειψη υπηρεσιών υποστήριξης π.χ. για τη φροντίδα των παιδιών. Τα χαμηλά οικογενειακά επιδόματα συνοδεύονται από χαμηλή αποτελεσματικότητα με όρους μείωσης της παιδικής φτώχειας.

Η καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας έχει μεγάλη σημασία, όσον αφορά την παιδική προστασία, διότι περιλαμβάνεται στους στόχους της πρωτογενούς πρόληψης της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών. Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι ο γενικότερος πληθυσμός και η υποστήριξη της οικογένειας με την εξασφάλιση μιας ικανοποιητικής και αξιοπρεπούς ποιότητας ζωής. Εάν μια οικογένεια δεν διαθέτει ικανοποιητικά μέσα διαβίωσης, δεν μπορεί να εκπληρώσει ικανοποιητικά το ρόλο της στην ανατροφή των παιδιών. Επιπλέον πρέπει να υπάρχει πρόσβαση σε μια σειρά παροχές και υπηρεσίες που καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες των οικογενειών και των παιδιών. Σημαντικές παροχές και υπηρεσίες για την ενίσχυση των οικογενειών και των παιδιών αποτελούν τα διάφορα επιδόματα, η γονική άδεια και οι υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας παιδιών. Η ανεπαρκής ή πάρα πολύ δαπανηρή φροντίδα για τα παιδιά μπορεί να εξαναγκάσει τους γονείς να αφήνουν τα παιδιά τους σε μη εξειδικευμένους και άπειρους επαγγελματίες ή υπό την εποπτεία των μεγαλύτερων αδελφών τους οι οποίοι, για τον λόγο αυτό, επωμίζονται μεγάλη ευθύνη. Οι υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και η γονική άδεια αποτελούν σημαντικά μέτρα για τη συμφιλίωση εργασίας και οικογενειακής ζωής.

Σε σχέση με τη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, θα πρέπει να ακολουθηθούν καλές πρακτικές για την υποστήριξη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και οικογενειών σε κρίση, πρακτικές που εστιάζουν στη προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών που ζουν μέσα και έξω από ιδρύματα καθώς και καλές πρακτικές που αφορούν τον τομέα της αποϊδρυματοποίησης<sup>51</sup>.

## 2.8. Οι Στρατηγικές Ανθρωπίνων Σχέσεων

Μεταξύ των καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου για την παιδική κακοποίηση περιλαμβάνονται<sup>52</sup>:

- ◆ Ο ανεπαρκής γονεϊκός ρόλος καθώς και η αποτυχία να δημιουργηθεί συναισθηματικός δεσμός προσκόλλησης βρέφους - γονέα.
- ◆ Οι εξωπραγματικές προσδοκίες για την ανάπτυξη του παιδιού.
- ◆ Η πεποίθηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική αποδοχή της σκληρής σωματικής τιμωρίας.
- ◆ Η αδυναμία παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας στο παιδί κατά την απουσία του γονέα.

Αντίθετα, οι διάφορες στρατηγικές που προωθούν την έγκαιρη και ασφαλή δημιουργία συναισθηματικού δεσμού προσκόλλησης βρέφους - γονέα και την πειθαρχία μέσω μη βίαιων τρόπων δημιουργούν συνθήκες για τη θετική εξέλιξη της ψυχικής υγείας του παιδιού μέσα στην οικογένεια και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης.

Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι τα προγράμματα που επικεντρώνονται στη βελτίωση του γονεϊκού ρόλου είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Τα δύο πιο ευρέως αξιολογημένα και εφαρμοσμένα μοντέλα για την χρήση αυτών των στρατηγικών είναι τα προγράμματα κατ' οίκον επισκέψεων και η εκπαίδευση στο γονεϊκό ρόλο.

Τα προγράμματα κατ' οίκον επισκέψεων φέρνουν τις υπηρεσίες της κοινότητας για τις οικογένειες μέσα στα σπίτια τους και έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης.

Μια ανασκόπηση των κύριων αμερικάνικων μελετών εκτίμησης αποτελεσμάτων, έδειξαν μείωση περίπου 40% της παιδικής κακοποίησης από τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας, που συμμετείχαν σε προγράμματα κατ' οίκον επισκέψεων.

Ακόμα, τα προγράμματα αυτά φάνηκαν υποσχόμενα στην πρόληψη της νεανικής βίας. Κατά τη διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων, προσφέρθηκε ενημέρωση και στήριξη, καθώς και άλλες υπηρεσίες που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας.

Έχουν μελετηθεί διάφορα μοντέλα κατ' οίκον επισκέψεων. Σε ορισμένα από αυτά, οι κατ' οίκον επισκέψεις παρέχονται σε όλες τις οικογένειες, ανεξάρτητα από την εκτίμηση κινδύνου. Άλλα προγράμματα επικεντρώνονται σε οικογένειες που θεωρείται ότι αντιμετωπίζουν κίνδυνο για εκδήλωση βίας, όπως άτομα που γίνονται γονείς για πρώτη φορά ή μονογονεϊκές οικογένειες και έφηβοι γονείς που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές. Έρευνες για την αποτελεσματικότητα αυτών των διαφορετικών μοντέλων υποδεικνύουν ότι τα πιο επιτυχημένα προγράμματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- ◆ Εστίαση σε οικογένειες που παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανάγκη για υπηρεσίες, σε αντίθεση με τα προγράμματα που περιλαμβάνουν επισκέψεις σε όλες τις οικογένειες ανεξαρτήτως κινδύνου.
- ◆ Παρέμβαση από την αρχή ακόμη της εγκυμοσύνης, η οποία συνεχίζεται τουλάχιστον μέχρι το δεύτερο ή και το πέμπτο έτος της ζωής του παιδιού.



- ◆ Ευελιξία, ώστε η διάρκεια και η συχνότητα των επισκέψεων καθώς και η μορφή των παρεχόμενων υπηρεσιών να μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες και το βαθμό κινδύνου της κάθε οικογένειας.
- ◆ Ενεργός προώθηση θετικών συμπεριφορών σωματικής και ψυχικής υγείας και συγκεκριμένων συμπεριφορών σχετικά με τη βρεφική φροντίδα.
- ◆ Κάλυψη ευρέος φάσματος θεμάτων που αφορούν συγκεκριμένες ανάγκες της οικογένειας – σε αντιδιαστολή με την επικέντρωση σε ένα μοναδικό θέμα, όπως η αύξηση του βάρους του νεογνού ή η μείωση της παιδικής κακοποίησης.
- ◆ Μέτρα για τη μείωση του στρες μέσα στην οικογένεια, με τη βελτίωση του κοινωνικού και του φυσικού περιβάλλοντος.
- ◆ Αξιοποίηση νοσηλευτών ή εκπαιδευμένων ημιεπαγγελματιών.

Επιπρόσθετα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για γονείς αποσκοπούν στο να τους εκπαιδεύσουν σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού και να τους βοηθήσουν να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους στη διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Τα προγράμματα μπορούν να πραγματοποιούνται στο σπίτι ή σε άλλο περιβάλλον όπως σχολεία ή κλινικές, όπου μπορεί κανείς να προσεγγίσει νέους γονείς και άτομα που ετοιμάζονται να γίνουν γονείς. Ενώ τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα προορίζονται να εφαρμοστούν σε οικογένειες που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο ή σε οικογένειες όπου έχει ήδη παρατηρηθεί κακοποίηση, γίνεται ολοένα και πιο αισθητό ότι η παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης για όλους τους γονείς ή τους μελλοντικούς γονείς, μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική.

Οι εκτιμήσεις των προγραμμάτων κατάρτισης για γονείς έδειξαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα σχετικά με την επίπτωσή τους στη μείωση της νεανικής βίας, ωστόσο λίγες μελέτες έχουν εξετάσει την επίπτωσή τους ειδικά στους δείκτες της παιδικής κακοποίησης. Αντίθετα, για πολλές από τις παρεμβάσεις, πρόσφατα αποτελέσματα όπως η γονική επάρκεια και οι δεξιότητες, η σύγκρουση γονέα - παιδιού και η γονεϊκή ψυχική υγεία, έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους. Οι αναλύσεις σχετικά με τα επιτυχή προγράμματα κατάρτισης για γονείς έχουν δείξει ότι περιέχουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- ◆ Ενεργός αξιολόγηση από τους γονείς του διδακτικού υλικού για τα παιδιά τους και έλεγχος κατά πόσο μπορούν να ανακαλούν και να αντιλαμβάνονται αυτό το υλικό.
- ◆ Βήμα-βήμα διδασκαλία των παιδιών στις δεξιότητες διαχείρισης, όπου κάθε νέα δεξιότητα αποτελεί τη βάση για τη μάθηση της επόμενης.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα αποτελεσματικά προγράμματα κατάρτισης για τους γονείς περιέχουν τα βασικά στοιχεία του θετικού γονεϊκού ρόλου καθώς:

- ◆ Αναγνωρίζουν και καταγράφουν προβληματικές συμπεριφορές στο σπίτι.
- ◆ Χρησιμοποιούν τεχνικές θετικής ενίσχυσης, όπως ο έπαινος και το «point system».
- ◆ Εφαρμόζουν μη βίαιες μεθόδους πειθαρχίας, όπως η κατάργηση των προνομίων.
- ◆ Εποπτεύουν και επιτηρούν τη συμπεριφορά του παιδιού.
- ◆ Χρησιμοποιούν τη διαπραγμάτευση και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων<sup>53</sup>.

## 2.9. Ατομικές στρατηγικές

Οι στρατηγικές σε ατομικό επίπεδο για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης είναι σχεδιασμένες προκειμένου να τροποποιούν ευθέως τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές του ατόμου, και μπορούν να λάβουν χώρα σε κάθε περιβάλλον.

Αρχικά, οι προσπάθειες για τον περιορισμό των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μείωση της παιδικής κακοποίησης, αν και τέτοια προγράμματα δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες έχουν συνδεθεί με υποβαθμισμένη προγεννητική φροντίδα, χαμηλό βάρος του νεογνού, αυξημένο κίνδυνο βρεφικής θνησιμότητας, παιδική κακοποίηση και ελλείψεις στη βρεφική και παιδική ανάπτυξη<sup>54</sup>.

Επιπλέον, προγράμματα που ενθαρρύνουν τις γυναίκες να αναζητούν ορθή προγεννητική και μεταγεννητική περίθαλψη δείχνουν υποσχόμενα στοιχεία για την πρόληψη της κακοποίησης των βρεφών ηλικίας έως 3 ετών. Ο στόχος είναι να μειωθεί το ποσοστό των νεογέννητων παιδιών που είναι πρόωρα, έχουν χαμηλό βάρος ή πάσχουν από κάποια ασθένεια ή σωματική και ψυχική αναπηρία δηλαδή όλα όσα ενδέχεται να παρεμβαίνουν στη δημιουργία συναισθηματικού δεσμού προσκόλλησης και να κάνουν το παιδί πιο ευάλωτο στην κακοποίηση. Επομένως, η προώθηση της χρήσης ορθής προγεννητικής και μεταγεννητικής περίθαλψης θεωρείται κρίσιμη στο να υπάρχουν θετικότερα αποτελέσματα κατά τις γεννήσεις. Παρόλο που η αξιολόγηση αυτών των παρεμβάσεων εκκρεμεί, η πιθανότητα να λειτουργούν προληπτικά είναι υψηλή ιδίως επειδή θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε συνολικούς πληθυσμούς, ανεξαρτήτως των ενδο-ομαδικών διαφορών σε επίπεδο κινδύνου. Επίσης, η ύπαρξη προγεννητικής και μεταγεννητικής περίθαλψης παρέχει ευκαιρίες ώστε να προσελκυστούν μελλοντικοί και νέοι γονείς σε κατ' οίκον επισκέψεις και προγράμματα κατάρτισης για γονείς – δύο παρεμβάσεις σε επίπεδο σχέσεων - για την αποτελεσματικότητα των οποίων στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης υπάρχουν ισχυρά και συγκλίνοντα στοιχεία<sup>50</sup>.

Τέλος, κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση των παιδιών στην αποφυγή δυνητικών καταστάσεων κακοποίησης. Αυτά τα προγράμματα έχουν στόχο να διδάξουν στα παιδιά πώς να αναγνωρίζουν απειλητικές καταστάσεις και να τους παρέχουν δεξιότητες προκειμένου να προστατεύουν τον εαυτό τους. Οι βασικές έννοιες αυτών των προγραμμάτων είναι ότι τα παιδιά μπορούν να ελέγχουν το σώμα τους και ότι υπάρχουν διάφορες μορφές σωματικής επαφής. Τα παιδιά διδάσκονται πώς να μιλάνε σε έναν ενήλικο όταν καλούνται να κάνουν κάτι με το οποίο νιώθουν άβολα.

Τα παιδιά μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις και να αναπτύξουν δεξιότητες για να προστατεύουν τον εαυτό τους από την κακοποίηση. Ωστόσο, υπάρχει αβεβαιότητα κατά πόσο αυτές οι δεξιότητες διατηρούνται στο πέρασμα του χρόνου και αν μπορούν στην πραγματικότητα να προστατεύσουν ένα παιδί από κάθε είδους βάνουση μεταχείριση, ιδιαίτερα αν ο θύτης είναι κάποιος που γνωρίζουν καλά και τον εμπιστεύονται. Προκύπτει, επομένως, η ανάγκη να αποδειχθεί επιστημονικά ότι αυτές οι μαθημένες δεξιότητες είναι όντως αποτελεσματικές στην πρόληψη της κακοποίησης σε πραγματικές καταστάσεις<sup>50</sup>.

## 2.10. Τεχνικές αποφυγής πιθανών κινδύνων

Με σκοπό την αποφυγή πιθανών κινδύνων κακοποίησης, οι γονείς μπορούν να κάνουν τα εξής:

- ◆ Να κρατάνε πάντα μια λίστα με τα ονόματα και τα τηλέφωνα των φίλων του παιδιού και να κρατάνε επαφή με τις οικογένειες τους,
- ◆ Να μάθει το παιδί την διεύθυνση και τα τηλέφωνα του σπιτιού, καθώς και πώς να καλεί την αστυνομία,
- ◆ Να μην βάζουν το όνομα του παιδιού επάνω στην τσάντα ή τα ρούχα του. Κάποιος που πιθανόν θα το φωνάξει με το όνομά του θα φανεί πιο γνώριμος,
- ◆ Να μάθουν γιατί το παιδί αρνείται ή δεν θέλει να δει κάποιον,
- ◆ Να φροντίσουν να είναι διαθέσιμοι σε κάθε στιγμή που το παιδί τους θέλει να τους πει κάτι, γιατί μόνο τότε θα έρθει αμέσως το παιδί να τους πει αν του συμβαίνει κάτι,
- ◆ Να προσπαθούν να μειώσουν το φόβο του παιδιού (πραγματικό ή φανταστικό), ώστε όταν αισθανθεί φόβο να μην τον καταπιέσει,
- ◆ Να είναι συνεπείς, για να μάθουν να κάνουν το ίδιο και τα παιδιά τους,
- ◆ Να τηλεφωνούν τα παιδιά και να τα ενημερώνουν ότι θα αργήσουν στην δουλειά,
- ◆ Να μην τα καταπιέζουν να αγκαλιάσουν κάποιον συγγενή ή φίλο εάν δεν θέλουν.
- ◆ Μην αφήνετε το παιδί μόνο του στο αυτοκίνητο, να πηγαίνει μόνο του σε δημόσια τουαλέτα, να περιπλανιέται στους διαδρόμους κάποιου καταστήματος,
- ◆ Εξηγήστε του ότι αν ένας ενήλικας χρειάζεται πραγματικά βοήθεια δεν θα την ζητήσει από ένα παιδί αλλά από κάποιον μεγαλύτερο,
- ◆ Κίνδυνος δεν προέρχεται μόνο από ξένους ανθρώπους αλλά και από κάποιον που γνωρίζουμε και έχει κακόβουλα κίνητρα,

Ένα κακόβουλο άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει πολλές τεχνικές για να δελεάσει ένα παιδί όπως παγωτά, ηλεκτρονικά παιχνίδια, φωτογραφίες, σούπερ ήρωες, να κάνει ότι είναι τραυματισμένος ή να ζητήσει βοήθεια. Κακόβουλα άτομα μεταχειρίζονται την αθωότητα και ευαισθησία των παιδιών και χρησιμοποιούν αυτά τα χαρακτηριστικά των παιδιών για να τα δελεάσουν.

## 2.11. Συμβουλές που μπορούν να εφαρμοστούν σε παιδιά από 3 ετών και πάνω

Αναφορικά με τη σωματική επαφή, το παιδί πρέπει να αισθάνεται την ελευθερία να δεχτεί ή να μην δεχθεί την σωματική επαφή μέσω του αγκαλιάσματος. Επιπλέον, το παιδί πρέπει να μάθει να μην υπακούει τυφλά στους κανόνες, να μάθει να αντιστέκεται όταν νιώθει ότι του στερείται η ελευθερία του, ώστε να μπορεί να αντιδράσει σε περίπτωση που πιεστεί από κακόβουλα άτομα που θα το πλησιάσουν. Να μάθει ότι μπορεί να λέει «όχι».

Όταν ο φόβος του παιδιού καταπιέζεται από εκφράσεις «μη φοβάσαι, δεν υπάρχει λόγος να φοβάσαι», μαθαίνει να καταπιέζει τον φόβο του ώστε εάν βρεθεί σε μια

δύσκολη κατάσταση να μην μπορεί να αντιδράσει. Επιπρόσθετα, το παιδί πρέπει να μάθει τι του αρέσει και να το εκφράζει όταν δεν του αρέσει κάτι.

Η φωνή είναι το εργαλείο που μπορεί να φοβίσει ή να τρομάξει κάποιον. Στόχος είναι, λοιπόν, το παιδί να νιώσει την δύναμη της φωνής του και να την χρησιμοποιήσει όταν νιώθει ότι βρίσκεται σε κίνδυνο. Επίσης, το παιδί πρέπει να μάθει για τους μυς του σώματός του και πως αυτοί λειτουργούν και μπορούν να του δώσουν δύναμη. Τέλος, το παιδί πρέπει να μάθει ότι ένας άνθρωπος μπορεί κάποιες φορές να ενεργεί κακόβουλα, οπότε δεν πρέπει να δείχνει πάντα και σε όλους εμπιστοσύνη.

## 2.12. Μοντέλα παιδικής προστασίας

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κυριαρχούν δύο διαφορετικά μοντέλα παιδικής προστασίας. Το ένα είναι το μοντέλο οικογενειακής υποστήριξης που δίνει έμφαση στα μέτρα ενίσχυσης της οικογένειας, προκειμένου να διευκολυνθεί η λειτουργία και ο ρόλος της στην ανατροφή των παιδιών, πράγμα που απεικονίζεται στο είδος των παρεμβάσεων του συστήματος προστασίας, το οποίο ενθαρρύνει τη συνεργασία με τους γονείς για την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα των παιδιών. Το άλλο μοντέλο, το μοντέλο διάσωσης των παιδιών, που αντιπαραθέτει την άποψη ότι εστιάζοντας την προσοχή στη βοήθεια των γονέων, τα δικαιώματα του παιδιού μπορεί να παραμεληθούν και να διακινδυνεύσουν αν το παιδί συνεχίζει να ζει σε ένα περιβάλλον κακομεταχείρισης, χωρίς την ασφάλεια και την φροντίδα που χρειάζεται.

Η εστίαση των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε θέματα κακοποίησης, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις βαριάς κακοποίησης ακόμα και θανάτων παιδιών, έχει στρέψει το ενδιαφέρον και τις πολιτικές της Ευρώπης προς αυτή τη δεύτερη προσέγγιση<sup>55</sup>. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα συστήματα παιδικής προστασίας στις σύγχρονες κοινωνίες περιλαμβάνουν στοιχεία και από τα δύο μοντέλα. Π.χ. το σύστημα προστασίας στις ΗΠΑ αποτελεί παράδειγμα του προτύπου «διάσωσης των παιδιών», ενώ το πρότυπο της οικογενειακής υποστήριξης είναι κυρίαρχο στην Ευρώπη και κυρίως στην Σκανδιναβία<sup>56</sup>. Στο Ηνωμένο Βασίλειο γίνεται προσπάθεια σύνθεσης και των δύο αυτών προσεγγίσεων.

### Κεφάλαιο 3: Αντιμετώπιση παιδικής κακοποίησης

Ο κλάδος της ιατρικής που ασχολείται κυρίως με την παιδική κακοποίηση είναι η παιδιατρική. Για να γίνει αναγνώριση του κακοποιημένου παιδιού από τον παιδίατρο, πρέπει πρώτα αυτός να έχει αποδεχτεί την ύπαρξη του προβλήματος και φυσικά να γνωρίζει ότι η κακοποίηση είναι μια παθολογική κατάσταση όχι μόνο συχνή, υποτροπιάζουσα και με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας και θνησιμότητας, αλλά ιάσιμη και προλαμβάνουσα..

Αν θεωρήσουμε σωματική κακοποίηση μόνο τις περιπτώσεις όπου χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται ότι το 10% των παιδιών κάτω των 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό είναι κακοποιημένα. Υπολογίζεται επίσης ότι το 25% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση, αν δε γίνει θεραπευτική παρέμβαση. Το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται γύρω στο 3 –5%.

Ο πιο συχνός στόχος από χτύπημα είναι το κεφάλι. Συχνά αναφέρονται βλάβες όπως επιληψία, υδροκέφαλος, πνευματική καθυστέρηση, αταξία. Εκτός όμως από την οργανική υπάρχει και η ψυχική και συναισθηματική αναπηρία. Κοινά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων παιδιών είναι η επιθετικότητα, η υπερκινητικότητα και συνήθως εξελίσσονται σε απροσάρμοστα άτομα.

Μια σωστή αντιμετώπιση της οικογένειας μπορεί να αποκαταστήσει την ισορροπία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και να εξασφαλίσει επαρκής γονεϊκή φροντίδα. Έπειτα από έρευνα και παρατηρώντας την συμπεριφορά των μητέρων που θα μπορούσαν να θεωρηθούν «εν κινδύνων» να κακοποιήσουν τα παιδιά τους, ασκήθηκε προληπτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας συχνότερα τις συνήθειες ιατρικές υπηρεσίες.

Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να θέσουν την υποψία κακοποίησης ποικίλουν. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις ατυχημάτων οι γονείς ζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια. Αντίθετα, στη μη τυχαία κάκωση πηγαίνουν στο νοσοκομείο με καθυστέρηση. Εξίσου σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί το ιστορικό με ασάφειες που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού. Επιπρόσθετα, οι βλάβες που είναι συχνά πολλαπλές και πολύμορφες και είναι διαφορετικής ηλικίας, μαρτυρούν τα επανειλημμένα επεισόδια κακοποίησης. Πολλές φορές μάλιστα το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηριστικά σημάδια που δηλώνουν την κακοποίηση. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι χαρακτηριστική, όχι μόνο το βλέμμα, αλλά και έκφρασή του δείχνουν απόγνωση και απάθεια. Τέλος, ο τρόπος που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί μαρτυρά απόρριψη ενώ οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.

Ο γιατρός από την πλευρά του, όταν αντιληφθεί την περίπτωση κακοποίησης, πρέπει αρχικά να βάλει την κακοποίηση σε διαφορική διάγνωση κάθε τραυματισμού με ύποπτο ιστορικό. Η καταταγή της περίπτωσης στις επείγουσες διαγνώσεις και η αντιμετώπιση των γονέων με ειλικρίνεια και συμπάθεια αποτελούν τα πρώτα βήματα της θεραπείας. Στη συνέχεια, θα πρέπει να ζητήσει ιστορικό και από τους δύο γονείς ή από τον υπεύθυνο της φροντίδας του παιδιού και αν χρειαστεί, να εισάγει το παιδί στο νοσοκομείο. Επιπλέον, θα πρέπει να μη χαρακτηρίζει τη σοβαρότητα της κακοποίησης και την πρόγνωση με κριτήριο τη σοβαρότητα της οργανικής βλάβης,

αλλά να περιγράψει λεπτομερώς τις βλάβες στο ιστορικό την ημέρα της εισαγωγής, να κάνει ακτινογραφία όλου του σώματος και να ζητήσει να εξεταστούν και τα αδέρφια του θύματος μέσα στις επόμενες 24 ώρες. Το πιο σημαντικό όμως είναι να αντιμετωπίσει θεραπευτικά, ταυτόχρονα τη βλάβη και την κακοποίηση.

Από ορθοπεδικής άποψης, από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την κακοποίηση ήταν ο Caffey (1946), ο οποίος μελέτησε 6 περιπτώσεις σε νεογνά. Όλα τα νεογνά είχαν ως χαρακτηριστικό υποσκληρίδιο αιμάτωμα, καθώς και πολλαπλά κατάγματα στα μακρά οστά χωρίς ιστορικό κάκωσης<sup>57</sup>.

Σύμφωνα με τον Conger (1979) κάθε παιδί κάτω των 3 ετών με κάταγμα μπορεί να θεωρείται ύποπτο κακοποίησης. Συχνές κακώσεις επίσης που παρατηρούνται είναι κατάγματα μηρού, πλευρών και βραχιονίου, καθώς και εγκαύματα<sup>58</sup>.

Οι περιπτώσεις στις οποίες οφείλεται η μη αναγνώριση του κακοποιημένου παιδιού σε ένα νοσοκομείο είναι η μη ευαισθητοποίηση στο θέμα και ο φόρτος εργασίας τις ημέρες της γενικής εφημερίας. Έτσι από τα περιστατικά που εισάγονται σαν επείγοντα, η Ορθοπεδική Κλινική διαγιγνώσκει λιγότερα από τα πραγματικά. Παράλληλα, τα ακτινολογικά ευρήματα αυτή την φορά που έχουν περιγραφεί στο σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού περιέχουν κατάγματα, εξάρθρηματα, τη δημιουργία ευμεγέθους πόρου υποπεριαστικού οστού, επιφυσιόλυση, μεταφυσιακή βλάβη, κύρτωση των μακρών οστών, σκλήρυνση των διαφύσεων και έκτοπα κέντρα οστεοποίησης. Η θεραπεία των καταγμάτων στα παιδιά μικρής ηλικίας είναι απλή αλλά κάποιες φορές μπορεί να αφήσει αναπηρία στο κακοποιημένο παιδί.

### 3.1. Σύνδρομο σωματικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτίας

Το σύνδρομο σωματικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτίας είναι μια ξεχωριστή παθολογική κατάσταση. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται οφείλονται στην ανεπάρκεια διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού, όπως η αύξηση σώματος, η νοητική ανάπτυξη, η ψυχική ωρίμανση.

Είναι γεγονός ότι τα ερεθίσματα που δέχεται ένα παιδί μέσα από τις αισθήσεις του προέρχονται από το περιβάλλον του. Εάν αυτά τα ερεθίσματα είναι ανεπαρκή για τις λειτουργίες, τότε αυτές δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην αποστολή τους. Στις αρχές του αιώνα ο παιδίατρος Henry Chapin παρατήρησε ότι η σωματική ανάπτυξη των παιδιών που μεγάλωσαν σε ανάδοχες οικογένειες ήταν μεγαλύτερη από αυτή των παιδιών που μεγάλωσαν σε ιδρύματα<sup>59</sup>. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο παρατηρήθηκε ότι ένα δυσμενές περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει σωματική καθυστέρηση. Το 1945 περιγράφηκε το σύνδρομο του ιδρυματισμού, ενώ το 1949 ο όρος «συναισθηματική αποστέρηση». Το 1952 αναφέρθηκε το σύνδρομο της μητρικής αποστέρησης, ενώ λίγο αργότερα, το 1957 χρησιμοποιήθηκε ο όρος περιβαλλοντική καθυστέρηση. Τέλος το 1960 συμπεριλήφθηκαν όλα τα παραπάνω με την ονομασία «Failure to thrive syndrome»<sup>60</sup>.

Η διάγνωση βασίζεται στη διαπίστωση ότι το βάρος σώματος του παιδιού αντιστοιχεί σε τιμές κάτω από τις επιτρεπόμενες και στην έλλειψη χρόνιας οργανικής νόσου. Τα αίτια διακρίνονται σε κληρονομικά, συγγενή και επίκτητα.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της κληρονομικής διαταραχής είναι το ότι ένας γονιός ήταν αδύνατος στην μικρή ηλικία του, το βάρος γέννησης του παιδιού αντιστοιχεί σε χαμηλές ενδείξεις και μη ομαλή πορεία αύξησης της καμπύλης βάρους και ότι μπορούν να χαρακτηριστούν παιδιά με κοντό ανάστημα, φυσιολογικά ή «νάνοι», ενώ συνήθως δεν υπάρχουν εμφανή προβλήματα ανάμεσα στη σχέση παιδιού – γονιών.

Όταν τα αίτια είναι συγγενή, τα παιδιά αντιμετωπίζουν αντίξοες συνθήκες στην ενδομήτρια φάση της ζωής τους με αποτέλεσμα ο ρυθμός της σωματικής τους ανάπτυξης να διατηρηθεί σε χαμηλά επίπεδα.

Τα επίκτητα αίτια πρέπει να αναζητηθούν στις σχέσεις των γονιών με το παιδί, και ιδίως στις σχέσεις της μητέρας που ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες. Πολλές φορές η μητέρα δεν αντιλαμβάνεται σωστά τα μηνύματα του παιδιού της με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται σωστά στις επιθυμίες του. Συχνά αυτό επιφέρει εκνευρισμό στο παιδί και αρνείται να πάρει την σωστή ποσότητα τροφής. Αυτή όμως η στάση του παιδιού εκνευρίζει την μητέρα η οποία γίνεται άλλες φορές πειστική και άλλες φορές αδιάφορη. Συχνά η παραμέληση της μητέρας οφείλεται στην υπερβολική κόπωσή της που επέρχεται από την διαταραχή του δεσμού της με το παιδί. Οι λόγοι αυτής της διαταραχής πρέπει να αναζητηθούν στην προσωπικότητα της μητέρας, στα διάφορα κοινωνικά προβλήματα ή σε προβλήματα από το ίδιο το παιδί. Τέλος, υπάρχει και η υπερπροστασία του παιδιού που είναι φαινόμενο της ελληνικής οικογένειας. Η πίεση που ασκείται στο παιδί δημιουργεί ένταση και αυτή η υπερπροστασία μπορεί να έχει επίσης τα ίδια αποτελέσματα με την παραμέληση και την κακοποίηση.

Αναφορικά με την κλινική εικόνα, τα παιδιά με σωματική καθυστέρηση είναι λεπτοκαμωμένα, χωρίς υποδόριο λίπος και με ανάστημα μέτριο ή χαμηλό. Όσον αφορά τη συμπεριφορά τους, αυτή μπορεί να είναι παθητική ή αδιάφορη αλλά ακόμη μπορεί να προκληθεί νευρική και υπερδιέγερση.

Η αντιμετώπιση της σωματικής καθυστέρησης χωρίς οργανική αιτία βασίζεται κυρίως στην ανεύρεση των αιτιών που την προκαλούν. Τα αίτια οφείλονται βασικά σε προβλήματα που υπάρχουν μέσα στο περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί. Ο παιδίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, αλλά και ο ψυχολόγος σε ορισμένες περιπτώσεις καθίσταται απαραίτητοι. Συνήθως, όμως, απαιτείται συστηματική παρέμβαση στην οικογένεια. Αυτού του είδους η καθυστέρηση μπορεί να περιληφθεί στην κατηγορία των ψυχοσωματικών νοσημάτων.

### 3.2. Θεραπευτική παρέμβαση σε οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους

Η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται τόσο στην οικογένεια σε σύνολο, όσο και ξεχωριστά σε κάθε μέλος που την έχει ανάγκη. Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και κυρίως η αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι.

Δεδομένων των τραγικών αποτελεσμάτων της παιδικής κακοποίησης, πρέπει να δίνεται μια προτεραιότητα στη θεραπεία της. Ωστόσο, η βιασύνη αποκατάστασης της οικογένειας από τους ειδικούς τελικά έχει πολλές φορές οδηγήσει σε

επανακακοποίηση. Επομένως, η οικογένεια πρέπει να εξασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη και τη σωματική υγεία του παιδιού, να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες, να είναι η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του σωστού γονεϊκού ρόλου και να του διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις.

Παράλληλα, η αντιμετώπιση και θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών εξαρτάται από τη πληρέστερη αναγνώριση πολλαπλών παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα, όπως η φύση του προβλήματος, η επιθυμία των γονιών να βοηθήσουν, η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την κάθε περίπτωση και η επάρκεια των πηγών βοήθειας.

Δυστυχώς όμως, τα πράγματα δεν είναι και τόσο εύκολα. Δεδομένου ότι το 10% των γονιών είναι ψυχικά άρρωστοι, η μόνη παρέμβαση που πραγματικά μπορεί να γίνει σε αυτές τις οικογένειες είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια. Η ατολμία ή η αντικειμενική δυσκολία των ειδικών να απομακρύνουν μόνιμα το παιδί από τέτοιους προβληματικούς γονείς, πολλές φορές οδήγησε σε χρόνια σοβαρά ψυχικά προβλήματα στο παιδί, μόνιμες σωματικές αναπηρίες, ακόμα και το θάνατο. Παρόλα αυτά, το 80% των περιπτώσεων των οικογενειών αυτών μπορούν να κρατήσουν τα παιδιά τους, εξασφαλίζοντας τους, αν όχι το ιδανικό πλαίσιο για μακροχρόνια ψυχική υγεία, τουλάχιστον μια καθημερινή ζωή σε οικογενειακό περιβάλλον.

### 3.3. Θεραπεία με επίκεντρο τους γονείς

Ο κύριος σκοπός αντιμετώπισης των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης είναι να παρέχει στο παιδί ένα ασφαλές περιβάλλον, που να διευκολύνει την ανάπτυξη του και να δίνει την ευκαιρία να συντηρηθούν οι σχέσεις και με τους δυο γονείς με ελάχιστη αλλαγή και διαταραχή στο περιβάλλον του παιδιού, με την βασική προϋπόθεση πως η διατήρηση αυτή δεν θα θέτει σε κίνδυνο το παιδί για περαιτέρω επεισόδια κακοποίησης.

Από την άλλη, το θέμα του κατά πόσο ορισμένες περιπτώσεις κακοποίησης είναι θεραπεύσιμες απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Είναι απαραίτητο οι γονείς να αποδέχονται την ευθύνη για την κακοποιητική πράξη τους και να δεσμεύονται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους, ώστε να βελτιώσουν τη δική τους ψυχολογική υγεία και να έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν για να είναι εφικτή μια καλή πρόγνωση<sup>61</sup>.

Η θεραπεία των οικογενειών που κακοποιούν τα παιδιά τους πρέπει να έχει καθορισμένους στόχους και να περιλαμβάνει μια πολυδιάστατη παρέμβαση. Ωστόσο, η προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί σε εντατική θεραπεία επικεντρωμένη στην οικογένεια με τους γονείς και το κακοποιημένο παιδί. Ο πρώτος και κεντρικός σκοπός της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η πρόληψη της εμφάνισης αρνητικών κύκλων αλληλεπίδρασης και η προώθηση θετικών συναλλαγών μεταξύ γονέων και παιδιού. Ακολουθούν οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στους γονείς με σκοπό να αυξήσουν την γνώση και τις δεξιότητες για τη φροντίδα του παιδιού, και να διαχειριστούν τις δικές τους προσωπικές δυσκολίες. Αν χρειαστεί εντατική εισαγωγή του παιδιού σε ειδικό κέντρο φροντίδας ή παιδικό σταθμό, θα πρέπει να γίνει άμεσα. Τέλος, η εργασία πάνω στη σχέση του ζευγαριού κρίνεται αναγκαία. Οι γονείς,



επίσης, μπορούν να δουλεύουν με ένα θεραπευτή σε ατομικό επίπεδο σε επίπεδο ζευγαριού ή, πάλι, ομαδικό επίπεδο και τα παιδιά μπορεί να δουλεύουν με έναν άλλο επαγγελματία θεραπευτή (π.χ. δάσκαλο, λογοθεραπευτή, παιγνιοθεραπευτή)<sup>62</sup>. Ο ευρύς στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εστιάζονται στην αλληλεπίδραση γονέα- παιδιού, είναι για όλη την οικογένεια να αναγνωρίσει ότι ο γονέας κακοποίησε το παιδί και δεν το αρνείται πια, ενώ εύχεται να επανορθώσει για την βίαιη πράξη του και να κάνει συγκεκριμένα βήματα ώστε να μην ξανασυμβεί κακοποίηση.

Μερικές χρήσιμες αρχές για την καθοδήγηση θεραπευτικών οικογενειακών προγραμμάτων είναι οι εξής:

- ◆ Οι ψυχολόγοι πρέπει να δουλεύουν εντατικά με τους γονείς (1 με 3 συνεδρίες την εβδομάδα για 3 μήνες).
- ◆ Αν είναι δυνατόν οι συνεδρίες να πραγματοποιούνται στο σπίτι και όχι στην κλινική.
- ◆ Κατά την διάρκεια των συνεδριάσεων, ο ρόλος του θεραπευτή να είναι αυτός του προπονητή (εκπαιδύοντας τους γονείς να μάθουν να αποφεύγουν τις αρνητικές συναλλαγές).
- ◆ Ανάμεσα στις συνεδριάσεις οι γονείς και τα παιδιά να εξασκούνται σε αυτά που έμαθαν από τις συνεδριάσεις.
- ◆ Καθώς πετυχαίνονται οι στόχοι από τις οικογένειες να μειώνονται οι συνεδριάσεις<sup>50</sup>.

Επιπλέον, πηγές βοήθειας για τους γονείς αποτελούν:

1. 24ωρη Τηλεφωνική Επικοινωνία
2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών
3. Υπηρεσίες Επισκέπτη Υγείας
4. Θεραπεία από Μη Ειδικούς
5. Κοινωνική Εργασία
6. Ατομική Ψυχοθεραπεία
7. Θεραπεία συζύγων
8. Ομαδική Ψυχοθεραπεία
9. Ανώνυμοι γονείς
10. Οικιακοί Βοηθοί.

### 3.4. Θεραπεία με επίκεντρο το παιδί

Δεν υπάρχει μόνο ένας απλός τρόπος να βοηθήσει κανείς τα κακοποιημένα παιδιά, ιδιαίτερα όταν είναι απαραίτητο να διορθωθεί η ζημιά που έχει ήδη γίνει και η οποία είναι φανερή στη διαταραγμένη συμπεριφορά του παιδιού, στην καθυστερημένη ανάπτυξη του και στην ανασφαλή προσκόλληση του στον γονιό. Όταν έχει αναγνωρισθεί σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση και η παιδική ανάπτυξη έχει επηρεαστεί σοβαρά, τότε η παροχή ημερήσιας φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντική και ωφέλιμη. Για παιδιά μικρής κυρίως ηλικίας, αυτό μπορεί να αφορά παιδικούς σταθμούς, κέντρα για οικογένειες και συχνές ομάδες παιχνιδιού. Για μεγαλύτερα παιδιά, από την άλλη, η παροχή ευχάριστων δραστηριοτήτων εκτός σπιτιού θεωρείται απαραίτητη ώστε να αναπληρωθούν χαμένες ευκαιρίες και συναισθηματικές αναστατώσεις.

Επειδή τα κακοποιημένα παιδιά δεν έχουν ευκαιρίες να μάθουν ποικίλες κοινωνικές δεξιότητες λόγω της κοινωνικής απομόνωσης στο σπίτι, και επειδή έχουν δημιουργήσει στο μυαλό τους εικόνες ενηλίκων ως άτομα που προκαλούν πόνο, αγωνία, ανησυχία, ένα περιβάλλον έξω από το σπίτι μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο για να αποκτήσουν ενδιαφέροντα για αθλητικές δραστηριότητες, παιδικές και νεανικές οργανώσεις και άλλες δραστηριότητες<sup>63</sup>.

Τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και στοργή για να μπορέσουν να διορθώσουν την αυτοεκτίμηση τους και να αισθανθούν καλά. Χρειάζονται βοήθεια για να αυξήσουν την αίσθηση ότι τα καταφέρνουν ώστε να μπορέσουν να συμπεριφερθούν με σιγουριά. Οι γονείς, από την δική τους μεριά, χρειάζεται να αποκτήσουν βασικές γνώσεις για την ανάπτυξη του παιδιού, να εξοικειωθούν με τις αρχές της κοινωνικής μάθησης και πως αυτές οι αρχές χρησιμοποιούνται θετικά όταν μεγαλώνει ένα παιδί. Τέλος, στην προσπάθεια θεραπείας των κακοποιημένων παιδιών χρησιμοποιούνται και ορισμένες συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως:

- ◆ Κοινωνικές ανταμοιβές, οι οποίες είναι όταν οι γονείς καθοδηγούνται και ενθαρρύνονται να επαινούν (με χαμόγελο, αγκάλιασμα, φιλή, κοίταγμα, άγγιγμα) τα παιδιά τους κάθε φορά που κάνουν κάτι που αξίζει έπαινο ή συμπεριφέρεται με θετικό τρόπο.
- ◆ Συμβουλευτικές ανταμοιβές: οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές και βοηθητικές για τα μικρά παιδιά, κυρίως, γιατί παρέχουν ορατά σημάδια της επίτευξης ώστε ο καθένας σαν μπορεί να τα δει και να κάνει θετικά σχόλια για το πόσο καλά τα καταφέρνει το παιδί.
- ◆ Ανταμοιβές δραστηριότητας: οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά βάση για να βελτιώσουν την αλληλεπίδραση γονέα και παιδιού, δίνοντας μια ευκαιρία να κάνουν πράγματα μαζί και να ευχαριστιέται ο ένας από την παρέα του άλλου.

Επομένως, η υγιής και ευτυχισμένη ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από την ανταπόκριση των γονιών του στις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες. Η ποιότητα και η ετοιμότητα αυτής της ανταπόκρισης εξαρτάται από τον βαθμό δεσίματος μεταξύ γονιού και παιδιού.

Οι ζωές των κακοποιημένων παιδιών χαρακτηρίζονται από κενό συναισθημάτων, κοινωνική απομόνωση και ψυχολογική μοναξιά. Η αλληλεπίδραση τους με τους γονείς τους είναι εχθρική ή αδιάφορη και άρα περιορισμένη και οδυνηρή. Άρα το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να στοχεύει τόσο σε μια βελτίωση της σχέσης γονιού και παιδιού όσο και παιδιού και αδελφών.

Πηγές βοήθειας για τα παιδιά αποτελούν η παιδιατρική κάλυψη, η βοήθεια από μη ειδικούς. Η θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών, η παιγνιοθεραπεία, η ατομική ψυχοθεραπεία και η ομαδική ψυχοθεραπεία.

### 3.5. Θεραπεία μέσω θετής οικογένειας

Μερικές φορές η καλύτερη βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί στα παιδιά είναι να απομακρυνθούν από τους γονείς τους και από το περιβάλλον που είναι επώδυνο και βλαβερό. Αν υπάρχουν ενδείξεις πως η βοήθεια που παρέχεται δεν γίνεται αποδεκτή

και πως όλες οι προσπάθειες για να επιτευχθεί η αλλαγή έχουν αποτύχει, η μόνη εναλλακτική λύση που απομένει είναι να βρεθεί κατάλληλο σπίτι που θα φιλοξενήσει το παιδί. Σε αυτήν την περίπτωση, οι θετοί γονείς χρειάζονται προσεκτική προετοιμασία για να κατανοήσουν την συμπεριφορά των παιδιών αυτών και βοήθεια για να την αντιμετωπίσουν. Συνήθως απαιτούνται μερικές εβδομάδες ή και μήνες μέχρι να φανεί κάποια σημαντική βελτίωση. Η σωματική ανάπτυξη και πολλές άλλες περιοχές ανάπτυξης (π.χ. γλώσσα) μπορούν να επιταχυνθούν αλλά η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να επιμείνει .

Κατά την επιλογή θετών γονέων, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον τύπο των ανθρώπων. Τα κακοποιημένα παιδιά από την μεριά τους χρειάζονται πολύ στοργή και σωματική εγγύτητα, για αυτό τον λόγο θα πρέπει οι θετοί γονείς να είναι αρκετά εκδηλωτικοί στην έκφραση στοργής και ενθάρρυνσης. Αυτά τα παιδιά έχουν εκτεθεί σε σοβαρή απόρριψη και υιοθέτησαν μηχανισμούς επιβίωσης τους οποίους μπορεί να είναι δύσκολο να ανταποκριθεί κανείς. Μπορεί να είναι πεισματάρικα και απαθή, ιδιαίτερα προκλητικά, χωρίς θέληση για επικοινωνία και να είναι ενοχλητικά και επιθετικά. Σε αυτήν την περίπτωση, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα παιδιά αυτό μπορεί να δημιουργήσουν, προσωρινά, ποικίλα προβλήματα ανατροφής. Ο δύσκολος αυτός λοιπόν χαρακτήρας που αναπτύσσουν σε συνδυασμό με το υψηλό επίπεδο αναστάτωσης μπορεί να είναι εξαιρετικά κουραστικά για τις θετές οικογένειες.

Τα παιδιά των θετών οικογενειών, από την άλλη, χρειάζονται με την σειρά τους προετοιμασία για το νεοφερμένο παιδί. Πρέπει να ενημερωθούν για τα διλήμματα του παιδιού, τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε στο σπίτι του και τα είδη των συμπεριφορών που μπορεί να εμφανιστούν. Οδηγίες και πληροφορίες θα τα βοηθήσουν να συμπάσχουν με το παιδί και να ελαχιστοποιήσουν την αντιπάθεια που πιθανόν να αισθανθούν.

Ο έπαινος και η αναγνώριση των θετικών πράξεων του παιδιού ή ακόμα και των προσπαθειών του θα πρέπει να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν και από τα παιδιά της οικογένειας. Καθώς, λοιπόν, η αυτοεκτίμηση είναι σοβαρά κατεστραμμένη, χρειάζονται επιβεβαίωση ότι μπορούν να κάνουν πράγματα σωστά και ότι αυτό εκτιμάται από όλους<sup>64</sup>.

### 3.6. Αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης

Η βασική αρχή που πρέπει να ακολουθείται στην ερμηνεία των δοκιμασιών ανάπτυξης στα κακοποιημένα παιδιά είναι η διερεύνηση του κατά πόσο η απόδοση του παιδιού συνδέεται με νοητική καθυστέρηση ή με άγχος ή με ανεπαρκή ερεθίσματα και εμπειρίες από το περιβάλλον του, ή ακόμα με διαταραχή ή ανεπάρκεια αισθήσεων. Στη συνέχεια, αυτός που κάνει την εκτίμηση θα πρέπει να είναι σε θέση να προτείνει μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης που θα βοηθήσουν την αύξηση και την ανάπτυξη του παιδιού.

Το παιδί που έχει ζήσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον που κακοποιεί έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής που μπορεί να το εμποδίσουν να αποδώσει σε μια πιο δομημένη μάθηση. Πρέπει, λοιπόν, να εκτιμάται η ικανότητα του εγώ του να προσαρμόζεται σε τόσο δύσκολες συνθήκες. Η γνώση του εαυτού του, των άλλων όσο και των αφηρημένων αντικειμένων είναι σημαντικά

περιορισμένη, ενώ η ενέργεια του παιδιού καταναλίσκεται σε μηχανισμούς επιβίωσης και στην προσπάθεια να αντιμετωπίσει το άγχος του, το διαρκή κίνδυνο να υποστεί βία, το φόβο του να χάσει τον ίδιο του το γονιό ή την αγάπη του. Η ενέργεια που απομένει είναι ελάχιστη για να γνωρίσει τον εαυτό του και τον κόσμο του.

### 3.7. Νομική Αντιμετώπιση της Κακοποίησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

#### 3.7.1. Ευρωπαϊκή νομοθεσία

Το 1969 ήταν η πρώτη φορά που το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εκδήλωσε απερίφραστα και δημόσια το ενδιαφέρον του για το κακοποιημένο και παραμελημένο παιδί και έκανε μια πρόταση για την Προστασία των Ανηλίκων από την κακομεταχείριση, η οποία λάμβανε τα εξής μέτρα:

- ♦ Να εισάγουν όπου δεν υπάρχει ήδη νομοθεσία που να απαλλάσσει τους γιατρούς από το ιατρικό απόρρητο για περιπτώσεις που αφορούν κακομεταχείριση παιδιών και να τους υποχρεώνει να πληροφορούν αυτεπάγγελτα και αμέσως την αρμόδια κρατική υπηρεσία για περιπτώσεις που έχουν υποπέσει στην αντίληψή τους.
- ♦ Να απαγορεύουν στην αρμόδια κρατική υπηρεσία που έχει ενημερωθεί από τους γιατρούς να παραπέμπει την υπόθεση στην αστυνομία, χωρίς να έχει επαληθεύσει την σωματική και νοητική κατάσταση του παιδιού.

Η επόμενη πρόταση του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθετήθηκε το 1979), που ήταν παράλληλα και το Διεθνές Έτος του Παιδιού. Σε αυτήν την πρόταση, οι Υπουργοί Δικαιοσύνης των κρατών μελών του Συμβουλίου επιβεβαίωσαν ότι η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση παιδιών αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στα περισσότερα κράτη. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα του βίαιου οικογενειακού περιβάλλοντος έχουν καταστρεπτικές συνέπειες στην ανάπτυξη του παιδιού και ακόμη στην μελλοντική συμπεριφορά του σα γονέας, δημιουργώντας έτσι τελικά υψηλό κοινωνικό κόστος.

Τον Οκτώβριο του ίδιου έτους, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου υιοθέτησε πρόταση για Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη πάνω στα δικαιώματα του παιδιού. Με αυτήν την πρόταση γινόταν δεκτό από όλες τις κυβερνήσεις ότι πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην προώθηση νομοθετικής προστασίας των παιδιών έναντι στην κακοποίηση τους από τους ίδιους τους γονείς τους. Η προστασία αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τη δυνατότητα της απομάκρυνσης του κακοποιημένου παιδιού από την επίβλεψη του γονέα που το κακοποιεί.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχει δοθεί σημασία στους μη δικαστικούς τρόπους και μέσα προστασίας των παιδιών από την κακοποίηση ή άλλες πράξεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και ανάπτυξή τους. Η δικαστική παρέμβαση αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο βοήθειας.

Τέλος, σαν έσχατη λύση αποτελεί η λήξη της γονικής φροντίδας. Αυτό το μέτρο εφαρμόζεται σε πολύ ήπιες καταστάσεις και οι γονείς αντιμετωπίζονται όχι σαν ανεπαρκείς ή ένοχοι, αλλά σαν γονείς με σοβαρά προβλήματα. Το μέτρο της αφαίρεσης τη γονεικής μέριμνας εφαρμόζεται σαν μόνιμο και προϋποθέτει την τοποθέτηση του παιδιού σε ανάδοχους γονείς σύμφωνα πάντα με την ηλικία του, τη

φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ή τη ύπαρξη διαθέσιμων ανάδοχων οικογενειών. Άλλοτε, πάλι, αν η ικανότητα τους για φροντίδα έχει βελτιωθεί σημαντικά τότε το ξαναπαίρνουν πίσω το παιδί τους Όλα, λοιπόν, τα μέτρα αποβλέπουν στην προστασία του παιδιού, παρόλο που έχουν πολλές αρνητικές συνέπειες<sup>65</sup>.

Επομένως, ο νόμος αδυνατεί να προσφέρει ουσιαστική λύση των προβλημάτων της κακοποίησης, παρόλα αυτά μπορεί και πρέπει να αποτελεί πάντα τμήμα της. Ο νόμος μπορεί να προσφέρει στο παιδί αλλά και στους άλλους εμπλεκόμενους το ασφαλές πλαίσιο μέσα στο οποίο η προστασία, η πρόληψη και η θεραπεία γίνεται δυνατότητα για όλους. Το παιδί έχει δικαίωμα να προστατευθεί με κάθε τρόπο από τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση.

### 3.7.2. Ελληνική νομοθεσία

Το νομικό καθεστώς της Ελλάδας διακρίνει τις συνέπειες της παιδικής κακοποίησης σε ποινικές και αστικές.

#### *Ποινικές κυρώσεις*

Στο άρθρο 314 του προϊσχύσαντος Ποινικού Νόμου για τη σωματική βλάβη κατά των ανηλίκων, η βλάβη αυτή θεωρείται δεδομένη και νόμιμη ως τρόπος σωφρονισμού και τιμωρείται με μικρή ποινή, όταν υπάρχει υπέρβαση. Έτσι, με αυτή τη διάταξη, δεν μπορεί να γίνει λόγος για ειδική προστασία του σώματος των ανηλίκων, αλλά μάλλον για έλεγχο του σωφρονιστικού δικαιώματος των μεγάλων.

Το άρθρο του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα ορίζει για τη σωματική βλάβη ανηλίκων: «αν δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης, τιμωρείται τουλάχιστον με φυλάκιση τριών μηνών:

- α) όποιος με συνεχή σκληρή συμπεριφορά προξενεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας σε πρόσωπο που δεν συμπλήρωσε ακόμα το δέκατο έβδομο έτος της ηλικίας του ή που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του κι ο δράστης το έχει στην επιμέλεια ή στην προστασία του ή ανήκει στο σπίτι του δράστη ή έχει μαζί του σχέση εργασίας ή υπηρεσίας ή που του το έχει αφήσει στην εξουσία του ο υπόχρεος για την επιμέλεια του.
- β) όποιος με κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεών του προς το προαναφερόμενα πρόσωπα γίνεται αιτία να πάθουν σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας τους.

Στο άρθρο αυτό, επίσης, τιμωρείται η σωματική βλάβη ανηλίκων ανεξάρτητα από την άσκηση σωφρονιστικού δικαιώματος, ως συνέπεια «συνεχούς σκληρής συμπεριφοράς», καθώς και η σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας ανηλίκων που προέρχεται από την «κακόβουλη παραμέληση» των υποχρεώσεων εκείνων των προσώπων που έχουν την επιμέλεια τους. Δεν υπάρχει διάταξη όμως να αφαιρεθεί ο ανήλικος από την επιμέλεια αυτή και να δοθεί σε άλλη. Εκτός από τη σχέση γονιών – παιδιού, το άρθρο αυτό αφορά και τις σχέσεις διαρκούς προστασίας των ενηλίκων όπως σε ιδρύματα, καθώς και τις σχέσεις εργασίας ή υπηρεσιών, όπου είναι πιθανή η τέλεση του εγκλήματος.

Από την άλλη, το άρθρο 312 του Ποινικού Κώδικα δεν καλύπτει τις μεμονωμένες σωματικές βλάβες που γίνονται στους ανήλικους στα πλαίσια των παραπάνω σχέσεων, καθώς και τις σωματικές βλάβες που επιφέρονται σε ανήλικους από

ενήλικες που δεν συνδέονται προς αυτά με τις παραπάνω σχέσεις. Πρέπει, λοιπόν, να επισημανθεί η δυσχέρεια απόδειξης της «συνεχούς σκληρής συμπεριφοράς».

Το άρθρο 324 του Ποινικού Κώδικα, με την σειρά του, τιμωρεί την αρπαγή ανηλίκου που είναι μια μορφή συναισθηματικής κακοποίησης. Τα άρθρα 339, 342, 347 προβλέπουν και τιμωρούν, αντίστοιχα, την αποπλάνηση, την κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια και την ασέλγεια παρά φύση, προστατεύοντας τους ανήλικους από την σεξουαλική κακοποίηση, όχι όμως ικανοποιητικά γιατί οι διατάξεις δεν έχουν ως προσβαλλόμενο έννομο αγαθό την «αγνότητα της παιδικής ηλικίας» και δεν υπάρχουν ειδικές δικονομικές διατάξεις που να προβλέπουν ειδική διαδικασία για την διεξαγωγή ανάκρισης και την εκδίκαση τέτοιων υποθέσεων, καθώς και την λήψη προνομιακών μέτρων για τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά<sup>66</sup>.

Στην ποινική δικαιοσύνη ο ανήλικος παραβάτης τυχαίνει μιας ιδιαίτερης μεταχείρισης (ειδικά δικαστήρια, ειδικοί δικαστές, ανακριτές και εισαγγελείς, διαδικασία με κλεισμένες τις πόρτες, αναμορφωτικά μέτρα αντί ποινών κ.ά.), ο ανήλικος όμως σαν «παθών» οποιασδήποτε μορφής κακοποίησης, με δράστες ενήλικες, δεν έχει, όπως θα έπρεπε ειδική μεταχείριση.

Τέλος τα άρθρα 306, 358, 360 και 409 του Ποινικού Κώδικα προβλέπουν και τιμωρούν αντίστοιχα την έκθεση, την παραβίαση της υποχρέωσης για διατροφή, την παραμέληση της εποπτείας ανηλίκου και την παραμέληση αποτροπής από επαιτεία ή αλητεία, προβλέποντας ποινές για μερικές μόνο από τις μορφές παραμέλησης των ανηλίκων<sup>67</sup>.

#### *Αστικές κυρώσεις*

Με τις νέες διατάξεις του νόμου Ν. 1329/1983, οι γονείς πρέπει να μάθουν ότι δεν έχουν πλέον δικαίωμα σωφρονισμού των παιδιών τους, που μπορεί να φτάσει μέχρι και τη σωματική τους κάκωση. Το άρθρο 1518 του Αστικού Κώδικα ορίζει ότι κατά την ανατροφή του παιδιού, οι γονείς το ενισχύουν χωρίς διάκριση φύλου, βοηθώντας υπεύθυνα στην ανάπτυξη της κοινωνικής του συνείδησης και προσωπικότητας, και ότι η λήψη σωφρονιστικών μέτρων επιτρέπεται μόνο εφόσον αυτά είναι παιδαγωγικά αναγκαία και δεν θίγουν την αξιοπρέπεια του τέκνου. Η αξιοπρέπεια όμως θίγεται κυρίως με τις σωματικές ποινές, που έχουν καταργηθεί σε όλες τις σύγχρονες νομοθεσίες των προηγμένων κρατών.

Στις μέρες μας οι σωματικές ποινές για το σωφρονισμό των ανηλίκων δεν επιτρέπονται. Το παιδί δεν είναι αντικείμενο εξουσίας των γονιών του μέσα στην οικογένεια (άρθρο 1507 του Αστικού Κώδικα, όπου «Γονείς και παιδιά οφείλουν αμοιβαία μεταξύ τους στοργή, βοήθεια και σεβασμό»).

Η κακή άσκηση της «γονικής μέριμνας» που αντιβαίνει στις παραπάνω διατάξεις και που είναι η χειρότερη της μορφής είναι η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, έχει ως συνέπεια την αφαίρεση της από τους δυο γονείς ή από τον ένα και την ανάθεση της μόνο στον ένα γονιό, ή σε τρίτο πρόσωπο, ή σε κατάλληλο ίδρυμα, πάντα με δικαστική απόφαση. Συγκεκριμένα στο οικογενειακό δίκαιο, προβλέπονται δυο περιπτώσεις αφαίρεσης της γονικής μέριμνας:

Α) Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1538 του Αστικού Κώδικα, ο γονιός εκπίπτει από τη γονική μέριμνα, αν καταδικαστεί τελεσίδικα σε ποινή φυλάκισης τουλάχιστον

ενός μήνα για αδίκημα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας και των ηθών του παιδιού του.

Β) Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1532 και 1533 του Αστικού Κώδικα, η γονική μέριμνα αφαιρείται όταν έχουμε άσκηση της ή καταχρηστική άσκηση της ή όταν έχουμε ανικανότητα ή ακαταλληλότητα του γονιού. Η αφαίρεση της γονικής μέριμνας μπορεί να ζητήσει από το δικαστήριο ο άλλος γονιός, κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς ή ο εισαγγελέας<sup>68</sup>.

Μέχρι το 1983 έχει καταγραφεί μόνο μια περίπτωση στην Εισαγγελία Ανηλίκων Αθηνών που ο εισαγγελέας είχε κάνει τέτοια αίτηση. Από το 1983 μέχρι το 1990 έχουν καταγραφεί 32 υποθέσεις αφαίρεσης άσκηση επιμέλειας ή γονικής μέριμνας από τις οποίες 21 αφορούσαν παραμέληση παιδιών από γονείς, κοινωνικά απροσάρμοστους ή ναρκομανείς ή αλκοολικούς ή πόρνες, 4 περιπτώσεις αφορούσαν σωματική κακοποίηση και 7 σεξουαλική κακοποίηση.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η κατάσταση στο χώρο της δικαιοσύνης στην Ελλάδα για τις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης είναι δυσλειτουργική. Η απουσία κοινωνικής υπηρεσίας κοντά στον δικαστή, η εκδίκαση των υποθέσεων αυτών μαζί με άλλες εξωοικογενειακού περιεχομένου κατά τη διαδικασία ασφαλιστικών μέτρων, η εκδίκαση σε δημόσια συνεδρίαση και όχι σε γραφείο του δικαστή, ώστε να αποδραματοποιείται μιας απόφασης που πραγματικά θα υπηρετεί η διαδικασία και να γίνεται από όλες τις πλευρές σε χαμηλούς τόνους, είναι απόρροια μιας απόφασης που πραγματικά θα υπηρετεί το συμφέρον του παιδιού<sup>69</sup>.

Τέλος, απαιτείται να εισαχθεί και στην Ελλάδα ο θεσμός του Οικογενειακού ή Επιτροπικού Δικαστού ώστε να γίνει πιο αποτελεσματική η εφαρμογή του νόμου στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Ο ρόλος του Επιτροπικού Δικαστού αφορά στη δυνατότητα γρήγορης και αποτελεσματικής επέμβασης στο χώρο της πολιτικής δικαιοσύνης έχοντας ως γνώμονα το συμφέρον του παιδιού και κριτήριο την ύπαρξη ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ή κινδύνου ζωής και υγείας. Οι αρμοδιότητες του δικαστού αφορούν στην παρακολούθηση της άσκησης της γονικής μέριμνας, την επίλυση οικογενειακών διαφορών, την απόφαση για την εισαγωγή παιδιών σε ιδρύματα, για την επιμέλεια παιδιών στα διαζύγια κ.α. Φυσικά δεν θεωρείται θεσμοθέτηση του Επιτροπικού Δικαστού χωρίς παράλληλη ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας που θα τον βοηθά και θα γνωμοδοτεί. Θέματα τόσο σοβαρά, όπως η κακοποίηση του παιδιού, η εγκατάλειψη του, δεν μπορούν να αφήνονται χωρίς βαθύτερη και επιστημονική κοινωνική εργασία σε όλα της τα επίπεδα, από τον ίδιο το δικαστή μέχρι και το εκτελεστικό όργανο που θα υλοποιήσει την απόφαση του<sup>70</sup>.

### 3.8. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης

#### 3.8.1. Διεθνές Κέντρο για Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (ICMEC)



Το Διεθνές Κέντρο για την Εξαφάνιση και Κακοποίηση παιδιών (ICMEC), ιδρύθηκε το 1998 και ξεκίνησε στις ΗΠΑ με βάση το Εθνικό Κέντρο Αγνοουμένων και Εκμετάλλευσης Παιδιών. Εργάζεται για να προσδιορίσει και να συντονίσει ένα παγκόσμιο δίκτυο οργανώσεων καταπολέμησης της παιδικής σεξουαλικής εκμετάλλευσης και της απαγωγής. Σκοπός του μέσω των προγραμμάτων του είναι:

1. Η δημιουργία ενός παγκόσμιου πόρου εξεύρεσης εξαφανισμένων παιδιών και την πρόληψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.
2. Η δημιουργία εθνικών κέντρων και των θυγατρικών τους σε παγκόσμιο επίπεδο.
3. Η δημιουργία ενός διεθνούς δικτύου για τη διάδοση των εικόνων και πληροφοριών σχετικά με την απώλεια και κακοποίηση παιδιών.
4. Η παροχή κατάρτισης για την επιβολή του νόμου.
5. Υποστηρίζει και προτείνει νομοθετικές αλλαγές στη νομοθεσία, τις συνθήκες, και τα συστήματα για την προστασία των παιδιών σε όλο τον κόσμο.

Το «Διεθνές Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα παιδιά» προωθεί την ασφάλεια και τα δικαιώματα των παιδιών μέσα από τον εθελοντισμό, την συνεργασία και τον συντονισμό με φορείς/οργανισμούς σε ολόκληρο τον κόσμο. Το Διεθνές Κέντρο στηρίζεται στην συνεργασία με ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς για την υποστήριξη και εφαρμογή προγραμμάτων<sup>71</sup>.

### 3.8.2. Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (National Centre for Missing and Exploited Children)



Το «Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά» ιδρύθηκε το 1984 από τους γονείς του 6χρονου Adam Walsh, ο οποίος εξαφανίστηκε και βρέθηκε δολοφονημένος το 1981. Σκοπός του κέντρου είναι η πρόληψη των φαινομένων παιδικής αρπαγής - απαγωγής και σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών, η προσπάθεια εντοπισμού εξαφανισμένων παιδιών, η παροχή στήριξης σε ανήλικους - θύματα αρπαγής και σεξουαλικής κακοποίησης, στις οικογένειές τους και στους επαγγελματίες, που εργάζονται σε αυτούς τους τομείς. Η δράση του κέντρου έχει οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των παιδιών, που τελικά εντοπίζονται από 62% σε 94%. Το Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά:

1. Δέχεται επεξεργάζεται και αξιολογεί πληροφορίες σχετικά με εξαφανίσεις και εκμετάλλευση ανηλίκων.
2. Διατηρεί ηλεκτρονική υπηρεσία, όπου το κοινό μπορεί να αναφέρει περιστατικά σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών μέσω του διαδικτύου.
3. Παρέχει τεχνική υποστήριξη σε πολίτες αλλά και στις διωκτικές αρχές με σκοπό την πρόληψη, έρευνα, δίωξη και χειρισμό υποθέσεων σχετικές με παιδιά θύματα εξαφάνισης και εκμετάλλευσης.
4. Συνδράμει την αμερικανική κυβέρνηση σε συγκεκριμένες υποθέσεις εξαφανίσεων ανηλίκων εκτός συνόρων σύμφωνα με την Σύμβαση της Χάγης σχετικά με τις Διεθνείς Υποθέσεις Απαγωγών Ανηλίκων.
5. Εκπαιδεύει μέλη των Αστυνομικών Αρχών και Δημόσιων Υπηρεσιών, που χειρίζονται υποθέσεις εξαφανίσεων και εκμετάλλευσης ανηλίκων.
6. Διανέμει σε ολόκληρο τον κόσμο, σε συνεργασία με φορείς/οργανισμούς φωτογραφίες και περιγραφές ανηλίκων που αγνοούνται.
7. Συνδράμει και παρεμβαίνει στην νομοθεσία, που διέπει τα δικαιώματα των παιδιών<sup>72</sup>.



### 3.8.3. Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων



Κύριος σκοπός της είναι η ενεργός συμβολή της στην πρόληψη της εγκληματικότητας των ανηλίκων που ενδέχεται λόγω της προσωπικότητας, του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή άλλων συνθηκών και αιτιών να οδηγηθούν σε παραπτωματική συμπεριφορά. Πρόσθετος σκοπός της είναι η παροχή υλικής και κοινωνικής στήριξης σε ανηλίκους στους οποίους έχουν επιβληθεί αναμορφωτικά μέτρα ή έχουν απολυθεί από ίδρυμα αγωγής ανηλίκων ή ειδικό κατάστημα κράτησης ανηλίκων ή κατά των οποίων εκκρεμεί ποινική δίκη για αξιόποινη πράξη, ή διαβιώνουν σε κοινωνικό περιβάλλον ατόμων που τελούν καθ' έξιν και κατ' επάγγελμα αξιόποινες πράξεις ή αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσχέρειες κοινωνικής προσαρμογής. Τέλος, παρέχει επαγγελματική κατάρτιση, εκπαίδευση, πολιτιστική καλλιέργεια, ψυχαγωγία και στέγη σε ανηλίκους.

Η εταιρία στελεχώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς απόφοιτους σχολών Κοινωνικής Εργασίας που ως κύριο καθήκον έχουν τη διενέργεια έρευνας κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας ή δικαστικής απόφασης ή κατόπιν αιτήσεως γονέως, κηδεμόνος ή άλλης αρχής και τη σύνταξη σχετικής έκθεσης, που δίνει πλήρη και σαφή εικόνα της κατάστασης του ανηλίκου και της οικογένειάς του και η οποία έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα.

Η εταιρία έχει δική της περιουσία που προέρχεται από συνδρομές των μελών της, από εράνους, δωρεές, κληροδοτήματα και Κρατικές επιχορηγήσεις, τα έσοδα των οποίων είναι κατατεθειμένα στην Ε.Τ.Ε. Τα έσοδα και οι δαπάνες ελέγχονται από τις αρμόδιες Οικονομικές Υπηρεσίες του Κράτους<sup>73</sup>.

### 3.8.4. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού



Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και δημόσιας υγείας και αναπτύσσει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού. Κύριος στόχος του είναι η έρευνα σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας του παιδιού, η οποία πραγματοποιείται μέσα από μια σειρά προγραμμάτων. Το Ινστιτούτο είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εποπτεύεται από αυτό. Παρέχει σε κάθε οικογένεια, που στους κόλπους της παρουσιάστηκε κρούσμα κακοποίησης παιδιού, ειδική διαγνωστική, θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση.

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει: α) παιδική προστασία, β) εθελοντές βοηθούς μητέρας, γ) οικογενειακό προγραμματισμό, δ) νομική κάλυψη και ε) σε ορισμένες περιπτώσεις οικονομική βοήθεια.

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού άρχισε το 1977 να ασχολείται με το θέμα της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, δημοσιεύοντας μια πρώτη αναδρομική μελέτη για το πρόβλημα, που βασίστηκε σε υλικό της Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών. Το 1978 δημιουργήθηκε στο Ι.Υ.Π. ένας μικρός επιστημονικός πυρήνας, ενώ ένα χρόνο αργότερα, δημιουργήθηκε μια πλήρης διεπιστημονική ομάδα, με στόχο ένα τριετές πρόγραμμα μελέτης της σωματικής κακοποίησης.

Στο διεθνή χώρο, η ομάδα του Ι.Υ.Π, συνεργάζεται από το 1982 με τη Διεθνή Εταιρεία για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών (International society for the prevention of child abuse and neglect) και με ανάλογα κέντρα κυρίως της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών. Η συνεργασία με την ISPCAN οδήγησε στην ανάθεση στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, της οργάνωσης του πρώτου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών, που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο, τον Απρίλιο του 1987.

Στόχος του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού είναι και η ενημέρωση και η πληροφόρηση του κοινού και η εκπαίδευση των ειδικών σε θέματα της αρμοδιότητας και της εξειδίκευσης του Ινστιτούτου. Το 1985 και 1986 έγιναν μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, διάρκειας δυο ημερών. Κατά τη διάρκεια των ετών 1987-1988 πραγματοποιήθηκε εννιάμηνο εκπαιδευτικό σεμινάριο, για 90 περίπου επιστήμονες της «πρώτης γραμμής», δηλαδή κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νομικούς, αστυνομικούς, που συνδέονται άμεσα με την προστασία των παιδιών<sup>74</sup>.

### 3.8.5. Το Χαμόγελο του Παιδιού



Το Χαμόγελο του Παιδιού» δημιουργήθηκε για να στηρίζει όλα τα παιδιά. Τα προστατεύει από κάθε μορφής εκμετάλλευση και κακομεταχείριση, τους προσφέρει καταφύγιο κατόπιν αποφάσεως του Εισαγγελέα καθώς και ψυχολογική και υλική υποστήριξη προκειμένου να επουλωθούν τα τραύματά τους. Υποστηρίζει παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας και σε περιπτώσεις που οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν δυσχέρειες, τους παρέχει όλα τα μέσα που απαιτούνται για την νοσηλεία και την θεραπεία τους. Στόχος του Συλλόγου είναι η κατοχύρωση, η προστασία και η προώθηση των δικαιωμάτων των παιδιών που μένουν στον ελλαδικό χώρο, ανεξάρτητα από υπηκοότητα.

Μέσα από την συμμετοχή του στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία για τα Εξαφανισμένα και Σεξουαλικά Κακοποιημένα Παιδιά (MCE), «Το Χαμόγελο του Παιδιού», με την ιδιότητα του μέλους του διοικητικού συμβουλίου, έχει τη δυνατότητα να συνεργαστεί με άλλους Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς με στόχο την εξάλειψη της σεξουαλικής και ψυχολογικής εκμετάλλευσης των παιδιών αλλά και τον εντοπισμό παιδιών που έχουν εξαφανισθεί σε ευρωπαϊκή κλίμακα.

Τα τελευταία δύο έτη, έχοντας γίνει ισότιμα και ενεργά μέλη του Δ.Σ. του Διεθνούς Κέντρου για τα Εξαφανισμένα και Θύματα Εκμετάλλευσης Παιδιά (International Centre for Missing and Exploited Children – ICMEC) και έχοντας αναγνωριστεί ως Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Θύματα Εκμετάλλευσης Παιδιά, κατόπιν δικής του πρότασης, αποφασίστηκε η δημιουργία Κέντρου Νοτιοανατολικής Ευρώπης και του ανατέθηκε η λειτουργία του, η οποία εγκαινιάστηκε τον Οκτώβριο του 2010 στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Ακόμα, το «Χαμόγελο του παιδιού» ως μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Διεθνούς Κέντρου για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (ICMEC), συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη, συμπεριλαμβανομένων και του Αμερικανικού Εθνικού Κέντρου για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (U.S. based National Centre for Missing & Exploited Children- NCMEC), για την εξεύρεση λύσεων και την εφαρμογή προγραμμάτων παγκοσμίως με στόχο την εξάλειψη των φαινομένων εξαφάνισης και εκμετάλλευσης ανηλίκων. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα διεθνούς δράσης, στα πλαίσια της συγκεκριμένης συνεργασίας, αποτελεί η προώθηση και επεξεργασία των στοιχείων των εξαφανισμένων παιδιών στη διεθνή ιστοσελίδα [www.missingkids.com](http://www.missingkids.com), της οποίας αποτελούμε μέλη.

Επιπλέον, βαρύνουσας σημασίας είναι η εκπροσώπηση του οργανισμού στον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών καθώς αποτελεί συνεργαζόμενο φορέα στο Τμήμα Δημόσιας Πληροφόρησης του Ο.Η.Ε (DPI) ενώ αποτελεί ΜΚΟ με ειδικό συμβουλευτικό καθεστώς στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο των Ηνωμένων Εθνών (ECOSOC).

Τέλος, «Το Χαμόγελο του Παιδιού» είναι μέλος του Διεθνούς Δικτύου Τηλεφωνικών Γραμμών Υποστήριξης (CHI), που απαριθμεί μέλη σε 120 χώρες, καθώς και μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας για τα Παιδιά του Δρόμου (EFSC).

Τα πεδία δράσης του συλλόγου είναι:

1. Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1056 για την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών με θύματα παιδιά. Η γραμμή λειτουργεί από το 1997 με κύριο σκοπό την προστασία των παιδιών θυμάτων κακοποίησης, οικονομικής εκμετάλλευσης, παράνομης διακίνησης και παραμέλησης. Το εξειδικευμένο προσωπικό, που στελεχώνει τη γραμμή, συχνά παρέχει και ψυχολογική στήριξη σε παιδιά που αντιμετωπίζουν οικογενειακά ή κοινωνικά προβλήματα, αλλά και σε γονείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τα παιδιά τους
2. Επιτόπια παρέμβαση σε περιστατικά παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο.
3. Συμβουλευτική παιδιών και γονέων.
4. Αναγνωρισμένο Εθνικό Κέντρο για την αντιμετώπιση των φαινομένων της εξαφάνισης και κακοποίησης των παιδιών.
5. Στήριξη παιδιών με σοβαρά προβλήματα διαβίωσης σε όλη την Ελλάδα.
6. Στήριξη παιδιών με σοβαρά προβλήματα υγείας. Η εν λόγω δράση αφορά τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία ο σύλλογος στηρίζει σε διαδικαστικά θέματα αλλά και με την κάλυψη των εξόδων τους για μεταφορά και διαμονή σε νοσοκομεία του εξωτερικού, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.ά.<sup>75</sup>

### 3.8.6. Ξενώνας SOS – ELIZA

Ο Ξενώνας SOS - ELIZA είναι το πιο πρόσφατο κοινωνικό πρόγραμμα που έθεσε σε λειτουργία το σωματείο ELIZA σε συνεργασία με τα Παιδικά Χωριά SOS. Σκοπός

του προγράμματος είναι η φροντίδα και προστασία παιδιών που έχουν γνωρίσει την κακοποίηση σε πολύ μικρή ηλικία. Τα παιδιά παραμένουν στο κέντρο για τη μέγιστη περίοδο των 2 ετών, όπου με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού γίνεται προσπάθεια για τη θεραπεία και την προετοιμασία τους για ομαλή κοινωνική επανένταξη.

Παράλληλα, η προσπάθεια στήριξης θα στρέφεται και προς τη φυσική τους οικογένεια, ώστε να μπορέσει να τους υποδεχθεί μετά την παραμονή τους στο κέντρο. Στις περιπτώσεις που αυτό κρίνεται αδύνατο, τα παιδιά εντάσσονται σε οικογένειες SOS στα Παιδικά Χωριά SOS και ακολουθούνται οι διαδικασίες εκπαίδευσης και κοινωνικής ένταξης που εφαρμόζονται και στα άλλα παιδιά. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα λειτουργεί στο Μαρούσι και στεγάζει μέχρι 10 παιδιά, από τη βρεφική ηλικία μέχρι 5 ετών<sup>76</sup>.

### 3.8.7. Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο.)

Το Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο.) ιδρύθηκε το 1999 με απόφαση της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος και λειτουργεί ως υπηρεσία της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, με σκοπό την προστασία του θεσμού της οικογένειας.

Το Κέντρο Στήριξης Οικογένειας αποσκοπεί:

- ◆ Στην αντιμετώπιση της κρίσης στην ελληνική οικογένεια.
- ◆ Στην ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων από τις εκτρώσεις.
- ◆ Στην φροντίδα της άγαμης μητέρας και του παιδιού της.
- ◆ Στην συμπαράσταση των κακοποιημένων γυναικών και των παιδιών τους, θύματα σωματικής, ψυχολογικής και οικονομικής βίας μέσα στην οικογένεια.
- ◆ Στην αντιμετώπιση της σοβαρής απειλής για την οικογένεια, που συνίσταται στην παράνομη διακίνηση και εμπορία γυναικών και παιδιών.

Το ΚΕ.Σ.Ο για την υλοποίηση των στόχων του διαθέτει:

- ◆ Κέντρο Υποδοχής και Ενημέρωσης.
- ◆ Σχολές Γονέων. Άρχισαν να λειτουργούν στην Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών από το 1998. Σκοπός τους είναι να διδάσκονται οι εν ενεργεία αλλά και αυριανοί γονείς τις θεμελιώδεις αρχές της οικογένεια. Οι μετέχοντες στο πρόγραμμα καταρτίζονται σε θέματα ανθρωπίνων σχέσεων, παιδαγωγικά, ιατρικά, θεολογικά, νομικά, γλωσσικά, ιστορικά, περιβαλλοντικά κ.α.
- ◆ Κοινωνική υπηρεσία. Στην κοινωνική υπηρεσία γίνεται η κατάθεση όλων των περιπτώσεων κακοποίησης.
- ◆ Ψυχολογική στήριξη. Οι ψυχολόγοι του κέντρου επιτελούν συμβουλευτικό έργο για καλές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- ◆ Ιατρικό τμήμα.
- ◆ Νομική υπηρεσία. Συμβουλευτική των περιπτώσεων του κέντρου για επεξεργασία προτάσεων Νόμου για την προστασία της οικογένειας και των μελών της.
- ◆ Τμήμα ευπαθών ομάδων<sup>77</sup>.

### 3.8.8. Κέντρο βρεφών «Μητέρα»

Υποδέχεται και αναλαμβάνει τη φροντίδα βρεφών και παιδιών, τα οποία, είτε είναι ανεπιθύμητα, είτε πρέπει να απομακρυνθούν άμεσα από το περιβάλλον τους, λόγω

κακοποίησης ή σοβαρής παραμέλησης, με σκοπό την υιοθεσία. Στεγάζεται σε δένδροφυτευμένη έκταση 102 στρεμμάτων που παραχωρήθηκε από το Δημόσιο και περιλαμβάνει κεντρικό κτίριο υποδοχής εξυπηρετούμενων, κέντρο υποδοχής βρεφών, οκτώ περίπτερα φιλοξενίας βρεφών-νηπίων, στέγη δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, ξενώνα εγκύων-λεχωίδων, γραφεία στέγασης υπηρεσιών, βοηθητικούς χώρους.

Το «Μητέρα» θεωρείται το πλέον εξειδικευμένο πλαίσιο για τη κάλυψη αυτών των περιπτώσεων και εξασφαλίζει την ένταξη των παιδιών σε καινούργια περιβάλλοντα, ικανά να τους παρέχουν εκείνες τις συνθήκες που απαιτούνται, για την καλή σωματική αλλά και ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Τα παιδιά δεν φιλοξενούνται με την προοπτική της μονιμότητας, εκτός από εξαιρέσεις. Αλλά και γι' αυτά που παραμένουν περισσότερο, το καθημερινό πρόγραμμα ακολουθεί τον ρυθμό των παιδιών, ανάλογα με την ηλικία και τις ανάγκες τους και δεν θυμίζει «σκληρό» πρόγραμμα ιδρύματος<sup>78</sup>.

## Κεφάλαιο 4: Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής και το υποστηρικτικό προσωπικό των Υπηρεσιών Υγείας έχουν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην προστασία των παιδιών. Η εργασία τους συνεπάγεται επαφή με όλα τα μέλη της οικογένειας και οι σχέσεις τους με υπηρεσίες, σχολεία και υπηρεσίες υγείας, σημαίνει ότι είναι σε θέση να επισημάνουν οικογενειακές καταστάσεις υψηλού κινδύνου (στρες) που μπορεί να υποδηλώνουν ότι υπάρχει κίνδυνος κακοποίησης παιδιού ή να επισημαίνουν κακοποίηση κατά τα πρώτα της στάδια.

Τα γενικά χαρακτηριστικά που πρέπει να θέσουν την υποψία της κακοποίησης είναι τα εξής:

- ◆ Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας. Στα ατυχήματα ζητείται αμέσως βοήθεια ενώ στη μη τυχαία κάκωση έρχονται στο νοσοκομείο με καθυστέρηση. Συνήθως δεν δίνεται δικαιολογία για αυτή την καθυστέρηση.
- ◆ Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζει με την κλινική εικόνα. Δηλαδή δεν δίνονται λεπτομέρειες για τις συνθήκες του τραυματισμού ή ο θύτης δηλώνει άγνοια (δεν ξέρω πως τραυματίστηκε κ.τ.λ.). Για τον ευαίσθητοποιημένο στην ύπαρξη της κακοποίησης νοσηλευτή η λήψη του ιστορικού είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική.
- ◆ Οι βλάβες είναι συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (το κακοποιημένο άτομο που προσκομίζεται με κάποιο κάταγμα συνήθως θα έχει εκχυμώσεις ή εκδορές και σε άλλα μέρη του σώματος ή ακόμα και άλλα κατάγματα).
- ◆ Οι βλάβες είναι διαφορετικού χρονικού διαστήματος, πράγμα που μαρτυρά τα επανειλημμένα επεισόδια κακοποίησης.
- ◆ Μερικές βλάβες είναι χαρακτηριστικές κακοποίησης, σχεδόν παθολογικές. Η ρήξη του χαλινού του άνω χείλους είναι πολύ απίθανο να είναι τυχαία. Έγκαιμα στα πέλματα βρέφους δεν μπορεί να είναι από ατύχημα. Συχνά το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηριστικά σημάδια π.χ. νυχές, δαγκωνιές, χτυπήματα από ζωστήρα, εγκαύματα από τσιγάρο.
- ◆ Η συμπεριφορά του κακοποιημένου ατόμου είναι χαρακτηριστική. Το βλέμμα του και η έκφραση του δείχνουν απόγνωση και απάθεια.
- ◆ Ο τρόπος που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί μαρτυρά απόρριψη, παραπονούνται ότι είναι δύσκολο, ατίθασο και άλλα.
- ◆ Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το κακοποιημένο άτομο στο νοσοκομείο.

### 4.1. Νοσηλευτική προσέγγιση

Έχει αναγνωριστεί προ πολλού η ανάγκη για νοσηλευτική αντιμετώπιση του προβλήματος, σε όλα τα επίπεδα: διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, πρόληψη. Για την καλύτερη προσέγγιση των κακοποιημένων ατόμων είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να συνεργαστεί με ομάδα επιστημόνων. Η ομάδα αυτή αποτελείται εκτός του νοσηλευτή, από γιατρό, κοινωνικό λειτουργό αλλά και πολλές φορές από νομικό σύμβουλο. Ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε επαφή με τις υπηρεσίες πρόνοιας και με κέντρα ψυχικής υγιεινής.

Η συμμετοχή του νοσηλευτή στην ομάδα αυτή περιλαμβάνει και τη σύγκλιση συμβουλίων για συζήτηση κάθε περίπτωσης όπου εκτός από τα στελέχη της ομάδας, καλούνται να συμμετάσχουν εκπρόσωποι οργανώσεων που γνωρίζουν την περίπτωση και μπορούν να συνεισφέρουν.

#### 4.2. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης

Η διαγνωστική εκτίμηση αρχίζει από την ημέρα που αποκαλύπτεται η σωματική κακοποίηση του παιδιού και γίνεται γνωστή στους ειδικούς (Σχολείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κοινωνική Υπηρεσία, Νοσοκομείο, Δικαστήριο, Αστυνομία). Είναι σημαντικό να ολοκληρώνεται η φάση αυτή σε σύντομο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να αξιολογούνται οι προτεραιότητες και οι τρόποι της θεραπευτικής προσέγγισης και της προστασίας του παιδιού, αν το επιβάλλουν οι συνθήκες.

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια σωστή και αντικειμενική διαγνωστική εκτίμηση παιδιού και της οικογένειας είναι η στάση των επαγγελματιών. Είναι εύκολο να ταυτισθούν με το παιδί-θύμα και να αισθανθούν ή και να φερθούν επιθετικά στους γονείς. Το αποτέλεσμα τότε θα είναι να απειληθούν οι γονείς, να μη θελήσουν να συνεργασθούν και να αναγκασθεί ο νοσηλευτής είτε να εγκαταλείψει την περίπτωση ως «μη συνεργάσιμη», είτε να χρησιμοποιήσει μηχανισμούς της δικαιοσύνης για να βοηθηθεί ο ίδιος και όχι ως μέρος μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια, όταν χρειάζεται. Θα πρέπει να τονισθεί, ότι αρκετοί γονείς-«υπαίτιοι» υπήρξαν παιδιά-θύματα.

Ο εντοπισμός του «υπαίτιου» δεν ενδιαφέρει κατά την αρχική διαγνωστική φάση. Αρκεί η διαπίστωση ότι όλα αυτά έχουν συμβεί στο παιδί μέσα στην οικογένειά του, άρα, θα πρέπει να αντιμετωπισθεί μια οικογένεια σε κρίση, χρόνια ή/και οξεία. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να κρύψει από τους γονείς αυτό που πραγματικά είναι ορατό, δηλαδή ένα παιδί με κακώσεις, ή με άλλα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της παραμέλησης. Οι ανησυχίες του νοσηλευτή πρέπει να συζητηθούν με τους γονείς με τρόπο ευαίσθητο και διακριτικό, αναγνωρίζοντας και συζητώντας τις δικές τους ανάγκες και τα δικά τους συναισθήματα λύπης και απόγνωσης. Συγχρόνως, οι γονείς πρέπει να καθησυχασθούν ότι είναι δυνατόν να βοηθηθούν, έτσι ώστε να αναγνωρίσουν ότι η κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους, τουλάχιστον κατά τον παρόντα χρόνο.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου η συνεργασία με τους γονείς, παρόλες τις προσπάθειες των νοσηλευτών, είναι αδύνατη, τουλάχιστον στο στάδιο της οξείας οικογενειακής κρίσης, ενώ συγχρόνως διαφαίνεται η ανάγκη για άμεση προστασία του παιδιού. Τότε, είναι απαραίτητο να προσφύγουν οι επαγγελματίες σε άμεσες ενέργειες που απαιτούνται για την προστασία του παιδιού, με βάση την ελληνική νομοθεσία. Τέτοιες ενέργειες μπορεί να είναι εισαγγελική εντολή για άμεση υποχρεωτική νοσηλεία του παιδιού στο νοσοκομείο ή εισαγωγή του σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης έως ότου οι φορείς παιδικής προστασίας επιτύχουν, έστω και στοιχειώδη συνεργασία με τους γονείς και την ευρύτερη οικογένεια, όταν υπάρχει.

Συμπερασματικά, η άμεση προστασία του παιδιού σε περιπτώσεις που κινδυνεύει, πρέπει να θεωρηθεί ως βασική προϋπόθεση της διαγνωστικής εκτίμησης παιδιού και οικογένειας από την πλευρά του νοσηλευτή.

Μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση από την πλευρά του νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- ◆ Κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας με έμφαση στην κατανόηση της οικογενειακής λειτουργίας, των ιδιαίτερων αναγκών των μελών της και τη διερεύνηση ύπαρξης υποστηρικτικών συστημάτων για την οικογένεια.
- ◆ Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού. Επίσης, εξέταση όλων των αδελφών του κακοποιημένου παιδιού.
- ◆ Κλινική ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας.
- ◆ Ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων (εφόσον χρειάζεται).

Η στάση του νοσηλευτή κατά τη διαγνωστική φάση θα είναι πολύ υποβοηθητική αν αρχικά ακούσει με προσοχή το παιδί και το καθησυχάσει, διαβεβαιώνοντάς το ότι θα προσπαθήσει να το βοηθήσει. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής οφείλει να πιστέψει το παιδί στα λεγόμενά του και να του διώξει κάθε ενοχή που μπορεί να αισθάνεται. Εφόσον το παιδί νιώσει άνετα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναλύσει στο παιδί τον τρόπο που θα ενεργήσουν, ώστε να αισθανθεί σιγουριά. Βασικό στοιχείο σε όλες τις ενέργειες του νοσηλευτή αποτελεί η κατανόηση του γεγονότος ότι ένα σωματικά κακοποιημένο παιδί δεν θέλει να εγκαταλείψει την αγκαλιά του γονέα- υπαίτιου για την κακοποίηση, είτε λόγω συναισθημάτων ανασφάλειας για το μέλλον του είτε λόγω ενοχής για πιθανή τιμωρία. Τέλος, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά ότι ο ρόλος του δεν είναι ανακριτικός και δε βοηθά η άντληση πολλών πληροφοριών.

Σημαντικό εργαλείο για την πρόβλεψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, αποτελεί η Κλίμακα Αγάθωνος<sup>79</sup> (βλ. Παράρτημα Ι), η οποία μπορεί να βοηθήσει στη λήψη του ιστορικού και στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, συμβάλλοντας στην ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση και πρόβλεψη της επικινδυνότητας και ανάγκης της οικογένειας για πρόσθετη βοήθεια. Για μία ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση είναι σημαντική η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας. Ωστόσο, νοσηλευτές που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε κλινικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους δεν πρέπει να αποθαρρύνονται και να μην προχωρούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στην περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή του παιδιού, η άμεση διαγνωστική εκτίμηση παιδιού και οικογένειας μπορεί να οδηγήσει το νοσηλευτή ή την επιστημονική ομάδα στη διαπίστωση, ότι πέρα από κάθε άλλη αντιμετώπιση, προέχει το απόλυτο συμφέρον του παιδιού. Η άμεση προστασία του παιδιού δεν εξαρτάται πάντα από τη σοβαρότητα των κακώσεων, εφ' όσον μια μέτρια κάκωση σήμερα μπορεί να επαναληφθεί αύριο, σε πολύ σοβαρότερη μορφή. Εύλογο είναι, ότι ένα παιδί με σοβαρά τραύματα πρέπει να εισαχθεί αμέσως στο νοσοκομείο, ακόμα και αν αυτά μπορούν να αντιμετωπισθούν στα εξωτερικά ιατρεία (π.χ. απλό κάταγμα άκρου). Εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται επίσης τόσο για ένα παιδί με ελαφρότερες κακώσεις, όσο και για περιπτώσεις που από τη συμπεριφορά των γονέων κρίνεται ότι υπάρχουν αμφιβολίες για την ασφάλειά του.

Στην περίπτωση όπου ο γιατρός κρίνει ότι το παιδί πρέπει να οδηγηθεί στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτής χρειάζεται να εξηγήσει στους γονείς με ψυχραιμία, σταθερότητα και ενδιαφέρον, ότι το παιδί πρέπει να εισαχθεί «για εξετάσεις», διαβεβαιώνοντάς τους συγχρόνως, ότι μπορούν να το επισκέπτονται όποτε θέλουν και να το φροντίζουν. Η χρήση του νομικού πλαισίου πρέπει να αποτελεί μια ύστατη



παιδοκεντρική λύση, δεδομένου ότι ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την περαιτέρω συνεργασία με την οικογένεια. Η συνεργασία μεταξύ φορέων υγείας, παιδικής προστασίας, δικαιοσύνης και δημόσιας τάξης, κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση οικογενειών σε οξεία κρίση.

#### 4.3. Διαγνωστική εκτίμηση της σεξουαλικής κακοποίησης

Ο πρώτος επαγγελματίας στον οποίο το παιδί ή ο έφηβος αποκαλύπτει τη σεξουαλική παραβίασή είναι κυρίως ο νοσηλευτής. Προϋπόθεση είναι να αισθάνεται το παιδί την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο αυτό, που θα διευκολύνει το κλίμα μέσα στο οποίο το παιδί θα καταθέσει το μυστικό του. Συνήθως έχει προηγηθεί υπαινιγμός για σεξουαλική παραβίαση σε συγγενικό ή οικείο άτομο με τη φροντίδα του οποίου το παιδί φθάνει στο νοσηλευτή.

Το παιδί που υπάρχει υποψία να είναι θύμα σεξουαλικής παραβίασης από άτομο εκτός οικογένειας, μπορεί να αισθάνεται καλύτερα αν εξετασθεί με την παρουσία των γονέων του. Αντίθετα, παιδί για το οποίο υπάρχουν υπόνοιες για ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση θα πρέπει να εξεταστεί μόνο του και κάθε γονέας ξεχωριστά. Το παιδί δεν θα πρέπει να παρίσταται όταν οι γονείς ή άλλοι ενήλικες περιγράφουν τα γεγονότα. Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνει σε ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον που να εξασφαλίζει το απόρρητο. Ο χώρος θα πρέπει να προσφέρει εξοπλισμό που διευκολύνει ένα μικρό παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα, δηλαδή, ανατομικές ή απλές κούκλες, υλικό για ζωγραφική, πηλό, εικόνες. Κατά τη συνέντευξη, θα πρέπει να καταγραφούν ο τρόπος και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το παιδί για να περιγράψει τα γεννητικά του όργανα, το στήθος όπως και τις λειτουργίες τους<sup>80</sup>.

Επειδή πρέπει να προστατευθεί το παιδί από δευτερογενή κακοποίηση, θα πρέπει να εξασφαλισθεί ότι το παιδί θα μιλήσει μόνο σε ένα νοσηλευτή εξειδικευμένο σε συνεντεύξεις με παιδιά. Η βιντεοσκόπηση της συνέντευξης κρίνεται ως σημαντική εφόσον εξασφαλίζει στο παιδί τη δυνατότητα για αποκάλυψη, ενώ ακολούθως η επιστημονική ομάδα που θα αναλάβει την περίπτωση θα μελετήσει την ταινία και θα γνωματεύσει βάσει αυτής, ως προς το α' σκέλος της αποκάλυψης της τραυματικής εμπειρίας. Σε περίπτωση που το παιδί είναι πολύ φοβισμένο, η εξέταση και η λήψη ιστορικού πρέπει να αναβληθούν και να εξηγηθεί στο παιδί ο λόγος.

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο ενδείκνυται όταν υπάρχουν σοβαρές σωματικές βλάβες, όταν διαφαίνεται σοβαρό συναισθηματικό τραύμα, ή όταν υπάρχει κίνδυνος για περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού, οποιασδήποτε μορφής. Η νοσηλεία μπορεί να λειτουργήσει ως ασπίδα προστασίας, ως μεταβατικός και θεραπευτικός χώρος ο οποίος θα συμβάλλει στο πέρασμα από την κρίση της αποκάλυψης στην ανακούφιση της αντιμετώπισης<sup>81</sup>.

Όπως και στη σωματική κακοποίηση και παραμέληση, η στάση του νοσηλευτή θα καθορίσει το κλίμα και το περιεχόμενο της αποκάλυψης. Στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης, τα συναισθήματα που κατακλύζουν τους νοσηλευτές είναι πιο έντονα και οι αντιστάσεις και η αμηχανία μεγαλύτερες. Γι' αυτό, μόνο ο καλά ενημερωμένος και έμπειρος επαγγελματίας θα πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη της διαχείρισης της αποκάλυψης. Όσον αφορά τους γονείς, οι νοσηλευτές δεν έχουν το δικαίωμα να αποκρύψουν από αυτούς, ακόμα και όταν υποψιάζονται

ενδοοικογενειακή ευθύνη για το γεγονός, αυτό που πραγματικά βλέπουν και πιστεύουν. Σημαντικό είναι να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν ότι ένα παιδί σπανίως μπορεί να κατασκευάσει ένα ψέμα για τη δική του θυματοποίηση. Οφείλουν να συζητήσουν με τους γονείς με σταθερότητα για το γεγονός, αλλά με τρόπο ευαίσθητο και μη επικριτικό, αναγνωρίζοντας τα δικά τους συναισθήματα εκείνη τη στιγμή<sup>82</sup>.

Εφ' όσον ο νοσηλευτής κρίνει ότι χρειάζεται να νοσηλευθεί το παιδί για έναν τουλάχιστον από τους λόγους που αναφέρθηκαν, ζητείται από τους γονείς να συναινέσουν. Εφόσον δεν συμφωνούν, τότε θα εξηγηθούν οι προβλέψεις του νόμου για «υποχρεωτική νοσηλεία» με εισαγγελική παρέμβαση. Η παρέμβαση αυτή δεν αίρει τη διάθεσή των επαγγελματιών για συνεργασία με την οικογένεια και αυτό πρέπει να διευκρινισθεί στους γονείς. Ανάλογες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν στο παιδί σχετικά με όλα τα στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας. Η γνώση αυτή βοηθάει το παιδί να αισθανθεί σιγουριά, εφόσον θα ξέρει τι το περιμένει.

#### 4.4. Θεραπευτική προσέγγιση οικογένειας

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί βασικό σημείο στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες τις ενέργειες από την αρχή ως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή την πρώτη συνάντηση και ολοκληρώνεται όταν χρειάζεται με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία.

Η εμπλοκή των νοσηλευτών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας συχνά υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση -ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά του- όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειές του, έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να διαπραγματευτεί το «τραύμα». Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το αν παραμένει ή απομακρυνθεί από τη φυσική του οικογένεια.

Κάθε χειρισμός του που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον είναι αποτέλεσμα γνώσεων και πραγματοποιείται με μέτρο το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας. Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας, με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με την οικογένεια συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών. Τέλος, η θεραπεία, ατομική ή οικογενειακή, θα

βοηθήσει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να ανεχθούν μια κακοποίηση και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούριους διορθωτικούς μηχανισμούς<sup>83</sup>.

Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

- ◆ Η φύση του βασικού προβλήματος (είδος κακοποίησης, σοβαρότητα, χρονιότητα κ.λπ.).
- ◆ Η επιθυμία των γονέων να βοηθηθούν.
- ◆ Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση.
- ◆ Η επάρκεια των πηγών βοήθειας.

Η επιτυχία της νοσηλευτικής παρέμβασης θα εξαρτηθεί σημαντικά από την ύπαρξη και την ποιότητα εναλλακτικών μορφών παιδικής προστασίας και υποστηρικτικών σχημάτων για την οικογένεια, στα πλαίσια της κοινότητας. Η διασυνδεδετική θετική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών της κοινότητας λειτουργεί ως πλέγμα προστασίας για την οικογένεια αλλά και για τους ίδιους τους νοσηλευτές. Ο μόνος επαγγελματίας είναι δυνατόν να είναι επικίνδυνος τόσο για την περίπτωση όσο και για τον εαυτό του, εφόσον η επαγγελματική μοναξιά και εξάντληση δημιουργούν συχνά αισθήματα «παραίτησης» αλλά και «παντοδυναμίας». Το κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας που καλλιεργείται στα πλαίσια της δυναμικής της διασυνδεδετικής συνεργασίας, αναπαράγεται στη δυναμική της σχέσης οικογένειας και υπηρεσιακού δικτύου και επηρεάζει θετικά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις<sup>84</sup>.

#### 4.5. Χιούμορ και νοσηλευτική παρέμβαση

Η χρήση του χιούμορ δεν αντικαθιστά τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά. Στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ από τον ασθενή ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής του. Είναι πάντα εξατομικευμένο και μπορεί να ενσωματωθεί στο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας, ακολουθώντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς πριν την εφαρμογή του χιούμορ είναι απαραίτητη. Εάν σ' αυτό το στάδιο αναγνωριστεί κάποιο πρόβλημα με την επικοινωνία, ανησυχία, θρήνος, ανικανότητα, κοινωνική απομόνωση, τότε το χιούμορ ίσως είναι αποτελεσματική παρέμβαση. Δε συνηθίζουν όλοι οι ασθενείς το χιούμορ στη ζωή τους. Επίσης ένα άτομο που «γελάει πάντα απ' έξω» ίσως στην πραγματικότητα να «κλαίει μέσα του». Οι νοσηλευτές επειδή δε γνωρίζουν το παρελθόν των ασθενών τους, πρέπει να εκτιμήσουν το χιουμοριστικό στυλ τους. Αυτό πρέπει να γίνει εφόσον έχει προϋπάρξει επικοινωνία και έχει εγκατασταθεί σχέση εμπιστοσύνης. Πρέπει οι νοσηλευτές να μάθουν αν αρέσει στον ασθενή να γελά, αν γελούσε στο παρελθόν, τι τον κάνει να γελά (κωμωδίες, αστεία, γελιογραφίες, κλπ), με ποιον ή με τι γελά περισσότερο κλπ. Μπορεί να βοηθήσουν και ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια για το σκοπό αυτό, τα οποία να συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή.

Επίσης, πρέπει να γίνεται εκτίμηση και των απόψεων της οικογένειας του ασθενούς, στον οποίο πρόκειται να γίνει θεραπευτική χρήση του χιούμορ. Πολλά μέλη της οικογένειας μπορούν να προτείνουν αποτελεσματικές προσωπικές προσεγγίσεις. Μέσω του χιούμορ είναι αποδεκτό ότι βρίσκουμε σημαντικά πράγματα, όπως απόψεις και ανησυχίες του ασθενούς, που δεν ομολογούνται με άλλο τρόπο.

Εάν ο ασθενής είναι διστακτικός πριν την ενσωμάτωση του χιούμορ στο σχέδιο φροντίδας του, πρέπει ο νοσηλευτής να συζητήσει τα πλεονεκτήματα του χιούμορ και να εξηγήσει πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί για απόσπαση της προσοχής του και ανάπαυση.

Αν δεν του αρέσει να γελά τότε πρέπει να ανιχνεύσουμε την αιτία. Οικονομικές δυσκολίες, πολιτισμικοί περιορισμοί ή η ίδια η φύση της ασθένειας ενδέχεται να αποτελούν σημαντικές αιτίες. Μερικοί ασθενείς αισθάνονται ότι δεν είναι κατάλληλο, δεν πρέπει να γελούν όταν έχουν μία σημαντική ασθένεια. Ο νοσηλευτής απλώς είναι ανάγκη σ' αυτή την περίπτωση να τους δώσει την «άδεια» να γελάσουν, διαβεβαιώνοντάς τους ότι είναι επιτρεπτό και απολύτως φυσιολογικό.

Η βασική ανάγκη για γέλιο, μιας ασθενούς που είχε καρκίνο και επρόκειτο να χειρουργηθεί ξανά, καταφάνηκε όταν μετά από μεγάλο διάστημα κατάθλιψης και αρνητισμού για κάθε είδους θεραπεία, ξέσπασε σε γέλια όταν είδε να μπαίνει στο θάλαμο απομόνωσης που νοσηλευόταν μια νοσηλεύτρια που είχε ζωγραφίσει κόκκινα νύχια πάνω στα γάντια της, ένα μεγάλο χαμόγελο στη μάσκα της και μπουκλές στο καπέλο της. Η ασθενής από τότε έκανε σημαντικά βήματα επικοινωνίας και εκμυστηρεύτηκε στην συγκεκριμένη νοσηλεύτρια, που έκανε θεραπευτική χρήση του χιούμορ, πράγματα που την απασχολούσαν εδώ και αρκετό καιρό.

Εάν ο ασθενής συμφωνεί να χρησιμοποιηθεί το χιούμορ στη θεραπεία του, τότε ο νοσηλευτής μπορεί να προγραμματίσει χιουμοριστικές παρεμβάσεις στο γραπτό σχέδιο φροντίδας του (π.χ. «περίοδος αστείων», «διαλείμματα με παιχνίδια» κ.λπ.). Οι παρεμβάσεις είναι μοναδικές για κάθε ασθενή και για κάθε κατάσταση και προσαρμόζονται στην ηλικία, την ιδιοσυγκρασία, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς για τον οποίο προγραμματίστηκαν. Μπορούν να εφαρμοστούν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους για το σκοπό αυτό, τα «humor rooms», αλλά και όταν η κατάστασή τους δεν επιτρέπει να πάνε εκεί, να υπάρχει δυνατότητα να μεταφερθεί στο θάλαμο του ασθενούς το υλικό (π.χ. βιβλία με χιουμοριστικές ιστορίες, βιντεοκασέτες με κωμωδίες, γελοιογραφίες κλπ).

Ο νοσηλευτής, τέλος, θα πρέπει απαραίτητα να αξιολογεί τις χιουμοριστικές παρεμβάσεις του για την καταλληλότητά τους καθώς και την επίδραση που ενδεχομένως επέφεραν στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Η αξιολόγηση αυτή, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεών του, θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και με τη συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς.

Εάν το χιούμορ αξιολογηθεί ως αναποτελεσματικό, ο νοσηλευτής οφείλει να προσδιορίσει τις πιθανές αιτίες και να τροποποιήσει αν είναι εφικτό τη στρατηγική του χιούμορ. Επίσης αν παρατηρήσει ότι υπάρχουν λανθάνουσες ψυχολογικές διαταραχές του ασθενούς ή ακόμα και της οικογένειάς του τότε θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια για συμβουλευτική ψυχιατρική.

Το χιούμορ μπορεί να είναι απρόβλεπτο ή προμελετημένο. Εφαρμόζεται με λεκτική ή μη επικοινωνία, προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους συναδέλφους. Σχετίζεται άμεσα με την προσωπικότητα του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γέλιο μέσω του χιούμορ ως χρήσιμο εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών και την αυτοπροστασία τους. Το πλεονέκτημα του γέλιου είναι ότι μπορεί να γίνει οπουδήποτε και οποτεδήποτε. Όμως δεν πρέπει να ξεχνά ο νοσηλευτής ότι εάν το κρατήσει κάποιος απρόσεκτα μπορεί να κάνει τρομερή ζημιά. Ακατάλληλο χιούμορ θεωρείται το χιούμορ που δεν αποτελεί αστείο για το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται, είτε εξαιτίας της ευαισθησίας του είτε εξαιτίας του περιεχομένου του ή της κατάστασής του ή της καταλληλότητας της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής στην οποία αυτό εκφράστηκε. Κανείς δεν θα πρέπει να γελά ή να κάνει αστεία με την τραγωδία άλλου προσώπου ή να αστειεύεται με τα συμπτώματα του ασθενούς. Εάν όμως ο ίδιος ο ασθενής θέλει να αστειευτεί π.χ. με την απώλεια των μαλλιών του ή την απώλεια του βάρους του, το θέμα είναι ανοιχτό για συζήτηση. Συνήθως το χιούμορ κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης δεν είναι κατάλληλο. Ίσως αργότερα αφού περάσει αυτή η φάση να βοηθήσει στην προσαρμογή στην κρίση και ίσως ακόμη μειώσει και την ένταση.

Εκτός του ότι, το χιούμορ δεν είναι θεραπευτικό όταν γίνεται σε βάρος άλλου ατόμου, ο σαρκασμός, η ειρωνεία, εθνικιστικά, φυλετικά ή πολιτισμικά αστεία και σεξουαλικά υπονοούμενα θα πρέπει να αποφεύγονται και να μην ενθαρρύνονται. Επομένως, το ακατάλληλο χιούμορ πρέπει να αποφεύγεται γιατί πληγώνει αισθήματα, προκαλεί ανησυχία, δημιουργεί εχθρικότητα και ντροπιάζει. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις θα πρέπει οπωσδήποτε να γίνονται σεβαστές καθώς επίσης και το ιδιαίτερο χιουμοριστικό στυλ του κάθε ατόμου<sup>85</sup>.

#### 4.6. Νέες προσεγγίσεις αντιμετώπισης

Η σύγχρονη αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών βασίζεται σημαντικά στη συνεργασία με τους γονείς αλλά και με την ευρύτερη οικογένεια, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά και στην πορεία εξέλιξης. Η συμμετοχή των γονέων στα διεπιστημονικά συμβούλια για κακοποιημένα παιδιά στη Μ. Βρετανία, έχει συμβάλλει στη μείωση της επιθετικότητάς τους, σε ηπιότερες παρεμβάσεις και στην άμβλυνση του «εξουσιαστικού ρόλου» των επαγγελματιών. Τα διευρυμένα αυτά επιστημονικά συμβούλια περιλαμβάνουν και τα ίδια τα παιδιά, όταν κριθεί ότι είναι αρκετά ώριμα να συμμετέχουν στη διαδικασία των αποφάσεων γι' αυτά και για την οικογένειά τους. Στην Αυστραλία, δοκιμάζεται με επιτυχία θεραπευτικό σχήμα με άξονα την εκτεταμένη-διευρυμένη οικογένεια, τα μέλη της οποίας καλούνται για να συμμετάσχουν στο συμβούλιο, από όπου και αν βρίσκονται, και με δεδομένες τις τεράστιες αποστάσεις αυτής της ηπείρου. Φυσικά, το οικονομικό κόστος καλύπτεται από το κράτος ή την οργάνωση που αντιμετωπίζει την περίπτωση του παιδιού<sup>86</sup>.

Τα προγράμματα της διαφύλαξης και της προαγωγής της οικογένειας αναπτύσσονται με ταχείς ρυθμούς στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο ανεπτυγμένο κόσμο. Στόχος τους είναι η παραμονή του κακοποιημένου παιδιού στην οικογένεια, μειώνοντας τον κίνδυνο και αυξάνοντας τη λειτουργικότητα της οικογένειας, με την προσφορά κατ' οίκον παρέμβασης με πολυμορφικό περιεχόμενο. Ανάδοχες οικογένειες ανακούφισης των φυσικών γονέων φιλοξενούν το παιδί ή τα παιδιά το Σαββατοκύριακο, τις αργίες

ή όταν οι γονείς το χρειάζονται. Οικογενειακοί βοηθοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, ενώ εθελοντές, υπό την εποπτεία του τοπικού κοινωνικού κέντρου, προσφέρονται για κάλυψη αναγκών που δεν εντάσσονται στις οργανωμένες υπηρεσίες της κοινότητας. Ας σημειωθεί, ότι η κινητοποίηση της κοινότητας στα προγράμματα αυτά στοχεύει στην ανάλογη κινητοποίηση της οικογένειας να ενταχθεί στον υγιή κοινωνικό ιστό της κοινότητας, προωθώντας τους μηχανισμούς της αυτοφροντίδας.

Στις περιπτώσεις όπου η εμπύχωση και ενδυνάμωση της οικογένειας δεν είναι εφικτή, ή όταν η οικογένεια παλινδρομεί με αυξημένη επικινδυνότητα για το παιδί, η πλέον δόκιμη λύση σήμερα είναι η προστασία του παιδιού σε θεραπευτικό πλαίσιο, για όσο χρόνο χρειάζεται. Παιδιά μικρότερα των 6 ετών φιλοξενούνται σε ανάδοχες οικογένειες. Για κάθε όμως παιδί και τη φυσική του οικογένεια σχεδιάζεται εξατομικευμένη αντιμετώπιση με τρίμηνες προβλέψεις που αξιολογούνται και βάσει αυτών λαμβάνονται αποφάσεις<sup>87</sup>.

Στη σημερινή Ευρώπη παρατηρείται μια νέα στροφή προς τη νοσηλευτική βραχύχρονη προστασία σε μικρές κοινοτικές δομές που λειτουργούν ως θεραπευτικές κοινότητες. Ο χρόνος αυτός της παρέμβασης λειτουργεί καταλυτικά για την έκβαση της πορείας του παιδιού. Πολλά παιδιά γίνονται ικανά να ενταχθούν σε μακρόχρονη αναδοχή, ή να υιοθετηθούν, κυρίως τα μικρότερης ηλικίας. Μετά το στάδιο αυτό, εντάσσονται σε πλαίσια ημι-αυτόνομης διαβίωσης μέσα στην κοινότητα. Ένας πολύ μικρός αριθμός παιδιών αυτής της κατηγορίας επιστρέφει στη φυσική οικογένεια.

Μετά το πέρας της νοσηλείας, ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει ώστε να διασφαλιστούν απολύτως όλες οι προϋποθέσεις για την αποτροπή μιας νέας περιπέτειας. Είναι απαραίτητο το άτομο να επιστρέψει σε ένα ασφαλές και υγιές περιβάλλον. Σε αυτή τη φάση είναι απαραίτητο να συνεργαστεί με ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νομικό σύμβουλο καθώς και με υπηρεσίες πρόνοιας και εθελοντικές ομάδες. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τα κακοποιημένα άτομα ότι λειτουργούν ειδικά κέντρα υποδοχής και φορείς για κακοποιημένα άτομα.

#### 4.7. Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής κατά τη θεραπεία

Ο χειρισμός του προβλήματος από μέρος του νοσηλευτή είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων που έχουν άμεση σχέση με το νοσηλευτή σαν επαγγελματία, αλλά και με την ευρύτερη κοινωνική πραγματικότητα μέσα στην οποία κινείται και εργάζεται. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που επιδρούν, είναι οι εξής:

- ♦ Η επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτή περιορίζεται στην παροχή γενικών γνώσεων χωρίς καμία εξειδίκευση στους διάφορους τομείς πρακτικής εφαρμογής. Η θεσμοθέτηση του επαγγέλματος είναι περιορισμένη και η παρουσία νοσηλευτή είναι εμφανής σε πολύ περιορισμένο αριθμό παραδοσιακών υπηρεσιών και σε οργανισμούς και ιδρύματα κοινωνικού χαρακτήρα. Η ποιοτική προσφορά υπηρεσιών σε όλα τα στάδια της παρέμβασης είναι αλληλένδετη με τις γνώσεις και ικανότητες του κοινωνικού λειτουργού.

- ◆ Έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού σε πρωτογενείς και δευτερογενείς υπηρεσίες. Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε πρωτογενείς υπηρεσίες νοσηλευτικής δημιουργεί μια σειρά προβλημάτων που έχουν σχέση με τη σωστή διάγνωση και εκτίμηση μιας περίπτωσης από νομικής και ψυχοκοινωνικής πλευράς, αλλά και με τις πιο αποτελεσματικές παρεμβατικές ενέργειες για την άμεση προστασία των θυμάτων της κακοποίησης και για την ουσιαστική συνεργασία των οικογενειών τους με τους νοσηλευτές, είτε άλλους ειδικούς σε δευτερογενείς υπηρεσίες.
- ◆ Η Έλλειψη συστήματος αναφοράς. Αν και ο νόμος ορίζει ότι κάθε πολίτης είναι υποχρεωμένος ν' αναφέρει περιπτώσεις κακοποίησης που εμπίπτουν στην προσοχή του στον εισαγγελέα ή στην αστυνομία, το ευρύ κοινό δε γνωρίζει ότι από τον νόμο έχει υποχρέωση να το κάνει, είτε κι αν το γνωρίζει, φοβάται να εμπλακεί στις αστυνομικές και πιθανόν δικαστικές διαδικασίες<sup>88</sup>.

## Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα- προτάσεις

Το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο εμφανίζεται σε όλες τις εποχές και τις κοινωνίες, με τραγικές συνέπειες. Η σωματική κακοποίηση και παραμέληση όλων των μορφών επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης είναι αρνητικές και καταστροφικές για όλα τα παιδιά ανεξάρτητα με την μορφή βίας την οποία υφίστανται. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών από τους ίδιους τους γονείς αποτελεί ένα τραγικό γεγονός, το οποίο σημαδεύει για πάντα τη ζωή ενός παιδιού.

Επίσης είναι πασιφανές ότι οι επιδράσεις της ενδοοικογενειακής βίας απέναντι στην ψυχολογική κατάσταση των παιδιών είναι καταλυτικές τόσο για την συγκεκριμένη φάση την οποία βρίσκονται (ανηλικότητα) όσο και για την μετέπειτα ζωή τους (ενήλικη ζωή). Στη συναισθηματική σφαίρα και στη συμπεριφορά, οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης συνδέονται με κατάθλιψη, χαμηλή εκτίμηση εαυτού, δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, επιθετικότητα και αποκλίνουσα συμπεριφορά, μετέπειτα παραβατικότητα. Επίσης, περιγράφονται σοβαρά μαθησιακά προβλήματα, διαλείπουσα σχολική φοίτηση και εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Η σύνδεση της κακοποίησης και παραμέλησης με τη νεανική παραβατικότητα και με τη συνέχιση του κύκλου θύτης-θύμα, κινητοποίησε σε πολλές χώρες μια σειρά αναδρομικών και προοπτικών ερευνών οι οποίες συμβάλουν σε βελτιώσεις προγραμμάτων τόσο για τις οικογένειες που εμπλέκονται σε κακομεταχείριση των παιδιών τους όσο και στο σωφρονιστικό σύστημα για νέους παραβάτες.<sup>89</sup>

Τα στατιστικά στοιχεία παρουσιάζουν μία γενικότερη αύξηση του φαινομένου τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες. Ενώ δυστυχώς η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης χαρακτηρίζεται ως αδύναμη. Τα υπάρχοντα λιγοστά προγράμματα στερούνται ευελιξίας και φαντασίας, ενώ αφήνουν εκτεθειμένα ένα σημαντικό αριθμό παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο και μεγαλώνουν μέσα σε δυσλειτουργικές, ακινητοποιημένες και ακατάλληλες οικογένειες<sup>90</sup>. Ακόμη σε γενικότερο πλαίσιο η κοινή γνώμη δεν είναι αρκετά ευαισθητοποιημένη σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα, ενώ και η ενημέρωση είναι ελλιπέστατη. Σημαντικό ρόλο στην παγίωση και την γενικότερη διαμόρφωση της βίαιης πραγματικότητας, παίζουν επίσης και τα Μ.Μ.Ε. που προάγουν και νομιμοποιούν την βία, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην συντήρηση του φαινομένου.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι, η στάση της Πολιτείας απέναντι σε αυτό το ευαίσθητο ζήτημα κρίνεται ως αναποτελεσματική, καθώς οι παραπάνω παράγοντες σε συνδυασμό με τον ιδιαίτερα μεγάλο σκοτεινό αριθμό και την μη καταγγελία επιτρέπουν την διαίωνιση του προβλήματος με αποτέλεσμα την δημιουργία νέων βίαιων ατόμων.



Αυτό που κρίνεται αρχικά αναγκαίο, είναι η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος πρόληψης για το πρόβλημα της κακοποίησης, των οποίων οι στόχοι θα σχετίζονται άμεσα με την οργάνωση και δομή των κατάλληλων υπηρεσιών.

Αναλυτικότερα, στην Ελλάδα πρέπει αρχικά να ληφθούν προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών. Αρχικά, θα πρέπει να επιτευχθεί συνεργασία όλων των φορέων για την πρόληψη της κακοποίησης και Παραμέλησης παιδιών. Επιπλέον, αναγκαία είναι η καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης όλων των παιδιών αμέσως μετά την γέννησή τους και έως την ηλικία των 2 ετών και των οικογενειών τους από επισκέπτρια υγείας με σκοπό την εντόπιση οικογενειών σε αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών τους ή άλλου είδους διαταραχές της οικογενειακής ζωής που μπορεί, αν δεν προληφθούν, να οδηγήσουν σε κακοποίηση. Σημαντικός είναι και ο εντοπισμός κυήσεων «αυξημένου κινδύνου» κατά τη διάρκεια της ιατρικής παρακολούθησης και εφαρμογής παρεμβατικών προγραμμάτων. Αυτό όμως που προέχει είναι η ενίσχυση της έρευνας στο χώρο της ελληνικής οικογένειας, ιδιαίτερα στο χώρο της ενδοοικογενειακής βίας, με την ιδιαίτερη έκφραση της προς τα παιδιά<sup>91</sup>.

Από την πλευρά της Πολιτείας, επιβεβλημένη κρίνεται η ενεργοποίηση των νομικών υπηρεσιών σε κάθε πλαίσιο παιδικής προστασίας ή ειδικό πλαίσιο για αντιμετώπιση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και την οικογένεια τους. Η ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος αναφορών κακοποίησης που θα έχει σαν κύριο αποδέκτη την Ειδική Υπηρεσία Προστασίας του Παιδιού θα συμβάλλει σε αυτό. Επιπρόσθετα, σημαντική είναι η θέσπιση επισκέψεων σε ιδρύματα παιδικής προστασίας, όλων που απασχολούνται με υπηρεσίες και προγράμματα για παιδιά, περιλαμβανόμενων και των δικαστών, κατά στην εκπαίδευσή τους.

Στην κατεύθυνση αυτή θα συμβάλει σημαντικά και η εκπαίδευση σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών όλων όσων ασχολούνται με την παιδική προστασία. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει ν' αφορά:

- Την εκπαίδευση των ειδικών, γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών νομικών, δασκάλων, της αστυνομίας, και πρέπει να περιλαμβάνει την ειδική εκπαίδευση στο θέμα της κακοποίησης- παραμέλησης.

Ως προς την εκπαίδευση επιστημόνων στον ειδικό αυτό χώρο προτείνονται τα εξής: α) οργάνωση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Παιδείας, και Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και β) Απαραίτητη προϋπόθεση, για κάλυψη θέσης στο εθνικό σύστημα υπηρεσιών που προτείνεται για την αντιμετώπιση του προβλήματος κακοποίησης των παιδιών (Ε.Σ.Υ., Παιδική Προστασία, Νομικές υπηρεσίες), είναι η συμπλήρωση 48 μετεκπαιδευτικών ωρών σε σεμινάρια για την κακοποίηση των παιδιών<sup>92</sup>.

- Την εκπαίδευση-ενημέρωση του κοινού και την γενικότερη επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών και κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Η ενημέρωση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας της παιδικής ζωής, προληπτικής ιατρικής, κοινωνικής προστασίας είναι εξίσου επιτακτική. Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί η μεγάλη εκπαιδευτική και ενημερωτική ευχέρεια που προσφέρει η τηλεόραση. Η τηλεόραση με την αμεσότητα που την διακρίνει, θα μπορούσε να προσφέρει ουσιαστικά σε αυτούς τους τομείς προβάλλοντας ειδικές εκπομπές. Επίσης ο

τύπος και τα άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μπορούν να προσφέρουν ουσιαστικά στην αντιμετώπιση, αλλά κυρίως εντάξει στην πρόληψη του φαινομένου της κακοποίησης των παιδιών. Δεν είναι λίγες οι φορές που αποκαλυπτικά και ενδιαφέροντα κείμενα σχετικά με το θέμα έχουν δημοσιευθεί στις εφημερίδες και τα περιοδικά<sup>93</sup>.

Επιπλέον, προτείνεται η εξατομίκευση της φροντίδας και των αποφάσεων τοποθέτησης σε ιδρύματα σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες του παιδιού και ανάλογα με τις αποφάσεις για μια μακροπρόθεσμη φροντίδα οικογενειακού τύπου. Είναι απαραίτητο να καταβληθούν προσπάθειες για να εξασφαλισθεί η προσωρινή τοποθέτηση και διαμονή των παιδιών στα ιδρύματα φιλοξενίας, για παράδειγμα εκπόνηση προτύπων και προδιαγραφών για το διάστημα διαμονής μέσα στο ίδρυμα, εξέτασης της τοποθέτησης μέσα στο ίδρυμα, έλεγχος και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων. Στο πλαίσιο αυτό, αναγκαίο είναι να μην αντικατασταθούν τα μεγάλα ιδρύματα από μικρά, έτσι ώστε να διασωθεί η ιδρυματική κουλτούρα και το χαρακτηριστικό της εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Στα μεγάλα ιδρύματα παρέχεται προσέγγιση στα παιδιά ανάλογα με την ηλικία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες τους, ενώ είναι έντονο το στοιχείο της κουλτούρας και της ζεστασιάς. Εξίσου σημαντικό είναι και το ζήτημα της ομαλής αποϊδρυματοποίησης των παιδιών<sup>94</sup>.

Δεδομένου ότι υπάρχει πλέον αρκετή γνώση και εμπειρία στο αντικείμενο αυτό ώστε η οποιαδήποτε χώρα να αρχίσει να αντιμετωπίζει το πρόβλημα και για να κατανοηθεί περισσότερο η παιδική κακοποίηση και για να αντιμετωπιστεί, ικανά συστήματα πληροφόρησης θα πρέπει να ενσωματωθούν στην επιτήρηση των περιπτώσεων. Τα συστήματα επιτήρησης θα πρέπει να συμπληρώνονται από έρευνες που βασίζονται στον πληθυσμό και μετρούν την επικράτηση της παιδικής κακοποίησης, τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης στην παιδική ηλικία και συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου στην ενήλικη ζωή, καθώς επίσης και από μηχανισμούς διερεύνησης όλων των γνωστών και ύποπτων θανάτων παιδιών εξαιτίας κακώσεων.

Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι στην εφαρμογή οποιασδήποτε συνεκτικής στρατηγικής πρόληψης, ενυπάρχουν ορισμένα εμπόδια τα οποία πρέπει να ξεπεραστούν για να μπορέσει ένα τέτοιο πρόγραμμα να εφαρμοστεί με επιτυχία.

Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης. Οι δημόσιοι φορείς που ασχολούνται με κοινωνικά προβλήματα έχουν την τάση να υποστηρίζουν θεραπευτικά προγράμματα, όπου τα αποτελέσματα είναι γρήγορα και εμφανή, αντί για τα προγράμματα πρόληψης των οποίων οι επιδράσεις είναι δύσκολο να μετρηθούν και των οποίων η αξία είναι δύσκολο να αποδειχθεί. Στον έντονο ανταγωνισμό για τους πενιχρούς πόρους, τα προγράμματα πρόληψης έχουν τις λιγότερες πιθανότητες για χρηματοδότηση<sup>95</sup>.

Από την άλλη πλευρά, οι ιδιαιτερότητες των πολιτισμικών συνθηκών και των εθνοτήτων, λειτουργούν συχνά ως φραγμοί στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να αναπτύσσονται σε τοπικό επίπεδο και να είναι προσαρμοσμένα στις τοπικές ανάγκες, τις τοπικές αξίες και τα τοπικά πρότυπα. Αν δεν ληφθούν υπόψη τα ζητήματα των πολιτισμικών συνθηκών της εθνότητας, καθώς και άλλα ζητήματα στο

επίπεδο της κοινότητας, η πρόοδος προς την πρόληψη της κακοποίησης θα είναι αργή<sup>96</sup>.

Ορισμένοι βέβαια επικριτές αμφισβητούν κατά πόσον είναι νόμιμο και θεμιτό, να χαρακτηριστούν ορισμένα άτομα ή ομάδες ως ευρισκόμενα σε κίνδυνο και επομένως να χρειάζονται προληπτικές υπηρεσίες. Άλλοι αμφισβητούν κατά πόσο είναι δυνατόν να εντοπιστούν σωστά αυτοί που βρίσκονται σε κίνδυνο. Ακόμα και αν εντοπιστούν με επιτυχία αυτοί, θα είναι ιδιαιτέρως δύσκολο να προσελκυσθούν τα άτομα αυτά στις υπηρεσίες που έχουν ανάγκη. Η πρόκληση είναι να σχεδιάσει κανείς ελκυστικά και χρήσιμα προγράμματα και να κάνει τις οικογένειες να συνειδητοποιήσουν ότι είναι στην διάθεση τους. "Να δείξει κανείς την αξία των προγραμμάτων πρόληψης στους πιθανούς αποδέκτες, να κινητοποιήσει τις οικογένειες να συμμετέχουν. Να υπερνικήσει την έλλειψη εμπιστοσύνης σε αυτό που προσφέρεται και σε αυτούς που το προσφέρουν. Να εξασφαλίσει την εύκολη πρόσβαση στα προγράμματα και να μπορεί να εντοπίσει και να πλησιάσει τις απομονωμένες οικογένειες. Αυτές είναι οι προκλήσεις, στις οποίες θα πρέπει ν' ανταποκρίνονται τα ικανοποιητικά προγράμματα πρόληψης<sup>94</sup>.

Τα συστήματα υπηρεσιών έχουν την τάση να είναι μονοδιάστατα, εστιάζοντας σε μεμονωμένα προβλήματα, με αρκετά τυποποιημένο τρόπο. Οι οργανισμοί πρέπει ν' αλλάζουν τις αντιλήψεις τους για τη λειτουργία και το ρόλο τους στην πρόληψη της κακοποίησης. Πρέπει να βρουν επαγγελματίες, ειδικά εκπαιδευμένους, να δουλεύουν με οικογένειες που έχουν πολλαπλά προβλήματα. Αναντίλεκτο, τέλος, θεωρείται το γεγονός ότι η επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης, προϋποθέτει συνεργασία και συντονισμό μεταξύ φορέων, όπως τα νοσοκομεία και τα σχολεία που, στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει.

Αναφορικά με τη θεσμοθέτηση υπηρεσιών, για σχεδιασμό νέων προγραμμάτων ή και την ενίσχυση ήδη υπαρχόντων, που αφορούν στην Πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, αλλά και υπηρεσιών που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπιση, προτείνονται τα εξής:

- Εκτεταμένη δημιουργία τμημάτων «σχολών γονέων» και γενικά υπηρεσιών πρόληψης.
- Ημερήσιο κέντρο φροντίδας και υποστήριξης της οικογένειας.
- Συμβουλευτική υπηρεσία στα σχολεία με αρμόδιο κοινωνικό λειτουργό.
- Συμβουλευτικές και θεραπευτικές ομάδες, στα πλαίσια υπηρεσιών για παιδιά και για οικογένειες.
- Ανάπτυξη του θεσμού «βοηθών μητέρας» σε κοινοτικό επίπεδο, που στην χώρα μας εφαρμόζει το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ενώ εφαρμόζεται εκτεταμένα στις Η.Π.Α και στον Καναδά με μεγάλη επιτυχία. Οι βοηθοί μητέρας είναι πάντα έτοιμοι να πιουν καφέ στην κουζίνα, να ακούσουν υπομονετικά όλα τα προβλήματα και τις δυσκολίες, χωρίς να ασκούν κριτική ή να «σερβίρουν» άμεσες συνταγές-λύσεις.
- Ερευνητικές Ομάδες.

Αναγκαία κρίνεται και η δημιουργία μονάδων Κρίσης για την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης. Είναι κοινό μυστικό ότι οι γονείς κακοποιούν τα παιδιά τους σε περιόδους κρίσης. Συνήθως μια σειρά από διαφορετικούς παράγοντες επηρεάζουν

το ευαίσθητο κλίμα στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να ανατραπεί η ισορροπία και να ξεσπάσει η βία. Οι γονείς εναποθέτουν όλο τους το θυμό, την απογοήτευση, την αγανάκτηση στο πλέον ευάλωτο μέλος της οικογένειας, που είναι το παιδί. Ωστόσο, ένας από τους σκοπούς της θεραπευτικής παρέμβασης είναι να βοηθηθούν, τόσο οι γονείς, όσο και τα παιδιά. Αναμφισβήτητα, μια μονάδα Κρίσης, είναι ένας χώρος ασφάλειας για το παιδί και από τις σημαντικότερες πηγές στην κοινότητα που μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών αυτών<sup>97</sup>. Μια μονάδα Κρίσης πρέπει να λειτουργεί σε 24ώρη βάση γιατί οι οικογενειακές κρίσεις δεν ακολουθούν εργασιακά ωράρια, ούτε αναστέλλονται τα Σαββατοκύριακα. Αντίθετα, συνήθως το «ποτήρι ξεχειλίζει», όταν όλη η οικογένεια βρίσκεται μαζί, τις βραδινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα. Οι Μονάδες Κρίσης θα μπορούσαν, ανάλογα με τις προδιαγραφές τους να φροντίσουν παιδιά α) κακοποιημένα σωματικά ή σεξουαλικά ή β) παραμελημένα σοβαρά γ) παιδιά με σύνδρομο ψυχοκοινωνικού νανισμού δ) παιδιά με δυστροφία ε) παιδιά σε «κίνδυνο» από χασοτικές ή άλλες με ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Οι διαδικασίες εισαγωγής ενός παιδιού πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο εύκολες, ώστε να λειτουργεί πραγματικά ως Μονάδα Κρίσης. Το μοναδικό γραπτό δικαιολογητικό που θα χρειάζεται από τους γονείς είναι αυτό, που θα επιτρέπει στη Μονάδα να ενεργήσει, σε περίπτωση που το παιδί θα παρουσιάσει οξύ ιατρικό πρόβλημα<sup>98</sup>. Η διεπιστημονική οργάνωση και εποπτεία της Μονάδας θα πρέπει να περιλαμβάνει διαγνωστική, θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά και τις οικογένειές τους, νομική και «προνοιακή» αποκατάσταση, όσων παιδιών δεν υπήρχαν οι προϋποθέσεις να επιστρέψουν στις φυσικές τους οικογένειες, ευαισθητοποίηση και επιστημονική εποπτεία του προσωπικού. Το καθημερινό της πρόγραμμα θα πρέπει να θυμίζει «ρουτίνα» οικογένειας και όχι ιδρύματος. Η ριζική αλλαγή, που επιτακτικά χρειάζεται στην αναχρονιστική και «απροστάτευτη» παιδική προστασία, θα προσφέρει ένα καταλληλότερο πλαίσιο αποκατάστασης, όχι μόνο για κακοποιημένα παιδιά, αλλά για κάθε παιδί που γεννιέται και μεγαλώνει σε δυσλειτουργική οικογένεια ή που χρειάζεται να φύγει ή μοιραία καταλήγει να ζήσει μακριά από τη φυσική του οικογένεια.

Επιπρόσθετοι προστατευτικοί παράγοντες είναι η ανάπτυξη σταθερής, υποστηρικτικής σχέσης με συνομήλικους και ενήλικες που δεν έχουν σχέση με κακοποίηση και η συναλλαγή με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Συγχρόνως, η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης, μέσω της εντόπισης των νέων γονέων που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου και προδιάθεση για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους και η έγκαιρη στήριξή τους, θα συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της συνέχισης του φαινομένου στην επόμενη γενεά.

Συμπερασματικά, κάθε χώρα πρέπει να αναπτύξει το δικό της πλαίσιο με γνώμονα τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και την οικονομική και κοινωνική δομή της. Βασική προϋπόθεση είναι η επένδυση στην πρόληψη και στην πρόοδο του κράτους, κύριος άξονας της οποίας είναι τα πιο ευάλωτα μέλη της, τα παιδιά και οι νέοι.

Το ίδιο ισχύει και για κάθε περιφέρεια, νομό και δήμο στην Ελλάδα, οι οποίοι καλούνται είτε να παραλάβουν «κουρασμένες» από το χρόνο και την τυποποίηση δομές και να τις μετεξελιξουν, ή να αναπτύξουν καινούργια σχήματα για την οικογένεια σε ψυχοκοινωνική κρίση. Πρόκειται για μια πρόκληση κοινωνικής πολιτικής για την οποία πρέπει να συστρατευθούν οι πολιτικές, επιστημονικές και

επαγγελματικές δυνάμεις, που σε συνδυασμό με κινήματα πολιτών, θα επιλέξουν το καταλληλότερο σχήμα για την τοπική κοινωνία και τις ανάγκες της.

Τα παιδιά αποτελούν τους αυριανούς πολίτες, την αυριανή ελπίδα στις κοινωνίες μας. Αν πληγωθούν, αλλοιωθεί ο χαρακτήρας τους και η προσωπικότητά τους, θα υπάρξει αρνητική αντανάκλαση στο ευρύ κοινωνικό σύνολο με δυσάρεστες συνέπειες. Οι φορείς της πολιτεία, οι κοινωνικές υπηρεσίες αλλά και καθένας ξεχωριστά είναι υπεύθυνος να αποτρέψει την κακοποίηση των παιδιών ευαισθητοποιώντας την ανθρώπινη φύση για ένα καλύτερο αύριο, για ένα καλύτερο κόσμο γεμάτο χαρά, υγεία και ευτυχία. «Το παιδί είναι ο πατέρας του ανθρώπου», σύμφωνα με τον Άγγλο ποιητή N. Norstworth.

## Νοσηλευτική διεργασία

### Πρόλογος

Πριν από κάθε νοσηλευτική διεργασία, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, χρειάζονται ιδιαίτερη προετοιμασία και προσέγγιση. Με την κατάλληλη προετοιμασία, ο φόβος και η δυσχέρεια ελαχιστοποιούνται και το παιδί βοηθείται να ανταπεξέλθει σε μια τραυματική εμπειρία.

Η γενική ιδιοσυγκρασία του παιδιού και τα συμπεριφορικά σχήματα θα πρέπει να εκτιμηθούν καθώς και η γενική κατάστασή του και ο βαθμός παλινδρόμησης που αυτό έχει βιώσει ως αποτέλεσμα της κατάστασής του. Όλα αυτά τα σημεία λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τρόπο που ταιριάζει καλύτερα στο παιδί.

Χρήσιμο εργαλείο κλινικής εξέτασης παιδιών και ενηλίκων είναι η κλίμακα Γλασκόβης.

Η κλίμακα Γλασκόβης έχει ως εξής:

#### B) Κλίμακα Γλασκόβης σε παιδιά:

I)Ανοιγμα ματιών: αυθόρμητα (4),  
στους ήχους (3),  
στον πόνο (2),  
αδύνατο (1).

II)Προφορική απάντηση: κατάλληλες για την ηλικία (5),  
κραυγές (4),  
ευερεθιστότητα (3),  
ανησυχία λήθαργος (2),  
καμία (1).

III)Κινητική αντίδραση: κατάλληλη για την ηλικία (6),  
εντοπίζει τον πόνο (5),  
κάμψη στον πόνο (4),  
σπαστική κάμψη (3),  
έκταση (2),  
καμία (1).

Ελάχιστη βαθμολογία: 3, μέγιστη: 15, κώμα σε σκορ <8 και εγκεφαλικός θάνατος σε σκορ 3. Υποστήριξη (ΜΕΘ) χρειάζεται σε σκορ 7 – 9.

## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

### ΠΛΗΡΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ (Βαθμολογία στην κλίμακα Γλασκώβης = 15)

Ο ασθενής γνωρίζει τι συμβαίνει στον ίδιο και το περιβάλλον και έχει την ικανότητα να είναι ξύπνιος, να αντιλαμβάνεται εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα και να αντιδρά ανάλογα σε αισθητικό και κινητικό επίπεδο

### ΛΗΘΑΡΓΙΚΟΣ (Βαθμολογία κλίμακας Γλασκώβης = 8 – 14)

Ο ασθενής δεν είναι δραστήριος και παρουσιάζει αργές αντιδράσεις ή άσκοπες σε ερεθίσματα ή μπορεί να μην ανταποκριθεί λεκτικά.

### ΚΩΜΑ (Βαθμολογία κλίμακας Γλασκώβης = 3-8)

Ο ασθενής έχει πλήρη έλλειψη επίγνωσης της κατάστασής του και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται. Αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα μπορεί να μην υπάρχει καθόλου

[www.lib.teiher.gr](http://www.lib.teiher.gr)<sup>99</sup>

## 1. Περιστατικό εγκαύματος

Το αγόρι Π.Κ., ηλικίας 4 ετών προσήλθε στα επείγοντα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στο Ρίο με τους γονείς του, με έγκαυμα από νερό κοντά στα γεννητικά όργανα. Το παιδί ήταν φανερά ανήσυχο και φοβισμένο. Προσφέρθηκαν οι α΄ βοήθειες, χορηγήθηκαν παυσίπονα, έγινε πλύση της εγκαυματικής περιοχής και χειρουργικός καθαρισμός.

Με την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι στον κορμό του αγοριού υπήρχαν παλαιότερα καψίματα, που έμοιαζαν με κάψιμο από τσιγάρο. Όταν η μητέρα ρωτήθηκε από το γιατρό για τις συνθήκες και τον τρόπο που προκλήθηκε το έγκαυμα, η μητέρα του παιδιού δεν απαντούσε. Από την άλλη ο πατριός πολύ οξύθυμος και φανερά εκνευρισμένος θεωρούσε ότι το παιδί δεν είχε κάτι σημαντικό και ότι ο γιατρός υπερβάλλει. Έλεγε συνέχεια ότι είναι πολύ ζωηρό, δεν υπακούει και συγκεκριμένα έλεγε «κάπου κάπου η τιμωρία δε βλάπτει». Ο γιατρός υποπτεύθηκε ότι κάτι συμβαίνει και κυρίως λόγω του σημείου που ήταν το έγκαυμα και κάλεσε την Κοινωνική Υπηρεσία και Ψυχολόγο του Νοσοκομείου, γιατί πίστευε ότι το παιδί είχε πέσει θύμα πιθανής κακοποίησης.



<b>Αξιολόγηση αρρώστου Ανάγκες και προβλήματα</b>	<b>Αντικειμενικός σκοπός</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση του αποτελέσματος</b>
Πόνος εγκαυματικής περιοχής	Αντιμετώπιση πόνου	Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε Sir Depon 5 cc	Ο πόνος μειώθηκε
Πυρετός 38 <sup>0</sup> C λόγω μόλυνσης του τραύματος	Μείωση πυρετού	Χορήγηση αντιπυρετικού με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε Sir Depon 5 cc	Ο πυρετός υποχώρησε
Επιμόλυνση εγκαυματικού τραύματος	Αντιμετώπιση της μόλυνσης	Χορήγηση αντιβίωσης με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε αντιβίωση Sir Zinadol 5 cc x 2	Συνεχής παρακολούθηση τραύματος
Επίπονη ούρηση	Αντιμετώπιση πόνου κατά τη διάρκεια της ούρησης και διευκόλυνσή της	- Χορήγηση αντιπυρετικού με ιατρική οδηγία - Τοποθέτηση ουροκαθετήρα (foley)	- Χορήγηση Sir Depon 5 cc - Τοποθέτηση ουροκαθετήρα με άσηπτη τεχνική	Διευκόλυνση ούρησης και συνεχής παρακολούθηση
Αλλαγή τραύματος	Αποφυγή μόλυνσης και επούλωση τραύματος	Επάλειψη περιοχής με σουφλαδιαζίνη	Αλλαγή κάθε 12 ώρες	Καλή πορεία τραύματος
Φόβος, αγωνία, ανησυχία	Αντιμετώπιση φόβου	- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος - Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης - Ενημέρωση κοινωνικής υπηρεσίας και ψυχολόγου του νοσοκομείου	- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε θάλαμο με τηλεόραση - Δόθηκαν παιχνίδια και ζωγραφιές - Η προσέγγισή του γίνεται πολύ προσεκτικά ώστε να μη βλέπει το προσωπικό με φόβο - Ενθάρρυνση να μιλήσει και να παίξει με το νοσηλευτικό προσωπικό - Έχει ήδη ειδοποιηθεί η Κοινωνική Υπηρεσία και ο Ψυχολόγος του Νοσοκομείου	- Ο ασθενής είναι πιο δεκτικός στην επίσκεψη του νοσηλευτικού προσωπικού - Δέχεται να παίξει με το προσωπικό - Έχει ήδη μιλήσει με παιδοψυχολόγο

<p>Ψυχολογική υποστήριξη Οικογενειακού περιβάλλοντος</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>Πληροφόρηση γονέων για εκπαιδευτικά προγράμματα</p>	<p>-Παρακίνηση γονέων για εκπαίδευση          - Πηγές βοήθειας για τους γονείς:          1. 24ωρη Τηλεφωνική Επικοινωνία          2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών          3. Υπηρεσίες Επισκέπτη Υγείας          4. Θεραπεία από Μη Ειδικούς          5. Κοινωνική Εργασία          6. Ατομική Ψυχοθεραπεία          7. Θεραπεία συζύγων          8. Ομαδική Ψυχοθεραπεία          9. Ανώνυμοι γονείς          10. Οικιακοί Βοηθοί.</p>	<p>Συνεχής επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον</p>
--	------------------------------	--	---	--

## 2. Περιστατικό Κατάγματος (αριστερής κερκίδας)

Το κορίτσι Α.Τ. ηλικίας 10 ετών προσήλθε στις 19 Μαρτίου 2012 στα επείγοντα του Καραμανδανείου Νοσοκομείου Παιδών στην Πάτρα με συνοδεία των γονέων της. Το παιδί είχε έντονο πόνο και οίδημα στην ωμοπλάτη. Έκλαιγε ασταμάτητα, ήταν ανήσυχο και φοβισμένο και απόμακρο από τους γονείς. Σύμφωνα με τους ισχυρισμούς των γονιών του, το παιδί παραπάτησε, ενώ έπαιζε, στις σκάλες του σπιτιού και έπεσε.

Έγινε ακτινολογικός και αιματολογικός έλεγχος και η διάγνωση του γιατρού ήταν κάταγμα αριστερής κερκίδας και τοποθετήθηκε γύψος στο χέρι του παιδιού.

Κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης παρατηρήθηκαν από τον γιατρό ίχνη παλαιότερων τραυμάτων (παλαιά κατάγματα, μώλωπες κ.ά.). Όταν ο γιατρός ρώτησε τους γονείς για το ιστορικό των παλαιών τραυμάτων, η συμπεριφορά τους άλλαξε, ήθελαν να πάρουν το παιδί και να φύγουν, έγιναν επιθετικοί με το προσωπικό και όταν ηρέμησαν και άρχισαν να συζητούν ήρεμα πλέον με το προσωπικό, έπεσαν σε αντιφάσεις με τους αρχικούς ισχυρισμούς για τον τρόπο και τον τόπο του ατυχήματος. Ο γιατρός κάλεσε την Κοινωνική Υπηρεσία και τον Ψυχολόγο του Νοσοκομείου, γιατί θεώρησαν ότι το παιδί ήταν θύμα πιθανής κακοποίησης.

Αξιολόγηση αρρώστου Ανάγκες και προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Πόνος άνω (αρ) άκρου	Αντιμετώπιση πόνου	Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε Sir Depon 10 cc	Ο πόνος υποχώρησε
Πυρετός 39 <sup>0</sup> C λόγω κατάγματος	Αντιμετώπιση πυρετού	- Χορήγηση αντιπυρετικού με ιατρική οδηγία - Τοποθέτηση κρύων κομπρέσων - Χλιαρά λουτρά	Χορηγήθηκε Sir Ponstan 10 cc	Ο πυρετός υποχώρησε
Οίδημα άνω άκρου	Να μειωθεί το οίδημα	- Να τοποθετηθεί το χέρι σε ανάρροπη θέση - να ελέγχεται η κινητικότητα των δακτύλων και το χρώμα	- Το άκρο με το γύψο να τοποθετηθεί πάνω σε 2 μαξιλάρια και παρακίνηση ασθενή να κινεί τα δάκτυλα - Έλεγχος θερμοκρασίας στα δάχτυλα και έλεγχος χρώματος στα νύχια κατά την πίεση	- Το άκρο έχει καλή κινητικότητα - ο ασθενής δεν αναφέρει ν τον πιέζει ο γύψος - Χρώμα και θερμοκρασία δακτύλων φυσιολογικά
Άρνηση τροφής Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών	Να υπάρχει θερμιδική και υδατική κάλυψη	- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής - Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (IV) - Εμπλουτισμός με θερμιδικό διάλυμα	- Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα έναρξη ορού 1+4 500 ml με ρυθμό 60 μικροσταγόνες/λεπτό - Εμπλουτισμό με 1 amp D/W 35% - ο ορός να πέσει σε 8 h Ενθάρρυνση να λάβει το φαγητό της αρεσκείας του	- Ο ασθενής δέχεται να φάει μερικές μπουκιές από το φαγητό
Κίνδυνος μόλυνσης του σημείου φλεβοκέντησης	Αποφυγή μόλυνσης του σημείου φλεβοκέντησης	Συχνός έλεγχος φλέβας για συμπτώματα όπως οίδημα,	Αλλαγή φλεβοκαθετήρα ανά 72h	Συνεχή παρακολούθηση

		πόνος και ερυθρότητα περιοχής		
Φόβος, αγωνία, ανησυχία	Αντιμετώπιση φόβου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> <li>- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης</li> <li>- Ενημέρωση κοινωνικής υπηρεσίας και ψυχολόγου του νοσοκομείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε θάλαμο με τηλεόραση</li> <li>- Δόθηκαν παιχνίδια και επιτραπέζια</li> <li>- Η προσέγγισή του γίνεται πολύ προσεκτικά ώστε να μη βλέπει το προσωπικό με φόβο</li> <li>- Ενθάρρυνση να μιλήσει και να παίξει με το νοσηλευτικό προσωπικό</li> <li>- Έχει ήδη ειδοποιηθεί η Κ.Υ. και ο Ψυχολόγος του Νοσοκομείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής είναι πιο δεκτικός στην επίσκεψη του νοσηλευτικού προσωπικού</li> <li>- Δέχεται να παίξει με το προσωπικό</li> <li>- Έχει ήδη μιλήσει με παιδοψυχολόγο</li> </ul>
Ψυχολογική υποστήριξη Οικογενειακού περιβάλλοντος	Ψυχολογική υποστήριξη	Πληροφόρηση γονέων για εκπαιδευτικά προγράμματα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Πηγές βοήθειας για τους γονείς:</li> <li>1. 24ωρη Τηλεφωνική Επικοινωνία</li> <li>2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών</li> <li>3. Υπηρεσίες Επισκέπτη Υγείας</li> <li>4. Θεραπεία από Μη Ειδικούς</li> <li>5. Κοινωνική Εργασία</li> <li>6. Ατομική Ψυχοθεραπεία</li> </ul>	Συνεχής επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον

			7. Θεραπεία συζύγων 8. Ομαδική Ψυχοθεραπεία 9. Ανώνυμοι γονείς 10. Οικιακοί Βοηθοί.	
--	--	--	--	--

### 3. Περιστατικό Κρανιοεγκεφαλικής Κάκωσης (ΚΕΚ) και Θλαστικό

Μητέρα σε κατάσταση shock προσήλθε στις 14 Αυγούστου 2012 στα επείγοντα του Καραμανδανίου Νοσοκομείου Παιδών Πατρών με τον 8χρονο γιο της Π.Π. να αιμορραγεί στο τριχωτό της κεφαλής. Η μητέρα κρατούσε το κεφάλι του παιδιού με μία πετσέτα ματωμένη και το παιδί ήταν φανερά ζαλισμένο. Η μητέρα οξύθυμη και τρομαγμένη για την υγεία του παιδιού της φώναζε στο προσωπικό και έβριζε το σύζυγό της και έλεγε «αυτός θα μου σκοτώσει το παιδί μου». Το παιδί υποβλήθηκε σε εξετάσεις, ακτινολογικό και αιματολογικό έλεγχο. Στη συνέχεια έγινε χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και συρραφή ραμμάτων. Τέλος έγινε χρήση σπρέι pulno στην περιοχή του τραύματος.

Όταν η μητέρα ηρέμησε, είπε στο γιατρό πως ο σύζυγός της τσακώθηκε με το γιο τους και του πέταξε ένα γυάλινο βάζο στο κεφάλι. Το προσωπικό κάλεσε την Κοινωνική Υπηρεσία και τον Ψυχολόγο του Νοσοκομείου γιατί το αγοράκι είχε πέσει θύμα πιθανής κακοποίησης.

Αξιολόγηση αρρώστου Ανάγκες και προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Θλαστικό τριχωτού κεφαλής από γυάλινο βάζο	Συρραφή ραμμάτων	- Αφαίρεση γυαλιών - Κούρεμα τριχωτού κεφαλής - καθαρισμός σημείου	- καθαρισμός τραύματος με Betadine, οξυζενέ - Συρραφή ραμμάτων	- Έγιναν 5 ράμματα - Συνεχής παρακολούθηση
Ζάλη	Αντιμετώπιση ζάλης	Λήψη ζωτικών σημείων κάθε μία ώρα	Θερμοκρασία: 36,6 <sup>0</sup> C Αρτηριακή Πίεση: 110/ 60 mmHg Σφύξεις: 100 ανά λεπτό	Τα ζωτικά σημεία παραμένουν σταθερά
Εμετικά επεισόδια (2)	Αντιμετώπιση εμετικών επεισοδίων	- Χορήγηση αντιεμετικών με ιατρική οδηγία - Διατροφή stop - Παρακολούθηση - Έναρξη δίαιτας με υγρά, νερό και χαμομήλι	- Χορηγήθηκε 1 amp primperan (IV) - Εφαρμογή διαιτολογίου	Δεν υπήρξε νέο εμετικό επεισόδιο
Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης	Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης	Απόκριση σε απλές ερωτήσεις	Ερωτήσεις: - Πως σε λένε; - Που βρίσκεσαι; - Τι ημέρα και ημερομηνία έχουμε σήμερα;	Αποκρίθηκε επιτυχώς
Εκτίμηση πόνου (ερεθίσματα)	Εκτίμηση της κλίμακας πόνου	Απόκριση σε επώδυνα ερεθίσματα	Εξέταση: αν κουνάει χέρια και πόδια Αν κινεί το κεφάλι δεξιά, αριστερά	Αποκρίθηκε επιτυχώς
Κροταφικό οίδημα	Αντιμετώπιση οιδήματος	Τοποθέτηση πάγου	Εφαρμογή πάγου	Το οίδημα άρχισε να υποχωρεί



Υπνηλία	Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης	Οδηγίες στον κηδεμόνα ή γονέα να ξυπνά το παιδί κάθε 1-2 ώρες	Τήρηση οδηγιών	Καλή ανταπόκριση
Φόβος, αγωνία, ανησυχία	Αντιμετώπιση φόβου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> <li>- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης</li> <li>- Ενημέρωση κοινωνικής υπηρεσίας και ψυχολόγου του νοσοκομείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε θάλαμο με τηλεόραση</li> <li>- Δόθηκαν παιχνίδια και επιτραπέζια</li> <li>- Η προσέγγισή του γίνεται πολύ προσεκτικά ώστε να μη βλέπει το προσωπικό με φόβο</li> <li>- Ενθάρρυνση να μιλήσει και να παίξει με το νοσηλευτικό προσωπικό</li> <li>- Έχει ήδη ειδοποιηθεί η Κ.Υ. και ο Ψυχολόγος του Νοσοκομείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής είναι πιο δεκτικός στην επίσκεψη του νοσηλευτικού προσωπικού</li> <li>- Δέχεται να παίξει με το προσωπικό</li> <li>- Έχει ήδη μιλήσει με παιδοψυχολόγο</li> </ul>
Ψυχολογική υποστήριξη Οικογενειακού περιβάλλοντος	Ψυχολογική υποστήριξη	Πληροφόρηση γονέων για εκπαιδευτικά προγράμματα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακίνηση γονέων για εκπαίδευση</li> <li>- Πηγές βοήθειας για τους γονείς: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 24ωρη Τηλεφωνική Επικοινωνία</li> <li>2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών</li> <li>3. Υπηρεσίες Επισκέπτη Υγείας</li> <li>4. Θεραπεία από Μη</li> </ol> </li> </ul>	Συνεχής επικοινωνία με οικογενειακό περιβάλλον

			Ειδικούς 5. Κοινωνική Εργασία 6. Ατομική Ψυχοθεραπεία 7. Θεραπεία συζύγων 8. Ομαδική Ψυχοθεραπεία 9. Ανώνυμοι γονείς 10. Οικιακοί Βοηθοί.	
--	--	--	---	--

#### 4. Περιστατικό Κρανιοεγκεφαλικής Κάκωσης (ΚΕΚ)

Νεαρό ζευγάρι προσήλθε στις 3 Απριλίου 2012 στα επείγοντα του Καραμανδανίου Νοσοκομείου Παιδών Πατρών, με το κοριτσάκι Ν.Φ. 2 ετών στην αγκαλιά και ζητούσαν βοήθεια αναστατωμένοι. Ισχυρίστηκαν πως το παιδί έκλαιγε, ήταν ανήσυχο και με μία απότομη κίνησή του, αιφνιδίασε τη μητέρα και έπεσε από την αγκαλιά της. Το παιδί υποβλήθηκε σε εξετάσεις από το γιατρό. Αργότερα η μητέρα έβαλε τα κλάματα και αναστατωμένη παραδέχτηκε στο προσωπικό ότι ήταν και αυτή και ο σύζυγός της κάτω από την επήρεια ναρκωτικών ουσιών και δεν καταλάβαινε τι έκανε. Δεν άντεχε να ακούει το κλάμα του παιδιού και το πέταξε από την αγκαλιά της για να σταματήσει. Τότε ειδοποιήθηκε η Κοινωνική Υπηρεσία και ο Ψυχολόγος του Νοσοκομείου γιατί το παιδί ήταν θύμα πιθανής κακοποίησης.

<b>Αξιολόγηση αρρώστου Ανάγκες και προβλήματα</b>	<b>Αντικειμενικός σκοπός</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση του αποτελέσματος</b>
Κλάμα (ένδειξη πόνου)	Αντιμετώπιση πόνου	Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε Sir Depon 5 cc	Ο πόνος υποχώρησε
Εμετικά επεισόδια	Αντιμετώπιση εμετικών επεισοδίων	- Χορήγηση αντιεμετικών με ιατρική οδηγία - Stop διατροφή - Παρακολούθηση - Έναρξη δίαιτας με υγρά	- Χορηγήθηκε 1 amp primperan (IV) - εφαρμογή διαιτολογίου	- Δεν υπήρξε νέο εμετικό επεισόδιο
Εκτίμηση νευρολογική (αντανακλαστικά)	Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης	- Εκτίμηση του βαθμού εγρήγορης του ασθενή με βάση την κλίμακα Γλασκόβης (βλ. σελ. 78) - Εξέταση κόρης οφθαλμών - Αδρός έλεγχος κινητικότητας άκρων	- Αυθόρμητο άνοιγμα οφθαλμών - Ομιλία συσχετική (κλάμα) - Κινητική αντίδραση (αυθόρμητες κινήσεις)	Ο ασθενής αντέδρασε φυσιολογικά
Κροταφικό οίδημα	Αντιμετώπιση οιδήματος	Τοποθέτηση πάγου	Εφαρμογή πάγου	Το οίδημα άρχισε να υποχωρεί
Υπνηλία	Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης	Οδηγίες στον κηδεμόνα ή γονέα να ξυπνά το παιδί κάθε 1-2 ώρες	Τήρηση οδηγιών	Καλή ανταπόκριση
Φόβος, αγωνία, ανησυχία	Αντιμετώπιση φόβου	- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος - Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης - Ενημέρωση κοινωνικής υπηρεσίας και ψυχολόγου	- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε θάλαμο με τηλεόραση - Δόθηκαν παιχνίδια - Η προσέγγισή του γίνεται πολύ προσεκτικά ώστε να μη βλέπει το προσωπικό	- Ο ασθενής είναι πιο δεκτικός στην επίσκεψη του νοσηλευτικού προσωπικού - Δέχεται να παίζει με το προσωπικό

		του νοσοκομείου	με φόβο - Ενθάρρυνση να μιλήσει και να παίξει με το νοσηλευτικό προσωπικό - Έχει ήδη ειδοποιηθεί η Κ.Υ. και ο Ψυχολόγος του Νοσοκομείου	- Έχει ήδη μιλήσει με παιδοψυχολόγο
Ψυχολογική υποστήριξη Οικογενειακού περιβάλλοντος	Ψυχολογική υποστήριξη	Πληροφόρηση γονέων για εκπαιδευτικά προγράμματα και κέντρα απεξάρτησης	- Παρακίνηση γονέων για εκπαίδευση και αποτοξίνωση - Υπόδειξη σε γονείς για μεταφορά του παιδιού σε κέντρο για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, όπως: Το Χαμόγελο του Παιδιού, ο Ξεώνας SOS – ΕΛΙΖΑ και το Κέντρο βρεφών «Μητέρα» - Πηγές βοήθειας για τους γονείς: 1. 24ωρη Τηλεφωνική Επικοινωνία 2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών 3. Υπηρεσίες Επισκέπτη Υγείας 4. Θεραπεία από Μη Ειδικούς 5. Κοινωνική Εργασία	Συνεχής επικοινωνία και παρακολούθηση με οικογενειακό περιβάλλον

			6. Ατομική Ψυχοθεραπεία 7. Θεραπεία συζύγων 8. Ομαδική Ψυχοθεραπεία 9. Ανώνυμοι γονείς 10. Οικιακοί Βοηθοί.	
--	--	--	---	--

## Παράρτημα Ι

Σημαντικό εργαλείο για την πρόβλεψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, αποτελεί η Κλίμακα Αγάθωνος, η οποία μπορεί να βοηθήσει στη λήψη του ιστορικού και στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, συμβάλλοντας στην ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση και πρόβλεψη της επικινδυνότητας και ανάγκης της οικογένειας για πρόσθετη βοήθεια.

### Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ<sup>79</sup>

#### **Βαθμολογία Χαρακτηριστικά υψηλής προβλεπτικής ικανότητας**

- 3 Κακή κατάσταση υγιεινής του παιδιού κατά την παραπομπή
- 3 Γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας
- 3 Κακές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς
- 3 Γονείς με αντίξοες εμπειρίες ζωής<sup>1</sup>
- 3 Μητέρα με εμπειρίες αυστηρής πειθαρχίας από τους γονείς της

#### **Βαθμολογία Χαρακτηριστικά μέτριας προβλεπτικής ικανότητας**

- 2 Γεγονότα ζωής για τους γονείς, τον τελευταίο χρόνο
- 2 Παιδί δεν ζει με τους 2 φυσικούς γονείς
- 2 Μητέρα που δεν εμπιστεύεται κανέναν σε περιόδους κρίσης
- 2 Πατέρας άνεργος ή με περιστασιακή εργασία
- 2 Μητέρα 21 ετών κατά τη γέννηση του παιδιού

#### **Βαθμολογία Χαρακτηριστικά χαμηλής προβλεπτικής ικανότητας**

- 1 Ψυχοκινητική καθυστέρηση του παιδιού
- 1 Παιδί με "άλλες ασθένειες" πριν την παραπομπή<sup>2</sup>
- 1 Παιδί που δεν θήλασε
- 1 Γονείς που απαιτούν άμεση υπακοή από το παιδί
- 1 Απουσία γονέα πριν την παραπομπή

#### **Οδηγίες χρήσης της Κλίμακας**

- ◆ **Διάβασε** το αντίστοιχο κεφάλαιο στον Οδηγό (Σελ. 23-24).
- ◆ **Πρόσεξε:** Η Κλίμακα δεν αντικαθιστά την κλινική διαγνωστική εκτίμηση.
- ◆ **Χρησιμοποίησε** την κλίμακα ως οδηγό για τη συνέντευξη και για την εκτίμηση της επικινδυνότητας της οικογένειας.
- ◆ Σημείωσε στην Κλίμακα κάθε χαρακτηριστικό που ταιριάζει με την οικογένεια.
- ◆ **Άθροισε** τη βαθμολογία.
  - Αν το άθροισμα είναι 9 ή περισσότερο, η οικογένεια έχει την προδιάθεση να κακοποιήσει σωματικά ή να παραμελήσει ένα ή περισσότερα παιδιά της.
  - Αν ένα παιδί έχει ήδη κακοποιηθεί ή παραμεληθεί, μπορείς να επιβεβαιώσεις τη διάγνωση και συμπληρώνοντας την κλίμακα, να επικεντρωθείς στα χαρακτηριστικά της οικογένειας που συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία έτσι ώστε η θεραπευτική αντιμετώπιση να εστιαστεί σε ότι έχει προτεραιότητα.
  - Η Κλίμακα δεν μπορεί να συμπληρωθεί με το υλικό μίας συνέντευξης, ιδιαίτερα της πρώτης. Συχνά χρειάζονται περισσότερες.

- ◆ **Θυμήσου:** Η Κλίμακα δεν συμπληρώνεται ερήμην των γονέων. Εφ' όσον στη συνέντευξη συμμετέχουν οι γονείς και ο επαγγελματίας, είναι σκόπιμο να συζητηθεί ότι η Κλίμακα αυτή βοηθάει τον επαγγελματία να γνωρίσει καλύτερα την οικογένεια, ώστε να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες της. Πολλές φορές οι γονείς βαθμολογούν με υψηλότερο βαθμό –άρα αυστηρότερα- τον εαυτό τους!  
- Η Κλίμακα δεν έχει ως στόχο να εντοπίσει "επικίνδυνους γονείς-κακοποιούς" αλλά γονείς και οικογένειες που έχουν υψηλή προτεραιότητα για προσφορά υπηρεσιών υποστήριξης.
  - ◆ **Φωτοτύπησε** το συμπληρωμένο αντίτυπο της Κλίμακας και τοποθέτησέ το στο φάκελο της περίπτωσης.
  - ◆ **Επαναξιολόγησε:** Κάθε 6 μήνες, όσο προοδεύει η συνεργασία με την οικογένεια, συμπλήρωνε ένα νέο αντίτυπο της Κλίμακας έτσι ώστε εσύ και η ομάδα να δείτε την πορεία της δουλειάς.
- Σε περίπτωση που παραπέμψεις την περίπτωση σε άλλη υπηρεσία σε οποιοδήποτε στάδιο, συνόδευσέ τις απαραίτητες εκθέσεις με αντίγραφο της συμπληρωμένης Κλίμακας.



## Βιβλιογραφία

1. Ματσανιώτης Ν. (1998), όπως αναφέρεται στο Αγάθωνος Γεωργοπούλου. «Οδηγός για την αναγνώριση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού». Ινστιτούτο υγείας παιδιού, Αθήνα (1999). Σελ. 7
2. Αγάθωνος Ελ. - Τσαγκάρη Μ. (1999). Εγχειρίδιο για τα Δικαιώματα του παιδιού. Αθήνα. Σελ.11
3. Τσελεμέγκου – Αντωνιάδου, (1987). Σελ. 231, όπως αναφέρεται από Ψωμά Αικατερίνη Ενδοοικογενειακή βία και παιδί», Σελ.7, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα (2001)
4. Παν. Α. Σαλκιτζόγλου. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους», Σελ. 285, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
5. Παν. Α. Σαλκιτζόγλου. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα., Σελ. 287, 288
6. Παν. Α. Σαλκιτζόγλου. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα. Σελ. 289
7. Παν. Α. Σαλκιτζόγλου. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα. Σελ. 230
8. <http://el.wikipedia.org>, 2 Αυγούστου 2012
9. [http://egpaid.blogspot.com/2009/03/blog-post\\_5766.html](http://egpaid.blogspot.com/2009/03/blog-post_5766.html), 6 Αυγούστου 2012
10. <http://www.asxetos.gr/entheto/dikaiomata/diakiryxi-toy-oie-gia-ta-dikaiomata-toy-paidioy-20-noemvrioy-1959.html#axzz27IyWy18s>, 11 Σεπτεμβρίου 2012.
11. <http://www.unicef.gr/news/2009/crc20.php>, 11 Σεπτεμβρίου 2012
12. <http://www.epa.gr/nomothesia-polyteknwn/genika/diethnhs-symbash-gia-ta-dikaiwmata-toypaidioy.html>, 11 Σεπτεμβρίου 2012
13. <http://www.medlook.net/kids/childrights.asp>, 11 Σεπτεμβρίου 2012
14. <http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/>, 10 Αυγούστου 2012
15. Νέστορος Ι (1999). Η επιθετικότητα στην οικογένεια στο σχολείο και στην κοινωνία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Σελ: 54-32.
16. Καλλονάκη Ε.. (2000). Κακοποίηση των παιδιών, ψυχολογικές διαστάσεις και τρόποι αντιμετώπισης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Σελ: 25-43.
17. Βουϊδάσκη Β. (1987). Η επιθετικότητα σαν κοινωνικό πρόβλημα στην οικογένεια και στο σχολείο, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα. Σελ: 69-79
18. Αγάθωνος Ε.. (1991). Κακοποίηση, παραμέληση παιδιών, Εκδόσεις Γρηγόρη, 2η Έκδοση, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Σελ: 32-39.
19. Σπινέλλη Κ. Δ.. (1992). «Ελληνικό δίκαιο ανηλίκων δραστήων και θυμάτων, ένας κλάδος υπό διαμόρφωση», Εκδόσεις Σάκουλα. Σελ: 52
20. Σαλκιτζόγλου Π. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή. Σελ. 291
21. Κατσιγαράκη Ε.,(2004). «Οικογένεια και παραβατικότητα», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή. Σελ. 229

22. Hirigoyen Marie – France., (2006). «Ηθική παρενόχληση, η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή». Μετάφραση Μαριλένα Γεωργιάδου, Εκδόσεις Πατάκη. Σελ.: 48, 49
23. Barnet, Miller Perrin, Perrin, 1997, Σελ. 122, όπως αναφέρεται από Ψωμά Αικατερίνη, «Ενδοοικογενειακή βία και παιδί», Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα 2001, Σελ. 53
24. <http://www.childabuse.org.signs.htm>, 10 Αυγούστου 2012
25. <http://www.safe.child.org/childabuse4htm>, 10 Αυγούστου 2012
26. Αγάθωνος Ε. και Τσαγκάρη Μ..(1999). Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα., Σελ: 77
27. Πετρουλάκης Ν. (1987). Το παιδί θύμα χθες και σήμερα, στο Σχολείο και Ζωή, τεύχος 11, Σελ.337.
28. <http://www.childabuse.org/singnw.html>, 3 Σεπτεμβρίου 2012
29. <http://www.greweb.com/panorama/child/child.htm>, 3 Αυγούστου 201
30. Χαραλαμπίδης Β. (1987). Η ανάπτυξη της προσωπικότητας, Αθήνα, εκδόσεις, Gutenberg., Σελ. 152
31. Γιωτάκος Ο., Πρεκατέ Β.. (2006). Σεξουαλική κακοποίηση, μυστικό; Όχι πια!., Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ: 56-68.
32. Λεξικό νεοελληνικής Ινστιτούτου Μανώλη Τριανταφυλλίδη, ορισμός της λέξης αιμομιξία
33. Herman, Judith (1981). Father-Daughter Incest. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. pp. 282. ISBN 0-674-29506-4
34. <http://www.iatrikathemata.gr/paidiergusia.htm>, 14 Αυγούστου 2012
35. <http://www.proseggisi.gr/?p=11887>, 3 Ιουλίου 2012
36. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (2008). Μελέτη δημιουργίας επιδημιολογικών εργαλείων διαρκούς επιτήρησης της επίπτωσης κρουσμάτων κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών, Αθήνα, Σελ. 17-18.
37. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (2008). «Από το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στα δικαιώματα του παιδιού: Μια διαχρονική πορεία» στο: Λαγωνίκα-Δημοπούλου Μ. κ.ά. (επιμ.) Ενδοοικογενειακή βία. Διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη και την αντιμετώπιση, Εκδόσεις, Α- Ω. Σελ. 54.
38. Αναλυτική παρουσίαση των ερευνών αυτών και των αποτελεσμάτων τους βλ. Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε. και Τσαγκάρη Μ. (1999), Εγχειρίδιο για τα Δικαιώματα του παιδιού, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Σελ: 80, 81.
39. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (2009), «Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στην προσχολική ηλικία», στο Τσιάντης Γ. και Αλεξανδρίδης Α. (επιμ.), Προσχολική Παιδοψυχιατρική, 2. Κλινική και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις, Εκδόσεις Καστανιώτη, Σελ: 262.
40. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2008), Μελέτη δημιουργίας επιδημιολογικών εργαλείων διαρκούς επιτήρησης της επίπτωσης κρουσμάτων κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών. Υπόεργο 4 του Έργου: Προαγωγή της Υγείας και της Ποιότητας Ζωής του Μέλλοντος: Εκπαίδευση και Αγωγή Υγείας για τον Έλεγχο και την Πρόληψη της Παιδικής Κακοποίησης-Παραμέλησης.
41. Τσιάντης Γ.-Μανωλοπούλου Σ. (1987). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Εκδόσεις Καστανιώτη. τόμος 1ος , μέρος γ΄.
42. Ματσανιώτης. Ν. (1999). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού. Αθήνα.

43. Νικολαΐδης Γ., Σταυριανάκη Μ. (2009), Βία στην οικογένεια. Τεκμηριωμένη Πρακτική και τεκμήρια από την Πρακτική, Εκδ. ΚΨΜ, Σελ. 311-325
44. [http:// www.0-18.gr](http://www.0-18.gr), 5 Ιουλίου 2012
45. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Τσαγκάρη Μ., (1999). Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού, Αθήνα, εκδ. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
46. Μόσχος Γ. (2008), Ο Συνήγορος του Παιδιού απέναντι στην παιδική κακοποίηση στο Γκανάτσου Β., Αδάμ Ε. (επιμ.) «Μορφές βίας κατά παιδιών και γυναικών στην σύγχρονη κοινωνία», Εθνικό Συμβούλιο Ελληνίδων, Αθήνα. Σελ.: 37.
47. Πρεκατέ Β., Παιδική σεξουαλική κακοποίηση, Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ. 11-25.
48. Πρεκατέ Β. Παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ. 11-25
49. Γιωτάκος Ο.. (2008). Πρόληψη Παιδικής Κακοποίησης: οδηγός δράσης και τεκμηρίωσης, Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ. : 3-45.
50. <http://eur-lex.europa.eu>. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 19-2-2009, 19 Ιουλίου 2012
51. Fereti I., Stavrianaki M. (1997). “The use of physical punishment in the Greek family: selected sociodemographic aspects”, International Journal of Child and Family Welfare, τεύχος 2, Σελ. 206-216.
52. Γιωτάκος Ο.(2008). Πρόληψη Παιδικής Κακοποίησης: οδηγός δράσης και τεκμηρίωσης, Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ. : 3-45.
53. Τσίγκρης Α. (1999). Σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, όψεις κοινωνικού ελέγχου. Εκδόσεις Σάκκουλα. Σελ.: 19-27.
54. Γιωτάκος Ο., Πρεκατέ Β. (2006). Σεξουαλική κακοποίηση, μυστικό; Όχι πια!, Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης. Σελ.: 56-68.
55. Parton N., (August 2003), The Challenge of Child Abuse in Late Modern Societies. Paper presented at the Nordic Child Protection Conference, Reykjavik.
56. Berg I.K., Kelly S. (2000). Building Solutions in Child Protective Services, N.Y.
57. Caffey J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Σελ. 163-173.
58. Conger R. et al. (1979). Child Abuse Related to Life Change and Perceptions of Illness: Some Preliminary Findings. The Family Coordinator. Vol. 28, No. 1. Σελ. 73-78
59. Frank D. et al. (1996). Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry. Pediatrics Vol. 97 No. 4. Σελ. 569 -578
60. Bullard D. et al. (1967). Failure to thrive in the “neglected” child. American Journal of Orthopsychiatry Volume 37, Issue 4. Σελ. 680–690.
61. MacIntyre D., Carr A. (1999). Evaluation of the effectiveness of the stay safe primary prevention programme for child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. Volume 23, Issue 12, Σελ. 1307–1325
62. Carr A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. Journal of Family Therapy. Volume 31, Issue 1. Σελ. 3–45

63. Iwaniec D. and Sneddon H. (1995). Attachment style in adults who failed to thrive as children: outcomes of a 20 year follow-up study of factors influencing maintenance or change in attachment style. *British Journal of Social Work*. Volume 31. Issue 2. Σελ. 179-195
64. Iwaniec D. and Sneddon H. (1995). Attachment style in adults who failed to thrive as children: outcomes of a 20 year follow-up study of factors influencing maintenance or change in attachment style. *British Journal of Social Work*. Volume 31. Issue 2. Σελ. 179-195
65. Σαλκιτζόγλου Π. (1993). Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους, Εκδόσεις Σάκκουλα,. Σελ. 68-85.
66. Σπινέλλη Κ. (1992). Ελληνικό δίκαιο ανηλίκων δραστών και θυμάτων, ένας κλάδος υπό διαμόρφωση, Εκδόσεις Σάκκουλα. Σελ. 86-97
67. <http://www.ministryofjustice.gr>, 14 Αυγούστου 2012
68. <http://www.ministryofjustice>, 14 Αυγούστου 2012
69. Λουμάκου Μ. και Μπεζέ Α. (επιμέλεια). (2006). Το παιδί και τα δικαιώματά του. Εργαστήριο ψυχολογίας του παιδιού. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
70. Μαγγανάς Α. (1999). Θέματα εγκληματολογικά και ποινικού δικαίου, , Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη.
71. [www.icmec.org](http://www.icmec.org), 18 Ιουλίου 2012
72. [www.missingkids.com](http://www.missingkids.com), 18 Ιουλίου 2012
73. [www.epaa.gr](http://www.epaa.gr), 18 Ιουλίου 2012
74. [www.ich.gr](http://www.ich.gr), 18 Ιουλίου 2012
75. [www.hamogelo.gr](http://www.hamogelo.gr), 27 Ιουλίου 2012
76. [www.sos-villages.gr](http://www.sos-villages.gr), 27 Ιουλίου 2012
77. [www.iaath.gr](http://www.iaath.gr), 30 Ιουλίου 2012
78. [www.kvmhtera.gr](http://www.kvmhtera.gr), 30 Ιουλίου 2012
79. Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε. (1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο υγείας του παιδιού.
80. Γεωργούδη Ν. (1997). Η σεξουαλική παραβίαση: Μία "οικογενειακή" υπόθεση. Στο: Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο. Καλλιδικάκη Θ. (επιμ.). Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχολογίας του Παιδιού, Ελληνικά Γράμματα,. Σελ. 101-107.
81. Αλεξανδρίδης Α. (1990). Η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών: Οργάνωση της έρευνας. Πρακτικά Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας για την Κακοποίηση- Παραμέληση του Παιδιού, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
82. Τσίτουρα Σ. (1990). Παιδιατρική εκτίμηση των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών. Στο: Κακοποίηση-Παραμέληση του Παιδιού. Πρακτικά Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας, Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Σελ. 70-76.
83. Μπακούλα Χ, Καββαδίας Γ και Ματσανιώτης Ν. (1993) Αντιφάσεις της ελληνικής οικογένειας στην ανατροφή του παιδιού (Πανελλήνια Έρευνα) 31ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιούνιος (περιλήψεις).
84. Φερέτη Ε. (1997). Ενδοοικογενειακή βία: Η σημασία της εκπαίδευσης για τα ανθρώπινα δικαιώματα στην πρόληψη του φαινομένου. Στο: Εκπαίδευση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Διεθνής Αμνηστία, Εκδ. Σάκκουλα. Σελ. 163-168.
85. Παπαδοπούλου Δ. (1996). Χιούμορ και Ογκολογικός Ασθενής. Ογκολογική Ενημέρωση, Σελ. 26-34
86. Browne K.D. (1993a) Home visitation and child abuse: The British experience. *The Advisor*. Σελ. 11-31.

87. Browne K.D. (1993). Violence in the family and its links to child abuse. In C. Hobbs and J. Wynne (eds.) Child Abuse, Baillier's Clinical Pediatrics. Σελ. 149-164.
88. Μουζακίτης Σ. Χ.-Σαλκιτζόγλου Γ. (1987). Το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός, στο Εκλογή, τεύχος 73, Σελ.77-85 .
89. Φερέτη Ε. (1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
90. Κατωπόδη Αργυρώ. (2005). Παιδική σεξουαλική κακοποίηση : Οικογένεια και κοινωνία – Αίτια, ρόλοι, συνέπειες. Εκδόσεις Μαραθιά,Αθήνα.,Σελ. 218
91. Ματσανιώτης. Ν.. (1999). Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού. Αθήνα.
92. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε.. (1982). «Κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού σήμερα» , στο Παιδιατρική, τεύχος 46, Σελ 409- 417.
93. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε (1991). Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών, Αθήνα, εκδ.Γρηγόρη,2η έκδοση.
94. Project «Sexual Abuse Against Children in Residential Institutions». financed through the European Commission's Daphne III Programme 2007 – 2013. № JLS/2007/DAP-1/178/-30-CE-0229207/00-68
95. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1993). Οικογένεια παιδική προστασία, κοινωνική πολιτική. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα.
96. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1996). Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση-παραμέληση παιδιών : η συμβολή τους στην δευτερογενή πρόληψη. Στο Παιδιατρική, τεύχος 59. Σελ 428-439 .
97. Αδαμίλης Δ. (1995). Η κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού, στο Σχολείο και στο Σπίτι. Αθήνα.
98. Περιοδικό Γονείς. (1991). Τεύχος 187. Αθήνα. Σελ. 33.
99. [http://www.lib.teiher.gr/webnotes/seyp/Neuro\\_nursing\\_course/Neyro2.pdf](http://www.lib.teiher.gr/webnotes/seyp/Neuro_nursing_course/Neyro2.pdf), 1 Οκτωβρίου 2012
100. <http://biomechanism.com/child-abuse-changes-the-brain/>, 1 Οκτωβρίου 2012
101. [http://stodiatauta.blogspot.gr/2012/09/blog-post\\_16.html](http://stodiatauta.blogspot.gr/2012/09/blog-post_16.html), 1 Οκτωβρίου 2012
102. <http://www.bigpicture.in/child-labor-in-bangladesh/>, 30 Σεπτεμβρίου 2012