

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ»



ΜΑΓΔΑΛΙΝΗ ΚΑΠΩΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΠΑΤΡΑ- ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2013

Φωτογραφία εξωφύλλου:

Erik Ravelo - Los Intocables
THE UNTOUCHABLES
Erik Ravelo / F A B R I C A 2012
Creative Direction and Concept: Erik Ravelo
Photo: Erik Ravelo / Enrrico Bossan
Post production: Erik Ravelo
The Right to Childhood Should be Protected.
Images and concept protected by the law
2012 F A B R I C A.

Συμβολικές φωτογραφίες παιδιών από διάφορα μέρη του κόσμου που "σταυρώθηκαν"- κακοποιήθηκαν το καθένα για διαφορετικό λόγο και σε διαφορετικό κράτος.

Το μήνυμα του Ravelo προσπαθεί να ενισχύσει το δικαίωμα των παιδιών να προστατεύονται και προβάλλει καλλιτεχνικά την κακοποίηση που υφίστανται ειδικά σε χώρες όπως η Βραζιλία, η Συρία, Ταϊλάνδη, Ηνωμένες Πολιτείες και την Ιαπωνία.

- Η πρώτη εικόνα αναφέρεται στην παιδερασία στο Βατικανό.
- Η Δεύτερη για τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στον τομέα του τουρισμού στην Ταϊλάνδη,
- Η τρίτη αναφέρεται στον πόλεμο στη Συρία....
- Η τέταρτη εικόνα αναφέρεται στην εμπορία οργάνων στη μαύρη αγορά, όπου τα περισσότερα από τα θύματα είναι παιδιά από φτωχές χώρες.
- Η Πέμπτη αναφέρεται στην ελεύθερη οπλοκατοχή στις ΗΠΑ, ενώ τέλος...
- Η έκτη εικόνα αναφέρεται στην παχυσαρκία, κατηγορώντας τις μεγάλες εταιρείες *fast food*.

«Όταν ο άνθρωπος πάρει σωστή εκπαίδευση,
γίνεται θεϊκό και πολύ ήμερο ζώο.
Κι όταν δεν ανατραφεί αρκετά ή κατάλληλα,
γίνεται το πιο άγριο απ' όσα γέννησε η φύση.»
Πλάτων

Περιεχόμενα

	Σελ.
Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7
Περίληψη	8
Abstract	9
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	10
1. Παιδική κακοποίηση	11
1.1. Ορισμοί	11
1.2. Ιστορική αναδρομή	12
1.3. Είδη παιδικής κακοποίησης	14
1.3.1. Σωματική Κακοποίηση	14
1.3.2. Ψυχολογική Κακοποίηση	16
1.3.3. Παραμέληση	19
1.3.4. Σεξουαλική παραβίαση – Αιμομιξία	22
1.3.5. Εκμετάλλευση – Εργασία	24
1.3.6. Νέες μορφές κακοποίησης	26
1.3.6.1. Μη τυχαία δηλητηρίαση	26
1.3.6.2. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή	27
1.3.6.3. Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου	27
1.3.6.4. Κακοποίηση εμβρύου	27
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	29
2. Στοιχεία για την παιδική κακοποίηση	30
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	33
3. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης	34
3.1. Δικαιώματα του παιδιού	34
3.2. Νομική Αντιμετώπιση της Κακοποίησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη	40
3.2.1. Ευρωπαϊκή νομοθεσία	40
3.2.2. Ελληνική νομοθεσία	41
3.3. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης παιδικής κακοποίησης	45
3.3.1. Διεθνές Κέντρο για Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (ICMEC)	45
3.3.2. Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (National Centre for Missing and Exploited Children)	45
3.3.3. Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων	46
3.3.4. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού	47
3.3.5. Το Χαμόγελο του Παιδιού	48
3.3.6. Ξενώνας SOS – ΕΛΙΖΑ	50
3.3.7. Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο.)	50
3.3.8. Κέντρο βρεφών «Μητέρα»	51
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	52
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή	53
4.1. Νοσηλευτική προσέγγιση	53
4.2. Διάγνωση	56
4.3. Νοσηλευτικό ιστορικό	61
4.4. Νοσηλευτική εκτίμηση	62
4.4.1. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης	63
4.4.2. Διαγνωστική εκτίμηση της σεξουαλικής κακοποίησης	65
4.5. Πρόληψη	68
4.6. Θεραπεία	70
4.6.1. Προστασία του παιδιού	70

4.6.2. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος	70
4.6.3. Κάλυψη διατροφικών αναγκών	71
4.6.4. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός	72
4.6.5. Άσκηση και δραστηριότητες	78
4.6.6. Η μέθοδος EMDR	78
4.6.7. Εξασφάλιση κοινωνικής στήριξης	78
4.6.8. Φαρμακευτική αγωγή	79
4.7. Οικογένεια και παιδί με «τραύμα»	80
4.8. Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής κατά τη θεραπεία	85
ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	86
5. Νοσηλευτική διεργασία	87
Περιστατικό 1 ^ο	87
Περιστατικό 2 ^ο	91
ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	96
6. Συμπεράσματα- Προτάσεις	97
Βιβλιογραφία	104

Πρόλογος

Σε όλη τη γη, ακόμα και στον προηγμένο δυτικό κόσμο, οι ενήλικες και κυρίως οι γονείς, όσο μικρά ή μεγάλα είναι τα παιδιά τους, συνηθίζουν να τα επιπλήττουν, για να τα συνειτίσουν, όπως νομίζουν, χρησιμοποιώντας ποικίλους τρόπους, όπως να φωνάζουν, να χειροδικούν και πολλές φορές να τα κακοποιούν ψυχικά ή σωματικά με διάφορους τρόπους. Όμως η κακοποίηση του παιδιού παραμένει ένα θέμα για το οποίο κανένας δεν επιθυμεί να συζητήσει, ένα θέμα το οποίο φυλάσσεται ως επτασφράγιστο μυστικό. Καθημερινά κατακλυζόμαστε από περιστατικά παιδικής κακοποίησης, τα οποία κάποιες φορές γίνονται ευρύτερα γνωστά μέσα από την προβολή τους από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Τα παιδιά σπάνια κακοποιούνται μόνο μια φορά. Η παιδική κακοποίηση διαπράττεται στο μεγαλύτερο ποσοστό στο σπίτι από άτομα που γνωρίζει και εμπιστεύεται το παιδί, ενώ τα σημάδια και τα συμπτώματα εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου. Η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα προτύπων συμπεριφοράς σε μια οικογένεια. Οι αιτίες είναι περίπλοκες, αλλά συγκεκριμένοι κοινωνικοί και προσωπικοί παράγοντες καθιστούν πιο εύκολη την κακοποίηση παιδιών.

Η κλινική εικόνα ενός κακοποιημένου παιδιού περιλαμβάνει εξωτερικές και εσωτερικές κακώσεις. Εξωτερικά εμφανίζονται μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, εικόνες υποσιτισμού και καθυστέρηση της ανάπτυξης. Εσωτερικά υπάρχουν κατάγματα, κακώσεις των ζωτικών οργάνων και εσωτερική αιμορραγία. Οι σημαντικότερες όμως επιπτώσεις της κακοποίησης είναι στην ψυχική υγεία του παιδιού. Ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί εμφανίζει δυσκολίες προσαρμογής στην καθημερινότητα και προβλήματα συμπεριφοράς. Φοβάται για την ασφάλεια τη δική του και των άλλων και δυσκολεύεται να αναπτύξει το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τους γύρω του. Συχνά εμφανίζει μετατραυματικό στρες, διαταραχές της διάθεσης ή της ανάπτυξης της προσωπικότητας του.

Εισαγωγή

Στη σύγχρονη κοινωνία, κάθε χρόνο κακοποιούνται ή παραμελούνται μερικές χιλιάδες παιδιών. Αυτό που αποτελεί μια απίστευτη εκδοχή και μια μακρινή εικόνα για τους περισσότερους, είναι μια σκληρή και οδυνηρή πραγματικότητα. Κανείς σήμερα δεν πρέπει να αμφισβητεί την ύπαρξη του σοβαρού αυτού και πολύπλοκου προβλήματος, ούτε την πραγματική του έκταση, αν και ακόμα δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθός του, αφού συμβαίνει πίσω από την κλειστή πόρτα της «συνωμοτικής οικογενειακής ή ακόμα και της κοινοτικής σιωπής».

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, είναι παράλληλο με την πορεία του ανθρώπινου γένους πάνω στον πλανήτη και παρόν, δυστυχώς, σε όλες τις ιστορικές περιόδους και τους κοινωνικούς σχηματισμούς. Ανά τους αιώνες, εκπρόσωποι της παιδικής ηλικίας, υπήρξαν θύματα της σκληρότητας και βαρβαρότητας των ενηλίκων. Παιδιά έχουν καταπιεστεί, έχουν παραμεληθεί, έχουν υποστεί σοβαρές σωματικές βλάβες και ψυχικά τραύματα, ακόμα έχουν χάσει και τη ζωή τους. Η ιστορία είναι γεμάτη από περιπτώσεις κακοποίησης και θανάτωσης παιδιών για λόγους οικονομικούς, κοινωνικούς, θρησκευτικούς, λόγους προκαταλήψεων και δεισιδαιμονιών, γεγονός που αποτελούσε ένα κοινωνικά παραδεκτό έγκλημα, ανάλογα με την χρονική στιγμή κατά την οποία διαδραματιζόταν.⁽¹⁾

Παιδική κακοποίηση υπήρχε κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, αλλά μόνο πρόσφατα, οι άνθρωποι άρχισαν να σκέφτονται διαφορετικά γι' αυτό το θέμα, να δημιουργούν νομικούς ορισμούς για την κακοποίηση, να ορίζουν κυβερνητικούς φορείς οι οποίοι έχουν τη δύναμη να απομακρύνουν παιδιά από τα σπίτια τους, καθώς και να διεξάγουν ερευνητικές μελέτες επάνω στο θέμα. Το φαινόμενο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης συμβαίνει σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα από όσο γνωρίζουμε όμως καλύπτεται από έντονη μυστικότητα.

Περίληψη

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. Τα κακοποιημένα παιδιά έχουν κοινό χαρακτηριστικό την επιθετικότητα και την τάση να εξελίσσονται σε απροσάρμοστα άτομα και σε γονείς που κακοποιούν τα δικά τους παιδιά.

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη του κοινωνικού φαινομένου και η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην παιδική κακοποίηση. Συγκεκριμένα, αναλύεται η κακοποίηση και οι μορφές της, ξεκινώντας από μια σύντομη ιστορική αναδρομή. Για την ενίσχυση της σημαντικότητας του φαινομένου, παρατίθενται στοιχεία για την κακοποίηση των παιδιών στο εξωτερικό και την Ελλάδα, τα οποία είναι απογοητευτικά. Στη συνέχεια, ύστερα από μία σύντομη αναφορά στα δικαιώματα του παιδιού και την νομική αντιμετώπιση της κακοποίησης στην Ελλάδα και την Ευρώπη, παρουσιάζονται οι φορείς που δραστηριοποιούνται στην προστασία του παιδιού. Σημαντικό μέρος της εργασίας καταλαμβάνει ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη, την προσέγγιση και αντιμετώπιση του ζητήματος, μέσα από τη διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού που έχει κακοποιηθεί, τη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού και τη βοήθεια της οικογένειας. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται νοσηλευτική διεργασία για την παιδική κακοποίηση σε συγκεκριμένα περιστατικά.

Δεδομένης της αύξησης των κρουσμάτων κακοποίησης τα τελευταία χρόνια, αναγκαία κρίνεται η αντιμετώπιση του ζητήματος συστηματικά και με τη συμμετοχή ποικίλων ομάδων. Το σχολείο, η πολιτεία, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η ακαδημαϊκή κοινότητα, επιβάλλεται να συνεργασθούν για τη δημιουργία υποδομών που θα λειτουργούν με στόχο την αντιμετώπιση αλλά και την πρόληψη του φαινομένου.

Abstract

Child abuse is widespread and can occur in any culture, ethnicity and social class. It may be physical, emotional, verbal or sexual abuse. Abuse is also the neglect of a child which may have the same results as other forms of abuse, from injuries even to death. Abused children show aggressiveness as common characteristic and tendency to evolve into marginal persons and parents who abuse their own children.

The aim of the study is the research of the social phenomenon and the investigation of the role of the nurse in child abuse. Specifically, analyze the abuse and its forms, starting with a brief historical overview. To enhance the significance of the phenomenon, information on child abuse abroad and Greece is provided, which is disappointing. After a brief reference to the rights of the child and the legal treatment of abuse in Greece and Europe, the active operators in child protection are presented. Important part of the work is occupied of the role of the nurse in the prevention, approach and encounter of this issue through the diagnostic evaluation of a child who has been abused, the treatment of the child and help the family. Additionally, presented nursing process for child abuse in specific incidents is presented.

Given the increase in cases of child abuse in recent years, the systematic address of the issue is necessary with the participation of various groups. The school, the state, the medical and nursing staff, the academic community, must work together so as to build infrastructure that will work with the target to address and prevent the phenomenon.

**ΠΡΩΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

1. Παιδική κακοποίηση

1.1. Ορισμοί

Με τον όρο «παιδική κακοποίηση» αναφερόμαστε στη βία, την κακή μεταχείριση ή την παραμέληση την οποία βιώνει ένα παιδί ή ένας έφηβος ενώ βρίσκονται υπό την «προστασία» ενός ατόμου το οποίο εμπιστεύονται ή από το οποίο εξαρτώνται (γονιός, αδελφός, αδελφή, άλλος συγγενής ή κηδεμόνας ή κάποιος που φροντίζει το παιδί). Μπορεί να συμβεί οπουδήποτε και μπορεί για παράδειγμα να συμβεί στο σπίτι του παιδιού ή στο σπίτι κάποιου γνωστού του.⁽¹⁾

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού, περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή/και συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή άλλους σκοπούς, η οποία καταλήγει σε πραγματική ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στην υγεία, στην επιβίωση, στην ανάπτυξη ή στην αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης, ευθύνης ή δύναμης.⁽²⁾

Κάποιος που κακοποιεί ένα παιδί μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορες μεθόδους για να έχει πρόσβαση στο παιδί, να ασκήσει εξουσία και έλεγχο, και να το εμποδίσει να φανερώσει ότι του συμβαίνει ή να ζητήσει βοήθεια. Η κακοποίηση είναι μια κατάχρηση εξουσίας και παραβίαση της εμπιστοσύνης του παιδιού. Μπορεί να είναι ένα μεμονωμένο γεγονός ή να συμβαίνει κατ' επανάληψη ή σε κλιμάκωση για μια περίοδο μηνών ή ετών. Τέλος μπορεί η μορφή της κακοποίησης να μεταβάλλεται στη διάρκεια του χρόνου.⁽³⁾



1.2. Ιστορική αναδρομή

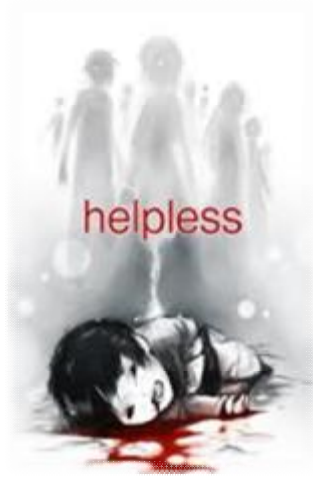
Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπιση της ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα άρχισε, ουσιαστικά, από το 1962 όταν ένας παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Henry Kempe, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «Battered Child Syndrom» - «Το σύνδρομο του κακοποιημένου (χτυπημένου) παιδιού». Ο Kempe έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Η περιγραφή του ήταν βασισμένη σε στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από συναδέλφους του σε διάφορα παιδοψυχιατρικά κέντρα της Αμερικής. Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του Kempe ήταν δυσπιστία και άρνηση όμως σιγά σιγά άρχισε να γίνεται κατανοητό ότι «ατυχήματα» που είχαν μεγάλη συχνότητα στην παιδική ηλικία δεν ήταν πάντα αθώα ατυχήματα.

Με την βελτίωση του επιπέδου ζωής, μεγαλύτερη έμφαση δόθηκε στα ατομικά δικαιώματα. Η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, ψηφίστηκε ομόφωνα στις 20 Νοεμβρίου 1959. Έχει 10 αρχές από τις οποίες οι τέσσερις έχουν άμεση σχέση με τη σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών.⁽⁴⁾

Το 1959 ο Kempe μίλησε στην Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία για το πρόβλημα της «Γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης». Το 1960, η κοινωνική λειτουργός Elmer αναφέρθηκε στις δυσκολίες της αναγνώρισης της κακοποίησης ενώ το 1962 η ιστορία καταλήγει στον ορισμό του Kempe «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού». Παράλληλα με την κλινική ευαισθητοποίηση, οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες άρχισαν να ορίζουν πιο αυστηρά κριτήρια για την διάγνωση και την καταγγελία της βίας. Ο Kempe όμως, ήταν ο άνθρωπος που τελικά κινητοποίησε τη θεραπευτική ομάδα να κάνει έρευνες στον τομέα της κακοποίησης παιδιών καθορίζοντας τις πρώτες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διεπιστημονική βάση.⁽⁵⁾

Με την πάροδο του χρόνου η πείρα έφερε και κάποια διερεύνηση στα όρια και στον ορισμό της κακοποίησης: ο όρος «battered baby syndrome», κατά λέξη «το σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού» ήταν πράγματι έντονος και πέτυχε να κερδίσει την προσοχή του κόσμου. Ήταν όμως μια τυποποιημένη έκφραση που λειτουργούσε ως «ταμπέλα» και κρίθηκε αναγκαία η μετονομασία της. Έτσι λοιπόν, αργότερα αρχίζει να χρησιμοποιείται ο

όρος «non accidental injury» – «τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα» όπως και ο γενικότερος όρος «child abuse» - «κακοποίηση παιδιών» που είναι και ο πιο διαδεδομένος.⁽⁵⁾



1.3. Είδη παιδικής κακοποίησης

Τα είδη της παιδικής κακοποίησης είναι τα εξής:

1.3.1. 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.⁽⁶⁾

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.⁽⁶⁾

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.⁽⁷⁾

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, 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. 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».⁽⁸⁾

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.⁽⁹⁾

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. 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.⁽⁹⁾

Συχνά, η σωματική τιμωρία παίρνει τη μορφή υπερβολικού ή ακατάλληλου σωφρονισμού. 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.⁽⁹⁾



1.3.2. 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 προσωπικότητάς 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.⁽¹⁰⁾

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.⁽¹⁰⁾

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.⁽¹¹⁾



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.⁽¹¹⁾

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.⁽¹²⁾

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.⁽¹²⁾

Το γεγονός αυτό, δηλαδή η τοποθέτηση του παιδιού στο ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου», αποτελεί και αυτό αναμφισβήτητα, μία μορφή ψυχολογικής αλλά και ευρύτερα κακοποίησης του. Στο σημείο αυτό πρέπει να προσθέσουμε μία «ιδιαιτέρη» 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.⁽¹²⁾



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

- Η λεκτική βία (υποβιβασμός)
- Η σαδιστική και απαξιωτική συμπεριφορά
- Η συναισθηματική απόρριψη
- Οι υπερβολικές ή δυσανάλογες για την ηλικία του παιδιού απαιτήσεις
- Οι αντιφατικές ή ανέφικτες παιδαγωγικές οδηγίες.⁽¹³⁾

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⁽¹⁴⁾

1.3.3. Παραμέληση

Η παιδική παραμέληση, είναι η πιο κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης και διακρίνεται στη σωματική στη συναισθηματική, στην εκπαιδευτική και στην παραμέληση της

ιατρικής φροντίδας. Τα παραμελημένα παιδιά πρέπει πάντα να εξετάζονται προσεκτικά και για σωματική ή και συναισθηματική κακοποίηση. Στο 1/3 των περιπτώσεων παιδικής παραμέλησης συνυπάρχει και σωματική κακοποίηση, η δε διάκριση μεταξύ παραμέλησης και κακοποίησης των παιδιών είναι αρκετά δυσχερής.⁽¹⁵⁾



Ως «σωματική παραμέληση» έχει ορισθεί η αποτυχία στη φροντίδα των παιδιών σύμφωνα με τα παραδεκτά ή τα αρμόζοντα δεδομένα. Όπως για παράδειγμα: έλλειψη επαρκούς τροφής, ενδυμασίας, έλλειψη καθαριότητας και προσωπικής υγιεινής, κατοικίας, έλλειψη επιτήρησης και απόρριψης, με συνέπεια το παιδί να έχει «τάσεις φυγής» από το σπίτι του, κ.τ.λ. Αν και η παραμέληση (σωματική ή συναισθηματική) δεν μπορεί να θεωρηθεί μορφή βίας, είναι εξίσου σημαντική και θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά ακόμη και τη ζωή του, οι δε λειτουργοί υγείας είναι ηθικά υπόχρεοι να την αντιμετωπίζουν όπως την κακοποίηση. Περισσότερα παιδιά πεθαίνουν εξαιτίας παραμέλησης παρά από κακοποίηση. Η σωματική παραμέληση μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό, σε σοβαρές ασθένειες εξαιτίας έλλειψης παρακολούθησης εκ μέρους των γονέων/κηδεμόνων με αποτέλεσμα το παιδί να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση.⁽¹⁶⁾

Η σωματική παραμέληση μπορεί να συγχέεται με τη φτώχεια ή την άγνοια, καθώς σχετίζεται με την υγιεινή του παιδιού, με μη επαρκή ή ακατάλληλο ρουχισμό σύμφωνα με τις καιρικές συνθήκες ή με τη διατροφή και με ανθυγιεινές συνθήκες

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η αύξηση της φτώχειας και ανισότητας που έχει παρατηρηθεί την τελευταία 20ετία, οφείλεται σε συγκεκριμένες οικονομικές και πολιτικές επιλογές, οι οποίες καθορίζουν τις πρακτικές των διεθνών οργανισμών αναπτυξιακής βοήθειας, με συνέπεια σχεδόν ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι να υποφέρουν από τη φτώχεια. Στις χώρες αυτές, οι οικογένειες των παιδιών παραμένουν εγκλωβισμένες σε έναν φαύλο

κύκλο φτώχειας, με αποτέλεσμα και εξαιτίας των πολέμων και απουσίας προγραμμάτων πρόληψης, περίπου 9.700.000 παιδιά να πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν συμπληρώσουν τα πέντε τους χρόνια από οξύ υποσιτισμό, ελονοσία, ιλαρά, πνευμονία, διάρροια και το AIDS.⁽¹⁸⁾

Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες πολλά παιδιά υφίστανται από τους γονείς μια «σύγχρονη» μορφή παραμέλησης. Οι γονείς ικανοποιούν μόνο τις βασικές ανάγκες των παιδιών τους (στέγαση, διατροφή, ένδυση, σχολείο, κατασκήνωση, χρήματα για διασκέδαση, κ.τ.λ.), χωρίς να υπάρχουν συναισθηματικοί δεσμοί (ενδιαφέρον, αγάπη, στοργή, προστασία), οπότε τα παιδιά αυτά, εκτοπισμένα από τον οικογενειακό πυρήνα, αισθάνονται παραμελημένα, ανεπιθύμητα, και ότι περιβάλλονται από έναν εχθρικό κόσμο, τον κόσμο των ενηλίκων. Στις σύγχρονες αυτές κοινωνίες, η παραμέληση των παιδιών είναι μια μορφή κακομεταχείρισης που φανερώνει έλλειψη "στοργής" και συχνά οδηγεί σε πιο απαίσιες μορφές κακοποίησης. Σύμφωνα με το κέντρο ερευνών της Unicef, 3.500 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών πεθαίνουν στο δυτικό κόσμο από παραμέληση/κακοποίηση. Αναλυτικότερα 2 παιδιά πεθαίνουν κάθε εβδομάδα στην Αγγλία και Γερμανία, 3 κάθε εβδομάδα στη Γαλλία, 4 στην Ιαπωνία, και 27 κάθε εβδομάδα στις Η.Π.Α.⁽¹⁸⁾

Η σωματική παραμέληση, είναι μία ιδιαίτερα κατάσταση συχνή στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής, και μπορεί να αφορά περιπτώσεις σκόπιμης αποστέρησης της ποσότητας ή της ποιότητας της τροφής, καθώς αυτή είναι η περίοδος της ραγδαίας ανάπτυξης και της εξάρτησης από τη φροντίδα των ενηλίκων. Επίσης, ο τύπος αυτός παραμέλησης αφορά συνήθως και άτομα με ειδικές ανάγκες, πολλές φορές ανεπιθύμητα εξώγαμα τέκνα, που είναι ανίκανα να σιτιστούν από μόνα τους και σκοπίμως εγκαταλείπονται αβοήθητα. Οι κηδεμόνες που παραμελούν τα παιδιά μπορεί επίσης να δώσουν στο παιδί ακατάλληλη τροφή, ποτό, φάρμακα ή άλλες ουσίες. Η εκ προθέσεως υποθρεψία αποτελεί πρώιμο δείκτη παραμέλησης του παιδιού. Ενδείξεις για σκόπιμη στέρηση υγρών ή τροφής είναι οι πόνοι στο στομάχι, ωχρότητα στο πρόσωπο, αφυδάτωση, απίσχνανση, κατατονία, ραθυμία στις κινήσεις, όταν βέβαια λείπει η οργανική αιτιολογία. Από τη στοματική κοιλότητα αναδίδεται συχνά δυσώδης αναπνοή και η γλώσσα καλύπτεται από ένα γλοιώδες επίχρισμα.⁽¹⁹⁾

Η «συναισθηματική παραμέληση» αφορά: άρνηση της ψυχολογικής φροντίδας και στήριξης, απόρριψη του παιδιού μέσα από καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας και τρομοκρατίας, λεκτικές επιπλήξεις (απειλές, βρισιές, κοροϊδίες, κ.λπ.), ενθαρρύνσεις για συμμετοχή σε χρήση αλκοόλ, σε αντικοινωνικές, καταστροφικές ή παράνομες συμπεριφορές

(έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, φυγή από το σπίτι, επαιτεία, κλοπές, κ.τ.λ.). Η συναισθηματική παραμέληση μακροπρόθεσμα οδηγεί το παιδί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, σε καταστροφικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και πολλές φορές στην αυτοκτονία⁽²⁰⁾

Η «εκπαιδευτική παραμέληση» αφορά την αποτυχία των γονέων/κηδεμόνων να παρέχουν τα απαραίτητα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης με αποτέλεσμα το παιδί να μην έχει τις βασικές προϋποθέσεις για τη ζωή του και για την συναισθηματική του ευημερία.⁽²¹⁾

Η «παραμέληση της Ιατρικής φροντίδας», αφορά αδυναμία παροχής των απαραίτητων για την ιατρική/ οδοντιατρική φροντίδα.⁽²²⁾ Όταν οι γονείς ή οι κηδεμόνες, με κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεων τους, αγνοούν επανειλημμένα τις οδηγίες των λειτουργών υγείας και γίνονται αιτία βλάβης της υγείας των παιδιών, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υπάρχει χρόνια νόσος (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) ή αναπηρίες που μπορούν να αντιμετωπισθούν (π.χ. καταρράκτης, που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση), τότε υπάρχει παραμέληση της ιατρικής φροντίδας.⁽²³⁾

Επίσης, η ανεύρεση ενδείξεων (ασιτίας, μη χορήγηση απαραίτητων εμβολιασμών, αθεράπευτων ασθενειών, όπως βρογχοπνευμονία, τραχειοβρογχίτιδα, μέση ωτίτιδα, ποικίλων νευρώσεων, κ.τ.λ.) του συνδρόμου σωματικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτιολογίας απαιτεί τη διερεύνηση των συνθηκών διατροφής και διαβίωσης του παιδιού μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον.⁽²⁴⁾

Η παραμέληση της ιατρικής φροντίδας του παιδιού αποτελεί συχνό φαινόμενο και θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη και μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία, επιδείνωση του προβλήματος υγείας ή ακόμη σε ακραίες περιπτώσεις στο θάνατο του. Αρνήσεις στην ιατρική περίθαλψη (π.χ. μεταγγίσεις αίματος), που οφείλονται σε θρησκευτικές πεποιθήσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε παραμέληση της υγείας του παιδιού. Πρέπει να τονιστεί ότι το δικαίωμα του παιδιού στην υγεία και στη ζωή υπερέχει του συνταγματικού δικαιώματος των γονιών στη θρησκευτική ελευθερία.⁽²⁵⁾

1.3.4. 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 φιλιά, 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.⁽²⁶⁾

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.⁽²⁶⁾



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, αδέρφια ή άλλους συγγενείς, ή εκτός σπιτιού από φίλο, γείτονα, μπέμπι 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.⁽²⁷⁾

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.⁽²⁷⁾

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.⁽²⁸⁾

Από την άλλη, ως αιμομιξία ορίζεται η σεξουαλική σχέση δύο ατόμων, τα οποία συνδέονται με στενή συγγένεια εξ αίματος²⁴. 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.⁽²⁸⁾

1.3.5. 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 ευδοκιμεί, 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.⁽²⁹⁾

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 φθηνό 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. 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 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.⁽³⁰⁾



Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, που παρουσίασε αναλυτικά το περιοδικό «Εργασία» του ΟΑΕΔ το 2010, 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.⁽³¹⁾

Σύμφωνα με έρευνα της Unicef το 1996, 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 2010 (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.⁽³²⁾

1.3.6. Νέες μορφές κακοποίησης

1.3.6.1. 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.⁽³³⁾

1.3.6.2. 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.⁽³³⁾

1.3.6.3. 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.⁽³³⁾

1.3.6.4. 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.⁽³³⁾



**ΔΕΥΤΕΡΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

2. Στοιχεία για την παιδική κακοποίηση

Η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας κακοποίησης των παιδιών 0-18 ετών δεν είναι εύκολα εφικτή για πολλούς λόγους. Αυτοί είναι: α) Η έλλειψη ενός διεθνούς λειτουργικού ορισμού που να επιτρέπει μεταξύ των χωρών συγκρίσεις, β) η έλλειψη εθνικού συστήματος αναφοράς σε πολλές χώρες, γ) η αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων που προκαλούνται από κακοποίηση, δ) η αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης σε κατάλληλη υπηρεσία, ε) η αποτυχία του συστήματος να καταγράψει την περίπτωση ως «κακοποίηση», προτιμώντας ηπιότερες διαγνώσεις όπως «κοινωνικό πρόβλημα», «διαλυμένη οικογένεια» κ.ά., αποφεύγοντας έτσι την πιθανή εμπλοκή με ανακρίσεις και νομικές παρεμβάσεις, ή ακόμα και τις αντιστάσεις της οικογένειας και της κοινότητας. Παρόλα αυτά, εκτιμήσεις της συχνότητας υπάρχουν σε χώρες με υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς όπως και σε ειδικούς πληθυσμούς παιδιών. Στη Μ. Βρετανία, η συχνότητα κατ' έτος έχει εκτιμηθεί ως 1-2% των παιδιών του γενικού πληθυσμού κάτω των 5 ετών, ενώ στις ΗΠΑ αναφέρεται το ίδιο ποσοστό κατ' έτος για τις ηλικίες 0-18 ετών εκ των οποίων 2.500-5.000 παιδιά πεθαίνουν. Οι μελέτες σε ειδικούς πληθυσμούς παιδιών αναφέρονται σε: 10% απ' όλα τα ατυχήματα σε παιδιά κάτω των 3 ετών, εκτός από τα τροχαία, 10% των παιδιών κάτω των 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό, 25% απ' όλα τα κατάγματα σε παιδιά κάτω των 3 ετών, 3-5% των βαριά κακοποιημένων παιδιών πεθαίνουν ή μένουν με μόνιμες σοβαρές αναπηρίες.⁽³⁴⁾

Στην Ελλάδα, η εκτίμηση της συχνότητας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στο γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα του 1-2% και προβολή στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών. Έτσι, αναμένονται 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες. Εφόσον διεθνώς εκτιμάται ότι 2 στα 3 σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά είναι 0-5 ετών, αναμένουμε ότι στην Ελλάδα 5.000 ως 10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται κακοποίηση ή/και παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή τα υποκατάστατά του, κάθε χρόνο. Οι εκτιμήσεις αυτές αναφέρονται σε αναμενόμενη και όχι δήλη συχνότητα, εφόσον ο μεγαλύτερος αριθμός είναι σκοτεινός. Επί μέρους μελέτες στην Ελλάδα αναφέρονται σε ενδεικτικές συχνότητες. Στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων παιδιών στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» τη χρονική περίοδο 1984-2002, το ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν και καταγράφηκαν ως κακοποιημένα ήταν κατά μέσο όρο 0.62%. Η χαμηλή αυτή εκτίμηση οφείλεται στην απουσία συστήματος

υποχρεωτικής αναφοράς, στην έλλειψη ποιοτικών δομών για άμεση προστασία και θεραπευτική παρέμβαση και στην απροθυμία του ιατρικού προσωπικού να εμπλακεί με περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας. Έτσι, καταγράφονται ως «κακοποίηση» μόνο οι σοβαρές περιπτώσεις. Μελέτη στον πληθυσμό παιδιών 0-15 ετών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία» σε μέρα εφημερίας, απεκάλυψε ότι σε 5% των παιδιών υπήρχε βέβαιη ευθύνη των γονέων για το ιατρικό πρόβλημα του παιδιού είτε με πράξεις ενέργειας είτε με πράξεις παράλειψης, σε άλλο 11% δε, υπήρξε ουσιαστική συμβολή. Η συχνότητα αυτή δεν αναφέρεται μόνο σε περιπτώσεις βίας εναντίον των παιδιών αλλά κυρίως σε παραμέληση φροντίδας προβλημάτων υγείας των παιδιών που είχε ως συνέπεια επιδείνωση του σωματικού προβλήματος και προσωρινές ή μόνιμες βλάβες.⁽³⁴⁾

Επίσης, σύμφωνα με την τηλεφωνική γραμμή για τα παιδιά SOS 1056, από 1-1-2009 μέχρι και 31-10-2009 καταγράφηκαν στην τηλεφωνική γραμμή για τα παιδιά SOS 1056 συνολικά 506 καταγγελίες σοβαρών περιστατικών κακοποίησης παιδιών, από τις οποίες 92% ήταν ανώνυμες και μόνο το 8% ήταν επώνυμες. Οι παραπάνω κατηγορίες αφορούσαν 1042 παιδιά από τα οποία τα 447 ήταν αγόρια, τα 411 κορίτσια, ενώ τα 184 παιδιά δεν ήταν γνωστό το φύλο τους ή η ηλικία τους. Από τις παραπάνω καταγγελίες το 34% ήταν παιδιά που δεν είχαν καν συμπληρώσει το 6^ο έτος της ηλικίας τους ,ενώ το 32% αφορούσε παιδιά ηλικίας 7-12 ετών .Ένα ακόμα γεγονός είναι ότι το 17% αφορούσε παιδιά ηλικίας 13-18 ετών. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι η κακοποίηση είναι ένα θέμα που δεν αφορά μόνο μικρές ηλικίες ,αλλά και μεγαλύτερα παιδιά που μπορούν εύκολα να αρθρώσουν λόγο για τα δικαιώματά τους .Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της τηλεφωνικής γραμμής τα πρωτεία κρατάνε οι καταγγελίες που αφορούν την παραμέληση και την εγκατάληψη σε ποσοστό 46%. Το 43% των καταγγελιών αυτών αφορά περιστατικά σωματικής κακοποίησης. Επιπλέον οι κοινωνικοί λειτουργοί της γραμμής έχουν δεχτεί 24 καταγγελίες για σεξουαλική κακοποίηση παιδιού, 23 για συναισθηματική κακοποίηση, 22 για εξώθηση ανηλίκου σε πορνεία και 15 για εξώθηση σε επαιτεία.⁽³⁴⁾

Σύμφωνα με την UNICEF, η επικύρωση της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού πέτυχε αρκετά επιτεύγματα για την προστασία αυτών των δικαιωμάτων. Πρώτα από όλα, συνέβαλε στη μείωση του αριθμού των παιδιών κάτω από 5 ετών που πεθαίνουν κάθε χρόνο από 12,5 εκατομμύρια που ήταν το 1990 σε λιγότερα από 9 εκατομμύρια το 2008, καθώς και στην αύξηση της πρόσβασης σε βελτιωμένες πηγές πόσιμου νερού. Επίσης,

σημειώθηκε σημαντική πρόοδος όσον αφορά τη μάστιγα του AIDS σε γυναίκες και παιδιά. Ένα ανησυχητικό γεγονός είναι ότι το 2009, 500 εκατομμύρια έως 1,5 δισεκατομμύριο παιδιά είναι άμεσα ή έμμεσα θύματα βίας. Η εκμετάλευση είναι ένα φαινόμενο παγκόσμιας εμβέλειας. Συγκεκριμένα, περίπου 150 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 5-14 ετών εμπλέκονται στην παιδική εργασία, με 1,2 από αυτά να πέφτουν θύματα παράνομης εμπορίας και διακίνησης κάθε χρόνο.⁽³⁵⁾

Επίσης, από τα δεδομένα της Unicef προκύπτουν τα εξής στοιχεία σε παγκόσμιο επίπεδο:

- Σωματική κακοποίηση παιδιού :17.612.935.340 (44%)
- Σεξουαλική κακοποίηση παιδιού :101.525(3%)
- Παραμέληση -Εγκατάληψη :15.913.871.368(48%)
- Εξώθηση σε επετεία :581.023(3%)
- Εξώθηση σε πορνεία ανηλίκου :11(0%)
- Ψυχολογική -Συναισθηματική κακοποίηση :5.813(2%)⁽³⁵⁾

Επιπλέον η ανάλυση των στατιστικών στοιχείων καταδεικνύει ως θύτη σε μεγάλο ποσοστό 39% τους γονείς, σε ποσοστό 38% μόνο την μητέρα, σε ποσοστό 17 % τον πατέρα ενώ το ποσοστό 6% αφορά άλλο πρόσωπο.⁽³⁵⁾

Αναφορικά με τη σεξουαλική κακοποίηση, 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.⁽³⁶⁾

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 ¹³)	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 1 . Διακρατική συγκριτική έρευνα «σεξουαλική κακοποίηση παιδιών εντός ιδρυμάτων», www.sapibg.org

**ΤΡΙΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

3. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης

3.1. Δικαιώματα του παιδιού

Για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού έχουν θεσπιστεί η Διακήρυξη και η Σύμβαση 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 Νοεμβρίου του 1959 (Απόφαση 1386).⁽³⁷⁾

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.⁽³⁷⁾

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. 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)¹². Μέσα

στη Σύμβαση βρίσκονται τα δικαιώματα κάθε παιδιού που αφορούν την κακοποίηση και είναι τα εξής.⁽³⁸⁾

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.⁽³⁸⁾

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

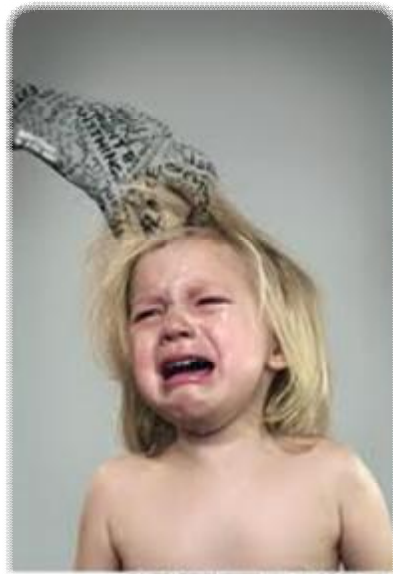
Άρθρο 21: (Προστασία οικογένειας, γάμου, μητρότητας και παιδικής ηλικίας, δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες)

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 απο 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.⁽³⁸⁾



3.2. Νομική Αντιμετώπιση της Κακοποίησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

3.2.1. 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.⁽³⁸⁾

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.⁽³⁹⁾

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 γονεϊκής 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.⁽³⁹⁾

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.⁽³⁹⁾

3.2.2. 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.⁽⁴⁰⁾

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.⁽⁴¹⁾

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».⁽⁴¹⁾

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. 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.⁽⁴²⁾

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.⁽⁴²⁾

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:

A) 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.

B) 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.

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.⁽⁴⁵⁾



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.⁽⁴⁶⁾

3.3. Φορείς πρόληψης και αντιμετώπισης παιδικής κακοποίησης

3.3.1. 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.⁽⁴⁷⁾

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.⁽⁴⁷⁾

3.3.2. 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.⁽⁴⁸⁾

3.3.3. 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 παραπρωματική 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.⁽⁴⁹⁾

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.⁽⁴⁹⁾

3.3.4. 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) θελοντές βοηθούς μητέρας, γ) οικογενειακό προγραμματισμό, δ) νομική κάλυψη και ε) σε ορισμένες περιπτώσεις οικονομική βοήθεια.⁽⁴⁷⁾

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.⁽⁵⁰⁾

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.⁽⁵⁰⁾

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.⁽⁵⁰⁾

3.3.5. 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 ελληνικό χώρο, ανεξάρτητα από υπηκοότητα.⁽⁵¹⁾

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.⁽⁵¹⁾

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 – ICMC) 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.⁽⁵¹⁾

Ακόμα, το «Χαμόγελο του παιδιού» ως μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Διεθνούς Κέντρου για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά (ICMC), 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, 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).⁽⁵¹⁾

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).⁽⁵²⁾

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.⁽⁵²⁾

3.3.6. 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.⁽⁵³⁾

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.⁽⁵³⁾

3.3.7. 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.⁽⁵⁴⁾

3.3.8. 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.⁽⁵⁵⁾

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.⁽⁵⁵⁾

ΤΕΤΑΡΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή

4.1. Νοσηλευτική προσέγγιση

Αναπόφευκτα όλα τα παιδιά δοκιμάζουν αγχωτικά γεγονότα, που μπορούν να έχουν κάποιες επιπτώσεις στη συναισθηματική και φυσική τους σφαίρα. Τις περισσότερες φορές, όταν τα παιδιά εκτίθενται σε τραυματική εμπειρία που τους προκάλεσε αρνητικά συναισθήματα και στρες, μετά από ένα σύντομο διάστημα παροδικής αποσταθεροποίησης ανακάμπτουν, χωρίς να εμφανίζουν κάποια σοβαρά συνακόλουθα προβλήματα. Ωστόσο, υπάρχουν φορές που οδυνηρά ή ιδιαίτερα γεγονότα, όπως η κακοποίηση, η ενδοοικογενειακή βία, η απειλή από ακραία φυσικά φαινόμενα ή η διαμονή σε εμπόλεμη ζώνη βιώνονται «τραυματικά» και έχουν σοβαρές και μακροχρόνιες συνέπειες ιδιαίτερα στα παιδιά, καθορίζοντας την ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη και υγεία με αποτέλεσμα να απειλείται σοβαρά η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, όταν τα παιδιά έχουν βιώσει με ένταση εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις που θεωρούνται «τραυματογόνες» και οι εκδηλώσεις από αυτές συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή φαίνεται ότι παραμένουν, χρειάζονται ουσιαστική βοήθεια με συνεχή υποστήριξη από το περιβάλλον τους και ειδική φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας.⁽⁵⁶⁾



Υποστηρίζεται ότι τα συμπτώματα που σχετίζονται με τραύμα που εμφανίζεται μετά από φυσικές καταστροφές υποχωρούν ταχύτερα σε σχέση με τα συμπτώματα που εμφανίζονται ύστερα από τη βίωση καταστάσεων διαπροσωπικής βίας. Οι νοσηλευτές ως

επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Ειδικότερα, ανιχνεύουν και εντοπίζουν την προειδοποιητική μετατραυματική συμπτωματολογία σε παιδιά και η δραστηριοποίησή τους αφορά στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών, παρέχοντας σε αυτά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύοντας την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους. Επιπλέον, οι κοινοτικοί, οι κλινικοί και οι σχολικοί νοσηλευτές μέσα από το εξειδικευμένο επαγγελματικό τους έργο έχουν τη δυνατότητα να διασυνδέουν τα παιδιά με ειδικούς, να ενημερώνουν και να συνεργάζονται, καθώς και να κατευθύνουν συμβουλευτικά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για τη στήριξή τους, την ανάκτηση της λειτουργικότητάς τους και την αποκατάστασή τους σε ψυχολογικό και σε κοινωνικό επίπεδο.⁽⁵⁷⁾

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η εκτίμηση των συναισθηματικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών του παιδιού μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αποτελούν τον οδηγό για το σχεδιασμό της φροντίδας του, καθώς και για τις θεραπευτικές εξατομικευμένες επιλογές που θα ακολουθηθούν. Ακόμη, πολλές φορές είναι απαραίτητο να παρασχεθεί επαγγελματική υποστήριξη με την ενδεδειγμένη για την περίπτωση του παιδιού θεραπευτική προσέγγιση (ατομική, οικογενειακή ή ομαδική) που θα επιλεγεί μετά από εκτίμηση του «τραύματος», του αναπτυξιακού του σταδίου, αλλά και των δυνατοτήτων του. Οι κύριοι στόχοι κάθε ατομικής θεραπευτικής παρέμβασης και συλλογικής προσπάθειας για τη φροντίδα των παιδιών είναι η πρόληψη της συμπτωματολογίας, η άμβλυνση των συμπτωμάτων που αναπτύχθηκαν μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος και τα ταλαιπωρούν ψυχικά αλλά και οργανικά, η ενίσχυση της αυτοέκφρασής τους για την επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος, καθώς και η επαναπροσαρμογή τους σε συνθήκες που ορίζουν τη φυσιολογική ζωή των παιδιών σε ένα κατάλληλο περιβάλλον.⁽⁵⁸⁾



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 ευαισθητοποιημένο 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 κατάγμα 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. Έγκαυμα στα πέλματα βρέφους δεν μπορεί να είναι από ατύχημα. Συχνά το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηριστικά σημάδια π.χ. νυχιές, 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.⁽⁵⁸⁾

4.2. Διάγνωση

Το «τραύμα» είναι μια οξεία κατάσταση που συμβαίνει αιφνίδια, κατακλύζει το άτομο από ένταση και πλήθος συναισθημάτων που διαταράσσουν την ψυχική του σφαίρα, καθώς και τη συμπεριφορά του και έχει ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική του κατάρρευση. Μπορεί ωστόσο, το «τραύμα» να παραμένει ως μια συσσωρευμένη, σιωπηλή οδυνηρή εμπειρία με αντιδράσεις που δεν είναι πάντα θορυβώδεις και εμφανείς, αλλά με σοβαρές, βαθιές και μακροχρόνιες συνέπειες.⁽⁵⁹⁾

Η παρουσία μετατραυματικής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά εντάσσεται στα πλαίσια της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας και συνδέεται με την έκθεση σε εξαιρετικά δύσκολες, ακραίες και ανυπέρβλητες συναισθηματικά εμπειρίες από τις οποίες απειλήθηκαν σοβαρά τα ίδια ή και άλλοι με αποτέλεσμα να προκληθούν βλάβες με μακροχρόνιες συνέπειες στη συναισθηματική, ψυχική και σωματική τους ευεξία. Η μετατραυματική ψυχοπαθολογία περιλαμβάνει τη διαταραχή στρες, τις φοβίες, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές διαγωγής, τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, τη διάσπαση προσοχής, την κατάθλιψη, τις διαταραχές ύπνου, καθώς και τη χρήση ουσιών όταν το παιδί προσεγγίζει την προεφηβεία.⁽⁶⁰⁾

Η αντίδραση στο ψυχικό τραύμα ως διαταραχή στρες, συχνά εισβάλλει ύπουλα και μπορεί να εμφανιστεί εβδομάδες, μήνες ακόμη και χρόνια μετά από την έκθεση σε αγχογόνο εμπειρία. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν αρκετές ημέρες, εβδομάδες ή πολύ περισσότερο και να κορυφωθούν βαθμιαία. Είναι τεκμηριωμένο ότι τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες μπορεί να παραμείνουν για πολύ καιρό και εάν δεν αντιμετωπισθούν στην έναρξή τους με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να οδηγήσουν με την πάροδο του χρόνου σε σοβαρές καταστάσεις.⁽⁶⁰⁾

Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν το πλήρες φάσμα των μετατραυματικών εκδηλώσεων, αλλά ωστόσο, με διαφορετικό τρόπο από ότι οι ενήλικες, οι οποίες εξαρτώνται από την προσωπικότητα του παιδιού, την ηλικία και το αναπτυξιακό του στάδιο. Συνήθως, τα παιδιά μετά το «τραύμα» εμφανίζουν ταραγμένη ή συγκεχυμένη συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος συμπεριφορικών αντιδράσεων.⁽⁶¹⁾ Οι αιφνίδιες και επίμονες παρεμβολές στη σκέψη του παιδιού και η ανάκληση δυσάρεστων αναμνήσεων και σκηνών από το τραυματικό γεγονός, πυροδοτούν την αναβίωση του συμβάντος (παρεισφρητική επαναβίωση) από την οποία το παιδί συγκλονίζεται και ταλαιπωρείται. Η επαναβίωση του «τραύματος» μπορεί να

συμβεί ακόμη από κάτι που θα λειτουργήσει ως αφορμή, όπως είναι ένας ήχος, μια εικόνα, ορισμένες λέξεις ή μια μυρωδιά ώστε να θυμίσει το αρχικό τραυματικό γεγονός. Σε παιδιά μικρής ηλικίας παρατηρείται ότι στο παιχνίδι τους περιλαμβάνεται η επίμονη επανάληψη πτυχών της τραυματικής εμπειρίας που τα απασχολεί. Καθώς αναπτύσσεται η μετατραυματική διαταραχή, τα παιδιά νοιώθουν να κατακλύζονται από αισθήματα ανεξέλεγκτου άγχους, ενοχών, αυτομομφής, ανικανότητας, αβοηθησίας, φρίκης, θυμού, ντροπής, θλίψης και απόγνωσης, τα οποία τα ακινητοποιούν και προδιαγράφουν την πορεία τους προς τη κατάθλιψη ή τη διαταραχή προσωπικότητας.⁽⁶²⁾



Επίσης, η αυξημένη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στα παιδιά μετά το «τραύμα» εκδηλώνεται με υπερδιέγερση και υπερβολική αντανάκλαστική ανταπόκριση, δηλαδή ανεξέλεγκτη αντίδραση ξαφνιάσματος σε σειρήνες συναγερμών, σε απότομους θορύβους ή σε απτική επαφή, με έντονες φοβικές αντιδράσεις, αλλά και με υπερεπαγρύπνηση και ευερεθιστότητα που συνοδεύεται με εκρήξεις θυμού. Η υπερεπαγρύπνηση μπορεί να εμφανισθεί ως ψυχαναγκαστικός έλεγχος της ασφάλειας της πόρτας του σπιτιού ή υπερβολική ανησυχία για την υγεία των ατόμων από τα οποία εξαρτώνται και τα φροντίζουν, ενώ τα ξεσπάσματα θυμού και η ευερεθιστότητα μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες αναφορικά με τη διατήρηση σχέσεων με τους συμμαθητές και σε συγκρούσεις με τους γονείς και τους δασκάλους. Επιπλέον, τα «τραυματισμένα» παιδιά εμφανίζουν ελλειμματική προσοχή και φτωχή συγκέντρωση που συχνά οδηγούν σε χαμηλή επίδοση στο σχολείο, σε ατυχήματα, καθώς και σε απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε απολάμβαναν.⁽⁶³⁾

Επειδή τα παιδιά σε υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος συνήθως αναστατώνονται ή έχουν έντονες αντιδράσεις προσπαθούν να αποφεύγουν συζητήσεις, δραστηριότητες, άτομα και χώρους που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία, αλλά ωστόσο, παράλληλα μπορεί να εμφανίζουν αδυναμία μνήμης για συγκεκριμένες πτυχές που αφορούν το τραυματικό γεγονός. Ακόμη, ενδεχομένως να έχουν δυσκολία επέλευσης και διατήρησης του ύπνου, ο οποίος είναι ανήσυχος επειδή αναβιώνουν την τραυματική εμπειρία με εφιάλτες, να κλαίει πολύ συχνά, αλλά και να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές (ανορεξία - βουλιμία), ενώ δεν είναι σπάνια η παρουσία σωματικών εκδηλώσεων όπως κεφαλαλγία, αίσθημα ζάλης, κοιλιακό άλγος, τάση για εμετό, αιφνίδια ταχύπνοια ή αίσθημα ασφυξίας και εφίδρωση Σε επαναλαμβανόμενη δοκιμασία τραυματικών καταστάσεων τα παιδιά φαίνονται πιεσμένα ή και αποσυρμένα. Κάποιες φορές εμφανίζονται με μειωμένη συναισθηματική απαντητικότητα ή με αποσύνδεση από τα συναισθήματά τους, δίνοντας την εντύπωση ότι είναι αποκομμένα από όσα συμβαίνουν γύρω τους και αναπτύσσουν ένα είδος ασυναισθηματικής προσέγγισης των καταστάσεων και των προσώπων που καλείται διαχωρισμός για να μπορέσουν να «παγώσουν» και να ελέγξουν τον ψυχικό τους πόνο.⁽⁶⁴⁾



Τα παιδιά ακόμη μπορεί να εκδηλώσουν απρόβλεπτη, παρορμητική, παρακινδυνευμένη, και κάποιες φορές αυτοκαταστροφική ή ακόμη και αυτοκτονική συμπεριφορά. Γενικά, οι συμπεριφορικές αντιδράσεις των παιδιών με μετατραυματική διαταραχή κυμαίνονται από την ακραία παθητικότητα ή τη μειωμένη συναισθηματική απαντητικότητα, έως και τα ξαφνικά ξεσπάσματα με την εκδήλωση ακραίων και δύσκολα ελεγχόμενων αντιδράσεων. Αυτό το φάσμα των εκδηλώσεων που συνθέτει τη συμπτωματολογία της διαταραχής μπορεί να εμφανίζεται σε μεγάλη ένταση και τόσο συχνά, με αποτέλεσμα να επηρεάζει την καθημερινότητα των παιδιών και να καθορίσει τη

μελλοντική τους ψυχολογική και νευροβιολογική τους εξέλιξη. Συνεπώς, η διαταραχή στα παιδιά είναι μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση που συνοδεύεται με εκδηλώσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και συνδέεται με τον αντίκτυπο των τραυματικών βιωμάτων της παιδικής ηλικίας, αποτελώντας την αιτιολογική βάση ενός μεγάλου φάσματος παθολογικών συμπεριφορών και ψυχικών διαταραχών που επηρεάζουν και τη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.⁽⁶⁵⁾

Όταν στα παιδιά τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής υποτιμηθούν, μπορεί να υπάρξουν άμεσες συνέπειες, όπως δυσπροσαρμοστικές διαταραχές, φοβίες, ψυχοσυναισθηματικές και αναπτυξιακές καθυστερήσεις, διατροφικές διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες και εξαιρετικά χαμηλές σχολικές επιδόσεις, καθώς και εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικότητας και αυτοκτονικότητας. Επίσης, το «τραύμα» στην παιδική ηλικία και η εμπέδωση της συμπτωματολογίας του έχει συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών, τη διαταραχή προσωπικότητας, την κατάθλιψη, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη συμπεριφορά με παρανοϊκά στοιχεία και γενικότερα με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Ακόμη, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν μετατραυματική συμπτωματολογία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν στο μέλλον σωματικές ασθένειες (σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, ινομυαλγία, ισχαιμική καρδιοπάθεια, άσθμα, καρκίνος, μυοσκελετικά προβλήματα) που έχουν συσχετισθεί με το «τραύμα». Επιπλέον, η παραβατική συμπεριφορά, καθώς και η ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά έχει συνδεθεί με την έκθεση σε σοβαρό τραυματικό γεγονός και βρέθηκε ότι το 77% ανήλικων παραβατών που ήταν κορίτσια είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Επιπρόσθετα, η διάπραξη εγκληματικών ενεργειών φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής στην παιδική ηλικία. Τέλος, τα παιδιά με μετατραυματική διαταραχή διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο για εγκατάσταση μόνιμων νευροβιολογικών αλλαγών με την έννοια της “βλάβης” στο μεσολόβιο ή τυλώδες σώμα στον αριστερό νεοφλοιό, στον υπόκαμπο (οργάνωση και αποθήκευση πληροφοριών για τη μακροπρόθεσμη μνήμη), και στην αμυγδαλή του εγκεφάλου (διαμόρφωση συναισθηματικών αναμνήσεων).⁽⁶⁶⁾



Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρότι οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με «τραύμα»⁴⁴. Οι νοσηλευτές που προσεγγίζουν και νοσηλεύουν παιδιά μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές ανάλογα με τα επαγγελματικά δικαιώματα και τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται.⁽⁶⁷⁾

4.3. Νοσηλευτικό ιστορικό

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας στα παιδιά έχει ιδιαίτερες προκλήσεις. Είναι σημαντικός ο προσδιορισμός του αιτιολογικού παράγοντα και των παραμέτρων του «τραύματος», των πρώτων αντιδράσεων του παιδιού μετά από την έκθεσή του στο τραυματικό γεγονός, του φάσματος της συμπτωματολογίας που έχει αναπτυχθεί, καθώς και του κινδύνου ύπαρξης συνθήκης επαναληπτικής βίωσής του. Αρχικά, ο νοσηλευτής χρειάζεται να συγκεντρώσει με το νοσηλευτικό ιστορικό στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν στο παιδί από κάθε πηγή που είναι διαθέσιμη, αφού ελέγξει πρώτα την αξιοπιστία της.⁽⁶⁸⁾



Η συλλογή στοιχείων εστιάζεται στην προσωπικότητα του παιδιού, στις δυσκολίες και στις δυνατότητές του, στο περιβάλλον που διαβιεί, στη σχολική του επίδοση, στις σχέσεις του με τους άλλους (γονείς, αδέρφια, συμμαθητές και δασκάλους), στις τυχόν δυσχέρειες που αντιμετώπιζε στην καθημερινότητά του και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούσε όταν αντιμετώπιζε δυσκολίες. Επιπρόσθετα, λαμβάνονται πληροφορίες για την ύπαρξη σωματικών, ψυχικών και διανοητικών προβλημάτων, το ενδεχόμενο θυματοποίησης ή κακοποίησης του από τους γονείς ή από άλλα ενήλικα άτομα, ή ακόμη και από τους συμμαθητές του, το βαθμό επίβλεψης που υπήρχε από τους γονείς, το καθημερινό πρόγραμμα που ακολουθούσε, τις συνήθειες που είχε πριν από τη βίωση του τραυματικού γεγονότος, καθώς και τις δραστηριότητες που προτιμούσε. Οι νοσηλευτές χρειάζεται πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους την εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς και τους φροντιστές, όταν αναφέρονται σε καταστάσεις ή γεγονότα κατά τη λήψη ιστορικού. Συνεπώς, αν αυτό είναι δυνατόν, επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία του νοσηλευτή με το παιδί και είναι απαραίτητο να γίνεται πάντα λεπτομερειακή καταγραφή των παρατηρήσεων, ώστε να υπάρχουν ολοκληρωμένα και επαρκή στοιχεία για να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση εξατομικευμένου προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα ενσωματωθεί στην καθημερινότητά του, ώστε να μην προκύψουν προβλήματα προσαρμογής.⁽⁶⁹⁾

4.4. Νοσηλευτική εκτίμηση

Η παρουσία μετατραυματικής συμπτωματολογίας που συνδέεται με την έκθεση του παιδιού σε ακραίες καταστάσεις ή τη βίωση εμπειριών από τις οποίες απειλήθηκε σοβαρά και προκλήθηκαν βλάβες στην συναισθηματική, ψυχική και σωματική του ευεξία δεν εντοπίζεται άμεσα, εκτός εάν πραγματοποιηθεί λεπτομερής εκτίμηση. Η διεξοδική εκτίμηση αφορά στην αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού για να προσδιορισθούν τα τρέχοντα προβλήματα και οι άμεσες ανάγκες του παιδιού, αλλά και της οικογένειας με σκοπό τη διαμόρφωση των στόχων της θεραπευτικής προσέγγισης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα επιλεγούν, αφού σταθμιστούν τα δυνητικά οφέλη έναντι των ενδεχόμενων κινδύνων.⁽⁷⁰⁾

Η εκτίμηση της εκδήλωσης μετατραυματικής απάντησης στο παιδί και ο εντοπισμός των δυσκολιών που έχουν προκύψει, αφορούν στα προβλήματα που υπάρχουν αναφορικά με το ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό στάδιο, στη δυσλειτουργία σε διαπροσωπικό επίπεδο, στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, στο χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, στην ανεπαρκή διαδραστική επικοινωνία και διαταραχή συναισθήματος, στο έλλειμμα προσοχής και στη δυσκολία συγκέντρωσης, στην εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων και στις ανάγκες που έχουν ανακύψει αναφορικά με τη κάλυψη συναισθηματικών αναγκών της ηλικίας του. Επίσης, η εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί, δηλαδή αν φαίνεται ανήσυχο, στεναχωρημένο, αποσυρμένο και σε μαρασμό, χαρούμενο και επικοινωνιακό, είναι αλάνθαστη πηγή πληροφόρησης και δηλώνει πολλά για όσα βιώνει. Γενικά, η προσεκτική παρατήρηση που αφορά στις αιφνίδιες μεταβολές της συμπεριφοράς, της διανοητικής κατάστασης και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης των μικρών παιδιών που δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν πάντα με λόγια τι έχει συμβεί ή πως αισθάνονται, έχει σημαντική θέση στην εκτίμησή της κατάστασής τους και αποτελούν αναφορές στη μετατραυματική συμπτωματολογία. Ωστόσο, στο επίκεντρο της εκτίμησης είναι αναγκαίο πάντα να βρίσκεται η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς /φροντιστές με τους οποίους το παιδί θα συνεχίσει να ζει μαζί τους.⁽⁷¹⁾

Η συστηματική επανεκτίμηση του παιδιού και των γονέων θα πρέπει να διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα για την αναθεώρηση των θεραπευτικών στόχων και τον επαναπροσδιορισμό της θεραπείας προόδου και της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο βασικός στόχος είναι η επαναφορά της λειτουργικότητας και της μακροπρόθεσμης ευημερίας του παιδιού με την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων.⁽⁷²⁾

4.4.1. 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.⁽⁷³⁾

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.⁽⁷³⁾

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.⁽⁷⁴⁾

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου η συνεργασία με τους γονείς, παρά 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.⁽⁷⁴⁾



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).⁽⁷⁵⁾

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.⁽⁷⁶⁾

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.⁽⁷⁶⁾

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.⁽⁷⁶⁾

4.4.2. 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.⁽⁷⁷⁾

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.⁽⁷⁷⁾

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.⁽⁷⁸⁾

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 συμβάλει στο πέρασμα από την κρίση της αποκάλυψης στην ανακούφιση της αντιμετώπισης.⁽⁷⁹⁾



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.⁽⁷⁹⁾



Εφόσον 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.⁽⁷⁹⁾

4.5. Πρόληψη

Η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι ένα θέμα κεφαλαιώδους σημασίας στη φροντίδα των παιδιών και συνεπώς, των μελλοντικών ενηλίκων. Γι' αυτό και η σημαντικότερη προσέγγιση για την αντιμετώπισή της θεωρείται η πρόληψη της ανάπτυξης και της εγκατάστασης μετατραυματικών εκδηλώσεων, μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος. Το βασικό υποστηρικτικό σύστημα που διαπιστωμένα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης της διαταραχής, αλλά και στη διαχείριση της κρίσης είναι η οικογένεια ή το πλαίσιο που υποκαθιστά την οικογένεια και φροντίζει παιδιά π.χ. ανάδοχη οικογένεια, ορφανοτροφείο.⁽⁸⁰⁾



Ο κοινοτικός και ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται να εντάσσει προγράμματα πρόληψης μετατραυματικής διαταραχής εντός της κοινότητας ή στο τοπικό σχολικό σύστημα αντίστοιχα, αλλά χρειάζεται επιπλέον, όπως ο κλινικός νοσηλευτής και ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών, καθώς και αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περιστάσεις μαζικών καταστροφών να γνωρίζει τρόπους ανίχνευσης, εντοπισμού και εκτίμησης των πρώιμων συμπτωμάτων σε παιδιά, ώστε να προλαμβάνεται η κλιμάκωσή τους. Επειδή το σχολείο αποτελεί ιδιαίτερο χώρο κοινωνικής και διαπροσωπικής ανάπτυξης του παιδιού, ο σχολικός νοσηλευτής μέσα από τα επαγγελματικά του δικαιώματα και τον εξειδικευμένο ρόλο που έχει, χρειάζεται να διασυνδέει άμεσα με τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας τα παιδιά για τα οποία υπάρχει το ενδεχόμενο ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τις οικογένειές τους, να ασκεί συμβουλευτική νοσηλευτική και να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς και το περιβάλλον των παιδιών για την πρόληψη εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας.⁽⁸¹⁾

Επιπλέον, ο σχολικός νοσηλευτής σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, τα παιδιά και τους γονείς τους έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στο περιορισμό του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού (bullying) που συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής, επειδή ασχολείται με τη φροντίδα παιδιών που εξ ορισμού προέρχονται από δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον και έχουν βιώσει δύσκολες καταστάσεις (παραμέληση, απουσία γονεϊκής στοργής) με αποτέλεσμα ο κίνδυνος εμφάνισής της να είναι μεγάλος.⁽⁸²⁾

Ο νοσηλευτής, ως μέλος ομάδας παρέμβασης σε μαζικές καταστροφές, συμβάλει ενεργά στην πρόληψη των εκδηλώσεων του τραύματος, εντοπίζοντας παιδιά που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας π.χ. παιδιά που κινδύνεψε η ζωή τους ή έχουν μείνει χωρίς γονείς. Σε επίπεδο πρόληψης του «τραύματος» αλλά και θεραπευτικής παρέμβασης σε τραυματικά βιώματα, συμπεριλαμβάνονται οι προτάσεις για παιδικά βιβλία που αφορούν στην εκπαίδευση των παιδιών με ξεχωριστό τρόπο και προσφέρουν σημαντική βοήθεια, καθώς διαχειρίζονται επώδυνα ευαίσθητα και δύσκολα ζητήματα, όπως η παιδική κακοποίηση.⁽⁸²⁾

4.6. Θεραπεία

4.6.1. Προστασία του παιδιού

Τα παιδιά με αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρείται ότι έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής στρες και κατάθλιψης, και γι' αυτό χρειάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα αναφορικά με το «τραύμα». Το «τραυματισμένο» παιδί μπορεί να παρατηρηθεί ότι επιχειρεί παράτολμα παιχνίδια ή κάνει ενέργειες που ενέχουν υψηλό βαθμό κινδύνου, υιοθετώντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό ή αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σοβαρά την ασφάλειά του. Προτεραιότητα για το νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού που βίωσε τραυματικό γεγονός με την εκτίμηση και την πρόληψη παρακινδυνευμένης, αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των κινδύνων που ενδεχομένως διατρέχει από ένα μη ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιεί. Επιπλέον, λόγω της ελλειμματικής προσοχής και της αδυναμίας συγκέντρωσης ενδεχομένως να είναι επιρρεπές σε ατυχήματα γι' αυτό επιβάλλεται να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος.⁽⁸³⁾

Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο για αυτούς τους λόγους να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με την επίβλεψη - επιτήρηση του παιδιού, διατηρώντας ταυτόχρονα λεπτές ισορροπίες στη χρήση περιορισμών, τους οποίους θέτουν για την ασφάλεια και την προστασία του, ώστε να αποφευχθεί ο εκ νέου «τραυματισμός» του. Το νοσηλευόμενο παιδί με «τραύμα» χρειάζεται προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του και η εξασφάλιση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνεται με την προσωπική ανάθεσή του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή. Ωστόσο, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, καθώς προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών-παιδοψυχιατρικών θεραπευτικών δομών, αλλά και επικαιροποιημένη γνώση σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εφαρμογές και σε θεραπευτικές επικοινωνιακές - συμβουλευτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών βασισμένης σε ενδείξεις.⁽⁸³⁾

4.6.2. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος εντάσσεται μέσα σε κάθε θεραπευτικό σχεδιασμό με σκοπό το παιδί που νοσηλεύεται να αντλεί αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας. Ειδικότερα

χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση του συναισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στο παιδί, μέσα στο διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον που το πλαισιώνει, δίνοντάς του ευκαιρίες για περισσότερη έκφραση και λόγο. Επειδή το «τραυματισμένο» παιδί είναι ευάλωτο σε κάθε είδους αναπάντεχες ανατροπές και αιφνιδιασμούς, η διατήρηση των ρυθμών της καθημερινότητας με σταθερότητα, συνέπεια και προβλεψιμότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις του θεραπευτικού περιβάλλοντος που το πλαισιώνει και το βοηθούν να μη βιώνει ανασφάλεια, φόβο και πανικό. Επίσης, σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να προετοιμάζεται κατάλληλα για κάθε επώδυνη διαγνωστική εξέταση ή επέμβαση, με εξηγήσεις για τη διάρκειά της, αλλά και για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που θα προκληθεί, ώστε να μειώνεται η επιπρόσθετη ψυχολογική και συναισθηματική του επιβάρυνση.⁽⁸⁴⁾

Η διαχείριση του σωματικού πόνου σε παιδί με «τραύμα» αποτελεί μια μορφή δευτερογενούς πρόληψης της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ώστε να μη λειτουργήσουν οι επώδυνες εμπειρίες νοσηλείας συσσωρευτικά στο «τραύμα» και επιβαρυνθεί η κατάστασή του. Όταν το παιδί παραμένει στο σπίτι, κάποιες φορές είναι δύσκολο να δομηθεί περιβάλλον που να του παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα και στην περίπτωση αυτή είναι πολύ βοηθητικό να παρέχονται συμβουλευτικές κατευθύνσεις στα άτομα που το φροντίζουν. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση και για το λόγο αυτό συχνά προτείνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και ενίσχυση της ικανότητάς τους να υποστηρίξουν και να φροντίζουν αποτελεσματικά το «τραυματισμένο» παιδί, αλλά και για να μπορούν να του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον.⁽⁸⁴⁾

4.6.3. Κάλυψη διατροφικών αναγκών

Στη μετατραυματική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, υπερφαγία), οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται στην έναρξή τους. Είναι απαραίτητο για ένα παιδί που είναι ταραγμένο, καταπονημένο και οι μεταβολικές του ανάγκες είναι αυξημένες από την απελευθέρωση των ορμονών του στρες, όπως η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες, να ακολουθεί σωστό και ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα. Συχνά το θέμα των διατροφικών αναγκών δεν εντάσσεται στις προτεραιότητες φροντίδας του παιδιού με αποτέλεσμα να δίνεται περισσότερη έμφαση και προσοχή στις δυσκολίες που εμφανώς αντιμετωπίζει ή στις εκδηλώσεις που έχει επειδή φαίνεται αναστατωμένο ή αποσυρμένο. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρατηρεί αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο

διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης, καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας. Η δυνατότητα επιλογής από το ίδιο το παιδί των φαγητών που προτιμά, πολλές φορές λειτουργεί ως κίνητρο για την κάλυψη των διατροφικών του αναγκών και παράλληλα το βοηθά στην ανάκτηση του χαμένου ελέγχου, εφόσον του παρέχεται η ευκαιρία έκφρασης άποψης και επιλογής για θέματα που το αφορούν.⁽⁸⁵⁾

4.6.4. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός

Οι διαταραχές ύπνου συμπεριλαμβάνονται στις σοβαρές δυσκολίες που εμφανίζει ένα παιδί με μετατραυματική απάντηση. Εκτός από την αϋπνία και τους εφιάλτες, το παιδί αναπτύσσει άγχος όταν είναι η ώρα να κοιμηθεί, με αποτέλεσμα συχνά να παραμένει ξύπνιο για να ελέγχει το περιβάλλον, αλλά και για να αποφεύγει τη δυσφορία που του προκαλούν οι εφιάλτες. Ο νοσηλευτής για να διευκολύνει τον ύπνο του παιδιού φροντίζει να κλείνει την ημέρα του διασυνδέοντάς το με ένα ευχάριστο πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Όταν το παιδί είναι σε μικρή ηλικία ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του μέχρι να κοιμηθεί, διαβάζοντάς του ένα παραμύθι με αισιόδοξο περιεχόμενο και θετικό τέλος. Επίσης, δεν παραλείπει να το διαβεβαιώσει ότι θα βρεθεί αμέσως στο δωμάτιό του για ό,τι χρειαστεί, καλύπτοντας την ανάγκη του για ασφάλεια και προστασία.⁽⁸⁶⁾

Επειδή, για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών, ο νοσηλευτής χρειάζεται όχι μόνο να υποθέτει πως βίωσε ένα παιδί το τραύμα, αλλά και να γνωρίζει πως το έζησε το ίδιο, πως το ερμήνευσε, καθώς και ποιες διαστάσεις του έχει δώσει, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες θεραπευτικών τεχνικών προσέγγισης, ενσυναισθητική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής με τη θεραπευτική επικοινωνία βοηθά στην ανάπτυξη και στη χρήση κατάλληλου και συναισθηματικού λεξιλογίου από το παιδί, που το διευκολύνει στην ομαλοποίηση της έκφρασης των σκέψεών του και της λεκτικοποίησης των συναισθημάτων του.⁽⁸⁶⁾



Ωστόσο, δεν μπορεί να αναμένεται από το παιδί να μην αισθάνεται αναστατωμένο όταν συμβαίνει να γίνονται έστω απλές ή τυχαίες νύξεις για το γεγονός που έχει βιώσει, ζώντας ακόμη στο απόηχο του «τραύματος». Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς κανένα ίχνος κριτικής, τις οποίες εκδηλώνει ως απόρροια της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της παλινδρομημένης συμπεριφοράς που πολλές φορές αναπτύσσει επειδή έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι λειτουργεί σε προηγούμενες ασφαλέστερες περιόδους της ζωής του, έχουν θεραπευτική επίδραση και το βοηθούν να εμπιστευτεί τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που του προσφέρουν. Επιπρόσθετα, η κατανόηση και η αποδοχή ως κύρια συστατικά της ενσυναισθητικής επικοινωνίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντάς του ευκαιρίες για λεκτική επικοινωνία, σε ένα περιβάλλον που αποδέχεται όλο το φάσμα των εκδηλώσεων και των συναισθημάτων του. Συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το τραυματικό γεγονός προκλήθηκε από δική τους ευθύνη δημιουργώντας τα αισθήματα ενοχής. Γι' αυτό η παροχή εξηγήσεων στο παιδί χρειάζεται να γίνεται με απλό και ενσυναισθητικό λόγο για να του δοθεί μία κατανοητή και κατάλληλη για την ηλικία του ερμηνεία. Πολλές φορές ακόμη, η χρήση αλληγορικού και παραβολικού λόγου μπορεί να συμβάλει στο να δοθεί μια επαρκής εξήγηση στο “τραυματισμένο” παιδί για ότι συνέβη με σκοπό να το ανακουφίσει.⁽⁸⁷⁾

Το παιδί μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αισθάνεται ευάλωτο με ανίσχυρη βουλητική ικανότητα καθώς έχει την αίσθηση της απώλειας ελέγχου και της αδυναμίας να ορίσει καταστάσεις που το αφορούν, επειδή έχει διαμορφώσει μια εικόνα του κόσμου, στον οποίο δεν υπάρχει η έννοια της ασφάλειας. Όταν μάλιστα έχει υποστεί διαπροσωπική βία, λόγω της επιφυλακτικότητας που διατηρεί προς τους ανθρώπους δεν μπορεί να αναπτύξει κατάλληλες και ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η παρουσία αγαπημένων προσώπων

που το παιδί εμπιστεύεται, όταν χρειάζεται να νοσηλευθεί ή να του παρασχεθεί φροντίδα μετατραυματικά στο σπίτι, του ενισχύουν το αίσθημα της ασφάλειας και της σιγουριάς, επειδή αισθάνεται ότι αν χρειαστεί θα υπάρχει κάποιος που θα το προστατεύσει. Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής που φροντίζει παιδιά μετά από τραυματική εμπειρία, χρειάζεται να έχει το προφίλ ενήλικα που μόνο και με την παρουσία του μπορεί να παρέχει ασφάλεια και να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Επιπλέον, αρκετές φορές λειτουργεί θεραπευτικά, ανάλογα με το τύπο του «τραύματος», η ανάληψη της φροντίδας του παιδιού από μια γυναίκα νοσηλεύτρια και ένα άνδρα νοσηλευτή, επειδή η νοσηλευτική προσέγγιση με τη μορφή αυτή υποκαθιστά το γονεϊκό πρότυπο.⁽⁸⁷⁾



Οι νοσηλευτές χρειάζεται να μεριμνούν, ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση του παιδιού στον έλεγχο της ζωής του, παρέχοντάς του ευκαιρίες για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα του, γεγονός που το ενδυναμώνει και το βοηθά να ανακτήσει τη χαμένη εμπιστοσύνη στο εαυτό του. Επίσης, με την ενίσχυση της ανάκλησης και της αφήγησης εμπειριών ασφάλειας, αλλά και ικανοτήτων επίτευξης από το παιδί, παρέχεται η δυνατότητα της ενεργοποίησης της αίσθησης ελέγχου και της πεποίθησης ότι μπορεί να υπερασπιστεί και να προστατεύσει σε ανάλογες περιστάσεις τον εαυτό του. Επιπλέον, το παιδί επιτυγχάνει την ανάπτυξη της αίσθησης του ελέγχου, όταν μέσα από δραστηριότητες που γίνονται σαν παιχνίδι κατορθώσει να αποκτήσει προσαρμοστική συμπεριφορά και να εξοικειωθεί με τρόπους αντιμετώπισης κινδύνων π.χ. να μάθει που θα αναζητήσει βοήθεια καλώντας ένα κατάλληλο τηλεφωνικό νούμερο ή αναζητώντας άμεσα κάποιο άτομο ή υπηρεσία. Ένας άλλος ενδεδειγμένος και αποτελεσματικός τρόπος αποκατάστασης της αίσθησης ελέγχου και δύναμης από το παιδί είναι να ενθαρρύνεται να «φροντίζει» το ίδιο άλλους, επειδή αυτό δρα ψυχοπροστατευτικά και επιτελεί καθοριστικό ρόλο στη μετατροπή του αισθήματος «τραυματικής αβοηθητότητας», σε προσφορά αρωγής και προσωπικής δύναμης. Όταν τα

παιδιά αισθάνονται ότι κάνουν κάτι με το οποίο θα προσφέρουν ανακούφιση, όπως να φροντίσουν ένα ζώακι ή να βοηθήσουν κάποιο άλλο παιδί που βρίσκεται σε δύσκολη θέση, στην ουσία φροντίζουν και θάλπουν τον εαυτό τους.⁽⁸⁸⁾

Τα παιδιά αποφεύγουν να αναφέρονται σε τραυματικά γεγονότα, ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούν θέματα βίας στην οικογένεια. Επειδή ένα παιδί δεν έχει την εμπειρία ζωής και συνεπώς δε διαθέτει την ικανότητα όπως ένας ενήλικας να ερμηνεύει κατάλληλα τα γεγονότα και να λεκτικοποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, οι νοσηλευτές φροντίζουν ώστε το παιδί να εκπορεύει αυτό που το απασχολεί, με όποιο τρόπο και εκφραστική δυνατότητα διαθέτει. Η εκφραστική αποτύπωση ή η λεκτική απόδοση των συγκρουσιακών εσωτερικών συναισθημάτων και του τραυματικού συγκινησιακού βάρους που βαραίνει το παιδί λειτουργεί ως κάθαρση για το ίδιο, αλλά και ως αποκωδικοποίηση των προβλημάτων και των αναγκών του για τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, τα παιδιά αφού αποτυπώσουν στις ζωγραφιές τους αυτά που τα απασχολούν μετά μπορούν να μιλήσουν για περισσότερα πράγματα και να εκφράσουν ακόμη και οδυνηρά συναισθήματα, με αφορμή την απεικόνιση των όσων έχουν βιώσει, ενώ παράλληλα θα φανερώσουν και την ερμηνεία που έχουν δώσει σε καταστάσεις και γεγονότα.⁽⁸⁹⁾

Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει ερωτήσεις σχετικά με όσα έχει σχεδιάσει το παιδί, ξεκινώντας πάντα με θέματα που δεν έχουν σχέση με τη τραυματική εμπειρία, όπως για γεγονότα πριν το τραυματικό γεγονός, ή για άτομα που ήταν εκεί πριν και κατά τη διάρκεια του. Επίσης, ένα φωτογραφικό άλμπουμ που απεικονίζει οικογενειακές στιγμές μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο στο να βοηθήσει το παιδί να αφηγηθεί την ιστορία της ζωής του όπως αυτό την αντιλαμβάνεται και να αποκαλύψει τη θέση του, καθώς και την παρουσία του μέσα στην οικογένεια όπως το ίδιο την αισθάνεται. Καθώς το συναισθηματικό υλικό αποδεσμεύεται ήπια, συνήθως, το παιδί εμφανίζει κινησιολογικά την άνεση και τον αυθορμητισμό που ταιριάζει με την ηλικία του και αναφέρεται με μεγαλύτερη ευκολία στο θέμα που το απασχολεί.⁽⁸⁹⁾

Ένα άλλο ισχυρό εκφραστικό μέσο είναι η εκδραμάτιση καταστάσεων με την οποία επιχειρείται η διαχείριση και η επεξεργασία ενδοψυχικών συγκρούσεων και μπορεί να επιτευχθεί μέσα από διαλόγους κουκλοθέατρου ή μέσα από ρόλους θεατρικού παιχνιδιού, όπου το παιδί συμμετέχει ενεργά. Όταν τα παιδιά αφηγούνται με αφορμή ένα σχέδιο που έχουν κάνει, ή το παιχνίδι με κούκλες ή μαριονέτες, ο νοσηλευτής θα πρέπει να κατευθύνει

ενεργά τη διαδικασία. Η διαχείριση των αυθόρμητων επαναλαμβανόμενων αναφορών στο περιεχόμενο του τραύματος, που συχνά κάνουν την εμφάνισή τους στο παιχνίδι των μικρών παιδιών έχει μεγάλη σημασία, επειδή με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να θεραπεύσουν το «τραύμα». Αυτή η επαναλαμβανόμενη θεματολογική αναφορά στο «τραύμα» μέσω του παιχνιδιού μπορεί να διευκολυνθεί ομαλά με τη δημιουργία ενός βιβλίου - λευκώματος μαζί με το παιδί, το οποίο θα αναφέρεται στην ιστορία της ζωής του και σε γεγονότα που έχουν συμβεί έως εκείνη τη στιγμή. Κύρια επιδίωξη είναι σ' όλες του τις εκδηλώσεις το παιδί να εκφράζεται απροσποίητα, είτε όταν μέσα από το θεραπευτικό παιχνίδι εκδραματίζει το τραυματικό γεγονός και τους φόβους του, είτε όταν ζωγραφίζει, ή είτε ακόμη όταν η ηλικία του το επιτρέπει να επιλέγει τη χρήση γραπτού αφηγηματικού λόγου για ό,τι του συμβαίνει σε ημερολόγιο ή προσωπικό βιβλίο ιστοριών. Η παροχή ευκαιριών στο παιδί, καθώς και η διευκόλυνσή του να λεκτικοποιεί τα συναισθήματά του για την τραυματική εμπειρία μέσα από ευκαιρίες έκφρασης, λειτουργεί γι' αυτό θεραπευτικά και ανακουφιστικά και επιπλέον, το προφυλάσσει από έντονες και ακραίες μετατραυματικές εκδηλώσεις.⁽⁹⁰⁾



Στην αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων εντάσσεται και η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης ή οποία εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Κατά τη θεραπευτική αυτή διαδικασία το παιδί καλείται να μιλήσει με κάθε λεπτομέρεια για το τραυματικό γεγονός, βιώνοντας τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτό και νιώθοντας σταδιακά λιγότερο φόβο για τις οδυνηρές αναμνήσεις ενώ παράλληλα επιχειρείται η ανοικοδόμηση της τραυματικής μνήμης που οδηγεί στην ύφεση της μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Η θεραπεία έκθεσης χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την αφήγηση της αυτοβιογραφικής μνήμης, η οποία είναι αποτελεσματική σε παιδιά μεγαλύτερα των οκτώ ετών. Στη διαδικασία αυτή το παιδί καλείται να περιγράψει τι συνέβη με μεγάλη λεπτομέρεια,

δίνοντας προσοχή σε ότι βίωσε αναφορικά μ' αυτό που είδε, άκουσε, μύρισε, αισθάνθηκε και σκεφτόταν κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Αρχικά, αυτό ενδεχομένως να είναι οδυνηρό, αλλά σταδιακά επιτυγχάνεται η εξοικείωση με τη διαδικασία και τα επίπεδα δυσφορίας μειώνονται σημαντικά μετά από μόλις τέσσερις συνεδρίες «έκθεσης». Όταν το παιδί φαίνεται να δυσφορεί να συμμετάσχει μετά από κάποια στιγμή σε οποιαδήποτε θεραπευτική διαδικασία γίνεται προσπάθεια να αποσπασθεί η προσοχή του σε ανώδυνα και ευχάριστα ερεθίσματα όπως τηλεόραση, βίντεο, μουσική και διαδραστικό παιχνίδι.⁽⁹¹⁾

Τα παιδιά που μπορούν να συνεργαστούν και να ακολουθήσουν λεκτικές εντολές, έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε τεχνικές χαλάρωσης, τις οποίες μπορούν να εφαρμόζουν σαν να είναι παιχνίδι για να διαχειρίζονται και να αποφορτίζουν το άγχος που βιώνουν, ιδιαίτερα τις στιγμές που αυτό τα κατακλύζει. Είναι πολύ βοηθητικό το παιδί να μάθει τις βασικές τεχνικές χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση κ.ά.) για να είναι ανεκτή η επαναβίωση της εμπειρίας του και για να μπορεί να αμβλύνει τις τραυματικές μνήμες, καθώς και τις παράλληλες σωματικές αντιδράσεις. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να εφαρμοσθούν ακόμη, ως προδιαδικαστική προετοιμασία για τη δημιουργία συνθήκης θεραπευτικής προσέγγισης και προτείνονται από τους νοσηλευτές σαν ένα διάλειμμα στις εκδηλώσεις που εμφανίζει το παιδί (αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, ταχύπνοια ή ασθματική αναπνοή), κατά τη διάρκεια της επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος. Οι αυτοανακουφιστικές τεχνικές λειτουργούν στο ίδιο σχεδόν πλαίσιο με τις τεχνικές χαλάρωσης και είναι καλό το παιδί να μάθει να τις χρησιμοποιεί πριν γίνει οποιαδήποτε αναφορά στο "τραύμα", για να έχει έλεγχο σε έντονες ψυχοσωματικές αντιδράσεις όταν συμβαίνει μνημονική ανάκληση σκηνών του τραυματικού γεγονότος. Αν το παιδί είναι πολύ μικρό και έχει γονέα ή συγγενή διαθέσιμο που του έχει εμπιστοσύνη, μπορεί να αποδεχθεί αυτές τις τεχνικές αμέσως. Αναφορικά με τη συνεργασία του νοσηλευτή με το παιδί για την εφαρμογή αυτοανακουφιστικών τεχνικών, χρειάζεται πρώτα να δομηθεί σχέση ασφάλειας και εμπιστοσύνης για να μπορέσει να του τις διδάξει, ώστε στη συνέχεια να μπορεί να τις εφαρμόζει και μόνο του. Οι αυτιανακουφιστικές τεχνικές περιλαμβάνουν, τεχνικές όπως το χάδι στο μάγουλο, το λίκνισμα, ή το σιγανό τραγούδι, έτσι ώστε τα παιδιά να μπορούν να αμβλύνουν τις τραυματικές μνήμες όταν επανεμφανίζονται και τα κατακλύζουν.⁽⁹²⁾

4.6.5. Άσκηση και δραστηριότητες

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει μέσα από το συμβουλευτικό του ρόλο τη φυσική άσκηση του παιδιού μέσα από ατομικές, αλλά και ομαδικές δραστηριότητες. Η κινητική και διανοητική συμμετοχή του παιδιού, καθώς και η επικοινωνιακή συνδιαλλαγή του μέσα από δραστηριότητες συντελούν στην απομάκρυνση του στρες αλλά και των πιεσμένων αισθημάτων του, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του, στην ανάκτηση της κοινωνικής του επάρκειας και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης σχέσεων και καταστάσεων, συντελώντας στην ομαλή αναπτυξιακή του διαδικασία.⁽⁹²⁾

4.6.6. Η μέθοδος EMDR

Η τεκμηριωμένη ερευνητικά θεραπευτική τεχνική EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του «τραύματος» και μπορεί να εφαρμοσθεί σε παιδιά παρέχοντας ουσιαστική βοήθεια. Η μέθοδος EMDR που αφορά στην οφθαλμοκινητική απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του «τραύματος» έχει θεωρηθεί μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους, η οποία μέσω κατευθυνόμενων οφθαλμικών κινήσεων ενισχύει την επεξεργασία του οδυνηρού μετατραυματικού μνημονικού υλικού, έτσι ώστε να είναι ανεκτό από το άτομο.⁽⁹³⁾

4.6.7. Εξασφάλιση κοινωνικής στήριξης

Η κοινωνική στήριξη που θα παρασχεθεί στο παιδί μετά από «τραύμα» από κοινοτικές υπηρεσίες υγείας που είναι σε θέση να του προσφέρουν συνεχιζόμενη και μακροπρόθεσμη στήριξη, χρειάζεται να συμπεριλαμβάνεται από το νοσηλευτή σε κάθε αποκαταστασιακό θεραπευτικό σχεδιασμό. Για τη διαχείριση των μετατραυματικών εκδηλώσεων των παιδιών και την επιστροφή τους στην καθημερινότητα, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των γονέων, αλλά και των ατόμων που είναι “οι σημαντικοί άλλοι” στη ζωή τους, όπως οι δάσκαλοι. Είναι πολύ βοηθητικό ο δάσκαλος να είναι ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος από τον επαγγελματία υγείας που έχει αναλάβει την επανασύνδεση του παιδιού με το σχολείο (κοινοτικός νοσηλευτής, σχολικός νοσηλευτής) για τα θέματα που το προβληματίζουν ή το φέρνουν σε δύσκολη θέση, ώστε να μπορεί να διαχειρισθεί ενδεχόμενες καταστάσεις που θα προκύψουν με επιδεξιότητα και ευαισθησία και να ανταποκριθεί με θετικό τρόπο στις ανησυχίες που τυχόν υπάρχουν, αναφορικά με θέματα απορρήτου και εμπιστευτικότητας. Η υποστήριξη και η ευαισθησία που θα δείξουν οι γείτονες, οι δάσκαλοι αλλά και οι συνομήλικοι του παιδιού είναι το αμυντικό του “ανάχωμα” στις μετατραυματικές δυσκολίες. Είναι γεγονός ότι, τα παιδιά που αντιμετωπίζονται με

κατανόηση και λαμβάνουν στήριξη από το σχολείο τους την περίοδο μετά το “τραύμα” έχουν ταχύτερη αποκατάσταση.⁽⁹⁴⁾

Η συμβουλευτική βοήθεια στα παιδιά και στους γονείς για την επιστροφή στη φυσιολογική ρουτίνα εντάσσεται μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης. Η ενθάρρυνση της επιστροφής του παιδιού στις βασικές δραστηριότητες της ηλικίας του, όπως η συνέχιση των σχολικών του υποχρεώσεων και η επανασύνδεσή του με πράγματα που συνήθιζε να κάνει και το ευχαριστούσαν, διευκολύνει και προσδιορίζει την πορεία της αποκατάστασής του. Είναι σημαντικό επίσης, να γίνει προετοιμασία του παιδιού για τις απαντήσεις που θα χρειασθεί να δώσει σε ερωτήσεις που ενδεχομένως θα του κάνουν οι συμμαθητές του, ή όποιοι άλλοι για να μην βιώσει άγχος και να μην νοιώσει αμηχανία.⁽⁹⁵⁾



4.6.8. Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή για τη χορήγηση της οποίας απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση και εκπαίδευση του γονέα και του παιδιού, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των εξουθενωτικών μετατραυματικών εκδηλώσεων και βοηθά δραστικά στην αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης που συνδέονται με το «τραύμα», καθώς και στη σταθεροποίηση του συναισθήματος του παιδιού. Σε περιπτώσεις συμπεριφορών αυτοτραυματισμού ή και σοβαρής επιθετικής συμπεριφοράς, ενδεχομένως να είναι αναγκαία και η εισαγωγή ενός νευροληπτικού παράγοντα.⁽⁹⁶⁾

4.7. Οικογένεια και παιδί με «τραύμα»

Η ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί βασικό στόχο, εφόσον πρώτα εκτιμηθούν οι περιστάσεις και η περίπτωση του παιδιού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική η συνοχή των μελών της οικογένειας, επειδή όσο ισχυρότερες είναι οι οικογενειακές σχέσεις, τόσο ηπιότερο αντίκτυπο θα έχει το «τραύμα» στη ζωή του παιδιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι οικογένειες οι οποίες διατηρούν ξεκάθαρα όρια, αποτελεσματική επικοινωνία και σταθερούς λειτουργικούς κανόνες, ενισχύουν την προσαρμοστικότητα των μελών τους σε δύσκολες περιστάσεις. Συνεπώς, χρειάζεται να γίνεται εκτίμηση της οικογένειας στο σύνολό της, αλλά και των μελών της ξεχωριστά για τον εντοπισμό τυχόν δυσλειτουργιών και για τη διαπίστωση διατιθέμενης ποιοτικής και ποσοτικής υποστήριξης. Ειδικότερα, είναι καθοριστική για τη θεραπευτική διαδικασία η εκτίμηση της σχέσης του γονέα/φροντιστή με το παιδί, των παιδαγωγικών αντιλήψεων που έχει σε θέματα πειθαρχίας και εμπιστοσύνης προς το παιδί, καθώς και της στάσης του αναφορικά με τη φροντίδα του. Επίσης, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί κατά πόσο λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις αντιδράσεις του παιδιού, αλλά και η διάθεση και η ετοιμότητά του να συμμετάσχει ουσιαστικά στη θεραπευτική διαδικασία.⁽⁹⁷⁾

Οι γονείς του παιδιού χρειάζεται να κατανοήσουν ότι πρέπει να είναι υποστηρικτικοί όταν προσπαθεί να εκφράζει ακόμη και μη λεκτικά τους φόβους του, τις ενοχές και γενικότερα τα συναισθήματα που το ταλαιπωρούν. Ακόμη χρειάζεται να αποδέχονται χωρίς κριτική και αποδοκιμασία τις αντιδράσεις του όπως είναι το κλάμα ή οι έντονες αρνήσεις, γιατί είναι τρόπος αποφόρτισης και εξισορρόπησης των συναισθημάτων του παιδιού. Σε περιπτώσεις που οι γονείς τείνουν να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα του παιδιού που έχει βιώσει τραυματικό γεγονός, επειδή θεωρούν ότι είναι παροδικά ή δεν θέλουν να αποδεχθούν τη σοβαρότητά τους, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην αναζητήσουν κατάλληλη βοήθεια, εκτός αν κάποιος ειδικός τα εντοπίσει και επισημάνει την ανάγκη για άμεση παρέμβαση. Επιπλέον, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, όταν στο «τραύμα» εμπλέκονται μέλη της οικογένειας ή πολύ κοντινά άτομα σε αυτή γιατί περιπλέκεται ο ρόλος που έχει το παιδί αναφορικά με τα άτομα αυτά, καθώς αναπτύσσονται συναισθηματικά διαταραγμένες σχέσεις, αλλά επιπλέον υπάρχει και το σοβαρό ενδεχόμενο το παιδί να τα συναντά συχνά.⁽⁹⁷⁾



Ειδικά, όταν οι νοσηλευτές καλούνται να φροντίσουν κακοποιημένα παιδιά, που για τα σημάδια κακοποίησης δίνονται παραπλανητικές εξηγήσεις όπως «το παιδί έπεσε από την σκάλα» ή «χτύπησε ενώ έπαιζε», είναι επιτακτική ανάγκη να αποκτήσουν οι γονείς επίγνωση των οικογενειακών δυσλειτουργιών. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται να διερευνηθεί η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων σε βάθος και ειδικότερα, η ύπαρξη σταθερού προστατευτικού και υποστηρικτικού πλαισίου για το παιδί για την αποφυγή επαναληπτικής βίωσης τραυματικών καταστάσεων. Η κατάσταση των περισσότερων παιδιών βελτιώνεται μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες και το άγχος και γενικότερα οι εκδηλώσεις που προκλήθηκαν από την τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν ύφεση, εάν παρασχεθεί άμεσα ή κατάλληλη φροντίδα και η συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ουσιαστική.⁽⁹⁸⁾

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). 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, ενώ εύχεται να επανορθώσει για την βίαιη πράξη του και να κάνει συγκεκριμένα βήματα ώστε να μην ξανασυμβεί κακοποίηση.⁽⁹⁸⁾



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.⁽⁹⁹⁾

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.⁽¹⁰⁰⁾

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.⁽¹⁰¹⁾

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.⁽¹⁰¹⁾

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.⁽¹⁰¹⁾



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.⁽¹⁰¹⁾

4.8. 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 εμπíπτουν 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.⁽¹⁰²⁾

**ΠΕΜΠΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

5. Νοσηλευτική διεργασία

Περιστατικό 1^ο

Ο Στράτος δύομιση ετών εισήλθε στο ίδρυμα Παιδιατρικό Νοσοκομείο στις 5/4/2010. Ενώ είχε αρχίσει να μιλά, στην ηλικία των δυο ετών ξαφνικά σταμάτησε. Άρχισε να γίνεται επιθετικός και παρουσίασε διαταραχές στον ύπνο και την διατροφή του. Μέχρι και σήμερα ο Στράτος παραμένει στο ίδρυμα και παρακολουθείται συνεχώς από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος. Αν και το χρονικό διάστημα παραμονής του στο ίδρυμα είναι μικρό παρουσιάζει σημαντική αλλαγή στην συμπεριφορά του. Η επιθετικότητα του έχει μειωθεί αρκετά, δεν απορρίπτει την τροφή του και σιγά σιγά αρθρώνει και πάλι κάποιες λέξεις. Η κακοποίηση που είχε υποστεί το παιδί από τους γονείς του ήταν έντονη.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Σταμάτησε να χρησιμοποιεί τον λόγο	Να χρησιμοποιήσει πάλι τον λόγο	Συνεργασία του νοσηλευτή με τον λογοθεραπευτή. Ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο ομιλίας του νοσηλευτή.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χαλαρός και ήρεμος τόνος της φωνής του νοσηλευτή 2. Αποφυγή σύνθετων εννοιών 3. Σύνδεση των λέξεων με πράγματα που χρησιμοποιεί 	Ξεκίνημα χρησιμοποίησης ορθού λόγου
Βίαη συμπεριφορά / επιθετικότητα	Να πάψει να συμπεριφέρεται βίαια	Αναζήτηση του αίτιου της βίαιης συμπεριφοράς και αντιμετώπιση του	<ol style="list-style-type: none"> 1. Μείωση των ερεθισμάτων που αναστατώνουν και εκνευρίζουν το παιδί 2. Απασχόληση του παιδιού με πράγματα που το ηρεμούν για την αποφυγή βίαιης συμπεριφοράς 	Βελτίωση συμπεριφοράς

<p>Διαταραχές ύπνου</p>	<p>Αποκατάσταση του φυσιολογικού ρυθμού του ύπνου σε σύντομο χρονικό διάστημα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Προετοιμασία προγράμματος για την απασχόληση του παιδιού την ημέρα 2. Ημερήσιος γραπτός προγραμματισμός ύπνου 3. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος για ύπνο 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Απασχόληση του παιδιού την ημέρα με παιχνίδι ή βόλτα πάντοτε με συνοδό για να μην μπορεί να κοιμηθεί 2. Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος: θερμοκρασία, φωτισμός, ησυχία 3. Το βράδυ αποφεύγεται το σκοτάδι γιατί μπορεί το παιδί να μην κοιμηθεί καθόλου όλο το βράδυ είτε επειδή του αρέσει είτε λόγω φόβου 	<p>Το παιδί μετά την παρέμβαση μας εγκαταλείπει την βλαβερή του συνήθεια του ημερήσιου ύπνου και έχει ως αποτέλεσμα την γενικότερη βελτίωση του</p>
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση διαφόρων βιταμινών σε 	

<p>Διαταραχές στην διατροφή</p>	<p>Αποκατάσταση επιπέδου σίτισης</p>	<p>Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με διαιτολόγο ετοιμάζει εβδομαδιαίο πρόγραμμα διατροφής έτσι ώστε να καλυφθούν όλες οι θερμιδικές ανάγκες του παιδιού</p>	<p>συνεργασία με τον γιατρό</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Τα γεύματα να είναι ελκυστικά ώστε να τα αποδέχεται πιο εύκολα 3. Τα γεύματα να δίνονται σε συγκεκριμένη ώρα 4. Να δίνεται προσοχή διότι τρώνε οτιδήποτε βρίσκεται διαθέσιμο γύρω τους 	<p>Μετά την παρέμβαση μας οι ανάγκες του αυτιστικού παιδιού καλύπτονται επαρκώς σε θερμίδες και βιταμίνες</p>
---------------------------------	--------------------------------------	---	---	---

Περιστατικό 2^ο

Η Σοφία βρέθηκε σε ηλικία 4 ετών σωματικά κακοποιημένη από την μητριά της. Στην οικογένεια μεγαλώνουν 5 παιδιά που κακοποιούνται όλα από την μητέρα. Η Σοφία βρέθηκε με χαρακιές στο πρόσωπο, καψίματα από τσιγάρο στο δέρμα, χτυπήματα από ζώνη και σπασμένο πόδι. Έμεινε δύο μήνες στο νοσοκομείο και μετά στο ίδρυμα «Το χαμόγελο του παιδιού». Στις εξετάσεις που ακολούθησαν η μητέρα αποδείχτηκε ότι πάσχει από ψυχιατρικά προβλήματα και της αφαιρέθηκε η κηδεμονία των παιδιών.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Η Σοφία είναι σε άσχημη σωματική κατάσταση με μώλωπες και πετέχειες</p>	<p>Να εξασφαλιστεί ότι δε φέρει κάποιο σοβαρό τραύμα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εξέταση από διαφόρων ειδικοτήτων γιατρούς και αποφυγή περεταίρω βλάβης 2. Βοήθεια από νοσηλευτές αν χρειαστεί στη διενέργεια εξετάσεων 	<p>Βοήθεια να αποδεχτεί το παιδί την εξέταση των γιατρών και παραπομπή του σε ειδικά εργαστήρια του νοσοκομείου για την διεκπεραίωση εξετάσεων</p>	<p>Έγινε ο έλεγχος, πραγματοποιήθηκαν οι εξετάσεις και διαπιστώθηκε ότι δεν έχει σοβαρές βλάβες</p>
<p>Η Σοφία είναι «αποσυρμένη», δεν μιλά και δεν συνεργάζεται με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, κάθεται φοβισμένη σε μια άκρη εξεταστηρίου</p>	<p>Να βοηθηθεί η Σοφία να εκφράσει τους φόβους της και να «ανοιχτεί»</p>	<p>Προσπάθεια για δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και παραπομπή σε ψυχολόγο</p>	<p>Μιλάμε στη Σοφία με ήρεμο τόνο, απλά την ακούμε και έτσι δημιουργούμε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και την προετοιμάζουμε να δεχθεί την επίσκεψη ψυχολόγου</p>	<p>Η Σοφία έχει ηρεμήσει, δεν κάθεται απομονωμένη, κάθεται δίπλα μας και όταν έρχεται ο ψυχολόγος δέχεται με κάποια επιφύλαξη να μιλήσει μαζί του</p>

<p>Η Σοφία παρουσιάζει διαταραχές ύπνου</p>	<p>Αποκατάσταση του φυσιολογικού ρυθμού του ύπνου άμεσα</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δημιουργία προγράμματος για την απασχόληση του παιδιού κατά τη διάρκεια της ημέρας 2. Ημερήσιος γραπτός προγραμματισμός ύπνου 3. Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος για ύπνο 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Απασχόληση του παιδιού την ημέρα με δραστηριότητες και με τη συμμετοχή συνοδού για να μην μπορεί να κοιμηθεί 2. Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος: θερμοκρασία, φωτισμός, ηρεμία 3. Το βράδυ αποφεύγεται το σκοτάδι γιατί μπορεί το παιδί να μην κοιμηθεί καθόλου όλο το βράδυ είτε λόγω φόβου είτε επειδή του αρέσει 	<p>Η Σοφία κοιμάται κανονικά τα βράδια, χωρίς φόβο και προβλήματα</p>
---	---	--	--	---

Αξιολόγηση οικογενειακού περιβάλλοντος	Σε όλη τη διάρκεια παραμονής των γονέων στα εξωτερικά ιατρεία, αξιολογούμε τη σχέση της Σοφίας με την οικογένεια	Συνάντηση με κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου και συζήτηση μαζί του για τις παρατηρήσεις μας σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια της Σοφίας	1. Συνεργασία με παιδίατρο, παιδοψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, έτσι ώστε να τεκμηριωθεί η ανάγκη της Σοφίας από τη συγκεκριμένη οικογένεια 2. Αν χρειαστεί, συνάντηση της διεπιστημονικής ομάδας του νοσοκομείου με το νομικό σύμβουλο του νοσοκομείου	Η Σοφία απομακρύνθηκε από το οικογενειακό περιβάλλον με τη συνεργασία όλων των ειδικών και ζει προσωρινά σε ανάδοχη οικογένεια
Ένταξη της Σοφίας σε ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον	Σκοπός είναι να πάψει η Σοφία να κινδυνεύει	Προσεκτική καταγραφή όλων των διαπιστώσεων για τις καταστάσεις που έζησε η Σοφία, με τη βοήθεια των υπόλοιπων	Με τη βοήθεια κοινωνικού λειτουργού, γίνεται προσπάθεια να φιλοξενηθεί το παιδί σε κάποια δομή, μέχρι να	Η Σοφία τοποθετήθηκε στη δομή «Το Χαμόγελο του Παιδιού» και ξεκίνησαν οι διαδικασίες άρσης της επιμέλειας από τους γονείς

		μελών της θεραπευτικής ομάδας	δοθεί από νομικής απόψεως λύση στο πρόβλημα της Σοφίας	και τοποθέτησής της σε ανάδοχη οικογένεια
--	--	-------------------------------	--	---

**ΕΚΤΟ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

6. Συμπεράσματα- Προτάσεις

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 τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης.

Το παιδί – θύμα συνήθως δε φέρει άμεσα ορατές κακώσεις συνεπώς η, οποιασδήποτε μορφής, κακοποίησή του γίνεται αντιληπτή μέσα από χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του. Το θλιμμένο και απομονωμένο παιδί, το παιδί με παραβατική συμπεριφορά και επιθετικότητα, και γενικά το παιδί με έντονα προβληματική συμπεριφορά ενδέχεται να έχει τραυματικές εμπειρίες μέσα στην οικογένεια. Επίσης, χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα στιγματισμού, απομόνωση, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων ακόμα και ομαλής σεξουαλικής ζωής. Ως έφηβοι, από την άλλη, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρο ξεκινήματος σεξουαλικών επαφών, εγκυμοσύνες στην εφηβεία, σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, φορείς ασθενειών.

Τα ακραία γεγονότα που βιώνουν κάποιες φορές τα παιδιά, ξεπερνούν το εύρος της αντοχής τους στο στρες, στο φόβο και γενικότερα στα οδυνηρά συναισθήματα, με συνέπεια να τα «τραυματίζουν» και να διαταράσσουν σοβαρά την ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία. Ειδικότερα, τα παιδιά μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος μπορεί να εκδηλώσουν ένα φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία παραπέμπουν σε μετατραυματική διαταραχή που συχνά επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητά τους, την ομαλή ψυχοσυναισθηματική τους εξέλιξη έχοντας αντίκτυπο και επιβαρύνοντας πολλές πτυχές της μετέπειτα ενήλικης ζωής τους. Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται ενεργά στην πρόληψη της εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας, αλλά και στη φροντίδα παιδιών μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές. Με την αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού που

αφορούν την προσωπικότητα του παιδιού, την ιστορία της ζωής του, τη φύση και τα χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος, το βαθμό επηρεασμού του παιδιού από το «τραύμα», καθώς και το πλαίσιο που διαβιεί, οι νοσηλευτές πραγματοποιούν τη συνολική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειάς του. Από τη στιγμή που δεν υπάρχουν πλάνα φροντίδας, τα οποία να αναφέρονται στο παιδί μετά από τραυματικό γεγονός, οι νοσηλευτές συνθέτουν τις βασικές και τις εξειδικευμένες γνώσεις τους και λαμβάνοντας υπόψη τον αιτιολογικό παράγοντα του «τραύματος», την ηλικία του παιδιού, τη γενική του υγεία, τη σοβαρότητα της μετατραυματικής συμπτωματολογίας, την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος.⁽¹⁰³⁾

Η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης είναι περισσότερο δύσκολο να επιτευχθεί από ότι η διάγνωση και η θεραπεία, στις οποίες έχει επικεντρωθεί το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών. Η πρόληψη της κακοποίησης ή παραμέλησης απαιτεί την πρόκληση αλλαγών στη λειτουργία της ευρύτερης κοινωνίας, της κοινότητας, της οικογένειας ή του ατόμου. Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα αν πρόκειται να λειτουργήσουν ως προστασία για το παιδί που απειλείται. Η πρόληψη απαιτεί επίσης να είναι εφικτή η αναγνώριση του τι πρέπει να προληφθεί, γεγονός που δεν δημιουργεί προβλήματα τόσο στη σωματική παιδική κακοποίηση, όμως μπορεί να παρουσιάσει πραγματικό μεγάλες δυσκολίες στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης ή συναισθηματικής κακοποίησης.⁽¹⁰⁴⁾

Από την άλλη, ο νόμος, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, δυσκολεύεται να αποδώσει ουσιώδη λύση στα προβλήματα κακοποίησης. Το μόνο που μπορεί να προσφέρει στο παιδί είναι, εν μέρη, προστασία, πρόληψη και θεραπεία, παρόλο που το παιδί έχει μέγιστο δικαίωμα προστασίας, με κάθε τρόπο, από την σωματική, την σεξουαλική και την συναισθηματική κακοποίηση.

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 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 επαγγελματίας 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.

Μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- A. 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.
- B. Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού Επίσης, εξέταση όλων των αδελφών του κατά το χρόνο εξέτασης του κακοποιημένου παιδιού.
- Γ. Κλινική ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας.
- Δ. Ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων (εφόσον χρειάζεται).⁽¹⁰⁵⁾

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη 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 μας 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 επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά, υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση.⁽¹⁰⁶⁾

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. Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως «θεραπευτή» θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. 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 των θεραπειών 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.⁽¹⁰⁶⁾

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη 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 μας 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 επαγγελματιών 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. Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως «θεραπευτή» θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. 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 των θεραπειών 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.⁽¹⁰⁶⁾



Πέρα από την αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού, το σχολείο ως σύστημα έχει τις προϋποθέσεις να παράγει βία ή/και να τη συντηρεί αλλά και τις δυνατότητες να την προλαμβάνει. Ο εκπαιδευτικός που αισθάνεται την ευθύνη να συμμετάσχει στην πρόληψη της βίας στο σχολείο και στην αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης στην οικογένεια οφείλει:

- Να αποδεχθεί την ύπαρξη και τις επιπτώσεις του προβλήματος και να δεσμευθεί ο ίδιος ότι θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση και την πρόληψή του.
- Να κινητοποιήσει και άλλους συναδέλφους στο χώρο εργασίας.
- Να φέρει το θέμα στα επιστημονικά και συνδικαλιστικά όργανα.
- Να φροντίσει για τη δημιουργία "κώδικα οδηγιών" στο σχολείο του.
- Να γνωρίσει τις υπάρχουσες πηγές βοήθειας και να αναπτύξει συνεργασία.
- Να κατευθύνει οικογένειες με προβλήματα σε κατάλληλα πλαίσια πριν τα προβλήματα οξυνθούν.
- Να είναι πάντα διαθέσιμος να ακούσει, να κατανοήσει και να στηρίξει όσους του εμπιστεύονται προβλήματα: παιδιά, γονείς, συναδέλφους.
- Να δεσμευθεί ο ίδιος ότι δεν θα χρησιμοποιήσει σωματική τιμωρία μέσα ή έξω από την τάξη.

- Να φροντίσει για τη δημιουργία και διατήρηση στην τάξη ενός κλίματος που να προωθεί τα παρακάτω:
 - Αλληλεγγύη
 - Αλληλο-εκτίμηση
 - Εκτίμηση εαυτού
 - Κατανόηση της απόκλισης
 - Πρώθηση του δικαιώματος της διαφοράς
 - Ανάπτυξη του εαυτού για τα παιδιά και για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Το σύγχρονο σχολείο οφείλει να προάγει την υγεία και τα δικαιώματα του παιδιού.⁽¹⁰⁷⁾

Οτιδήποτε αναστέλλει την ομαλή σωματική, νοητική, συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή του παιδιού και του εφήβου, σαφώς, παραβιάζει τα δικαιώματά του. Συνακόλουθα, όλος ο παιδικός και εφηβικός πληθυσμός μπορεί, δυνητικά, να αποτελέσει υποκείμενο θυματοποίησης κάποιας μορφής. Η αγωγή και η προαγωγή της υγείας και η εφαρμογή τους στο σχολείο, στοχεύουν στην ενημέρωση και κινητοποίηση εκπαιδευτικών και μαθητών για την ανάληψη ατομικής και συλλογικής ευθύνης σχετικά με σύγχρονα θέματα και προβλήματα που τους απασχολούν. Η καλλιέργεια αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ασφάλειας, αυτενέργειας και αλληλεγγύης ενδυναμώνει τα παιδιά, έτσι ώστε να αναλάβουν τα ίδια την ευθύνη της υγείας και των δικαιωμάτων τους. Χώροι που παραδοσιακά ασχολούνται με το παιδί (0-17 ετών) και την προστασία του, όπως η αστυνομία, η δικαιοσύνη, οι υπηρεσίες πρόνοιας, τα ιατρικά κέντρα, τα νοσοκομεία και τα εκπαιδευτικά πλαίσια, θεωρούσαν την παιδική ενδοοικογενειακή θυματοποίηση ως ένα φαινόμενο, το οποίο χρήζει αντιμετώπισης αφού εκδηλωθεί, με σύνηθες αποτέλεσμα το τρίπτυχο: «τιμωρία του δράστη», «απομάκρυνση του παιδιού-θύματος», «διάλυση της οικογένειας». Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας σε επίπεδο ατόμων και κοινωνιών, θέτουν σε νέες βάσεις την προστασία του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας. Το παιδί και ο έφηβος θεωρούνται πλέον ως υποκείμενα δικαιωμάτων και όχι αντικείμενα προστασίας. Το δικαίωμα στην προστασία από κάθε μορφή εκμετάλλευσης και το δικαίωμα διαβίωσης σε μια ευτυχισμένη οικογένεια πρέπει να είναι στόχος κάθε ευνομούμενης κοινωνίας. Το κίνημα αγωγής και προαγωγής της υγείας στηρίζει και ενδυναμώνει τα δικαιώματα αυτά του παιδιού και του εφήβου για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ευεξίας. Όταν η πρόληψη της παιδικής

θυματοποίησης συνδεθεί με την εφαρμογή και τήρηση των δικαιωμάτων του παιδιού, θα οδηγηθούμε στην ελαχιστοποίηση των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης ή/και παραμέλησης.⁽¹⁰⁸⁾

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να εκπαιδευτούν τα παιδιά στα δικαιώματά τους, αλλά και να αναπτύξουν τις απαιτούμενες κοινωνικές δεξιότητες και τη συναισθηματική νοημοσύνη, ώστε να μπορούν να προστατευτούν από το κοινωνικό φαινόμενο της βίας, αλλά και να μην χρησιμοποιούν καμία μορφή βίας στις ανθρώπινες, στις διαπροσωπικές και στις επικοινωνιακές τους σχέσεις. Συνεπώς απαραίτητη είναι η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής νοημοσύνης στο χώρο του σχολείου μέσα από ολοκληρωμένα και εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης της βίας. Κοινωνικές δεξιότητες, ονομάζονται οι διακριτές, μαθημένες συμπεριφορές που επιδεικνύει ένα άτομο, για να επιτύχει ένα στόχο. Συγκεκριμένα, τα παιδιά πρέπει να μάθουν ένα εύρος κοινωνικών δεξιοτήτων απαραίτητων για την αλληλεπίδραση με τους άλλους και να σχετίζονται σε ένα εύρος κοινωνικών καταστάσεων με τρόπο αποδεκτό από τους άλλους. Τα προγράμματα πρόληψης της βίας οφείλουν να προάγουν και την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης των παιδιών, ώστε να προλαμβάνονται τυχόν βίαιες συμπεριφορές. Οι διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι, η αυτογνωσία, η σωστή λήψη αποφάσεων και η ικανότητα προσφοράς και δημιουργίας.⁽¹⁰⁹⁾



Βιβλιογραφία

1. Κατσιγαράκη Ε.,(2004). «Οικογένεια και παραβατικότητα», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή
2. Νικολαΐδης Γ., Σταυριανάκη Μ. (2009), Βία στην οικογένεια. Τεκμηριωμένη Πρακτική και τεκμήρια από την Πρακτική, Εκδ. ΚΨΜ, Σελ. 311-325
3. Παναγοπούλου Π. Παιδίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ. Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας. Δικτυακός τόπος <http://www.experimentalphysiology.gr/>, ημερομηνία πρόσβασης 10 Μαΐου 2013
4. Αγάθωνος Ελ. - Τσαγκάρη Μ. (1999). Εγχειρίδιο για τα Δικαιώματα του παιδιού. Αθήνα. Σελ.11
5. Τσιάντης Γ.-Μανωλοπουλος Σ. (1987). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Εκδόσεις Καστανιώτη. τόμος 1ος , μέρος γ΄
6. Νέστορος Ι (1999). Η επιθετικότητα στην οικογένεια στο σχολείο και στην κοινωνία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Σελ: 54-32
7. Καλλονάκη Ε.. (2000). Κακοποίηση των παιδιών, ψυχολογικές διαστάσεις και τρόποι αντιμετώπισης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. σελ: 25-43
8. Βουϊδάσκης Β. (1987). Η επιθετικότητα σαν κοινωνικό πρόβλημα στην οικογένεια και στο σχολείο, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα. Σελ: 69-79
9. Αγάθωνος Ε. (1991). Κακοποίηση, παραμέληση παιδιών, Εκδόσεις Γρηγόρη, 2η Έκδοση, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Σελ: 32-39
10. Σπινέλλη Κ. Δ.. (1992). «Ελληνικό δίκαιο ανηλίκων δραστών και θυμάτων, ένας κλάδος υπό διαμόρφωση», Εκδόσεις Σάκουλα. Σελ: 52
11. Σαλκιτζόγλου Π. (1993). «Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η υποκατάσταση των γονέων από τρίτους », Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή
12. Herrenkohl T. et al. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse*. 9(2)
13. Hirigoyen Marie – France,. (2006). «Ηθική παρενόχληση, η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή». Μετάφραση Μαριλένα Γεωργιάδου, Εκδόσεις Πατάκη. Σελ.: 48, 49
14. 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
15. American Academy of Pediatric Dentistry: Committee on Child Abuse and Neglect.(2005). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric Dentistry*; 27(7):64-7
16. Κουτσελίνης ΣΑ, Μιχαλοδημητράκης Μ (1984). Ιατρική ευθύνη. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα
17. Stavrianos C, Zouloumis L, Karaiskou O. Stavrianou I (2007). Family violence and child abuse. *Balkan J Stomatology*. 11:13-20
18. Σταυριανός Χρ. Μέτσκα Μ.Ε. (2002). Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση. Οδοντιατρική και Οδοντιατροδικαστική Θεώρηση. 1η έκδ. Θεσσαλονίκη. Λιθογραφία
19. Κουτσελίνης ΑΣ. (1998). Ιατροδικαστική. Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα
20. Tanner K. and Turney T. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice in child and family social work. 8:25-34

21. Susan J. Creighton. (1993). "Organized Abuse: The NSPCC Experience", *Child Abuse Review*; Volume 2, Issue 4 , p. 232-42
22. Tanner K, Turney D. (2000). The Role of Observation in the Assessment of Child Neglect *Child Abuse Review*. 9:337 - 348
23. Department of Health and Social Security and Welsh Office, Working Together: a guide to arrangements for inter-agency co-operation for the protection of children from abuse, London: HMSO. (1988)
24. Κουτσελίνης ΑΣ. (1988). Ιατροδικαστική. Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα
25. Vale GL. (1997). Dentistry's role in detecting and preventing child abuse. In: Slimson P.G., Mertz CA. (ed) *Forensic Dentistry* Boca Raton, NY. CRC Press
26. Johnson F. C. (2004). Child sexual abuse. 364(9432), 462–470
27. Dube, S.R., et al. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28
28. Γιωτάκος Ο., Πρεκατέ Β. (2006). Σεξουαλική κακοποίηση, μυστικό; Όχι πια!, Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης.
29. Kempe. H. (2013). The Battered-Child Syndrome. *Child Maltreatment*, vol.1
30. Herman, Judith (1981). *Father-Daughter Incest*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. pp. 282. ISBN 0-674-29506-4
31. Δικτυακός τόπος <http://www.iatrikathemata.gr/paidiergasia.htm>, ημερομηνία πρόσβασης 14 Απριλίου 2013
32. www.mentoras.org, ημερομηνία πρόσβασης στις 20 Ιουνίου 2013
33. Φερέτη Ε. (1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
34. www.hamogelo.gr, ημερομηνία πρόσβασης στις 22 Ιουνίου 2013
35. www.unicef.gr, ημερομηνία πρόσβασης στις 26 Ιουνίου 2013
36. www.sapibg.org, ημερομηνία πρόσβασης στις 29 Ιουνίου 2013
37. Reid K. (2003). National audit of emergency department child protection procedures. *Emerg Med J*. 20: Σελ. 222-224
38. eur-lex.europa.eu. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 19-2-2009, ημερομηνία πρόσβασης 21 Ιουλίου 2013
39. Νάσκου- Περράκη Π., Χρυσόγονος Κ., Ανθόπουλος Χ. (2002). «Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού και η εσωτερική έννομη τάξη, ερμηνεία κατ' άρθρο», Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Δικαίου. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα
40. www.ministryofjustice, ημερομηνία πρόσβασης 14 Ιουλίου 2013
41. www.greeklaws.gr, ημερομηνία πρόσβασης 14 Ιουλίου 2013
42. hub.coe.int, ημερομηνία πρόσβασης 14 Ιουλίου 2013
43. law-constitution.web.auth.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
44. www.nchr.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
45. www.unhcr.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
46. www.nis.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
47. www.icmec.org, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
48. www.missingkids.com, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
49. www.epaa.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
50. www.ich.gr, ημερομηνία πρόσβασης 16 Ιουλίου 2013
51. www.hamogelo.gr, ημερομηνία πρόσβασης 17 Ιουλίου 2013
52. www.efsc-eu.org, ημερομηνία πρόσβασης 17 Ιουλίου 2013
53. www.sos-villages.gr, ημερομηνία πρόσβασης 17 Ιουλίου 2013

54. www.iaath.gr, ημερομηνία πρόσβασης 17 Ιουλίου 2013
55. www.kvmhtera.gr, ημερομηνία πρόσβασης 17 Ιουλίου 2013
56. Humphreys J. (2011). Family violence and nursing practice. Springer
57. Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2):σελ. 15–28
58. Ragia A. (2004). *Mental Health Nursing*, Athens, G. Parisianos
59. Caffo E, Belaise C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 12(3):σελ 493–535
60. Moses R. (1978). Adult psychic trauma: The question of early predisposition and some detailed mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 1978, 59(2- 3):σελ. 353-363
61. Ouzouni Chr. (2008). Nakakis K. Nursing care of depressed children. *Nosileftiki*, 47(4):σελ. 458–470
62. Scheeringa, M, Zeanah, C, Myers, L, Putnam FW. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5):σελ. 561–570
63. Kar N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions *World Journal of Pediatrics*, 5(1): Σελ. 5-11
64. Sansone RA, Sansone LA. (2007). Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eating Disorders*, 15(4):Σελ. 333-346
65. Hensley L, Varela RE. (2008). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: the roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(3):Σελ. 542-552.
66. Teicher M, Andersen S, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2003, 27(1-2).
67. Eckenrode J. et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation *The Limiting Effects of Domestic Violence*. *Jama*. 284(11)
68. Kinchin D. (2005). *Post traumatic stress disorder the invisibly injury*. Wessex Press Wantage Oxfordshire GB
69. Holden G. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 6(3). Σελ. 151-160
70. Mulvihill D. (2005). The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997–2003, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(2). Σελ. 115–136
71. Kontaxakis BP, Havaki Kontaxaki MI, Christodoulou GN. (2004). *Preventive Psychiatry and Mental Hygiene*, Beta, Athens.
72. Belivanaki M, Kolaitis G, Kanari N, Tsiantis J. (2006). Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, 43(2):Σελ. 53- 58
73. Ouzouni Chr. Nakakis K. (2008). Nursing care of depressed children. *Nosileftiki*, 47(4):Σελ. 458–470
74. McGuigana G. et al. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*. 27(4). Σελ. 363–380

75. Potts N., Mandleco B. (2006). *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*. Thomson Delmar Learning
76. Carrion VG, Steiner H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 39(3):Σελ. 353– 359
77. Cohen JA, Berliner L, March JS. (2000). Treatment of children and adolescents. In *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Edited by Foa EB, Keane TM and Friedman MJ. New York, The Guildford Press
78. Medley A, Sachs-Ericsson N. (2009). Predictors of parental physical abuse: the contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse. *Journal of Affective Disorders*, 113(3):Σελ. 244-254
79. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3):Σελ. 205-217
80. Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2):Σελ. 15–28
81. Matziou V, Kletsiou E, Galanis P, Dousis E, Tsoumakas C, Livanios S. (2008). Pediatric pain. Nursing approach in Greek hospitals. *Nosileutiki*, 47(2): Σελ. 240–246
82. Sabin J, Zatzick D, Rivara F. (2005). Role for School Health Personnel in Supporting Children and Families Following Childhood Injury. *Journal of School Health*, 75(4):Σελ. 141- 144
83. Mark Chaffin M., Friedrich B. (2006). *Children and Youth Services Review*. Elsevier. 26(11), Σελ. 1097–1113
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740904001458> - aff2
84. Nolan M. et al. (2002). A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: a treatment outcome study. *Child Abuse Review*. 11(2), Σελ. 103–123
85. Cohen JA et al. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. An Empirical Update. *J Interpers Violence*.15(11), Σελ. 1202-1223
86. Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2):Σελ. 15–28
87. Levin R, Nielsen TA. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3):Σελ. 482-528
88. Paraschakis A. (2008). Factors promoting resilience after a traumatic event. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, 45(3)
89. Kaplow JB, Saxe GN, Putnam FW, Pynoos RS, Lieberman AF. (2006). The long-term consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry*, 69(4): Σελ. 362-375
90. Stein, J. (2002). “He survives everything,” A latency-aged child with play disruption in the face of trauma and early object loss, *Clinical Social Work Journal*, 30(2): Σελ. 145–158
91. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, Elbert T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5:Σελ. 7

92. Margolin G, Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 1: Σελ. 445- 479
93. Adler-Nevo G, Manassis K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression & Anxiety*, 22(4): Σελ. 177-189
94. Sabin J, Zatzick D, Rivara F. (2005). Role for School Health Personnel in Supporting Children and Families Following Childhood Injury. *Journal of School Health*, 75(4): Σελ. 141- 144
95. Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2): Σελ. 15–28
96. Donnelly CL. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2):Σελ. 251-269
97. Landolt MA, Grubenmann S, Meuli M. (2002). Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *Journal of Trauma*, 53(6):Σελ. 1146- 1151
98. Margolin G, Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 1: Σελ. 445- 479
99. Carr A. (2002). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. *Journal of Family Therapy*. 22(1). Σελ. 29–60
100. Asen E (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*. 24(1). Σελ. 3–16
101. 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
102. McFadden E. et al. (2011). Child welfare and family services. LAVOISIER S.A.S.
103. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Τσαγκάρη Μ., (1999). Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού, Αθήνα, εκδ. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
104. Rubin D. et al. (2001). Child abuse prevention. *Current Opinion in Pediatrics*: 13(5), Σελ. 388-401
105. Φερέτη Ε. (1998). Αποσπάσματα από τον «Οδηγό για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού»
106. Schofield G. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & Human Development*. 7(1)
107. Glenn L. (2005). *Child Abuse and Neglect: A Practical Guide for Professional School Counselors*. Eric. No. 33
108. Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2000). Οι διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στο: Α. Καλαντζή – Αζίτζι & Η. Μπεζεβέγκη (επιμ.), Θέμα- τα Επιμόρφωσης/Ευαισθητοποίησης Στελεχών Ψυχικής Υγείας Παι- διών και Εφήβων (σελ. 201 – 214). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
109. Nigel P. (2006). *Safeguarding Childhood: Early Intervention and Surveillance in a Late Modern Society*. Palgrave Macmillan, Basingstoke