



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ
ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ»**

**«INVESTIGATE BIOPSYCHOSOCIAL NEEDS
EXPLOITED CHILDREN AND THE ROLE OF
COMMUNITY NURSING IN THE CONTEXT OF
MULTIDISCIPLINARY TEAMS»**

ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΜΠΛΗΓΙΑΝΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΓΑΛΙΝΑ

ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΝΑΤΑΛΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΣ ΥΠΟΤΡΟΦΟΣ :

κ.ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της εν λόγω πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Ρόμπολα Περικλή, που με την πολύτιμη βοήθεια του δεν θα είχε ολοκληρωθεί επιτυχώς η πτυχιακή μας εργασία. Ο αξιότιμος καθηγητής μας υπήρξε άριστος αρωγός μας και σύμβουλος, ο οποίος όχι μόνο μας συμβούλευε και μας παρότρυνε αλλά μας μετέδωσε τις γνώσεις του και την πείρα του.

Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να ευχαριστήσουμε και τους ανώνυμους πλην σημαντικοτάτους ανθρώπους που μας βοήθησαν στην συλλογή όλων των πληροφοριών προκειμένου να ολοκληρωθεί η εργασία μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κακοποίηση ανθρώπου από άνθρωπο είναι από μόνο του ένα φαινόμενο σκληρό και οδυνηρό που κάνει την έννοια "ανθρωπιά" να μοιάζει παράταιρη και αστεία. Αν όμως η κακοποίηση αφορά παιδιά, αθώες ψυχές που είναι αδύνατο να υπερασπιστούν και να προστατέψουν τον εαυτό τους, τότε το θέμα είναι ακόμα πιο σοβαρό και επικίνδυνο.

Εκατοντάδες παιδιά κακοποιούνται καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι αναγκασμένα να δέχονται τη βιαστή ψυχολογική φθορά και τη σεξουαλική κακοποίηση από τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες, αγνώστους στο δρόμο ή και από τους ίδιους τους γονείς τους φαινόμενο τραγικό και ασύλληπτο στο μυαλό του ανθρώπου. Οι αριθμοί αποκαλύπτουν εύγλωττα την σκληρή πραγματικότητα αφού υπολογίζεται ότι το ποσοστό της σεξουαλικής κακοποίησης από ανθρώπους του οικείου περιβάλλον φτάνει σε μεγάλο ποσοστό.

Τα παιδιά που έχουν δεχτεί κακοποίηση και κυρίως σεξουαλική αρνούνται να μιλήσουν και να αποκαλύψουν την αλήθεια και κλείνονται στον εαυτό τους λέγοντας συνεχώς ψέμματα και αναλαμβάνοντας όλη την ευθύνη για τις πληγές και την κακή τους συμπεριφορά έχοντας τον φόβο πως ο δράστης θα τα τιμωρήσει και θα τα βασανίσει ακόμα περισσότερο αλλά και η ντροπή που αισθάνονται θεωρώντας πως έδωσαν αφορμή για να τους συμβεί αυτό το γεγονός και πως τα ίδια φταίνε ολοκληρωτικά τα κάνει να σιωπούν και να λένε ψέμματα.

Το αναντίρρητο γεγονός είναι πως η κακοποίηση αφήνει γερά τα σημάδια της στην ευαίσθητη και εύαλωτη παιδική ψυχή και οι γονείς οφείλουν να είναι σε εγρήγορση αλλά και πλήρως ενημερωμένοι για τις ενδείξεις κακοποίησης, ώστε να επέμβουν άμεσα, γρήγορα και αποτελεσματικά. Σε περίπτωση που το παιδί κακοποιείται από τους γονείς, την ευθύνη της αποκάλυψης φέρει αναγκαστικά το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παιδική κακοποίηση πρόκειται για ένα από τα πιο σοβαρά εγκλήματα σε βάρος του ανθρωπίνου σώματος, αλλά κυρίως της ψυχής και της αξιοπρεπείας.

Είναι το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό που επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής, κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο.

Η σκοπιμότητα της εργασίας στηρίζεται στην προσέγγιση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών ενός κακοποιημένου παιδιού, καθώς και το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή σε θύματα κακοποίησης στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας με απώτερο στόχο την πρόγνωση, διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.

Γίνεται αναφορά και ανάλυση των σημαντικότερων μορφών παιδικής κακοποίησης οποίες είναι οι εξής:

A. Η σωματική κακοποίηση η οποία περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς διαφορετικής σοβαρότητας που δεν οφείλονται σε ατυχήματα.

B. Η ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση η οποία περιέχει πράξεις και συμπεριφορές που εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση.

Γ. Η παραμέληση του παιδιού που αφορά την κατάσταση στην οποία η διατροφική ιατρική φροντίδα, ένδυση, στεγάσιμη σχολική φοίτηση είναι ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του παιδιού.

Δ. Η σεξουαλική κακοποίηση όπου θεωρείται συμμετοχή ή η έκθεση του παιδιού σε πράξεις σεξουαλικού περιεχομένου υποκινούμενες από ενήλικα άτομα που συνήθως έχουν σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί και αποσκοπούν στη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα.

Επίσης αναφέρεται το σύνδρομο του αμέτοχου θεατή όπου ορίζεται ως η μακροχρόνια έκθεση του παιδιού σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις.

Αποτελεί λοιπόν ένα ζήτημα που οι συνέπειες του έχουν διάρκεια και επηρεάζουν και τη μετέπειτα ζωή του παιδιού μετατρέποντας το σε έναν ενήλικα με έντονα ψυχολογικά νοσήματα, αντιμετωπίζοντας δυσκολίες σε διαφορές σωματικές πτυχές της ζωής του.

Παρ' όλα αυτά όπως και να ορίζεται η κακοποίηση, σε οποίες μορφές και να εμφανίζεται, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι είναι μια βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ή ενέργεια που δημιουργεί βλάβη, τραύμα, πόνο, φόβο, αίσθημα δυσαρέσκειας, αποστροφή, ενοχή και αρνητική επίδραση στο παιδί που την δέχεται. Η επίδραση αυτή είναι εμφανής ως αρνητικό χαρακτηριστικό και στη μετέπειτα ζωή του.

Επομένως η κοινωνία οφείλει να συνεισφέρει στο έργο της διεπιστημονικής ομάδας (παιδίατροι – παιδοψυχίατροι – κοινωνικοί λειτουργοί – εκπαιδευτές – σχολικοί νοσηλευτές) καθώς επίσης να συνεργαστεί με αρμόδιους της δημόσιας υγείας (κοινοτικούς νοσηλευτές) ως προς την

υλοποίηση προγραμμάτων και ενεργειών για τη πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου, καθώς και την πλήρη αποκατάστασή του.

Λέξεις κλειδιά : παιδική κακοποίηση, βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες, διεπιστημονική ομάδα, κοινοτικός νοσηλευτής.

ABSTRACT

Child abuse is one of the most serious crimes to the detriment of the human body, but mainly of the soul and the dignity.

It is the phenomenon according to which one or more adults who have the responsibility of caring for a child cause or cause the child to suffer injuries or deprivation conditions to such an extent that they cause serious physical, mental, emotional, social, death.

The purpose of the work is to approximate the psychosocial needs of an abused child and the role of the community nurse to victims of abuse within the multidisciplinary team with the ultimate goal of prognosis, diagnosis and direct treatment.

Reference is made and analysis of the most important forms of child abuse that are:

A. Physical abuse, which includes all kinds of injuries of different severity not due to accidents.

B. Psychological-emotional abuse that contains acts and behaviors that involve rejection, intimidation, isolation, exploitation, devaluation.

C. The neglect of the child regarding the situation in which the nutritional medicine cared for residential schooling is inappropriate to such an extent that its health and development are seriously jeopardized.

D. Sexual abuse where participation of the child's exposure to sexual acts motivated by adults who are usually related to care or intimacy with the child is aimed at sexual stimulation or the satisfaction of the adult.

It also refers to the non-partisan viewer syndrome, which is defined as the long-term exposure of the child to different forms of domestic violence without himself being subjected to bodily injuries.

It is therefore an issue whose effects last and affect the child's later life, turning it into an adult with intense psychological illnesses, facing difficulties in different physical aspects of his life.

However, as well as defining abuse, in which forms and manifestations, we conclude that it is a violent and aggressive behavior that causes harm, trauma, pain, fear, feeling of dissatisfaction, disgust, guilt, and a negative effect on the child accepts it. This effect is evident as a negative feature in his later life as well.

Therefore, society should contribute to the work of the multidisciplinary team (pediatricians - psychiatrists - community-educators - school nurses) and to work with public health officials (community nurses) to implement programs and actions to prevent and addressing the phenomenon, as well as fully restoring it.

Key words: child abuse, biopsychosocial needs, multidisciplinary group, community nurse.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|---|-----------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 1 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 2 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 5 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ. | |
| 1.1ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 9 |
| 1.2ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ..... | 9 |
| 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | 10 |
| 1.4 ΚΥΡΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ..... | 12 |
| • 1.4.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ..... | 12 |
| • 1.4.2ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ..... | 13 |
| • 1.4.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΟΡΝΟΓΡΑΦΙΑ..... | 13 |
| • 1.4.4 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ..... | 14 |
| • 1.4.5 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ (ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ)..... | 15 |
| 1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ..... | 15 |
| 1.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΣ..... | 17 |
| 1.7 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ..... | 18 |
| 1.8 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ..... | 20 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ. | |
| 2.1ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 23 |
| 2.2 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ..... | 24 |
| 2.3 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ..... | 27 |
| 2.4 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ..... | 29 |
| 2.5 ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ..... | 33 |

| | |
|--|----|
| 2.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ..... | 34 |
|--|----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ.

| | |
|--|----|
| 3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ..... | 37 |
| 3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ..... | 38 |
| 3.3 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ..... | 39 |
| 3.4 ΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ –ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ..... | 40 |
| 3.5 ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΟΦΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ..... | 41 |
| 3.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ..... | 43 |
| • 3.6.1 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΥ..... | 43 |
| • 3.6.2 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ..... | 43 |
| • 3.6.3 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ..... | 43 |
| • 3.6.4 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 44 |
| • 3.6.5 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ..... | 45 |
| 3.7 ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ..... | 47 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

| | |
|---|----|
| 4.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ–ΟΡΙΣΜΟΙ ΣΚΟΠΟΙ..... | 54 |
| 4.2 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ..... | 55 |
| 4.3 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 57 |
| 4.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ..... | 58 |
| • 4.4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ..... | 59 |
| • 4.4.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ..... | 62 |
| • 4.4.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ- ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ..... | 63 |
| • 4.4.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ..... | 63 |
| 4.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ..... | 64 |
| • 4.5.1 ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ..... | 64 |
| • 4.5.2 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥΣ..... | 67 |

| | |
|--|----|
| • 4.5.3 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ..... | 69 |
| • 4.5.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ..... | 72 |
| • 4.5.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ..... | 72 |
| 4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 73 |
| 4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 74 |
| 4.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 74 |
| 4.9 ΥΠΑΡΞΗ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ..... | 75 |
| 4.10 ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ..... | 77 |
| ΕΡΕΥΝΑ..... | 78 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 92 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 93 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 96 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογενειακή βία και η κακοποίηση των παιδιών, είναι ένα συχνό φαινόμενο μέσα στην κοινωνία. Το ότι οι ενήλικες φέρονται καμιά φορά με αφάνταστη σκληρότητα προς τα παιδιά, δεν είναι κάτι καινούριο. Η ιστορία είναι γεμάτη από περιπτώσεις βρεφοκτονιών για λόγους κοινωνικούς, εξαιτίας δεισιδαιμονιών, ακόμη και για λόγους οικονομικούς.

Στην δεκαετία του 1970, διαπιστώθηκε ότι οι ακραίες μορφές επιθετικότητας μέσα στην οικογένεια, είναι ευρέως διαδεδομένες και αυτό επιβεβαιώνεται από τότε συνεχώς. Αυτό διέλυσε και το μύθο, ότι η οικογενειακή εστία είναι ένα ειρηνικό περιβάλλον χωρίς βιαιότητες.

Το ενδιαφέρον για την παιδική κακοποίηση, άρχισε από παιδίατρος, οι οποίοι είναι εξάλλου και οι πρώτοι που βλέπουν τα χτυπημένα παιδιά, γρήγορα εξαπλώθηκε και σε άλλες ειδικότητες και επιστήμες, όπως η ψυχιατρική, η κοινωνιολογία, η ιατροδικαστική, η νομική.

Τα παιδιά που κακοποιούνται, παρουσιάζουν μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, που εμποδίζουν την περαιτέρω ανάπτυξή τους. Το κακοποιημένο παιδί, δεν είναι παρά το σύμπτωμα της οικογενειακής παθολογίας, στα πλαίσια ενός ευρύτερου κοινωνικού συστήματος το οποίο ασκεί καθημερινά βία σε άλλους.

Ερευνητές διαφόρων κλάδων, αρχίζοντας να συνειδητοποιούν και να κατανοούν το πρόβλημα και τις συνέπειές του, μετουσίωσαν τις γνώσεις τους σε πράξεις και συνέβαλλαν στην ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής για την ευάλωτη οικογένεια και τα «παιδιά σε κίνδυνο».

Σήμερα, κανείς πια δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη του σοβαρού αυτού φαινομένου ούτε την πραγματική του έκταση, ενώ ακόμη δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθός του, αφού συμβαίνει πίσω από την κλειστή πορεία της οικογενειακής και κοινωνικής σιωπής.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κακοποίηση των παιδιών είναι η ηθελημένη χρήση βίας ή οι ηθελημένες πράξεις αμέλειας από την πλευρά του γονέα ή άλλου κηδεμόνα που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το παιδί καθώς και ατόμου εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό, την κάκωση, την εξόντωση, τον πόνο, τον φόβο, την απειλή, τη δυσαρέσκεια ή την ενοχή με αρνητικές επιδράσεις στο άτομο που υφίσταται τη βία. (Χαμόγελο του παιδιού, 1985).

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η βία μέσα στην οικογένεια και γενικότερα μέσα στην κοινωνία δεν υπήρχε πάντα. Διάφοροι αρχαιολόγοι, κοινωνιολόγοι και άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η βία εμφανίζεται γύρω στο 4000 π.Χ. μαζί με το πατριαρχικό σύστημα. Ένα σύστημα ιεραρχικό και εξουσιαστικό, που στηρίζεται στη δύναμη του ισχυρού, στην υποτέλεια των αδυνάτων και κατ'επέκταση στην ανισότητα μεταξύ των δυο φυλών (Αντωνοπούλου, 1999).

Με την εμφάνιση του πατριαρχικού συστήματος, οι άνθρωποι χωρίζονται σε τάξεις όπου στην ανωτάτη βαθμίδα της ιεραρχίας βρίσκεται ο ισχυρός, ο πατριάρχης, ο οποίος εξασκεί κυριαρχικά δικαιώματα πάνω στους <<αδύνατους>> ή τους <<κατώτερούς>> του. Για να επιβληθεί και να υποτάξει τους άλλοτε ισότιμους ανθρώπους χρησιμοποιεί διάφορα μέσα όπως η τιμωρία και οι πατριαρχικοί νομοί που επιβάλλονται με τη βία, τις απειλές καθώς και με τους πολέμους. (Αντωνοπούλου, 1997).

Μέσα σε μια πατριαρχική οικογένεια δεν επικρατεί ισότητα και επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών. Η γυναίκα και τα παιδιά είναι υποχρεωμένα να υφίστανται την αυθαίρετη επιβολή του συζύγου και πατέρα, έτσι όπως ορίζουν οι νόμοι του κράτους. Το γεγονός της αποδοχής της αυθαιρεσίας και βίας μέσα στην οικογένεια από τον πατριάρχη βασίζεται στην ίδια την δομή και οργάνωση της οικογένειας και της κοινωνίας (Αντωνοπούλου, 1997).

Στο 16^ο και 17^ο αιώνα στην Γερμανία όπως και τον 19^ο αιώνα στην Κινά τα παιδιά θυσιάζονταν για τη θεμελίωση σημαντικών κτιρίων ενώ σε πολλές αρχαίες κοινωνίες σκοτώνονταν ή εγκαταλείπονταν από τους γονείς τους είτε για θρησκευτικούς, είτε για κοινωνικούς, είτε για οικονομικούς λόγους.

Κατά τον 18^ο και 19^ο αιώνα στην Δύση συνέβαιναν απίστευτα αλλά αληθινά γεγονότα. Είναι γνωστό ότι τον καιρό της Αναγεννήσεως, των γραμμάτων και των τεχνών η θέση του παιδιού στον Ευρωπαϊκό χώρο ήταν κάθε άλλο παρά ευχάριστη. Και ενώ κυματίζει η Βρετανική σημαία σε όλη την υδρόγειο σε αυτή τη χώρα τα παιδιά εργάζονταν σε ανθρακωρυχεία κατά τον εξής τρόπο: τραβούσαν αλυσίδα που ήταν δεμένη στο στήθος τους μέσα στο σκοτάδι με τα τέσσερα (χεριά-πόδια) όπως τα ζώα γιατί οι στοές ήταν χαμηλές. Επίσης, σε διάφορες ιστορικές εποχές και γεωγραφικές περιοχές υπήρχαν διάφορες μορφές μαζικής κακοποίησης παιδιών, όπως βρεφοκτονίες ή εγκατάλειψη παιδιών, ακρωτηριασμοί και ευνουχισμοί, σκλαβιά και πούλημα παιδιών, αποτελούσαν λύσεις αναγνωρισμένες από την κοινωνία (Αγάθωνος-Γεωργόπουλου, 1991).

Ανατρέχοντας στην μυθολογία αναγνωρίζουμε περιπτώσεις κακοποίησης, όπως την περίπτωση του Ηφαίστου. Η Ήρα δεν άντεξε την ασχήμια και την αναπηρία του Ήφαιστου και τον πέταξε στην θάλασσα. Ο Ήφαιστος σώθηκε από την Θέτιδα και την Ερμιόνη, αναφέρεται όμως ότι πάντα μισούσε την μητέρα του και όταν παντρεύτηκε ο ίδιος με την Αφροδίτη ο γάμος τους απέτυχε. Το παράδειγμα του Ηφαίστου αποτελεί κλασική μορφή κακοποίησης με πολλά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά. Παρά την πρόοδο του πολιτισμού και την

καθιέρωση νόμων που προστατεύουν τα παιδιά, η κακοποίηση των παιδιών συνεχίζεται. (Κατωπόδη.Α ,2005).

Η βία στην ελληνική οικογένεια και ιδιαίτερα ενάντια στο παιδί εκφράζεται κυρίως από τον έναν ή και από τους δύο γονείς που χρησιμοποιούν κάποια ή κάποιες μορφές κακοποίησης. Στην Ελλάδα η πρώτη δημόσια αναφορά για το πρόβλημα της παιδικής κακοποίησης έγινε από τον παιδίατρο Σπύρο Δοξιάδη το 1976. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991- αντί προλόγου Σπύρος Δοξιάδης).

Στην εποχή του Μεσαίωνα και αργότερα της Βιομηχανικής Επανάστασης η ιστορία της παιδικής κακοποίησης στιγματίστηκε από την κακομεταχείριση των παιδιών και την εκμετάλλευση τους σε σκληρές εργασίες που ακόμα και οι ενήλικες απέφευγαν να αναλάβουν. Οι ιστορίες του Oliver Twist και του David Copper field, αναφέρονται σε πραγματικά γεγονότα της ζωής, μικρών παιδιών της Ευρώπης, εκείνης της εποχής. (Πετρουλάκης Ν. 1987).

Άλλο ένα έγκλημα της Ευρωπαϊκής κοινωνίας ήταν η εργασία των παιδιών σε εργοστάσια υφαντουργίας όπου γυρνούσαν τους τροχούς που μάζευαν τις κλώστες ή χρησιμοποιούσαν άλλες επικίνδυνες μηχανές. Ενώ σε μηχανές εργάζονταν τα παιδιά τα οποία δούλευαν πεινασμένα, διψασμένα, αγρύπνια και ρακένδυτα. Οι επιστάτες δε δικαιολογούσαν καμία καθυστέρηση και τα παιδιά συχνά έπεφταν νυσταγμένα και εξαντλημένα στις μηχανές και τραυματιζόνταν ή ακρωτηριάζονταν. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι ο αιώνας αυτός γνώρισε γενοκτονίες, όπως η Μικρασιατική καταστροφή και δύο Παγκόσμιους πολέμους με 2.000.000 θύματα. (Καθημερινή 2/5/1999 σελ 8-9)

Σήμερα κανένα από τα παιδιά που μεγαλώνουν στο Αφγανιστάν έχει ποτέ γνωρίσει την ειρήνη και τα περισσότερα ζουν στην φτώχεια. Οι ασθένειες και η έλλειψη κατάλληλων φαρμάκων έχουν αυξήσει τα ποσοστά της παιδικής θνησιμότητας σε επάγοντα επίπεδα. Το μεγαλύτερο μέρος της υποδομής της χώρας έχει καταστραφεί, με αποτέλεσμα να είναι υπερβολικά περιορισμένο το δικαίωμα πρόσβασης στην εκπαίδευση και την ιατρική φροντίδα.

Παρ'όλη τη πάροδο δεκάδων εκατοντάδων χρόνων, ακόμη και σήμερα, στις αρχές του 21^ο αιώνα η αδιαφορία προς τα παιδιά και η κακοποίηση τους παραμένει θλιβερό χαρακτηριστικό όχι μόνο όλων των ιστορικών στιγμών αλλά και των σύγχρονων κοινωνιών.

Ο άνθρωπος που κατέκτησε τις τέχνες, τις επιστήμες, την τεχνολογία, που πάτησε στο φεγγάρι δε μπόρεσε να συνειδητοποιήσει ότι τα παιδιά είναι το υπέρτατο αγαθό, η υψηλή αξία της ζωής και είναι η σημαντικότερη επένδυση για το μέλλον της ανθρωπότητας. (www.Save the children. Met σελ 3).

1.4 ΚΥΡΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΒΙΑΣ

Η έννοια της κακοποίησης έχει πολλές πλευρές και παραμέτρους και γι' αυτό οι ειδικοί συνηθίζουν να την χωρίζουν σε κατηγορίες προκειμένου να διασαφηνιστεί και να αντιμετωπιστεί κάθε είδος αποτελεσματικά αφού πρώτα εντοπιστεί. Η κατάταξη σε κατηγορίες κάνει τον εντοπισμό και την πρόληψη πιο εύκολη, πιο άμεση και γρήγορη τακτική. Τα βασικά λοιπόν είδη, στα οποία υποδιαιρείται η κακοποίηση είναι τα ακόλουθα και με τα εξής χαρακτηριστικά:



ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Το ιστορικό υγείας του παιδιού αναφέρει σχετικά με την σωματική κακοποίηση τα εξής: περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνή σε παιδιά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές που συχνά παρατηρούνται στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού. Θα μπορούσαν να προκληθούν από επίμονα και αλλεπάλληλα χτυπήματα, το Κάψιμο με τσιγάρο, καυτό σίδερο, αιχμηρά αντικείμενα και πέταγμα με δύναμη στο πάτωμα, στον τοίχο ή στο κρεβάτι. (Δρ Σεβαστή Χατζηφωτίου, 2005).

Χαρακτηριστικά Σωματικής Κακοποίησης

- Ανεξήγητες ή επαναλαμβανόμενες κακώσεις, εγκαύματα, μώλωπες, πρηξίματα, σημάδια σε πρόσωπο, κεφάλι, πλάτη, στήθος, γεννητική περιοχή, οπίσθια, μηρούς.
- Κακώσεις όπως σημάδια ανθρώπινης δαγκωνιάς, σπασμένα κόκαλα, τρυπημένο δέρμα ή μαλλιά που λείπουν.
- Κακώσεις που δεν αιτιολογούνται επαρκώς και καλύπτονται σκόπιμα με ρούχα.
- Παράπονα των παιδιών ότι πονούν και δυσκολεύονται να κινηθούν.
- Μακροπρόθεσμα τα σωματικώς κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν φτωχότερη σωματική και νοητική ανάπτυξη, δυσκολότερη και πιο επιθετική συμπεριφορά και συμμετοχή σε εγκληματικές πράξεις.



ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, υπάρχει όταν οι γονείς ή οι κηδεμόνες αγνοούν το παιδί, όταν του μεταδίδουν το μήνυμα ότι είναι ανάξιο, ανεπαρκές ότι δεν αξίζει να αγαπηθεί γι' αυτό που είναι και έχει αξία μόνο όταν ικανοποιεί τις ανάγκες του άλλου. Επιπλέον, όταν υπάρχουν υπερβολικές απαιτήσεις για την ηλικία του παιδιού, όταν το κάνουν να αισθάνεται τρομαγμένο ή το θέτουν σε κίνδυνο. Ο Douglas Beshavon στο recognizing child Abuse''A Guide for the Couderned'' αναφέρει ότι τα παιδιά που συνεχώς αγνοούνται, ντροπιάζονται, υποτιμούνται, τρομοκρατούνται ή ταπεινώνονται υποφέρουν τόσο ίσως και περισσότερο από αυτά που κακοποιούνται σωματικά.

Χαρακτηριστικά Συναισθηματικής Κακοποίησης

- Ανατροφή σε ένα υπερβολικά αυστηρό περιβάλλον.
- Σωματική, νοητική και συναισθηματική καθυστέρηση.
- Στοιχειά παλινδρόμησης όπως θηλασμός δακτύλου, στερεοτύπες κινήσεις.
- Στοιχειά νεύρωσης όπως η υπερβολική αντίδραση του παιδιού στην αποτυχία ή φόβος να αντιμετωπίσει νέες καταστάσεις.
- Ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και μακροπρόθεσμα κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, αυτοκτονία και δυσκολία σύναψης σχέσεων.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Μπορεί να περιλαμβάνει σωματική επαφή όπως σεξουαλικά φιλιά, θωπείες στα γεννητικά όργανα του παιδιού, υποχρέωση του παιδιού να θωπεύσει τα γεννητικά όργανα ενηλίκου. Άλλοι τύποι σεξουαλικής κακοποίησης που μπορούν να συμβούν αλλά είναι δύσκολο να ανιχνευθούν είναι η επίδειξη γεννητικών οργάνων ενήλικα σε παιδιά, η λεκτική πίεση για σεξ, η επίδειξη πορνογραφικών εικόνων ή ταινιών σε παιδιά και τη συμμετοχή του παιδιού στη παραγωγή πορνογραφικού υλικού. Το παιδί που έχει υποστεί μακροχρόνια σεξουαλική κακοποίηση αναπτύσσει χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανώμαλη ή διαστρεβλωμένη αντίληψη της σεξουαλικότητας, έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους και τάσεις αυτοκτονίας. (Βικτώρια Πρεκατέ - Ορέστης Γιωτάκος Ψυχίατρος 2005).

Χαρακτηριστικά Σεξουαλικής Κακοποίησης

- Φόβος συγκεκριμένου ατόμου ή τοποθεσιών.
- Ασυνήθιστη ή απρόσμενη απάντηση από το παιδί όταν ερωτείται αν το έχει αγγίξει κάποιος.
- Ζωγραφιές που παριστάνουν σεξουαλικές πράξεις.
- Φόβος, εφιάλτες και διαταραχές ύπνου.
- Ξαφνική επιθετικότητα και σκληρότητα προς τους άλλους.
- Υπαινιγμοί για κάποια μυστικά ή αόριστες συζητήσεις για κάποιο φίλο που έχει ένα πρόβλημα.

- Άρνηση να συναντήσει κάποιους συγκεκριμένους ανθρώπους.
- Απόπειρα να κάνει ένα άλλο παιδί να πραγματοποιήσει σεξουαλικές πράξεις.
- Σωματικές ενδείξεις που μπορεί να περιλαμβάνουν σεξουαλικά μεταδιδόμενες παθήσεις όπως βλεννόρροια, ενούρηση ή εγκόπριση. Σε ιατρική εξέταση ο παιδίατρος μπορεί να διαπιστώσει αλλαγές στην γεννητική ή πρωκτική περιοχή.

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Σχετικά με την παραμέληση διαπιστώνουμε τρεις τύπους:

Σωματική παραμέληση:

Αποτελεί η στέρηση του παιδιού από τις βασικές και απαραίτητες ανάγκες του. Πιο συγκεκριμένα η έλλειψη επαρκούς τροφής, ενδυμασίας, κατοικίας, εγκατάλειψης του παιδιού, έλλειψη καθαριότητας και προσωπικής υγιεινής με αποτέλεσμα τη σοβαρή παρεμπόδιση ανάπτυξης του παιδιού λόγω υποσιτισμού, σοβαρών ασθενειών και άλλων τραυματισμών.

Εκπαιδευτική παραμέληση:

Η αποτυχία του γονέα να εγγράψει το παιδί στην υποχρεωτική εκπαίδευση ή να του παρέχει ειδική αγωγή, αν αυτή χρειάζεται. Η εκπαιδευτική παραμέληση οδηγεί στην αποτυχία του παιδιού να αποκτήσει βασικές δεξιότητες για τη ζωή του, μαθητική διαρροή, διαταρακτική συμπεριφορά και απειλεί τη συναισθηματική ευημερία και ανάπτυξη του, ιδιαίτερα όταν οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται.

Ιατρική παραμέληση:

Υφίσταται όταν οι γονείς ή οι κηδεμόνες αρνούνται την ιατρική φροντίδα σε επείγουσα περίπτωση ή αγνοούν ιατρικές συστάσεις για παιδιά με χρόνιες ασθένειες ή άλλα προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπισθούν. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία, επιδείνωση ή ακόμα και σε θάνατο.

Χαρακτηριστικά Παραμέλησης Παιδιού

- Διαρκής πεινά, κόπωση και χαμηλό βάρος.
- Κακή σωματική υγιεινή και κατάσταση ένδυσης.
- Ανεπαρκής φροντίδα γιατί οι γονείς λείπουν ή έχουν προβλήματα με ναρκωτικά και αλκοόλ, εγκαταλείπονται στο σπίτι ή τα αφήνουν να ζουν σε επικίνδυνες συνθήκες.
- Χρόνια ιατρικά προβλήματα που δεν αντιμετωπίζονται.
- Προβλήματα παρακολούθησης στο σχολείο.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάσεις αυτοκαταστροφής.
- Αντικοινωνική συμπεριφορά όπως φυγές από το σπίτι ή κλοπές.

Σύνδρομο αμέτοχου θεατή

Ως σύνδρομο αμέτοχου θεατή μακροχρόνια έκθεση του διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς υφίσταται σωματικές



ορίζεται η παιδιού σε το ίδιο να κακώσεις.

Η χαρακτηριστικότερη μορφή είναι η βία μεταξύ των συζύγων, ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση άλλου αδελφού, του παππού ή της γιαγιάς. Συνήθως εκφράζεται με την λεκτική βία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών ακόμα και την αυτοκτονία.

Χαρακτηριστικά Συνδρόμου Αμέτοχου Θεατή

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού.
- Τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Μιμητική συμπεριφορά και υιοθέτηση ενδοοικογενειακών προτύπων.
- Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη εμπιστοσύνης.

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Για πολλούς αιώνες η σκληρή μεταχείριση των παιδιών δικαιωνόταν από την πεποίθηση ότι η αυστηρή σωματική τιμωρία ήταν απαραίτητη για να επιβληθεί η πειθαρχία, να διατηρηθεί το γονικό κοινωνικό κύρος και να μεταδοθούν εκπαιδευτικές και κοινωνικές αρχές. Που οφείλεται όμως το γεγονός ότι τα παιδιά κακοποιούνται, και πολλές φορές μάλιστα με βαναυσότητα; Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στην άποψη πως μια αλυσίδα αιτιών και παραγόντων που οδηγούν στην κακοποίηση του παιδιού είναι: η ύπαρξη παλιών προτύπων αγωγής και σωφρονισμού του παιδιού, ο θεσμός της ανδροκρατούμενης οικογένειας με κεφαλή την πατρική εξουσία, η ανεπαρκής κοινωνική προστασία αποτελούν το δομικό πλέγμα που καλλιέργησε την εγκληματική κακοποίηση του παιδιού από τους γονείς και από όσους σχετίζονται μαζί του.

Τα αίτια της επιθετικής συμπεριφοράς των ενηλίκων προς τα παιδιά μπορεί να είναι κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά και πολιτισμικά.

Κοινωνικοοικονομικά αίτια

Η έκταση της κατοικίας και οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συχνότητα και το χαρακτήρα των κοινωνικών σχέσεων. Σε μια φτωχή πολυμελή οικογένεια, σε συνάρτηση και με τη στενότητα του χώρου κατοικίας, οι γονείς δεν έχουν το χρόνο και τη διάθεση να συμμετέχουν στα προβλήματα των παιδιών τους και μπορεί να τους συμπεριφέρονται συχνά απότομα και επιθετικά. Μερικοί γονείς με παραδοσιακές αρχές επικαλούνται το γονικό δικαίωμα για την ανατροφή των παιδιών τους. Το θεωρούν << καθήκον και υποχρέωση >> και με την παραμικρή αφορμή εκδηλώνουν την επιθετική τους συμπεριφορά για το << καλό των παιδιών τους >>, όπως οι ίδιοι νομίζουν. (Μιχαηλίδου Παπαδάκη, 1997.)

Έχει βρεθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γονέων που ανήκουν στην εργατική τάξη υποφέρουν από κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους.

Ψυχολογικά αίτια

- **Ανωριμότητα και διαταραγμένη προσωπικότητα:** Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς. Επαναλαμβάνουν έτσι το ίδιο στη σχέση με τα παιδιά τους μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο.
- **Έλλειψη αυτοσεβασμού και χαμηλή αυτοεκτίμηση:** Η αντίληψη ότι σε μια δύσκολη κατάσταση, φταίνε οι πάντες εκτός από τους ίδιους.
- **Απαιτητικότητα και εγωκεντρισμός:** Είναι γεμάτοι προσδοκίες αφού περιμένουν τα παιδιά να τους δείξουν αγάπη και υποδειγματική συμπεριφορά από την βρεφική ακόμη ηλικία τους και απαιτούν από αυτά μια στάση δέους, υποταγής και ευγένειας.
- **Κοινωνική απομόνωση και αποξένωση:** οι άνθρωποι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία προτιμούν να ζουν σε σπίτια απομονωμένα από τον υπόλοιπο συνοικισμό.
- **Αλκοολισμός – ναρκωτικές ουσίες – ποινικό μητρώο:** έχει διαπιστωθεί από έρευνες ότι το 40% των περιπτώσεων κακοποιημένων παιδιών συνδεόταν με την χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών από τους θύτες.
- **Χαμηλή νοημοσύνη:** το νοητικό επίπεδο των δραστών είναι συχνά οριακό και σε ορισμένες περιπτώσεις στο πλαίσιο της ελαφρώς νοητικής στέρησης.

Πολιτισμικά αίτια

Η εκμετάλλευση των παιδιών είναι μια πραγματικότητα ακόμα και στις μέρες μας. Είναι μία πραγματική κοινωνική μάστιγα, ειδικά στις τριτοκοσμικές χώρες. Εκεί πολλά παιδιά δουλεύουν κάτω από άθλιες συνθήκες για ένα κομμάτι ψωμί ή για ελάχιστα χρήματα, διότι πρέπει να βοηθήσουν στη συντήρηση της πολύτεκνης συνήθως οικογένειάς τους. Αλλά ακόμη και στις αναπτυγμένες χώρες υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών, που συχνά προέρχονται από υποανάπτυκτα κράτη, τα οποία είναι αντικείμενα εκμετάλλευσης. Είτε οι γονείς τους είτε άλλα τρίτα πρόσωπα τα στέλνουν να ζητιανεύουν στους δρόμους ή να πουλάνε χαρτομάντηλα και λουλούδια στα φανάρια. Έτσι στερούνται το δικαίωμά τους στη μάθηση. Ο χειρότερος όμως τρόπος εκμετάλλευσης των παιδιών είναι η σεξουαλική κακοποίηση φαινόμενο της παιδοφιλίας που έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Μάλιστα, τα διάφορα οργανωμένα κυκλώματα παιδεραστίας έχουν αναπτυχθεί ιδιαίτερα. Είναι εξωφρενικό το ότι τα παιδιά γνώρισαν τη φρίκη και έχασαν την αγνότητα τους για να πλουτίσουν κάποιοι διεστραμμένοι. Τα παιδιά που βιώνουν αυτήν την εμπειρία αποκτούν μακροχρόνιο ψυχολογικό τραύμα. Είναι αυτά τα παιδιά θύματα της εκμετάλλευσης και της κατάχρησης για την απασχόληση, που σύρονται στην πορνεία ή γίνονται στρατιώτες σε εμφύλιους αλληλοσπαραγμούς και πολέμους. (Δικαιώματα του παιδιού – Τα παιδιά του τρίτου κόσμου)

1.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΥΜΑΤΟΣ

Τα κακοποιημένα παιδιά έχουν έντονες εσωτερικές συγκρούσεις και ο εσωτερικός τους κόσμος είναι βαριά τραυματισμένος. Η εξωτερική των συναισθημάτων αυτών δεν γίνεται πάντα με τον ίδιο τρόπο και διαφέρει ανάλογα με την προσωπικότητα του παιδιού. Μερικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που αποτελούν άμεση έκφραση συναισθημάτων που συνοδεύουν την κακοποίηση είναι τα ακόλουθα:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Απελπισία
- Αδυναμία
- Συναισθήματα ενοχής, ντροπής και αντίληψη απουσίας ελέγχου
- Τάση προστασίας του δράστη και ανάληψη της ευθύνης για την κακοποίηση
- Τάση αυτομορφής σε μια προσπάθεια ελέγχου μιας κατάστασης
- Τάση άρνησης της σοβαρότητας της κατάστασης και ύπαρξη συναισθημάτων οργής και φόβου. (Νοσηλευτική ψυχικής υγείας Mary Ann Hogan,2011.)
- Κοινωνική απομόνωση
- Συχνές αλλαγές συμπεριφοράς
- Δυσκολία λήψης αποφάσεων.
- Σημάδια αγωνίας και κατάθλιψης
- Τάσεις αυτοκτονίας.(Δρ. Χατζηφωτίου Σεβαστή ,2005)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΡΑΣΤΩΝ ΒΙΑΣ

Οι περισσότεροι δράστες έχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας, με συνηθέστερη κλινική εικόνα τη διαταραχή της προσωπικότητας. Μερικοί από αυτούς έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις.Μερικά από τα χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω:

- Εκτόξευση απειλών και εκφοβισμός προκειμένου να ασκηθεί έλεγχος στο θύμα.
- Βιώματα κακοποίησης, παραμέλησης ή αυστηρής επιβολής πειθαρχίας κατά την παιδική τους ηλικία.
- Τάση εχθρικής συμπεριφοράς και απόδοση ευθυνών σε άλλους ή στις περιστάσεις για τα προβλήματα τους.
- Παρασιτισμός και ανωριμότητα, που συνυπάρχουν με χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Ύπαρξη ανικανοποίητων αναγκών εξάρτησης.
- Υπερβολική αυστηρότητα καθώς και υποστήριξη της ορθότητας της σωματικής τιμωρίας.
- Ανεπαρκείς ικανότητες άσκησης του γονικού ρόλου και υψηλές προσδοκίες από το παιδί.
- Ενδεχόμενα η κατάχρηση ουσιών.
- Ιστορικό δύσκολης εγκυμοσύνης και τοκετού. (Νοσηλευτικής ψυχικής υγείας Mary Ann Hogan, 2011.)

1.7 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Η προστασία του παιδιού προβλήθηκε ως μια κοινωνική ανάγκη από τους πιο γνωστούς διεθνείς οργανισμούς. Το 1959 ο οργανισμός Ηνωμένων Εθνών προέβει σε μια διακήρυξη των δικαιωμάτων του παιδιού και προέβλεψε ένα νομοθετικό καθεστώς προστασίας από κάθε μορφή εκμετάλλευσης ή παραμέλησης. 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 πρόταση για την προστασία των ανηλίκων από την κακομεταχείριση, η οποία λάμβανε τα εξής μετρά:

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

Η επόμενη πρόταση του Συμβουλίου της Ευρώπης υιοθετήθηκε μια δεκαετία του 1979 που ήταν παράλληλα και το Διεθνές Έτος του παιδιού. Σε αυτή 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 βιαιού οικογενειακού περιβάλλοντος έχουν καταστρεπτικές συνέπειες στην ανάπτυξη του παιδιού και ακόμη στην μελλοντική συμπεριφορά του σα γονέας, δημιουργώντας έτσι υψηλό κοινωνικό κόστος. Την ίδια χρονιά, η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου υιοθέτησε την πρόταση για Ευρωπαϊκό καταστατικό Χάρτη πάνω στα δικαιώματα του παιδιού (4/10/1979). 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 μνα περιλαμβάνει τη δυνατότητα της απομάκρυνσης του κακοποιημένου παιδιού από την επίβλεψη του γονέα του το κακοποιεί.

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχει δοθεί σημασία στους μη δικαστικούς τρόπους και μέσα προστασίας των παιδιών από την κακοποίηση ή άλλες πράξεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και την ανάπτυξη 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 ένοχους αλλά σαν γονείς με σοβαρά προβλήματα.

Το μέτρο της αφαίρεσης τη γονικής 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 την ύπαρξη διαθέσιμων ανάδοχων οικογενειών. Άλλοτε πάλι, αν η ικανότητα τους για φροντίδα έχει βελτιωθεί σημαντικά τότε ξαναπαίρνουν πίσω το παιδί τους. Όλα λοιπόν τα μέτρα αποβλέπουν στην προστασία του παιδιού, που έχουν πολλές αρνητικές συνέπειες. Επομένως, ο νόμος αδυνατεί να προσφέρει ουσιαστική λύση των προβλημάτων της κακοποίησης, παρ'όλα 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 κάθε δικαίωμα να προστατευθεί με κάθε τρόπο από τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση.

Το 1989, στη σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού τα άρθρα 19 και 34 αφορούσαν αντίστοιχα την προστασία του παιδιού από κάθε μορφή βίας γενικά αλλά και ειδικά από την σεξουαλική βία.

Άρθρο 19

Τα συμβαλλόμενα κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα νομοθετικά, διοικητικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα, προκειμένου να προστατεύσουν το παιδί από κάθε μορφής βίας, προσβολής ή βιαιοπραγιών σωματικών ή πνευματικών, εγκατάλειψης ή παραμέλησης, κακής μεταχείρισης ή εκμετάλλευσης, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής βίας, κατά τον χρόνο που βρίσκεται υπό την επιμέλεια των γονέων του, του ενός από τους δυο, των νόμιμων εκπροσώπων τους ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου στο οποίο το έχουν εμπιστευθεί.

Αυτά τα προστατευτικά μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν όπου χρειάζεται αποτελεσματικές διαδικασίες για την εκπόνηση κοινωνικών προγραμμάτων που θα αποσκοπούν στην παροχή της απαραίτητης υποστήριξης στο παιδί και σε αυτούς οι οποίοι έχουν την επιμέλεια του, καθώς και για άλλες μορφές πρόνοιας και για τον χαρακτηρισμό, την αναφορά, την παραπομπή, την ανάκριση, την περίθαλψη και την παρακολούθηση της εξέλιξης τους στις περιπτώσεις κακής μεταχείρισης του παιδιού που περιγράφονται πιο πάνω και όπου χρειάζεται για διαδικασίες δικαστικής παρέμβασης 2101, Φ.Ε.Κ 1992/2-12-1992).

Άρθρο 34

Τα συμβαλλόμενα κράτη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να προστατεύουν το παιδί από κάθε μορφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης και σεξουαλικής βίας. Για τον σκοπό αυτό τα κράτη λαμβάνουν ειδικότερα μέτρα σε εθνικό, διμερές και πολυμερές επίπεδο για να εμποδίσουν:

- Την παρακίνηση ή τον εξαναγκασμό των παιδιών σε παράνομη σεξουαλική δραστηριότητα.
- Την εκμετάλλευση των παιδιών για πορνεία ή για άλλες παράνομες σεξουαλικές δραστηριότητες.
- Την εκμετάλλευση των παιδιών για την παραγωγή θεαμάτων ή υλικού πορνογραφικού χαρακτήρα.



Τα 54 άρθρα της Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού χωρίζονται σε 8 θεματικές ενότητες που καλύπτουν όλο το εύρος των δικαιωμάτων και των πιθανών παρεμβάσεων τους μέσα και έξω από την οικογένεια.

Το δικαίωμα του παιδιού στην ισότητα (άρθρο 2)

Πρόκειται για γενικό άρθρο που δηλώνει την ανάγκη να λάβουν όλα τα κράτη τα απαραίτητα μέτρα έτσι ώστε κάθε παιδί χωρίς διάκριση να απολαμβάνει τα δικαιώματα του. Οι διακρίσεις αυτές είναι δυνατόν να συνδέονται με το χρώμα, τη φυλή, το φύλο, τη γλωσσά, τη θρησκεία, τις πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις του παιδιού ή των γονιών του. Άτομα, ομάδες ή πληθυσμοί παιδιών που ζουν κάτω από συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού στερούνται του δικαιώματος στην ισότητα. (Επιμ.Ε.Αγαθωνος-Γεωργοπουλου,1999)

Το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει την γνώμη του (αρθρο12)

Η εφαρμογή του δικαιώματος αυτού μέσα και έξω από την οικογένεια όπως και στα πλαίσια των θεσμών δηλώνει την θέση των παιδιών αλλά και της παιδικής ηλικίας σε κάθε κράτος ή κοινωνία. Πρόκειται για ουσιαστικό άρθρο της Σύμβασης που αναφέρεται στον άξονα της συμμετοχής. Η ελληνική οικογένεια παρόλο που έχει περιγράψει ως παιδοκεντρική παραβλέπει το δικαίωμα του παιδιού να συμμετέχει στα ζητήματα της οικογενείας που αφορούν το ίδιο αλλά και όλα τα μέλη της.

Η υπερπροστασία, η θεώρηση των παιδιών ως ανώριμων και ως μη ολοκληρωμένων ατόμων στερούν από τα παιδιά το δικαίωμα της συμμετοχής και μέσω αυτού της φυσιολογικής πορείας προς την ωριμότητα (Επιμ.Ε.Αγάθωνος-Γεωργόπουλου, 1999)

Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή (άρθρο 16)

Η άποψη πολλών ενήλικων γονιών και μη ότι η παιδική ηλικία είναι μια μεταβατική περίοδος και μια πορεία προς την ενηλικίωση χωρίς αυτόνομο περιεχόμενο έχει οδηγήσει στην αντιμετώπιση των παιδιών ως εξαρτημένων από τους γονείς μικρών και ανώριμων ατόμων χωρίς δικαιώματα για προσωπική ζωή. (Επιμ.Ε.Αγαθωνος-Γεωργοπουλου,1999)

Το δικαίωμα της προστασίας από την εκμετάλλευση της εργασίας (άρθρο 32)

Σύμφωνα με την Σύμβαση η εργασία των παιδιών πρέπει να είναι κατοχυρωμένη σε κάθε κράτος-μέλος με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παραβιάζει και αλλά δικαιώματα των παιδιών που λειτουργούν σε συνάρτηση με την εργασία. Αυτά είναι τα δικαιώματα στην υγεία, την εκπαίδευση, την ανάπαυση και την ψυχαγωγία, την μη εκμετάλλευση, την μη βία, την ισότητα, τη μη διάκριση και την κοινωνική ασφάλεια. Η κατοχύρωση ενός κατωτάτου ορίου ηλικίας για την είσοδο στην εργασία, ο καθορισμός ωραρίου και η περιγραφή των συνθηκών εργασίας έχουν ως στόχο την καλύτερη δυνατή διασφάλιση των δικαιωμάτων των εργαζομένων παιδιών. Το θέμα της παιδικής εργασίας βρίσκεται στο επίκεντρο της συζήτησης μη κυβερνητικών κυρίως οργανώσεων σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου όπου η παιδική εργασία ταυτίζεται με ακραίες μορφές οικονομικής εκμετάλλευσης και συχνά απάνθρωπης κακομεταχείρισης μικρών σε ηλικία παιδιών. Οι οργανώσεις αυτές πιέζουν για την κατάργηση κάθε μορφής εργασίας για τους ανήλικους, ένα στόχο δυσπρόσιτο και ανέφικτο εφόσον οι οικονομίες ολόκληρων χωρών στηρίζονται σημαντικά στα χεριά παιδιών που υφαιίνουν χαλιά ή στρίβουν τσιγάρα και πούρα. Η σύμβαση εκτιμώντας με ρεαλισμό την κατάσταση θεωρεί ότι η εργασία των παιδιών όταν δεν επηρεάζει αλλά άρθρα της σύμβασης δεν θεωρείται ως παραβίαση δικαιώματος για τα παιδιά. (Επιμ.Ε.Αγαθωνος-Γεωργοπουλου,1999)

Το δικαίωμα της προστασίας των παιδιών από την σεξουαλική και άλλες μορφές εκμετάλλευσης (άρθρα 34, 35, 36)

Και τα τρία αυτά άρθρα αναφέρονται σε μορφές εκμετάλλευσης των παιδιών με κυρία μορφή την σεξουαλική βία και εκμετάλλευση. Σε αντίθεση με το άρθρο 19 που αναφέρεται σε μορφές βίας προς τα παιδιά που ασκούνται από τους γονείς τους ή από άτομα σε σχέση φροντίδας ή επιμελείας, τα άρθρα 34, 35 και 36 υπονοούν βία και εκμετάλλευση των παιδιών από τρίτους με σκοπό το οικονομικό όφελος. Ο εξαναγκασμός των παιδιών στην πορνεία, η εκμετάλλευση τους από την βιομηχανία της πορνογραφίας, η απαγωγή, η πώληση και το δουλεμπόριο αποτελούν μορφές βίας και εκμετάλλευσης οι οποίες αν και υπονοούνται ως έξω-οικογενειακές από πλευράς παράλειψης ή σπανιότερα ενέργειας έχουν συμβάλει στην κακοποίηση των παιδιών τους. (Επιμ.Ε.Αγαθωνος-Γεωργόπουλου, 1999)

Το δικαίωμα προστασίας από την κακοποίηση και την παραμέληση (άρθρο 19)

Περιεχόμενο του άρθρου 19 είναι και η προστασία του παιδιού από όλες τις μορφές κακομεταχείρισης μέσα στην οικογένεια ή τα υποκατάστατα της. Περιλαμβάνονται η σωματική κακοποίηση, η παραμέληση, η σεξουαλική κακοποίηση, η ψυχολογική βία, η συναισθηματική παραμέληση καθώς και η εγκατάλειψη. Το άρθρο αναφέρεται σε κοινωνικά προγράμματα και

μετρά για την υποστήριξη του παιδιού αλλά και της οικογένειας που είναι υπεύθυνη για την κακομεταχείριση του. (Επιμ.Ε.Αγάθωνος-Γεωργόπουλου, 1999)

Επανάταξη και αναπροσαρμογή (άρθρο 39)

Τα συμβαλλόμενα κράτη παίρνουν όλα τα κατάλληλα μετρά για να διευκολύνουν τη σωματική και ψυχολογική ανάρρωση και την κοινωνική επανάταξη κάθε παιδιού-θύματος οποιασδήποτε μορφής παραμέλησης, εκμετάλλευσης ή κακοποίησης, βασανισμού ή κάθε άλλης μορφής σκληρής, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης, τιμωρίας ή ένοπλης σύρραξης. Η ανάρρωση αυτή και η επανάταξη γίνονται μέσα σε περιβάλλον που ευνοεί την υγεία, τον αυτοσεβασμό και την αξιοπρέπεια του παιδιού. (Επιμ.Ε.Αγαθωνος-Γεωργοπουλου, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε μια παγκόσμια ερευνά που πραγματοποιήθηκε υπολογίζεται ότι περίπου 905.000 παιδιά ήταν θύματα της παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης, το 2006. (Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, 2008).

Ενώ οι σωματικές βλάβες μπορεί να είναι ή να μην είναι άμεσα ορατές, κακοποίησης και παραμέλησης μπορεί να έχει συνέπειες για τα παιδιά και τις οικογένειες.

Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης συζητάται συχνά από την άποψη της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα όμως, είναι δυνατόν να διαχωριστούν πλήρως μεταξύ τους. Φυσικές συνέπειες, όπως οι βλάβες σε ένα παιδικό εγκέφαλο αλλά και ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως η γνωστική καθυστέρηση και η συναισθηματική δυσκολία.

Ψυχολογικά προβλήματα συχνά εκδηλώνονται ως συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Αυξάνονται οι πιθανότητες καπνίσματος, κατάχρισης αλκοόλ ή παράνομων ναρκωτικών ουσιών, υπεραξίας καθώς επίσης η κατάθλιψη και το άγχος.

Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε μακροχρόνια προβλήματα σωματικής υγείας όπως οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ο καρκίνος και η παχυσαρκία. ([www.Child Welfare Information Gateway.com](http://www.ChildWelfareInformationGateway.com))

Προοπτική μελέτη 89 σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, ανέδειξε τις σοβαρές επιπτώσεις της βίας υγεία και στην κοινωνική

-22% είχαν μέτρια ως σοβαρά
-27% παρουσίασαν μέτρια ως
-45% παρουσίασαν μέτρια ως υγείας.



στη σωματική, στην ψυχική προσαρμογή των παιδιών:

νευρολογικά προβλήματα.
σοβαρή νοητική υστέρηση.
σοβαρά προβλήματα ψυχικής

-17% εγκατέλειψε το σχολείο πριν το τέλος της υποχρεωτικής 9 έτους φοίτησης.

-12% είχαν ήδη εμπλακεί σε μέση ηλικία των 11 ετών σε κλοπές, βανδαλισμούς και πορνεία.

-20% είχαν ήδη εκδηλώσει σε μέση ηλικία των 11 ετών βία εναντίον ενηλίκων εκτός οικογενείας και 10% εναντίων των γονιών τους.

-15% των παιδιών και των δύο φύλων είχαν σε μέση ηλικία των 11 ετών, τουλάχιστον μία εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης παρά τη θέληση τους από άτομο τουλάχιστον 5 χρονιά μεγαλύτερο, μέσα ή έξω από την οικογένεια. (Ε.Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Μ. Τσάγκαρη, 1999).

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Όταν τα κακοποιημένα παιδιά τραυματίζονται, θα πρέπει να θάψουν τα τραύματά τους, επειδή δεν έχουν αρκετή εσωτερική δύναμη και αυτοεκτίμηση για να χειριστούν όλες αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις. Στη συνέχεια, μετέπειτα πηγές επιβεβαίωσης είναι οι συνομήλικοι του κάθε παιδιού, καθώς η παραμικρή απόρριψη από ένα σημαντικό για το παιδί συνομήλικο μπορεί να το τραυματίσει ανεπανόρθωτα.

Η απόρριψη από το γονέα μπορεί να πληγώσει το παιδί, καθώς ο γονέας παίζει ρόλο ισχύος στη ζωή του κάθε παιδιού. Κάθε γονέας, αποτελεί την πρωταρχική και αιώνια πηγή επιβεβαίωσης, αποδοχής, εμπιστοσύνης και ασφάλειας από την κοινωνία.

Ο κάθε γονέας αποτελεί το μέσο κοινωνικοποίησης και αποδοχής του παιδιού, καθώς η συμβολή του είναι ζωτικής σημασίας για τη συγκρότηση μιας προσωπικότητας ανθεκτικής στις ψυχοσυναισθηματικές προκλήσεις που δέχεται κάθε παιδί. (Αγάθωνος Ε.,1998).

Ένα παιδί το οποίο ζει και έχει τέτοια ερεθίσματα σε μία οικογένεια που το κακοποιεί δεν μπορεί και να αναπτυχτεί ομαλά. Είναι απόλυτα φυσικό να μην αναπτύσσεται φυσιολογικά ένα παιδί που ζει σε μία οικογένεια που ο φόβος σωματικής βλάβης αποτελεί διαρκή απειλή.

Αυτό δε δίνει στο παιδί καμία επιλογή και δημιουργεί την απογοήτευση και το θυμό σε κάποια παιδιά, αλλά και παθητικότητα σε κάποια άλλα. Αυτές οι δύο ομάδες των παιδιών, παρά την επιθυμία τους για γονική προσοχή δεν έχουν ουσιαστικές γονικές σχέσεις.

Έτσι, μπορεί να επηρεάσουν το παιδί και να βλέπει τον εαυτό του ως υπεύθυνο για τις επιθέσεις που δέχεται αλλά και να νιώθει ενοχή όταν αντιστέκεται στη κακοποίηση που υφίσταται. (Χουρτζουμανόγλου Ε.,2002).

Σύμφωνα με τους Dr.Roger J.Duldrup και Dodie Gust η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία προκαλεί ένα πιο περίπλοκο σύμπλεγμα συναισθημάτων σε σχέση με τη σωματική κακοποίηση.

Καθώς, το παιδί μεγαλώνει και αρχίζει να αντιλαμβάνεται τι είναι κοινωνικά σωστό και τι λάθος, αρχίζει να νιώθει ενοχές, εξακολουθεί όμως να υφίσταται αυτή την κατάσταση.

Συχνά νιώθει, πως δεν αξίζει κάτι ως άνθρωπος, αλλιώς δεν θα του συνέβαινε κάτι τέτοιο. Το πιθανότερο είναι πως δεν έχει μοιραστεί με κανέναν αυτή την ιστορία και έτσι δεν μπορεί να ξέρει και άλλες περιπτώσεις που έχουν συμβεί.

Εξακολουθεί, να πιστεύει πως κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν να συμβεί σε άλλους ανθρώπους. Μπορεί να νιώθει ενοχή και την περίοδο που συμβαίνει αυτό το γεγονός, αλλά και αργότερα, όταν έχει σταματήσει. (Τσιγγρής Α.,2001).

Η βασική φροντίδα στο παιδί δημιουργεί μια αίσθηση εμπιστοσύνης, ενώ η στοργή χτίζει αυτή την εμπιστοσύνη και τη μετατρέπει σε προσωπική και κοινωνική ασφάλεια.

Όταν λοιπόν στο παραμελημένο παιδί δεν προσφέρεται η κατάλληλη φροντίδα ή πολλές φορές και καθόλου φροντίδα, δεν μπορεί κατά συνέπεια να υπάρξει γι'αυτό το παιδί κοινωνική

ασφάλεια και κοινωνική ένταξη ,προκειμένου να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί φυσιολογικά στην κοινωνία της οποίας είναι μέλος.

Το κακοποιημένο παιδί ενδεχομένως να παρουσιάσει τη λεγόμενη <<τραυματική ψύχωση>>. Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι: η μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και η αλλόκοτη συμπτωματολογία.

Τα παιδιά όπου είχαν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στη ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα, ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα παιδιού και πολύ αγαπητά στους άλλους.

Χαρακτηριστικά, πολλές φορές παρατηρείται ότι τα παιδιά αυτά <<δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταΐζει>>. (Κουτσελίνης Α.,2002).

Η ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας ή μεθοριακής δομής της προσωπικότητας αποτελούν μερικές από τις πιο σταθερές διαπιστώσεις στις σχετικές έρευνες.

Από την άλλη πλευρά είναι γνωστό ότι και οι δύο διαταραχές παρουσιάζουν σημαντική γενετική προδιάθεση αφενός και αφετέρου διαγιγνώσκονται συχνά στο γενικό πληθυσμό.

Κατά συνέπεια είναι πιθανό η ανάπτυξη των συγκεκριμένων διαταραχών να είναι αποτέλεσμα ενός βιολογικού ντετερμινισμού παρά κάποιας μορφής κακοποίησης.

Η συναισθηματική εμπάθεια αυτών των παιδιών, πολλές φορές είναι η αιτία της επίθεσης τους προς τους άλλους συνομήλικους τους, αλλά και στους ενήλικους. Το σωματικά κακοποιημένο παιδί αναπτύσσει ένα εξωτερικό σημείο ελέγχου, θεωρώντας ότι για τα κοινωνικά προβλήματα του φταίνε οι άλλοι άνθρωποι.

Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα την ελάχιστη προσωπική ευθύνη του ίδιου και του παιδιού για τη διατακτική συμπεριφορά που παρουσιάζει. (Πετρίδου Κ. ,2000).

Η κατάθλιψη, η επιθετικότητα και η αντικοινωνική συμπεριφορά, είναι τα πιο κοινά γνωρίσματα παιδιών, που υφίσταται σωματική κακοποίηση, αλλά παρουσιάζουν και προβλήματα στην προσκόλλησή τους σε άτομα που τα φροντίζουν και στις κοινωνικές τους επαφές και συναναστροφές.

Οι απρόβλεπτες συναισθηματικές τους προσκολλήσεις σε άλλους, αποτελούν αποτυχημένες προσπάθειες, στην επίλυση προβλημάτων ανάπτυξης κατά την εφηβεία τους.

Επιδιώκουν ανεπιτυχώς με πράξεις ανορθόδοξες να επέμβουν στα προβλήματα που τους απασχολούν, ώστε να αποκτήσουν νέα ταυτότητα, αναξαρτησία, καθώς και σεξουαλική πολλές φορές ανάπτυξη.

Πολλοί από αυτούς τους εφήβους, αποδεικνύεται ότι εμπλέκονται σε σεξουαλικές σχέσεις χωρίς διάκριση, ότι είναι αναξιόπιστοι σε ότι τους ανατίθεται, χρησιμοποιούν ναρκωτικά και γενικώς δημιουργούν κακές σχέσεις με τους άλλους.

Οι αποτυχημένες προσπάθειες των παιδιών στον χειρισμό αναπτυξιακών προγραμμάτων, μπορεί να αποδοθεί σε χρόνια κατάθλιψη, της οποίας η αρχή έχει ρίζες στην κακοποίηση και στην έλλειψη ψυχολογικών υποστηριγμάτων, κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους.

Η αποστέρηση που υφίστανται τα παιδιά που κακοποιούνται ψυχολογικά περιορίζει και μειώνει την ικανότητα τους, να καταλάβουν τους εαυτούς τους, ως άτομα με αξία. (Doxiadis S., 1989)

Συναισθηματικές διαταραχές που δημιουργούν προβλήματα στην όλη λειτουργικότητα του παιδιού και ιδιαίτερα στην επικοινωνία και συνδιαλλαγή του στον άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό χώρο είναι (συναναστροφές με συνομηλίκους ή ενήλικες):

- Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία
- Προσκόλληση σε άγνωστο άτομο
- Κατάθλιψη, απόσυρση, υπερκινητικότητα, παθητικότητα, απειθαρχία, έλλειψη ελέγχου
- Ενσωμάτωση στο σύστημα αξιών του, της βίας σαν μέσον έκφρασης και επίλυσης προβλημάτων
- Έκδηλο άγχος
- Παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση,εγκόπριση κλπ)
- Βλάβη στη μαθησιακή ικανότητα του παιδιού με έντονες ενδείξεις για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών διανοητικής καθυστέρησης
- Παραπτωματική και πολλές φορές εγκληματική συμπεριφορά στην εφηβεία και την μετέπειτα ζωή του
- Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις
- Υπερευαίσθησία (ανησυχία όταν αλλά παιδιά κλαίνε)
- Φόβος προς τους γονείς του
- Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του

Τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της κακοποίησης του παιδιού είναι μη προβλέψιμα και ξεχωριστά για το κάθε άτομο

Ενδέχεται να εκδηλωθούν με διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου που έχει δεχθεί στην παιδική του ηλικία κακοποίηση.

Η προδιάθεση για συναισθηματική διαταραχή, αλλά και η αυξημένη πιθανότητα να κακοποιήσει τα δικά του παιδιά είναι αυξημένη.

Ευνοϊκής σημασίας για την μείωση των επιδράσεων της κακοποίησης στο παιδί είναι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού γονέα που του προσφέρει αγάπη και κατανόηση. (Smith H.,1995).

Σύμφωνα με τη Shirley Asber και τους Finkehlon and Brown τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στην ενήλικη ζωή τους είναι πιθανότερο να έχουν ισχυρές συνέπειες. Δηλαδή

μπορεί να παρουσιάζουν διαταραγμένη προσωπικότητα, να παρουσιάζουν ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα, να είναι αλκοολικά ή να έχουν προβλήματα εθισμού σε ναρκωτικά και ουσίες, να είναι ευαίσθητα προς την επαναικανοποίηση, να είναι μέλλοντες κακοποιούντες, να έχουν σεξουαλική συμπεριφορά που να οδηγεί στη σεξουαλική αδημονία ή πορνεία, αλλά και να έχουν χρόνια σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και διαταραγμένης προσωπικότητας. (Smith H., 1995).

2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ένα παιδί το οποίο έχει βιώσει την κακοποίηση, δεν μπορεί να αναπτυχθεί ομαλά. Βέβαια, είναι απόλυτα φυσικό, να μην αναπτύσσεται φυσιολογικά ένα παιδί που ζει με το φόβο της σωματικής βλάβης καθώς η σωματική κακοποίηση, αποτελεί μια διαρκή απειλή για το ίδιο το παιδί.

Οι άμεσες επιδράσεις της σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης μπορεί να είναι σχετικά μικρή (μώλωπες ή τεμαχίων) ή σοβαρή (και σπασμένα οστά, αιμορραγίας ή ακόμη και θάνατο). Σε ορισμένες περιπτώσεις τα φυσικά φαινόμενα είναι προσωρινά. Ωστόσο τον πόνο και την δυστυχία που προκαλούν σε ένα παιδί δεν πρέπει να παραβλέπονται.

Εν τω μεταξύ οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών για σωματική υγεία έχουν μόλις αρχίσει να διερευνούνται.

Σύμφωνα, με την Εθνική Έρευνα του Παιδιού και του Εφηβου Well-being περισσότερο από το ένα τέταρτο των παιδιών που είχαν τεθεί σε ανάδοχους γονείς για περισσότερο από 12 μήνες, είχε κάποιο διαρκές ή επαναλαμβανόμενο πρόβλημα υγείας.

Παρακάτω είναι μερικά αποτελέσματα όπου οι ερευνητές έχουν επισημάνει:

Παιδική κακοποίηση μέσω βίαιου ταρακουνήματος: Η πράξη του ταρακουνήματος ενός μωρού είναι μια κοινή μορφή παιδικής κακοποίησης. Οι τραυματισμοί που προκαλούνται από την ανακίνηση ενός μωρού δεν μπορεί να είναι αμέσως αισθητοί και μπορεί να περιλαμβάνουν αιμορραγία στο μάτι ή στον εγκέφαλο, ζημιές στο νωτιαίο μυελό και στον αυχένα, στα πλευρά ή στα οστά. (Εθνικό ινστιτούτο νευρολογικών διαταραχών και εγκεφαλικό επεισόδιο, 2007).

Μειωμένη ανάπτυξη του εγκεφάλου: Η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών έχουν δείξει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα σημαντικές περιοχές του εγκεφάλου να αποτύχουν να σχηματιστούν ή να μην αναπτύσσονται σωστά, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Αυτές οι μεταβολές στην ωρίμανση του εγκεφάλου έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για τις γνωστικές, γλωσσικές και ακαδημαϊκές ικανότητες.

Κακή σωματική υγεία: Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των διαφόρων μορφών της δυσλειτουργίας των νοικοκυριών (συμπεριλαμβανομένων της παιδικής κακοποίησης) και κακής υγείας (Herman, J., 1996). Ενήλικες που έχουν βιώσει κακοποίηση ή παραμέληση κατά την παιδική ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από σωματικές παθήσεις όπως είναι οι αλλεργίες, η αρθρίτιδα, το άσθμα, η βρογχίτιδα, η υψηλή αρτηριακή πίεση και τα έλκη.

Κάποια άλλα στοιχεία που ήρθαν στο φως μιλούν για θνησιμότητα και νευρονοητικές αναπηρίες που μπορούν να προκληθούν. Για παράδειγμα μια επίθεση στο κεφάλι του παιδιού μπορεί να

προκαλέσει νευρολογική αναπηρία καθώς και σημαντική βλάβη στον εγκέφαλο, αλλά και κατάγματα κρανίου.

Σε κλινικό δείγμα 1697 σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών η θνησιμότητα βρέθηκε να είναι στην ομάδα των παιδιών με σοβαρές κακώσεις, 17%. Από τα σωματικά κακοποιημένα παιδιά 33% υπέστησαν προσωρινή αναπηρία (π.χ. κάταγμα άκρου που τα ακινητοποίησε για ορισμένο χρόνο), ενώ 8% υπέστησαν μόνιμη βλάβη (π.χ. κώφωση, παραπληγία, παραμόρφωση προσώπου και τραυματικό καταρράκτη). (Ε Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,Μαρία Τσαγκάρη 1999).

Μια τέτοια βεβαίως κατάσταση δεν θα είναι προσωρινή. Το παιδί θα αποκτήσει για τη μετέπειτα ζωή του διάφορες φοβίες, άσχημες συμπεριφορές και καθόλου αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση. Επίσης μερικά από τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν χαμηλό ύψος σώματος και χαμηλό βάρος καθώς και άλλα προβλήματα ψυχοκινητικής ανάπτυξης.

Έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε κακοποιημένα παιδιά η οποία συμπεριλαμβάνει αυτοακροτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας και συνδέεται με χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού.

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στην υγεία του παιδιού είναι πολλές και καλύπτουν όλων των ειδών τις κακώσεις από τις πιο απλές (π.χ. μελανιές σε ασυνήθιστα όπως σημεία του σώματος όπως στην πλάτη) μέχρι τις πιο σοβαρές όπως η μόνιμη αναπηρία.

Οι επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης πέραν από τις φυσικές συνέπειες δηλαδή κακώσεις γεννητικών οργάνων, ρήξη παρθενικού υμένα, χρόνιοι ερεθισμοί, αυξημένες εκκρίσεις, αφροδισιακά νοσηματα διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμες (παρατηρούνται δηλαδή κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων μετά την κακοποίηση) και μακροπρόθεσμες (παρατηρούνται μετά το πέρασμα των χρόνων).

Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις αναλύονται και εμφανίζονται στην προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία. Τα συμπτώματα στη συμπεριφορά των μικρών παιδιών στην προσχολική ηλικία μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, συνεχή αναντιστάση, σεξουαλικό παιχνίδι, ακράτεια ούρων, συχνό μπάνιο, κλάμα χωρίς λόγο και παλινδρομική συμπεριφορά (ρούφηγμα δακτύλου). (Μουζακίτης Χ., 1993).

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Συχνά η κοινωνία μας δεν είναι γνώστης των λιγότερων φανερών συμπτωμάτων των ψυχοσυναισθηματικών συνεπειών, που προκαλούν στα σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά μέχρι αυτά να φτάσουν στην εφηβεία και μέχρι η αντιδραστικότητα και η αντικοινωνικότητα να γίνει τρόπο ζωής των παιδιών αυτών.

Η συμπεριφορά αυτή εκδηλώνεται με διάφορα αδικήματα, χρόνιο σκασιαρχείο, χαμηλές σχολικές επιδόσεις καθώς και ανικανότητα να επιτύχουν σύμφωνα με τις έμφυτες ικανότητες τους.

Επιπλέον τα παιδιά αυτά διακρίνονται για την επίμονη σκληρότητα τους, την καταστρεπτική συμπεριφορά τους, αλλά και την έλλειψη εσωτερικού ελέγχου.

Το παιδί μαθαίνει από την σωματική κακοποίηση ότι η βία είναι τρόπος ζωής, έκφρασης και επικοινωνίας με τους συνάνθρωπους τους. Έτσι δεν μπορεί να κρίνει, να αντιληφθεί και να ελέγξει τις παρορμήσεις του, αλλά και βιώνει αισθήματα <<κατώτερης ποιότητας>> ως παιδί και ως ενήλικας. Αυτά τα παιδιά ζούνε τη ζωή τους εκφράζοντας αυτές τις στάσεις. (Τσιαντής Γ., 2000).

Τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ανοχής, παρορμητικότητα, έλλειψη εμπιστοσύνης και καχυποψία στους συνομηλίκους και στους ενήλικες, τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις, ανάγκη για άμεση ικανοποίηση καθώς και τάση στο να προκαλούν τους άλλους με τη συμπεριφορά τους. Σε σχέση με το σχολικό περιβάλλον τα παιδιά που έχουν δεχθεί κακοποίηση, παρουσιάζουν χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο με ιδιαίτερα προβλήματα, στην ανάγνωση και στα μαθηματικά καθώς και έχουν περισσότερες πιθανότητες να επαναλάβουν την ίδια τάξη. (Τσιαντής Γ., 2000).

Σε σχετικά άρθρα τους οι <<MARTIN και BEEZLEX (1996)>> σε μια μελέτη τους μεταξύ άλλων ευρημάτων παρατηρούν ότι τα παιδιά που κακοποιούνται παρουσιάζουν μαθησιακά προβλήματα και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον.

Σε μια προοπτική μελέτη του ΙΥΠ σε 89 σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά 2-12 χρόνια μετά την αρχική αναγνώριση του προβλήματος βρέθηκε ότι:

Το 20% των παιδιών φοιτούσαν σε ειδικό σχολείο ή τάξη.

Το 17% είχαν διακόψει το σχολείο. (Επιμ.Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,1998).

Τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους και αρκετά από αυτά αναπτύσσουν διαταραχές της συμπεριφοράς. Τα παιδιά εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε <<διαταραχή της διαγωγής>> ή ένα άλλο σύνδρομο που τα παιδιά παρουσιάζουν <<άγχος ή κατάθλιψη>>.

Η ελλιπής σχολική φοίτηση και επίδοση, η κούραση, η ασταμάτητη αδιαφορία και η αδιάκοπη αναζήτηση νέων φίλων, με περισσότερα ενδιαφέροντα είναι μερικές από τις μεθόδους που τα παιδιά αυτά χρησιμοποιούν προκειμένου να καλύψουν την κατάθλιψη τους.

Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί και έχουν ανατραφεί από γονείς με παιδοκεντρική διάθεση, αλλά και γονείς που έχουν δώσει αγάπη, τρυφερότητα και ασφάλεια στο παιδί έχει ως αποτέλεσμα να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις της κακοποίησης στο ίδιο το παιδί.

Έτσι ανεξάρτητα από το φύλο τόσο τα κακοποιημένα όσο και τα παραμελημένα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να κακοποιήσουν τα αδέρφια τους και τους φίλους τους.

Ως ενήλικες είναι πιο πιθανό να φερθούν πιο βίαια προς στους γονείς τους και την οικογένειά τους, δηλαδή να αναπαράγουν τη σωματική κακοποίηση που υφίστανται κατά την παιδική τους ηλικία προς την κατεύθυνση από την οποία προήλθε η βία, αλλά και τη δική του οικογένεια.

Διακατέχονται από θυμό για τον ενήλικα που τα κακοποιεί, τον οποίο προβάλλουν σε άλλα άτομα του ίδιου φύλου συνήθως, αλλά και δασκάλους, συνομήλικους, αδέρφια ή ακόμα και στον ευατό τους ως συμπεριφορά αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας.

Έτσι δημιουργείται περαιτέρω τιμωρία και απόρριψη από ενήλικες σχηματίζοντας έναν ατέρμονα κύκλο και επανάληψη του αρχικού τραυματισμού, δηλαδή της κακοποίησης.

Ο SANDGRUND υποδεικνύει ότι τα κακοποιημένα παιδιά έχουν σοβαρά προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας και τον σεινησμό των σκέψεων τους. (Smith H., 1995).

Το παιδί στη σεξουαλική ανάπτυξη του παρουσιάζει κυρίως συμπτώματα ψυχαναγκαστικού χαρακτήρα, που σχετίζονται με προκλητική συμπεριφορά και έντονη περιέργεια για σεξουαλικά θέματα.

Ειδικότερα, παρουσιάζουν:

- Υπερβολικό αυνανισμό.
- Πρώιμες ετεροσεξουαλικές σχέσεις.
- Πορνεία.
- Ομοφυλοφιλία.
- Εγκυμοσύνη.
- Σεξουαλική πολυμιξία.
- Επιθετική ενόχληση μικρών παιδιών.
- Ψυχρότητα στις σχέσεις τους.

Πολλές είναι οι περιπτώσεις των παιδιών που ωθούνται στην πορνεία. Η σεξουαλική τους συμπεριφορά κρίνεται ως «ακατάλληλη».

Το παιδί στην ενήλικη ζωή του παρουσιάζει δυσκολίες προσαρμογής στη σεξουαλική του ζωή, νιώθει ενοχή για θέματα σεξ και το αποφεύγει ως ενήλικας, ενώ αντίθετα παρουσιάζει ψυχαναγκαστική βουλιμία για ψυχαναγκαστική δραστηριότητα. (Αγάθωνος Ε., 1998).

Η σεξουαλική κακοποίηση συχνά θεωρείται παράγοντας στην αιτιολογία χρήσης ναρκωτικών, αλκοολισμού, πορνείας και πολλαπλής δυσλειτουργίας και ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας.

Οι προβληματικές σεξουαλικές σχέσεις, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, η σεξουαλική ενόχληση παιδιών, η αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων, οι παράνομες εγκυμοσύνες, η ομοφυλοφιλία, η

εμπλοκή σε άλλες αιμομικτικές σχέσεις, αλλά και παρορμητικότητα να βιοπραγήσουν σεξουαλικά σε παιδιά. (Τσιαντής Γ., 2000).

Ειδικότερα προβλήματα που παρουσιάζονται στην συμπεριφορά τους είναι :

- Ψευδοωριμότητα.
- Παρορμητική συμπεριφορά και προσωπικότητα.
- Μεγάλη συχνότητα διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Τα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν έντονα καταπιεστική παρορμητικότητα και στοιχεία αποδιοργάνωσης προσωπικότητας.

Τα παρορμητικά παιδιά και ψευδοενήλικα παιδιά είχαν υιοθετήσει πρότυπα συμπεριφοράς που δεν συμβάλλουν στην απόλαυση ή την ευελιξία που αρμόζει στην ηλικία τους. Η καταπιεστική παρορμητικότητα σημαίνει εξ'ορισμού αυστηρότητα και ακαμψία.

Το παιδί έχει χάσει το δικαίωμα του να αισθάνεται και να ενεργεί σαν παιδί, προγραμματίζοντας αντίθετα τη ζωή του για την απόλαυση των μεγάλων και του ίδιου.

Κάποια χαρακτηριστικά που έχουν παρατηρηθεί στα κακοποιημένα παιδιά είναι:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Παραβατικότητα.
- Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Έλλειψη δημιουργικότητας.
- Ανασφάλεια.
- Αδιαθεσία ή ανεξήγητη κόπωση.
- Απομόνωση.
- Υπέρμετρη, ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα.
- Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. υπερβολικός αυνανισμός).
- Διαταρχές συμπεριφοράς.
- Επιθετικότητα.
- Καταθλιπτικά στοιχεία.
- Άγχος.
- Καταστολή.
- Σύγχυση και αμφιθυμία συναισθημάτων.
- Διαταρχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση.

Τα παιδιά μικρής ηλικίας, υπαινίσσονται σεξουαλική δραστηριότητα με λέξεις, παιχνίδια ή ζωγραφιές.

Η παραμέληση υγιεινής του σώματος που αλλάζει συνεχώς έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια εκτίμησης του εαυτού τους και της αυτοεκτίμησης τους.

Επίσης κάποια χαρακτηριστικά, αποτελούν η εικόνα <<παγεράς εγρήγορσης>> που έχουν τα παιδιά αυτά και πιο συγκεκριμένα αυτό το <<παγωμένο βλέμμα>> που τους διακατέχει.

Η ετοιμότητα στο να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον έχει διαπιστωθεί από έλλειψη ανταπόκρισης, αρνητισμό, πείσμα, κατάθλιψη, καθώς παρουσιάζουν επιφυλακτικότητα για σωματική επαφή, είναι καχύποπτα, αλλά και παρουσιάζουν δυσκολία στο να επενδύσουν στις σχέσεις τους με τους ενήλικες.

Γενικότερα, είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά.

Η ποιότητα της σχέσης γονέα και του παιδιού, χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια εκ μέρους του παιδιού. Αυτή η αλληλέπιδραση παιδιού-γονέα δημιουργεί αρνητικές προϋποθέσεις για τη δημιουργία σχέσεων του παιδιού με άλλα παιδιά, κυρίως με τα μεγαλύτερα και εκδηλώνεται με μειωμένη κοινωνικότητα.

Τα κακοποιημένα παιδιά στις ερωτικές τους σχέσεις έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιούν βίαια, σεξουαλική εκφραστικότητα και επιθετικότητα προς τον ερωτικό τους σύντροφο.

Όταν τελικά καταστάλαξουν είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν βία και συμπεριφορά βιαστή προς την σύζυγό τους, αλλά και μετέπειτα να κακοποιήσουν τα παιδιά τους σωματικά και σεξουαλικά.

Οι σοβαρές επιπτώσεις και οι εκδηλώσεις αρνητικής συμπεριφοράς τόσο του σωματικά κακοποιημένου όσο και του παραμελημένου παιδιού, μπορεί αρχικά να μην αναπτύσσονται αμέσως. (Μουζακίτης Χ., 1993).



2.5 ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής παραβίασης είναι ιδιαίτερα εμφανείς και στην ενήλικη ζωή των θυμάτων. Οι κυριότερες μακροπρόθεσμες αντιδράσεις είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη καθώς και προβλήματα σεξουαλικότητας, όπως εξασθένηση του σεξουαλικού αυτοσεβασμού, ενοχή και σύγχυση σχετικά με το σεξ, σεξουαλική αναστολή ή αντίθετα, σεξουαλική απελευθέρωση και ταλάντευση μεταξύ περιόδων ψυχαναγκαστικής βουλιμίας για σεξουαλική δραστηριότητα και περιόδων ασκητισμού και αποχής. Επίσης έχει διαπιστωθεί ανικανότητα σεξουαλικής ικανοποίησης, σεξουαλική ασυδοσία και δυσκολίες στην σεξουαλική προσέγγιση. (Τσιγκρής Α., 1999 - Βικτώρια Πρεκατέ, 2008).

Γενικά αναφέρεται ότι οι γυναίκες που είχαν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία, συχνά εμπλέκονται σε περιέργες σεξουαλικές καταστάσεις. Παράλληλα, πιθανότητες να ξαναπέσουν θύματα αργότερα στη ζωή τους είναι αυξημένες. Μια τέτοια εμπειρία έχει άσχημη επίδραση στην αυτοεκτίμησή τους. Οι γυναίκες που αισθάνονται άσχημα με τον εαυτό τους, πιθανόν να αποτελέσουν στόχο για τους άνδρες που έχουν κίνητρα για σεξουαλική εκμετάλλευση. Όσο για τους άνδρες που έχουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία, αυτοί συχνά αποκαλύπτουν αισθήματα δυσφορίας για τις σεξουαλικές τους σχέσεις ως ενήλικες. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης είναι σημαντικές. Τα παιδιά παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, τα οποία διαφέρουν, ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού.

Ως ενήλικες, τα θύματα υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές, προβλήματα κατάθλιψης, διαταραχές συμπεριφοράς, παραπτωματοκτικότητα και εγκληματικότητα και επανάληψη στα δικά τους παιδιά των συμπεριφορών κακοποίησης που αντιμετώπισαν οι ίδιοι. Συνεπώς αναφερόμαστε σε διαγενεακό κύκλο της κακοποίησης. Επίσης, σε ακραίες περιπτώσεις τα άτομα υποσυνείδητα αποφεύγουν να φέρουν στον κόσμο παιδιά. Επιζητούν πολύ την προσοχή του συντρόφου τους, ζηλεύουν άλλα κοντινά τους άτομα και γι' αυτό αποφεύγουν να μοιραστούν την αγάπη τους μ' ένα παιδί. (Τσιγκρής, 1999 - Χατζηφωτίου Σ., 2005).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης είναι πολύ σοβαρές, επηρεάζουν τομείς της ζωής του ατόμου χωρίς θεραπεία διατηρούνται για μια ολόκληρη ζωή. Η αυτοκτονία, ο εθισμός στα ναρκωτικά, ο αλκοολισμός, η ανορεξία, η βουλιμία, η κατάθλιψη, οι ψυχώσεις, η εξάρτηση από μη ικανοποιητικές σχέσεις, η εμπλοκή σε πορνεία, η αποτυχία στην εργασία και τις προσωπικές σχέσεις αποτελούν συνήθεις καταστάσεις στα ενήλικα άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδιά.

Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί την καταστροφή, το τέλος της παιδικότητας και της αθωότητας του παιδιού, ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις δεν εμφανίζονται αμέσως και ιδιαίτερα σε παιδιά που μόλις αρχίζουν να μιλούν. Εμφανίζονται αργότερα με τη μορφή της διαταραγμένης συμπεριφοράς, υπερκινητικότητας, απνίας, διαταραχών στη διατροφή και ακόμη με προβλήματα στο σχολείο, φυγή από το σπίτι, σωματικούς πόνους, απόπειρες αυτοκτονίας, ομοφυλοφιλία και διαταραχές που σχετίζονται με οριακές και πολλαπλές προσωπικότητες.

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις περιλαμβάνουν σεξουαλικά προβλήματα, ανικανότητα τεκνοποίησης, οργανικές διαταραχές. (Τσιγκρής, 1999 - Χατζηφωτίου, 2005).

Σε άτομα που έχουν υπάρξει θύματα οικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης έχει παρατηρηθεί επίσης μια <<μαζοχιστική αναζήτηση της τιμωρίας>> που εκφράζεται δια μέσου μιας

καταναγκαστικής επανάληψης όσον αφορά τις ικανοποιητικές σχέσεις και οδηγεί στην επανάληψη της θυματοποίησης. Αυτή η μαζοχιστική συμπεριφορά φαίνεται να συσχετίζεται με το χαμηλό βαθμό αυτοσεβασμού και τη μειωμένη ικανότητα αυτοπροστασίας αυτών των ατόμων. Τέλος, η σχέση σεξουαλικής παραβίασης στην παιδική ηλικία και μετέπειτα κατάχρησης οινοπνεύματος και τοξικών ουσιών εμφανίζεται ως σταθερό εύρημα σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες. (Βικτώρια Πρεκατέ, 2008 - Γιωτακος Α., 2011).

Η βλάβη που γίνεται στο παιδί μετά τη σεξουαλική κακοποίηση είναι πολύ σοβαρή, όχι μόνο στη συναισθηματική και σωματική του ανάπτυξη, αλλά και στην εμπιστοσύνη του στους ενήλικους, ιδιαίτερα αν ο δράστης είναι κάποιος που αγαπούν. Όσο νωρίτερα εντοπίζεται η σεξουαλική κακοποίηση και ξεκινήσει η θεραπευτική διαδικασία, τόσο το καλύτερο για το παιδί. Μπορούμε να προστατέψουμε τα παιδιά μας για να είμαστε σε εγρήγορση για προειδοποιητικά σημάδια στη συμπεριφορά ενός πιθανού δράστη.

2.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΑ, ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1. Τα πρώτα χρόνια

Σύμφωνα με τη θεωρία των Δεσμών (attachment theory), από πολύ νωρίς τα βρέφη έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν και να αλληλεπιδρούν με τη μητέρα τους, η όποια συνήθως είναι το πρόσωπο με το οποίο αρχίζουν να αναπτύσσουν τους πρώτους συναισθηματικούς δεσμούς.

Κατά τη διάρκεια της βρεφικής περιόδου, τα μωρά εξαρτώνται αποκλειστικά από τη μητρική φιγούρα για την φροντίδα, την προστασία, τη τροφή, τη συναισθηματική αλληλεπίδραση και το ενδιαφέρον.

Μπορούμε να πούμε λοιπόν, ότι η ποιότητα των σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέων και παιδιών, κατά τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης τους θα επηρεάσει αλλά και θα αποτελέσει τη συναισθηματική βάση για τη μελλοντική ψυχική και νοητική υγεία του παιδιού, όπως επίσης και την κοινωνική του ανάπτυξη και προσαρμοστικότητα.

Αντίθετα, πρώιμες αρνητικές εμπειρίες, όπως η κακοποίηση, η παραμέληση μπορεί να έχουν μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού.

Σύμφωνα με τον HAGAN(1993), **όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες για συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση από τους γονείς.**

Για παράδειγμα, έχει βρεθεί, ότι εξαιτίας της συναισθηματικής-ψυχολογικής κακοποίησης κατά την βρεφική ηλικία, μερικά βρέφη πάσχουν από το **σύνδρομο δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας** (nonorganic failure-to thrive syndrome). Ο όρος αυτός αναφέρεται στην νοσολογική οντότητα σύμφωνα με την όποια το βάρος σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια δηλαδή σε τιμές κάτω από την 3^η εκατοστιαία θέση, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση παρά την κατάλληλη θρέψη του βρέφους.

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όλα τα συναισθηματικά κακοποιημένα παιδιά θα εμφανίσουν το σύνδρομο δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας, όμως η πλειοψηφία του **παρουσιάζει καθυστέρηση στην νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη αλλά και ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς.**

Σοβαρά συναισθηματικά κακοποιημένα βρέφη τείνουν να εμφανίζουν **παθητικότητα στην συμπεριφορά τους ή ακόμα και μελαγχολία.** Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις,

τα συναισθηματικά κακοποιημένα βρέφη ή νήπια αποφεύγουν να επικοινωνήσουν με τις μητέρες τους, με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσουν την ικανότητα της **γλωσσικής επικοινωνίας**.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα κακοποιημένα και παραμελημένα βρέφη και νήπια συχνά εμφανίζουν **διαταραχές ύπνου και λειτουργούν αυτοκαταστροφικά όπως <rocking> (παλινδρομικές κινήσεις σώματος), <head banging>, τραβάνε τα μαλλιά τους, πιπιλίζουν τα δαχτυλά τους ή τρώνε τα νύχια τους.** (Herman J., 1996).

Καθώς μεγαλώνουν και αναπτύσσουν πιο σύνθετες κοινωνικές σχέσεις (με συνομήλικους ή άλλους ενήλικες), η συμπεριφορά τους γίνεται περισσότερο προβληματική. Αρκετές μελέτες που αφορούν την κοινωνική αλληλεπίδραση κακοποιημένων και μη παιδιών προσχολικής ηλικίας έχουν δείξει ότι τα συναισθηματικά κακοποιημένα παιδιά **εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά** στις κοινωνικές συναναστροφές τους, μπορεί να είναι **απαιτητικά ή να έχουν ανάρμοστη συμπεριφορά** για την ηλικία τους, **ψευδοενήλικη η ψευδοπαιδομορφική** και σαν αποτέλεσμα της συμπεριφοράς τους συχνά **απομονώνονται** από το κοινωνικό περιβάλλον.

Η Iwanic (1998) υποστηρίζει, ότι η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι ορισμένα από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν διαταραχές όπως **ενκόπριση, με ενούρηση**, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το περιβάλλον των συνομηλίκων επειδή είναι ατημέλητα και μυρίζουν ασχημα. (Ε.Παπούλη,2002).

2.Στη σχολική ηλικία

Η ικανότητα των παιδιών να μαθαίνουν και να αλληλεπιδρούν με αλλά πρόσωπα σε μεγάλο βαθμό σχετίζεται με τις πρώιμες εμπειρίες που έχουν αποκομίσει. Για παράδειγμα, τα παιδιά σχολικής ηλικίας με σταθερό συναισθηματικό οικογενειακό περιβάλλον και σχολική προσαρμογή.

Αντίθετα, τα παιδιά που έχουν βιώσει και συνεχίζουν να βιώνουν ασταθείς συναισθηματικές σχέσεις είναι πολύ πιθανόν να μεταδώσουν το ίδιο μοντέλο σχέσεων και στις συναναστροφές τους με συνομηλίκους και δάσκαλους.

Σε περιπτώσεις κακοποίησης η κατάσταση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, δεδομένου ότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν συγχρόνως τόσο σχολικά όσο και προβλήματα συμπεριφοράς.

Οι Trickett και McBrige-Chang (1995) τονίζουν ότι όσο περισσότερο κακοποιούνται τα παιδιά, τόσο περισσότερο σαφώς ερμηνεύουν την κοινωνική πραγματικότητα. Κατά συνέπεια, όσο περισσότερο ασαφώς ερμηνεύουν την κοινωνική πραγματικότητα τόσο περισσότερο αυτά τα παιδιά απομακρύνονται από το σχολείο και γενικότερα από την κοινωνική ζωή.

Μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι τα συναισθηματικά αλλά και γενικότερα τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν έντονες δυσκολίες προσαρμογής στο σχολείο, χαμηλή σχολική επίδοση, και συχνές αλλαγές σχολικού περιβάλλοντος. Επίσης, μπορεί να είναι υπερβολικά επιθετικά με τους συνομηλίκους τους ή τους δασκάλους τους ή ακόμα να κλείνονται στον εαυτό τους και να αποσύρονται από την κοινωνική ζωή, με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι να δυσκολεύονται να τα αντιμετωπίσουν και να κάνουν τους κατάλληλους χειρισμούς.

Μια πρόσφατη έρευνα στην Αγγλία (Doyle 1997) για παιδική συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση κατέληξε στο ίδια συμπεράσματα.

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, ένα υψηλό ποσοστό αυτών των παιδιών αντιμετώπιζαν σχολικά προβλήματα, κάποια είχαν διακόψει τη φοίτηση, ενώ επίσης ένα μικρό ποσοστό

δεν πήγαινε σχολείο γιατί οι γονείς δεν το επέτρεπαν. Ακόμη εκδήλωναν ακραία συμπεριφορά ή ήταν πολύ επιθετικά ή ιδιαίτερα εσωστρεφή και επιθετικά, ενώ ορισμένα παρουσίαζαν και διατροφικές διαταραχές, εκδήλωσαν επίσης αντικοινωνική συμπεριφορά.

Γενικά τα κακοποιημένα παιδιά έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση και επειδή στερούνται επιδεξιότητας στην εκμάθηση κοινωνικών κανόνων, δημιουργούν ελάχιστες παρέες συνομήλικων ή και αποκλείονται από τις ομάδες αυτών.

Η Iwaniec (1998) υπογραμμίζει, ότι αυτά τα παιδιά μπορεί να κάνουν φυγές από το σχολείο σαν αποτέλεσμα της κακομεταχείρισης που υφίστανται στο σχολικό περιβάλλον ή να εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές τάσεις. (Ε.Παπούλη,2002).

3.Στην εφηβεία

Η εφηβική περίοδος συνδέεται και με ποικίλες βιολογικές, νοητικές, πνευματικές και κοινωνικές αλλαγές που ορισμένοι έφηβοι δυσκολεύονται να χειριστούν και να παραδεχθούν. Ομοίως, κάποιοι γονείς αισθάνονται αδύναμοι να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις ή τις αλλαγές που συνοδεύουν την εφηβεία, με αποτέλεσμα να κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους.

Ο Hagan (1993) παρατηρεί ότι οι έφηβοι που είχαν βιώσει υγιείς συναισθηματικές σχέσεις κατά την παιδική ηλικία, είναι πιθανό να παρουσιάσουν περισσότερες αντοχές και να βιώσουν λιγότερο καταστροφικά μια επικείμενη συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση σε αυτή την ηλικία από τους γονείς τους.

Αντιθέτως, όταν αυτή η μορφή κακοποίησης αποτελεί συνέπεια από την παιδική ηλικία τότε οι επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς και καταστροφικές.

Παιδιά που βιώνουν συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση και στην εφηβική ηλικία, συνεχίζουν να παρουσιάζουν ποικίλα προβλήματα όπως διατροφικές διαταραχές, κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας, αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα, χαμηλή σχολική επίδοση, τάσεις φυγής από το σχολείο ή το οικογενειακό περιβάλλον.

Στην έρευνά της η Doyle(1997) βρήκε ότι η αυτοκτονία και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις ήταν παρούσες σε όλες τις περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών που εξεταστήκαν.

Σχετικά τώρα με τις διαταραχές συμπεριφοράς, όπως αντικοινωνική και η βίαιη συμπεριφορά, να πούμε ότι όπως πολύ σωστά αναφέρει ο Lewis (1989) και οι συνεργάτες του δεν σημαίνει ότι όλα τα κακοποιημένα παιδιά θα εμφανίσουν απαραίτητως διαταραχές συμπεριφοράς αυτής της μορφής. Κάποιοι ιδιαίτεροι παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε ορισμένα ειδή κακοποίησης, όπως δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος, ειδικά σε σοβαρά σωματικά κακοποιημένα παιδιά, ποικίλες μορφές ψυχικές δυσλειτουργίες ή ακόμη και η συνεχής έκθεση του παιδιού στην οικογενειακή βία.

Τέλος, όπως επισημαίνουν και οι Trickett και MrBride Chang (1995) αντικοινωνική συμπεριφορά εμφανίζουν ως επί το πλείστον παιδιά με ιστορικό πολλαπλής κακοποίησης π.χ. επιπλέον σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ή παραμέληση. (Ε.Παπούλη,2002).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η διάγνωση και η θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους γίνεται αποτελεσματικότερη με τα ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας. (Αγάθωνος Ε.,1991).

Η σύσταση των μελών της ομάδας όμως εξαρτάται και από την μορφή του πλαισίου στο οποίο λειτουργεί. Έτσι, σε μια υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας, η διεπιστημονική ομάδα είναι αυτάρκης με τη συμμετοχή του Κοινωνικού λειτουργού, του Παιδιάτρου, του Κέντρου Υγείας ή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και κάποιου νομικού συμβούλου. Σε ένα Γενικό ή Παιδιατρικό νοσοκομείο όμως η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να αποτελείται από Παιδιάτρο, Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο αλλά και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. (Αγάθωνος Ε.,1991).

Μάλιστα η ύπαρξη της διεπιστημονικής ομάδας έχει αποδειχθεί αναγκαία όχι μόνο για τη διάγνωση και τη θεραπεία αλλά και για την αποκατάσταση και τη πρόληψη του φαινομένου, καθώς τις περισσότερες φορές η έγκαιρη διαπίστωση της ύπαρξης των λεγόμενων προδιαθεσικών παραγόντων τόσο στους γονείς όσο και στα παιδιά και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να σταθεί σωτήρια, αφού ίσως προλάβει επικείμενη κακοποίηση ανηλίκου. (Αγάθωνος Ε.1991).

Η διεπιστημονική ομάδα έχει σαν μέθοδο για την αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης την διεπιστημονική εκτίμηση της οικογένειας η οποία πραγματοποιείται με την σύγκλιση όλης της ομάδας, αφού προηγηθεί συζήτηση την οποία ρυθμίζει ο συντονιστής οποίος συχνά είναι και ο πιο έμπειρος Κοινωνικός Λειτουργός σε θέματα κακοποίησης παιδιού. Μέσα από αυτή λοιπόν την περίπτωση εξετάζεται από την πλευρά του κάθε επιστήμονα χωριστά και μετά συνεργάζονται για να διαμορφώσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα, βάζοντας στόχους για τη μελλοντική της εξέλιξη.

Πολλές φορές στην ομάδα διεπιστημονικής προσέγγισης λαμβάνουν μέρος και άλλοι εκτός από τα βασικά μέλη της. Συγκεκριμένα, μπορούν να συμμετάσχουν εκπρόσωποι από το Δήμο, από τα Κέντρα Πρόνοιας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, επισκέπτες υγείας, αστυνομικοί κ.ά ανάλογα με την περίπτωση. Οι διεπιστημονικές αυτές συζητήσεις έχουν

μεγάλη εκπαιδευτική σημασία κυρίως σε χώρες που βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αναγνώρισης του προβλήματος.

Όμως, στις ανοιχτές αυτές οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν και κάποια μειονεκτήματα:

- Δεν έχουν συνέπεια και κανείς δεν αναλαμβάνει προσωπικά την ευθύνη για τις αποφάσεις που παίρνονται.
- Η συμμετοχή πολλών μελών στη διεπιστημονική συζήτηση, πολλές φορές βάζει σε κίνδυνο την τήρηση του επαγγελματικού απορρήτου, διότι προσωπικά γεγονότα και στοιχεία που έχουν ειπωθεί στην ατομική συνέντευξη ανάμεσα στον Κοινωνικό Λειτουργό και τον ανήλικο, εκτίθενται και σε άλλους συναδέλφους, κατά την διεργασία της διεπιστημονικής ομάδας.
- Δεν είναι πάντα πολύ αποτελεσματικές για τα μέλη του συμβούλιου που παίρνουν τις αποφάσεις, δεν έχουν όλοι την απαιτούμενη εμπειρία και τις επιστημονικές γνώσεις που χρειάζονται για να παρθούν σημαντικές αποφάσεις, όπως η απόφαση της επιστροφής ή όχι του παιδιού στο σπίτι.
- Επίσης, η αξιολόγηση της μορφής των συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα παραμελημένο ή κακοποιημένο παιδί προκειμένου να καθοριστεί η θεραπεία του γίνεται μέσα από μια στενή διαγνωστική και θεραπευτική σχέση και όχι μέσα από την ανταλλαγή απόψεων, όπου δημιουργούνται τα περιθώρια να εκδηλώσει το ίδιο το παιδί το πώς “σκέπτεται και αισθάνεται”. (Αγάθωνος Ε.,1990).

3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ερευνητές και επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν ότι αρκετές περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών δεν εντοπίζονται και για το λόγο αυτό τα παιδιά αυτά δεν λαμβάνουν επίσημη βοήθεια και προστασία. Δεδομένου του μεγέθους της παιδικής κακοποίησης και των μακροπροθέσμων συνεπειών στην υγεία και την κοινωνία, είναι πολύ πιθανό οι δάσκαλοι, τα άτομα στις υπηρεσίες παροχής υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, καθώς και οι άλλοι επαγγελματίες της “πρώτης γραμμής”, να εργάζονται χωρίς να είναι ενήμεροι για το γεγονός ότι αρκετά παιδιά και ενήλικες είναι τωρινά ή προηγούμενα θύματα παιδικής κακοποίησης.

Η έγκαιρη ανακάλυψη της παιδικής κακοποίησης και η έγκαιρη παρέμβαση μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί η πιθανότητα περισσότερης βίας και μακροπροθέσμων συνεπειών. Τα πολύ μικρά παιδιά δεν είναι ικανά να αναφέρουν τη βία από μονά τους και έτσι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, ώστε να εντοπίζουν την παιδική κακοποίηση, ιδίως σε παιδιά ηλικιών κάτω από πέντε ετών. (Γιωτάκος Α.,2011).

Για να επιτευχτεί αυτός ο σκόπος, οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή που βρίσκονται τακτικά σε επικοινωνία με παιδιά και οικογένειες θα πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια που δείχνουν τα παιδιά και οι οικογένειες που χρειάζονται βοήθεια, καθώς και να ενεργούν με γνώμονα αυτά τα σημάδια. Για να αναπτυχτεί η ικανότητα αυτή, δηλαδή να εντοπίζουν έγκαιρα και να παρεμβαίνουν, απαιτείται ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών. Αυτή η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει γνώσεις όπως:

- Μύθους σχετικούς με την παιδική κακοποίηση

- Σωματικές ενδείξεις, ενδείξεις συμπεριφοράς λόγω κακοποιήσεων, καθώς και σημάδια που δεν είναι ενδεικτικά κακοποίησης
- Τρόπους αντιμετώπισης όταν υπάρχει πιθανή κακοποίηση, περιλαμβάνοντας τη χρήση πρωτοκόλλων με την εμπλοκή εφόπων περιγράφοντας τις περιπτώσεις με αναφορές.

Αρκετοί επαγγελματίες προβληματίζονται για αυτό που θα μπορούσε να συμβεί στους ίδιους, καθώς επίσης στα παιδιά και στις οικογένειες που τους αφορούν αλλά και στο πως να επέμβουν σε μια πιθανή περίπτωση κακοποίησης. Αυτές οι ανησυχίες θα πρέπει ασφαλώς να αναφέρονται. Η εκπαίδευση θα πρέπει να συμπεριλάβει επίσης πληροφορίες για τις επιλογές ιατρικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας εκείνων που ανέχονται στον κύκλο της κακοποίησης. Εκεί όπου υπάρχει πρωτοβάθμιο σύστημα παροχής υγείας, η τακτική αλληλεπίδραση μεταξύ γονιών-παιδιών και λειτουργών υγείας αποτελεί πολύτιμη ευκαιρία εντοπισμού και παρέμβασης στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. (Γιωτάκος Α.,2011).

Κάπως έτσι γίνεται η επαφή οικογενειών και επαγγελματιών υγείας στα τμήματα επειγόντων. Αν και οι συνέπειες της κακοποίησης στην υγεία μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, αρκετή μελέτη γίνεται στον τρόπο που οι ειδικοί μπορούν να χρησιμοποιούν δείκτες κακώσεων, ασθενειών και συμπεριφορών, ώστε να αναγνωρίζουν μια πιθανή παιδική κακοποίηση. Η ανακάλυψη παιδικής κακοποίησης με αυτούς τους δείκτες μπορεί να βελτιωθεί εκπαιδεύοντας τους ειδικούς, ιδιαίτερα τους παιδίατρος, τους γιατρούς και νοσηλευτές των τμημάτων επειγόντων, ώστε να χρησιμοποιούν αλγόριθμους ή διαγράμματα ροής.

Επίσης είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να είναι ενήμεροι, όχι μόνο για τα προειδοποιητικά σημεία, αλλά και για όλες τις ενδεχόμενες συνέπειες της παιδικής κακοποίησης, ώστε να μπορούν να βοηθούν κατάλληλα τα κακοποιημένα παιδιά. Οι διαδικασίες που βελτιώνουν την έγκαιρη ανακάλυψη κακοποίησης,περιλαμβάνοντας την εκπαίδευση των επαγγελματιών, δεν έχουν εκτιμηθεί αρκετά και δεν θα πρέπει απαραίτητα να θεωρούνται μοναδικές λύσεις. Καποια ειδή παιδικής κακοποίησης όπως η ψυχολογική βία και οι λιγότερο σαφείς μορφές σωματικής και σεξουαλικής βίας μπορεί να μην γίνονται αντιληπτές από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς τα είδη αυτά κακοποίησης δεν αφήνουν πάντοτε σαφή σημάδια στα νεαρά θύματα. (Γιωτάκος Α.,2011).

3.3 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Υπάρχουν ορισμένα συστηματικά εμπόδια στην ανακάλυψη της παιδικής κακοποίησης τα οποία είναι δύσκολο να ξεπεραστούν. Το θέμα της παροχής περισσότερης εκπαίδευσης στους επαγγελματίες παρεμποδίζεται από τη μεγάλη ένταση που επικρατεί συχνά στη δουλειά τους. Μπορεί επίσης το προσωπικό να είναι απρόθυμο στο να εμπλέκεται σε ένα τόσο ευαίσθητο θέμα ή μπορεί να αισθάνεται ότι είναι ένα ιδιωτικό θέμα που αφορά τη συγκεκριμένη οικογένεια.

Ίσως όμως το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρεμβαίνουν εκεί όπου δεν λειτουργεί υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας ή υπηρεσίες προστασίας αφού η αξιοποίηση της έγκαιρης ανακάλυψης της παιδικής κακοποίησης υπάρχει μόνο όταν η ανακάλυψη ακολουθείται από ενέργειες που θα βοηθήσουν και θα προστατεύσουν το παιδί.

3.4 ΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Όπου προκύπτουν υποψίες κακοποίησης, είναι απαραίτητη η εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού. Όπου είναι πιθανό ότι η περίπτωση θα οδεύσει στο δικαστήριο, μπορεί επίσης να χρειάζεται ιατροδικαστική εκτίμηση. Σε μερικά νομικά συστήματα υπάρχει διαμάχη μεταξύ της αντιμετώπισης των αναγκών του παιδιού και της συλλογής στοιχείων. Αυτό συμβαίνει ευρέως σε νομικά συστήματα που προσανατολίζονται σε ενήλικες και δεν λαμβάνουν υπόψη τις αναπτυξιακές ανάγκες και τις ανάγκες ψυχικής υγείας του παιδιού. Οι ανάγκες των παιδιών όμως θα πρέπει να προηγούνται από εκείνες της ιατροδικαστικής έρευνας, γεγονός στο οποίο θα πρέπει να συμφωνήσουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς. Εάν το παιδί αρνείται ιατρική εξέταση ή μια τέτοια εξέταση δεν εγκρίνεται από την κατάσταση του παιδιού, είναι σημαντικό το παιδί να μην πιεστεί για σωματική εξέταση η προφορική συνέντευξη, ακόμη και εάν ενδεχόμενες αποδείξεις μπορεί να χαθούν. Για να αποφευχθεί μεγαλύτερη κακομεταχείριση των παιδιών, οι ιατρικές και νομικές εξετάσεις, καθώς και η ιατροδικαστική συνέντευξη θα πρέπει να συντονίζεται από επαγγελματίες ειδικά εκπαιδευμένους σε δουλειά με παιδιά-θύματα. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να συντονίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να περιορίζονται οι φορές που θα ζητηθεί από ένα παιδί να αφηγηθεί αυτό που του συνέβη. (Γιωτάκος Α.,2011).

Τα ελάχιστα στοιχεία που θα περιλαμβάνει η εκτίμηση είναι:

- Η εξασφάλιση της συγκατάθεσης από το παιδί και το άτομο που το φροντίζει.
- Η καταγραφή του ιστορικού του παιδιού και του άτομο που το φροντίζει .
- Η εξονυχιστική σωματική εξέταση, περιλαμβανόμενης της γεννητικής περιοχής.
- Η τεκμηρίωση και η θεραπεία των κακώσεων.
- Η εκτίμηση της ψυχικής υγείας.
- Η εξέταση η θεραπεία τυχόν σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων ή HIV.
- Η πρόληψη εγκυμοσύνης, όπου αυτό ενδείκνυται.

Ολοκληρωμένη εκτίμηση οικογενειών σε κίνδυνο

Σε μια οικογένεια που θεωρείται ύποπτη κακοποίησης και το γεγονός αναφέρεται στις αρχές ποδικής προστασίας, απαιτείται ολοκληρωμένη εκτίμηση κίνδυνου και αναγκών. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή εκτιμώνται οι γενικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας από άποψη προστασίας, κοινωνικής υποστήριξης, σωματικής ή ψυχικής υγείας και θα πρέπει να παίρνονται συνεχείς και σωστές αποφάσεις για τις υπηρεσίες και το πρόγραμμα παροχής βοήθειας (BRAUN D., 1990, Responding to child abuse). Στις οικογένειες που λαμβάνουν βοήθεια χρειάζεται εκτίμηση των ικανοτήτων των γονιών σε θέματα παροχής ασφάλειας και υγείας των παιδιών τους. Όταν αποκαλύπτεται ότι ένα παιδί έχει κακοποιηθεί, πιθανόν και άλλα παιδιά στην οικογένεια κινδυνεύουν. Γι' αυτό, θα πρέπει να εκτιμηθεί η ασφάλεια, η υγεία και η ανάπτυξη των κινδύνων και της ασφάλειας που έχουν ήδη αναγνωριστεί και θα πρέπει να συμπεριληφθεί:

- Ατομικό ιστορικό του παιδιού ή γονέων.
- Ατομικό ιστορικό του παιδιού ή των παιδιών.
- Οικογενειακό ιστορικό.
- Σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά συμπτώματα γονέα ή γονέων.
- Σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά συμπτώματα του παιδιού ή των παιδιών.

- Αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού ή των παιδιών.
- Δυναμικά της οικογένειας, περιλαμβάνοντας την ποιότητα της πρόσδεσης και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέα και παιδιού
- Γνώσεις του γονέα και στάσεις απέναντι στην ανάπτυξη και την ανατροφή του παιδιού, καθώς και πεποιθήσεις για τη συμπεριφορά του παιδιού.
- Βαθμός κατανόησης της κατάστασης από την οικογένεια, περιλαμβάνοντας εάν ο γονέας πιστεύει και υποστηρίζει το παιδί-θύμα.
- Φυσικό περιβάλλον όπου ζει το παιδί.
- Συνθήκες σωματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ανάπτυξης.
- Πιθανή αλλαγή των περιστάσεων κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε η κακοποίηση και πως αυτό επηρεάζει τον κίνδυνο του παιδιού.
- Δυνατότητες της οικογένειας .
(Γιωτάκος Α.,2011).

3.5 ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΟΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΟΦΕΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ



Οποιαδήποτε εκτίμηση ή παρέμβαση σε ένα παιδί, περιλαμβάνοντας την απομάκρυνση από το σπίτι, θα πρέπει να καθορίζεται από αυτό που είναι καλύτερο για το παιδί. Για να καθοριστεί το συμφέρον του παιδιού θα πρέπει:

- Να σεβαστούμε το εθνικό, θρησκευτικό και πολιτισμικό περιβάλλον της οικογένειας.
- Να γίνει εξέταση του σωματικού και αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού και των ανθρώπων που το φροντίζουν.
- Να γίνει εξέταση τόσο της ψυχικής υγείας του παιδιού όσο και των ανθρώπων που το φροντίζουν.
- Να υποστηριχτεί η ακεραιότητα, η σταθερότητα και η αυτονομία των οικογενειών, με βάση την αμοιβαία συγκατάθεση.
- Να συνεχιστεί η φροντίδα και η ανατροφή του παιδιού, καθώς και η σταθερότητα, με βάση την αμοιβαία συγκατάθεση.
- Να δημιουργηθεί πλάνο για τη μείωση μελλοντικού κινδύνου κακοποίησης.
- Να μειωθούν τα εμπόδια στην εκπλήρωση των αναγκών του παιδιού.
- Να δημιουργηθούν οι επιθυμίες και τα ενδιαφέροντα του παιδιού, περιλαμβάνοντας εκείνες που σχετίζονται με την τρέχουσα διευθέτηση φροντίδας, τη φροντίδα σωματικής και ψυχικής του υγείας, τη μόρφωση και τα θρησκευτικά και πολιτισμικά θέματα, ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού. Οι εκφρασμένες επιθυμίες του παιδιού, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το αναπτυξιακό στάδιο και τη συναισθηματική υγεία του,

καθώς επίσης και τη φύση των δεσμών μεταξύ του παιδιού και των μελών της οικογένειας.

Εφόσον επιβεβαιώνεται η ασφάλεια του παιδιού θα πρέπει να χρησιμοποιείται η λιγότερο επιβλαβής ενεργεία για το παιδί, καθώς και η λιγότερο αδιάκριτη για την οικογένεια. Αρκετά ζητήματα μπορεί να λυθούν χωρίς να χρειαστεί κάποια νομική παρέμβαση. Η πιθανότερη ποικιλία παρεμβάσεων περιλαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, ενώ κάποια από αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά.

- Βοήθεια στην συντετριμμένη οικογένεια. Τέτοια υποστήριξη θα μπορούσε να περιλάβει φροντίδα με τη μορφή περιστασιακής φύλαξης του μωρού, συστηματική ημερησία φροντίδα ή περιοδική θετή φροντίδα.
- Πρακτική βοήθεια με καθημερινά καθήκοντα νοικοκυριού, περιλαμβάνοντας τη διαχείριση των οικονομικών του σπιτιού ή την εκπαίδευση σε δεξιότητες εργασίας.
- Εκπαίδευση στο γονεϊκό ρολό.
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως παρακολούθηση προγραμμάτων για χρήση ναρκωτικών ουσιών, θεραπεία για ψυχική νόσο ή συμβουλευτική γάμου.
- Επιτήρηση του σπιτιού από ειδικό της υπηρεσίας προστασίας παιδιού, ο οποίος επισκέπτεται περιοδικά το σπίτι, ώστε να εκτιμήσει την πρόοδο του παιδιού και της οικογένειας. Αυτή η επιτήρηση μπορεί να γίνεται εκούσια αποδεκτή εκ μέρους των κηδεμόνων του παιδιού ή μπορεί να καθορίζεται με τη νομική απόφαση.
- Απομάκρυνση του κατηγορουμένου ως δράστη από το σπίτι, ενώ η υπόλοιπη οικογένεια παραμένει ανέπαφη.
- Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι και η εγκατάσταση του σε ένα συγγενικό σπίτι, ένα θετό σπίτι, ή ως τελευταίο καταφύγιο ένα ειδικό για τέτοιες περιπτώσεις σπίτι. Οι συνθήκες μπορεί να είναι προσδιορισμένες από την διαταγή επίβλεψης του παιδιού ή τους ισχύοντες κανόνες στο ειδικό σπίτι.

Οι συνθήκες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν για τους γονείς την παρακολούθηση προγραμμάτων χρήσης ουσιών ή προγραμμάτων διαχείρισης θύμου και την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας, καθώς και περιοδικό έλεγχο της υγείας του παιδιού (Γιωτάκος Α.,2011).

3.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην θεραπεία για την κακοποίηση των παιδιών για να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα απαραίτητη είναι η συνέργεια όλων των ειδικών. Η συνεργασία ξεκινά από την πρώτη στιγμή της καταγγελίας του περιστατικού έως την αντιμετώπιση του περιστατικού. Η ομαδική συνεργασία που έγκειται στο παιδί, τους γονείς, τον παιδοψυχίατρο, τον παιδίατρο, τον σχολικό νοσηλεύτη, τον εκπαιδευτικό, τον κοινωνικό λειτουργό και τους φορείς και τα προγράμματα που στηρίζουν αυτή τη προσπάθεια.

3.6.1 Η συμβολή του παιδοψυχίατρου

Ο ρόλος του παιδοψυχίατρου είναι αρχικά να καταγράψει ένα λεπτομερές ιστορικό του παιδιού και να ακούσει τις ανησυχίες των γονιών. Στη συνέχεια το παιδί εξετάζεται σε όλους τους τομείς και ενημερώνονται οι γονείς για τα αποτελέσματα της εξέτασης και του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου(Doxiadis S.,2012). Ο ρόλος του συγκεκριμένου επαγγελματία υγείας είναι υποστηρικτικός και συμβουλευτικός. Υπάρχουν περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα όχι μόνο το παιδί αλλά και οι γονείς. Τα κυρία προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο παιδοψυχίατρος είναι:

- Συναισθηματικές δυσκολίες.
- Διαταραχές διατροφής.
- Διαταραχές συμπεριφοράς.
- Διαταραχές απέκκρισης.
- Ψυχοσωματικά προβλήματα.
- Διαταραχές μάθησης.
- Διαταραχές επικοινωνίας .
- Διαταραχή της ταυτότητας.
- Χρονιά ιατρικά νοσήματα.
- Σεξουαλική, συναισθηματική, σωματική κακοποίηση.
- Αναπτυξιακές διαταραχές.

3.6.2 Η συμβολή του παιδίατρου

Ο ρόλος του παιδίατρου, όσον αφορά την κακοποίηση του παιδιού είναι πολύ σημαντικός. Είναι υπεύθυνος για την ευημερία του παιδιού καθώς και για την βελτίωση της υγείας του. Μπορεί, ωστόσο, να διαδραματίσει και σπουδαίο ρολό στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, καθώς ο παιδίατρος μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της ασφάλειας στην οικογένεια και μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων, συμβάλει στην πρόληψη της κακοποίησης. Συγκεκριμένα, έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου, να παρέχουν χρήσιμες οδηγίες, να ενθαρρύνουν τους γονείς, να συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα συμβουλευτικής με στόχο να μην κακοποιηθεί το παιδί. (Flaherty et al,2010).

3.6.3 Η συμβολή του εκπαιδευτικού

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι, ο εκπαιδευτικός είναι ένας από τους επαγγελματίες που μπορεί να συνεισφέρει και να βοηθήσει στη βελτίωση της υγείας των κακοποιημένων παιδιών. Είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα καθώς έτσι ενεργοποιείται και το σύστημα των υπηρεσιών παιδικής προστασίας.

Ο εκπαιδευτικός είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στο διευθυντή του σχολείου και εκείνος με τη σειρά του στο αστυνομικό τμήμα και στο σχολικό σύμβουλο. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να κατανοήσουν κάποια χαρακτηριστικά έτσι ώστε να εντοπίσουν το κακοποιημένο παιδί. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

- Φόβος προς τους γονείς του.
- Ανησυχία όταν τα άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαίσθησία.)
- Φόβος να επιστρέψει σπίτι.
- Δυσκολία να επενδύει σε σχέση με τους ενήλικες.
- Προσκόλληση σε αγνώστους.
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.
- Δυσκολία στις συναναστροφές με συνομηλίκους η ενήλικες .
- Άγχος.
- Παιδί με υπερβολική υπακοή, με παθητικότητα και δείγματα απόσυρσης.
- Το παιδί παρουσιάζει παλινδρομική συμπεριφορά.

3.6.4 Η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή

Ως σχολικός νοσηλευτής ορίζεται ο εξειδικευμένος κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης, ο οποίος στοχεύει στην προαγωγή της ευεξίας, της εκπαιδευτικής σταδιοδρομίας και στη βελτίωση των επιδόσεων των μαθητών. Επιπλέον στόχος της σχολικής νοσηλευτικής αποτελεί η θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια. Πιο συγκεκριμένα οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν ως κύριο στόχο την επίτευξη των ακόλουθων ενεργειών.

- Να ενθαρρύνουν τη θετική αντίδραση των μαθητών στη φυσιολογική ανθρώπινη ανάπτυξη.
- Να προάγουν την υγεία και την ασφάλεια στο σχολείο.
- Να παρεμβαίνουν στα πραγματικά και δυνητικά προβλήματα υγείας.
- Να παρέχουν υπηρεσίες κατά περίπτωση και συνεργάζονται ώστε να καταστήσουν το μαθητή και την οικογένεια ικανούς να προσαρμοστούν, να αυτοεξυπηρετούνται, να υπερασπίζονται τον εαυτό τους και να μαθαίνουν.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί, ότι το σχολείο είναι ο χώρος που οι γονείς εμπιστεύονται τα παιδιά τους για την εκπαίδευση και τη μόρφωση τους. Το σχολείο όμως, εκτός από την ιδιότητα της παροχής γνώσεων παίζει μεγάλο ρόλο στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Πολλές φορές όμως στα σχολεία τα παιδιά γίνονται θύματα κακοποίησης, είτε από τους συμμαθητές τους είτε από τους εκπαιδευτικούς. Στα σχολεία είναι αναγκαίο να υπάρχουν νοσηλευτές ώστε να υπάρχει ενημέρωση τόσο στους καθηγητές όσο και στους μαθητές και τους γονείς. Οι βασικές δεξιότητες του σχολικού νοσηλευτή είναι (Δαρβίρη Χ., 2010):

- Παροχή πρώτων βοηθειών σε επείγουσα ανάγκη.

- Εμβολιασμός των μαθητών.
- Ενημέρωση των μαθητών και των γονέων για σωστή διατροφή.
- Να είναι σε θέση να αναγνωρίζει πότε χρειάζεται την παρέμβαση από κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας ή φορέα (κοινωνικό λειτουργό).

Σε περιπτώσεις που ο νοσηλευτής αντιληφθεί περιστατικά κακοποίησης ενός παιδιού πρέπει να προσφέρει εμπιστοσύνη στο παιδί έτσι ώστε το παιδί να έρθει σε επικοινωνία μαζί του. Η ευθύνη του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στην κακοποίηση του παιδιού στο χώρο του σχολείου αλλά και στην κακοποίηση που μπορεί να λαμβάνει χώρα στο οικογενειακό του περιβάλλον. Σε περιστατικά κακοποίησης παιδιού ο νοσηλευτής πρέπει (Δαρβίρη Χ., 2010):

- Αρχικά να λαμβάνει το ιστορικό από το παιδί για διαπίστωση της φύσης και του βαθμού της βλάβης. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης το παραπέμπει σε επείγουσα περίθαλψη.
- Να ενημερώνει τον εκπαιδευτικό για τον διευθυντή του σχολείου.
- Να καταγράφει λεπτομερώς το πόρισμα των εξετάσεων και τις εξηγήσεις που δίνονται για τους τραυματισμούς .
- Τέλος, να καταγράφει αυτούς από τους οποίους δόθηκαν οι εξηγήσεις. (Δαρβίρη Χ., 2010).

3.6.5 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Είναι σημαντικό για τους κοινωνικούς λειτουργούς να αντιληφθούν και να γνωρίζουν πόσο εύκολα μπορούν τα παιδιά να εμπλακούν στην βία, καθώς και να έχουν επίγνωση των επιπτώσεων της οικογενειακής βίας σε αυτά. Είναι επίσης σαφής η ανάγκη να δοθούν στους κοινωνικούς λειτουργούς κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παιδική προστασία, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα την κακοποίηση των παιδιών στο πλαίσιο της οικογενειακής βίας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δουλεύοντας με παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση, θα πρέπει να επιλέξουν τους κατάλληλους χειρισμούς που θα δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για να αναπτυχθεί μια θετική συνεργασία μεταξύ των ίδιων και των παιδιών και να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση ή παραμέληση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών. Η επιτυχημένη παρέμβαση των ειδικών εξαρτάται από την πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Μάλιστα, σύμφωνα με τον «Αγάθωνα, 1998», οι σημαντικότεροι απ' αυτούς είναι:

α) η φύση του βασικού προβλήματος (είδος κακοποίησης/ παραμέλησης, σοβαρότητα, χρονική διάρκεια κ.λπ.)

β) η διάθεση των γονέων να βοηθήσουν,

γ) η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση και

δ) η επάρκεια των διαθέσιμων πηγών βοήθειας. (Αγάθωνος- Γεωργόπουλος Ε. 1998).

Συμπληρωτικά, οι κεντρικές τεχνικές που προτείνονται στην διεθνή βιβλιογραφία προς εφαρμογή από τους επαγγελματίες αφορούν κυρίως την άσκηση της κοινωνικής εργασίας με ομάδα κακοποιημένων παιδιών στην οποία θα πρέπει να διασφαλιστεί:

A) Η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τα παιδιά.

B) Το μοίρασμα συναισθημάτων και της διασφάλισης ότι τα παιδιά γίνονται απόλυτα αποδεκτά όπως είναι και ανεξάρτητα από ότι τους συμβαίνει.

Γ) Η προσπάθεια για την ανάπτυξη διανοητικών αναλύσεων και συνδέσεων των γεγονότων στον βαθμό που επιτρέπει η χρονική και συναισθηματική ηλικία των παιδιών.

Δ) Η δημιουργία σχέσεων φιλίας μεταξύ των παιδιών της ομάδας ώστε να αρχίσουν να πιστεύουν στον εαυτό τους και πάλι και να δημιουργήσουν νέες σχέσεις εμπιστοσύνης .

Ε) Η δυνατότητα να βοηθηθούν αλλά και να βοηθήσουν τα άλλα παιδιά μέσα από την ανταλλαγή των εμπειριών τους και της συνειδητοποίησης ότι το γεγονός αυτό δεν συνέβαινε μόνο σε κάποιο από τα παιδιά, αλλά και σε πολλά άλλα. (Αγάθωνος-Γεωργόπουλος Ε. 1991).

Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να αναπτύξουν παρεμβάσεις στην ομάδα οι οποίες θα στοχεύουν στην ενοχοποίηση των παιδιών και στην αύξηση της αίσθησης της ελευθερίας τους, της ικανότητας τους να δημιουργήσουν υγιείς σχέσεις, της δύναμής τους για να ξεπεράσουν τα πιθανά σεξουαλικά και άλλα προβλήματα, της ανάκτησης της δύναμής τους και της ανάληψης του εαυτού τους.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον κόσμο της κακοποίησης των παιδιών στην οικογένεια, είναι διπλός. Αν και ο πιο επιθυμητός στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η παράνομη του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια όταν αυτό είναι δυνατό, συχνά η μόνη θεραπεία μπορεί να είναι η άμεση απομάκρυνση του παιδιού από τα επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού διαμορφώνεται ανάμεσα σε δυο κύριους άξονες. Άλλοτε είναι ρόλος συμβούλου και θεραπευτή σε σχέση με τα πρόσωπα και άλλοτε ασκεί «επιτελικό ρόλο» και καλείται να πάρει αποφάσεις και να κινήσει διαδικασίες ανεξάρτητα από την θέληση των προσώπων, πράγμα που προϋποθέτει μια σωστή αρχική διαγνωστική εκτίμηση της όλης οικογενειακής κατάστασης. Ωστόσο ο κατάλληλος χειρισμός του προβλήματος από μέρους των κοινωνικών λειτουργών είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων που έχουν άμεση σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό σαν επαγγελματία, αλλά και με την ευρύτερη κοινωνική πραγματικότητα μέσα στην οποία κινείται και εργάζεται. (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε., 1991).

3.7 ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα ένα πολύ σημαντικό ρολό στην αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης έχει: «το Χαμόγελο του Παιδιού» και η γραμμή υποστήριξης «SOS» 1056 υπηρεσίες αλληλένδετες μεταξύ τους και η Άρσις, κοινωνική οργάνωση υποστήριξης νέων. Ακόμη φορείς που βοηθούν στην πρόληψη και την αποκατάσταση της κακοποίησης είναι οι Εταιρίες Προστασίας Ανηλίκων, ο ξενώνας για την κακοποιημένη γυναίκα και παιδί ο συνήγορος του παιδιού. Επίσης στην Ευρώπη φορείς και υπηρεσίες που σχετίζονται με το φαινόμενο της κακοποίησης είναι το «stop it now», «to national society for the prevention of cruelty to children» και το «one in four». Τέλος παρουσιάζουμε και τρεις παγκόσμιους και με μεγάλο έργο φορείς την «unicef», το «end child prostitution, child pornography and trafficking of children for sexual purposes», και το «international center for missing and exploited children».

ΕΛΛΗΝΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ο σύλλογος «ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ» είναι σύλλογος εθελοντικός μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στηρίζεται στο συναίσθημα και έχει κάνει πράξη την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των παιδιών, σκοπός για τον οποίο έχουν οργανωθεί τμήματα και υπηρεσίες με επαγγελματίες εργαζόμενους και εθελοντές.

Στο «ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ» εργάζονται άνθρωποι με συνέπεια και υπευθυνότητα, που έχουν τη διάθεση να προσφέρουν σύμφωνα με τις δυνατότητες τους στην προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών και να τους εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για τη σωματική, ψυχική και πνευματική τους ισορροπία. Το «ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ» βασίζεται σε υπηρεσίες του κράτους (αστυνομία, εισαγγελίες, νοσοκομεία κ.α.) στις οποίες υπάρχουν άνθρωποι ευαισθητοποιημένο που συμπαραστέκονται στο Σύλλογο και συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών. Ο Σύλλογος ιδρύθηκε το 1996 με απώτερο σκοπό την κατοχύρωση, την προστασία και την προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού τα όποια κατοικούν στον ελληνικό χώρο, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα και την καταγωγή. Επιμέρους στόχοι του συλλόγου είναι:

- Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας και υποστήριξης ηθικής, οικονομικής και ψυχολογικής σε όλα τα παιδιά ανεξάρτητα από υπηκοότητα.
- Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας σε όλα τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκη από ιατρική περίθαλψη.
- Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας στα παιδιά θύματα κακοποίησης, σε παιδιά που εξωθούνται στην επαιτεία και κάποιες φορές στην πορνεία.

- Η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας σε γονείς εμφανισθέντων παιδιών και υποστήριξη ερευνών για εξαφανισμένα παιδιά ή παιδιά θύματα απαγωγής. (Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2006).

ΓΡΑΜΜΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ SOS 1056

Η γραμμή υποστήριξης παιδιών SOS 1056 έχει σκοπό να προστατεύει και να στηρίζει ψυχολογικά κακοποιημένα παιδιά και να προωθεί τα δικαιώματά τους εφόσον τα ίδια δεν έχουν ούτε τη δυνατότητα ούτε τα μέσα να αυτοπροστατευθούν. Επίσης έχει στόχο να παρέχει συμβουλευτική τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους. Η γραμμή απευθύνεται σε:

- Παιδιά θύματα κακοποίησης / παραμέλησης.
- Παιδιά θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης.
- Παιδιά θύματα παράνομης διακίνησης.
- Παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα οικογενειακά, κοινωνικά.
- Γονείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τα παιδιά τους.
- Παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας (Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2006).

Μέσω της γραμμής γίνονται δέκτες ανώνυμες και επώνυμες καταγγελίες που αφορούν περιστατικά κακοποίησης παιδιών, ενώ παράλληλα λειτουργεί και ως εργαλείο συμβουλευτικής παιδιών, γονέων και έφηβων. Οι τηλεφωνικές επικοινωνίες είναι απόρρητες και δεν καταγράφονται. Οι καταγγελίες αποστέλλονται στις αρμόδιες εισαγγελικές αρχές προς διερεύνηση προκειμένου να αναζητηθούν οι καλύτερες δυνατές λύσεις για τα παιδιά-θύματα, ενώ η συμβουλευτική άφορα συνήθως θέματα σχέσεων παιδιών-γονέων, σχέσεις μεταξύ εφήβων, θέματα εφηβείας, σχολικά-μαθησιακά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, διαζύγιο γονέων και τέλος ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ανηλίκων. Η γραμμή λειτουργεί 24 ώρες και 7 ημέρες την εβδομάδα. Στελεχώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους καθώς και από ειδικά εκπαιδευμένους εθελοντές. Υπάγεται και είναι μέλος στο Διεθνές Δίκτυο Τηλεφωνικών Γραμμών για την προστασία των παιδιών (child Helpline International) που περιλαμβάνει 82 γραμμές σε 72 χώρες (Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2006).

Η ΑΡΣΙΣ

Η ΑΡΣΙΣ πρόκειται για μια Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων η οποία ιδρύθηκε το 1992 με σκοπό την υποστήριξη παιδιών, εφήβων, νέων αλλά και γενικότερα ατόμων που αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό. Οι δράσεις για την καταπολέμηση της εμπορίας παιδιών ξεκίνησαν ήδη από το 1998 με αυθόρμητη παρέμβαση στους δρόμους, αρχικά σε εθελοντική βάση. Την περίοδο αυτή πρωτοεμφανιζόταν στην Ελλάδα το φαινόμενο των λεγόμενων «παιδιών των φαναριών». Σκοπός της παρέμβασης ήταν η επαφή με τα παιδιά του δρόμου, ο εντοπισμός των αναγκών τους και η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας. Από αυτήν την παρέμβαση προέκυψε ότι η πλειονότητα των παιδιών καταγόταν από την Αλβανία και πολλά ήταν θύματα κυκλωμάτων που εκμεταλλευόταν στην Ελλάδα την εργασία τους. (www.arsis.gr, 2009).

Η ανάγκη για μια πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση οδήγησε στη συνεργασία με το Ελβετικό ίδρυμα «Terre des Hommes» και συγκεκριμένα την αποστολή του στην Αλβανία. Σκοπός της συνεργασίας είναι η παρακολούθηση του φαινομένου και από τις δυο πλευρές των συνόρων και ο συντονισμός στην παροχή στήριξης στα παιδιά και στις οικογένειες τους σε επίπεδο πρόληψης, προστασίας και ένταξης με γνώμονα το καλύτερο συμφέρον του παιδιού. Από το 2002 οι δυο φορείς υλοποιούν στην Ελλάδα και στην Αλβανία το πρόγραμμα TACT-Transnational Actions Against Child Trafficking. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από μια σειρά διεθνών φορέων, ενώ πρόσφατα στο σχήμα αυτό προστέθηκε και η Υπηρεσία Διεθνούς Αναπτυξιακής Συνεργασίας (Υ.Δ.Α.Σ.) του ελληνικού Υπουργείου Εξωτερικών (www.arsis.gr, 2009).

Για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού συντονίζονται οι δράσεις της «ΑΡΣΙΣ» στην Ελλάδα και της «Terre des Hommes», αλλά και ΜΚΟ στην Αλβανία. Επιπλέον από το Νοέμβριο του 2005 υπάρχει και παρουσία της ΑΡΣΙΣ στα Τίρανα, με την ίδρυση του Γραφείου Διακρατικής Συνεργασίας (www.arsis.gr, 2009).

ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Οι Εταιρίες Προστασίας Ανηλίκων (Ε.Π.Α.) είναι Ν.Π.Δ.Δ. υπό την εποπτεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης. Λειτουργούν στην έδρα κάθε πρωτοδικείου και έχουν σκοπό την πρόληψη της εγκληματικότητας των ανηλίκων, οι όποιοι εμφανίζουν αντικοινωνικοί συμπεριφορά ή βρίσκονται σε κίνδυνο να γίνουν δράστες ή θύματα αξιόποινων πράξεων, λίγο ακαταλλήλου ή ανυπάρκτου οικογενειακού περιβάλλοντος ή άλλων δυσμενών κοινωνικών συνθηκών και αίτιων. Κάθε Εταιρεία διοικείται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, τα μέλη του οποίου προσφέρουν τις υπηρεσίες τους χωρίς μισθό. Οι πόροι των ΕΠΑ προέρχονται από επιχορήγηση του Υπουργείου Δικαιοσύνης, από δωρεές και κληροδοτήματα. Όταν εξασφαλίζονται οι αναγκαίοι πόροι, οι Εταιρίες ιδρύουν Στέγες φιλοξενίας ανηλίκων όπου μέσα σε οικογενειακές συνθήκες παρέχουν φιλοξενία και πολύπλευρη υποστήριξη στα παιδιά που προστατεύουν. Στέγες φιλοξενίας διαθέτουν οι ΕΠΑ Αθηνάς, Πειραιά, Ηρακλείου Κρήτης, Καρδίτσας, Αλεξανδρούπολης, Κοζάνης και Βόλου (www.epak.gr, 2009).

ΞΕΝΩΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ο ξενώνας για την «Κακοποιημένη Γυναίκα και το Παιδί» δημιουργήθηκε προκειμένου να φιλοξενήσει τη γυναίκα με τα παιδιά της που έχουν υποστεί κάθε μορφή βίας (ψυχολογική, οικονομική, σεξουαλική, σωματική) από τον πάτερα, σύζυγο, σύντροφο, αδελφό ή φίλο. Δίνει στη γυναίκα τη δυνατότητα να φιλοξενηθεί όσο αυτό χρειαστεί και να προστατεύει μαζί με τα παιδιά της εν ώρα κρίσης. Επίσης μπορεί να ενημερωθεί σχετικά με τα δικαιώματά της, να στηριχτεί από το εξειδικευμένο προσωπικό και τελικά να αποφασίσει η ίδια για τη ζωή της.

Ο Ξενώνας παρέχει:

- Φιλοξενία της γυναίκας με τα παιδιά της.

- Παροχή στέγης και διατροφής.
- Ψυχολογική υποστήριξη.
- Νομικές συμβουλές.
- Βιβλιοθήκη .
- Συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ. για ευκολότερη πρόσβαση στην αγορά εργασίας.
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς που μπορούν να την βοηθήσουν.
- Συνεργασία με τα Μ.Μ.Ε. για συνεχή ενημέρωση του φαινομένου της βίας.
- Επεξεργασία στατιστικών δεδομένων για θέματα βίας (Χατζηφωτίου Σ., 2005).

ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο συνήγορος του παιδιού αποτελεί από το 2003 τμήμα της Ανεξάρτητης Αρχής «Συνήγορος του Πολίτη» και ασχολείται με υποθέσεις παραβιάσεων δικαιωμάτων του παιδιού αναλαμβάνοντας γραπτές αναφορές και παρεμβαίνοντας αυτεπάγγελτα σε περιπτώσεις που κρίθηκε αναγκαίο. Επίσης, μέριμνα για την παρακολούθηση της εφαρμογής της νομοθεσίας και των διεθνών συμβάσεων δικαιωμάτων του παιδιού, παρεμβαίνοντας και σε επίπεδο Βουλής και αρμόδιων Υπουργείων (Συνήγορος του Πολίτη, 2007). Μάλιστα βρίσκεται και τη σχολική χρονιά στο πλευρό των μαθητών, των γονιών και των εκπαιδευτικών με κύριο μέλημα την προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού στο χώρο της εκπαίδευσης.

Με αυτή του την ιδιότητα:

- Εξετάζει καταγγελίες παιδιών και ενηλίκων για παραβιάσεις δικαιωμάτων του παιδιού στο δημόσιο και τον ιδιωτικό χώρο.
- Επισκέπτεται σχολεία και ιδρύματα, συναντά τα παιδιά και ακούει τις απόψεις τους.
- Επικοινωνεί με εκπαιδευτικούς και άλλους επαγγελματίες που ασχολούνται με τα παιδιά.
- Προτείνει προς τη διοίκηση και τα αρμόδια Υπουργεία μετρά για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού (Συνήγορος του Πολίτη, 2007).

Στα 5 χρόνια λειτουργίας του ο Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού στο Συνήγορο του Πολίτη:

- Έχει ασχοληθεί με 470 έγγραφες αναφορές-καταγγελίες, 40% των οποίων σχετίζονται με την εκπαίδευση.
- Έχει δημιουργήσει ειδική ιστοσελίδα όπου παρουσιάζονται η λειτουργία, οι δράσεις και οι προτάσεις του (www.0-18.gr).
- Λειτουργεί ειδική τηλεφωνική γραμμή για ανήλικους, χωρίς χρέωση (800.11.32000, καθημερινά 9:00π.μ. – 3:00μ.μ.)
- Έχει δημιουργήσει προγράμματα για μαθητές και σχολεία.
- Έχει παρέμβει δημοσιεύοντας επιστολές, πορίσματα και δελτία τύπου που αφορούν την εφαρμογή των δικαιωμάτων του παιδιού.
- Έχει αναλάβει πρωτοβουλίες για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού στην οικογένεια, στο σχολείο, στις υπηρεσίες, στα ιδρύματα, στους χώρους κράτησης, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και γενικά σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής (Συνήγορος του Πολίτη, 2007). Στο Συνήγορο του Πολίτη μπορεί να απευθυνθεί

οποιοσδήποτε γνωρίζει ότι παραβιάζονται τα δικαιώματα του παιδιού και να ζητήσει τη βοήθεια του για την αποκατάσταση και την προστασία τους.

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

STOP IT NOW

Ο συγκεκριμένος οργανισμός δραστηριοποιείται στη Μ. Βρετάνια και απευθύνεται σε άτομα που κακοποιούν τα παιδιά, ή που σκάφτονται να κακοποιήσουν παιδιά, προκειμένου να αναγνωρίσουν τη συμπεριφορά τους ως βλαβερή και να αναζητήσουν βοήθεια. Βασική πεποίθηση του οργανισμού είναι ότι «προστατεύουμε τα παιδιά με το να αναγνωρίζουμε τα προειδοποιητικά σημάδια ενός πιθανού δράστη και να γνωρίζουμε τη δράση πρέπει να αναλάβουμε». Με τον τρόπο αυτό είναι εφικτό να σταματήσει η συμπεριφορά στον εαυτό μας και τους άλλους. Η πληροφόρηση και η συμβουλευτική μπορούν να βοηθήσουν, αν υποπτευόμαστε ότι κάποιος έχει σεξουαλικό ενδιαφέρον για παιδιά.

Στόχος του οργανισμού είναι η προστασία των παιδιών και η πρόληψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. (Πρεκατέ Β. , 2005).

NATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN

Ο συγκεκριμένος οργανισμός δραστηριοποιείται επίσης στη Μ. Βρετάνια και πρόκειται για έναν μη κυβερνητικό οργανισμό που ειδικεύεται στην παιδική προστασία και την παρεμπόδιση της παιδικής κακοποίησης. Ο φορέας λειτουργεί ήδη από το 1884 και είναι ο μονός μη κυβερνητικός φορέας στη Μεγάλη Βρετάνια, που έχει την νομική ισχύ να αναλάβει δράση για την προστασία παιδιών που κινδυνεύουν από κακοποίηση (Πρεκατέ Β., 2005). Ανώτερος σκοπός του οργανισμού είναι ο τερματισμός της παιδικής κακοποίησης. Ο οργανισμός οραματίζεται μια κοινωνία όπου όλα τα παιδιά δέχονται αγάπη, εκτίμηση και τη δυνατότητα να εκπληρώσουν το δυναμικό τους. Μια κοινωνία που δε θα ανέχεται την παιδική κακοποίηση είτε αυτή είναι σεξουαλική, σωματική, ψυχολογική ή παραμέληση.

ONE ON FOUR UK

Η οργάνωση «One in Four» που δραστηριοποιείται στη Μ. Βρετάνια προσφέρει υποστήριξη και δίνει φωνή σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά και λειτουργεί από άτομα που επίσης έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά. Κάθε άτομο που εργάζεται στον οργανισμό αυτό είχε προσωπική εμπειρία κάποιας μορφής σεξουαλικής κακοποίησης κάποια στιγμή στη ζωή τους. Λειτουργεί για να παρέχει το χώρο για να ακουστούν αυτές οι εμπειρίες, ούτως ώστε να μειωθούν τα συναισθήματα ντροπής και αυτό-κατηγορίας. Στη συχνή εμπειρία της απόγνωσης και απαισιοδοξίας ενός τέτοιου τραύματος, η γνωριμία με κάποιον που έχει διανύσει το ταξίδι της θεραπείας ο ίδιος προσφέρει ελπίδα και ενθάρρυνση. Η δημιουργία μιας κοινότητας που στέκεται μάρτυρας της απομόνωσης και της σιωπηρής πραγματικότητας της σεξουαλικής κακοποίησης αλλάζει ριζικά αυτήν την πραγματικότητα (Πρεκατέ Β., 2005). Η οργάνωση προσφέρει άμεσες υπηρεσίες μέσω ατομικής και ομαδικής θεραπείας, ανοιχτών συζητήσεων και τηλεφωνικής στήριξης, καθώς και έμμεσες μέσω ενημέρωσης, πίεσης στη διαμόρφωση

πολίτικης, έρευνα, εκπαίδευση και εποπτεία σε κυβερνητικούς και μη φορείς. Επίσης παραπέμπει ή συνεργάζεται με άλλους φορείς υγείας ή κοινωνικής πρόνοιας, παρέχει πρόσβαση σε νομικές υπηρεσίες κλπ.

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

UNICEF

Η «UNICEF», πρόκειται για μια οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών για τα παιδιά, η οποία ιδρύθηκε στις 11 Δεκεμβρίου 1946 προκειμένου να βοηθήσει τα παιδιά της Ευρώπης, της Μέσης Ανατολής και της Κινάς μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Η «UNICEF» στοχεύει να παρέχει στα παιδιά ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης, στέγη, διατροφή και πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες, όσα τις έχουν ανάγκη. Απαιτούν επίσης τα παιδιά να προφυλάσσονται από κάθε είδους κακοποίηση, αμέλεια και εκμετάλλευση. Ο οργανισμός οραματίζεται μια κοινωνία ελεύθερη από τη βία και τις διακρίσεις σε όλα τα επίπεδα και εκτιμά τη ζωή και τη συνεισφορά των παιδιών και των γυναικών. (www.unicef.gr, 2009)

END CHILD PROSTITUTION, CHILD PORNOGRAPHY AND TRAFFICKING OF CHILDREN FOR SEXUAL PURPOSES

Ο συγκεκριμένος οργανισμός έχει την έδρα του στην Μπανγκόκ της Ταϊλανδής και στοχεύει στην εξάλειψη της σεξουαλικής εμπορικής εκμετάλλευσης των παιδιών. Ο συγκεκριμένος οργανισμός έχει την ιδιότητα του Ειδικού Σύμβουλου στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (ECOSOC), και συνεργάζεται με διεθνείς κυβερνητικές και μη οργανώσεις, όπως η Ιντερπόλ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού και η UNICEF. Οι ομάδες του οργανισμού δραστηριοποιούνται στην Αφρική (13 ομάδες), τη Μέση Ανατολή (2), τις αμερικανικές ηπείρους (13), την Ανατολική Ασία (11), την Ωκεάνια (3), τη Νοτιά Ασία (8) και την Ευρώπη (23). Ο οργανισμός αυτός πραγματοποιεί επισκέψεις σε διαφορετικές περιοχές του κόσμου προκειμένου να αναλύσει την επικρατούσα κατάσταση της σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών. (Πρεκατέ Β., 2005).

INTERNATIONAL CENTER FOR MISSING AND EXPLOITED CHILDREN

Το Διεθνές Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα παιδιά (International Centre for Missing and Exploited Children), εδρεύει στην Washington των Η.Π.Α., και ιδρύθηκε το 1998 και προωθεί την ασφάλεια και τα δικαιώματα των παιδιών μέσα από τον εθελοντισμό, τη συνεργασία και τον συντονισμό με φορείς/οργανισμούς σε ολόκληρο τον κόσμο. Στόχος είναι η εξεύρεση λύσεων και η εφαρμογή προγραμμάτων παγκοσμίως για την εξάλειψη των φαινομένων της εξαφάνισης και εκμετάλλευσης ανηλίκων. Δημιουργήθηκε από το «Εθνικό Κέντρο για τα Εξαφανισμένα και Κακοποιημένα Παιδιά» και αποτελεί το τμήμα αυτό που χειρίζεται τις διεθνείς συνεργασίες. Το Διεθνές Κέντρο στηρίζεται στην συνεργασία με ιδιωτικούς και δημοσίους φορείς για την υποστήριξη και εφαρμογή προγραμμάτων. Μάλιστα ένας από τους φορείς στην Ελλάδα με τον οποίο συνεργάζονται είναι ο Σύλλογος το Χαμόγελο του Παιδιού (www.icmec.org, 2009).



ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
Γιατί δεν αντιδράς;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΟΡΙΣΜΟΙ - ΣΚΟΠΟΙ

Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από την πλευρά του νοσηλευτή δεξιότητες στην κλινική άσκηση της Νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από τη Νοσηλευτική όσο και από τη Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της Κοινότητας.

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

"Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου".

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (CAN) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς σκοπούς.

"Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνθετο καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας".

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
- Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
- Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
- υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
- Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας (Κυριακίδου Θ.Ε., 1997).

4.2 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλεία στο σπίτι(1860-1900)

Η κοινοτική νοσηλευτική άρχισε βασικά σαν νοσηλεία στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα σαν εθελοντική προσφορά στους πτωχούς. Ο William Rathbone, Άγγλος φιλάνθρωπος το 1859 διαπίστωσε από δική του πείρα, την αξία της νοσηλείας στο σπίτι, αξιολογώντας την φροντίδα που δόθηκε στην άρρωστη σύζυγό του. Ο Rathbone, ήταν ο πρώτος που συνετέλεσε στην οργάνωση της νοσηλείας στο σπίτι για του πτωχούς του Liverpool.

Στην Αμερική η πρώτη νοσηλεύτρια που οργάνωσε κοινοτική φροντίδα για τους πτωχούς της Νέας Υόρκης ήταν η Francis Root. Οι πρώτες κοινοτικές νοσηλεύτριες διορίστηκαν από την πολιτεία της Ν. Υόρκης το 1877. Μέσα σε λίγα χρόνια, η προσπάθεια αυτή επεκτάθηκε και σε άλλες πόλεις της Αμερικής, όπου οργανώθηκαν υπηρεσίες που προσέφεραν φροντίδα μόνο στους πτωχούς αρρώστους, με τη σκέψη ότι οι πλούσιοι διέθεταν αρκετά χρήματα για να εξασφαλίσουν νοσηλεία. Κύριος σκοπός των υπηρεσιών αυτών ήταν η φροντίδα των αρρώστων, γινόταν όμως από τις νοσηλεύτριες και διαφώτιση σε θέματα ατομικής καθαριότητας και υγιεινής διαβίωσης. Οι υπηρεσίες αυτές συντηρούνται από εθελοντικούς ιδιωτικούς οργανισμούς, από προσφορές ατόμων ή ομάδων και σε μερικές περιπτώσεις με την ατομική συμμετοχή των ιδίων των νοσηλευμένων ανάλογη με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Στην αρχή η Νοσηλευτική αυτή φροντίδα δίνονταν από άτομα που δεν διέθεταν ιδιαίτερη εκπαίδευση. Το 1893 η Lillian Wald άρχισε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια κοινοτικής Νοσηλευτικής στη Ν.Υόρκη, χρησιμοποιώντας εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η Florence Nightingale η οποία βοήθησε τη Lillian Wald στην των νοσηλευτριών αυτών τις αποκαλούσε "Νοσηλεύτριες επισκέπτριες στο σπίτι" (Home Visiting Nurses). Οι ιδέες της Florence Nightingale ήταν αυτές που βοήθησαν να οργανωθεί η νοσηλεία στο σπίτι τόσο στην Αγγλία όσο και στην Αμερική. Στην Ελλάδα, οι απόφοιτοι του "Νοσοκομειακού Εκπαιδευτηρίου " που ιδρύθηκε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875, μετά από εξάμηνη εκπαίδευση προσφέρουν "κατ' οίκον νοσηλεία ασθενών ευπόρων και απόρων στην πόλη των Αθηνών" μέχρι του έτους 1884. Την φροντίδα της εργασίας αυτής είχε ο "Σύλλογος Κυριών υπέρ της Γυναικείας Παιδείσεως".

Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας (1900-1970)

Με την είσοδο στον 20ό αιώνα, η Κοινοτική Νοσηλευτική επεκτάθηκε για να περιλάβει την φροντίδα υγείας όλων των ατόμων της κοινότητας, όχι μόνο των πτωχών. Αυτό προήλθε από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην αναγκαιότητα της υγείας του συνόλου. Οργανώθηκαν έτσι προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάστηκαν. Μερικά από αυτά ήταν: Η προστασία της μητρότητας και του βρέφους, η πρόληψη φυματίωσης και αφροδισίων νοσημάτων, η προστασία των εργαζομένων και του σχολικού πληθυσμού. Αυτά όλα αύξησαν τις ανάγκες και τη ζήτηση των νοσηλευτών. Το 1902 διορίστηκε η πρώτη νοσηλεύτρια σχολικής υγιεινής από το Υπουργείο Παιδείας στην περιοχή της Ν. Υόρκης. Το 1910 η νομοθεσία ανέθεσε την ευθύνη της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες ξεχωριστά σε κάθε πολιτεία της Αμερικής. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας που ονομάζονταν τότε " Νοσηλεύτρια Δημόσιας Υγείας"(ΝΔΥ) επεκτάθηκε στη συνέχεια πάρα πολύ. Η Lillian Wald ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε τον όρο αυτό. Η ΝΔΥ επεξέτεινε

το ρόλο της και στην υγιεινή διαπαιδαγώγηση του κοινού με σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την υγιεινή διαβίωση. Οι Νοσηλεύτριες υγείας επεκτείνουν πια τη δραστηριότητά τους με τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους σε εξειδικευμένους τομείς: Φυματίωση, Ψυχικά νοσήματα, Σχολική υγιεινή, Υγιεινή της εργασίας, Καρκίνος κλπ. Σταδιακά έρχεται στο προσκήνιο ολόκληρη η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας και όχι το μεμονωμένο άτομο. Το άτομο βέβαια αλλά μέσα στην οικογένεια.

Τα ποικίλα προβλήματα που παρουσιάζει η κάθε οικογένεια, αναγκάζουν την Νοσηλευτική να γενικευθεί αρκετά για να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές ανάγκες και να εξασφαλίσει την συνέχεια της φροντίδας. Οι επισκέπτριες υγείας αποκτούν μεγαλύτερη ανεξαρτησία τότε σε σχέση με τη νοσηλεία όσο και με την διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες εργάζονται οι νοσηλεύτριες είναι οργανωμένες σύμφωνα με τη νομοθεσία της κάθε πολιτείας της Αμερικής. Αυτό επεκτείνεται στον Καναδά και στην Αγγλία και πολύ γρήγορα και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και σε κάθε άλλη πολιτισμένη χώρα ανάλογα με το σύστημα υγείας το οποίο ακολουθεί. Στην Ελλάδα η Ελένη Βασιλοπούλου, που μαθήτευσε στο Παρίσι κοντά στον καθηγητή Calmete, έδωσε όλη της τη δραστηριότητα στον αντιφυματικό αγώνα, που ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε αναπτύξει από τον Απρίλιο του 1925 για τον εμβολιασμό όλων των παιδιών με το εμβόλιο B.C.G. Κοντά της εργάστηκαν παλιές εθελόντριες, τις οποίες η ίδια είχε εκπαιδεύσει σαν " βοηθούς επισκέπτριες αδελφές" με ένα εξάμηνο πρόγραμμα διδασκαλίας και πρακτικής άσκησης. Οι εθελόντριες αυτές εργάστηκαν στη δημόσια υγιεινή μέχρι που απεφοίτησαν οι πρώτες διπλωματούχες " επισκέπτριες" από την " Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων και επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. την οποία διηύθυνε η Ελένη Βασιλοπούλου. Η Σχολή Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. αναγνωρίστηκε με το νόμο 3711/1928 και λειτούργησε το Νοέμβριο του 1924. Ακολούθησε η Κρατική Σχολή επισκεπτριών και Νοσοκόμων, την οποία επίσης ίδρυσε η Ελένη Βασιλοπούλου το 1938. Η Αθηνά Μεσολωρά είναι η πρώτη νοσηλεύτρια με ειδικευση στη Δημόσια Υγιεινή. Φοίτησε στο Kings College του Λονδίνου το 1920 με υποτροφία της Ένωσης των Συνδέσμων των Ερυθρών Σταυρών και διαδέχθηκε την Ελένη Βασιλοπούλου στη διεύθυνση της Ανωτέρας Σχολής Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Ε.Ε.Σ. Η Ελένη Βασιλοπούλου είναι η πρώτη Ελληνίδα που πήρε " Κρατικό Δίπλωμα Νοσοκόμων" από τη Γαλλία το 1912 (Παπαζήσης Η., Τούντας Ι., 1996).

Κοινοτική Νοσηλευτική (1970 και μετά)

Από το 1970 και μετά η Δημόσια Νοσηλευτική ή Δημόσια Υγιεινή μετονομάζεται σε "Κοινοτική Νοσηλευτική" χωρίς να αλλάξει καθόλου η έννοια της. Η αλλαγή του τίτλου γίνεται περισσότερο για λόγους πρακτικούς και λειτουργικούς ακολουθώντας την γενική στροφή των υπηρεσιών στην επιδίωξη υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας. Σκοπός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η διαπίστωση και ικανοποίηση των αναγκών υγείας του κοινού. Συμπερασματικά, η Κοινοτική Νοσηλευτική είχε βασικά 3 στάδια εξέλιξης με διαφορά ως προς τον κύριο προσανατολισμό της φροντίδας.

- Στο Α στάδιο, η Κοινοτική Νοσηλευτική είχε σαν κέντρο φροντίδας το άρρωστο πτωχό άτομο. Προσέφερε κυρίως θεραπευτική φροντίδα και είχε χαρακτήρα εθελοντικό, όσον αφορά τις υπηρεσίες που την παρείχαν.

- Στο Β στάδιο, το κέντρο φροντίδας είναι το άτομο μέσα στην οικογένεια (πλούσιο ή πτωχό) και η φροντίδα κυρίως θεραπευτική αλλά και προληπτική. Άρχισε να οργανώνεται από το κράτος και από ιδιωτικούς οργανισμούς.

- Στο Γ στάδιο, το κέντρο φροντίδας είναι το σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλα τα άτομα άρρωστα ή υγιή, πλούσια ή πτωχά. Η κυρίως Κοινοτική Νοσηλευτική, αποβλέπει

στην προαγωγή της υγείας και πρόληψη της αρρώστιας και η Νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται όπου χρειάζεται, στο χώρο που ζουν, εκπαιδεύονται ή εργάζονται τα άτομα (Παπαζήσης Η., Τούντας Ι., 1996).

4.3 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η βασική εκπαίδευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική πρέπει να έχει δυο βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς:

- Να εξοπλίσει τον κοινοτικό νοσηλευτή με μια ευρεία βάση γνώσεων.
- Να αναπτύξει στο νοσηλευτή δυνατότητα και δεξιότητες για αναλυτική προσέγγιση προβλημάτων και κριτική σκέψη.

Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο

από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται

περισσότερο αντιληπτό εάν ερευνησει κανείς τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο

νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματική στην κοινότητα. Ο Tiger (1980)

προτείνει, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

1.Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.

2.Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.

3.Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.

4.Ικανότητα:

- Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας (Αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
- Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
 - Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
 - Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
 - Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές όπου χρειάζεται.

5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.

6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.

7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους. Όλες αυτές οι δυνατότητες

αποκτώνται με γνώσεις από τη Δημόσια Υγεία, τις ανθρωπιστικές επιστήμες, κοινωνικές

επιστήμες, επιστήμες συμπεριφοράς, επιδημιολογία και νοσηλευτικές επιστήμες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κυκλοφόρησε το 1985 ειδικό οδηγό για την προσαρμογή των εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων στις αρχές της ΠΦΥ με έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με τον οδηγό τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα ετοιμάζουν «νοσηλευτές γενικών φροντίδων» (generalist nurse) οι οποίοι είναι έτοιμοι να εργαστούν τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην Κοινότητα και μπορούν επομένως να στελεχώσουν τα Κέντρα Υγείας (Κυριακίδου Θ.Ε., 1997).

4.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ.

Η Νοσηλευτική Διεργασία (Ν.Δ.) πρέπει να αποτελεί τον σκελετό για την οργάνωση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων προκειμένου να βοηθηθεί η κοινότητα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων της και στην επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας. Οι ανάγκες της κοινότητας μπορούν να καταχωρηθούν σε ιεραρχική κλίμακα ανάλογη με αυτή των ατομικών αναγκών του Maslow, έχοντας και οι δύο στην βάση της κλίμακας τις βασικές ανάγκες οι οποίες χρειάζεται να ικανοποιηθούν πρώτα πριν από τις δευτερεύουσες ή ψυχοκοινωνικές. Απαραίτητο και δυναμικό στοιχείο της Ν.Δ. αποτελεί η αναλυτική λύση του προβλήματος στην οποία στηρίζεται η αξιολόγηση, ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας. Η διεργασία είναι συστηματική αλλά και ευέλικτη, ώστε να προσαρμόζεται στην ποικιλία του πληθυσμού και των καταστάσεων που συναντώνται στην κοινότητα. Είναι μια λογική, κυκλική σειρά, κατά τη διάρκεια της οποίας η αξιολόγηση σε κάθε βήμα οδηγεί σε συνεχή έλεγχο και προσαρμογή της εργασίας.

4.4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

- Συγκέντρωση πληροφοριών

Το πρώτο στάδιο της Ν.Δ. αποτελείται βέβαια από τη συστηματική και λεπτομερή συλλογή πληροφοριών. Παρά το γεγονός ότι το περιεχόμενο των πληροφοριών ποικίλλει, οι δεξιότητες και οι στρατηγικές που απαιτούνται είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση του ατόμου ή της οικογένειας. Το πρώτο βήμα στη συλλογή πληροφοριών αποτελεί η προσεκτική παρακολούθηση και συστηματική παρατήρηση των φυσικών χαρακτηριστικών της κοινότητας. Η αξιολόγηση απαιτεί να συνδυάζουμε και να παραλληλίζουμε τα χαρακτηριστικά που παρατηρούμε με τις πληροφορίες που συγκεντρώνουμε από τις διάφορες συζητήσεις, από την επικοινωνία με τα άτομα της κοινότητας και από τη μελέτη των διάφορων επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της. Επειδή όμως οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αρχικά, θα εξαρτηθούν: από τις πηγές που διατίθενται, το χρόνο που έχει στη διάθεση του ο νοσηλευτής και την προθυμία της κοινότητας να συμμετέχει, δεν είναι δυνατόν να καθορισθεί εκ των προτέρων το ποσόν και το βάθος των πληροφοριών. Οι πληροφορίες μπορούν να συγκεντρώνονται σταδιακά και συστηματικά και να εμπλουτίζονται συνέχεια. Ανοικτές και ελεύθερες συζητήσεις με άτομα της κοινότητας δίδουν πολύτιμες πληροφορίες, ιδιαίτερα όταν στις συζητήσεις αυτές περιλαμβάνονται και επίσημα ή ανεπίσημα ηγετικά στελέχη της κοινότητας. Πληροφορίες που διασταυρώνονται μεταξύ διαφόρων ατόμων σχετικά με την λειτουργία της κοινότητας το πολιτιστικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και τις συνήθειες, τα ήθη και έθιμα, αλλά και ιστορικά στοιχεία που αφορούν την κοινότητα, είναι χρήσιμες και απαραίτητες. Οι συζητήσεις πρέπει να είναι ανοικτές και ελεύθερες αλλά και κατευθυνόμενες, προγραμματισμένες και οργανωμένες με σκοπό να δώσουν αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες, τα κίνητρα και τις αντιδράσεις ή αντιθέσεις που υπάρχουν. Η επιδημιολογική μελέτη της κοινότητας αποτελεί πολύτιμη πηγή συλλογής πληροφοριών. Οι υπηρεσίες υγείας, οι τηλεφωνικοί κατάλογοι, οι χάρτες, οι

εφημερίδες, τα περιοδικά και όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες επίσης αποτελούν πηγές πληροφοριών. Κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντολογικοί δείκτες του επιπέδου υγείας και ανάπτυξης είναι ενδεικτικοί της κατάστασης της κοινότητας. Η αξιολόγηση της κοινότητας πρέπει να βασίζεται σε ένα σκελετό, ο οποίος περιλαμβάνει τις φυσικές και τις κοινωνικές παραμέτρους. Το εργαλείο ή οδηγός αξιολόγησης της κοινότητας που προτάθηκε από τον Clark θεωρείται ένας καλά οργανωμένος οδηγός. Ο οδηγός περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες συνοπτικά:

1. Γενική περιγραφή της κοινότητας

Στην ομάδα αυτή των πληροφοριών περιλαμβάνεται η θέση και η φυσική περιγραφή της κοινότητας καθώς και το κλίμα. Το μέγεθος, η πυκνότητα και ο τύπος της κοινότητας, η ιστορία, η πολιτική της δομή και η κατανομή της εξουσίας καθώς και ο ρυθμός ανάπτυξης του πληθυσμού.

2. Χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού περιλαμβάνουν ηλικιακή σύνθεση, φύλο, φυλές, γλώσσα, επίπεδο οικονομικό, μορφωτικό, θρήσκευμα, ποσοστό εργαζομένων και ανέργων, οικογενειακή κατάσταση και οικογενειακή σύνθεση.

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, συγκοινωνία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, συστήματα επικοινωνίας, αναψυχή, άλλες υπηρεσίες.

4. Δείκτες υγείας

Οι δείκτες υγείας είναι: Στατιστικοί δείκτες: γεννητικότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα και δείκτες πρόληψης νόσου και προαγωγής υγείας όπως: εμβολιασμοί, διατροφικό επίπεδο κατοίκων, υγειονομική εκπαίδευση και λειτουργία προγραμμάτων προαγωγής υγείας, ύπαρξη και χρησιμοποίηση υπηρεσιών προληπτικής υγιεινής κλπ.

5.Πεποιθήσεις-τοποθετήσεις προς την υγεία

Οι πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία

αντικατοπτρίζονται στον ορισμό της υγείας και της αρρώστιας και στην έμφαση που δίνουν οι κάτοικοι στην υγεία, όπως φαίνεται από τις προσπάθειες που γίνονται για τη διατήρηση και προαγωγή της.

6.Σχέσεις της κοινότητας με την κοινωνία γενικά

- Ανάλυση Πληροφοριών

Το δεύτερο στάδιο της αξιολόγησης της κοινότητας

περιλαμβάνει την ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν με σκοπό να οδηγηθούμε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα /ανάγκες / προβλήματα. Έχοντας την εικόνα της κοινότητας, ο νοσηλευτής προσπαθεί να διαπιστώσει τα μεγάλα κοινοτικά προβλήματα, που τυχόν υπάρχουν, ή θέματα που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και κοινοτικές ή άλλες δραστηριότητες που λειτουργούν με σκοπό την επίλυση προβλημάτων.

- Νοσηλευτική διάγνωση – Διατύπωση προβλημάτων /αναγκών της κοινότητας.

Η Νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να περιγράφει μια κατάσταση και να την αιτιολογεί. Γράφεται σαν πρόβλημα και εντοπίζεται συγχρόνως η αιτία που το προκαλεί. Μερικά παραδείγματα:

-Δυσκολία στην εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος στους κατοίκους που οφείλεται στον μεγάλο αριθμό περιθωριακών νεαρών και την ανεπαρκή αστυνομική κάλυψη.

-Κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων της κοινότητας λόγω ελλείψεως κοινοτικών ιδρυμάτων και οργανωμένης υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.

-Ανεπάρκεια στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών των κατοίκων που οφείλεται στο ακατάλληλο για καλλιέργεια έδαφος της κοινότητας, και την απομόνωσή της από άλλες παραγωγικές κοινότητες.

Κάθε νοσηλευτικό πρόβλημα πρέπει να επιβεβαιωθεί τόσο από υποκειμενική όσο και από αντικειμενική πληροφόρηση. Μετά τη διαπίστωση διατυπώνεται το πρόβλημα και καθορίζεται το πρόγραμμα για την αντιμετώπισή του.

4.4.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ο προγραμματισμός σκοπεύει να θέσει προτεραιότητες, να διατυπώσει αντικειμενικούς σκοπούς και να ανακαλύψει διαθέσιμες πηγές και μέσα, με σκοπό να δοθεί η καλύτερη δυνατή λύση στο κάθε πρόβλημα που διαπιστώνεται. Μια πρόταση για την ιεράρχηση των προβλημάτων είναι η χρησιμοποίηση της κλίμακας αναγκών της κοινότητας που αναφέρθηκε. Οι ανάγκες / προβλήματα που βρίσκονται στη βάση της κλίμακας έχουν προτεραιότητα στην ικανοποίησή τους. Εάν τα τρία προβλήματα που αναφέρθηκαν συνυπάρχουν στην ίδια κοινότητα τότε θα ιεραρχηθούν ως εξής: Η ανάγκη για εξασφάλιση διατροφής στην κοινότητα προηγείται, ακολουθεί η ανάγκη για ασφάλεια των κατοίκων και τελικά το πρόβλημα της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων. Ανάλογα με την έκταση του προβλήματος και της πηγές που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους, το νοσηλευτικό πρόγραμμα θα σκοπεύει σε πρωτογενή, δευτερογενή ή τριτογενή προληπτική παρέμβαση. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επομένως μπορεί να περιλαμβάνουν: εκπαίδευση, καθοδήγηση, νοσηλεία, παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες, υποστήριξη ηθική, ή ακόμη συνδυασμό όλων αυτών. Στο παράδειγμα που αναφέρεται στην διατροφή των κατοίκων: **Η πρωτογενής προληπτική παρεμβατική** ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης των κατοίκων σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού. **Η δευτερογενής πρόληψη** αναφέρεται στη φροντίδα των ατόμων της κοινότητας που παρουσιάζουν ήδη διατροφικά προβλήματα. **Η τριτογενής πρόληψη** σκοπεύει στην ενεργοποίηση της κοινότητας για την αποκατάσταση των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής. Τα χαρακτηριστικά των αντικειμενικών σκοπών που περιμένουμε να επιτευχθούν με την εφαρμογή συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι:

- Να είναι ρεαλιστικοί. Οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να συμβαδίζουν με τη συγκεκριμένη πραγματικότητα, να μπορούν να πραγματοποιηθούν σύμφωνα με τις συνθήκες που υπάρχουν και τα μέσα που διατίθενται.
- Να είναι σαφής και συγκεκριμένοι. Οι σκοποί και τα αναμενόμενα αποτελέσματα για κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα διατυπώνονται γραπτά με σαφήνεια ώστε να μην αφήνουν περιθώρια παρερμηνείας ή αβεβαιότητας.
- Να μπορούν να μετρηθούν. Διατυπώνονται έτσι ώστε να δίνονται συγκεκριμένες παράμετροι για τον έλεγχό τους. Να περιγράφουν μια συγκεκριμένη κατάσταση, στην οποία αναμένεται να οδηγηθούμε.
- Να εκφράζουν συμπεριφορά, για να μπορούν να ελεγχθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.
- Να μπορούν να επιτευχθούν στο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα το οποίο διατυπώνεται επίσης γραπτά.

4.4.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ - ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

Η επιτυχημένη υλοποίηση ενός κοινοτικού προγράμματος εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την επιδέξια και συστηματική αξιολόγηση που προηγήθηκε. Η ανάλυση των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένες άμεσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις αλλά και σε προγραμματισμό εκπαιδευτικών ή και ερευνητικών δραστηριοτήτων. Η ανάγκη για αλλαγές στην κοινότητα επισημαίνονται συχνά μετά την ανάλυση των πληροφοριών και την διαπίστωση των προβλημάτων και αναγκών. Όταν λοιπόν πρόκειται να αρχίσει κάποιο καινούριο πρόγραμμα στην κοινότητα, να επέλθει δηλαδή κάποια κοινοτική αλλαγή, ο νοσηλευτής χρειάζεται να προσέξει τα ακόλουθα σημεία:

- Εξασφάλιση υποστήριξης ισχυρών ηγετικών στελεχών της κοινότητας.
- Ανακάλυψη οικονομικών πόρων και πηγών.
- Εξασφάλιση συνεργασίας ιδιωτικών και δημόσιων φορέων και οργανισμών.
- Εξασφάλιση υποστήριξης από ομάδες και οργανισμούς που ασχολούνται με περιβαλλοντικά και πολιτιστικά θέματα.
- Ενθάρρυνση συμμετοχής στον προγραμματισμό, από τα άτομα που θα συμμετέχουν στην υλοποίηση του προγράμματος.
- Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς επιστήμονες που μπορούν να βοηθήσουν.
- Διατήρηση του κέντρου βάρους στην υγεία, και όχι στο ίδιο το πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος επιβάλλεται να υπάρχει συνεχείς επικοινωνία και ενημέρωση με τα μέλη της κοινότητας και τους εκπροσώπους των διαφόρων οργανισμών, και επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων, ιδιαίτερα των περισσότερο σχετιζόμενων με την υγεία. Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και των μελών της υγειονομικής ομάδας είναι ο αποφασιστικότερος παράγοντας για την εξασφάλιση της επιτυχίας του προγράμματος.

4.4.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η κριτική μελέτη γίνεται συνέχεια σε όλη τη διάρκεια της διεργασίας και σε κάθε στάδιο, αλλά και η τελική εκτίμηση του αποτελέσματος είναι απαραίτητη, προκειμένου το πρόγραμμα να συνεχιστεί, να αναμορφωθεί ή ακόμη, εάν χρειαστεί, να ανασκευαστεί, εφόσον δεν επιτυγχάνει το σκοπό του και δεν οδηγεί στη λύση του προβλήματος. Ερωτήσεις αξιολόγησης που πρέπει να κατατεθούν προκειμένου να κριθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είναι:

- Έχουν επιτευχθεί οι αντικειμενικοί σκοποί που ετέθησαν;
- Ήταν οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ακριβείς, τεκμηριωμένες και ολοκληρωμένες;
- Τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βασίστηκαν σε εξακριβωμένα και αξιόπιστα δεδομένα;
- Υπήρχε ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση των παρεμβάσεων;

- Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος;

- Είναι τα κριτήρια αξιολόγησης καθαρά και επαρκή; Το κοινοτικό πρόγραμμα ακόμη αξιολογείται κατά πόσον είναι επίκαιρο και σχετικό με τα προβλήματα της κοινότητας, εάν έχει υπερβολικό κόστος σε σχέση με την αναγκαιότητά του και κατά πόσο έχει μακροπρόθεσμη θετική συνεισφορά στην υγεία των κατοίκων. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να συγκεντρωθούν από επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (μείωση νοσηρότητας, αύξηση γεννητικότητας, κλπ.) από παρατηρήσεις ή μικρές ερευνητικές μελέτες, καθώς και συνεντεύξεις με ομάδες κατοίκων ή άλλους επιστήμονες που εργάζονται στην κοινότητα.

4.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο προγραμματισμός έχει τρία στάδια ή φάσεις. Τα στάδια αυτά είναι:

- Η Ιεράρχηση αναγκών/ προβλημάτων.
- Η Καταγραφή αντικειμενικών σκοπών.
- Ο Καθορισμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

4.5.1 Ιεράρχηση Αναγκών - Κλίμακα Maslow

Επειδή ο προγραμματισμός της φροντίδας αρχίζει με τη διαπίστωση και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, θεωρείται απαραίτητη η σύντομη αναφορά στην κλίμακα αναγκών του Maslow, η οποία πολύ συχνά, χρησιμοποιείται όσο και για την διαδικασία της αξιολόγησης και ιδιαίτερα της Ιεράρχησης των αναγκών υγείας. Προκειμένου να προγραμματίσουμε την φροντίδα διερωτώμαστε: Πώς μπορούμε να αποφασίσουμε ποιες ανάγκες είναι πιο επείγουσες; Με ποια κριτήρια και ποια σειρά θα ακολουθήσουμε για να ιεραρχήσουμε τις ανάγκες ή τα προβλήματα του ατόμου; Σημαντική βοήθεια σ' αυτό μας δίνει η κλίμακα Maslow.

Ο Maslow περιέγραψε τις ανθρώπινες ανάγκες κατά σειρά προτεραιότητας πολύ παραστατικά σε μια κλίμακα με βάση τις φυσιολογικές, οργανικές ή βασικές ανάγκες, και κορυφή της κλίμακας την ανάγκη του ατόμου για προσωπική ικανοποίηση και επιτυχία.

Η Κλίμακα Αναγκών Maslow

5.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ-ΕΠΙΤΥΧΙΑ

4.ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΑ

3.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

2.ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1.ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ Ή ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Στις *Βιολογικές ή Βασικές Ανάγκες* περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από τις ανάγκες αυτές είναι: Η αναπνοή, η κυκλοφορία, η οξεοβασική ισορροπία, ύπνος, το νερό, η καθαριότητα και γενικά ό,τι είναι απαραίτητο για τη διατήρηση του ατόμου στη ζωή.

Εάν οι ανάγκες αυτές δεν ικανοποιηθούν, το άτομο ελάχιστα ενδιαφέρεται για άλλες ανάγκες που βρίσκονται πιο ψηλά στην κλίμακα. Χρειάζεται να τονισθεί όμως ότι και μεταξύ των βασικών ή φυσιολογικών αναγκών πάντοτε κάποια προέχει και ζητεί άμεση προτεραιότητα στην ικανοποίηση της από την άλλη.

Ο άνθρωπος που αισθάνεται τον οξύ προκάρδιο πόνο του εμφράγματος δεν έχει διάθεση για φαγητό και όταν ακόμη το έχει στερηθεί για μέρες. Τούτο συμβαίνει παρά το γεγονός ότι και οι δύο ανάγκες, τόσο η ανάγκη απαλλαγής από τον πόνο όσο και η ανάγκη για

φαγητό, είναι βασικές. Μόλις ικανοποιηθεί η ανάγκη που προέχει και αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του πόνου τότε παρουσιάζεται η επόμενη ανάγκη που μπορεί να είναι το φαγητό ή ο ύπνος ή και οποιαδήποτε άλλη ανάγκη ή πρόβλημα.

Ασφάλεια : Η ανάγκη για ασφάλεια παρουσιάζεται μετά από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Ο άνθρωπος θέλει να αισθάνεται ασφαλής από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Το υγιές άτομο αισθάνεται την ανάγκη αυτή στο χώρο της καθημερινής του ζωής και δραστηριότητας. Όταν βρίσκεται σε ξένο και αφιλόξενο ή εχθρικό περιβάλλον, εργάζεται σε προσωρινή ή αβέβαιη εργασία, μένει μόνο του σε απομονωμένο σπίτι, ή διασχίζει ένα επικίνδυνο δρόμο, συχνά αισθάνεται ανασφάλεια.

Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως ο άρρωστος θα αισθανθεί ασφαλής ή όχι στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ανάλογα με τη βοήθεια που δέχθηκε στην ώρα της κρίσης. Σε κάθε περίπτωση, το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου διαταράσσεται από την ίδια την αρρώστια και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Φόβοι και φυσικούς κινδύνους όπως ο πόνος, ο θάνατος αλλά και από ψυχολογικούς κινδύνους όπως η απομόνωση και η εξάρτηση, τον κάνουν να αισθάνεται αβεβαιότητα.

Η αξιολόγηση ακριβώς σ' αυτό έρχεται να βοηθήσει. Να διαπιστώσει ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι φόβοι και ανησυχίες του ατόμου του οποίου αξιολογεί τις ανάγκες υγείας και ποιες ενδεχομένως είναι οι εμπειρίες που μπορούν να δημιουργήσουν ή να επιτείνουν το αίσθημα ανασφάλειας. Η βασική προϋπόθεση για να αισθανθεί ασφάλεια το άτομο είναι η δυνατότητα ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, για αυτό και προηγούνται στην κλίμακα. Δεν μπορεί να αισθανθεί ασφάλεια ο άρρωστος που έχει δύσπνοια, πόνο, αίσθημα επικείμενου θανάτου ή όποιο άλλο πρόβλημα επιβουλεύεται τη ζωή και την ασφάλειά του.

Κοινωνικότητα : Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικός. Επιθυμεί και επιδιώκει την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους εφόσον έχουν ικανοποιηθεί τουλάχιστον οι βασικές του ανάγκες και αισθάνεται ασφάλεια με τους ανθρώπους και το περιβάλλον. Αισθάνεται την ανάγκη να αγαπά και να τον αγαπούν και επιθυμεί να αποτελεί μέλος μιας ομάδος ξεκινώντας από την οικογένεια, τους φίλους, τις διάφορες ομάδες κ.λπ. Ακόμη αισθάνεται την ανάγκη για στοργή και αναγνώρισή του από τους άλλους.

Δεν είναι βέβαια δυνατόν να είναι κοινωνικός ο άνθρωπος που αισθάνεται ανασφάλεια για αυτό και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής πρέπει να προηγηθεί.

Προσωπική Αξία- Αναγνώριση: Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος, επαρκής. Να τον αναγνωρίζουν οι άλλοι και να σέβονται την προσωπικότητα και την ατομικότητά του. Θέλει να έχει μια προσωπική αξία και αναγνώριση. Να γίνεται η γνώμη του σεβαστή από τους άλλους και να έχει κάποιο βαθμό επιβολής.

Η προσωπική αξία και αναγνώριση του ατόμου προϋποθέτει ενημέρωση στα θέματα που τον αφορούν και τον ενδιαφέρουν, αναγνώριση των ιδιαίτερων προσωπικών του χαρακτηριστικών και σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του, κάτι που έχει υποβαθμιστεί στο χώρο της υγείας που με την εισαγωγή της ανεπτυγμένης τεχνολογίας ο άνθρωπος έχει παραμεριστεί σαν προσωπικότητα.

Επιτυχία-Ικανοποίηση: Εάν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν σε κάποιο βαθμό, τότε το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση ότι έχει αναπτύξει τις δυνατότητές του και έχει επιτύχει τους σκοπούς του.

Οι ανάγκες που παρουσιάστηκαν από τον Maslow είναι κοινές σε όλα τα άτομα, άρρωστα και υγιή. Από όλες αυτές τις γενικές και κοινές ανάγκες πηγάζουν ειδικές, ατομικές ανάγκες, διαφορετικές σε κάθε άτομο, τις οποίες πρέπει να διαπιστώσει ο νοσηλευτής με τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει, για να μπορέσει να προγραμματίσει την ικανοποίησή τους. Αυτό αποτελεί και το βασικό σκοπό του. Ιδιαίτερη σημασία έχει κατά πόσον και σε ποιο βαθμό το άτομο είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, ή χρειάζεται γι' αυτό βοήθεια και υποστήριξη για την εξασφάλιση των οποίων πρέπει να φροντίσει ο νοσηλευτής.

Στην πρώτη φάση του προγραμματισμού ο νοσηλευτής καταγράφει με σειρά προτεραιότητας τις ανάγκες /προβλήματα του ατόμου, ιεραρχεί τις ανάγκες.

Προκειμένου να γράψει τις ανάγκες / προβλήματα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

1. Η ανάγκη / πρόβλημα πρέπει να γράφεται όπως αφορά το άτομο και να αναφέρεται άμεσα σ' αυτό.
2. Να είναι συγκεκριμένη και να εκφράζεται καθαρά, περιγράφοντας την κατάσταση του ατόμου.
3. Να αποφεύγονται οι γενικότητες.
4. Η διάγνωση δεν γράφεται σαν πρόβλημα / ανάγκη.
5. Η νοσηλευτική δραστηριότητα δεν γράφεται σαν πρόβλημα.
6. Όπου είναι δυνατόν, γράφεται το πρόβλημα και η αιτιολόγησή του.

4.5.2 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΣΚΟΠΩΝ

Αφού καταρτιστεί ο κατάλογος των αναγκών / προβλημάτων κατά σειρά προτεραιότητας, ακολουθεί το δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού, που είναι καθορισμός αντικειμενικών σκοπών. Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα / ανάγκη. Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και χρησιμεύουν σαν οδηγοί για να κατευθύνουν τον προγραμματισμό και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη χορήγηση της φροντίδας. Είναι κάτι ανάλογο με τους σηματοδότες στον δρόμο που μας οδηγούν σε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Πώς θα ξέρουμε εάν φθάσαμε κάπου εάν δεν γνωρίζουμε προηγουμένως που πηγαίνουμε; Οι αντικειμενικοί σκοποί μας δίνουν τη βάση για να διαπιστώσουμε την πρόοδο του αρρώστου. Αποτελούν τα κριτήρια για να ελέγξουμε τα αποτελέσματα της φροντίδας που δώσαμε.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΣΚΟΠΩΝ

Προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά οι αντικειμενικοί σκοποί (Α.Σ.) πρέπει να έχουν τα πιο κάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. Να έχουν κέντρο τον άρρωστο / άτομο και τα προβλήματά του.
2. Να είναι συγκεκριμένοι.
3. Να μπορούν να μετρηθούν.
4. Να είναι ρεαλιστικοί, πραγματοποιήσιμοι, προσγειωμένοι.
5. Να καθορίζονται χρονικά.
6. Να είναι γραπτοί.

1. Ένας αντικειμενικός σκοπός **έχει κέντρο το άτομο / άρρωστο** όταν γράφεται όπως αφορά το άτομο και όχι το νοσηλευτή. Υπάρχει μια τάση να διατυπώνονται οι Α.Σ. περιγράφοντας μια νοσηλευτική ενέργεια αντί για το αποτέλεσμα που περιμένουμε για τον άρρωστο. Εάν πούμε "Να διδάξουμε το άτομο να τρώει μόνος του" η έμφαση είναι στη νοσηλευτική ενέργεια « να διδάξουμε » αλλά το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι διαφορετικό. Η σωστή διατύπωση του πιο πάνω Α.Σ. είναι « Το άτομο να μπορεί να τρώει μόνο του σε χρονικό διάστημα ενός μηνός ». Ο Α.Σ. έχει κέντρο το άτομο και περιγράφει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στη διατύπωση του Α.Σ. θα βοηθηθεί ο νοσηλευτής εάν αρχίζει με φράσεις όπως: Ο άρρωστος θα... ή το άτομο να είναι ικανό να...

2. **Να είναι συγκεκριμένος:** Στην διατύπωση του Α.Σ. να χρησιμοποιούνται καθαρές και συγκεκριμένες λέξεις με ξεκαθαρισμένη έννοια. Παράδειγμα σκοπών που δεν είναι σαφείς:

- Να συνέλθει από το εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Να συνέλθει από το υπογλυκαιμικό κώμα.

Τέτοιοι σκοποί είναι πολύ ευρύς για να δώσουν συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να μπορούν να μετρηθούν και ελεγχθούν τα αποτελέσματά τους. Αντίθετα, ο πιο κάτω Α.Σ. είναι συγκεκριμένος και σαφής:

- Να μπορεί να ανοιγοκλείνει τα δάκτυλα του ημιπληγικού άνω άκρου, ελεύθερα, σε 72 ώρες.

3.Να μπορεί να μετρηθεί: Να διατυπώνεται έτσι ώστε να μπορούμε να μετρήσουμε. Να διαπιστώσουμε εάν έχει επιτευχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχία του χαρακτηριστικού αυτού είναι η παρατήρηση και περιγραφή συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου και η περιγραφή της αλλαγής που περιμένουμε σε σχέση με τη συμπεριφορά αυτή. Προς το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται ρήματα που δείχνουν πράξη και να περιγράφεται το αποτέλεσμα που περιμένουμε. Τι θα δούμε να κάνει ο άρρωστος. Σε άρρωστη με μαστεκτομή στην οποία περιμένουμε τη σταδιακή άσκηση και χρησιμοποίηση του αντίστοιχου άνω άκρου περιγράφει ακριβώς τι περιμένουμε: Η άρρωστη να μπορεί να χενίζεται μόνη της μετά από δύο 24ωρα. Είναι συγκεκριμένη συμπεριφορά την οποία μπορούμε να μετρήσουμε.

4.Να είναι πραγματοποιήσιμος, ρεαλιστικός: Για να είναι ο Α.Σ. πραγματοποιήσιμος, πρέπει να βασιστεί στις ικανότητες του ατόμου, οι οποίες προέκυψαν από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στην αξιολόγηση, τόσο στην αρχική όσο και τη συνεχή και καθημερινή και ιδιαίτερα σε σχέση με την συγκεκριμένη ημέρα που καταρτίζεται το πρόγραμμα της φροντίδας του. Χρειάζεται να υπολογίσουμε τις δυνατότητες και αδυναμίες του ατόμου, τις γνώσεις, την αντίληψη, τη θέληση, το θάρρος, τη δεξιοτεχνία, το χαρακτήρα καθώς και τη βοήθεια και συμπαράσταση που έχει από το περιβάλλον του. Όσο περισσότερο συμμετέχει το άτομο και η οικογένεια, τόσο πιο ρεαλιστικοί θα είναι και οι Α.Σ. Προκειμένου να κρίνουμε κατά πόσον και πότε θα μπορέσει το άτομο να κάνει μόνο του την Ινσουλίνη, όλοι οι πιο πάνω παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν. Διαφορετική προετοιμασία θα χρειαστεί το άτομο που δεν βλέπει ή παρουσιάζει αστάθεια στις κινήσεις ή ακόμη έχει κάποιο υπερβολικό φόβο. Χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ιδιαίτερη προετοιμασία. Άρα για να είναι ο Α.Σ. ρεαλιστικός και πραγματοποιήσιμος, πρέπει να αντιμετωπιστούν πρώτα οι καταστάσεις αυτές. Εάν λοιπόν τοποθετηθεί ο Α.Σ. στις πιο πάνω περιπτώσεις όπως σε κάθε άλλη, δεν θα είναι πραγματοποιήσιμος. Εάν γράφω: « Ο άρρωστος να είναι σε θέση να κάνει μόνος του την Ινσουλίνη σε δύο ημέρες » ο Α.Σ. θα βρίσκεται εκτός πραγματικότητας και δεν θα μπορεί να επιτευχθεί.

5.Να καθορίζεται χρονικά: Να γράφεται σε πόσο χρονικό διάστημα περιμένουμε να επιτευχθεί ο σκοπός που τέθηκε. Αυτό μας βοηθάει να ελέγχουμε την πρόοδο του αρρώστου, πάντοτε με κάποια ευελιξία και όχι απόλυτα. Αυτό θα εξαρτηθεί και από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, αλλά και από απρόβλεπτους παράγοντες που μπορεί να μεσολαβήσουν, όπως μια επιδείνωση της γενικής κατάστασης, μια επιπλοκή κλπ.

6.Να είναι γραπτός: Είναι απαραίτητο να είναι γραπτός ο Α.Σ. διότι: 1. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους όσους ασχολούνται με τον άρρωστο, 2. Φαίνεται η επιστημονική νοσηλευτική εργασία, 3. Εξασφαλίζεται η συνέχιση της φροντίδας με περισσότερη ασφάλεια, αφού η μνήμη δεν έχει απόλυτη ακρίβεια. Οι αντικειμενικοί σκοποί δεν παρουσιάζουν πάντοτε βελτίωση στην κατάσταση του αρρώστου. Στους αρρώστους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής έχουν διαφορετικό περιεχόμενο αφού δεν σκοπεύουν απαραίτητα στην βελτίωση της υγείας αλλά στην εξασφάλιση όσο το δυνατό πιο ανώδυνου τέλους.

Παραδείγματα:

- Ο άρρωστος να έχει την ευκαιρία να μιλήσει για το θάνατο
- Να περιοριστεί ο πόνος του αρρώστου.

Λέξεις ή ρήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο αποδοτικά στη διατύπωση των Α.Σ. είναι:

- Να επαναλάβει (τις ασκήσεις που διδάχθηκε).
- Να γράψει (τα φαγητά που πρέπει να αποφεύγει).
- Να απαριθμήσει.
- Να διαπιστώσει.

Ρήματα που πρέπει να αποφεύγονται διότι είναι ασαφή:

- Να μάθει.
- Να καταλάβει.
- Να πιστέψει.
- Να αντιληφθεί.

Όλα αυτά είναι αόριστα και δεν μπορούν να μετρηθούν ή να ελεγχθούν.

4.5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το τρίτο μέρος του προγραμματισμού καθορίζει τη συγκεκριμένη νοσηλευτική φροντίδα και τις παρεμβάσεις της νοσηλευτικής προκειμένου να επιτευχθεί ο Α.Σ. Περιλαμβάνουν ενέργειες, σκέψεις και δραστηριότητες που σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα/ανάγκη και ιδιαίτερα με το Α.Σ.

Προκειμένου όμως οι παρεμβάσεις αυτές να είναι αποτελεσματικές πρέπει να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά και να πληρούν συγκεκριμένης κανόνες. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών, οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις πρέπει:

1. Να στηρίζονται οι επιστημονικές γνώσεις.
2. Να εύν αι εξατομικευμένες.
3. Να εξασφαλίζουν την ασφάλεια του αρρώστου και να δημιουργούν θεραπευτικό περιβάλλον.
4. Να δίνουν ευκαιρία για διδασκαλία και μάθηση.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες όλβων των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας.

1. Να βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν γνώσεις από την ανθρωπινή βιολογία, νοσολογία, κυτοφυσιολογία καθώς και γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας. Στην ουσία αποτελούν απόρροια και συνδυασμό όλων αυτών των γνώσεων.

Στον άρρωστο που βρίσκεται σε θεραπευτική αγωγή με δακτυλίτιδα, το αποτέλεσμα που περιμένει ο νοσηλευτής είναι η μείωση του αριθμού των σφίξεων, αφού αποκαλεί τόνωση του καρδιακού ρυθμού και ένταση των καρδιακών συστολών. Αυτό γνωρίζει ο νοσηλευτής ότι θα το ελέγξει με την μέτρηση των σφίξεων, ενέργεια την οποία προγραμματίζει και καταγράφει βασιζόμενος στις επιστημονικές του γνώσεις. Γνωρίζει ακόμα ότι χρειάζεται να παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα τοξικότητας από την αθροιστική ενέργεια του φαρμάκου. Προγραμματίζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις.

2. Να είναι εξατομικευμένες

Οι παρεμβάσεις να εξατομικεύονται και να είναι ανάλογες με το βαθμό και την ένταση της ανάγκης στο συγκεκριμένο άτομο για το οποίο προγραμματίζεται η φροντίδα. Ο σκοπός των παρεμβάσεων είναι να ανακουφίσουν το άτομο από την ανάγκη και να λύσουν το πρόβλημα όπως παρουσιάζεται στο κάθε άτομο ξεχωριστά. Για την αντιμετώπιση της ίδιας ανάγκης μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά άτομα.

3. Να εξασφαλίζουν θεραπευτικό περιβάλλον

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σκοπεύουν στην προστασία του αρρώστου από φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που μπορούν να τον βλάψουν εξασφάλιση βοήθειας για ασφαλή μετακίνηση του αρρώστου, η φροντίδα για την προσαρμογή των συνθηκών του σπιτιού του με σκοπό την αντιμετώπιση της αναπηρίας του, η τοποθέτηση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων γύρω από το κρεβάτι του, είναι ενέργειες που αποσκοπούν στην ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου. Η προεγχειριστική διδασκαλία, αλλά και κάθε διδασκαλία και ενημέρωση, είναι ενεργεία που καλύπτει σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες και δημιουργεί θεραπευτικό περιβάλλον. Μόνο η παρουσία του καταρτισμένου και πρόθυμου να βοηθήσει νοσηλευτή κοντά στο άτομο είναι πολλές φορές θεραπευτική.

4. Να δίδουν ευκαιρίες για διδασκαλία και μάθηση

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να διερωτάται: Τι χρειάζεται να μάθει αυτό το άτομο είναι ελάχιστα εάν υπάρχουν τα άτομα που δεν χέουν καθόλου ανάγκη για διδασκαλία και ενημέρωση. Οι συγκεκριμένες ανάγκες για μάθηση που διαπιστώθηκαν για κάθε άτομο, πρέπει να σημειώνονται στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας και να καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ικανοποίησή τους.

5. Να συμβαδίζουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να συντονίζονται με τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της Υπηρεσίας Ομάδος

Ο συντονισμός είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή. Η νοσηλευτική είναι η μοναδική επίτιμη που μπορεί να αναλάβει αυτό το συντονιστικό ρόλο, αφού είναι και η μοναδική που φιλοξενεί να φροντίσει το άτομο σαν ενιαίο ψυχοκοινωνικό σύνολο.

Για να συντονίσει ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να γνωρίζει ποιες υπηρεσίες προσφέρονται καθώς και τα μέσα και τους τρόπους που πρέπει να χρησιμοποιήσει προκειμένου να τις εξασφαλίσει ανταλλαγή γνώσεων, απόψεων, προγραμμάτων και παρατηρήσεων μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των άλλων μελών της υγειονομικής της υγειονομικής ομάδος είναι απαραίτητη. Οι σκοποί που δημιουργούνται με την προσπάθεια και την συνεργασία όλων είναι εξατομικευμένοι και έχουν κέντρο τον άνθρωπο, οπότε και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται είναι αποτελεσματικές ολοκληρωμένες και ασφαλές.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι:

- καθαρά νοσηλευτικές και να γίνονται με πρωτοβουλία του υπευθύνου για τη φροντίδα του ατόμου νοσηλευτή.
- να έχουν σκοπό την διεκπεραίωση ιατρικής θεραπευτικής αγωγής .
- να αναφέρονται σε σχέσεις συνεργασίας και συντονισμού με άλλες υπηρεσίες.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως και όλη η νοσηλευτική διεργασία αναφέρονται γραπτά στο Πρόγραμμα φροντίδας του ατόμου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή και έχουν μορφή «νοσηλευτικών οδηγιών» τις οποίες οφείλουν να ακολουθούσουν και να διεκπεραιώσουν όλοι οι νοσηλευτές που θα ασχολούνται με το συγκεκριμένο άτομο κατά τη διάρκεια του 24ωρου (απογευματινοί, νυκτερινή).

Οι νοσηλευτικές οδηγίες κατά τον Canong πρέπει:

1. Να είναι κατανοητές, καθαρές, συγκεκριμένες.
2. Να διεκπεραιώνονται συστηματικά με ευσυνειδησία.
3. Να διεκπεραιώνονται ακριβώς όπως είναι γραμμένες, εκτός εάν η κατάσταση του αρρώστου αλλάξει.
4. Να είναι σεβαστές από όλους τους νοσηλευτές, όπως ακριβώς και οι ιατρικές οδηγίες.
5. Ο νοσηλευτής που γραφεί τις οδηγίες να είναι υπεύθυνος και ικανός να προγραμματίσει τη φροντίδα του ατόμου και να καθορίσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αυτό δεν μπορεί να αμφισβητήσει από τους άλλους νοσηλευτές.

Θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τον υπεύθυνο νοσηλευτή να είναι νοσηλευτής πρώτου επιπέδου, απόφοιτος δηλαδή Νοσηλευτικής Σχολής Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Σε καμία περίπτωση απόφοιτος Μέσης Νοσηλευτικής σχολής δεν μπορεί να σχεδιάζει τη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί όμως να βοηθήσει στην διεκπεραίωση της υπό την επίβλεψη του πτυχιούχου.

4.5.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το οποίο της εφαρμογής είναι ακριβώς η υλοποίηση όσων προγραμματιστήκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διαπιστώθηκαν. Η εφαρμογή των νοσηλευτικών οδηγιών όπως διατυπώνονται στο Πρόγραμμα φροντίδας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αναφέρονται:

1. Σε παρατηρήσεις (π.χ. λήψη ζωτικών σημείων).
2. Σε πράξεις ενέργειες (αλλαγή τραυμάτων, καθαριότητα, αλλαγή θέσης του αρρώστου).
3. Σε διδασκαλία-ενημέρωση.

4.5.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η εκτίμηση αποτελέσματος αποτελεί το τέταρτο και τελικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της Νοσηλευτικής Φροντίδας που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς.

Εκτίμηση είναι ο έλεγχος της αξίας ή σπουδαιότητας που έχει κάτι, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη λήψη αποφάσεων.

Κριτήριο είναι συγκεκριμένη αντίδραση, συμπεριφορά, κατάσταση η οποία μπει να μετρηθεί με σκοπό την εκτίμηση του αποτελέσματος. Τα κριτήρια πρέπει να είναι συγκεκριμένα, να τοποθετούνται εκ των πρότερων και να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά.

Συνήθως η κριτική έχει αρνητική έννοια. Από πολλούς θεωρείται συνώνυμη με την επίκριση και μέσο για να διαπιστωθούν αδυναμίες και ελλείψεις. Ο πραγματικός όμως σκοπός της κριτικής δεν είναι αυτός. Η Stufflebeam λέει: Ο σκοπός της κριτικής δεν είναι να αποδείξει ελλείψεις αλλά να βελτιώσει καταστάσεις. Δεν έχει σκοπό να επικρίνει αυτό που υπάρχει, αλλά να συγκεντρώσει αντικειμενικές πληροφορίες που θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να εξηγήσει την κατάσταση και να πάρει καλύτερες αποφάσεις, σχετικά με το τι θα διατηρήσει και τι θα αλλάξει σε σχέση με την Νοσηλευτική φροντίδα που προγραμματίσει

και προσέφερε. Με την κριτική επομένως, ελέγχει μετρά την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κάτι που έχει σχέση με την αλλαγή. Διότι οι νοσηλευτές πάντοτε σκοπεύουν στο να επιφέρουν κάποια αλλαγή στην κατάσταση του αρρώστου. Η μέτρηση της αλλαγής αυτή αποτελεί την εκτίμηση του αποτελέσματος. Συχνά η μέτρηση αυτή είναι πολύ εύκολη, άλλες φορές πολύ δύσκολη. Ένα απλό παράδειγμα μέσου που χρησιμοποιείται για μέτρηση είναι το θερμόμετρο. Η άρρωση παρουσιάζει υψηλό πυρετό. Προγραμματίζω νοσηλευτικές παρεμβάσεις για να τον αντιμετωπίσω και προκειμένου να κρίνω την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε σχέση με τον αντικειμενικό σκοπό, χρησιμοποιώ το θερμόμετρο. Ανάλογα με το αποτέλεσμα θα κρίνω κατά πόσον οι παρεμβάσεις ήταν επαρκείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του πυρετού. Το βάρος στην κριτική είναι στα αποτελέσματα της φροντίδας που δόθηκε. Ο νοσηλευτής διερωτάται: Τι αποτέλεσμα είχαν οι παρεμβάσεις μου στον άρρωστο; Άλλαξαν την κατάστασή του; Πέτυχα τον σκοπό μου; Εάν ναι, σε ποιο βαθμό; Ήταν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές; Ήταν οι αντικειμενικοί σκοποί σωστά τοποθετημένοι; Ήταν η αξιολόγηση πλήρης και σωστή; Με την εκτίμηση του αποτελέσματος επιστρέφω και πάλι στα προηγούμενα στάδια είτε για να συνεχίσω τη φροντίδα,

εάν είναι αποτελεσματική, είτε να την τροποποιήσω. Αναζητώντας να βρω που υπάρχει η έλλειψη, οδηγούμε και πάλι στην αξιολόγηση.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχεια επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με την Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις:

- Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
- Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία Σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας. Ο Κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον κατατεμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.
- Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η Αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές. Καμιά αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσοι ενδιαφερόμενοι δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με την γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση. Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταδίωξη του νοσηλευτικού έργου και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας. (K.Backman & M. Hentimen., 1999).

4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα της αναγνώρισης περιστατικών παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση. Η δυνατότητα αυτή προέρχεται από τα χαρακτηριστικά που εμφανίζει το κάθε κακοποιημένο παιδί. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να τονιστεί ότι (Πρεκατέ, 2005):

- Οι συνέπειες της κακοποίησης του παιδιού είναι πολλαπλές και πολύμορφες.
- Σε χρόνια κακοποίηση το παιδί παρουσιάζει τραυματισμούς διαφορετικού χρονικού διαστήματος.
- Ιστορικό με ασάφειες που δεν ταιριάζει σε καμία περίπτωση με την κλινική εικόνα. Πολλές φορές δεν μπορούν να δοθούν ακριβής λεπτομέρειες για τις συνθήκες τραυματισμού.
- Ο τρόπος που συμπεριφέρονται οι γονείς στο παιδί μαρτυρούν κακοποίηση ή εγκατάλειψη.
- Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο διότι ηρεμεί.
- Το βλέμμα και η έκφραση του παιδιού είναι χαρακτηριστικό.

4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία έχει ως σκοπό την επίλυση προβλημάτων υγείας. Κατά την επαφή του ο νοσηλευτής με το παιδί πρέπει να είναι και σε επικοινωνία

με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με την Dewitt (2013) ο νοσηλευτής μπορεί να συμμετάσχει ενεργά στην αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού. Αρχικά, είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Τα τραύματα του παιδιού θα χρειαστούν πιθανόν φαρμακευτική και ιατρική αγωγή. Επίσης, είναι σημαντικό να προσεγγίσει τους γονείς για να καθοριστούν τα επόμενα βήματα όταν η διάγνωση δεν έχει καταδείξει τους ίδιους ως υπεύθυνους. Το παιδί μπορεί να μιλήσει με τον νοσηλευτή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και για αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει πως δεν είναι το ίδιο το παιδί υπεύθυνο για την κακοποίηση την οποία έχει υποστεί. Επιπρόσθετα, τονίζει πως ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει το παιδί να μιλήσει για τους φόβους και τα προβλήματά του δίχως να φοβάται πως θα τιμωρηθεί για την ανοχή του και την στάση του απέναντι στο άτομο που το κακοποιεί.

Τέλος, οι Kneels et al.(2009) τονίζουν πως είναι εφικτό να δημιουργηθούν ομάδες υποστήριξης των παιδιών ή να παραπέμψουν τα θύματα σε αυτές. Επίσης, είναι σε θέση ν' δραστηριοποιηθούν και να ενημερώσουν τον κόσμο για τα στοιχεία της παιδικής κακοποίησης όπως και για τις ενδεδειγμένες κινήσεις όταν κάποιος αντιλαμβάνεται περιστατικά παιδικής κακοποίησης. (Κυριακίδου Θ.Ε., 1997).

4.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Κοινωνική νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα ατομιστής οικογενείας και το σύνολο της κοινότητας – όπως είναι το σπιτικό σχολείου χώρος εργασίας – με βάση τις ανάγκες της υγείας τούτος μέρος της ολικής κοινωνικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημοσίας υγείας κοινωνική νοσηλευτική ρόλος της κοινωνικής νοσηλευτικής ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές όσο και για το παιδί που έχει υποστεί κακοποίηση (Κυριακίδου,2000):

- Πρόληψη της κακοποίησης και περιορισμός της εξέλιξης της.
- Περιορισμός των επιπτώσεων της κακοποίησης των παιδιών.
- Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο η ανάπηρο άτομο.
- Ενημέρωση, διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για της προαγωγή της κοινωνικής υγείας.

Μερικές κοινότητες έχουν χρησιμοποιήσει τα ακόλουθα:

- Διδακτική υλη που διδάσκει στα παιδιά και στους νέους πώς να διαχειρίζονται το θυμιατό στρεπτόν απογοήτευση και την ικανότητα της επικοινωνίας και της παρέμβασης.
- Οικογενειακά προγράμματα που διδάσκουν στους γονείς τον τρόπο αποτελεσματικής διαχείρισης των παιδιών τους.
- Προσχολικά προγράμματα ανάπτυξης διανοητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

- Προγράμματα δημόσιας εκπαίδευσης που ενημερώνουν τις κοινότητες για τις διαφορετικές μορφές βίας και τους τρόπους βοήθειας και παρέμβασης.
- Προγράμματα επίσκεψης των νοσηλευτών στα σπίτια των οικογενειών που διατρέχουν κίνδυνο για παιδική κακοποίηση και αμέλεια.
- Άσκηση πίεσης για την δημιουργία νομοθεσίας σε σχέση με τη σωματική βία στο σχολείο και το συζυγικό βιασμό.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τόσο κοινωνικά προβλήματα όσο και προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητη η υλοποίηση δράσεων στα πλαίσια της εκάστοτε κοινότητας.

Όταν ακούμε τον όρο «κοινότητα», συνήθως το μυαλό μας πάει σε μια καθορισμένη γεωγραφική περιοχή. Ωστόσο η «κοινότητα», μπορεί να καθοριστεί και με βάση διαφορετικά κριτήρια. Για παράδειγμα, τα άτομα που μοιράζονται ένα κοινό ενδιαφέρον για τις τέχνες συγκροτούν την καλλιτεχνική κοινότητα, ή τα άτομα που μοιράζονται μια συλλογική ταυτότητα (π.χ., την ελληνική καταγωγή), αποτελούν την κοινότητα των Ελλήνων μεταναστών στην Αυστραλία. Επίσης, πολύ συχνά, ο όρος «κοινότητα» αναφέρεται όταν θέλουμε να περιγράψουμε ένα σύνολο πολιτών, τα οποία ενεργοποιούνται από κοινού, για να αναλάβουν δράση πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Απαραίτητες υπηρεσίες υλοποίησης του έργου είναι οι εξής (antibullyingnetwork.gr):

- Προγράμματα πρόληψης παιδικής κακοποίησης.
- Υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων.
- Ανώνυμοι γονείς.
- Καταφύγια για κακοποιημένες γυναίκες.
- Πρόγραμμα για παιδιά ή γυναίκες θύματα ξυλοδαρμού(Marsia Stanhope – Jeanette Lancaster Κοινωνική Νοσηλευτική).

4.9 Ωστόσο σχηματίζεται η εξής ερώτηση! Πώς μπορεί να γίνει αντιληπτή η ύπαρξη βίας στη κοινότητα και υπό ποιες προϋποθέσεις??

Αξιολόγηση ύπαρξης βίας σε επίπεδα κοινότητας.

Ατομικοί παράγοντες:

- Σημεία σωματικής κακοποίησης (μωλωπες,κακώσεις,εγκαυματα).
- Σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με συναισθηματική καταπόνηση.
- Αναπτυξιακές και συμπεριφορές δυσκολίες.
- Παρουσία σωματικής ανικανότητας.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Μειωμένες αποδόσεις στο οικογενειακό ή επαγγελματικό ρολό η στις σχολικές επιδόσεις.

- Προβλήματα ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη, χαμηλός αυτοσεβασμός, άγχος .
- Φόβος για το συγγενικά πρόσωπα.
- Κατάχρηση ουσιών.

Οικογενειακοί παράγοντες:

- Οικονομικά προβλήματα.
- Παρουσία κάποιας μορφής οικογενειακής βίας.
- Προβλήματα με την ανατροφή των παιδιών.
- Έλλειψη οικογενειακής συνοχής
- Επαναλαμβανόμενες οικογενειακές συγκρούσεις.
- Έλλειψη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης.
- Χαλαρή κοινωνική ενσωμάτωση στη κοινότητα.
- Πολλές αλλαγές κατοικίας.
- Πρόσβαση σε όπλα.
- Έλλειψη κατοικίας.

Χαρακτηριστικά της κοινότητας:

- Υψηλή εγκληματικότητα.
- Υψηλά ποσοστά ανεργίας.
- Έλλειψη κοινοτικών πηγών και υποστηρικτικών συστημάτων.
- Έλλειψη κοινοτικής συνοχής .

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ:

- Ανάπτυξη πολιτικής.
- Προσδιορισμός των πηγών βοήθειας της κοινότητας.
- Συνεργασία με την κοινότητα για την ανάπτυξη συστηματικών απαντήσεων στη βία.
- Ανάπτυξη εκστρατειών μέσω των ΜΜΕ.
- Ανάπτυξη των πηγών βοήθειας όπως για μετάβαση σε καταφύγιο.

4.10 ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΒΙΑ

· *Πρωτογενής πρόληψη*

Ενδυνάμωση του ατόμου και της οικογένειας μέσω της διδασκαλίας δεξιοτήτων και γονέων.

· *Δευτερογενής πρόληψη*

Μείωση ή τραυματισμός της κακοποίησης με έγκαιρη ανίχνευση, διδασκαλία των οικογενειών για τους τρόπους διαχείρισης του στρες και για την αναγκαιότητα της ψυχαγωγίας.

· *Τριτογενής πρόληψη*

Όταν τα σημεία της κακοποίησης είναι εμφανή, παραπομπή του πελάτη στους αρμόδιους φορείς της κοινότητας.

Η πρωτογενής πρόληψη ξεκινά με κοινοτική προσέγγιση, που ενσωματώνει στρατηγικές από την ποινική δικαιοσύνη, την εκπαίδευση, τις κοινωνικές υπηρεσίες, τη συνηγορία της κοινότητας και τη δημόσια υγεία, ώστε να προληφθεί η βία.

Οι νοσηλευτές στην εργασία τους στα σχολεία, στις ομάδες της κοινότητας σε ομάδες εργαζομένων, σε κέντρο ημέρας και σε άλλους φορείς της κοινότητας, μπορούν να ενισχύουν την ανάπτυξη υγιών προσώπων και να αναγνωρίζουν ενδείξεις πιθανής βίας.

Τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης είναι περισσότερο χρήσιμα όταν οι πιθανοί αυτουργοί αναγνωρίζουν την τάση τους να ασκούν βία και ζητούν βοήθεια. Για τα παιδιά συχνά υπάρχει η ανάγκη για υπηρεσίες 24ωρης προστασίας ή για φροντιστές που να μπορούν να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι να επιλυθεί η οικογενειακή ή ατομική κρίση.

Οι νοσηλευτές στην τριτογενή πρόληψη δρουν ως διαχειριστές της κρίσης και συντονιστές άλλων φορέων και δραστηριοτήτων. Οι αρχές προσφοράς βοήθειας σε τέτοιες οικογένειες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Μη ανοχή της βίας.
- Σεβασμός και φροντίδα προς όλα τα μέλη της οικογένειας.
- Ασφάλεια ως πρώτη προτεραιότητα.
- Απόλυτη ειλικρίνεια.
- Ενδυνάμωση (Marsia Stanhope – Jeanette Lancaster Κοινοτική Νοσηλευτική).

Μεθοδολογία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα με την οποία ασχοληθήκαμε, στα πλαίσια της πτυχιακής μας αυτής εργασίας, είχε θέμα «τις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του κακοποιημένου παιδιού και το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας». Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα και στη Πάτρα.

Οι φορείς, στους οποίους απευθυνθήκαμε, ήταν για την Αθήνα : Το Γ.Ο.Ν.Κ (Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς), το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία», το νοσοκομείο «Υγεία», «Μητέρα» , το «Χαμόγελο του παιδιού» και το «Ίδρυμα κακοποιημένων παιδιών Ελίζα»

Για τη Πάτρα: Το νοσοκομείο «Γ.Ν.Π Άγιος Ανδρέας», το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ» και το Γενικό Νοσοκομείο παιδιών Πατρών «Καραμανδάνειο»

Τέλος σε Δημοτικά σχολεία στην Αττική,συγκεκριμένα 3^ο Δημοτικό Αχαρνών 4^ο Δημοτικό Γέρακα και στη Πάτρα στα εξής:το 2^ο Δημοτικό καθώς και το 3^ο αλλά και το 19^ο Δημοτικό σχολείο. Τέλος το 2^ο ειδικό σχολείο Πατρών και το δημόσιο σχολείο εν ονόματι «Στρουμπίο».

Σκοπός

Το θέμα της συγκεκριμένης έρευνας, επιλέχθηκε με σκοπό την καταγραφή και την ανάλυση του φαινομένου, τη συλλογή στοιχείων όσον αφορά την ανάλυση του φαινομένου, την αιτιολογία του, τις επιπτώσεις του φαινομένου σε όλους του τομείς, το ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας καθώς επίσης και τη πιθανότητα συνεργασίας της με το κοινοτικό νοσηλευτή.

Στόχοι

Ως βασικοί στόχοι της έρευνας θα μπορούσαν να καταγραφούν οι εξής:

- ✓ Η διερεύνηση, ανάλογα με τη μορφή της κακοποίησης, της συχνότητας των κρουσμάτων, της συνύπαρξης των μορφών, της σοβαρότητας των περιστατικών, των διαδικασιών παρέμβασης, των δυσκολιών κατά την αντιμετώπιση, το προφίλ των δραστών, την επικινδυνότητα σε σχέση με το φύλο του παιδιού.
- ✓ Η αιτιολόγηση του φαινομένου και η προβλεπόμενη εξελικτική του πορεία.
- ✓ Η επάρκεια ή μη, θεσμών, φορέων, και υπηρεσιών. Η δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ τους και η αποτελεσματικότητά της.
- ✓ Η εξειδίκευση ή μη των επαγγελματιών και η στάση και επιθυμία τους στο συγκεκριμένο θέμα.
- ✓ Η αξιολόγηση του υπάρχοντος νομικού καθεστώτος και ο ρόλος του στην προσπάθεια αντιμετώπισης.
- ✓ Η συλλογή προτάσεων των επαγγελματιών, ως πολύτιμο αποτέλεσμα των εμπειριών τους, των προβληματισμών και των απόψεων τους.

Διαδικασία έρευνας

Η έρευνα διήρκησε 8 μήνες περίπου. Ο πληθυσμός μας ήταν 80 άτομα, παιδίατροι, παιδοψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, σχολικοί νοσηλευτές καθώς και εκπαιδευτικοί. Στην πρώτη φάση, ξεκινώντας με την έρευνα πεδίου, προσεγγίσαμε καταρχήν τις υπηρεσίες, άλλες τηλεφωνικά άλλες προσωπικά και άλλες μέσω άλλου ατόμου που είχε άμεση πρόσβαση για να διαπιστώσουμε εάν ήταν διαθέσιμοι να πάρουν μέρος στην έρευνα. Αφού εξασφαλίσαμε το δείγμα μας η έρευνα ήταν πλέον πραγματοποιήσιμη. Έτσι συντάξαμε το πρώτο ερωτηματολόγιο, βασιζόμενο στους άξονες που είχαμε επιλέξει.

Ακολούθησε η πιλοτική έρευνα, με τη βοήθεια του καθηγητή μας δίνοντας μας συμβουλές για τη σωστή διατύπωση του ερωτηματολογίου ώστε να αποφύγουμε δυσκολίες και προβλήματα κατά την διεξαγωγή της έρευνας.

Δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε αφορούσαν την προσέγγιση ορισμένων υπηρεσιών και στο χρόνο που μερικοί επαγγελματίες ήθελαν στην διάθεσή τους για να ανταποκριθούν, εξαιτίας του φορτωμένου προγράμματος τους.

Τα ερωτηματολόγια επιδόθηκαν αυτοπρόσωπα σε όλες τις υπηρεσίες της Πάτρας, ενώ στην Αθήνα, εξαιτίας του μεγέθους της πόλης, σε ορισμένες περιοχές στάλθηκαν ηλεκτρονικά, κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης καθώς επίσης υπήρχαν άνθρωποι του περιβάλλοντος μας που αποτέλεσαν τον συνδετικό κρίκο επικοινωνίας λόγω της άμεσης επαφής με τα υπηρεσίες.

Το εργαλείο της έρευνας

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε για να συλλέξουμε τα στοιχεία μας ήταν ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου κατά κύριο λόγο. Σύμφωνα με τον αριθμό του δείγματος και τους τομείς που θέλαμε να διερευνήσουμε θεωρήσαμε ότι θα είναι αποτελεσματικότερο, τόσο στην συλλογή όσο και στην επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε στα προγράμματα excel και word. Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας μέσω πιτών και σχολίων.

Οι κεντρικοί άξονες ήταν οι εξής:

- ✓ Τα ατομικά στοιχεία του ερωτώμενου.
- ✓ Η φυσιολογία των περιστατικών που φτάνουν στους φορείς
- ✓ Η αξιολόγηση του έργου των επαγγελματιών και η αποτελεσματική συνεργασία με τον εξειδικευμένο κοινοτικό νοσηλευτή.

Στη συνέχεια θα σας παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία προέκυψαν από τη συλλογή, μελέτη, επεξεργασία, ανάλυση και αξιολόγηση 80 ερωτηματολογίων.

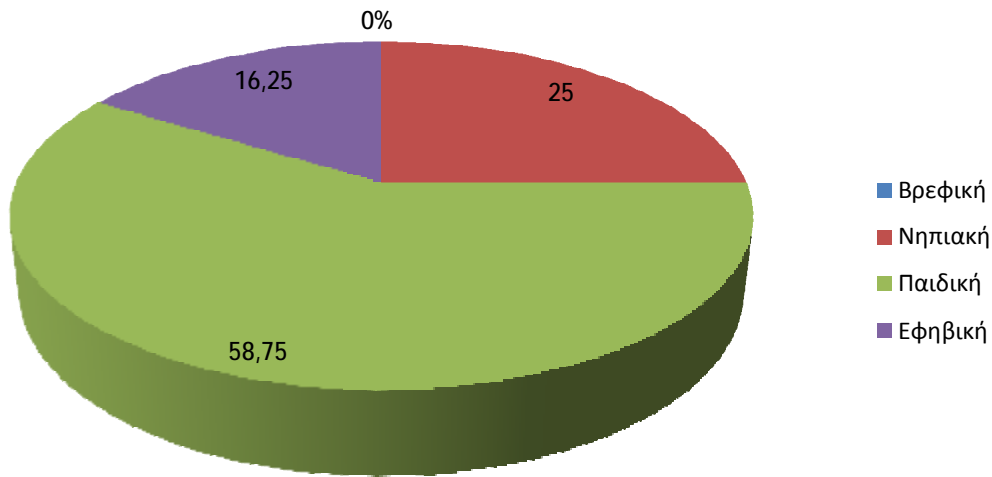
Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου που θα σχολιαστούν και θα παρουσιαστούν διαγραμματικά παρακάτω βασίζονται στις απόψεις 80 διαφορετικών ανθρώπων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να υπογραμμιστεί, εφόσον η ίδια η πληροφορία αποτελεί μέρος του ερωτηματολογίου, πως το 58,75% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες ενώ οι γυναίκες αποτέλεσαν το 41,25%.



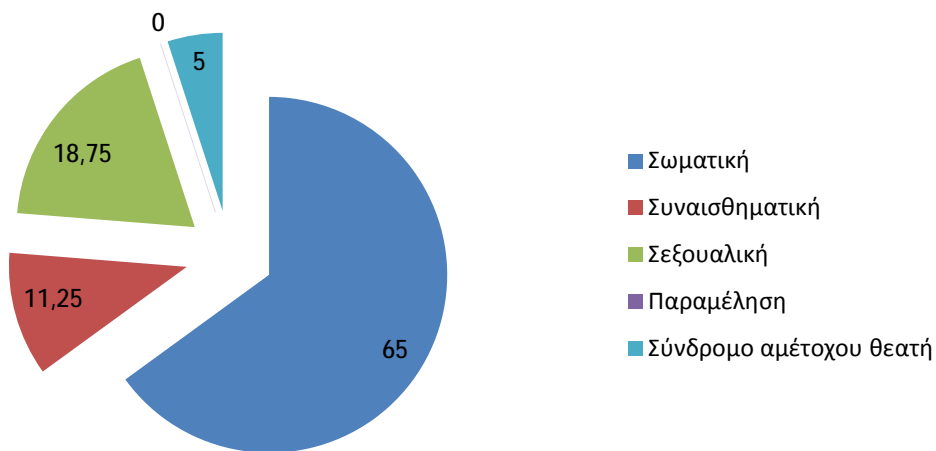
Με βάση τον παραπάνω πίνακα αναφέρουμε ότι από το σύνολο αυτό, το 52,5% καταλαμβάνει μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 42,5% κατέχει διδακτορικό δίπλωμα ενώ μόλις το 5% διαθέτει πτυχίο Α.Ε.Ι . Μάλιστα, αποδεικνύεται ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, διαθέτουν ικανή εμπειρία, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό, 71,25%, εργάζεται πάνω από εννέα χρόνια. Τέλος, το 65% διαθέτει εξειδικευμένη επιμόρφωση σχετικά με την παιδική κακοποίηση συμμετέχοντας σε σεμινάρια, ημερίδες και συνέδρια (56,25%) καθώς και σε προγράμματα ανώτατου ιδρύματος (8,75%).

Σε μια άλλη σειρά ερωτήσεων διερευνήθηκαν τα χαρακτηριστικά των θυμάτων, η φυσιογνωμία των περιστατικών, ιδιαίτερα τα αίτια του φαινομένου, οι συνήθειες δράστες και τα χαρακτηριστικά αυτών.

ΗΛΙΚΙΑ ΘΥΜΑΤΩΝ

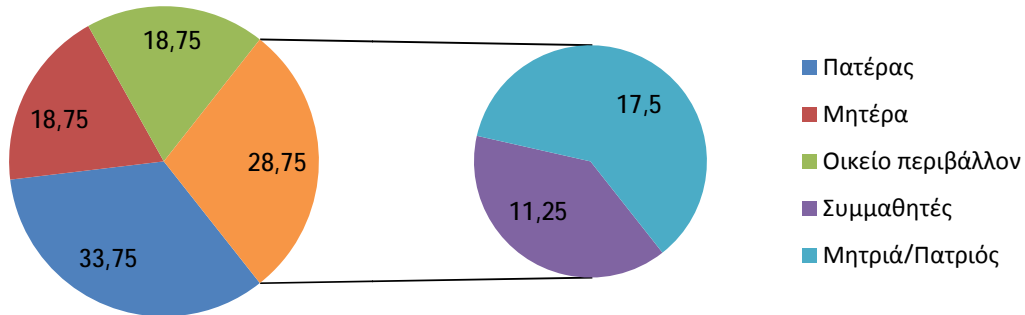


ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΒΙΑΣ

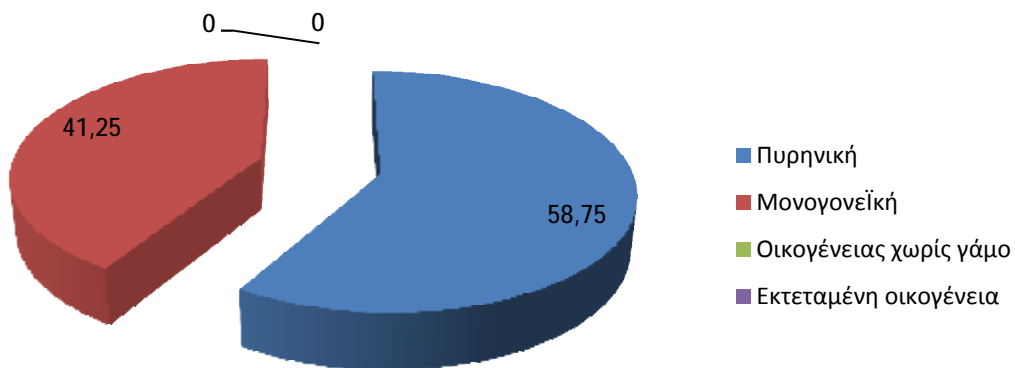


Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες το φαινόμενο της κακοποίησης παρουσιάζεται εκτεταμένα στα θηλυκά με το ποσοστό να ανέρχεται στο 72,5%. Ακόμα, το 58,75% των θυμάτων κακοποιούνται στην παιδική τους ηλικία και το 16,25% στην εφηβική. Η συνηθέστερη μορφή βίας που ασκείται είναι η σωματική και το ποσοστό αυτής ανέρχεται στο 65%.

ΠΙΘΑΝΟΙ ΔΡΑΣΤΕΣ

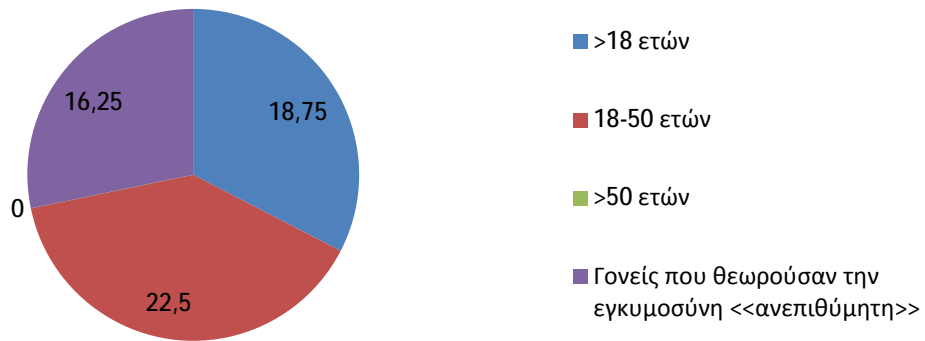


ΤΥΠΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

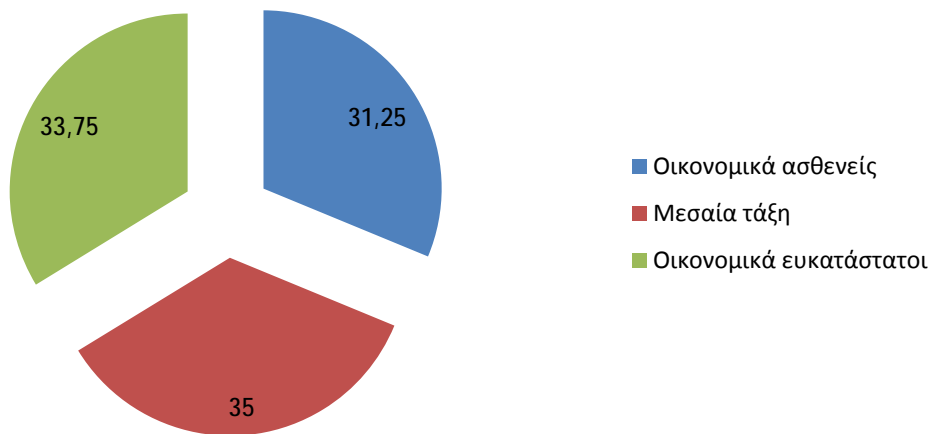


Μελετώντας τα αποτελέσματα διακρίνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει ο πατέρας στη θέση του θύτη με ποσοστό 33,75% και με τους συμμαθητές του παιδιού να πλησιάζουν το 12% . Μεγάλο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και ο τύπος της οικογένειας, το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί, καθώς διαπιστώνουμε ότι το φαινόμενο της κακοποίησης λαμβάνει χώρα σε μεγαλύτερο ποσοστό, 58,75%, στις πυρηνικές οικογένειες από τους υπόλοιπους τύπους οικογένειας.

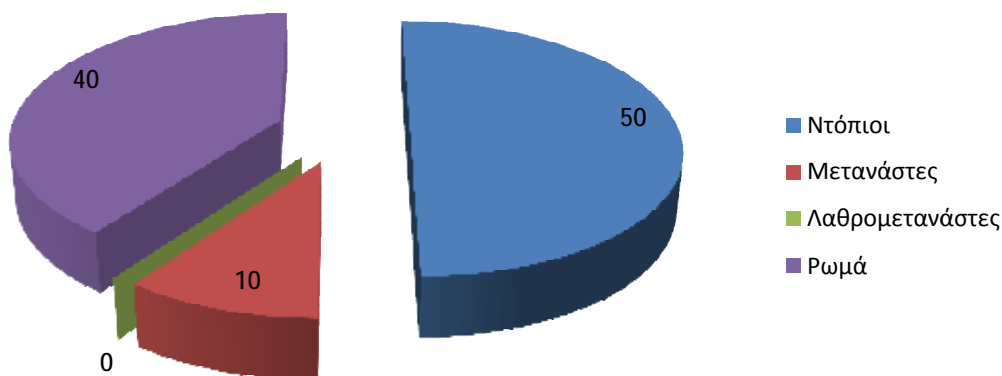
ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΔΕΧΕΤΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ



ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

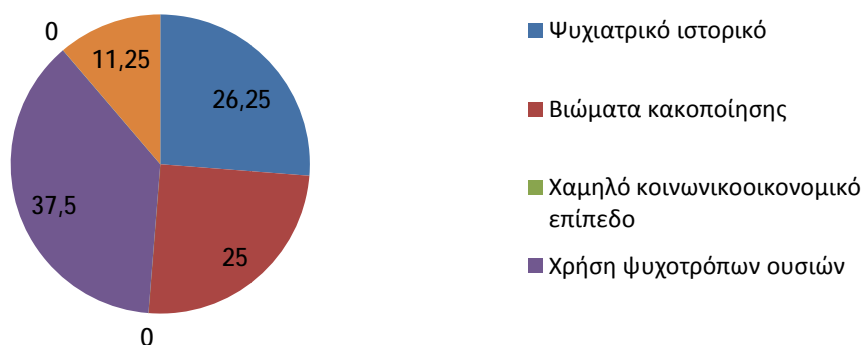


ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΓΟΝΕΩΝ

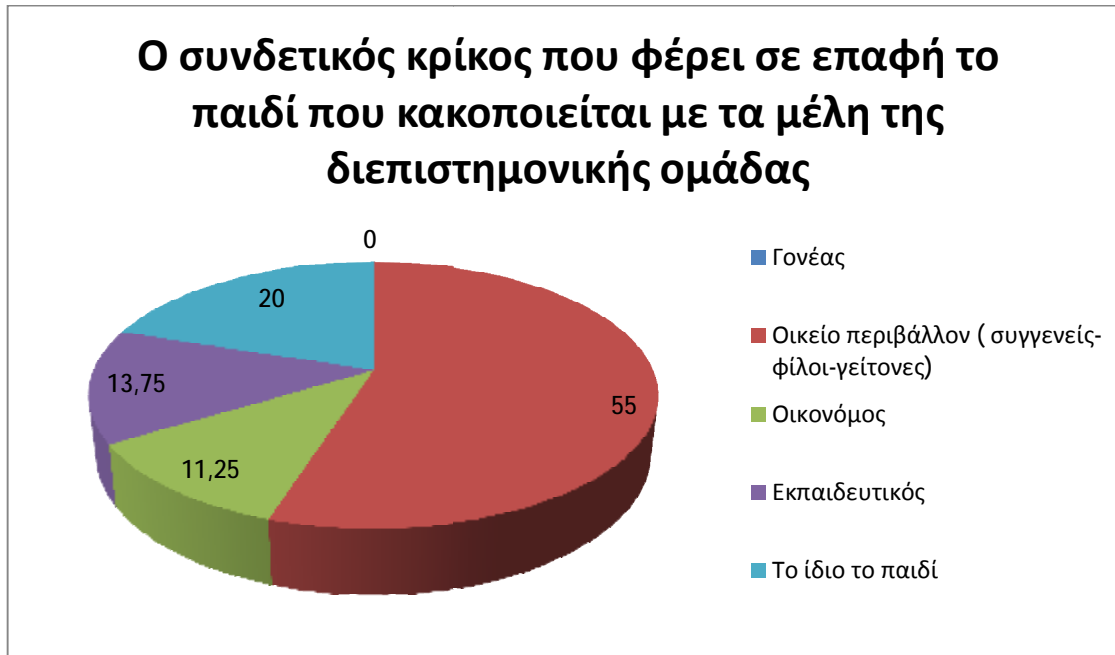


Σύμφωνα με τους παραπάνω πίνακες στους οποίους αναγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε ό,τι αφορά τα χαρακτηριστικά των δραστών, εύκολα διαπιστώνουμε ότι μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αυτό που βρίσκει τους γονείς των κακοποιημένων παιδιών να έχουν ηλικία μεταξύ 18 και 50 ετών. Επιπροσθέτως, φαίνεται πως το οικονομικό υπόβαθρο των γονέων δεν αποτελεί γεγονός εφόσον τα ποσοστά δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές. Ωστόσο, παρατηρείται ότι μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ντόπιων (50%) οικογενειών στις οποίες παρατηρείται το φαινόμενο.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ



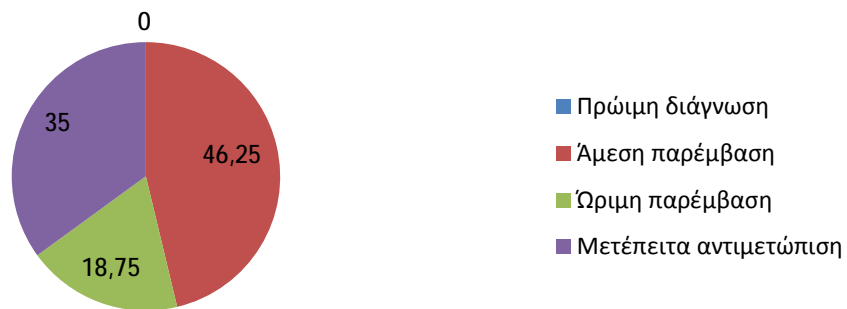
Μεγάλη έμφαση θα πρέπει να δωθεί στο τι «κρύβεται» πίσω από μια τέτοιου είδους πράξη, και καταλήγουμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό οφείλεται η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ενώ αμέσως μετά με μικρή απόκλιση σε ποσοστό η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού.



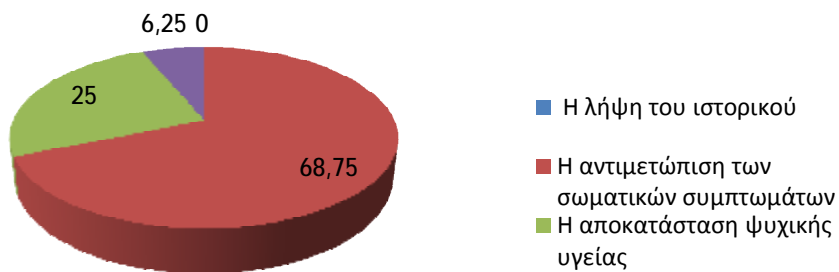
Εντυπωσιακό δεν αποτελεί το μηδενικό ποσοστό που κατέχει η απάντηση “γονέας” στην παραπάνω ερώτηση του ερωτηματολογίου εάν αναλογιστούμε ότι σε παραπάνω ερώτηση το ποσοστό των δραστών συμπληρώνει παραπάνω από 50% οι γονείς του παιδιού. Σημαντικό, όμως, αποτελεί και το γεγονός ακόμα και το ίδιο το παιδί (20%), απευθύνεται πια σε ανθρώπους που μπορούν να το βοηθήσουν με αρωγούς φυσικά όπως φαίνεται με ποσοστό 13,75% τους ίδιους τους δασκάλους-καθηγητές τους.

Στα ακόλουθα γραφήματα γίνονται γνωστά τα ποσοστά που αφορούν σε ποια στάδια μπορεί να γίνει η παρέμβαση αλλά σημαντικότερα σε ποιο από αυτά μπορεί η ίδια να είναι αποτελεσματική σε πρώιμο στάδιο. Ακόμα, μελετάται αν οι όποιες επιπτώσεις που ενδέχεται να υποστεί το θύμα μπορούν να επηρεάσουν την μελλοντική του συμπεριφορά.

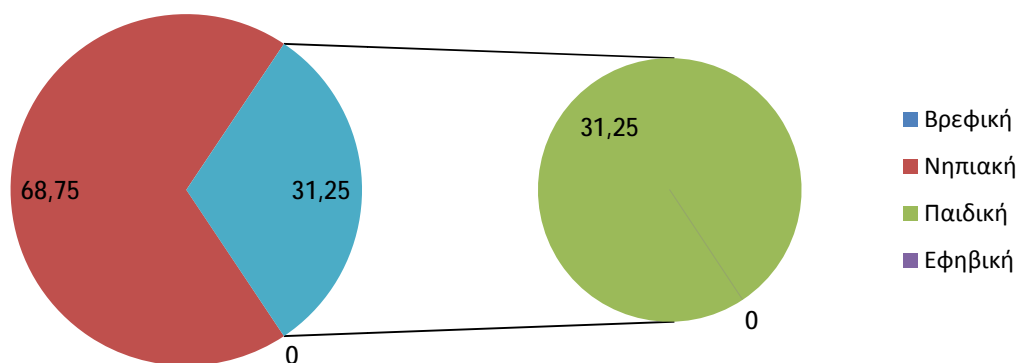
Επίπεδα παρέμβασης



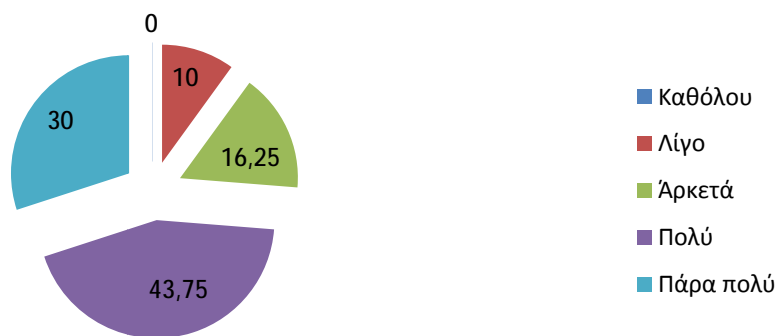
Σημαντικός στόχος της παρέμβασης



Σε ποιο στάδιο της ζωής μπορεί να είναι αποτελεσματική η πρώιμη παρέμβαση

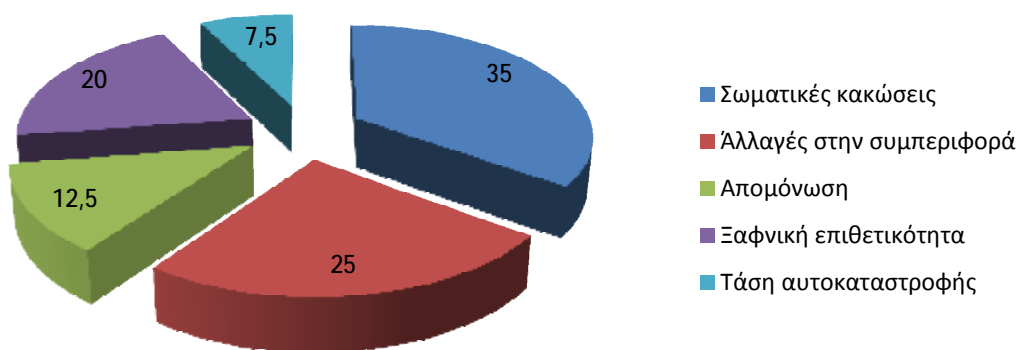


**Θεωρείτε ότι το παιδί που υφίσταται την
κακοποίηση έχει την προδιάθεση να
αναπαράγει την ίδια συμπεριφορά
μεγαλώνοντας**

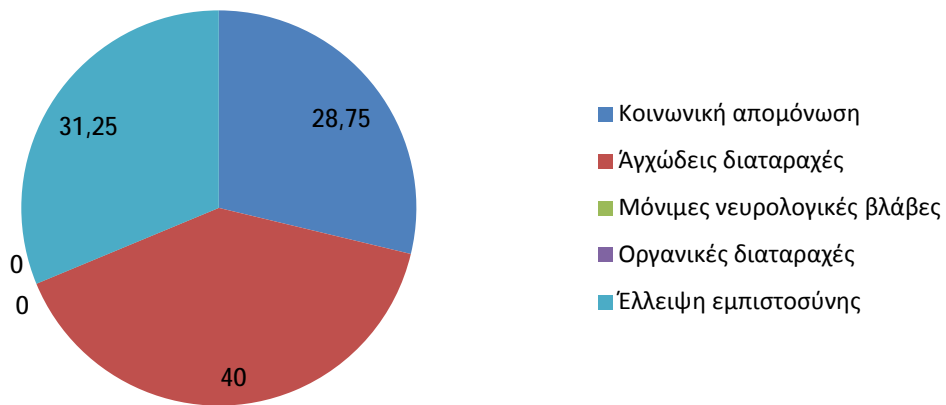


Στην νηπιακή ηλικία παρατηρείται ότι θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική η πρώιμη παρέμβαση, σε ποσοστό 68,75% και μεγαλώνοντας σημειώθηκε σε ποσοστό 43,75 ότι υπάρχει η προδιάθεση να επαναλάβει την ίδια συμπεριφορά βίας που έχει βιώσει.

**Ποιες είναι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις
της κακοποίησης ενός παιδιού**



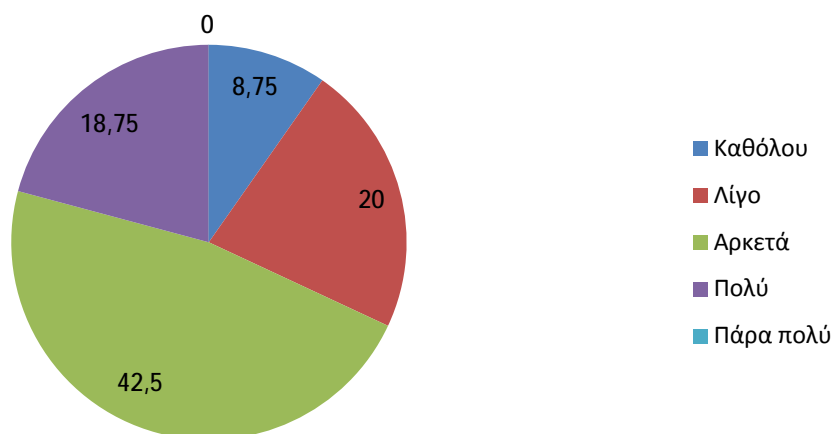
Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της κακοποίησης ενός παιδιού



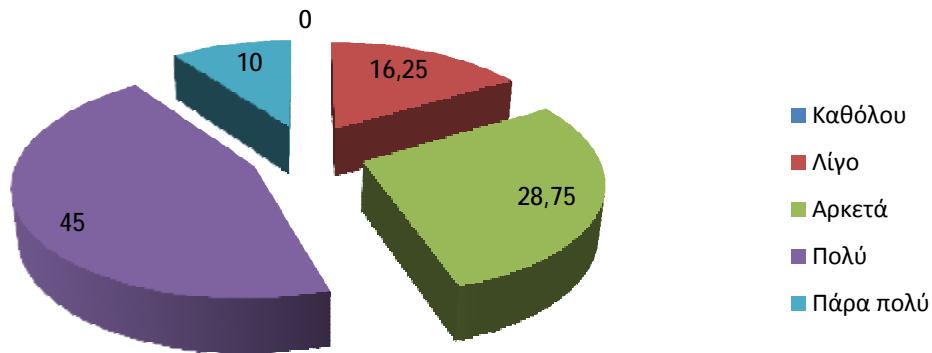
Βάση αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε ότι βραχυπρόθεσμα πρέπει να αντιμετωπισθούν πρώτα οι σωματικές του κακώσεις καθώς επίσης και οι αλλαγές της διαθεσής του, ενώ μακροπρόθεσμα μας απασχολούν σε ποσοστό 40% οι αγχώδεις διαταραχές που έχουν εδραιωθεί.

Σε μια άλλη σειρά ερωτήσεων ρωτήσαμε το κοινό αν η δράση των αρμόδιων υπηρεσιών μπορεί να χαρακτηριστεί αποτελεσματική και μας απαντούν «αρκετά» σε ποσοστό 42,5 %.

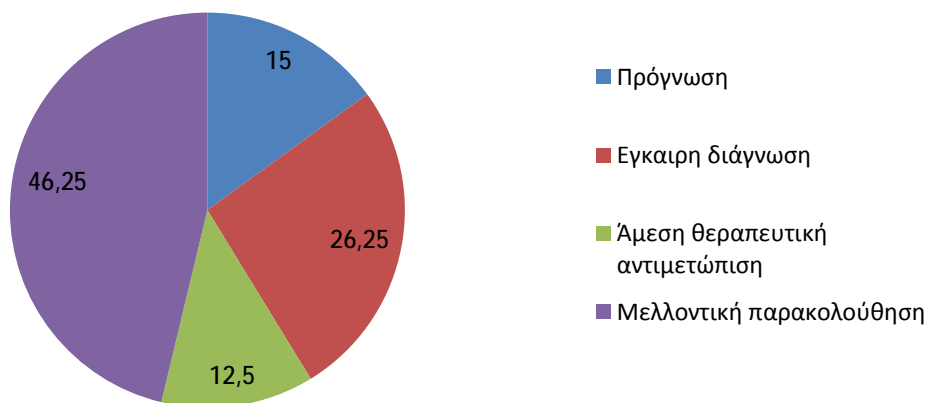
Λειτουργούν οι αρμόδιες υπηρεσίες αποτελεσματικά;



Ο κοινοτικός εξειδικευμένος νοσηλευτής θεωρείτε πως μπορεί να συμβάλλει ενεργά στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας

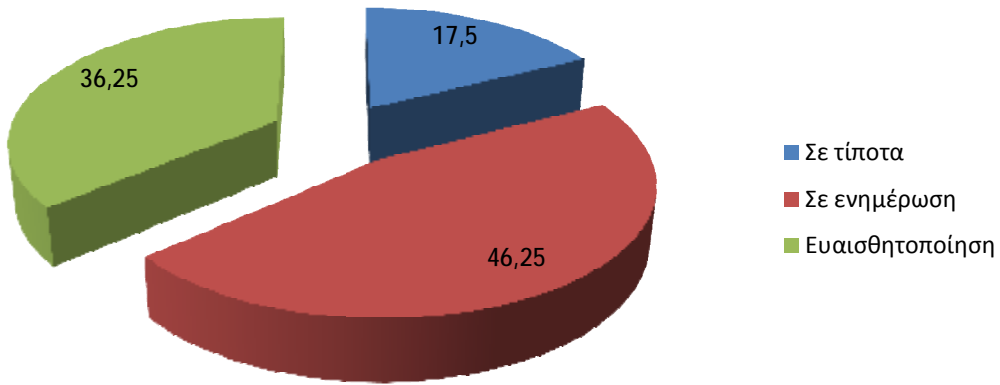


Σε ποια επίπεδα μπορεί να συμβάλλει ο κοινοτικός νοσηλευτής;

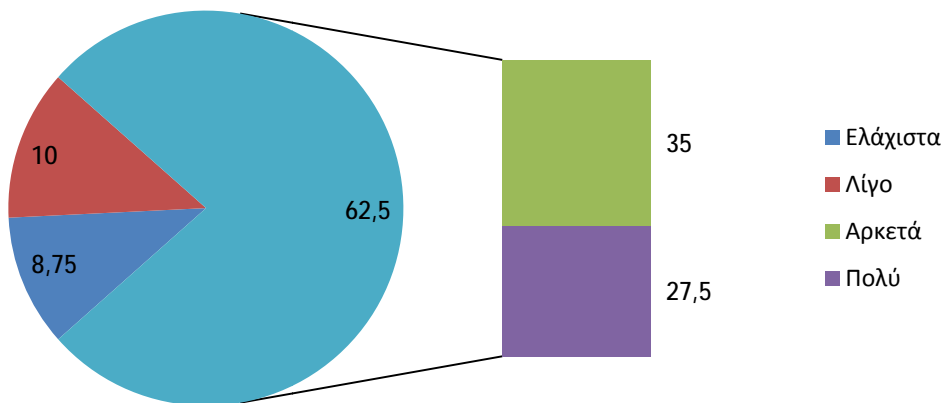


Βάση αποτελεσμάτων ο εξειδικευμένος κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει «πολύ» στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας και κυρίως στη μελλοντική παρακολούθηση του θύματος και γενικά της οικογενείας που πάσχει.

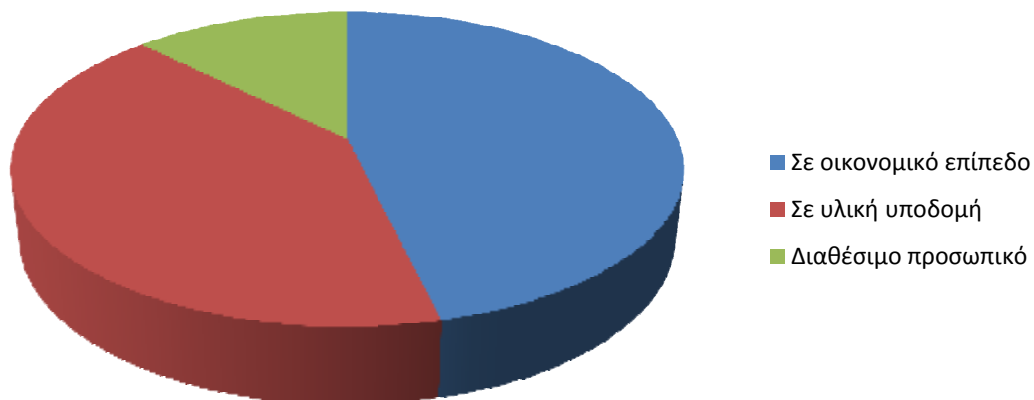
Η δημοσίευση περιστατικών κακοποίησης στα Μ.Μ.Ε σε τι θα μπορούσε να αποσκοπεί



Υπάρχει η ανάλογη στήριξη των προγραμμάτων από το κράτος



**Σε ποιο τομέα θεωρείτε πως απαιτείται
μεγαλύτερη στήριξη για την υλοποίηση των
προγραμμάτων από το κράτος;**



Έμφαση θα πρέπει να δοθεί και στα στατιστικά που αφορούν το σκοπό της δημοσίευσης περιστατικών κακοποίησης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τέλος, θα επισημανθεί ποια εργασία της διεπιστημονικής ομάδας σε συνεργασία με τον κοινοτικό νοσηλευτή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ωφέλιμη, ποια είναι η συνεισφορά του κράτους και για ποιον τομέα θα πρέπει το ίδιο να μεριμνήσει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν μια σειρά από βασικά συμπεράσματα:

- ▼ Το φαινόμενο της κακοποίησης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο. Η αιτιολογία του είναι πολυπαραγωγική και η αντιμετώπισή του απαιτεί πολυδύναμες παρεμβάσεις. Κατά συνέπεια υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης ακόμη περισσότερων, εξειδικευμένων φορέων και υπηρεσιών, καθώς επίσης και η ανάγκη για άμεση και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ τους.
- ▼ Στην πλειοψηφία των περιστατικών συνυπάρχουν περισσότερες από μία μορφές κακοποίησης. Η σωματική είναι η συνηθέστερη μορφή που αντιμετωπίζουν οι φορείς , ενώ όλοι οι επαγγελματίες ως δυσκολότερο συνδυασμό θεωρούν τη σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, σε συνάρτηση με το γεγονός της κακοποίησης εμφανίζεται στην παιδική ηλικία.
- ▼ Η θυματοποίηση των παιδιών εξαρτάται από την ηλικία και το φύλο τους. Το φαινόμενο της κακοποίησης αποδεικνύεται ότι εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα κορίτσια και σημαντικό πέρα από τους προδιαθεσικούς παράγοντες που δικαιολογούν την συμπεριφορά αυτή έως ένα βαθμό – μεγάλο ρόλο παίζουν και χαρακτηριστικά της οικογενείας. Αρχικά πρέπει να αναφέρουμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην πυρηνική οικογένεια, σε οικογένειες ντόπιων και με φυσιολογικό οικονομικό προφίλ. Κύριος δράστης τίθεται ο πατέρας.
- ▼ Η διεπιστημονική ομάδα πιστεύει ότι η αποτελεσματική πρόωγη παρέμβαση γίνεται στη νηπιακή ηλικία με κύριο στόχο την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν στο μεγαλύτερο ποσοστό την κύρια βραχυπρόθεσμη επίπτωση ,ενώ , οι αγχώδεις διαταραχές , είναι το σύμπτωμα που θα εμφανιστεί βραχυπρόθεσμα όπως φαίνεται παραπάνω.
- ▼ Τέλος, θεωρείται πως ο εξειδικευμένος κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει ενεργά στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας κυρίως με την έγκαιρη διάγνωση και τη μελλοντική παρακολούθηση και σε αυτή τη συνεργασία κρίνεται απαραίτητη η συμβολή του κράτους τόσο σε οικονομικό επίπεδο όσο και την υλική υποδομή και κατ' επέκταση των αρμόδιων υπηρεσιών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

" Ένας αιώνας μπορεί να αξιολογηθεί με κριτήριο την απόσταση ανάμεσα στο σύστημα αξιών και στην πραγματικότητα. Ποια είναι λοιπόν αυτή η πραγματικότητα που αφήσαμε πίσω μας, ως πεπραγμένο απέναντι στην παιδική ηλικία, είτε για τα χιλιάδες χρόνια ανθρώπινης παρουσίας πάνω στον πλανήτη, είτε για την χιλιετία που μόλις τελείωσε, είτε για τον πιο πρόσφατο αιώνα, του 20ο .

Πώς θα μπορούσαμε αλήθεια να τον αξιολογήσουμε, σύμφωνα με τον Έκο;

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το απώτερο αλλά και το εγγύς παρελθόν, έδωσε δείγματα απίστευτης σκληρότητας απέναντι στα παιδιά. Τα παιδιά αντιμετωπίστηκαν ως υπάνθρωποι, ατελείς υπάρξεις, αντικείμενα ιδιοκτησίας, απλά εγχειρίδια για την ικανοποίηση αναγκών και επιθυμιών των ενηλίκων, αποκλεισμένα από κάθε έννοια δικαιώματος. Και η αντιμετώπιση αυτή, αποτελούσε μια απόλυτα αποδεκτή πραγματικότητα, συνυφασμένη με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο που την γεννούσε και την έτρεφε.

Από τα μέσα του 18ου αιώνα, και στα πλαίσια του κινήματος του Διαφωτισμού, κοντά στις άλλες πνευματικές αναζητήσεις, ξεκίνησε δειλά ένα στοχαστικός προβληματισμός για διάφορες πτυχές της παιδικής ηλικίας, με πρώτη και σημαντικότερη καταγραφή του "Αιμίλιο" του Ζαν-Ζακ Ρουσό.

Από τότε και καθ' όλη τη διάρκεια του 20ου αιώνα, η παγκόσμια κοινότητα μπήκε σε μια πορεία ευαισθητοποίησης απέναντι στο παιδί. Επ' αφορμή μεμονωμένων ή γενικευμένων γεγονότων, οι κοινωνίες του Δυτικού κυρίως κόσμου, άρχισαν να προβληματίζονται, να σκέπτονται και να προλαβαίνουν σε συγκεκριμένες αποφάσεις και ενέργειες με στόχο την προστασία της παιδικής ηλικίας. Επιστήμες, φιλοσοφία, δημοσιογραφία, απλές κοινωνικές ομάδες όπως σύλλογος και σωματεία, αλλά και κρατικοί φορείς και παγκόσμιοι οργανισμοί, διαπλεκόμενοι και αλληλοβοηθούμενοι, διαδραματίζοντας ο καθένας τον ρόλο του, δημιούργησαν νέο ιδεολογικό προσανατολισμό για το τι σημαίνει παιδί και ποια θα πρέπει να είναι η θέση του στον κόσμο.

Έτσι φτάσαμε σε νέες απόψεις, σε νέα επιστημονικά αποφθέγματα, σε νέες πρακτικές, σε νέους νόμους σε νέες διεθνείς συμβάσεις. Η παιδική ηλικία ανακηρύχθηκε δεδομένη και αυτοτελής αξία, με ανάγκες σεβαστές και δικαιώματα αναμφισβήτητα.

Κλείνοντας ο προηγούμενος αιώνας, κατάφερε να οριοθετήσει με επιτυχία το "πρέπον". Ποιο είναι όμως το πραγματικά "συμβαίνον", στο κατώφλι της νέας χιλιετίας.

Η αλήθεια είναι ότι η απόσταση μεταξύ των δύο είναι υπαρκτή και σήμερα. Η ηλικία εξακολουθεί να αποτελεί παράγοντα που διαιωνίζει τις κοινωνικές ανισότητες και καθορίζει την άνιση κατανομή της δύναμης και της απονομής δικαιωμάτων.

Αυτό διαπιστώσαμε συντάσσοντας αυτή την πτυχιακή εργασία και αυτό δυστυχώς ισχύει. Σ' αυτό καταλήγουν πληθώρα βιβλίων, άρθρων και μελετών, αλλά και η ερευνητική μας προσπάθεια, μέσα από τα ματιά των ειδικών, στους οποίους απευθυνθήκαμε.

Το πρόβλημα είναι υπαρκτό, με απροσδιόριστες τις ακριβείς του διαστάσεις. Παρουσιάζει αυξητική τάση και το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον όπου αναπτύσσονται τα σημερινά παιδιά, συνδράμει σ' αυτό. Το ευρύ κοινωνικό σύνολο παραμένει απαθές και αδιάφορο. Η κρατική μέριμνα δεν είναι επαρκής. Οι προληπτικές εφαρμογές είναι σχεδόν ανύπαρκτες.

Τα παιδιά εξακολουθούν να καταπιέζονται, να παραμελούνται, να κακοποιούνται, να αντιμετωπίζονται ως αντικείμενα προστασίας και όχι ως υποκείμενα δικαιωμάτων.

Βέβαια η απόλυτη αποφυγή της παραβίασης των δικαιωμάτων του παιδιού, θλιβερή συνέπεια της οποίας αποτελεί και η κακοποίηση, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ένα εξωπραγματικό όνειρο, ακόμα και για της πιο πλούσιες και ευνοούμενες χώρες. Γιατί οι άμεσοι κίνδυνοι που διατρέχουν τα παιδιά και που απειλούν την ασφάλεια και την ομαλή ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη, συνδέονται με δομικούς παράγοντες ανισοτήτων όπως είναι η φτώχεια, η πείνα, η δυνατότητα πρόσβασης στην εκπαίδευση και στην υγεία, οι ίσες ευκαιρίες και η κοινωνική δικαιοσύνη.

Συνδέονται όμως και με οντολογικούς παράγοντες, δηλαδή με ατομικές πράξεις ενεργειών ή παραλείψεων και συμπεριφορές, που παραβιάζουν τα δικαιώματα του, απειλούν την ασφάλεια και την ακεραιότητά τους, και δεν ανταποκρίνονται στην προστασία και την φροντίδα τους. Και αυτή η δεύτερη κατηγορία φέρνει και το μεγαλύτερο κομμάτι της ευθύνης.

Ο πρωταρχικός ενεργός οργανισμός για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών θα πρέπει να είναι η οικογένεια και εν συνεχεία το ευρύτερο περιβάλλον τους.

Κάθε προσπάθεια πρόληψης ή αντιμετώπισης θα πρέπει να τα περιλαμβάνει στους στόχους της. Επίσης θα πρέπει να είναι προσεκτικά και άρτια σχεδιασμένα, βασισμένα σε θεωρητικά πορίσματα και ερευνητικά συμπεράσματα επιστημών που σχετίζονται έμμεσα ή άμεσα με το θέμα.

Πολύτιμη βοήθεια θα μπορούσαν να προσφέρουν αποτελέσματα ερευνών για :

- Την γνώση και τον βαθμό αποδοχής των δικαιωμάτων του παιδιού α) από τις οικογένειες β) από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο καθώς και για τους παράγοντες εκείνους που παίζουν ρόλο στην διαμόρφωση τους.
- Για την προαγωγή των δικαιωμάτων σε επίπεδο νομοθεσίας, κοινωνικής πολιτικής, εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων, συμμετοχής και εκπροσώπησης των παιδιών σε όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής.
- Για τους βιολογικούς, ψυχοπνευματικούς, κοινωνικό πολιτισμικούς και επιμορφωτικούς παράγοντες οι οποίοι εξεταζόμενοι κάτω από το πρίσμα νέων αντιλήψεων, θα ήταν δυνατόν να συνδράμουν ουσιαστικά στην προάσπιση της παιδικής ηλικίας.

Τις τελευταίες δεκαετίες συντελείται μια παγκόσμια ειρηνική επανάσταση που αφορά τα παιδιά όλου του κόσμου. Όλα τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε που υπέγραψαν, επικύρωσαν και δεσμεύτηκαν να εφαρμόσουν τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού το 1989 προσπαθούν να αξιολογήσουν την κατάσταση των παιδιών σε εθνικό επίπεδο και

αναπτύσσουν προγράμματα, ανάλογα με το στάδιο της οικονομικοκοινωνικοπολιτισμικής τους ανάπτυξης, με στόχο την βελτίωση της ζωής τους.

Για να γνωρίσουμε ουσιαστικά την παιδική ηλικία θα πρέπει να διερευνήσουμε την παιδική ηλικία θα πρέπει να διερευνήσουμε θέματα που αφορούν:

- Την δημογραφική της θέση.
- Το υπάρχον νομικό πλαίσιο.
- Τις ρεαλιστικές συνθήκες διαβίωσης των παιδιών.
- Τις ποικίλες ασχολίες τους.
- Την κοινωνική δικαιοσύνη για την παιδική ηλικία.
- Την κοινωνική πολιτική για την παιδική ηλικία.

Η αποδοχή της παιδικής ηλικίας ως ξεχωριστής κοινωνικής ομάδας αποτελεί διερεύνηση της κοινωνικής μας ορατότητας και κατευθύνει προς την διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής με στόχο την προστασία των παιδιών.

Αυτό θα ήταν ίσως η πιο ωφέλιμη πράξη ενός κράτους απέναντι στον εαυτό του. Γιατί αυτό που του συνιστά είναι το σύνολο των πολιτών του. Φροντίζοντας την παιδική ηλικία φροντίζει για την ποιότητα του μέλλοντος του. (Αγάθωνος – Τσάγκαρη Μ., 1999).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., (1991). Κακοποίηση – παραμέληση παιδιών. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.

Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., (1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.

Αγάθωνας – Τσάγκαρη Μ., (1999). Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.

Αντωνοπούλου Χ., (1999). «Κοινωνικοί πόλοι των δύο φύλων», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Γιωτάκος Α., (2011). «Κακοποίηση παιδιού και εφήβου», Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.

Δαρβίρη Χ., (2010). «Προαγωγή της Υγείας», Αθήνα.

Εθνικό Ινστιτούτο νευρολογικών διαταραχών και εγκεφαλικό επεισόδιο, 2007

Καταπόδη Α., (2005). «Παιδική Σεξουαλική Κακοποίηση: Οικογένεια και κοινωνία. Αίτια – Ρόλοι – Συνέπειες», Εκδόσεις Μαράθια, Αθήνα.

Κοντελίδης, Αντ. Σ., (2002). «Ιατροδικαστική Ε' Έκδοση», Εκδόσεις Παρασιακού Α.Ε, Αθήνα.

Κυριακίδου Θ.Ε., (1997). «Κοινοτική Νοσηλευτική», Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα.

Μουζακίτης Χ., (1993). «Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού: Επιπτώσεις στην υγεία του», Αθήνα.

Παπούλη Ε., (2002). «Συναισθηματική κακοποίηση και η επίδραση της στην ανάπτυξη του παιδιού», Εκδόσεις: Κοινωνική Εργασία – Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα.

Παπαζήσης Η., Τούντας Ι., (1996) «Σχεδιασμός και αρχική υλοποίηση προγράμματος νοσηλείας στο σπίτι», 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.

Παπαδάκη Ε.- Μιχαηλίδου., (1992). «Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και την κοινωνία», Αθήνα.

Πρεκατέ Βικτώρια, (2005). «Οδηγός Εκπαιδευτικών και Γονέων για την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης» - Γιωτάκος Ορέστης Ψυχίατρος (2001).

Πρεκατέ Βικτώρια, (2008). «Η κακοποίηση του παιδιού στο σχολείο και την οικογένεια», Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Πετρουλάκης Ν.,(1987). «Το παιδί θύμα χθες και σήμερα, στο σχολείο και στη ζωή», Αθήνα.

Πετρίδου Κ., (2000). «Παιδική κακοποίηση και παραμέληση» Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη.

- Ραγιά Α.,(2000). «Παιδική κακοποίηση και παραμέληση» Διπλωματική Εργασία , Αθήνα.
- Συνήγορος του Πολίτη, (2007). «Δικαιώματα του Παιδιού» .
- Τσιαντής Γ., - Μανωλόπουλος Σ., (1987). «Σύγχρονα θάματα παιδοψυχιατρικής» Εκδόσεις : Καστανιώτη, Αθήνα
- Τσιαντής Γ., (2000). «Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας» Εκδόσεις: Καστανιώτη ,Αθήνα.
- Τσιαντής Γ., Αλεξανδρίδης Α., (2009). «Προσχολική παιδοψυχιατρική» Εκδόσεις: Καστανιώτη , Αθήνα.
- Τσιγγής Α., (2001). «Σεξουαλική Κακοποίηση του παιδιού – Όψεις κοινωνικού ελέγχου» Εκδόσεις : ΑΝΤ. Μ ΣΑΚΚΟΥΛΑ , Αθήνα.
- Χαμόγελο του Παιδιού ,2006, Αθήνα.
- Χατζηφωτίου Σ., (2005). «Ενδοοικογενειακή Βία κατά των γυναικών και παιδιών» Εκδόσεις: Τζιόλα ,Αθήνα.
- THE OPEN UNIVERSITY, (1985), «Η κακοποίηση του παιδιού» Εκδόσεις: Κουτσουμπάς Α.Ε, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Braun D., (1990), «Responding to child abuse» , Resources.
- Backman K. & Hentimen M., (1999). «Model for self – care of home – dueling elderly» journal of Advanced Nursing.
- Doxiadis S., (1989). «Children abuse and Neglect»
- Doxiadis S., (2012). «Children abuse and Neglect»
- Hogan Ann Mary, (2011). «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας» Εκδόσεις: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Herman J., (1996). Η βία: Επακόλουθα ψυχικά τραύματα, θεραπεία « Trauma and recovery» μεταφρ: Νάντσου Ε., 2^η έκδοση, Αθήνα: Θετίλη.
- Raymond –Rivier Berthe., (2004). «Η κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού», Εκδόσεις : Καστανιώτη (μεταφρ: Χουρτζαμάνογλου Έλση,2002) , Αθήνα.
- Smith H., (1995) Unhappy children (Reasons and remedies), Free Associations Books, London.
- Stanhope Marsia – Jeanette. (2016). «Κοινωνική νοσηλευτική» Εκδόσεις: Πασχαλίδης

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΗ

[www.Savethe children.met](http://www.Savethechildren.met)

[www.childwelfare information gateway.com](http://www.childwelfareinformationgateway.com)

www.unicef.gr

www.antibullying.gr

www.moh.gov.gr

www.arsis.gr

www.epak.gr

www.0-18.gr

<https://dikaioatapaidiou.wikispaces.com>

