

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥΣ»**



ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ: ΝΤΟΤΣΙΚΑ ΣΩΤΗΡΙΑ

ΤΣΑΒΔΑΡΤΖΗ ΧΡΥΣΑΝΘΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΥΚΟΥΛΗ ΣΟΦΙΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	4
Εισαγωγή.....	5
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
Κεφάλαιο 1ο «Ενδοοικογενειακή βία και παιδική κακοποίηση».....	8
1.1 Σχέση ενδοοικογενειακής βίας με τη παιδική κακοποίηση.....	8
1.2 Η έννοια της Παιδικής κακοποίησης.....	9
1.3 Γενικές μορφές παιδικής κακοποίησης.....	10
1.4 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης.....	11
1.5 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο κακοποιημένο παιδί-θύμα.....	15
Κεφάλαιο 2 ^ο «Τα αίτια της παιδικής κακοποίησης και τρόποι αντιμετώπισης της».....	20
2.1. Αίτια της κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών.....	20
2.2 Χαρακτηριστικά των γονιών που κακοποιούν.....	21
2.3 Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης.....	23
2.3.1 Συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης σε απειλητικές καταστάσεις.....	24
2.4 Θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.....	25
2.5 Πρόληψη της παιδικής κακοποίησης/παραμέλησης παιδιών στην Ελλάδα.....	26
2.6 Αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης από την πολιτεία.....	27
2.7 Νομικό και θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.....	28
2.7.1 Η Διεθνής σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού.....	31
Κεφάλαιο 3 ^ο «Ηθικά διλήμματα και παιδική κακοποίηση».....	35
3.1 Ορισμός του ηθικού διλήμματος.....	35
3.2 Τύποι ηθικών διλημάτων.....	37
3.3 Ηθικά διλήμματα επαγγελματιών υγείας-κοινωνικής φροντίδας που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση.....	41
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	48
Κεφάλαιο 4ο «Μεθοδολογία Έρευνας».....	49
4.1 Σκοπός της μελέτης:.....	49
4.2 Είδος Μελέτης:.....	49
4.3 Εργαλείο παραγωγής εμπειρικού υλικού.....	50
4.4 Θεματικοί άξονες συνεντεύξεων.....	51
4.5 Διαδικασία συλλογής του δείγματος.....	53
4.6 Συνοπτική περιγραφή των φορέων.....	53

4.7 Ανάλυση των συνεντεύξεων:	57
4.8 Τελικό δείγμα	58
4.9 Δυσκολίες	60
Κεφάλαιο 5° «Αποτελέσματα ανάλυσης των συνεντεύξεων».....	61
5.1 Οι επαγγελματίες.....	61
5.2 Διαχείριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης.....	63
5.3 Απόψεις επαγγελματιών για το κακοποιημένο παιδί-θύτες	67
5.4 Ηθικά διλήμματα επαγγελματιών.....	70
Κεφάλαιο 6° «Συζήτηση – Συμπεράσματα»	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	91

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε αυτούς που συνετέλεσαν στην πραγματοποίησή της και ιδιαιτέρως την Πρόεδρο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Κρήτης, Κα Κουκούλη Σοφία ,η οποία με τις γνώσεις της μας παρείχε κατευθύνσεις και οδηγίες για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας, καθώς και για την πολύτιμη βοήθειά της στην εξεύρεση ξενόγλωσσων βιβλιογραφικών πηγών. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας οι οποίοι μας δέχτηκαν στο φορέα εργασία τους και μοιράστηκαν μαζί μας πολύτιμες πληροφορίες και εμπειρίες. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε σε ορισμένους συμφοιτητές μας, που με τη δική τους εμπειρία μας βοήθησαν, καθώς και ένα ευχαριστώ στο προσωπικό των Βιβλιοθηκών του Τ.Ε.Ι Κρήτης και Αθήνας, διότι συνετέλεσαν στη δημιουργία του θεωρητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας.

Εισαγωγή

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο εξελίσσεται ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες, με κοινό σημείο την κακοποίηση των ανηλίκων από το οικογενειακό (γονείς), αλλά και το ευρύτερο συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού. Ως παιδική κακοποίηση σύμφωνα με την Αγάθωνος- Γεωργοπούλου ορίζεται «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού και περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης».

Η καθημερινή πρακτική αποδεικνύει τη στάση των γονέων να προσπαθούν να αποκρύψουν την κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού, κάτι που δυσκολεύει σημαντικά τη δουλειά των επαγγελματιών. Ο βασικός λόγος που επιλέχτηκε αυτό το θέμα είναι η ανάγκη κατανόησης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης εστιάζοντας κυρίως στα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας όταν διαχειρίζονται παρόμοια περιστατικά. Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί στη Σχολή άλλη πτυχιακή εργασία με θέμα τα ηθικά διλήμματα σε περιπτώσεις κακοποίησης και τους τρόπους διαχείρισής τους και ως εκ τούτου αποτελεί ένα καινοτόμο ερευνητικό ζήτημα για το Τμήμα.

Όσον αφορά τη δομή της, η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Πιο αναλυτικά, το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας, οι συνέπειες στα παιδιά και στις γυναίκες και ειδικά η παιδική κακοποίηση ως μια διάσταση αυτού του φαινομένου. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά και ανάλυση του ορισμού της παιδικής κακοποίησης και των ειδών που επίσημα υπάρχουν, καθώς και των νέων μορφών κακοποίησης, όπως και των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων στα παιδιά που κακοποιούνται.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται τα αίτια της εμφάνισης της παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης οι τρόποι αντιμετώπισής της, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και οι συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης σε απειλητικές

καταστάσεις. Στο ίδιο κεφάλαιο, αναλύεται ακόμα το νομικό πλαίσιο αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, καθώς και η πρόληψη αυτού του φαινομένου. Το τρίτο κεφάλαιο είναι αποκλειστικά αφιερωμένο στα ηθικά διλήμματα, τόσο σε ένα θεωρητικό πλαίσιο όσο και στα είδη ηθικών διλημάτων, αλλά και συγκεκριμένα στα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας αναλύεται ο σκοπός της μελέτης, οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, επεξηγείται με ποιο τρόπο συλλέχθηκαν τα δεδομένα, ποια ήταν η μέθοδος δειγματοληψίας, τα υποκείμενα της έρευνάς μας, τους φορείς εργασίας τους, καθώς και η μέθοδος ανάλυσης του εμπειρικού υλικού το οποίο συλλέχθηκε. Στο πέμπτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνεται η ανάλυση του εμπειρικού υλικού. Τέλος, ακολουθεί μια σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας, και παρατίθενται κάποιες προτάσεις που προέκυψαν από τη συζήτηση με τους ερωτώμενους κατά τη διάρκεια λήψης και ανάλυσης των συνεντεύξεων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο «Ενδοοικογενειακή βία και παιδική κακοποίηση»

1.1 Σχέση ενδοοικογενειακής βίας με τη παιδική κακοποίηση

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ενδοοικογενειακή βία αναφέρεται σε κάθε μορφή βίας που ασκείται μεταξύ ανθρώπων οι οποίοι έχουν, ή είχαν, μία στενή συντροφική σχέση και οδήγησε, ή έχει πιθανότητες να οδηγήσει, σε σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση. Η ενδοοικογενειακή βία περιλαμβάνει πράξεις όπως εξαναγκασμός, εκφοβισμός, απειλή ή περιορισμός της ελευθερίας της συμπεριφοράς, που ασκούνται αυθαίρετα και αυταρχικά στον ιδιωτικό ή δημόσιο χώρο. Κύριες εκφάνσεις της ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί η βία μεταξύ συζύγων ή συντρόφων, οι επιθέσεις εφήβων προς τους γονείς, η κακοποίηση και εκμετάλλευση ανήλικων ή ηλικιωμένων μελών της οικογένειας(Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, 2008).

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί απειλή για τα ανθρώπινα δικαιώματα και χαρακτηρίζεται από λεκτικές ή συμπεριφορικές πράξεις βίας που προκαλούν πόνο και οδύνη και έχουν αρνητική επίδραση στη σωματική και ψυχολογική υγεία. (DomesticViolenceAgainstWomen/MeninEurope).

Οι κατηγορίες της ενδοοικογενειακής βίας (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική), που αναφέρθηκαν προηγουμένως συνδέονται στενά με δυο κοινά στοιχεία: α) οι επανειλημμένες σωματικές ή σεξουαλικές επιθέσεις έχουν σίγουρα συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες και αντίστροφα, η ψυχολογική βία καταλήγει σε σωματική φθορά και β) σπάνια μια μορφή βίας λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα, χωρίς την ταυτόχρονη εκδήλωση και μιας άλλης μορφής (Χατζηφωτίου,2005).

Για αρκετές δεκαετίες, η κακοποίηση του παιδιού και αυτή της γυναίκας θεωρούνταν και μελετούνταν ως ξεχωριστά φαινόμενα. Τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια, οι επιστήμονες άρχισαν να συνδέουν τα δύο αυτά φαινόμενα και να διαπιστώνουν τις σοβαρότατες συνέπειες, όταν το παιδί γίνεται μάρτυρας της κακοποίησης της μητέρας του από τον ίδιο τον πατέρα του ή κάποιον καινούργιο σύντροφό της. Εκτός αυτού, διαπιστώθηκε πως περίπου το 60% των παιδιών, των

οποίων η μητέρα έπεσε θύμα κακοποίησης, κακοποιήθηκαν και τα ίδια από το ίδιο άτομο που είναι συνήθως ο βιολογικός τους πατέρας (Σαλπιστής, 2013).

1.2 Η έννοια της Παιδικής κακοποίησης

Η κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών αναγνωρίστηκε, ως ιδιαίτερο φαινόμενο ανάμεσα στις περιστάσεις άσκησης βίας, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες. Από την εποχή, δε, που ένας Παιδίατρος, ο H. Kempe, ανέφερε πρώτη φορά το «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» (Kempe et al., 1962) ως σήμερα, έχουν προστεθεί σειρά γνώσεων και δεδομένων για το ζήτημα, τροποποιώντας τις αντιλήψεις της διεθνούς κοινότητας και για πλευρές της αντιμετώπισης του φαινομένου, αλλά και για τον «πυρήνα» του ως τέτοιου. Παρατηρήθηκε, μάλιστα, αρκετά νωρίς στη σχετική συζήτηση πως οι διάφοροι ερευνητές ανά τον κόσμο υιοθετούσαν διαφορετικούς ορισμούς για το φαινόμενο της κακοποίησης αντανακλώντας και κοινωνικές, πολιτιστικές, ηθικές ή και προσωπικές τους αντιλήψεις, με αποτέλεσμα τη συχνή ασυμβατότητα των αποτελεσμάτων και των θεωρητικών τους αφητηριών και καταλήξεων (Νικολαΐδης, 2015).

Για να αντιμετωπισθούν οι δυσκολίες που προέκυπταν από την ασυμβατότητα των ορισμών και κριτηρίων των διάφορων ερευνητών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέληξε στον παρακάτω ορισμό, τον οποίο και προέβαλε στο πλαίσιο μιας παγκόσμιας καμπάνιάς του για την αναγνώριση του φαινομένου της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών ως προβλήματος δημόσιας υγείας (W.H.O., 1997, 1999, 2001, 2002): «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης» (Νικολαΐδης, 2015).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο αναφέρει τα εξής: «Η ενεργητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή κακοποίησης συνήθως συνδέεται με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού, με αποτέλεσμα να προκαλεί καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του» (Συμβούλιο της Ευρώπης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, 1996).

1.3 Γενικές μορφές παιδικής κακοποίησης

Σύμφωνα με την Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία οι βασικές μορφές κακοποίησης είναι οι εξής :

- Συναισθηματική κακοποίηση
- Σωματική κακοποίηση
- Σεξουαλική κακοποίηση
- Παραμέληση

(Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία, (2012).

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Ο Κουτσελίνης με τον όρο “σωματική κακοποίηση”: νοεί «οποιαδήποτε και καθ’ οιονδήποτε τρόπο διατάραξη της ανατομικής ακεραιότητας των ιστών του σώματος του παιδιού και οποιαδήποτε κατάσταση είναι αποτέλεσμα μη τυχαίας δυσμενούς επίδρασης εξωγενούς παράγοντα (φύσης μηχανικής ,φυσικής ή χημικής) ή αποτέλεσμα στέρησης ενός παράγοντα απαραίτητου για τη ζωή» (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα, όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Επιπλέον, ο Κουτσελίνης δίνει τον ορισμό της συναισθηματικής κακοποίησης: «ως μια συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού που επηρεάζει ή και αναστέλλει τη φυσιολογική του ανάπτυξη» (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που

παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξή του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο, εάν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί. Στα πλαίσια της παραμέλησης εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη της συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο 'σεξουαλική εκμετάλλευση' (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

1.4 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης

Ορισμένες ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης που μπορεί να ανήκουν σε κάποια ή κάποιες από τις παραπάνω κατηγορίες αναφέρονται παρακάτω:

1. Μια ιδιαίτερη μορφή σωματικής κακοποίησης των παιδιών είναι το **Σύνδρομο του «ταρακουνημένου βρέφους»** (“Shaken baby syndrome”). Το σύνδρομο αυτό είναι απότοκο δυνατού ταρακουνήματος ενός παιδιού σε βρεφική ηλικία, το οποίο

προκαλεί ενδο-εγκεφαλική αιμορραγία. διαγιγνώσκεται από συμπτώματα όπως οι διάχυτες στικτές αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς και άλλα σημεία αιμορραγίας στο εγκεφαλικό παρέγχυμα ή στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ενώ είναι δυνατό να παρατηρηθούν και μώλωπες στους ώμους ή στο λαιμό. Το «σύνδρομο του ταρακουνημένου βρέφους» προκαλείται συνήθως με αφορμή δυσκολία στη σίτιση ενός παιδιού ή παροξυσμό κλάματος από πλευράς του που συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου κάποιου εκ των φροντιστών του βρέφους. Το σύνδρομο αυτό είναι σοβαρό, καθώς, άπαξ και εκδηλωθεί ενδο-εγκεφαλική αιμορραγία, παρά την παροχή αυξημένης ιατρικής φροντίδας, η θνητότητα των βρεφών αυτών παραμένει λίαν υψηλή (Νικολαΐδης, 2015).

2. Μια ειδική περίπτωση της σωματικής κακοποίησης των παιδιών είναι ουσιαστικά και το **Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι'Αντιπροσώπου (“Munchausen Syndrome By Proxy”).** Στην περίπτωση του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου, ένας (ή, σπάνια, και οι δύο) γονέας ή φροντιστής προβαίνει σε ανάλογες ενέργειες που αφορούν όμως το παιδί που έχει στη φροντίδα του με σκοπό την ανάληψη από πλευράς του ενηλίκου φροντιστή του ρόλου του φροντιστή ενός ασθενούς παιδιού. Στο πλαίσιο του συνδρόμου αυτού οι γονείς ή φροντιστές, στην πλειονότητά τους μητέρες μπορεί να κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους προκαλώντας σε αυτό ή περιγράφοντας ψευδώς στους επαγγελματίες υγείας ιατρικά συμπτώματα. Με τις ενέργειές τους αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή σε αυτούς διαταραχή, εξ' ου και η εμφάνιση του συνδρόμου είναι αρκετά συχνή σε παιδιά που ούτως ή άλλως πάσχουν από χρόνια νοσήματα (π.χ. νεανικού τύπου σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια άσθμα κ.ο.κ.). Τα προκαλούμενα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν περιλαμβάνοντας διάρροια, σπασμούς και εμετούς απότοκα φαρμακευτικών δηλητηριάσεων, ενώ περιγράφονται, επίσης, κατάγματα και τραυματισμοί ή αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (πχ. αίματος, ούρων) και ψευδώς περιγραφόμενα συμπτώματα όπως άπνοια, αναπνευστικοί σπασμοί, ανακοπή κ.λπ. (Forsyth, 1996). Το σύνδρομο Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου είναι εξαιρετικά επικίνδυνο για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα των παιδιών καθώς αφενός ο φροντιστής που προκαλεί τις βλάβες «εθίζεται» σταδιακά σε αυτό προκαλώντας ολοένα και μεγαλύτερες και βαρύτερες κακώσεις ή δηλητηριάσεις στο παιδί και αφετέρου γιατί το τελευταίο ενδεχομένως να οδηγηθεί σε αναίτιες ιατρικές πράξεις

και παρεμβάσεις (φάρμακα, εγχειρήσεις κ.λπ.) που εγκυμονούν κινδύνους και ενέχουν παρενέργειες. Η διαφορική διάγνωση μιας τέτοιας περίπτωσης δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση. Και τούτο καθώς το ενδιαφέρον για τη σωματική υγεία των παιδιών είναι ούτως ή άλλως επαυξημένο στις σύγχρονες κοινωνίες, οπότε και ένας βαθμός υπερβολής σε αυτό ενδεχομένως να είναι στα όρια των φυσιολογικών αντιδράσεων (Νικολαΐδης, 2015).

3. Κακοποίηση εμβρύου: Η κακοποίηση εμβρύου είναι μια αρκετά ακραία κατάσταση, που δύσκολα μπορεί να ενταχθεί στη κακοποίηση-παραμέληση για θεωρητικούς αλλά και πρακτικούς λόγους. Μερικοί από τους προβληματισμούς είναι οι παρακάτω: 1) όταν μια μητέρα δίνει ναρκωτικό ή ουίσκι στο βρέφος της για να μην κλαίει και την ενοχλεί, σίγουρα πρόκειται για μια περίπτωση κακοποίησης βρέφους, το οποίο προστατεύεται από τους νόμους της πολιτείας, 2) όταν μια μητέρα κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών πχ ναρκωτικών ή καπνίζει, 3) όταν η γυναίκα είναι έγκυος και είναι εξαρτημένη από κάποια ουσία έχει μεγάλη πιθανότητα πρόωρου τοκετού, αναστολής αναπτύξεως του εμβρύου, πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα , και ως συνέπεια το έμβρυο βρίσκεται να είναι ήδη κακοποιημένο, αντιμετωπίζοντας προβλήματα αργότερα στη σωματική και πνευματική του εξέλιξη (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,1987).

4. Εκφοβισμός (bullying): ο εκφοβισμός είναι μια επιθετική συμπεριφορά σωματική, λεκτική, ψυχολογική ή και κοινωνική που εκδηλώνεται σκόπιμα, απρόκλητα και επαναλαμβανόμενα στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο, ακόμη και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Σκοπός της είναι η επιβολή, και η πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου στο άτομο (ή ομάδα ατόμων) που την υφίσταται. Σωματικός εκφοβισμός είναι τα χτυπήματα, τα σπρωξίματα, οι κλωτσιές κλπ. Λεκτικός εκφοβισμός είναι η κοροϊδία, οι διακρίσεις, τα σεξουαλικά σχόλια κοκ. Κοινωνικός εκφοβισμός είναι η διάδοση φημών, η καταστροφή. Στη συμπεριφορά του εκφοβισμού υπάρχει μια διαφορά ισχύος ανάμεσα σ' αυτούς που την ασκούν και σ' αυτούς που την υφίστανται. Δεν πρόκειται για μια διαμάχη που χρειάζεται επίλυση. Όλη η εξουσία είναι στο άτομο ή στην ομάδα που την ασκεί. Τα άτομα που εκφοβίζουν τους άλλους, δείχνουν απέχθεια και περιφρόνηση σ' αυτούς που προσπαθούν να βλάψουν, ενώ πιστεύουν ότι μέσα απ' αυτή τη συμπεριφορά γίνονται πιο σημαντικοί (Κυπραίου,2015).

5. Η διαδικτυακή παρενόχληση (cyberbullying): αφορά στη παρενόχληση του ανηλίκου από το διαδίκτυο ή από κινητό τηλέφωνο και περιλαμβάνει: την κοροϊδία του ανηλίκου σε κάποιο chatroom, τη λήψη αισχρών, εκφοβιστικών και προσβλητικών μηνυμάτων, τη λήψη αισχρού/ υβριστικού υλικού κατά τη διάρκεια συνομιλιών, τη κοροϊδία του ανηλίκου από άτομο που έχει φτιάξει ένα ψεύτικο προφίλ και το χρησιμοποιεί ως μέσο για να τον εξευτελίσει, τη δημοσίευση προσωπικών δεδομένων χωρίς την άδεια του ανηλίκου, τον αποκλεισμό του ανηλίκου από κάποια ομάδα ή ηλεκτρονική δραστηριότητα (Τσίτσικα, 2014).

6. Η διαδικτυακή αποπλάνηση (grooming): αφορά στην επαφή του ανηλίκου (παιδιού/εφήβου) από ενήλικα ο οποίος αποσκοπεί στην εκμετάλλευσή του. Συνήθεις τρόποι διαδικτυακής αποπλάνησης είναι οι ακόλουθοι: η επίδειξη ενδιαφέροντος προς τον ανήλικο και οι προσπάθειες με στόχο την από κοινού συνάντησή τους, η επίδειξη πορνογραφικού υλικού στον ενήλικο, η προσπάθεια μεταφοράς του θέματος συζήτησης σε πορνογραφικό περιεχόμενο, η προσπάθεια του ενήλικα να αποσπάσει προσωπικές φωτογραφίες του ανηλίκου, η απόδοση προνομίων στον ανήλικο (Τσίτσικα 2014).

7. Sexting: πρόκειται για μια νεοφερμένη μορφή παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα δηλαδή, τα μηνύματα και οι φωτογραφίες σεξουαλικού περιεχομένου, που ανταλλάσσουν μέσω ίντερνετ και κινητού τηλεφώνου τα παιδιά και οι έφηβοι. Χωρίς να μπορούν οι ίδιοι να βάλουν τα όρια, συχνά ανοίγουν άθελά τους την επικίνδυνη ακόμη και για την ίδια τους τη ζωή, πόρτα της σεξουαλικής παρενόχλησης, του εκβιασμού, της διαπόμπευσης.

Στην Ελλάδα, το 4% των παιδιών ηλικίας 9-16 ετών έχουν παρενοχληθεί διαδικτυακά και το 11% δηλώνει ότι έχει λάβει σεξουαλικά μηνύματα μέσω διαδικτύου, όπως καταγράφει η ελληνική ομάδα του δικτύου EU KidsOnline, του ευρωπαϊκού δικτύου που μελετά τις διαδικτυακές πρακτικές των παιδιών σε 25 ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ευρώπη, το 6% των παιδιών 9-16 ετών που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο δηλώνουν ότι έχουν υποστεί εκφοβισμό ή παρενόχληση μέσω ίντερνετ (cyberbullying), τα μισά από τα αυτά (3%) ομολογούν ότι έχουν παρενοχλήσει άλλα παιδιά, ενώ το 15% παραδέχονται ότι έχουν λάβει μηνύματα σεξουαλικού περιεχομένου μέσω διαδικτύου (sexting). Σύμφωνα με την Τσαλίκη: «το sexting είναι στην ουσία, ένα πείραγμα που

όταν ξεφεύγει από τα όρια, περνά στην κατηγορία του σεξουαλικού εκφοβισμού» (Κατσαμπέκη, 2014).

Η ενημέρωση των παιδιών από μικρή ηλικία για τη σωστή χρήση του διαδικτύου, είναι απαραίτητη με δεδομένο ότι όπως σημειώνει το Ίδρυμα Παρατήρησης Διαδικτύου (IWF) το φαινόμενο παρατηρείται ακόμη και σε παιδιά που δεν έχουν κλείσει ούτε καν τα 13 τους χρόνια, κάνοντας ακόμη πιο αδίστακτους τους παιδόφιλους, οι οποίοι χακάρουν τα τηλέφωνα και στη συνέχεια οι φωτογραφίες βρίσκονται δημοσιευμένες σε παιδοφιλικές ιστοσελίδες. Επί σαραντα ώρες, αναλυτές αναζητούσαν στοιχεία και αποδείξεις. Εντόπισαν 12.224 φωτογραφίες σε 70 παιδοφιλικές ιστοσελίδες και είναι βέβαιοι ότι τα νούμερα είναι πολύ υψηλότερα. Διεθνώς, τα περισσότερα κρούσματα του φαινομένου καταγράφονται στον κύκλο του σχολείου ανάμεσα σε μικρούς μαθητές(Κατσαμπέκη, 2014).

1.5 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο κακοποιημένο παιδί-θύμα

Οι σωματικές επιπτώσεις στο σώμα του κακοποιημένου παιδιού μπορούν να αναλυθούν παρακάτω:

Διαγνωστικά κριτήρια της σωματικής κακοποίησης :

Τα συχνότερα είναι οι μελανιές ή σημάδια από χτύπημα, τα διαστρέμματα, εξαρθρώσεις , δαγκώματα και κοψίματα στο πρόσωπο και στο σώμα του παιδιού, καθώς και τα κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη. Επίσης, χαρακτηριστικές είναι οι πληγές ή οι εκδορές. Συχνές είναι οι δηλητηριάσεις , οι εσωτερικές κακώσεις, οι κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη όπως π.χ. η αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς και το υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Τέλος, συχνά είναι τα εγκαύματα από τσιγάρο ή άλλου είδους εγκαύματα (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).Παρακάτω, παρουσιάζονται 5 ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία οδηγούν στην υπόθεση ,ότι το παιδί υπέστη κακώσεις από τους γονείς του:

Όταν υπάρχει μια ανεξήγητη καθυστέρηση, από την ώρα που έγινε ο τραυματισμός ως την ώρα που το παιδί μεταφέρθηκε στο γιατρό.

Όταν μοιάζει απίθανο το ατύχημα, που περιέγραψαν οι γονείς, να οδήγησε στον τραυματισμό που παρουσιάζει το παιδί ή όταν τα χαρακτηριστικά του περιστατικού, όπως τα διηγούνται οι γονείς ή οι κηδεμόνες, είναι φανερό ή αποδεικνύεται ότι είναι ψευδή.

Όταν το παιδί έχει επισκεφθεί επανειλημμένα άλλους γιατρούς και άλλα νοσοκομεία για διάφορα προβλήματα.

Όταν η μητέρα ομολογεί πως μερικές φορές, όταν το μωρό την εκνευρίζει ή την ενοχλεί, αισθάνεται την επιθυμία να το ταρακουνήσει ή όταν οι γονείς ισχυρίζονται, ότι ένας από τους δυο θα μπορούσε να είχε τραυματίσει το παιδί.

Όταν οι γονείς είναι άρρωστοι, εσωστρεφείς ή συμπεριφέρονται με ανάρμοστο τρόπο ή ακόμη επικοινωνούν πάντα σωματικά (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1987).

Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά:

Παρατηρείται επίσης καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας, υπάρχει συνήθως ιστορικό με ασάφειες που δεν συνάδουν με τη κλινική εικόνα του κακοποιημένου παιδιού ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού (πχ. ένα βρέφος 2-3 μηνών δεν πέφτει μόνο του από το κρεβάτι), βλάβες συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (πχ. κάταγμα και εκχυμώσεις) και συχνά διαφορετικής ηλικίας (επανειλημμένα επεισόδια βίας). Επίσης, συχνές είναι οι χαρακτηριστικές βλάβες της κακοποίησης (πχ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους) καθώς και ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους που δείχνει απόρριψη: «δύσκολο», «χαζό», «γκρινιάρικο», «αρρωστιάρικο», ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά. Παρατηρείται ότι οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο καθώς και μια απότομη και σταθερή αύξηση βάρους δυστροφικών παιδιών μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση και δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι, ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί-θύμα θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

Ειδικότερα, τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Το παιδί έχει σταδιακά μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση, παρουσιάζει σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, μειωμένη αυτοεκτίμηση και απόσυρση. Επίσης, ο ανήλικος εμφανίζει εναντιωματική συμπεριφορά ,μεγάλη διεγερσιμότητα και ψυχαναγκαστικότητα. Τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν ψευδο-ενήλικη συμπεριφορά και μαθησιακά προβλήματα(Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Κλαίει πολύ εύκολα , είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα. Ο όρος «παγωμένο βλέμμα» περιγράφει την χαρακτηριστική έκφραση που έχουν. Στη σχέση τους με τρίτους είναι πολύ επιφυλακτικά για σωματική επαφή και γενικά καχύποπτα. Φαίνεται επίσης να έχουν μια ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον, παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά, η δε συναλλαγή τους με τους άλλους δεν έχει φαντασία, ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές (Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Η αργή φυσική τους ανάπτυξη επηρεάζεται θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι , αλλά οι διαταραχές στο λόγο ή προβλήματα στη συμπεριφορά τους δεν αποκαθίστανται εύκολα. Αυτά τα πολύ γενικά χαρακτηριστικά δείχνουν ότι υπάρχει μια πολύ σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας που είναι πολύ πιθανό να συνεχίζει να υπάρχει και όταν αυτό το παιδί γίνει ενήλικας (Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Το ψυχικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά από το περιβάλλον της κακοποίησης είναι τόσο έντονο και όπως είναι επόμενο , τα κακοποιημένα παιδιά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους με πιθανή πρόγνωση να συνεχιστεί ο φαύλος κύκλος σε όλη τους τη ζωή. Υποστηρίζεται επίσης ότι τα αποτελέσματα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με τη μορφή εξελικτικών διαταραχών στο Κ.Ν.Σ.Η με μεγάλη συχνότητα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που έχει περιγραφεί σε κακοποιημένα παιδιά σε σχέση με φυσιολογικά και συμπεριλαμβάνει αυτό-ακρωτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας (Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Έχει επίσης περιγραφεί καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα παιδιά δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους για να μιλήσουν και επομένως η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής εξαιτίας της παραμέλησης. Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επίσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό, φαίνεται δε ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης -παραμέλησης και όχι με τη σοβαρότητα των τραυμάτων (Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Τέλος, άλλα χαρακτηριστικά που βρέθηκε ότι έχουν τα κακοποιημένα παιδιά είναι: χαμηλό βάρος στη γέννηση, προωρότητα και ύπαρξη διαφόρων παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική εξέλιξη. Τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού είναι αρκετά σοβαρές (Σταφυλά, Κουμούλα, & Σκλάβου, 2013).

Μελετώντας το πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, γίνεται σαφής ο όρος της ενδοοικογενειακής βίας και της παιδικής κακοποίησης καθώς και η υπάρχουσα σχέση μεταξύ τους. Πιο αναλυτικά και σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ενδοοικογενειακή βία αναφέρεται σε κάθε μορφή βίας που ασκείται μεταξύ ανθρώπων οι οποίοι έχουν, ή είχαν, μία στενή συντροφική σχέση και οδήγησε, ή έχει πιθανότητες να οδηγήσει, σε σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέληξε στον παρακάτω ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο : «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης» (Νικολαΐδης, 2015).

Η σχέση που υπάρχει μεταξύ τους αποσαφηνίστηκε τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια, όπου οι επιστήμονες άρχισαν να συνδέουν τα δύο αυτά φαινόμενα και να διαπιστώνουν τις σοβαρότατες συνέπειες, όταν το παιδί γίνεται μάρτυρας της κακοποίησης της μητέρας του από τον ίδιο τον πατέρα του ή κάποιον καινούργιο

σύντροφό της. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των γενικών μορφών της παιδικής κακοποίησης όπως αυτές αποτυπώνονται από την Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία (2012), και σύμφωνα με αυτή οι βασικές μορφές κακοποίησης είναι: η συναισθηματική κακοποίηση, η σωματική κακοποίηση, σεξουαλική και η παραμέληση των παιδιών. Επιπροσθέτως, γίνεται ανάλυση των ειδικών μορφών παιδικής κακοποίησης όπου σύμφωνα με τη βιβλιογραφία: μια ιδιαίτερη μορφή σωματικής κακοποίησης των παιδιών είναι το Σύνδρομο του «ταρακουνημένου βρέφους», το Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι'Αντιπροσώπου, η κακοποίηση εμβρύου, ο εκφοβισμός (bullying) ,η διαδικτυακή παρενόχληση (cyberbullying), η διαδικτυακή αποπλάνηση (grooming) και τέλος το sexting το οποίο πρόκειται για μια νεοφερμένη μορφή παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα.

Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου αυτού αναλύονται οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί – θύμα . Τα συχνότερα συμπτώματα είναι οι μελανιές ή σημάδια από χτύπημα, τα διαστρέμματα, εξαρθρώσεις , δαγκώματα και κοψίματα στο πρόσωπο και στο σώμα του παιδιού, καθώς και τα κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη. Επίσης, χαρακτηριστικές είναι οι πληγές ή οι εκδορές. Συχνές είναι οι δηλητηριάσεις, οι εσωτερικές κακώσεις, οι κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη .Τέλος, συχνά είναι τα εγκαύματα από τσιγάρο ή άλλου είδους εγκαύματα ενώ οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Το παιδί έχει σταδιακά μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση, παρουσιάζει σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, μειωμένη αυτοεκτίμηση και απόσυρση, κλαίει πολύ εύκολα και παρουσιάζει υπερκινητικότητα καθώς έχει επίσης περιγραφεί καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου. Στο επόμενο κεφάλαιο, γίνεται αναλυτική προσέγγιση των αιτιών της εμφάνισης της παιδικής κακοποίησης καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου.

Κεφάλαιο 2ο «Τα αίτια της παιδικής κακοποίησης και τρόποι αντιμετώπισης της»

2.1. Αίτια της κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών

Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στην άποψη πώς μια αλυσίδα αιτιών και παραγόντων οδηγούν στην κακοποίηση του παιδιού: 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 απ' όσους σχετίζονται μαζί του (Χατζηφωτίου, 2005).

Σύμφωνα με τις Μιχαηλίδου & Παπαδάκη (1999), τα αίτια της επιθετικής συμπεριφοράς των ενηλίκων προς τα παιδιά μπορεί να είναι κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά και πολιτισμικά. Η έκταση της κατοικίας και οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συχνότητα και τον χαρακτήρα των κοινωνικών σχέσεων. Σε μια φτωχή πολυμελή οικογένεια, σε συνάρτηση και με τη στενότητα του χώρου της κατοικίας, οι γονείς δεν έχουν τον 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 γονεϊκό 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 (Χατζηφωτίου, 2005).

Όπως αναφέρουν οι Τσιάντης & Μανωλόπουλος (1987) ως προς την αιτιολογία του προβλήματος έχουν επικρατήσει δύο κύριες θεωρητικές σχολές: α) η κοινωνιολογική θεώρηση, που εκπροσωπείται από τον κοινωνιολόγο Gil και β) η ψυχολογική θεώρηση, που υποστηρίζεται από τη σχολή του Denver. Η πρώτη σχολή υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν, αλλά και ενθαρρύνουν την άσκηση βίας προς τα παιδιά μέσω της χρήσης της πειθαρχίας. Η οικογένεια και το σχολείο αποβλέπουν στη διάπλαση του νέου ατόμου σε μια «κοινωνικοπολιτισμική προσωπικότητα» και καταλήγουν να διαμορφώνουν ένα νέο άτομο που ασπάζεται κοσμοθεωρικές αντιλήψεις ικανές να δημιουργήσουν τις πιο ισχυρές μορφές επιθετικότητας και βίας (Χατζηφωτίου, 2005).

Όπως αναφέρουν οι Αδαμίδης (1995) και Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (1993), αντίθετα με την κοινωνιολογική θεώρηση, η θεωρία του Denver υποστηρίζει ότι η βίαιη συμπεριφορά των ενηλίκων προς τα παιδιά πρέπει να αποδοθεί στην ατομική ψυχοπαθολογία κάθε ενηλίκου.

- Παιδιά γεννημένα εκτός γάμου , τα οποία γίνονται αιτία για να παντρευτούν οι γονείς τους παρά τη θέληση τους.
- Παιδιά που έρχονται στον κόσμο από άλλο πατέρα , όχι από το νόμιμο σύζυγο της μητέρας.
- Παιδιά που δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των γονιών τους είτε από πλευράς απόδοσης στο σχολείο είτε από πλευράς συμπεριφοράς προς τους γονείς.
- Παιδιά που έρχονται στον κόσμο χωρίς τη θέληση των γονιών.
- Δύσκολα παιδιά με αυξημένες ανάγκες για φροντίδα κινδυνεύουν περισσότερο να κακοποιηθούν, όπως τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και παιδιά με διαταραγμένο δεσμό με τη μητέρα τους (Παπαδόπουλος, 1983).

Η καθημερινή εμπειρία αποδεικνύει ότι τόσο οι κοινωνικοί όσο και οι ψυχοπαθολογικοί παράγοντες δημιουργούν το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών και οι ειδικοί που χειρίζονται το θέμα αυτό στην καθημερινή τους πρακτική θα πρέπει να είναι ενήμεροι των δυναμικών που το περιβάλλουν (Χατζηφωτίου, 2005).

2.2 Χαρακτηριστικά των γονιών που κακοποιούν

Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν ξεχωρίζουν από κάποιο εξωτερικό χαρακτηριστικό και δεν προέρχονται από κάποια συγκεκριμένη κοινωνική τάξη. Είναι άνθρωποι της διπλανής πόρτας, συχνά υπεράνω πάσης υποψίας. Μπορεί να μοιάζουν φιλήσυχοι οικογενειάρχες και να είναι ευγενικοί με τους γείτονες τους και τον περίγυρό τους. Μπορεί να είναι μορφωμένοι, καλοί επαγγελματίες, νομοταγείς πολίτες ή όχι. Ανήκουν όμως σε διαφορετικές κατηγορίες όσον αφορά την ψυχοπαθολογία τους. Κατά βάθος μπορεί να είναι ανώριμα, φοβισμένα ή επιθετικά άτομα, τάση για απομόνωση. Μπορεί επίσης, να παρουσιάζουν πλείστα συμπτώματα όπως: άγχος, κατάθλιψη, έντονες παρορμητικές τάσεις, ψυχωτικές διαταραχές,

σχιζοφρένεια. Αρκετοί από αυτούς έχουν υποστεί κακοποίηση ως παιδιά. Είναι όμως δυνατόν να κρύβουν τις αδυναμίες τους επιμελώς, πίσω από το προσωπείο του καλού και στοργικού γονέα. Ακόμη, έρευνες δραματικά αποκαλύπτουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους, το κάνουν για να τα «πειθαρχήσουν» και μάλιστα πιστεύουν σε αυτήν την υποτιθέμενη «μέθοδο πειθαρχίας». Αυτοί οι ίδιοι οι γονείς «εκπαιδεύουν» τα παιδιά τους να δέχονται τα πάντα ως τιμωρία για κάτι που υποτίθεται έκαναν.

Οι τύποι των γονέων ανάλογα με την συμπεριφορά τους είναι:

- ✚ Α. Γονείς που έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, πράγμα που επαναλαμβάνουν τώρα οι ίδιοι στη σχέση τους με τα δικά τους παιδιά, μέσα από μηχανισμούς ταύτισης με τον επιτιθέμενο.
- ✚ Β. Ανεπάρκεια γονεϊκού ρόλου: όταν οι γονείς αδυνατούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι ανώριμα λόγω της ηλικίας τους (συχνά αναφέρονται σχόλια από την μεριά των γονιών του τύπου «τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς τους » ή «δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε»).
- ✚ Γ. Αντιστροφή ρόλου γονέων-παιδιών: οι γονείς αυτοί προσδοκούν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση ώστε να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Τέτοιοι γονείς διακρίνονται από έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα. Έντονο χαρακτηριστικό τους είναι η παθολογική λειτουργία του υπερεγώ τους και ενώ δείχνουν αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα αισθήματα ενοχής. Στην αντίθετη περίπτωση, της διαταραχής των υπεροπτικών συναισθημάτων τους, έχουμε έντονη εκδήλωση κατάθλιψης και ανεπιθύμητων, διωκτικών, σαδιστικών και επιθετικών συναισθημάτων απέναντι στο ίδιο τους το παιδί.
- ✚ Δ. Γονείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται άμεσα με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού ή πατρικού τους ρόλου. Σε αυτή την περίπτωση η κακοποίηση κυρίως εμφανίζεται σε περιόδους κρίσης της οικογένειας ή κρίση στη σχέση γονέα- παιδιού.

- ✚ Ε. Γονείς που απαντούν στις προσβολές ή επιθέσεις ενάντια στον εαυτό τους, για τον οποίο και οι ίδιοι τρέφουν χαμηλή εκτίμηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προσπαθούν απελπισμένα να κρατήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού τους, ώστε, έστω και επιφανειακά, να καταπνίξουν τα βαθύτερα αισθήματα ανεπάρκειας και απόρριψης που οι ίδιοι έχουν βιώσει.
- ✚ ΣΤ. Τέλος, γονείς νεαρής ηλικίας, χωρίς σταθερή εργασία, με έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με κακές σχέσεις με τις δικές του οικογένειες, κοινωνικά απομονωμένοι και χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα καταλήγουν ως καταθλιπτικά και κοινωνικά απομονωμένα άτομα ενώ εύκολα στρέφουν την επιθετικότητά τους προς το παιδί τους (Πολύζου, 2012)

2.3 Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης

Στην τρυφερή παιδική ηλικία, ο άνθρωπος δε διαθέτει τα κατάλληλα γνωστικά εργαλεία που θα τον βοηθήσουν σε περιπτώσεις κακοποίησης να κατανοήσει, να επεξεργαστεί και να ενσωματώσει την τραυματική εμπειρία (Χορομίδου, 2013).

Έτσι, ένα παιδί που έχει υποστεί κάποια μορφή βίας, αναπτύσσει στρατηγικές αντιμετώπισης που θα το βοηθήσουν να τα «βγάλει πέρα» στην καθημερινή ζωή με τα πολύπλοκα συναισθήματα και εντυπώσεις που βιώνει και συχνά αποκόπτοντας τον εαυτό του από τον συναισθηματικό και φυσικό πόνο των τραυματικών γεγονότων, ειδικά στις περιπτώσεις που η κακοποίηση διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα(Χορομίδου, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, τέτοιου είδους στρατηγικές, προστατεύουν το παιδί από το να κατακλυστεί από τα απειλητικά και επικίνδυνα συναισθήματα που βιώνει, που θα οδηγούσε στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς του, προσφέροντας του ταυτόχρονα ένα είδος ελέγχου του συνακόλουθου βιώματος της αίσθησης αδυναμίας, της αίσθησης του αβοήθητου και απελπισίας (Χορομίδου, 2013).

2.3.1 Συνήθειες στρατηγικές αντιμετώπισης σε απειλητικές καταστάσεις

Υπάρχουν διάφορα είδη διασπαστικών μηχανισμών διαχωρισμού της απειλητικής εμπειρίας από τη συνείδησή μας. Πολύ συνοπτικά, αναφέρονται οι εξής:

- Άρνηση
- Καταπίεση μνημών-τραυματική αμνησία
- Διάσχιση
- Υποβιβασμός της έντασης των δυσάρεστων συναισθημάτων.
- Αποφυγή ή δραπέτευση από τα συναισθήματα
- Υποκατάσταση των ιδιαίτερα έντονων «κατακλυστικών» συναισθημάτων με λιγότερο επίπονα
- Εκφόρτιση συναισθημάτων (π.χ. μέσω της επιθετικότητας, υπερκινητικότητας κλπ)
- Διαχωρισμός των έντονων συναισθημάτων σε μικρότερα διαχειρήσιμα μέρη.

Μία άλλη κατηγορία συμπεριφορών που υιοθετούνται για την αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας, αφορούν μηχανισμούς άμυνας «αναπλασιώσης» της και μείωσης της έντασης και σημασίας της, όπως:

- Εκλογίκευση. Αφορά μια προσπάθεια εύρεσης «εξήγησης» που να δικαιολογεί την κακοποίηση. Για παράδειγμα, συχνά ένα παιδί αρχίζει να πιστεύει ότι είναι «κακό» και αξίζει την τιμωρία .
- «Σμίκρυνση» της εμπειρίας στην ελάχιστη πιθανή επίπτωση.
- Συμπεριφορές με τάση να ευχαριστήσω/ να κατευνάσω τη σύγκρουση, προσπάθεια να «είμαι καλός» . Πολλά παιδιά, πεπεισμένα για την αδυναμία και τη ματαιότητα της δυνατότητάς τους για αντίσταση, αναπτύσσουν μια ιδέα ότι εξουσιάζονται πλήρως από τον εισβολέα-ενήλικα. Το παιδί προσπαθεί να αποδείξει την αφοσίωση και συμμόρφωση του και να αποκτήσει αίσθηση του ελέγχου με το να προσπαθεί να «είναι καλό» .
- Αναζήτηση στοργής σε εξωτερικές πηγές που προσφέρουν ανακούφιση-παρηγοριά(Χορομίδου, 2013).

2.4 Θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα κριθούν κατάλληλες από τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, για την αντιμετώπιση περιστατικών παιδικής κακοποίησης πρέπει να είναι αποτελεσματικές. Αρχικά, η αποδοχή του γεγονότος από τους γονείς και τους αρμόδιους φορείς και η σύλληψη του υπαίτιου, εφόσον επιτυγχάνεται, λειτουργούν θεραπευτικά για το παιδί. Παρ' όλο που ο κίνδυνος έχει παρέλθει, τα παραπάνω δεν αρκούν, εφ' όσον το τραύμα του παιδιού και της οικογένειας παραμένει και πρέπει να εκφρασθεί. Κλασικές μέθοδοι όπως η οικογενειακή θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η παιγνιοθεραπεία και ψυχοθεραπεία του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του καθώς και η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Σε άλλες χώρες με υψηλότερο ποσοστό αποκάλυψης και τομεοποιημένες και οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χρησιμοποιείται με επιτυχία η ομαδική θεραπεία παιδιών-θύματων σε μικρές ηλικιακά καθορισμένες ομάδες, αλλά και ενηλίκων υπαίτιων (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Ειδικότερα, η προστασία του παιδιού-θύματος σε πλαίσιο παιδικής προστασίας, όταν χρειάζεται, αποτελεί μέρος από τη θεραπεία, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι το πρώτο πλαίσιο να έχει τη μορφή του "ξενώνα-κρίσης", έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο. Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνδέεται με την αποκάλυψη, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο διαγνωστικής διερεύνησης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Επιπλέον, ο θεραπευτικός προσανατολισμός του "ξενώνα-κρίσης" είναι άλλη μια βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση και η επίσημη και καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις στο στάδιο αυτό.

Διάφορες θεραπευτικές δυνατότητες με την πιο κλασική έννοια είναι:

- ❖ Ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης.

- ❖ Θεραπεία μέσω της τέχνης, βασισμένη στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω τεχνικών όπως ο χορός, η μουσική, η ζωγραφική, το θέατρο και άλλες μορφές έκφρασης.
- ❖ Θεραπεία ομάδας για παιδιά και εφήβους, με διάφορους προσανατολισμούς.
- ❖ Οικογενειακή θεραπεία με διάφορα σχήματα, η οποία όμως προϋποθέτει:
 1. την αναγνώριση της πράξης από τον ενήλικα υπεύθυνο, συνήθως πατέρα.
 2. την αναγνώριση από τον άλλο γονέα της ευθύνης του για τη μη προστασία του παιδιού είτε από άγνοια, είτε από παθητική εμπλοκή, άρα συνενοχή.
 3. την αναγνώριση της παθολογικής δυσλειτουργίας από τα μέλη της οικογένειας(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,1998).

2.5 Πρόληψη της παιδικής κακοποίησης/παραμέλησης παιδιών στην Ελλάδα

Η πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στη Ελλάδα, συνδέεται άμεσα με την αιτιολογική θεώρηση του φαινομένου της κακοποίησης. Με την προϋπόθεση ότι το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και ανισοτήτων αλλά και ατομικής και οικογενειακής παθολογίας που ενεργούν χωριστά αλλά και αλληλένδετα. Στόχος της πρόληψης, πρέπει να είναι η ταυτόχρονη προσέγγιση και των τριών μορφών πρόληψης: της πρωτογενούς, της δευτερογενούς και της τριτογενούς(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,1991).

Ειδικότερα, η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Ως ειδικοί στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης, περιλαμβάνονται οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, πρόνοιας, εργασίας αλλά και οι υγιέστερες οικογενειακές σχέσεις. Η διαρκής ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, οφείλει να στοχεύει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών που προωθούν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα και άλλες κοινωνικές ανισότητες(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Επιπλέον, η δευτερογενής πρόληψη, έχει ως στόχο την έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού νέων ατόμων, πριν ή μετά το γάμο, νέων γονέων ή οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες» για την ανάπτυξη συμπεριφορών «κνηλού κινδύνου» όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο. Η έγκαιρη

στήριξη των ομάδων αυτών, μπορεί να προλάβει σε σημαντικό βαθμό τις περισσότερες μορφές της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου,1998).

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη έχει ως απώτερο στόχο, τη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών που ήδη κακοποιούνται ή παραμελούνται αλλά και των οικογενειών τους και τη διακοπή του κύκλου της βίας. Ακόμη, όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού, η νομική παρέμβαση με σκοπό την κατοχύρωση της ασφάλειάς του και η στήριξη της οικογένειας ως σύνολο, αποτελούν στόχο της τριτογενούς πρόληψης(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Εν κατακλείδι, η διάκριση της πρόληψης στις τρεις παραπάνω κατηγορίες αφορά πρακτικούς λόγους προσέγγισης και μελέτης του ζητήματος και δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε επίπεδο λειτουργίας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών, αλλά ότι μάλλον και οι τρεις αναγνωρίζονται ως ένα συνεχές(continuum)(Μπαλούρδος&Φρονίμου 2011).

2.6 Αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης από την πολιτεία

Η παραμέληση ενός παιδιού είναι γεγονός πραγματικό, απεχθές και επικίνδυνο(τα θύματα συχνά, γίνονται οι θύτες-γονείς), συμβαίνει γύρω μας, καθημερινά και μπορεί να έχει οποιαδήποτε μορφή από την παραμέληση των εκπαιδευτικών αναγκών του ανήλικα μέχρι την παραμέληση αναγκών υγείας ή της συναισθηματικής κάλυψης και επάρκειας ενός παιδιού. Η αντιμετώπιση του γίνεται από εξειδικευμένες υπηρεσίες και προσωπικό που έχει την αντίστοιχη εκπαίδευση, εποπτεία και εμπειρία. Σε πολλές περιπτώσεις είναι αναγκαία η συνεργασία πολλών υπηρεσιών(ιατρικές, κοινωνικές) και αρχών(αστυνομική, ιατροδικαστική, δικαστική) προκειμένου να διαπιστωθεί, να αντιμετωπισθεί, να κατασταλεί, να θεραπευτεί.

Στη χώρα μας, δεν υπάρχει ούτε ένας φορέας του επίσημου κοινωνικού ελέγχου που να ασχολείται αποκλειστικά με παιδιά-θύματα κακοποίησης/παραμέλησης, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Τέτοια περιστατικά αντιμετωπίζονται από κοινού με άλλα κοινωνικά προβλήματα στο πλαίσιο των κοινωνικών υπηρεσιών της νομαρχιακής ή της τοπικής αυτοδιοίκησης. Υπάρχει παντελής έλλειψη κοινωνικο-υποστηρικτικών δομών όπου θα μπορούσε να

καταφύγει ένα παραμελημένο παιδί και να δεχτεί κατάλληλη συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε ένα ζεστό και φιλικό περιβάλλον με εξειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλη υποδομή. Δυστυχώς δεν υπάρχουν ούτε ξενώνες, ή όσοι υπάρχουν δεν επαρκούν, ώστε να μπορούν να φιλοξενηθούν τα θύματα κατά το διάστημα της κρίσης. Αυτή η παντελής έλλειψη κοινωνικό-υποστηρικτικών δομών από την πλευρά της πολιτείας καλύπτεται σήμερα από τη δράση Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και του εθελοντισμού, που είναι αναμφισβήτητα χρήσιμη, ωστόσο δε μπορεί να υποκαθιστά την ευθύνη μιας ευνομούμενης πολιτείας»(Αρτινοπούλου, 2014).

2.7 Νομικό και θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης- παραμέλησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Στις σύγχρονες κοινωνίες, συχνά θεωρείται αυτονόητη η παρέμβαση του κράτους στη σχέση των γονιών με τα παιδιά τους, με σκοπό την προστασία των παιδιών από διάφορες μορφές βίας και κακομεταχείρισης ή ανεπαρκούς φροντίδας με συνέπεια τον κίνδυνο να υποστούν βλάβη. Σε αυτό συχνά συνυπάρχει η συνείδηση της ευθύνης που φέρουν οι κοινωνικοί λειτουργοί που εμπλέκονται σε αντίστοιχες περιπτώσεις παιδικής προστασίας και το ισχύον πλαίσιο παιδικής φροντίδας και προστασίας κάθε χώρας. Μέσα από αυτή τη προσέγγιση, γίνεται κατανοητή η σημαντικότητα και η αναγκαιότητα για την κάθε κοινωνία της θέσπισης νομοθετικών πλαισίων και πολιτικών στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας και προστασίας για τα παιδιά προκειμένου να προασπίσει την ασφάλεια και το μέλλον τους. Τα ζητήματα που απορρέουν από την παιδική προστασία, την κοινωνική φροντίδα των παιδιών και το ρόλο του κράτους είναι συχνά σύνθετα με σημαντικές διαφοροποιήσεις στις προσεγγίσεις τους και στις αξίες που αυτά υποστηρίζουν και ικανοποιούν ή όχι (Υπουργείο Υγείας, 2009).

Ελληνική νομοθεσία

Ο Νόμος 3500/2006

Ο νόμος 3500/2006 «για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας» αποτελεί ένα πρόσθετο θεσμικό εργαλείο για τη χώρα μας ενάντια στην παιδική κακοποίηση, καθώς η βία μέσα στην οικογένεια πλήττει στην πράξη κυρίως τις γυναίκες και τα ανήλικα παιδιά, προβλέπει δε αυστηρότερες ποινές για τους δράστες. Η ερμηνεία του όρου «οικογένεια», με την έννοια του νόμου, διευρύνεται για να συμπεριλάβει, εκτός της εν στενή έννοια οικογένειας, και άλλα οικογενειακά σχήματα που υφίστανται στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, όπως ζευγάρια μόνιμων συντρόφων με κοινά παιδιά, παιδιά ενός εξ αυτών ή εξ υιοθεσίας, πρώην συζύγους, τους συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι και τέταρτου βαθμού, εφόσον οι τελευταίοι συγκατοικούν. Ορίζει τη βία σύμφωνα με τις μορφές που κυρίως εκδηλώνεται, όπως τη σωματική βία (απόλυτη και ψυχολογική), τη βία κατά πραγμάτων, την παράνομη βία και απειλή και τον ψυχικό και σωματικό βασανισμό του θύματος (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άρθρο 4 προβλέπει την απαγόρευση της σωματικής τιμωρίας σε βάρος ανηλίκου ως μέσου σωφρονισμού, στο πλαίσιο της διαπαιδαγώγησής του, ενώ οι διατάξεις του εφαρμόζονται αντίστοιχα και για περιπτώσεις που ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας (π.χ. σε ιδρύματα) και η πράξη του στρέφεται εναντίον προσώπου το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού. Ο νόμος, επίσης, ποινικοποιεί το βιασμό και την κατάχρηση σε ασέλγεια ακόμα κι αν αυτές τελούνται εντός του γάμου. Υιοθετώντας μια διασταλτική ερμηνεία του όρου ο νέος νόμος χαρακτηρίζει ως «θύμα», όχι μόνον κάθε πρόσωπο σε βάρος του οποίου τελείται το αδίκημα της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά και κάθε μέλος της οικογένειας μέσα στην οποία αυτό συμβαίνει και κυρίως τον ανήλικο ενόπιον του οποίου τελείται κάποια-ες από τις αξιόποινες πράξεις τις οποίες περιγράφει. Προστατεύει επίσης όλα τα ανήλικα πρόσωπα που συγκατοικούν με την οικογένεια ανεξάρτητα από τον λόγο της συνοίκησης, ενεργοποιεί δε την ποινική διαδικασία όχι μόνο μετά από έγκληση του θύματος ή καταγγελία τρίτου προσώπου, αλλά και αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Τέλος, καινοτομία αποτελεί και ο ρόλος που ο νόμος αποδίδει στους εκπαιδευτικούς σχετικά με την αποκάλυψη περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας που

διαπράττονται σε βάρος μαθητή τους. Στο άρθρο 23 προβλέπεται ότι ο εκπαιδευτικός αυτός οφείλει να ενημερώνει άμεσα τον διευθυντή του σχολείου για τα γεγονότα που υπέπεσαν στην αντίληψή του, ο οποίος με τη σειρά του υποχρεούται να πληροφορήσει γι' αυτά τον αρμόδιο εισαγγελέα ή την πλησιέστερη αστυνομική αρχή (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Ο Θεσμός του Συνήγορου του Παιδιού

Μέσα στο πλαίσιο του Συνηγόρου του Πολίτη ο Κύκλος των Δικαιωμάτων του Παιδιού έχει αναλάβει το ρόλο του Συνήγορου του Παιδιού στη χώρα μας. Από το έτος 2003, ο Συνήγορος του Παιδιού δραστηριοποιείται για την προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων των παιδιών, όπως αυτά διατυπώνονται στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών, την οποία έχει κυρώσει και η χώρα μας (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται:

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

Ακούγοντας τους προβληματισμούς και τις προτάσεις τους διαπιστώνει ανάγκες και ελλείψεις και προτείνει θεσμικά μέτρα διασφάλισης των δικαιωμάτων τους.

- ◆ Αποστολή του Συνήγορου του Παιδιού είναι επίσης η ενημέρωση και εκπαίδευση γονέων και επαγγελματιών που εργάζονται με παιδιά αλλά και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών και την προάσπιση τους.
- ◆ Σημαντικές πρωτοβουλίες που ανέλαβε η Αρχή, ήταν η ίδρυση του Δικτύου για την καταπολέμηση της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά, οπότε σε συνεργασία με άλλους δημόσιους φορείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις, ο Συνήγορος ανέδειξε την ανάγκη εξάλειψης της σωματικής τιμωρίας ως μέσου σωφρονισμού των παιδιών και την προβολή του διαλόγου και άλλων μη βίαιων μέσων διαπαιδαγώγησης. Συμμετείχε επίσης, στην νομοπαρασκευαστική επιτροπή για τη σύνταξη του νόμου ενάντια στην οικογενειακή βία (Ν. 3500/06), ενώ έχει υποστηρίξει και σχολιάσει και άλλες νομοθετικές πρωτοβουλίες σχετικές με την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

2.7.1 Η Διεθνής σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας σε επίπεδο ατόμων και κοινωνιών έθεσαν σε νέες βάσεις την προστασία του παιδιού στο πλαίσιο της οικογένειας. Κύριο μήνυμα της Σύμβασης είναι η θεώρηση του παιδιού ως υποκειμένου δικαιωμάτων και όχι ως αντικειμένου προστασίας. Το δικαίωμα στην προστασία από κάθε μορφή εκμετάλλευσης και το δικαίωμα διαβίωσης σε μια ευτυχισμένη οικογένεια πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε ευνομούμενης κοινωνίας. Η Διεθνής Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τα Δικαιώματα του Παιδιού είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό κείμενο, γιατί ρυθμίζει τις υποχρεώσεις των κρατών για την προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων των παιδιών. Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού υιοθετήθηκε ομόφωνα από τη συνέλευση του ΟΗΕ το 1989 και τέθηκε σε ισχύ το 1990. Μέχρι σήμερα έχει επικυρωθεί από 193 χώρες. Στην Ελλάδα επικυρώθηκε το

1992 με τον Ν.2101/92. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού περιλαμβάνει τέσσερις ευρύτερες κατηγορίες δικαιωμάτων:

- 1) Επιβίωση(δικαίωμα στη στέγη, τη διατροφή, την υγεία κ.λ.π.)
- 2) Προστασία(από κάθε είδους κακοποίηση, εκμετάλλευση, διάκριση κ.λ.π.)
- 3) Ανάπτυξη-Εξέλιξη(δικαίωμα στην εκπαίδευση, το παιχνίδι, την αναψυχή κ.λ.π.)
- 4) Συμμετοχή(δικαίωμα στην έκφραση γνώμης, την πληροφόρηση, τον ελεύθερο χρόνο, κ.λ.π.)(Ε.Ψ.Υ.Π.Ε)

Ευρωπαϊκή νομοθεσία

NOMOS 3727/2008 - ΦΕΚ 257/Α'/18-12-2008

Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των παιδιών κατά της γενετήσιας εκμετάλλευσης και κακοποίησης.

Για τους σκοπούς της παρούσας σύμβασης αναλύονται παρακάτω οι ορισμοί:

1. ο όρος «παιδί» σημαίνει οποιοδήποτε πρόσωπο κάτω των 18 ετών
2. ο όρος «γενετήσια εκμετάλλευση και κακοποίηση των παιδιών» συμπεριλαμβάνει τη συμπεριφορά, όπως αυτή αναφέρεται στα άρθρα 18 έως 23 της παρούσας Σύμβασης
3. ο όρος «θύμα» σημαίνει κάθε παιδί που υφίσταται γενετήσια εκμετάλλευση ή κακοποίηση.

Οι σκοποί της παρούσας Σύμβασης είναι:

α. η πρόληψη και η καταπολέμηση της γενετήσιας εκμετάλλευσης και κακοποίησης των παιδιών,

β. η προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών - θυμάτων γενετήσιας εκμετάλλευσης και κακοποίησης,

γ. η προώθηση της εθνικής και διεθνούς συνεργασίας κατά της γενετήσιας εκμετάλλευσης και κακοποίησης των παιδιών(Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ,2008).

Κάθε Μέρος λαμβάνει τα απαιτούμενα νομοθετικά ή άλλα μέτρα, προκειμένου να συνδράμει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τα θύματα, στη σωματική και ψυχοκοινωνική αποκατάστασή τους. Κατά την λήψη των μέτρων της παρούσας παραγράφου λαμβάνονται δεόντως υπόψη οι απόψεις, οι ανάγκες και οι ανησυχίες του παιδιού. Κάθε Μέρος λαμβάνει μέτρα, υπό τους όρους που προβλέπονται από το εσωτερικό του δίκαιο, προκειμένου να συνεργάζεται με μη-κυβερνητικές οργανώσεις, άλλες σχετικές οργανώσεις ή άλλους φορείς της κοινωνίας των πολιτών που ασχολούνται με την παροχή συνδρομής προς τα θύματα.

Όταν οι γονείς ή τα πρόσωπα που έχουν τη μέριμνα του παιδιού συμμετέχουν στη γενετήσια εκμετάλλευση ή κακοποίησή του, οι διαδικασίες παρέμβασης που υλοποιούνται κατ' εφαρμογή του άρθρου 11, παράγραφος 1, περιλαμβάνουν: τη δυνατότητα απομάκρυνσης του υποτιθέμενου δράστη, τη δυνατότητα απομάκρυνσης του θύματος από το οικογενειακό περιβάλλον του. Οι όροι και η διάρκεια της απομάκρυνσης καθορίζονται σύμφωνα με το καλύτερο συμφέρον του παιδιού. Κάθε Μέρος λαμβάνει τα απαιτούμενα νομοθετικά ή άλλα μέτρα, προκειμένου να διασφαλίσει ότι τα πρόσωπα που είναι κοντά στο θύμα μπορούν να επωφεληθούν, όπου αυτό είναι πρόσφορο, από θεραπευτική αγωγή, και ιδίως από επείγουσα ψυχολογική υποστήριξη (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2008).

Μελετώντας τις πληροφορίες του δευτέρου κεφαλαίου του θεωρητικού μέρους, μπορούμε να αναφέρουμε συνοπτικά το περιεχόμενο του, ξεκινώντας με τα αίτια της επιθετικής συμπεριφοράς των ενηλίκων προς τα παιδιά τα οποία μπορεί να είναι κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά και πολιτισμικά. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των χαρακτηριστικών των γονιών που κακοποιούν, οι οποίοι μπορεί να μοιάζουν φιλήσυχοι οικογενειάρχες και να είναι ευγενικοί με τους γείτονες τους και τον περίγυρό τους. Μπορεί να είναι μορφωμένοι, καλοί επαγγελματίες, νομοταγείς πολίτες ή όχι, αλλά κατά βάθος μπορεί να είναι ανώριμα, φοβισμένα ή επιθετικά άτομα, με τάση για απομόνωση και ενεργή ψυχοπαθολογία. Αρκετοί από αυτούς μάλιστα να έχουν υποστεί κακοποίηση ως παιδιά. Μετά τα αίτια γίνεται μια αναλυτική προσέγγιση των τρόπων αντιμετώπισης της κακοποίησης από το ίδιο το παιδί και τις συνήθεις στρατηγικές σε απειλητικές καταστάσεις όπως είναι η κακοποίηση και η

παραμέληση. Το παιδί αναπτύσσει μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως ο μηχανισμός της άρνησης λόγω της αδυναμίας του να κατανοήσει και να επεξεργαστεί τέτοιου είδους γεγονότα και συμπεριφορές.

Στα επόμενα υποκεφάλαια αναλύεται η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη του φαινομένου στην Ελλάδα καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης του από την πολιτεία, η οποία μέσω του θεσμικού και νομικού πλαισίου που διαθέτει όπως ο Θεσμός του Συνήγορου Του Παιδιού , η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα Του Παιδιού κ.α , στοχεύει τόσο στην πρόληψη αλλά και στην άμεση αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης –παραμέλησης στην Ελλάδα. Στο επόμενο και τελευταίο μέρος του θεωρητικού της πτυχιακής εργασίας , γίνεται εστίαση στο κεντρικό θέμα της εργασίας , στα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.

Κεφάλαιο 3^ο «Ηθικά διλήμματα και παιδική κακοποίηση»

3.1 Ορισμός του ηθικού διλήμματος

Οι Engleson και Yockers (1994) διατύπωσαν έναν ορισμό του ηθικού διλήμματος: «ηθική είναι η αντίληψη του τι είναι θεμελιωδώς σωστό ή λάθος ένας προσωπικά δομημένος κώδικας που βοηθά το άτομο να καθορίζει τις σχετικές αξίες, να κάνει τις επιλογές του βασιζόμενο σε αυτές και να αποδέχεται την ευθύνη για τις επιλογές αυτές. Η προσωπική ηθική αναπτύσσεται καθώς καθορίζει τις σχετικές αξίες ώστε το άτομο να κάνει τις επιλογές του βασιζόμενο σε αυτές και να αποδέχεται την ευθύνη για τις επιλογές αυτές. Η προσωπική ηθική αναπτύσσεται καθώς το άτομο αποκτά εμπειρίες στη λήψη ηθικών αποφάσεων και μαθαίνει από αυτές. Μία κατάσταση για να θεωρηθεί ως «ηθικό δίλημμα», θα πρέπει να περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες ηθικές αρχές οι οποίες να συγκρούονται, όταν πρόκειται για πιο απαιτητικά θέματα, οι οποίες θα πρέπει να είναι περίπου ίσης σημασίας και βαρύτητας μεταξύ τους. Το δίλημμα πρέπει πάντα να είναι «δύσκολο», όχι πάρα πολύ πολύπλοκο, να μην υπάρχει εύκολη διέξοδος και να επιδέχεται περισσότερες της μιας λύσεις (Superka et al., 1976).

Υπάρχουν τρεις συνθήκες που πρέπει να είναι παρούσες σε μια κατάσταση για να θεωρηθεί ηθικό δίλημμα. Η πρώτη συνθήκη συμβαίνει σε καταστάσεις όταν ένα άτομο, που αποκαλείται «παράγων» πρέπει να πάρει μια απόφαση σε σχέση με το ποιός τρόπος πράξης είναι ο καλύτερος. Καταστάσεις που είναι μεν άβολες αλλά δεν απαιτούν κάποια επιλογή, δεν είναι ηθικά διλήμματα. Η δεύτερη συνθήκη για τα ηθικά διλήμματα είναι ότι πρέπει να υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι να πράξει κανείς για να επιλέξει. Τρίτον, σε ένα ηθικό δίλημμα, όποιος τρόπος πράξης και να επιλεγεί, κάποια ηθική αρχή διακινδυνεύεται. Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει τέλεια λύση (Allen, 2012).

Σύμφωνα με τους Congress, (1999), Logoff, Liebenberg, & Harrington, (2009), Reamer, (1995), Robison & Reese, (2002) για να οριστεί τι συνιστά ένα ηθικό δίλημμα: «είναι απαραίτητο να γίνει μια διάκριση μεταξύ της ηθικής, της αξίας και της πολιτικής. Ηθική του επαγγέλματος είναι καθιερωμένες δηλώσεις που χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους που εξασκούν ένα επάγγελμα για να ορίσουν ποιός είναι ο σωστός τρόπος δράσης. Η ηθική βασίζεται σε λογικά κριτήρια για να φτάσει κανείς σε μια απόφαση, μια απαραίτητη γνωστική διαδικασία. Οι αξίες, απ

την άλλη, περιγράφουν ιδέες που θεωρούμε ότι είναι σημαντικές. Το να θεωρούμε ότι είναι σημαντικές σημαίνει ότι έχουν αξία για εμάς». Ως εκ τούτου, υπάρχει συχνά μια συναισθηματική και υποκειμενική συνιστώσα που συνδέεται με τις αξίες (Allen & Friedman, 2010). Συχνά οι αξίες είναι ιδέες που φιλοδοξούμε να κατακτήσουμε, όπως η ισότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη. Όπως αναφέρουν οι Logoff, Liebenberg, & Harrington, (2009), η ηθική που έχει ένα άτομο περιγράφεται από έναν κώδικα συμπεριφορών του, ο οποίος κώδικας συμπεριφορών χρησιμοποιείται για τη διαπραγμάτευση, την υποστήριξη και για να ενισχύσει τις σχέσεις μεταξύ ανθρώπων (Allen, 2012).

Τέλος, οι νόμοι και οι πολιτικές των υπηρεσιών συχνά εμπλέκονται σε πολύπλοκες υποθέσεις και οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι συχνά υποχρεωμένοι από τη νομοθεσία να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη πορεία δράσης. Το άρθρο 1.07j του Κώδικα Ηθικής, (NASW- National Association of Social Workers, 1996) αναγνωρίζει ότι οι νομοθετικές υποχρεώσεις ίσως απαιτούν από τους επαγγελματίες να μοιραστούν απόρρητες πληροφορίες (όπως στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης), αλλά απαιτούν να προστατεύεται το απόρρητο «στο πλαίσιο που επιτρέπει ο νόμος». Παρόλο που τα επαγγέλματα υγείας αναγνωρίζουν το κράτος δικαίου, οι επαγγελματίες είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται για την αλλαγή άδικων και μεροληπτικών νόμων. Υπάρχει πολύ λιγότερη αναγνώριση της υπεροχής των πολιτικών των υπηρεσιών στον Κώδικα, και το άρθρο περί Ηθικής 3.09d δηλώνει ότι δεν πρέπει να επιτρέπουμε στην πολιτική των υπηρεσιών να εμπλέκεται με την ηθική πρακτική του επαγγέλματος (Allen, 2012).

Ηθικά ζητήματα περιλαμβάνονται σε κάθε σχεδόν κατάσταση. Ακόμη και μια εκ πρώτης όψεως απλή περιγραφική δήλωση, ενδέχεται να εμπεριέχει μια αξιολογική στάση. Αλλά ο ρόλος της ηθικής κρίσης είναι εμφανέστερος στις πιο περίπλοκες καταστάσεις, όπου ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να αποφασίσει πώς να δράσει σε σχέση με τους θεραπευόμενούς του. Ο ποσοτικός και ποιοτικός φόρτος εργασίας, η πίεση για αποτελεσματικότητα, οι περιορισμοί των θεσμικών πλαισίων και των διαθέσιμων πόρων δεν επιτρέπουν πάντοτε την «αδανική λύση». Οι επαγγελματίες υγείας στη λήψη ηθικών αποφάσεων υποβοηθούνται από τον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματός τους, το σύστημα κανόνων και αξιών που χρησιμεύει ως οδηγός συμπεριφοράς για τα μέλη της συγκεκριμένης επαγγελματικής ή επιστημονικής ομάδας. Υποδηλώνοντας τις γενικές ηθικές αρχές στις οποίες βασίζεται η εφαρμογή

του επαγγέλματος ή της επιστήμης ενδέχεται να δημιουργήσουν καταστάσεις που θα απαιτήσουν από τον επαγγελματία υγείας να προχωρήσει σε μια ηθική απόφαση. Οι αρχές αυτές λειτουργούν ως «επαγγελματική δέσμευση» που προσδιορίζει σε αδρές γραμμές, «τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνει» ο επαγγελματίας υγείας (Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου, 2011).

Σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές όλων των επαγγελμάτων υγείας, ο βασικός γνώμονας των αποφάσεων του επαγγελματία υγείας είναι το «καλό» του θεραπευόμενου. Ωστόσο, το να καθοριστεί ποιο είναι το «καλό» σε μια συγκεκριμένη περίπτωση και ποιες είναι οι ενδεικνυόμενες δράσεις που απορρέουν από την επιθυμία για την κάλυψη των αναγκών του θεραπευόμενου, δεν είναι απλό και αυτονόητο. Το ίδιο ισχύει για όλες τις βασικές δεοντολογικές αρχές, όπως ο σεβασμός της αυτονομίας, αξιοπρέπειας του ατόμου, η ισότητα, η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη κ.λπ (Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου, 2011).

Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται αυξημένη διάκριση, καθώς ένας ηθικός κανόνας ή μια γενική ηθική αρχή δεν αρκεί για να υποδείξει το βέλτιστο τρόπο δράσης. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να δώσει τις προσωπικές του απαντήσεις στα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του πράξη, με βάση όχι μόνο την επιστημονική του γνώση, αλλά και «τη συνείδησή του». Έτσι, η επίλυση των περίπλοκων ηθικών ζητημάτων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας προϋποθέτει, όχι μόνο την εξοικείωση με τον κώδικα δεοντολογίας, αλλά και την καλλιέργεια μιας ευρείας σειράς γνωστικών ικανοτήτων. Παραδοσιακά, στο χώρο των επαγγελμάτων υγείας το συναίσθημα θεωρείται συνήθως ως ένα από τα σημαντικά εμπόδια στην επαγγελματική πράξη, καθώς ταυτίζεται με την απομάκρυνση από τη λογική, με την ένταση και τη σύγχυση (Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου, 2011).

3.2 Τύποι ηθικών διλημάτων

Όπως θα αναφερθεί εκτενέστερα παρακάτω, υπάρχουν δυο τύποι ηθικών διλημάτων. Αρχικά, «απόλυτο» ή «καθαρό» ηθικό δίλημμα συναντάμε μόνο σε περιπτώσεις όπου δυο (ή παραπάνω) ηθικά πρότυπα μπορούν να εφαρμοστούν σε μια

κατάσταση, αλλά ταυτόχρονα, βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Για παράδειγμα, ένας κοινωνικός λειτουργός σε μια αγροτική κοινότητα με περιορισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καλείται να γνωμοδοτήσει σχετικά με έναν εξυπηρετούμενο για μια αγοραφοβία, μια αγχώδη διαταραχή που περιλαμβάνει ένα φόβο των ανοιχτών και δημόσιων χώρων. Παρά το γεγονός, ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν αποτελεί γενική αρμοδιότητα του θεράποντος ιατρού, οι περιορισμένες εναλλακτικές λύσεις για τη θεραπεία, σε συνδυασμό με τη διατάραξη της ψυχικής και σωματικής ηρεμίας του εξυπηρετούμενου που βρίσκεται μακριά από το προσωπικό του χώρο για την αποθεραπεία του, σημαίνει ότι πιθανόν ο εξυπηρετούμενος δεν μπορεί να απευθυνθεί σε καμία άλλη υπηρεσία, εάν ο γιατρός του δεν συμφωνεί με αυτή του την απόφαση. Αν αρνηθούμε να δούμε τον ασθενή, τότε θα είμαστε δυνητικά σε σύγκρουση με τη δέσμευσή μας, σχετικά με τη προώθηση της ευημερίας των εξυπηρετούμενων (Allen, 2012).

Αυτό είναι ένα καθαρό ηθικό δίλημμα γιατί δύο ηθικά πρότυπα συγκρούονται, το ένα είναι αφενός αυτό των κατευθυντήριων γραμμών της υπηρεσίας που λόγω των περιορισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας αναγκάζουν τον κοινωνικό λειτουργό να μην δεχτεί να δει τον ασθενή με αποτέλεσμα ο εξυπηρετούμενος να μην μπορεί να απευθυνθεί σε καμία υπηρεσία και να εξυπηρετηθεί από γιατρό και αφετέρου μια βασική αρχή της κοινωνικής εργασίας, αυτής της προώθησης της ευημερίας των εξυπηρετούμενων, έρχεται σε σύγκρουση με τα παραπάνω, τοποθετώντας τον κοινωνικό λειτουργό σε αρκετά δυσμενή θέση.

Σύμφωνα με το άρθρο 4.01 του Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας του Επαγγέλματος επισημαίνεται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να δέχονται εργασία (ή σε αυτήν την περίπτωση εξυπηρετούμενο) βάσει των υφιστάμενων αρμοδιοτήτων τους. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αποδεχτεί την υπόθεση, συζητώντας τα σημερινά όρια της πραγματογνωμοσύνη της με τον εξυπηρετούμενο με σκοπό να υλοποιεί το αίτημα του, να αναζητήσει την εκπαίδευση ή την εποπτεία από πιο έμπειρους και εξειδικευμένους συναδέλφους, στοχεύοντας στην εξέλιξη του στον τομέα αυτό (Allen, 2012).

Βέβαια από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και κάποιες περίπλοκες καταστάσεις που απαιτούν γρήγορες αποφάσεις αλλά μπορεί επίσης και να περιέχουν συγκρούσεις μεταξύ αξιών, νόμων και πολιτικών. Παρόλο, που αυτά δεν αποτελούν απόλυτα

ηθικά διλήμματα, μπορούμε να τα σκεφτούμε σαν «Κατά προσέγγιση» διλήμματα. Για παράδειγμα, ένα κατά προσέγγιση δίλημμα συμβαίνει όταν οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να αναφέρουν τη παιδική ή ενδοοικογενειακή κακοποίηση και έχουν αμφιβολίες για το αν θα πρέπει να δώσουν αυτήν την πληροφορία. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να βιώσουν διχασμό ανάμεσα στη νομική υποχρέωση να αναφέρουν την κατάσταση και στην επιθυμία να σεβαστούν το απόρρητο (Allen, 2012).

Επιπλέον, επειδή ο Κώδικας Δεοντολογίας αναγνωρίζει την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να ακολουθούν τις απαιτήσεις της νομοθεσίας και να παρεμβαίνουν άμεσα, προστατεύοντας τους ευάλωτους, τεχνικά δεν υπάρχει απόλυτο ηθικό δίλημμα σ' αυτήν την περίπτωση. Όμως, στη προκειμένη περίπτωση ο επαγγελματίας υγείας βιώνει κάποιου τύπου δίλημμα και χρειάζεται να φτάσει σε κάποια λύση. Ο επαγγελματίας αναθεωρώντας την κατάσταση και τον προσδιορισμό της ηθικής, των αξιών, των νομικών θεμάτων, και των πολιτικών που εμπλέκονται, καθώς και τη διάκριση μεταξύ των προσωπικών και των επαγγελματικών διαστάσεων μπορεί να βοηθηθεί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στα κατά προσέγγιση διλήμματα που αντιμετωπίζει (Allen, 2012).

Τέλος, για την επίλυση ενός ηθικού διλήμματος στην πράξη, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ορίσουν αν είναι απόλυτο ή κατά προσέγγιση δίλημμα, να διαχωρίσουν τις προσωπικές και επαγγελματικές διαστάσεις του διλήμματος και να αναγνωρίσουν την ηθική, τις αξίες, τα νομικά ζητήματα και τις πολιτικές που εμπλέκονται. Μετά τη διεξαγωγή αυτής της προκαταρκτικής ανάλυσης, ένα ηθικό μοντέλο λήψης αποφάσεων μπορεί στη συνέχεια, να εφαρμοστεί σωστά (Allen, 2012).

Ο παρακάτω πίνακας είναι ένας οδηγός για το πώς ένας επαγγελματίας μπορεί να αξιολογήσει το ηθικό δίλημμα που αντιμετωπίζει και να αναζητήσει τους τρόπους διαχείρισης του κάθε περιστατικού.

Πίνακας 1. Προσωπικές και επαγγελματικές ηθικές στάσεις, αξίες και δεοντολογία.

<u>Επαγγελματικές</u>	<u>Προσωπικές</u>
<p><u>Δεοντολογία</u></p> <p>Τι είδους σχετικά πρότυπα και προσδοκίες υπογραμμίζονται στον Κώδικα Δεοντολογίας του Επαγγέλματός μου;</p> <p>Πως οι ηθικές αρχές συγκρούονται σε αυτή την περίπτωση;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αν οι ηθικές αρχές συγκρούονται, χρησιμοποιείστε μια διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων για να λυθεί. 	<p><u>Αξίες</u></p> <p>Ποιές σχετικές προσωπικές αξίες ισχύουν σε αυτήν την υπόθεση και από πού προέρχονται;</p> <p>Ποιές επαγγελματικές αξίες υπογραμμίζονται στον Κώδικα Δεοντολογίας του Επαγγέλματός μου και ισχύει κάποια από αυτές στην παρούσα υπόθεση;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αν υπάρχει σύγκρουση μεταξύ προσωπικών και επαγγελματικών αξιών, πως μπορώ να ελέγξω τις προσωπικές μου αξίες και να επιτρέψω στην ηθική του επαγγέλματος να με οδηγήσει; - Αναζητείστε εποπτεία, χρησιμοποιήστε τη διαδικασία αντανάκλασης του εαυτού και ξεκαθαρίσατος των αξιών.
<p><u>Νόμοι και Πολιτικές</u></p> <p>Υπάρχουν νομοθετικές δεσμεύσεις σε αυτήν την υπόθεση;</p> <p>Πως με οδηγούν οι πολιτικές της υπηρεσίας μου;</p> <p>Υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ της επαγγελματικής μου δεοντολογίας και των νομοθετικών δεσμεύσεων ή των πολιτικών της υπηρεσίας;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Οι νομοθετικές δεσμεύσεις συνήθως 	<p><u>Ηθική</u></p> <p>Πώς η συμπεριφορά μου επηρεάζει την σχέση μου με τους άλλους;</p> <p>Τι θα ήθελα να κάνω και τι θα ήθελα να γίνει εάν ήμουν σε μια κατάσταση σαν αυτήν;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ξεκαθαρίστε μεταξύ της προσωπικής και επαγγελματικής συμπεριφοράς και των υποχρεώσεων.

<p>είναι σημαντικότερες από τις πολιτικές της υπηρεσίας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Οι πολιτικές της υπηρεσίας δεν θα έπρεπε να εμποδίζουν την δεοντολογική άσκηση της κοινωνικής εργασίας - Αναζητείστε εποπτεία και στις δύο περιπτώσεις. 	
--	--

(Allen,2012).

3.3 Ηθικά διλήμματα επαγγελματιών υγείας-κοινωνικής φροντίδας που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση

Η παιδική κακοποίηση μπορεί να είναι φυσικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής φύσεως, αλλά μπορεί να προκύψει και από παράλειψη ή πράξη ή και συνδυασμό των παραπάνω κατηγοριών. Το παρόν θέμα αναλύεται στο πλαίσιο των ξεχωριστών και των κοινών ευθυνών που έχουν οι γονείς, οι κηδεμόνες, η κοινωνία που ζουν και το δίκτυο των επαγγελματιών υπηρεσιών που έχει αναπτυχθεί για τη φροντίδα, την προστασία και τη μόρφωση των παιδιών. Υποστηρίζεται ότι οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτόν τον κλάδο έχουν την υποχρέωση να ενημερώνονται συνεχώς λόγω του μεγάλου και αυξανόμενου όγκου δεδομένων έρευνας και πρακτικών ή να συμβουλευούνται "ειδικούς" από τον τομέα τους, για τη λήψη δύσκολων και πολύπλοκων αποφάσεων για λογαριασμό των κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Η μελέτη παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης περιλαμβάνει τέσσερα στάδια. Αυτά είναι: η αναγνώριση, η εκτίμηση, η άμεση προστασία και ο σχεδιασμός για το μέλλον (Harris, 1985). Σε καθένα από αυτά τα στάδια ο επαγγελματίας υγείας και κοινωνικής φροντίδας μπορεί να έρχεται αντιμέτωπος με ηθικά διλήμματα κατά τη λήψη των αποφάσεων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναλαμβάνουν μια ποικιλία ευθυνών που θα πρέπει τελικά να μπορούν να εξυπηρετούν καλύτερα τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων τους. Προσπαθούν να συμμορφώνονται με τον κώδικα δεοντολογίας από τις επαγγελματικές οργανώσεις όπως η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών ή η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών ως έναν τρόπο για να κατευθύνουν τις δράσεις τους. Όπως σε κάθε επάγγελμα του ανθρώπου οι υπηρεσίες, οι κοινωνικοί

λειτουργοί μπορούν να αντιμετωπίσουν μια σειρά από ηθικά διλήμματα στην πρακτική τους. Ένα ηθικό δίλημμα αφορά μια σύγκρουση μεταξύ δύο ή περισσότερων ηθικών αρχών (Miller,2015). Μερικές από τις σημαντικότερες και πιο συχνές αρχές της κοινωνικής εργασίας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι επαγγελματίες είναι:

Δικαίωμα Αυτοδιάθεσης

Μία από τις βασικές αρχές της κοινωνικής εργασίας είναι ο σεβασμός του δικαιώματος του εξυπηρετούμενου για αυτοδιάθεση. Η αρχή αυτή σημαίνει ότι ο εξυπηρετούμενος είναι τελικά υπεύθυνος για να πάρει τις αποφάσεις του και την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα, ανεξάρτητα από το αν ένας κοινωνικός λειτουργός συμφωνεί με την πορεία της δράσης του. Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει καθοδήγηση και να βοηθήσει τους εξυπηρετούμενους να εξερευνήσουν τις επιλογές τους, αλλά δεν μπορεί να επιτρέψει οι δικές του απόψεις και προσωπικές προκαταλήψεις να τους επηρεάσουν. Αυτό είναι ένα δύσκολο δίλημμα που δημιουργείται από την επιθυμία του κοινωνικού λειτουργού να ενεργεί προς το καλύτερο συμφέρον του εξυπηρετούμενου και την ανάγκη να σεβαστεί το δικαίωμά του να ενεργεί με τρόπο που νιώθει ότι είναι ο καλύτερος (Miller, 2015).

Εμπιστευτικότητα

Ένα άλλο κοινό ηθικό δίλημμα που αντιμετωπίζουν οι αρχάριοι και έμπειροι κοινωνικοί λειτουργοί είναι το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας έναντι του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να σέβονται το δικαίωμα του εξυπηρετούμενου στην ιδιωτική ζωή και το απόρρητο, και δεν μπορούν να αποκαλύψουν πληροφορίες σχετικά με έναν εξυπηρετούμενό τους χωρίς την προηγούμενη γραπτή συγκατάθεσή του. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει επίσης να σέβονται το δικαίωμα του εξυπηρετούμενου για αυτοδιάθεση, δηλαδή, το δικαίωμα επιλογής του για προτιμώμενη πορεία δράσης του. Όμως, σε περίπτωση αυτοκτονικότητας ή την απειλή ζημίας σε άλλο πρόσωπο, ένας κοινωνικός λειτουργός είναι υποχρεωμένος να μην τηρήσει το απόρρητο για την προστασία των εξυπηρετούμενων και του κοινού (Miller,2015).

Πιο συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις κακοποίησης – παραμέλησης ενός παιδιού ένας κοινωνικός λειτουργός έρχεται αντιμέτωπος με το δίλημμα της διατήρησης του απορρήτου και της επιθυμίας του παιδιού να μην αποκαλυφθεί η κακοποίηση λόγω φόβου η τύψεων και από την άλλη πλευρά της υποχρέωσής του να προστατέψει το παιδί και να πράξει απόλυτα και με κάθε μέσο προς το συμφέρον του.

Αυτό το δύσκολο ηθικό δίλημμα φαίνεται και αναδύεται μέσα από τις απόψεις των επαγγελματιών κοινωνικής φροντίδας. Κοινός παρανομαστής της τελικής απόφασής τους διαφαίνεται το συμφέρον του παιδιού, η απομάκρυνσή του από το κακοποιητικό περιβάλλον και η προσπάθεια ανάρρωσης του παιδιού από τα τραύματα που δημιουργούνται από την κακοποίηση – παραμέληση. Κύριος στόχος των επαγγελματιών είναι η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με το παιδί και η βελτίωση των συνθηκών της ζωής του κάνοντας το σύμμαχο στην προσπάθεια αυτή.

Ένα θέμα που τίθεται συνεχώς προς συζήτηση είναι το ερώτημα αν η πιο σημαντική ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών που συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία είναι η συνεχής εκπαίδευση σε αυτόν τον περίπλοκο και ταχύτατα εξελισσόμενο κλάδο. Βέβαια, η εκπαίδευση αυτή δεν περιλαμβάνει μόνο την επίγνωση για την οικογένεια του παιδιού, την κοινωνία και την νοοτροπία της, καθώς και το νομικό σύστημα που είναι διαθέσιμο για την προστασία του παιδιού. Αλλά ακόμη, περιλαμβάνει το σύστημα των ειδικών επαγγελματιών, που αυτό με τη σειρά του περιλαμβάνει τη μαιευτική, την παιδιατρική, την ψυχιατρική φροντίδα κατά την παιδική, την εφηβική και την ενήλικη ζωή, την κοινωνική εργασία, την οικονομική κατάσταση, τον κοινωνικό σχεδιασμό, την ηθική εκπαίδευση και μια ιστορική προοπτική όλων αυτών των θεμάτων. Είναι σαφές ότι κανένα άτομο δεν μπορεί να θεωρηθεί έμπειρο, ή έστω ελάχιστα εκπαιδευμένο σε όλους αυτούς τους τομείς. Η θεωρητική διεπιστημονική συζήτηση και η αμοιβαία εκπαίδευση είναι εφικτές, αλλά συντηρούνται δύσκολα και με μεγάλο κόστος. Επίσης, υπάρχουν αρκετά επιστημονικά περιοδικά και επαγγελματικές ενώσεις για την προώθηση του σκοπού αυτού. Για κάθε βήμα, απαιτούνται ενέργειες, που κρύβουν όμως και παγίδες. Τα πιο σαφή προβλήματα προκύπτουν όταν ένα παιδί πέσει θύμα τραυματισμού, σεξουαλικής κακοποίησης ή αμέλειας και τα αποτελέσματα το αποδεικνύουν. Τότε, αποτελεί υποχρέωση και καθήκον των σχετικών επαγγελματιών που ασχολούνται με όλα τα παραπάνω πεδία γνώσης, να συνασπιστούν για λογαριασμό του για να

προστατεύσουν το συγκεκριμένο παιδί και να λάβουν τα καλύτερα δυνατά μέτρα για αυτό και τα αδέρφια του (Harris, 1985).

Αυτά τα μέτρα αφορούν την άμεση περίθαλψη και ασφάλειά του, την ευημερία του αν παραμένει ή εντάσσεται στην οικογένειά του, καθώς και το μέλλον που έχει μαζί τους ή αλλού. Συχνά, ωστόσο, η κακοποίηση είναι εικαζόμενη ή δεν αποδεικνύεται. Τέτοιου είδους καταστάσεις μπορεί να δημιουργούν περισσότερη αγωνία και να λύνονται πιο δύσκολα από τους επαγγελματίες, σε σχέση με εκείνες που η κατάσταση είναι ξεκάθαρη. Τότε, η ανάγκη για συμβουλευτική και κοινή χρήση πληροφοριών είναι, αν όχι πολύ σημαντική, σίγουρα μεγαλύτερη(Harris,1985).

Υπό αυτές τις συνθήκες, η ηθική φύση της επικοινωνίας μεταξύ των γιατρών, των κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών, μπορεί να αμφισβητηθεί, και αν το σύστημα λειτουργεί σωστά και ορισμένες έρευνες αποδειχτούν ανυπόστατες, μπορεί να θεωρηθεί ότι αντίστοιχα αυτές οι έρευνες υπήρξαν ανήθικες. Προκειμένου να αποφύγουν αυτό το δίλημμα, είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες να έχουν συνεχώς επίγνωση της κατάστασης και προτού συνεισφέρουν σε μια ομαδική μελέτη περιπτώσεων ή άλλη έρευνα που αφορά την παιδική κακοποίηση, να διασφαλίζουν ότι υπάρχουν βάσιμες υποψίες που μπορεί να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι ένα ή περισσότερα παιδιά διατρέχουν κίνδυνο. Επίσης, θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι οι γονείς ή οι κηδεμόνες του παιδιού γνωρίζουν ότι διεξάγεται έρευνα, όπως και το λόγο για τον οποίο γίνεται. Οι "αρκετά καλοί" γονείς, ανεξάρτητα από το κοινωνικό, οικονομικό ή πολιτιστικό τους υπόβαθρο, εξ ορισμού, δεν κακοποιούν τα παιδιά τους και είναι απίθανο, εκτός αν γίνει κατά λάθος, να υπάρχει υποψία ότι το κάνουν.

Σαφώς, αν προσπαθήσουμε να ορίσουμε τους "αρκετά καλούς γονείς" σε πιο λεπτομερές και θεωρητικό επίπεδο, προκύπτουν αμέσως δυσκολίες όσον αφορά αυτήν την τόσο υποκειμενική έννοια. Η "αρκετά κακή" γονική μέριμνα για την οποία απαιτείται παρέμβαση της πολιτείας, αποτελεί σίγουρα πιο εύκολη έννοια. Όπως ακριβώς είναι πιο εύκολο να ληφθεί η απόφαση για το αν διαπράχθηκε έγκλημα από το να δοθεί ο ορισμός του "καλού πολίτη", έτσι είναι και λιγότερο δύσκολο να αποφασιστεί για λογαριασμό ενός παιδιού το επίπεδο της "κακής" γονικής μέριμνας ώστε να πρέπει η Πολιτεία να μεσολαβήσει γι' αυτό. Ωστόσο, προκύπτουν ηθικά ζητήματα, και αναπόφευκτο άγχος, το οποίο όμως είναι συχνά πολύτιμο (γιατί εφόσον είναι ελεγχόμενο, διευκολύνει την σκέψη και την επικοινωνία)σε όλη την

προσπάθεια λήψης μιας απόφασης για ένα παιδί που έχει πέσει θύμα εγκατάλειψης, αμέλειας ή κακοποίησης και μπορεί να χρειάζεται νομική προστασία από την Πολιτεία (Harris,1985).

Πιο συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις που η ζωή του παιδιού βρίσκεται σε κίνδυνο ή υπάρχει έκτακτη ανάγκη αναλγητικής ή άλλης ιατρικής θεραπείας, κάθε γιατρός έχει το καθήκον να προχωρήσει σε αυτή είτε λάβει είτε δεν λάβει τη γονική συγκατάθεση. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, η εξασφάλιση της "γονικής συναίνεσης" αποτελεί μια πάγια πρακτική. Ωστόσο, είναι πιθανό π.χ. ένας ανυποψίαστος γενικός ιατρός να παραπέμψει ένα παιδί για παιδιατρική εκτίμηση φερόμενης κακοποίησης, αν τον συνόδευε στο ιατρείο ο πατριός ή η μητριά του, χωρίς την ενημέρωση ή την ανάμειξη του νόμιμου κηδεμόνα του παιδιού. Ένα παράδειγμα που επιβεβαιώνει όσα προαναφέρθηκαν είναι το παρακάτω: Ένας αρμόδιος γιατρός στα επείγοντα περιστατικά δέχτηκε μία έφηβη που είχε πάρει υπερβολική δόση ναρκωτικών. Στο νοσοκομείο την συνόδευσε η μητέρα της, η οποία είχε επισκεφτεί την κόρη της στο πλαίσιο προγραμματισμένης επίσκεψης λόγω διαζυγίου. Σαράντα οκτώ ώρες αργότερα, ο πατέρας της κοπέλας, ο οποίος είχε την κηδεμονία της κόρης του, ανακάλυψε που βρισκόταν. Φυσικά, ο πατέρας δεν είχε ενημερωθεί από την πρώην σύζυγό του λόγω συνεχών διενέξεων μεταξύ τους, αλλά ο υπεύθυνος επειγόντων περιστατικών, το νοσηλευτικό προσωπικό και ο γιατρός εισαγωγών δεν υπέβαλαν τις κατάλληλες ερωτήσεις, ώστε να συμπεράνουν ότι ο κηδεμόνας του σοβαρά άρρωστου παιδιού δεν ήταν αυτή η γυναίκα (Harris,1985).

Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ όταν η 'Πολιτεία' εμπλέκεται νομοθετικά ή με άλλο τρόπο, στη ζωή ενός παιδιού που κακοποιήθηκε ή αντιμετωπίζει κίνδυνο κακοποίησης, έχει συνεχώς ηθικές και νομικές υποχρεώσεις. Τα παιδιά θα πρέπει να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στις οικογένειες που προέρχονται μόνο μετά από επαρκή αξιολόγηση των ενεχόμενων κινδύνων, των πλεονεκτημάτων ή των πόρων που μπορεί να ενεργοποιηθούν από την οικογένεια. Οι επαγγελματίες με συγκεκριμένα καθήκοντα και περιορισμένους πόρους πρέπει να αναρωτηθούν σε ποιο βαθμό είναι ή μπορούν να είναι υπεύθυνοι για τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες "κακοποίησης" και ποιοι είναι οι απαραίτητοι, αποτελεσματικοί, κατάλληλοι και διαθέσιμοι πόροι για τους αμελείς ή βάνανους γονείς και πώς αυτοί οι πόροι μπορούν να χορηγηθούν καλύτερα και τι θεωρείται ως κατάθεση

εμπειρογνομόνων για τέτοιες αποφάσεις. Τα παιδιά αυτά μπορεί να τοποθετηθούν σε καθεστώς μόνιμης αόριστης φροντίδας σε ιδρύματα ή σε ανάδοχες οικογένειες. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό να συμβεί στις περιπτώσεις όπου οι δύσκολες καταστάσεις που περιγράφονται παραπάνω δεν γίνονται απόλυτα κατανοητές (Harris,1985).

Όσον αφορά τους κοινωνικούς λειτουργούς, που αντιπροσωπεύουν τους νόμιμους κηδεμόνες ενός παιδιού, μπορεί να μην νιώθουν ικανοί να αναλάβουν την ευθύνη επιστροφής αυτού του παιδιού στους φυσικούς του γονείς, αλλά αντίστοιχα μπορεί να μην νιώθουν τόσο "αυστηροί" ή "αποφασιστικοί" για να σχεδιάσουν ένα εναλλακτικό μέλλον για τα παιδιά. Η αμέλεια για ένα παιδί συνιστά αυτόματα ένα είδος κακοποίησης. Ένας εναλλακτικός τρόπος είναι να παρακολουθείται το παιδί και να αξιολογείται η κατάσταση μέσα και έξω από την οικογένειά του σε διάφορες περιόδους στο σπίτι του ή για σύντομα διαστήματα σε οικογένειες υποδοχής, και επειδή το επαγγελματικό άγχος των επαγγελματιών έχει διακυμάνσεις όπως και η αντίληψη για τα δικαιώματα ενός παιδιού έναντι των δικαιωμάτων των φυσικών γονέων του, θα πρέπει να όσοι σχετίζονται άμεσα με το παιδί να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί. Δεν είναι ιδιαίτερα καλό για τα παιδιά να μεγαλώνουν σε ιδρύματα. Ιδρύματα, όπως το σπίτι των παιδιών και τα σπίτια φιλοξενίας μπορούν να επιτελέσουν αξιόλογο έργο (Harris,1985).

Συνοψίζοντας, οι επαγγελματίες στον τομέα της παιδικής κακοποίησης πρέπει να αναγνωρίζουν την κατάσταση και να είναι σε μια συνεχή εγρήγορση, αλλά και να μην αρνούνται, την ανησυχία τους για την έκβαση των περιπτώσεων, να μαθαίνουν μέσα από τη δουλειά τους και να συζητούν με συναδέλφους, καθώς και να έχουν στο μυαλό τους την πολύπλοκη και συνεχώς αμφιλεγόμενη συζήτηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των γονέων, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των παιδιών και τις υποχρεώσεις της πολιτείας. Επίσης, πρέπει να έχουν στο μυαλό τους το κατάλληλο νομικό πλαίσιο για να λαμβάνουν τέτοιου είδους αποφάσεις. Αν, μετά την κακοποίηση, το παιδί επιτραπεί να παραμείνει με τους γονείς του, να επανέλθει στην οικογένεια ή κληθεί να αναλάβει τη φροντίδα του η πολιτεία, ο κίνδυνος εξακολουθεί να υπάρχει. Πρέπει να γίνεται σωστός σχεδιασμός, να λαμβάνονται υπόψη οι κίνδυνοι, και οι αποφάσεις που λαμβάνονται να παρακολουθούνται και να αξιολογούνται σε βάθος χρόνου (Harris, 1985).

Μελετώντας τις πληροφορίες του τρίτου και τελευταίου κεφαλαίου, μπορούμε να συνοψίσουμε τα κυριότερα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε μια παράγραφο, ξεκινώντας με το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης των εξυπηρετούμενων και της εμπιστευτικότητας, δηλαδή της ανάγκης της άρσης του απορρήτου που πολλές φορές είναι αναγκαία στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης / παραμέλησης. Οι επαγγελματίες συχνά έρχονται αντιμέτωποι με την κακοποίηση η οποία μπορεί να είναι εικαζόμενη ή να μην αποδεικνύεται με στοιχεία ,δημιουργώντας στον επαγγελματία διλήμματα στον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών. Μέσα από αυτό το δίλλημα προκύπτει και ένα άλλο σημαντικό δίλλημα, το οποίο είναι αν οι επαγγελματίες θα πρέπει να απομακρύνουν το κακοποιημένο παιδί από το κακοποιητικό περιβάλλον ή να το αφήσουν να παραμείνει στην οικογένεια του προσπαθώντας να βοηθήσουν την οικογένεια ολιστικά. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να κάνουν σωστούς σχεδιασμούς, να λαμβάνονται υπόψη οι κίνδυνοι, και οι αποφάσεις που λαμβάνονται να παρακολουθούνται και να αξιολογούνται σε βάθος χρόνου, με κύριο στόχο το υπέρτερο συμφέρον του παιδιού.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4ο «Μεθοδολογία Έρευνας»

4.1 Σκοπός της μελέτης:

Σκοπός της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας ήταν η διερεύνηση και κατανόηση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης, μέσα από τις απόψεις και εμπειρίες επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας που διαχειρίζονται ανάλογα περιστατικά. Βασικός στόχος της εργασίας ήταν να μελετηθούν τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες κατά τη διαχείριση αυτών των περιστατικών προσπαθώντας να αναδείξουμε την πληθώρα συγκρούσεων που βιώνουν ανάμεσα στις προσωπικές τους αξίες/αντιλήψεις και σε εκείνες που απορρέουν από τον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματός τους, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών των διλημάτων.

4.2 Είδος Μελέτης:

Το ερευνητικό πεδίο της πτυχιακής μας θα διεξαχθεί με ποιοτική περιγραφική έρευνα, καθώς το θέμα που επιλέξαμε συγκαταλέγεται στα λεγόμενα «ευαίσθητα ζητήματα» της κοινωνικής εργασίας, γιατί αγγίζει ζητήματα που αφορούν την ιδιωτική σφαίρα των ατόμων, που συνδέονται με τη βία και την παραβατικότητα, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η κακοποίηση και εκμετάλλευση γυναικών και ανηλίκων. (Καλλινικάκη, 2010).

Η επιλογή της ποιοτικής έρευνας για τη διερεύνηση των συγκεκριμένων ερωτημάτων, με τη χρήση της συνέντευξης ως εργαλείο συλλογής πληροφοριών θεωρήθηκε η καταλληλότερη, από τη στιγμή που η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», ερωτήματα που απασχολούν και τη συγκεκριμένη έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003). Γιατί όμως επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος ως καταλληλότερη στην εν λόγω έρευνα; Η απάντηση πολύ εύστοχα περικλείεται στα λόγια της Κυριαζή (1999), η οποία υπογραμμίζει:

«Καθώς η μελέτη βάθους που συνεπάγεται η ποιοτική έρευνα οδηγεί στη συγκέντρωση λεπτομερών στοιχείων για πολλαπλές πτυχές των υπό έρευνα περιπτώσεων, διευκολύνεται έτσι και η διαδικασία ανάπτυξης και αποσαφήνισης εννοιολογικών κατηγοριών».

4.3 Εργαλείο παραγωγής εμπειρικού υλικού

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήσαμε συνεντεύξεις,

Μέσω της συνέντευξης μπορεί να αντληθούν πλούσια στοιχεία για τις εμπειρίες των ανθρώπων, τις γνώμες, τις προσδοκίες και τα συναισθήματα τους.(MayT,1993).

Πιο συγκεκριμένα το είδος της συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ημι-δομημένη συνέντευξη. Σε αυτού του είδους τις συνεντεύξεις οι ερωτήσεις κανονικά είναι καθορισμένες, αλλά ο συνεντευκτής είναι πιο ελεύθερος να ερευνήσει συστηματικά και εκτεταμένα πέραν των απαντήσεων, με ένα τρόπο ο οποίος συχνά φαίνεται ανεπίτρεπτος όταν συγκρίνεται με τους σκοπούς της τυποποίησης και της σύγκρισης. Ποιοτικές πληροφορίες σχετικά με το θέμα μπορούν να τεθούν και να καταγραφούν από τον συνεντευκτή ο οποίος μπορεί να επιζητήσει τόσο αποσαφηνίσεις όσο και περαιτέρω επεξεργασία των απαντήσεων που δίδονται. Αυτό επιτρέπει στον συνεντευκτή να έχει μεγαλύτερο περιθώριο, ώστε να εξετάσει σε βάθος ένα θέμα πέρα από την αρχική απάντηση. Επιλέξαμε το συγκεκριμένο είδος συνέντευξης διότι χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία ως προς τη σειρά των ερωτήσεων, την τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση (Ιωσηφίδης, 2003). Σύμφωνα με τον Smith (1990), η ημι-δομημένη συνέντευξη χρησιμοποιείται κυρίως για να αποκτήσουμε μια λεπτομερή εικόνα για τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις απόψεις ενός ατόμου για ένα θέμα, γιατί όπως προαναφέρθηκε, επιτρέπει στον ερευνητή περισσότερη ευελιξία. Ο συνεντευξιαστής προσπαθεί να εμπλουτίσει τη

συζήτηση, ενώ το διάγραμμα της ημι-δομημένης συνέντευξης θα πρέπει να καθοδηγεί και όχι να υπαγορεύει την πορεία της (Αβραμίδης& Καλυβά, 2006).

Η ποιοτική ημι-δομημένη συνέντευξη είναι ένα ευέλικτο και δυναμικό εργαλείο, το οποίο είναι μη κατευθυντικό, μη αυστηρά δομημένο και τυποποιημένο, με ερωτήσεις που επιδέχονται ανοιχτού τύπου απαντήσεις. Η συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο, έχει σαν στόχο ο ερευνητής να κατανοήσει την προοπτική και στάση του ερωτώμενου για το προς διερεύνηση θέμα και να ακούσει τις εμπειρίες του μέσα από τα δικά του λόγια. Το είδος της ποιοτικής συνέντευξης στην παρούσα έρευνα στοχεύει στη διαμόρφωση μιας σφαιρικής και συνολικής εικόνας των απόψεων των συμμετεχόντων για τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.

4.4 Θεματικοί άξονες συνεντεύξεων

Άξονας 1^{ος} : Δημογραφικά στοιχεία(φύλο, χρόνια εργασίας, πτυχίο, μεταπτυχιακές σπουδές).

1. Πώς ονομάζεστε;(επισημαίνουμε το απόρρητο των στοιχείων)
2. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;
3. Που εργάζεστε;
4. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο τομέα της υγείας ή της κοινωνικής φροντίδας;
5. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο τομέα της παιδικής προστασίας ή στο συγκεκριμένο φορέα;
6. Πιστεύετε ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών σας ή και στις μεταπτυχιακές σπουδές σας, έχετε εκπαιδευτεί κατάλληλα πχ. με σεμινάρια, ώστε να είστε αποτελεσματικός/ή στη διαχείριση περιπτώσεων κακοποίησης;

Άξονας 2^{ος} : Απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με το κακοποιημένο παιδί, το οικογενειακό του περιβάλλον ,το μέλλον του παιδιού και τη στάση του κράτους απέναντι στους θύτες

7. Πόσο συχνά έχετε αντιμετωπίσει στην επαγγελματική σας ζωή περιστατικά παιδικής κακοποίησης;
8. Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα(επικοινωνίας, συνεργασίας) με το οικογενειακό περιβάλλον του κακοποιημένου παιδιού και αν ναι τι είδους προβλήματα; Περιγράψτε μας μερικά.
9. Πως διαχειρίζεστε τα προβλήματα με το οικογενειακό περιβάλλον;
10. Από την εμπειρία σας τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία εντάσσονται ομαλά στην κοινωνία;
11. Σύμφωνα με την άποψή σας, ποιες πρέπει να είναι οι κυρώσεις για τους θύτες;

Άξονας 3^{ος} : Ηθικά διλήμματα και τρόποι διαχείρισης σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης

12. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας εμπειρίας, έχετε αντιμετωπίσει **ηθικά διλήμματα** σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης; Με τον όρο ‘ηθικά διλήμματα’ δεν εννοούμε καταστάσεις που σας έκαναν απλά να νιώσετε άβολα, αλλά απαιτούσαν τη λήψη μιας απόφασης από εσάς. Εννοούμε καταστάσεις όπου ήταν απαραίτητο να αποφασίσετε για το ποιος τρόπος δράσης ήταν ο καλύτερος μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών τρόπων δράσης και ενώ γνωρίζατε ότι δεν υπάρχει τέλεια λύση και ότι κάποιες ηθικές αρχές ενδεχομένως θα διακινδυνεύονταν με αυτή σας την απόφαση.
13. Αν ναι, μπορείτε να μας περιγράψετε μερικά παραδείγματα ηθικών διλημάτων σας ,που θυμάστε;
14. Με ποιο τρόπο διαχειριστήκατε αυτά τα ηθικά διλήμματα;
 - ❖ Επιλέξατε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο παρέμβασης;
 - ❖ Αν ναι, είχε το αναμενόμενο αποτέλεσμα;
15. Που πιστεύετε ότι οφείλονται τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίσατε;

- ❖ Σχετίζονται κυρίως με τη σύγκρουση προσωπικών σας αξιών, το κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος σας ή με κάτι άλλο;

16. Πόσο εύκολο ή δύσκολο θεωρείτε ότι είναι για έναν επαγγελματία να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις διαχείρισης κακοποιημένων παιδιών και τι θεωρείτε απαραίτητο ώστε να είστε προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών.(συνεχής ενημέρωση μέσω σεμιναρίων , συμβουλευτική από έμπειρους και εξειδικευμένους επαγγελματίες κ.α)

4.5 Διαδικασία συλλογής του δείγματος

Η έρευνα ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2014 στην Αθήνα και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2015. Για τη συλλογή του δείγματος και την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων απευθυνθήκαμε σε φορείς που γνωρίζαμε ότι οι επαγγελματίες τους εξ αντικειμένου έρχονται σε επαφή και με περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα απευθυνθήκαμε στον Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση το «Χαμόγελο του Παιδιού», στην παιδοψυχιατρική πτέρυγα του νοσοκομείου «Παίδων» Αγλαΐα Κυριακού, στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου «Παίδων » Πεντέλης, στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας Του Παιδιού, στο Παιδοψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου «Παίδων», Αγία Σοφία. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τις δυο συγγραφείς της πτυχιακής εργασίας και η μέση διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν 50 λεπτά.

4.6 Συνοπτική περιγραφή των φορέων

«**Το Χαμόγελο του Παιδιού**», είναι ένας εθελοντικός οργανισμός, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στηρίζεται στο συναίσθημα, αλλά δε μένει σ' αυτό και στα λόγια. Έχει κάνει πράξη την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των παιδιών. Κύριο μέλημά του είναι να προασπίσει τα δικαιώματα των παιδιών όχι μόνο στη θεωρία αλλά στην πράξη, καθημερινά, 24 ώρες την ημέρα, 365 ημέρες το χρόνο. Να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για τη σωματική, ψυχική και πνευματική ισορροπία τους. Βασίζεται στις υπηρεσίες του κράτους (Αστυνομία, Εισαγγελίες, Νοσοκομεία

κ.α.), όπου υπάρχουν άνθρωποι ευαισθητοποιημένοι που συμβάλλουν στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τα προβλήματα των παιδιών.Ως εθελοντικός οργανισμός, στηρίζει τους θεσμούς, ώστε να γίνουν αποδοτικότεροι σε θέματα παιδιών.

Το **Β΄ Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Γ.Ν.Παιδων Π. και Α. Κυριακού**, δημιουργήθηκε το 2009 , από τη μεταφορά της Δ΄κλινικής του Παιδοψυχιατρικού νοσοκομείου (ΠΝΑ).

Λειτουργίες του Τμήματος:

- Τακτικά εξωτερικά ιατρεία
- Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Παιδοψυχιατρική με Παιδιατρικά τμήματα του νοσοκομείου
- Μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας MEN

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Στα εξωτερικά ιατρεία εξυπηρετούνται παιδιά και έφηβοι ηλικίας 0-18 ετών και οι οικογένειες τους καθημερινώς (Δευτέρα έως Παρασκευή) από 08:00 πμ έως 15:00 μμ. Οι ασθενείς παραπέμπονται από το Νοσοκομείο και από τον Παιδοψυχιατρικό Τομέα, στον οποίο ανήκει το Νοσοκομείο. Η λήψη αιτήματος γίνεται τηλεφωνικά ή με την παρουσία του γονέα στα εξωτερικά ιατρεία, από τη γραμματεία.Τα αιτήματα γίνονται δεκτά μόνο από τον κηδεμόνα του παιδιού. Στη διεπιστημονική ομάδα μοιράζονται τα περιστατικά και ορίζεται υπεύθυνος, ανάλογα με το αίτημα.

Στα Εξωτερικά Ιατρεία αντιμετωπίζονται:

- ψυχιατρικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, υπερκινητική διαταραχή, κ. ά.
- σωματικά προβλήματα με ψυχολογικές επιπτώσεις όπως άσθμα, διαβήτης, επιληψία, κακοήθη νοσήματα κ.α.
- μαθησιακές διαταραχές (γενικές και ειδικές)
- ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως διαζύγιο, υιοθεσία, κακοποίηση-παραμέληση, μετανάστευση, θάνατος, καταστροφικές εμπειρίες όπως αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, σεισμοί κ.ά.
- χρόνια οργανικά προβλήματα όπως νοητική καθυστέρηση, αυτισμό κ.λ.π

ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Δέχονται παιδιά και εφήβους μέχρι 18 χρονών που χρήζουν επείγουσας ψυχιατρικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης.

ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής παρέχεται αξιολόγηση και παρέμβαση σε παιδιά που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση μπορεί να συνεχιστεί και να ολοκληρωθεί στα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος. Επιπλέον γίνεται ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων, με στόχο την καλύτερη κατανόηση των νοσηλευόμενων παιδιών και των οικογενειών τους.

MEN-MONΑΔΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η MEN έχει δύναμη 5 κλινών και νοσηλεύονται παιδιά ηλικίας 5-14 ετών που πάσχουν από ψυχιατρικό νόσημα για το οποίο κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία. Παρέχεται διαγνωστική αξιολόγηση, θεραπευτικός σχεδιασμός για το παιδί και την οικογένεια, καθώς και αποκατάσταση-κοινωνική επανένταξη. Λειτουργεί με βάση τον εσωτερικό κανονισμό που έχει εγκριθεί από το επιστημονικό συμβούλιο και τη διεύθυνση της ιατρικής υπηρεσίας.

«Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού» παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και δημόσιας υγείας και αναπτύσσει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού. Ιδρύθηκε το 1965.

Νομικό καθεστώς: Το Ι.Υ.Π. είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Υπάγεται στο Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύεται από αυτό. Με πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση (Ν. 3370/11.07.05), το Ινστιτούτο εντάχθηκε στο νομικό καθεστώς των Ερευνητικών Ινστιτούτων του Ν. 1514 που εποπτεύονται από κοινού από το όμορο Υπουργείο (Υ.Υ.Κ.Α.) και το Υπουργείο Ανάπτυξης (Γ.Γ.Ε.Τ.).

Πιο συγκεκριμένα, από το 1977 η Διεύθυνση Οικογενειακών Σχέσεων του Ι.Υ.Π. εφαρμόζει προγράμματα έρευνας, έρευνας-δράσης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών με σκοπό τη μελέτη της ενδο-οικογενειακής βίας (ενεργητικής και παθητικής) απέναντι στα παιδιά καθώς και την

πρόληψη της θυματοποίησής του. Λόγω της εξειδίκευσής της, η Διεύθυνση από το 1988 λειτουργεί και ως Κέντρο Μελέτης και Πρόληψης της Κακοποίησης/ Παραμέλησης (Κέντρο ΚαΠα) σύμφωνα με την υπ' αριθμό 2350/14-11-88 Απόφαση του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι πολιτικών/προτεραιότητες που αφορά στα παιδιά τα οποία υφίστανται βίαιες συμπεριφορές στο οικογενειακό τους περιβάλλον, έχουν οδηγήσει τη συγκεκριμένη Διεύθυνση στη διενέργεια ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών, με έμφαση στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Από το 2007 η Διεύθυνση Οικογενειακών Σχέσεων του Ι.Υ.Π., έχει μετονομαστεί σε Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας.

**«Παιδοψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
(Νοσοκομείο Παιδών, Αγία Σοφία)»**

Παρεχόμενες υπηρεσίες: Στην Κλινική παρακολουθούνται παιδιά και έφηβοι 0-18 ετών με προβλήματα όπως άγχος, φοβίες, κατάθλιψη, αυτοκαταστροφικότητα, ιδέες/απόπειρες αυτοκτονίας, προβλήματα διαγωγής (συμπεριφοράς), εκρήξεις θυμού/ επιθετικότητα, διαταραχές φάσματος αυτισμού, μαθησιακές δυσκολίες, σχολική άρνηση, πένθος/χωρισμό/διαζύγιο, μετατραυματικό στρες, διαταραχές διατροφής (ψυχογενή ανορεξία/βουλιμία), νοητική υστέρηση με ή χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας, απροσεξία /υπερκινητικότητα, ψυχώσεις κλπ. Επίσης, παιδιά με χρόνια σωματικό νόσημα, καθώς και παιδιά με γονέα που πάσχει από χρόνια σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα υγείας. Οι δραστηριότητες της Κλινικής είναι κλινικές (διαγνωστικές, συμβουλευτικές, ψυχοθεραπευτικές) εκπαιδευτικές, ερευνητικές, προληπτικές και προαγωγής ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Προσωπικό: Στην Κλινική εργάζονται παιδοψυχίατροι, ιατροί ειδικευόμενοι στην Παιδοψυχιατρική, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοπεδικοί, εργοθεραπευτές, ειδική παιδαγωγός, νοσηλεύτριες, επισκέπτες υγείας και γραμματείς.

«Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης»

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, είναι στελεχωμένη από δυο επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς που σε συνεργασία με το επιστημονικό προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και εξωτερικών φορέων, καλύπτουν τις κοινωνικές και υποστηρικτικές ανάγκες των παιδιών-ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και των οικογενειών τους σε θέματα που προκύπτουν από την ανάγκη νοσηλείας.

Επομένως: Επιδιώκεται η μείωση του άγχους που συνοδεύει την απειλή της υγείας, την απομάκρυνση από το σπίτι και τη διαβίωση στο Νοσοκομείο, Υποστηρίζονται οι γονείς και τα παιδιά, ώστε να συνεργαστούν στη θεραπευτική διαδικασία, Παρέχεται συμβουλευτική, πληροφορίες και διευκολύνσεις στους γονείς που αντιμετωπίζουν κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες, Επιδιώκεται η διασύνδεση των οικογενειών με τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας (Ο επαγγελματίας ΚΛ παρεμβαίνει στις κρίσιμες στιγμές της οικογένειας δρώντας σαν καταλύτης υποστηρίζοντας το κλινικό προσωπικό πρώτης γραμμής), Προετοιμάζεται η έξοδος από το Νοσοκομείο, η αποκατάσταση και επανασύνδεση με την κοινότητα, Παρακολουθείται η αποθεραπεία, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, και συμμετέχει στη συστηματική παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων (followup), Συνεργάζεται με ποικιλία φορέων και υπηρεσιών εκτός Νοσοκομείου (Κοινοτικές Κ.Υ, Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας, Εισαγγελίες Πρωτοδικών και Ανηλίκων, Αστυνομία Ανηλίκων, κ.α.) για τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων.

4.7 Ανάλυση των συνεντεύξεων:

Η ανάλυση στην ποιοτική έρευνα καλείται να «λύσει» τα παραγόμενα δεδομένα, την πολύσημη δομή και το περιεχόμενο τους στις έννοιες, στα νοήματα και στις σημασίες τους, να τους αποδώσει νόημα και να ερμηνεύσει σε σχέση με το κοινωνικό φαινόμενο που βρίσκεται στο στόχαστρο της. Η μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων ήταν η θεματική ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων. Μέρη των συνεντεύξεων όπως φράσεις, τμήματα λόγου και συμφραζόμενα αναλύθηκαν και κωδικοποιήθηκαν από εμάς με ανοιχτή κωδικοποίηση, ώστε να συνδυαστούν και να συσχετιστούν με την κατά άξονα κωδικοποίηση που θα πραγματοποιηθεί με βάση τους προαναφερθέντες άξονες των συνεντεύξεων μας (Καλλινικάκη 2010).

Τέλος, χρησιμοποιήσαμε την επιλεκτική κωδικοποίηση ώστε να κωδικοποιηθούν οι απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με τα ηθικά διλήμματα καθώς, οι συνεντευκτές άντλησαν τις απαντήσεις μέσω ανοικτών ερωτήσεων. Στην τελική διαδικασία, πραγματοποιήθηκε η σύγκριση δεδομένων από όλες τις συνεντεύξεις και έγινε η ανάδειξη των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας.

4.8 Τελικό δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 10 επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας που εργάζονται στους παραπάνω φορείς. Το σύνολο των υποκειμένων της έρευνάς μας ήταν εννέα γυναίκες και ένας άντρας. Οι ειδικότητες που αποτέλεσαν το δείγμα μας ήταν 1 παιδίατρος, 2 ψυχολόγοι, 1 κλινική ψυχολόγος, 4 κοινωνικοί λειτουργοί και 2 παιδοψυχίατροι. Συγκεκριμένα..... (βλ **Πίνακα 2**).

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά του δείγματος

<i>Όνομα:</i>	<i>Ιδιότητα:</i>	<i>Φύλο:</i>	<i>Ηλικία:</i>	<i>Χρόνια εργασίας στο φορέα:</i>	<i>Πλαίσιο εργασίας:</i>
1. Σταυρούλα	παιδοψυχίατρος και δ/τρια	γυναίκα	60	30	παιδοψυχιατρική κλινική του «Παιδων» Αγλαΐα Κυριακού
2. Νία	Παιδίατρος	γυναίκα	34	2,5	«Χαμόγελο του Παιδιού»
3. Στεφανία	κοινωνική λειτουργός	γυναίκα	31	6	«Χαμόγελο του Παιδιού»
4. Στέφανος	Ψυχολόγος	άνδρας	38	9	«Χαμόγελο του Παιδιού»
5. Ιωάννα	κοινωνική λειτουργός	γυναίκα	32	8	«Χαμόγελο του Παιδιού»
6. Μεταξία	κοινωνική λειτουργός	γυναίκα	56	25	Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, του Ι.Υ.Π
7. Κική	πειραματική ψυχολόγος	γυναίκα	38	7	Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, του Ι.Υ.Π
8. Αρχοντούλα	κοινωνική λειτουργός	γυναίκα	58	30	Κοινωνική υπηρεσία στο νοσοκομείο «Παιδων» Πεντέλης
9. Ραλλού	παιδοψυχίατρος	γυναίκα	37	7	Παιδοψυχιατρική πτέρυγα του «Παιδων» Αγία Σοφία
10. Ελευθερία	Κλινική ψυχολόγος	γυναίκα	33	17	Παιδοψυχιατρική πτέρυγα του «Παιδων» Αγία

					Σοφία
--	--	--	--	--	-------

4.9 Δυσκολίες

Η πρώτη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η ανεύρεση βιβλιογραφίας σχετικής με το θέμα των ηθικών διλημάτων, καθώς η βιβλιογραφική μας ανασκόπηση έδειξε ότι δεν υπήρχαν πολλά διαθέσιμα ελληνικά συγγράμματα για το θέμα με αποτέλεσμα να αναζητήσουμε ξενόγλωσση βιβλιογραφία σε επιστημονικά περιοδικά και ηλεκτρονικές ιστοσελίδες. Τέλος, σημαντική δυσκολία αποτέλεσε το γεγονός πως υπήρξε άρνηση από κάποιους επαγγελματίες για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, επομένως έπρεπε να καταγραφούν γραπτώς οι συνεντεύξεις και κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, αλλά και αργότερα, σε έγγραφο word. Αυτό δυσκόλεψε τον συνεντευκτή, καθώς έπρεπε να υποβάλλει τις ερωτήσεις της συνέντευξης και ταυτόχρονα να καταγράφει όσα λέγονταν από τους συνεντευξιαζόμενους.

Κεφάλαιο 5^ο «Αποτελέσματα ανάλυσης των συνεντεύξεων»

Κατά τη διεξαγωγή της ανάλυσης των συνεντεύξεων και των πληροφοριών που αντλήθηκαν από αυτές, προέκυψαν κάποια αποτελέσματα σε σχέση με τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης, στα αίτια εμφάνισης τους και στους τρόπους διαχείρισής τους, καθώς και για την εκπαίδευσή τους πάνω στο θέμα αυτό, τις απόψεις τους για τις κυρώσεις στους θύτες, την άποψή τους για την ομαλή ένταξη των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών στην κοινωνία και τη θέση τους πάνω στους τρόπους βελτίωσης και ανάπτυξης των δεξιοτήτων τους στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων τα οποία χωρίζονται σε 4 ενότητες: Οι επαγγελματίες, Διαχείριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης, Απόψεις επαγγελματιών για το κακοποιημένο παιδί-θύτες, Ηθικά διλήμματα επαγγελματιών.

5.1 Οι επαγγελματίες

Χρόνια εργασιακής εμπειρίας

Αρχικά, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα χρόνια εργασίας όλων των ερωτώμενων κυμαίνονται από τα 7 έως τα 30 έτη και αυτό μας δείχνει πως η επαγγελματική πορεία των επαγγελματιών-ερωτώμενων είναι σημαντική, γιατί φαίνεται πως έχουν κατακτήσει πλούσιο εμπειρικό υλικό σχετικά με περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.

Έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης σε θέματα παιδικής κακοποίησης

Οι συνεντευξιαζόμενοι ρωτήθηκαν για την εκπαίδευσή τους σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο σε θέματα παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας συγκλίνουν στο ότι δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν την παιδική κακοποίηση-παραμέληση, ούτε σε προπτυχιακό, αλλά ούτε και σε μεταπτυχιακό επίπεδο. *«Πήρα κάποιες γνώσεις μέσα από τις σπουδές αλλά θεωρώ ότι δεν επαρκούν, τις περισσότερες γνώσεις τις αποκόμισα μέσω της εμπειρίας και της αλληλεπίδρασης με συναδέλφους και αρμόδιους φορείς μέσα στο συγκεκριμένο χώρο».* (Στεφανία, κοινωνική λειτουργός).

Πιο αναλυτικά, 7 από τους 10 επαγγελματίες δεν είχαν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, μια παιδοψυχίατρος είχε διδακτορικό τίτλο, η κλινική ψυχολόγος είχε ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές στην παιδοψυχολογία και η δεύτερη παιδοψυχίατρος ολοκλήρωσε τις μεταπτυχιακές της σπουδές στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία. *«Ολοκλήρωσα το μεταπτυχιακό μου, που αφορά στην Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αθηνών» (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).* *«Επειδή σπούδασα Ψυχολογία στο Βέλγιο, στο ίδιο πανεπιστήμιο πραγματοποίησα μεταπτυχιακές σπουδές, με αντικείμενο τη παιδοψυχολογία, αφού ολοκλήρωσα αρχικά, τις προπτυχιακές σπουδές μου» (Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).*

Μέσα από ορισμένες απαντήσεις διαπιστώθηκε η δυσαρέσκεια κάποιων επαγγελματιών για την ελλιπή εκπαίδευση και οργάνωση που παρέχει το ελληνικό σύστημα εκπαίδευσης στους μελλοντικούς επαγγελματίες. *«Όχι, δεν υπάρχει στην Ελλάδα τουλάχιστον εξειδίκευση για την παιδική κακοποίηση και θεωρώ ότι όψιμα αναπτύχθηκε και το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη της μονάδας στο νοσοκομείο Παίδων Αγ. Σοφία του Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού που ασχολείται με την κακοποίηση και τον τελευταίο χρόνο έχει αναλάβει να φτιάξει το πρωτόκολλο αντιμετώπισης της κακοποίησης παιδιών διότι δεν υπήρχε στην Ελλάδα μέχρι τώρα και πρωτόκολλο σημαίνει τι , ότι με ένα συγκεκριμένο τρόπο όταν αντιλαμβάνεται ένας υπεύθυνος της υγείας των παιδιών κακοποίηση σε ένα παιδί τι θα πρέπει να κάνει».* (Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος). *«Μακάρι στην Ελλάδα να υπήρχε έστω η “μισή” από την οργάνωση στο σύστημα υγείας, που συναντάται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες»(Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).*

Βασικός γνώμονας εκπαίδευσης σε θέματα παιδικής κακοποίησης– παραμέλησης αποτελεί η εμπειρία όπως υποστήριξαν τρεις από τους επαγγελματίες, ενώ όλοι συμφώνησαν στο ότι η συνεχής ενημέρωση από το διαδίκτυο και από τη βιβλιογραφία, καθώς και η παρακολούθηση σεμιναρίων συντελούν στην πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη επιμόρφωση σε θέματα παιδικής κακοποίησης. Τέλος, μια κοινωνική λειτουργός υποστήριξε ότι η ενημέρωση και εκπαίδευση πραγματοποιείται μέσα από την αλληλεπίδραση με συναδέλφους και αρμόδιους φορείς. *«Όχι δεν έχω κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, σπούδασα στο τμήμα κοινωνικής εργασίας στο Ηράκλειο της Κρήτης και ουσιαστικά παρακολούθησα αρκετά σεμινάρια*

σχετικά με τη παιδική κακοποίηση, διάβαζα σχετική βιβλιογραφία στο διαδίκτυο αλλά και σε βιβλία, η εμπειρία μου σίγουρα αποτελεί σημαντική βοήθεια για μένα διότι κατέχω μια σφαιρική άποψη του θέματος, που με κάνει να αντιμετωπίζω όσο το δυνατόν περισσότερο αποτελεσματικά τα περιστατικά κακοποιημένων παιδιών, κοιτώντας πάντα το συμφέρον του παιδιού» (Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός). «Δε νομίζω ότι η εκπαίδευση που κάνουμε στη σχολή τουλάχιστον της Κοινωνικής Εργασίας στο επίπεδο του πτυχίου ότι είναι ικανή να σε κάνει να μπορείς να διαχειριστείς επαρκώς τέτοιου είδους περιστατικά, νομίζω η εμπειρία είναι αυτή που μετά έχοντας το θεωρητικό υπόβαθρο μπορεί να σε κάνει να τα διαχειριστείς με επάρκεια και επαγγελματισμό. Σίγουρα το θεωρητικό υπόβαθρο είναι καλό και υπάρχει αλλά η πράξη είναι αυτή που σου δείχνει το δρόμο στην ουσία» (Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός). Βεβαίως, σεμινάρια, ημερίδες αλλά η μελέτη βιβλιογραφίας και η ενημέρωση από το διαδίκτυο ήταν από τα κυριότερα μέσα, αρχικά ενημέρωσής μου αλλά και απόκτησης ειδικευμένων γνώσεων, για το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

5.2 Διαχείριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης

Εμπειρία από περιστατικά κακοποίησης

Στον 2^ο άξονα των συνεντεύξεων, μπορούμε αρχικά να διαπιστώσουμε πως οι επαγγελματίες οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα μας, κατέχουν σημαντική κλινική εμπειρία στις περιπτώσεις διαχείρισης περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Αρχικά, οι συχνότερες απαντήσεις ήταν πως έχουν αντιμετωπίσει συχνά περιστατικά παιδικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας και συγκεκριμένα οι 8 από τους 10 ερωτηθέντες. «Πολύ συχνά, με δεδομένο το ότι ο φορέας μου έχει να κάνει με φαινόμενα παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης για εμένα είναι μια καθημερινότητα». (Στέφανος, ψυχολόγος). «Καθημερινά, γιατί εγώ εργάζομαι στην τηλεφωνική γραμμή sos για τα παιδιά που είναι σε κίνδυνο επομένως το κύριο αντικείμενο μας είναι η παιδική κακοποίηση απλά δεν ερχόμαστε σε άμεση επαφή με τα παιδιά, επομένως δουλεύουμε για τα παιδιά θύματα κακοποίησης χωρίς να ερχόμαστε σε άμεση επαφή μαζί τους». (Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός). «Πολύ συχνά, εφόσον

περνάει ο καιρός και υπάρχουνε τα προβλήματα της κρίσης , της οικονομικής και της κοινωνικής κρίσης αυξάνονται τα περιστατικά».(Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος.)

Από τους 10 ερωτηθέντες, 2 επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας (1 κοινωνική λειτουργός, 1 πειραματική ψυχολόγος), αναφέρουν πως δε διαθέτουν κλινική εμπειρία σε τέτοια περιστατικά. Συγκεκριμένα η κοινωνική λειτουργός αναφέρει πως δεν έχει αντιμετωπίσει αρκετά περιστατικά παιδικής κακοποίησης: *«Ναι αλλά όχι πολλά περιστατικά. Όπως σου προανέφερα, ως Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας διεξάγουμε έρευνες για το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης τις οποίες αναλύουμε και δημοσιεύουμε αργότερα σε επιστημονικά περιοδικά ή βιβλία και οργανώνουμε ομιλίες σε επαγγελματίες ή στο ευρύ κοινό».*(Μεταξία, κοινωνική λειτουργός), ενώ η πειραματική ψυχολόγος, λόγω της ειδίκευσης της στην έρευνα για τη μελέτη του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης δεν έχει διαχειριστεί κλινικά περιστατικά.

Η συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού

Σε επόμενη ερώτηση, για το αν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας αντιμετωπίζουν προβλήματα συνεργασίας-επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον, μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα γενικότερο συμπέρασμα που αναδύεται από την έρευνά μας. Όλοι οι επαγγελματίες έχουν αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα, με συχνότερα ότι οι γονείς ακυρώνουν τα προγραμματισμένα ραντεβού τους με τους επαγγελματίες, λένε ψέματα για την έκβαση των γεγονότων της παιδικής κακοποίησης και πολλές φορές δεν παραδέχονται ότι κακοποιούν το παιδί, υποστηρίζοντας πως αποτελεί μέρος της κουλτούρας τους και ότι με αυτό τον τρόπο τιμωρίας το παιδί θα κατανοήσει καλύτερα τις συνέπειες των πράξεων του. *«Υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον σε πάρα πολλά επίπεδα , είτε δεν αποδέχονται την ύπαρξη του προβλήματος είτε προβάλλουν τη δική τους γονεϊκή ανεπάρκεια στους επαγγελματίες είτε πολλές φορές και στο ίδιο το παιδί – δεν έφταιγα εγώ έφταιγε εκείνο, δε συνεργάζονται στα πλαίσια που φιλοξενούνται , εφόσον το παιδί έρθει σε εμάς να συνεργαστούν στο επίπεδο της επικοινωνίας γονέα – παιδιού δηλαδή να μην έρχονται στις συναντήσεις ή να υπόσχονται στο παιδί ότι θα έρθουν ή να μην τηρούν τους κανόνες που απαιτούνται για το επισκεπτήριο , γενικά υπάρχουν προβλήματα»*(Στέφανος, ψυχολόγος). *«Τα προβλήματα συνήθως εστιάζονται στο ότι οι γονείς λένε ψέματα, αποφεύγουν τις πολλές συναντήσεις με τη κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, κρύβονται ή δεν έρχονται στα προγραμματισμένα ραντεβού*

μας και εμένα ως κοινωνική λειτουργό πολλές φορές με αντιμετωπίζουν με καχυποψία και επιθετικότητα, γεγονός που δυσκολεύει σε μεγάλο βαθμό την αρχή και εξέλιξη της συνεργασίας μας»(Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός).

Αξιοσημείωτο είναι πως μια ερωτώμενη που ειδικεύεται στις έρευνες για το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης αναφέρει πως το οικογενειακό περιβάλλον όταν αποτελεί δείγμα της έρευνας, είναι πρόθυμο να συμμετέχει σε αυτή ενώ οι φορείς είναι εκείνοι, που κωλύονται να αδειοδοτήσουν την έρευνα στο χώρο τους. «Όχι δεν έχω συναντήσει προβλήματα συνεργασίας με το δείγμα, καθώς εκδηλώνει συνήθως τη προθυμία να συμμετέχει στις έρευνες και να απαντά με ειλικρίνεια και σαφήνεια στις ερωτήσεις, που αφορούν το ερευνητικό θέμα που μελετάται. Εκεί που συναντώ προβλήματα, είναι με διάφορους φορείς που αρνούνται να δώσουν την αδειοδότηση δηλαδή δεν συμφωνούν πάντα με τη διεξαγωγή έρευνας στο χώρο τους» (Κική, πειραματική ψυχολόγος). «Συνήθως υπάρχουνε δυσκολίες στο να αποδεχθούν ή να παραδεχθούν την κακοποίηση, κάποιιο θεωρούν ότι είναι μέσα στην κουλτούρα τους , ότι αυτό πρέπει να κάνουν για να καταλάβει το παιδί ενώ κάποιιο άλλοι το αρνούνται ότι κακοποιούν το παιδί και βέβαια όπου ξεφεύγουμε από τα συνηθισμένα δηλαδή την κακοποίηση τη συνήθη-δεν υπάρχει συνήθως-αλλά τελοσπάντων την πιο ήπια και πάνε στις βαριές μορφές κακοποίησης και παραμέλησης τότε συνήθως υπάρχει μια ψυχοπαθολογία στην οικογένεια , είναι χρήστες ουσιών πολύ συχνά ή είναι οριακές προσωπικότητες οι γονείς ή κάποια «κακά» διαζύγια που οι γονείς ολοένα χρησιμοποιούν το παιδί μέσα σε αυτή τη διαδικασία στο να κερδίσουν περισσότερα και να εκδικηθούν» (Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος).

Τρόποι διαχείρισης των προβλημάτων επικοινωνίας με την οικογένεια

Στη συνέχεια, σε επόμενη ερώτηση προς το δείγμα για το πως διαχειρίζονται τα προβλήματα συνεργασίας-επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον, οι επαγγελματίες ανέφεραν πως το σημαντικότερο κίνητρο για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων είναι το συμφέρον του παιδιού και σύμφωνα με αυτό, ο επαγγελματίας θα μπορέσει να σχεδιάσει ένα κατάλληλο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης. Ακόμα, ο επαγγελματίας οφείλει να οριοθετήσει το γονέα, με τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει στην ανάληψη του γονεϊκού του ρόλου. «Προσπαθούμε να κατευθύνουμε το γονιό ώστε να μπορέσει ο ίδιος να ανακάμψει ,να παραπεμφθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες, με συμβουλευτική από εμάς και τη ψυχολόγο του σπιτιού ώστε να

μπορέσουμε να συνεργαστούμε αφού και εκείνος θα είναι καλύτερα πλέον και να μπορέσουν και υποστηρίζουν το παιδί, γιατί έχει πολύ μεγάλη σημασία να συνεργαστεί ο γονιός και να υπάρχει περιβάλλον για το παιδί ακόμα και όταν ο γονιός δεν είναι σε θέση να αναλάβει εντελώς την φροντίδα του» (Στεφανία, κοινωνική λειτουργός). «Απαιτείται γενικότερα, πολύς χρόνος για να εδραιωθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματία και γονέα. Οι συναντήσεις πρέπει να είναι πολλές και πρέπει να κυριαρχεί η σταθερότητα, ώστε το οικογενειακό περιβάλλον να αισθάνεται “ασφάλεια” και “σιγουριά” για τις επαγγελματικές ικανότητες του επαγγελματία» (Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).

Τα κύρια σημεία στα οποία συμφώνησαν οι επαγγελματίες είναι πως χρειάζεται υπομονή αλλά και διεπιστημονικότητα, για τη διευθέτηση τέτοιων περιστατικών. «Χρειάζεται υπομονή, πίστη στις δυνατότητες σου ως επαγγελματία και προσπάθεια από μέρους σου να κρατάς τις ισορροπίες ανάμεσα στις σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον του θύματος παιδιού με βασικό γνώμονα της σκέψης, τη προστασία του παιδιού και τι είναι καλύτερο για εκείνο» (Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός). «Πάντα υπάρχουν προβλήματα συνεργασίας με το οικογενειακό περιβάλλον. Αυτά μπορεί να είναι πχ. η ακύρωση των προγραμματισμένων ραντεβού, οι ανακρίβειες που λέγονται σχετικά με τα περιστατικά, καθώς στη πορεία διαπιστώνεται αν “κοροϊδεύουν” τον επαγγελματία, ή ακόμη να αρνούνται να ακολουθήσουν τη θεραπευτική αγωγή που τους συνίσταται. Τα “κλειδιά” για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων είναι η υπομονή, η διεπιστημονικότητα, η καλή συνεργασία με το σχολείο, δηλαδή πχ. με τη δασκάλα που πρέπει να ενδιαφέρεται για τους μαθητές της και αμέσως όταν αντιληφθεί κακοποίηση, να το αναφέρει στους αρμόδιους φορείς και οι επαγγελματίες με τη σειρά τους, να πραγματοποιούν υγιείς εφεδρείες με το οικογενειακό περιβάλλον που να στοχεύουν στην ευημερία της ευρύτερης οικογένειας» (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

Επίσης, ένας από τους ερωτώμενους τόνισε: «ότι για να εδραιωθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γονέα και επαγγελματία πρέπει οι συναντήσεις να είναι πολυάριθμες και να κυριαρχεί η σταθερότητα, ώστε το οικογενειακό περιβάλλον να αισθάνεται σιγουριά για τις ικανότητες του επαγγελματία» (Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).

5.3 Απόψεις επαγγελματιών για το κακοποιημένο παιδί-θύτης

Η επανένταξη του κακοποιημένου παιδιού στη κοινωνία

Στο συγκεκριμένο άξονα, οι επαγγελματίες ερωτήθηκαν για το αν τα παιδιά που έχουν υποστεί κάποιας μορφής κακοποίηση, μπορούν να ανταπεξέλθουν αργότερα στη κοινωνία και να ανταποκριθούν στις ανάγκες της. Και οι 10 επαγγελματίες θεωρούν πως τα παιδιά μπορούν να ενταχθούν ομαλά στη κοινωνία, αλλά για να επιτευχθεί αυτό, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες σύμφωνα με τις απόψεις του συγκεκριμένου δείγματος μπορεί να είναι η κατάλληλη φροντίδα και στήριξη, το είδος και η διάρκεια της κακοποίησης, η ηλικία του παιδιού-θύματος, η προσωπικότητα και η εσωτερική δύναμη που πηγάζει από μέσα του, ο βαθμός της κακοποίησης, η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών, ή το ποιος είναι ο θύτης.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες απόψεις των ερωτώμενων για την ομαλή ένταξη των παιδιών στη κοινωνία:

«Αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αναφέρω ‘την ανθεκτικότητα’, δηλαδή την περίπτωση που κάθε παιδί “πέφτει” και ύστερα βρίσκει τη δύναμη να “σηκώνεται” ξανά στα πόδια του και είναι πρόθυμο να παλέψει για το δικαίωμά του στη ζωή. Ακόμη, εξαρτάται από την προσωπικότητα του κάθε παιδιού, από το βαθμό της κακοποίησης που υπέστη και από το πόσο γρήγορα μπορούν να κινηθούν οι επαγγελματίες στα πλαίσια της διεπιστημονικής συνεργασίας. Επομένως, ορισμένα κακοποιημένα παιδιά μπορούν να ενταχθούν στη κοινωνία αλλά μπορεί και όχι» (Μεταξία, κοινωνική λειτουργός).

«...είναι πως εξαρτάται κυρίως από την εσωτερική δύναμη που διαθέτει το κάθε παιδί και από τα στηρίγματα που θα έχει δίπλα του (π.χ κατάλληλους επαγγελματίες) για να μπορέσει να ξεπεράσει την κακοποίηση και να ορθοποδήσει» (Κική, πειραματική ψυχολόγος).

«...εξαρτάται από το πόσο παρατεταμένη ήταν η κακοποίηση, πόσο δηλαδή κατέβαλε την ψυχή του παιδιού, εξαρτάται από τον χρόνο, από το ποιος έκανε την κακοποίηση γιατί συνήθως όταν είναι πρόσωπα εμπιστοσύνης ο πατέρας ή η μητέρα και γίνεται παρατεταμένα έχει ως αποτέλεσμα την αλλοίωση της

προσωπικότητας του παιδιού, η κακοποίηση μπαίνει μέσα στην φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και το θεωρεί ως μια φυσιολογική κατάσταση να κακοποιείται γι'αυτό και εκείνο που βλέπουμε είναι ότι παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, σωματικά, συναισθηματικά συνήθως επαναλαμβάνουνε αυτή τη συμπεριφορά και στην ενήλικη ζωή τους ως γονείς και θεωρούν ότι έτσι είναι, γιατί έχει μπει μέσα τους, έχει θεωρηθεί ως μια φυσιολογική κατάσταση» (Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος).

«...βλέπω την πορεία των παιδιών και βλέπω ότι με την προσπάθεια που γίνεται που αφορά σε πλήρη κοινωνική ένταξη με συμμετοχή σε δραστηριότητες, είτε σε φροντιστήρια μέσα στην κοινότητα. Έχω δει από άλλα σπίτια που ενηλικιώνονται ότι όντως έχουν τη δυνατότητα αυτή να ενταχθούν ομαλά και πιστεύω ότι οφείλεται και στην προσπάθεια που γίνεται κατά την παιδική ηλικία μέσα στο Σύλλογο, προσπαθούμε να εντάξουμε πλήρως τα παιδιά μέσα από αθλητικές δραστηριότητες και συμμετοχή στο Δήμο, σε φροντιστήρια της γειτονιάς και γενικότερα η ζωή τους και η καθημερινότητα τους θυμίζει πάρα πολύ την καθημερινότητα ενός παιδιού σε μια οικογένεια» (Στεφανία,κοινωνική λειτουργός).

Αντιμετώπιση των θυτών: τιμωρία αλλά και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Η τελευταία ερώτηση του 2^{ου} άξονα, σχετίζεται με το ποιες πρέπει να είναι οι κυρώσεις για τους θύτες. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες-επαγγελματίες, οι ποινές για τους θύτες πρέπει να είναι αρκετά αυστηρές και να εξασφαλίζεται το συμφέρον του παιδιού διότι όπως υποστηρίζουν οι επαγγελματίες ο νομικός κώδικας της Ελλάδας δεν τιμωρεί όπως θα έπρεπε τους θύτες. Από τη μια πλευρά, ορισμένοι επαγγελματίες υποστηρίζουν, πως οι θύτες μπορεί να είναι ψυχικά άρρωστα άτομα και να χρειάζονται και οι ίδιοι ψυχολογική υποστήριξη σε δομές που δυστυχώς δεν υπάρχουν στην Ελλάδα και δεν μπορούν να τους καλύψουν. Από την άλλη πλευρά, άλλοι αναφέρουν πως δεν συμβαίνει πάντα ο θύτης να είναι ψυχικά διαταραγμένος. Όμως, η δικαιοσύνη οφείλει να προστατεύει το μέλλον του παιδιού, ώστε να μην δεχτεί ξανά κακοποίηση το παιδί στο μέλλον.

Παρακάτω παρατίθενται μερικές από τις προσωπικές απόψεις των ερωτώμενων για τις κυρώσεις απέναντι στους θύτες:

«...είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα πάρα πολύ καιρό , υπάρχει διάλογος ανοιχτός , κάποιιοι είναι αυστηροί , υπάρχουν πάρα πολλά μοντέλα απονομής δικαιοσύνης , νομίζω ότι δεν ξέρω αν θα μιλήσω για κυρώσεις αυτό που πιστεύω αυτό που θα πρέπει να γίνει είναι ότι όπως υπάρχουνε αυτές οι μεμονωμένες προσπάθειες είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό φορέα για να στηριχθεί και να υποστηριχθεί ένα παιδί που έχει βιώσει κακοποίηση νομίζω ότι αντίστοιχα θα πρέπει να υπάρχουνε και δομές οι οποίες θα πρέπει να στηρίζουν και να υποστηρίζουν και να λειτουργούν θεραπευτικά για τους γονείς ή υποστηρικτικά τελοσπάντων η οτιδήποτε άλλο για τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους» (Στέφανος, ψυχολόγος).

«....πρέπει να υπάρχουν νόμιμες κυρώσεις για όλους τους θύτες που να τιμωρούνται αναλόγως με τη βαρύτητα των περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Απώτερος στόχος, πρέπει να είναι η προστασία του θύματος και μέσω της οικογενειακής ψυχοθεραπείας σε έναν “ιδανικό κόσμο”, να μπορέσει να συνυπάρξει το θύμα και ο θύτης» (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

«Οφείλουμε να συλλογιστούμε πως οι θύτες είναι “άρρωστοι” και χρειάζονται στήριξη και βοήθεια χωρίς να πρέπει να τους “καταδικάζουμε” από την αρχή. Όμως, οφείλει η δικαιοσύνη να προστατέψει τα παιδιά και να φροντίσει να μην κακοποιηθούν ξανά στο μέλλον. Η παιδική κακοποίηση θεωρείται ποινικό αδίκημα και οι κυρώσεις οφείλουν να είναι αυστηρές για τους θύτες» (Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).

«Και εδώ λέμε ότι εξαρτάται , όταν ένας γονιός είναι ψυχικά διαταραγμένος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως ψυχικά άρρωστος εάν είναι ένας άνθρωπος ο οποίος απλά είναι «κακός» άνθρωπος πρέπει να τιμωρηθεί δεν το συζητώ και να τιμωρηθεί αυστηρά και να απομακρυνθεί από το παιδί αλλά να διερευνηθεί πρώτα αν έχει ψυχιατρικό πρόβλημα και πόσο πρέπει να βοηθηθεί για το ψυχιατρικό του πρόβλημα. Εδώ όμως θα πρέπει να προσέξουμε ότι πολλές φορές υπάρχει ένα άλλοθι και μια μεγάλη ευκολία είναι να λέμε ότι αυτός έχει ψυχιατρικό πρόβλημα γιατί το ψυχιατρικό περιστατικό δεν συνεπάγεται κακοποίηση , ένας σχιζοφρενής δεν κακοποιεί το παιδί του μπορεί να το αγαπήσει πάρα πολύ ή ένας νοητικά καθυστερημένος δεν είναι απαραίτητο να κακοποιεί το παιδί του , ένας με διπολική διαταραχή να μην κακοποιεί το παιδί του. Θα πρέπει

εκεί να υπάρχει μεγάλη προσοχή τότε χαρακτηρίζουμε ένα γονιό που κακοποιεί το παιδί του ψυχικά πάσχοντα» (Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος).

5.4 Ηθικά διλήμματα επαγγελματιών

Στον τρίτο άξονα των συνεντεύξεων έγινε αναλυτική περιγραφή των ηθικών διλημάτων με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Τήρηση του απορρήτου ή αναφορά του περιστατικού κακοποίησης;

Πιο αναλυτικά, δυο από τους επαγγελματίες μίλησαν για τα παιδιά σε κίνδυνο. Ανέφεραν ότι το ηθικό δίλημμα το οποίο έχουν αντιμετωπίσει είναι στις περιπτώσεις όπου ένα παιδί καλεί μόνο του τη γραμμή, αναφέρει την κακοποίηση που έχει υποστεί, αλλά δεν επιθυμεί να γνωστοποιηθεί και να αντιμετωπιστεί από κανέναν. Εδώ το ηθικό δίλημμα όπως μας εξήγησαν οι επαγγελματίες είναι αν πρέπει να αναφέρεις την κακοποίηση του παιδιού ώστε να μπορέσεις να το σώσεις και σπάζοντας το απόρρητο ή σέβεσαι την επιθυμία του ανηλίκου και το αφήνεις στο κακοποιητικό περιβάλλον συμβουλευοντάς το και δίνοντάς του λύσεις τις οποίες πιθανότατα να μην ακολουθήσει. *«Πολλές φορές καλούν παιδιά –έφηβοι στη γραμμή 1056 , τα οποία αναφέρουν την κακοποίηση τους ή τελοσπάντων την δυσκολία τους αλλά δεν επιθυμούν να γίνει κάτι δηλαδή δεν θέλουνε , μας λένε τι τους έχει συμβεί αλλά δεν θέλουν να παρέμβουμε σε κάτι».* (Στέφανος, ψυχολόγος). *«Αυτό συμβαίνει όταν σε πάρει ένα παιδί και σου πει ότι το ίδιο είναι θύμα κακοποίησης , εκεί λοιπόν έχει να κάνει και με το απόρρητο οπότε μπορεί ένας επαγγελματίας να σπάσει το απόρρητο αν κρίνει για παράδειγμα ότι τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του παιδιού, επομένως σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί να βρεθείς μόνο όταν έχεις απέναντι σου ένα παιδί που σου εξιστορεί πολύ σοβαρά περιστατικά που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του και από την άλλη οι λύσεις οι οποίες του προτείνεις δεν μπορεί να αποφασίσει να τις κάνει πράξη»* (Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός).

Ίδρυμα, υιοθεσία ή παραμονή στο οικογενειακό περιβάλλον;

Το δεύτερο ηθικό δίλημμα που αντιμετώπισαν ορισμένοι ερωτώμενοι του δείγματος ήταν σχετικά με το τι είναι καλύτερο για το παιδί και το αδιέξοδο στο οποίο βρέθηκαν σχετικά με την επιλογή στρατηγικής παρέμβασης. Αρχικά, η απόφαση να παραπέμψει ο επαγγελματίας το κακοποιημένο παιδί σε κάποιο ίδρυμα με την προϋπόθεση ότι δεν είναι απόλυτα σίγουρος ότι κάνει καλό σε ένα παιδί; ή να συναινέσει σε μια πιθανή υιοθεσία αφού πρώτα έχει ολοκληρωθεί η άρση της επιμέλειας από τους φυσικούς γονείς και έχει ελεγχθεί το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να αναλάβουν την φροντίδα του παιδιού; Και τρίτο ηθικό δίλημμα, να επιτρέψει στο παιδί να συνεχίσει τη ζωή του στο κακοποιητικό περιβάλλον; Αυτά τα τρία διλήμματα απασχόλησαν και δυσκόλεψαν τους επαγγελματίες στη λήψη μιας απόφασης για το «συμφέρον» του ανήλικου παιδιού.

Όπως ανέφεραν χαρακτηριστικά οι επαγγελματίες :

«Το κυριότερο ηθικό δίλημμα που έχω αντιμετωπίσει είναι ίδρυμα ή οικογένεια; Τι είναι καλύτερο για το παιδί, να ενταχθεί σε ένα κλειστό πρόγραμμα παιδικής προστασίας ή να παραμείνει στη οικογένεια του και να συνεχίσει να ζει τη ζωή του; (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

«Να στείλεις το κακοποιημένο παιδί σε κάποιο ίδρυμα, με την προϋπόθεση ότι δεν είσαι απόλυτα σίγουρος πως θα του κάνεις καλό ή να συναινέσεις σε μια πιθανή υιοθεσία αφού πρώτα έχει ολοκληρωθεί η άρση της επιμέλειας από τους φυσικούς του γονείς; Ακόμη, να στείλεις το παιδί σε κάποιο ίδρυμα ή να επιτρέψεις να συνεχίσει τη ζωή του στο οικογενειακό περιβάλλον που ίσως να υπάρχει ακόμα ο θύτης;» (Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός).

«Υπήρξε παιδί μπροστά στα μάτια μας που η μαμά το σήκωσε και το ταρακούνησε (shaken –babysyndrome), και καλέσαμε την αστυνομία την πήγε αυτόφωρο η γυναίκα ήταν ψυχικά ασθενής διαγνωσμένα και παρόλα αυτά θεωρήσανε τότε οι υπηρεσίες ότι θα ήταν χειρότερο για το παιδί να μεγαλώσει μόνο του σε ένα ίδρυμα παρά κοντά στη μάνα η οποία είχε και ένα πλαίσιο στήριξης. Ειλικρινά είχα εκπλαγεί τότε είχα το ηθικό δίλημμα λέω : «Είστε καλά θα δώσετε το παιδί πίσω ; είδαμε μπροστά στα μάτια μας την κακοποίηση και θα επιστρέψει στη μάνα του;» (Νία, παιδίατρος).

Επιπλέον, ένας επαγγελματίας, ανέφερε ένα ηθικό δίλημμα μιας περίπτωσης, που όταν πάει ένα παιδί με εμφανή σημάδια κακοποίησης στο σπίτι φιλοξενίας και μετά από λίγες μέρες ο γονιός πηγαίνει στην Εισαγγελία με αίτημα να δει το παιδί του. Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει το ηθικό δίλημμα στο πώς να το διαχειριστεί ο επαγγελματίας ώστε να γίνει το καλύτερο για το παιδί. *«Σε καθημερινά πράγματα που καλούμαστε να διαχειριστούμε, όπως για παράδειγμα όταν έρχεται ένα παιδί σε εμάς από τις πρώτες κιόλας μέρες, και έχουμε να κάνουμε με ένα παιδί που μπορεί να φέρει προφανώς τα σημάδια της κακοποίησης όπως για παράδειγμα μώλωπες αλλά και ψυχικά σημάδια κακοποίησης που φαίνονται, είναι κραυγαλέα με το που συναντάς το παιδί και συνήθως μετά από λίγες μέρες μπορεί ο γονιός να πάει στην Εισαγγελία και να ζητήσει να επισκέπτεται το παιδί. Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση έχουμε εμείς δίλημμα πώς να το διαχειριστούμε όλο αυτό, ώστε να κάνουμε καλό στο παιδί. Οπότε είναι ηθικά διλήμματα που στην καθημερινότητα και τα πιο απλά σε εισαγωγικά είναι πολύ δύσκολα. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που μπορεί κάποιο παιδί να προχωρήσει σε υιοθεσία, που δεν την κάνουμε εμείς, αλλά και πάλι εκεί πρέπει να δούμε αν όντως το περιβάλλον του παιδιού, αν υπάρχει περιβάλλον, να στηρίζει το παιδί και να προσπαθήσουμε να ενισχύσουμε την σχέση του παιδιού με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον ή σε συνεργασία με την Πρόνοια να φύγει για υιοθεσία. Εκεί πάλι υπάρχει ηθικό δίλημμα, που βέβαια δεν είναι δική μας η απόφαση αλλά ακόμα και στην προεργασία και στη συνεννόηση με την Πρόνοια και εκεί πάλι δυσκολευόμαστε»*(Στεφανία, κοινωνική λειτουργός).

Αισθήματα ματαίωσης του επαγγελματία και αποτυχία της προστασίας του παιδιού

Ένα ακόμα ηθικό δίλημμα που μας περιέγραψε μια κοινωνική λειτουργός και μια παιδίατρος, είναι το αίσθημα της προσωπικής αποτυχίας και ταύτισης του επαγγελματία με το κακοποιημένο παιδί με δεδομένο ότι ο επαγγελματίας έκανε «ό,τι περνούσε από το χέρι του» και μέχρι που εκεί νομικά και δεοντολογικά επιτρεπόταν, αλλά λόγω έλλειψης στοιχείων ο νόμος περιορίζει την αναμενόμενη εξέλιξη των περιστατικών. Πιο αναλυτικά όπως αναφέρουν και οι επαγγελματίες:

«Ανήλικη 6 ετών, θύμα βιασμού από το φυσικό της πατέρα. Η καταγγελία έγινε από τη δασκάλα της ανήλικης στην οποία είχε εκμυστηρευτεί η ίδια το γεγονός. Κατόπιν καταγγελίας της δασκάλας ο ένοχος πατέρας συνελήφθη. Τελικά ο πατέρας ομολογεί το

έγκλημα του και κατόπιν επίσκεψης της κοινωνικού λειτουργού στην οικία της ανήλικης, η μητέρα ομολογεί πως είχε αντιληφθεί την περίεργη συμπεριφορά του συζύγου της και το φόβο της μικρής προς τον πατέρα της, αλλά δεν μπορούσε να πιστέψει πως συνέβη κάτι τέτοιο. Στη συνέχεια η μητέρα πίστεψε το παιδί. Η ποινή για το θύτη ήταν να καταδικαστεί με αναστολή λόγω γνωριμιών που είχε ο πατέρας με μέλος της δικαστικής επιτροπής. Το ηθικό δίλημμα ήταν ότι η διεπιστημονική ομάδα έκανε ό,τι μπορούσε αλλά δεν μπορούσαν να αποφασίσουν για την ποινή του κατηγορουμένου, η οποία δεν ήταν η αναμενόμενη και επομένως ταυτίστηκε με την υπόθεση και προβληματίστηκε με την εξέλιξη της» (Μεταξία, κοινωνική λειτουργός).

«Στην Κρήτη έχει συμβεί μπροστά μου να μπει μια γυναίκα η οποία ήταν κακοποιημένη από τον άντρα της και ενώ έχουμε ξεκινήσει να δίνουμε τις πρώτες βοήθειες περίπου δέκα λεπτά μετά μπαίνει μέσα ο πατέρας της με το παιδί της – το εγγόνι δηλαδή – το οποίο ήταν έξι μηνών βρέφος το κρατούσε αγκαλιά και ήταν γεμάτο μώλωπες. Η γυναίκα είχε πει ότι έπεσε από τις σκάλες, ξεκινάμε να φροντίσουμε μητέρα και παιδί και κάποια στιγμή μπαίνει μέσα ο άντρας της ο οποίος έκανε κακό χαμό, απειλούσε το προσωπικό, τους πάντες, τη μητέρα και απομακρύνθηκε από τον security του νοσοκομείου στη συνέχεια φωνάξαμε και ιατροδικαστή να καταγράψει τις βλάβες και να γίνει η μήνυση. Η γυναίκα ήταν διστακτική να το καταγγείλει γιατί αυτό το περιστατικό έγινε στην Κρήτη, όπου είναι μια πολύ μικρή κοινωνία, η αστυνομία όλοι ήτανε κουμπάροι και φοβήθηκε βεντέτες και χίλια μύρια και τελοσπάντων την πείθουμε μπαίνει μέσα εισαγωγή μίλησε με ψυχολόγο, με κοινωνικούς λειτουργούς τελικά αποφασίζει το κάνει η ίδια και απέσυρε τη μήνυση μια εβδομάδα μετά, το παιδί κατέληξε στο νοσοκομείο τρεις μήνες μετά το ίδιο και η μητέρα. Το ηθικό δίλημμα ήταν το αίσθημα προσωπικής μας αποτυχίας καθώς και του συστήματος» (Νία, παιδίατρος).

Ανάγκη συγκατάθεσης των γονέων για έρευνα στα παιδιά

Σημαντικό είναι να αναφερθεί το ηθικό δίλημμα ενός επαγγελματία-ερευνητή, πως λόγω έλλειψης συγκροτημένου συστήματος παιδικής προστασίας συμβαίνει οι μελέτες να αποκλείουν τα παιδιά από τους θύτες. Δηλαδή, να χρειάζεται οι γονείς να δίνουν τη συναίνεσή τους ώστε να συμμετάσχουν τα ανήλικα παιδιά τους στις έρευνες για την παιδική κακοποίηση, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν εμμέσως το αποτέλεσμα της έρευνας. Το ηθικό δίλημμα είναι ότι λόγω του συστήματος παιδικής προστασίας, καθώς και της υπάρχουσας νομοθεσίας, δεν επιτρέπουν στον ερευνητή

να χρησιμοποιήσει ως δείγμα τα ανήλικα παιδιά, χωρίς τη συγκατάθεση των γονιών-κακοποιητών. Επομένως, δεν μπορείς να κάνεις έρευνα σε ανήλικα παιδιά χωρίς την γονική συγκατάθεση.

«Το πιο σημαντικό ηθικό δίλημμα που αντιμετωπίζω γενικότερα, είναι πως λόγω έλλειψης συγκροτημένου συστήματος παιδικής προστασίας, συμβαίνει το εξής :οι μελέτες αποκλείουν τα παιδιά από τους θύτες και χρειάζεται να δίνουν συναίνεση οι γονείς, για να συμμετέχουν τα ανήλικα παιδιά τους στις έρευνες για τη παιδική κακοποίηση, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν εμμέσως το αποτέλεσμα της έρευνας γιατί όταν η συγκατάθεση των γονέων είναι αρνητική, συνήθως παρατηρείται ότι είναι οι ίδιοι θύτες και φοβούνται μην αποκαλυφθούν μέσα από την έρευνα. Αλλά αυτό το ηθικό δίλημμα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά προς το παρόν, αν δεν πραγματοποιηθούν ολοκληρωτικές αλλαγές στο σύστημα παιδικής προστασίας στην Ελλάδα» (Κική, πειραματική ψυχολόγος).

Αντιφατικές απόψεις επαγγελματιών και τρόποι διαχείρισης

Ακόμα, όπως περιγράφει μια κλινική ψυχολόγος και μια παιδοψυχίατρος ένα σύνθετο ηθικό δίλημμα για τους επαγγελματίες είναι το αν υπάρχει ή όχι κακοποίηση, καθώς και ποιοι τρόποι διαχείρισης τέτοιων περιστατικών είναι κατάλληλοι όταν η γνώμη των επαγγελματιών διαφέρει από τους άλλους φορείς που διαχειρίζονται περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Παρακάτω παρατίθενται οι απόψεις ορισμένων επαγγελματιών σε σχέση με την άποψη αυτή:

«Ένα 5 χρόνο αγοράκι παρακολουθούσε τη τάξη του νηπιαγωγείου και οι νηπιαγωγοί του αντιλήφθηκαν πως έπεσε θύμα σεξουαλικής κακοποίησης από το φυσικό του πατέρα και προχώρησαν άμεσα σε καταγγελία του περιστατικού. Όμως, ο εισαγγελέας παρέπεμψε σε εμάς το περιστατικό για να εξετάσουμε το αγοράκι. Όμως, δεν διαπιστώθηκε τίποτα σχετικά με τη κακοποίηση. Οι εργαζόμενοι-επαγγελματίες του νοσοκομείου, που εξέτασαν το περιστατικό ισχυρίστηκαν πως δεν υπάρχει κακοποίηση. Βέβαια μπορεί το παιδί να είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά, αλλά οι εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν, δεν έδειξαν κάτι τέτοιο. Επομένως, οι νηπιαγωγοί ισχυρίζονταν πως υπήρξε σεξουαλική κακοποίηση και η γνώμη τους ήταν αντίθετη με τη δική μας. Το ηθικό δίλημμα που προέκυψε ήταν: μήπως υπάρχει κακοποίηση και δεν τη βλέπουμε; Έτσι λοιπόν, το περιστατικό έληξε δίχως να επιβεβαιωθεί»(Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).

«Ένα παιδί που είχαμε υπόνοια σεξουαλικής κακοποίησης φάνηκε ότι ήταν υπερβολική ευαισθησία των παιδιάτρων , πάλι χωρίς όμως να είμαστε σίγουροι ότι δεν υπήρχε κακοποίηση γιατί διαπιστώσαμε ότι μερικά συμπτώματα στη λειτουργία της οικογένειας που μπορεί να οδηγούσαν προς τα εκεί όμως επειδή δεν στοιχειοθετήθηκε ούτε από την Εισαγγελία ενώ ζητήσαμε βοήθεια ,ούτε από τους πραγματογνώμονες ούτε από τους παιδοψυχιάτρους και ούτε από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Εκείνο που προσπαθήσαμε πάλι να κάνουμε είναι να ευαισθητοποιήσουμε τους γονείς και ιδιαίτερα τη μητέρα που - δεν έπεσαν οι υποψίες πάνω της παρά μόνο στον μπαμπά - και διασύνδεσαμε υποχρεωτικά να παρακολουθείται το παιδί από παιδοψυχιατρικό φορέα της περιοχής τους και τα καταφέραμε. Θεωρώ ότι εκεί πάνω ήταν η υπερβολική εμπλοκή του παιδίατρου με το θέμα αυτό , γιατί το παιδί αυτό αντανάζοταν λίγο περισσότερο σαν τεσσάρων χρονών σε σχέση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, ο οποίος μπορεί να είχε προκαλέσει τραυματισμό στον εαυτό του. Τους είπαμε ότι ο αυνανισμός μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό στο παιδί σας και καλό θα ήταν συνεργαστείτε. Υπάρχει και εδώ το ηθικό δίλημμα στο αν όντως συμβαίνει κακοποίηση ή απλά είμαστε περισσότερο ευαισθητοποιημένοι από όσο πρέπει, σε αυτή την περίπτωση ίσχυε το δεύτερο»(Ραλλού,παιδοψυχίατρος).

Προσεκτικός έλεγχος των καταγγελιών

Καμιά φορά ακόμα και οι επαγγελματίες μπορούν να υποπέσουν σε λάθος συμπεράσματα και θα πρέπει να εξετάζουν όλες τις πτυχές των περιπτώσεων αξιολογώντας σωστά τα στοιχεία. Ηθικό δίλημμα που αντιμετώπισε η παιδοψυχίατρος στο Παίδων Αγ. Σοφία ήταν η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και καχυποψία του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος ενός παιδιού και η υποχρέωση του επαγγελματία να αξιολογήσει την περίπτωση στο αν υπάρχει ή όχι κακοποίηση.

«Έγινε καταγγελία από κάποιο γείτονα πως ένας μητρικός παππούς ασελγούσε ερωτικά στον 12 χρόνο εγγονό του. Το περιστατικό ήρθε στο νοσοκομείο και οι συνεδρίες με τον εγγονό και τον παππού ήταν απόλυτα επιτυχείς. Από τη διεπιστημονική συνεργασία και τη διερεύνηση της υπόθεσης, προέκυψε πως δεν είχε συμβεί απολύτως τίποτα, ούτε υπήρχαν σημάδια κακοποίησης στο σώμα του, απλά επειδή το παιδί κοιμόταν συχνά στο παππού του, ο οποίος του είχε μεγάλη αδυναμία, αυτή η στενή σχέση στοργής μεταξύ τους, είχε παρεξηγηθεί από τη γειτονιά. Το περιστατικό βεβαίως δεν

επιβεβαιώθηκε. Το ηθικό δίλημμα που προκύπτει στη προκειμένη περίπτωση, είναι να μην βγάλεις γρήγορα συμπεράσματα γιατί τα φαινόμενα απατούν και να μην βασίζεσαι σε απλές ομολογίες προσώπων που δεν γνωρίζουν ακριβώς τα γεγονότα»(Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

Βαθμός πίεσης στο παιδί

Ένα άλλο ηθικό δίλημμα το οποίο μας αποκάλυψε η προαναφερθείσα παιδοψυχίατρος είναι για το πόση πίεση πρέπει να ασκήσεις σε ένα παιδί για να αποκαλύψει πράγματα; Έχει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα η έντονη άσκηση πίεσης προς τα παιδιά-θύματα. Πρέπει ο επαγγελματίας να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης και να ξέρει πότε να σταματήσει ή να συνεχίσει να πιέζει το παιδί για να του αποκαλύψει στοιχεία για το περιστατικό. Χαρακτηριστικά όπως περιγράφει ένας επαγγελματίας: «Ένα περιστατικό που παραπέμφθηκε σε εμάς από την εισαγγελία το καλοκαίρι για να επιβεβαιώσουμε για δεύτερη φορά τη κακοποίηση ενός 9 χρόνου παιδιού από το φυσικό του πατέρα. Το περιστατικό είχε ως εξής: Στο σχολείο του παιδιού, η δασκάλα του είχε παρατηρήσει πως το παιδί κοιμόταν στη τάξη και το βλέμμα του ήταν τις περισσότερες φορές “χαμένο” μέσα στη τάξη. Αμέσως η δασκάλα, μίλησε για το κορίτσι στη ψυχολόγο του σχολείου και της είπε να διερευνήσει το περιστατικό. Η ψυχολόγος αμέσως, πραγματοποίησε συνεδρία με το κορίτσι για να διερευνήσει την υπόθεση. Το κορίτσι αμέσως της αποκάλυψε πως ο πατέρας του, της ζητούσε να του “χαϊδεύει” το πέος με αντάλλαγμα ότι θα της δίνει σοκολάτα. Έτσι, συντάχθηκε έκθεση με την ομολογία του παιδιού για να παραπεμφθεί στην εισαγγελία. Όμως, ο εισαγγελέας δεν αρκέστηκε στην ομολογία του κοριτσιού και ζήτησε δεύτερη εξέταση της υπόθεσης από τους επαγγελματίες του νοσοκομείου μας. Ήρθε λοιπόν, στο «Αγία Σοφία» η μικρή με τους γονείς της, οι οποίοι γονείς φαίνονταν πολύ αγαπημένοι μεταξύ τους και ειδικά ο πατέρας πολύ στοργικός με την κόρη του και έδειχναν τρυφερότητα και αγάπη στο παιδί τους. Η μικρή νοσηλεύτηκε για 1 μήνα στο νοσοκομείο, για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις. Οι γονείς της ήταν συνέχεια στο πλευρό της και προφανώς η πλύση εγκεφάλου προς το παιδί ήταν βέβαιη και αναπόφευκτη, με αποτέλεσμα το παιδί να μην αποκαλύψει απολύτως τίποτα σε εμάς, για το περιστατικό που είχε ήδη εκμυστηρευτεί στην ψυχολόγο του σχολείου. Τελικά, διαπιστώθηκε πως το παιδί είχε οριακή νοημοσύνη και ηθικό δίλημμα εδώ είναι, μπορείς να βασιστείς στα λεγόμενα του παιδιού; Βέβαια εγώ πιστεύω, πως το περιστατικό ήταν αληθές, γιατί το παιδί χωρίς τη παρουσία των γονιών του στο σχολείο,

ομολόγησε το περιστατικό στην ψυχολόγο.. Επομένως, το περιστατικό δεν επιβεβαιώθηκε και το παιδί επέστρεψε κανονικά σπίτι του» (Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

Τρόποι διαχείρισης των ηθικών διλημάτων

Στη συνέχεια οι συνεντευξιαζόμενοι ερωτήθηκαν για τους τρόπους διαχείρισης των ηθικών διλημάτων με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι καθώς και τους τρόπους παρέμβασης στα περιστατικά κακοποίησης. Παρακάτω παρατίθενται οι απόψεις των υποκειμένων :

«Ένας ψυχολόγος μας απάντησε ότι γίνεται προσπάθεια του επαγγελματία να κάνει σύμμαχο το παιδί ώστε να ζητήσει οικιοθελώς βοήθεια, να γίνει επαφή με τον εισαγγελέα και τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής με την οικογένεια» (Στέφανος, ψυχολόγος).

«Μία κοινωνική λειτουργός αναφέρει πως οι παρεμβάσεις αποφασίζονται με βάση τα υπέρ και τα κατά και έτσι καταλήγει κανείς στην πιο κατάλληλη παρέμβαση για την περίπτωση. Επίσης, υποστηρίζει πως η μακροχρόνια εμπειρία βοηθά στο να επιλέει αποτελεσματικά ένας επαγγελματίας τέτοια περιστατικά, αλλά και η προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς των γονέων είναι εξίσου σημαντική, διότι πολλοί γονείς ψεύδονται ή αρνούνται να συνεργαστούν με τους ειδικούς» (Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός).

Μία ψυχολόγος και μια κλινική ψυχολόγος συνέκλιναν στην άποψη ότι δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά προς το παρόν τέτοιες περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης, δεν πραγματοποιηθούν συνολικές ή ολοκληρωμένες ή ριζικές, αλλαγές στο σύστημα παιδικής προστασίας στην Ελλάδα.

Οι οχτώ από τους δέκα ερωτώμενους της έρευνας συμφωνούν στο ότι η διεπιστημονική συνεργασία και εποπτεία από ανώτερους καθώς και η συνεργασία με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες βοηθούν σημαντικά στη λήψη σωστών παρεμβάσεων και στη διαχείριση των ηθικών διλημάτων.

Επίσης, διερευνάται η ευκολία ή δυσκολία για τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας να αντιμετωπίσουν τα ηθικά διλήματα που προκύπτουν σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και με ποια μέσα μπορούν να τα διαχειριστούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα. Οι 5 από τους 10 επαγγελματίες διατυπώνουν

ξεκάθαρα πως είναι δύσκολο, για έναν επαγγελματία να μπορέσει να διαχειριστεί αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει σε τόσο σοβαρά περιστατικά που είναι η παιδική κακοποίηση, διότι δεν αποφασίζει μόνος του για το μέλλον του παιδιού αλλά καλείται να συμβάλλει και ο ίδιος στη διαλεύκανση τέτοιων περιστατικών.

Μερικές από τις απόψεις των επαγγελματιών αποτελούν οι παρακάτω:

«Θεωρώ ότι είναι δύσκολο γιατί πρώτον δεν υπάρχει ενημέρωση , δεν υπάρχει εκπαίδευση..., δεν υπάρχουν από πλευράς πολιτείας εξειδικευμένα σεμινάρια , είναι δύσκολο γιατί θα έπρεπε να έχουν εκπαιδευτεί οι επαγγελματίες σε θέματα υγείας των παιδιών και των εφήβων σε τέτοια θέματα . Να έχουν εκπαιδευτεί ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν , το άλλο είναι να έχουν αναπτυχθεί υπηρεσίες τέτοιες από το Υπουργείο Υγείας και Δικαιοσύνης που να επιτρέπουν αν θέλεις σε έναν επαγγελματία υγείας χωρίς αν σκέφτεται πολύ τις συνέπειες για το αν θα μου κάνει μήνυση ο γονιός ή να με καταγγείλουν , να προστατεύεται δηλαδή»

«Είναι δύσκολο να ελιχθείς ως επαγγελματίας και να αντιμετωπίσεις αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν γιατί δεν εξαρτάται μόνο από σένα. διαδικασίες»(Κική, πειραματική ψυχολόγος).

«Πάντα ήταν δύσκολο να διαχειριστείς τέτοια ηθικά διλήμματα γιατί δυστυχώς δεν υπάρχουν πολλοί φορείς , δεν υπάρχουνε πολλές λύσεις , δεν υπάρχουνε πολλά υποστηρικτικά πλαίσια»(Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός).

«Πολύ δύσκολο, όταν γίνει κάτι τέτοιο γυρίζεις σπίτι και δεν μπορείς να κοιμηθείς μέχρι να δεις τι θα γίνει τελικά , θα το απομακρύνουν δε θα το απομακρύνουν το παιδί , τι θα γίνει με το παιδί ; Έχεις περάσει από την κόλαση δεκαπέντε φορές γιατί σκέφτεσαι ότι όσο περνάει ο χρόνος ουσιαστικά είναι εναντίον του παιδιού γιατί μπορεί να ξαναγίνει διότι αυτό το παιδί μπορεί να έχει ένα αδελφάκι στο σπίτι και μεν να απομακρύνουμε το άλλο , το άλλο τι γίνεται...» (Νία, παιδίατρος).

Όσον αφορά τα μέσα που προτείνουν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων, μπορούμε να διαπιστώσουμε πως οι απόψεις τους σχεδόν συμπίπτουν η μια με την άλλη με τις επικρατέστερες τη σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας, την εποπτεία

από ανώτερους και εξειδικευμένους επαγγελματίες και την εκπαίδευση των επαγγελματιών που διαχειρίζονται περιστατικά παιδικής κακοποίησης.

Οι επαγγελματίες που συμφωνούν με τις παραπάνω απόψεις είναι οι εξής:

Τα μέσα που είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων είναι η δια βίου μάθηση, η εποπτεία και η εκπαίδευση» (Μεταξία, κοινωνική λειτουργός).

«Η εποπτεία σίγουρα παίζει σημαντικό ρόλο στα δικά μας τα πλαίσια γιατί αν δεν έχεις εποπτεία δεν μπορείς να εξελιχθείς σαν επαγγελματίας , δεν μπορείς να αναγνωρίσεις λάθη , να γνωρίσεις σωστές πρακτικές , να έχεις την κατάλληλη στήριξη για να προχωράς να μην τα κουβαλάς μαζί σου και να τα διαχειριστείς» (Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός).

«...μια συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση πάνω σε τέτοιου είδους ζητήματα σαφώς σε κάνει πιο έτοιμο, σου δίνει περισσότερες γνώσεις και εργαλεία για να διαχειριστείς μια τέτοια κατάσταση οπότε είναι ένας συνδυασμός των δύο. Μια πολύ καλή εποπτεία σε συνδυασμό με συνεχείς εκπαιδεύσεις και επιμορφώσεις , όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό γιατί κακά τα ψέματα στο εξωτερικό οι άνθρωποι έχουν μια εμπειρία, έχουν αναπτύξει και σε κάποιες χώρες υπάρχουν επιτυχημένα παραδείγματα διαχείρισης και καταρχήν καταγραφής αξιολόγησης και διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων οπότε είναι καλό να μπαίνεις σε αυτή τη διαδικασία και πράγματα που οι άλλοι έχουν λύσει να δεις πως μπορείς να τα προσαρμόσεις και στα δικά σου δεδομένα(Στέφανος ,ψυχολόγος).

«Τα κυριότερα μέσα προετοιμασίας είναι, η βοήθεια από τη διεπιστημονική ομάδα, η εποπτεία από εμπειρότερους επαγγελματίες σε τέτοια περιστατικά και η στενή συνεργασία με την εισαγγελία και με άλλους φορείς που πρέπει να συνεργαστείς ως δημόσιος φορέας(νοσοκομείο)» (Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος).

«...θεωρώ (σημαντικές...) τη συνεργασία , την εποπτεία , την συμβουλευτική διότι υπάρχουν ψυχολόγοι μέσα στα σπίτια (φιλοξενίας) και από εκεί και πέρα σίγουρα είναι η μετεκπαίδευση η οποία βοηθάει πάρα πολύ» (Στεφανία, κοινωνική λειτουργός).

Αποτελεσματικότητα παρέμβασης

Σε επόμενη ερώτηση για το αν η παρέμβασή τους είχε αποτέλεσμα 5 από τους 10 ερωτώμενους απάντησαν θετικά, ενώ 2 ερωτώμενοι απάντησαν αρνητικά. Οι 2

ακόμα από τα υποκείμενα της έρευνας υποστήριξαν ο ένας ότι λόγω έλλειψης στοιχείων η υπόθεση δεν συνεχίστηκε, και κατά συνέπεια δεν υπήρξε θετική ή αρνητική έκβαση και τέλος, η άποψη μιας ακόμα επαγγελματία κοινωνικής φροντίδας ήταν ότι κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί τη σίγουρη επιτυχία αλλά με πίστη στις δεξιότητες του καθένα ως επαγγελματία και με κίνητρο το συμφέρον του παιδιού μπορείς να πετύχεις το θετικό αποτέλεσμα. Η ψυχολόγος-ερευνήτρια δεν απάντησε καθώς λόγω του ρόλου της και των αρμοδιοτήτων της δεν είχε αρμοδιότητα να παρέμβει σε τέτοιο επίπεδο.

Κύρια αίτια των ηθικών διλημάτων

- **Συγκρούσεις κώδικα δεοντολογίας και προσωπικών αξιών**

Στη συνέχεια, οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας μας εκθέτουν τις προσωπικές τους απόψεις σχετικά με το που οφείλονται τα ηθικά διλήματα που καλούνται να διαχειριστούν στην επαγγελματική τους πορεία. Οι 4 από τις 10 απόψεις των επαγγελματιών καταλήγουν, πως τα ηθικά διλήματα σχετίζονται με το κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος που έρχεται σε σύγκρουση με τις προσωπικές τους αξίες, καθώς όπως υποστηρίζουν πολλές φορές δεν μπορούν να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες για να αντιμετωπίσουν ένα περιστατικό παιδικής κακοποίησης, επειδή οι στρατηγικές παρέμβασης που επιλέγουν, πολλές φορές συγκρούονται με τις αρχές του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματός τους. Οι συγκεκριμένες απόψεις παρατίθενται παρακάτω:

«Κοιτάζτε να δείτε στις επαγγελματικές αξίες, είσαι επαγγελματίας οπότε η ίδια η ειδικότητα σου σου δημιουργεί ένα κώδικα δεοντολογίας τον οποίο σέβεσαι, ακολουθείς και τηρείς. Εμείς στο Χαμόγελο πέρα από τον κώδικα δεοντολογίας που έχει ο καθένας από τον επιστημονικό του κλάδο, έχουμε ένα κώδικα δεοντολογίας εσωτερικό στο «Χαμόγελο του Παιδιού» που πολλές φορές λοιπόν αυτά έρχονται αντιμέτωπα αλλά έχει να κάνει και με την προσωπικότητα του καθένα και φυσικά έχει να κάνει με τις προσωπικές αξίες» (Στέφανος, ψυχολόγος).

«Σαφώς και σχετίζονται, με τη σύγκρουση προσωπικών αξιών και το κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος διότι αρκετές φορές ο επαγγελματίας έχει 'δεμένα τα χέρια' εξαιτίας της δεοντολογίας του επαγγέλματος και δεν μπορεί να προβεί σε περαιτέρω ενέργειες που ίσως απαιτεί κάποιο περιστατικό. Επομένως, είναι δύσκολο

για έναν επαγγελματία να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις διαχείρισης κακοποιημένων παιδιών, κυρίως όμως σε πολύ κρίσιμα περιστατικά» (Αρχοντούλα, κοινωνική λειτουργός).

«...στον κώδικα δεοντολογίας περισσότερο και κυρίως σε θέματα απορρήτου , πρέπει να τα ζυγίζεις τα πράγματα όταν η ζωή του παιδιού είναι σε κίνδυνο δεν υπάρχει απόρρητο και αυτό ισχύει σε όλες τις υπηρεσίες που έχουν να κάνουν με απόρρητο και με παιδιά» (Ιωάννα, κοινωνική λειτουργός).

«Με όλα αυτά, φυσικά και με το προσωπικό μου που δεν παύει να υπάρχει, είμαι παιδοψυχίατρος με πείρα έχω δει τόσα πολλά στην επαγγελματική αλλά και προσωπική μου ζωή σαφώς γιατί πολλές φορές ο κακοποιητής δεν έχει καμία ταμπέλα και δεν φαίνεται και συνήθως είναι υπεράνω υποψίας. Βοηθάει όταν έχεις καλλιεργήσει το ένστικτό σου και πρέπει να δουλεύουν οι μηχανές στο φουλ ώστε να μπορείς να αντιλαμβάνεσαι τι γίνεται γύρω σου και τι μπορεί να συμβεί , είναι το ένστικτό και η εμπειρία, η ευαισθησία και η γνώση»(Σταυρούλα, παιδοψυχίατρος).

- **Ελλείψεις του συστήματος παιδικής προστασίας στην Ελλάδα**

Επιπλέον, οι 4 από τις 10 θέσεις των επαγγελματιών συγκλίνουν στην άποψη πως στην Ελλάδα, υπάρχει έλλειψη στις δομές στήριξης και φροντίδας για τα κακοποιημένα παιδιά και επομένως, το κρατικό σύστημα αδυνατεί να παρέχει την κατάλληλη στήριξη και μέριμνα που χρειάζονται τα παιδιά-θύματα. Αυτό συνεπάγεται και ένα συχνό ηθικό δίλημμα που έχουν οι επαγγελματίες, σχετικά με την απόφαση που πρέπει να λάβουν για το εάν ένα κακοποιημένο παιδί μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του στο περιβάλλον κακοποίησης ή να παραπεμφθεί σε κάποιο κλειστό ίδρυμα φροντίδας. Το κυριότερο συμπέρασμα από τις απόψεις των επαγγελματιών, είναι πως το σύστημα της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα δεν υπάρχει ή δεν είναι οργανωμένο όπως θα έπρεπε.

Μερικές από τις απόψεις των επαγγελματιών που υποστηρίζουν τη προαναφερθείσα άποψη είναι η εξής:

«Αρχικά, στις μεγάλες τρύπες του νομικού συστήματος, στις υπερβολικές απαιτήσεις του εισαγγελέα σε ορισμένες περιπτώσεις πχ στη πρώτη περίπτωση που ανέφερα νωρίτερα, που δεν αρκέστηκε στη πρώτη εκτίμηση του περιστατικού από την επαγγελματία-ψυχολόγο και ζητούσε δεύτερη επιβεβαίωση και τέλος, δεν είμαστε σε θέση να

εκτιμήσουμε απόλυτα τη κατάσταση, γιατί πραγματοποιούμε εκτίμηση και την απαραίτητη διάγνωση, την ίδια στιγμή που θα απευθυνθεί σε εμάς το περιστατικό, δίχως να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα από την αρχή εκδήλωσης της κακοποίησης»(Ραλλού, παιδοψυχίατρος).

«Νομίζω πολύ συχνά οφείλονται στις συνθήκες , και όταν λέω συνθήκες εννοώ ότι είναι πολύ δύσκολες οι περιπτώσεις αλλά υπάρχουνε ακόμα και στη δυσκολότερη περίπτωση υπάρχουνε στοιχεία που δεν μπορούμε να παρακάμψουμε, όπως για παράδειγμα ότι η παρουσία του γονιού θα βοηθήσει το παιδί στη συνέχεια να βρει την ταυτότητα του οπότε είναι οι συνθήκες που πολλές φορές μας οδηγούν σε διλήμματα και κάποιες άλλες φορές πολλά ηθικά διλήμματα προκύπτουν από κρατική αδυναμία να πλαισιώσει το παιδί» (Στεφανία ,κοινωνική λειτουργός).

«Σίγουρα οφείλονται στις ελάχιστες δομές και υπηρεσίες υγείας που προσφέρει η πολιτεία δηλαδή πχ. ο θεσμός της “αναδοχής” δεν έχει αναπτυχθεί όσο θα ’πρεπε στη χώρα μας και αμέσως η “άμεση λύση” είναι να παραπεμφθεί το κακοποιημένο παιδί σε ίδρυμα παιδικής προστασίας. Πιστεύω πως η πολιτεία πρέπει να μεριμνά κατάλληλα, ώστε το παιδί να μπορέσει να παραμείνει στο σπίτι του, διότι συνήθως το τίμημα “πληρώνεται” από το παιδί-θύμα και ο θύτης εξακολουθεί πχ. να ζει ανενόχλητος στο σπίτι. Οπότε, ως επαγγελματίας δεν μπορείς να προσφέρεις πολλά γιατί δεν σου το επιτρέπει η ίδια η πολιτεία» (Ελευθερία, κλινική ψυχολόγος).

Ενδιαφέρουσες είναι και οι απόψεις που καταθέτουν οι 2 από τους 10 επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, καθώς εκφράζουν διαφορετικές απόψεις για τα αίτια των ηθικών διλημάτων και επισημαίνουν πως δεν οφείλονται στη σύγκρουση προσωπικών αξιών και στο κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος. «Το κλειδί βρίσκεται στο πώς θα διαμορφώσεις μια τάξη πραγμάτων για να προστατεύσεις το παιδί, κοιτάζοντας πάντα το συμφέρον του παιδιού παρά το τίμημα»(Μεταξία,κοινωνικήλειτουργός).

«Θεωρώ ότι έγκειται στη δυσκολία αναγνώρισης και απόδειξης της κακοποίησης είναι δηλαδή το θέμα τέτοιο που προκαλεί το δίλημμα. Δεν υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση»(Νία, παιδίατρος).

Κεφάλαιο 6^ο «Συζήτηση – Συμπεράσματα»

Από την επεξεργασία του εμπειρικού υλικού προέκυψαν κάποια συμπεράσματα σχετικά με τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης καθώς και τους τρόπους διαχείρισης αυτών των διλημμάτων. Διερευνήθηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την ένταξη ενός κακοποιημένου παιδιού στην κοινωνία, τα προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και την στάση τους απέναντι στις νομικές κυρώσεις των κακοποιητών, αλλά και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της έρευνας, επισημάνθηκε από κάποιους επαγγελματίες η εκπαίδευσή τους στο φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης και η θέση τους σχετικά με τους τρόπους βελτίωσης και ανάπτυξης των δεξιοτήτων τους στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Καταρχήν, από την ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων προκύπτει πως οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας οι οποίοι αποτέλεσαν το δείγμα μας, δεν έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα ούτε σε προπτυχιακό αλλά ούτε και σε μεταπτυχιακό επίπεδο, ώστε να είναι προετοιμασμένοι να διαχειριστούν περιστατικά παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης. Βασικός γνώμονας εκπαίδευσης σε θέματα παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης, αποτελεί η εμπειρία και η συνεχής ενημέρωση από το διαδίκτυο και από βιβλιογραφία καθώς και η παρακολούθηση σεμιναρίων που συντελούν στην πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη επιμόρφωση πάνω σε αυτό το φαινόμενο. Συμπερασματικά, αναδύεται η ανάγκη της εκπαίδευσης στους μελλοντικούς επαγγελματίες στις σχολές τους και με ειδικά διαμορφωμένα μαθήματα τα οποία να εξειδικεύονται πάνω σε θέματα παιδικής κακοποίησης – παραμέλησης διότι διαπιστώθηκε μέσα από απαντήσεις, η δυσαρέσκεια κάποιων επαγγελματιών για την ελλιπή εκπαίδευση και οργάνωση που παρέχει το ελληνικό σύστημα εκπαίδευσης αλλά και τα μεγάλα κενά που υπάρχουν και στο ελληνικό σύστημα παιδικής προστασίας δημιουργώντας προβλήματα στο καθημερινό έργο των επαγγελματιών.

Όσον αφορά τη συχνότητα αντιμετώπισης περιστατικών κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, οι επαγγελματίες ήταν αρκετά έμπειροι και ανέφεραν κατά

προσέγγιση συχνότητα περιστατικών 2-3 κάθε μήνα. Μπορούμε επίσης να διαπιστώσουμε πως οι επαγγελματίες οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνά μας, κατέχουν σημαντική κλινική εμπειρία στις περιπτώσεις διαχείρισης περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Μία πρόταση που προκύπτει από τους συγγραφείς της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας είναι η ανάδειξη νέων τρόπων διαχείρισης και εκπαίδευσης πάνω σε αυτό το ολοένα και εξελισσόμενο φαινόμενο καθώς όπως διαπιστώθηκε η συχνότητα των περιστατικών συνεχώς αυξάνεται.

Σε επόμενη ερώτηση, για το αν οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας αντιμετωπίζουν προβλήματα συνεργασίας-επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον, μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα γενικότερο συμπέρασμα που αναδύεται από την έρευνά μας. Όλοι οι επαγγελματίες έχουν αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα, με συχνότερα αναφερόμενα ότι οι γονείς ακυρώνουν τα προγραμματισμένα ραντεβού τους με τους επαγγελματίες, λένε ψέματα σχετικά με την έκβαση των γεγονότων της παιδικής κακοποίησης όταν την περιγράφουν και πολλές φορές δεν παραδέχονται ότι κακοποιούν το παιδί, υποστηρίζοντας πως αποτελεί μέρος της κουλτούρας τους και ότι με αυτό τον τρόπο το παιδί θα κατανοήσει καλύτερα τις συνέπειες των πράξεών του.

Αυτή η άποψη επιβεβαιώνεται και από την Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (1998): «Συνήθως απορρίπτουν τις πρώτες προσπάθειες προσέγγισης από γείτονες, κοινωνικούς λειτουργούς, υγειονομικούς επισκέπτες και γιατρούς». Συμπερασματικά, από τα παραπάνω προκύπτει η ανάγκη εκπαίδευσης και ενημέρωσης της ευρύτερης κοινωνίας, ξεκινώντας από την εκπαίδευση στο σχολείο και στη συνέχεια σε κοινοτικό και πανελλαδικό επίπεδο, έτσι ώστε οι γονείς να ενημερώνονται και η κοινωνία να ευαισθητοποιείται.

Αναφορικά, με τους τρόπους διαχείρισης των προβλημάτων επικοινωνίας και συνεργασίας με το οικογενειακό περιβάλλον, οι επαγγελματίες ανέφεραν πως το σημαντικότερο κίνητρο για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων είναι το συμφέρον του παιδιού και σύμφωνα με αυτό, ο επαγγελματίας θα μπορέσει να σχεδιάσει ένα κατάλληλο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης. Ακόμα, ο επαγγελματίας οφείλει να οριοθετήσει το γονέα, με τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει στην ανάληψη του γονεϊκού του ρόλου. Τα κύρια σημεία στα οποία συμφώνησαν οι επαγγελματίες είναι πως χρειάζεται υπομονή και διεπιστημονικότητα για να μπορεί ο επαγγελματίας να

διευθετεί τέτοια περιστατικά και τέλος, πως για να εδραιωθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γονέα και επαγγελματία πρέπει οι συναντήσεις να είναι πολυάριθμες και να κυριαρχεί η σταθερότητα ώστε το οικογενειακό περιβάλλον να αισθάνεται σιγουριά για τις ικανότητες του επαγγελματία.

Στην έρευνα αυτή, οι επαγγελματίες διερωτήθηκαν ακόμη για το αν τα παιδιά που έχουν υποστεί κάποιας μορφής κακοποίηση, μπορούν να ανταπεξέλθουν αργότερα στη κοινωνία και να ανταποκριθούν στις ανάγκες της. Όλοι οι επαγγελματίες, θεωρούν πως τα παιδιά μπορούν να ενταχθούν ομαλά στη κοινωνία, αλλά για να επιτευχθεί αυτό, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες σύμφωνα με τους επαγγελματίες μπορεί να είναι η κατάλληλη φροντίδα και στήριξη, από το είδος της κακοποίησης, από την ηλικία του παιδιού-θύματος, από τη προσωπικότητα και την εσωτερική δύναμη που πηγάζει μέσα του, το βαθμό της κακοποίησης, τη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών, το χρονικό διάστημα της κακοποίησης, ή το ποιος ήταν ο θύτης.

Επίσης, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι όσον αφορά στην επανένταξη των κακοποιημένων- παραμελημένων παιδιών όλοι οι επαγγελματίες δεν μπορούν να έχουν γνώση της εξέλιξης του παιδιού για τη ζωή του μετά. Δεν έχουν δηλαδή τη δυνατότητα να το παρακολουθήσουν και να δουν αν επανεντάσσεται λόγω μετοίκησης των παιδιών, αλλαγή του φορέα εργασίας των επαγγελματιών κ.λ.π. Ένα θέμα που τίθεται συμπερασματικά, σε αυτόν τον άξονα είναι το κατά πόσο η πολιτεία βοηθά και στηρίζει με τις δομές της αλλά και με υπηρεσίες της αυτά τα παιδιά αλλά και πόσο πρόωπα παρεμβαίνει έτσι ώστε να «σώσει» το κακοποιημένο παιδί από τον κίνδυνο.

Στη συνέχεια της έρευνας, καταγράφηκαν οι απόψεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με τις απόψεις τους ως προς τις κυρώσεις των θυτών. Συνοπτικά, αναφέρεται ότι οι ποινές για τους θύτες πρέπει να είναι αρκετά αυστηρές και να εξασφαλίζεται το συμφέρον του παιδιού διότι όπως υποστηρίζουν οι επαγγελματίες ο νομικός κώδικας της Ελλάδας δεν τιμωρεί όπως θα έπρεπε τους θύτες. Σημαντική άποψη που καταγράφεται από τους επαγγελματίες είναι πως οι θύτες είναι “ψυχικά άρρωστοι” και πως χρειάζονται και οι ίδιοι ψυχολογική υποστήριξη σε δομές που δυστυχώς δεν υπάρχουν στην Ελλάδα και δεν μπορούν να τους προσφέρουν βοήθεια. Αυτό διαπιστώνεται και μέσα από τη βιβλιογραφία, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου(1991): «Πολλοί από τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν υποστεί και οι ίδιοι κακοποίηση ή συναισθηματική στέρηση στην παιδική τους ηλικία. Μεγάλωσαν νιώθοντας εχθρότητα απέναντι στην εξουσία και ανίκανοι να εξασφαλίσουν βασική εμπιστοσύνη». Επίσης, σύμφωνα με την προαναφερθείσα : « έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι γονείς έχουν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, επαναλαμβάνοντας στη σχέση με τα παιδιά τους το ίδιο, μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο».

Αν και η η δικαιοσύνη οφείλει πρωταρχικά να προστατεύει το μέλλον του παιδιού, ώστε να μην δεχτεί ξανά κακοποίηση στο μέλλον, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να δημιουργηθούν και δομές υποστήριξης και θεραπείας των θυτών στη χώρα μας, διότι σε ορισμένες περιπτώσεις και οι ίδιοι οι θύτες χρειάζονται ιατρική περίθαλψη.

Το κεντρικό θέμα που διερευνάται στην έρευνά μας είναι τα ηθικά διλήμματα που έχουν αντιμετωπίσει οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας και πως αυτά επηρέασαν τη λήψη των αποφάσεών τους, ανάλογα με τα περιστατικά παιδικής κακοποίησης που καλούνταν να διαχειριστούν κάθε φορά. Ειδικότερα, όπως ανέφεραν οι επαγγελματίες τα ηθικά διλήμματα που έχουν αντιμετωπίσει στην επαγγελματική τους δραστηριότητα, ποικίλλουν. Οι επαγγελματίες αναφέρουν χαρακτηριστικά παραδείγματα ηθικών διλημάτων από τις κλινικές τους εμπειρίες και πως τα διαχειρίστηκαν. Συνοπτικά, ένα από τα πιο συνηθισμένα ηθικά διλήμματα που αντιμετώπισαν είναι πως πρέπει να αποφασίσουν αν θα παραπέμψουν ένα κακοποιημένο παιδί σε ένα ίδρυμα παιδικής προστασίας ή θα του επιτρέψουν να συνεχίσει να ζει στο περιβάλλον κακοποίησης. Επιπλέον, πολλές φορές τίθεται θέμα για την άρση του απορρήτου και πως μπορούν να προστατέψουν το παιδί-θύμα, όπως αναφέρεται και στο άρθρο 1.07j του Κώδικα Ηθικής, (NASW- National Association of Social Workers 1996), οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι συχνά υποχρεωμένοι από τη νομοθεσία να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη πορεία δράσης. Το συγκεκριμένο άρθρο αναγνωρίζει ότι οι νομοθετικές υποχρεώσεις ίσως απαιτούν από τους επαγγελματίες να μοιραστούν απόρρητες πληροφορίες (όπως στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης), αλλά απαιτούν να προστατεύεται το απόρρητο «στο πλαίσιο που επιτρέπει ο νόμος».

Επίσης, τι θα πρέπει να πιστέψουν οι επαγγελματίες για τα πραγματικά γεγονότα του περιστατικού ώστε να καταλήξουν σε αποφάσεις και τέλος, μπορεί ο επαγγελματίας ανάλογα με το περιστατικό να ταυτιστεί με αυτό και να απομακρυνθεί από το ρόλο του «επαγγελματία». Βέβαια όπως υποστηρίζουν οι περισσότεροι επαγγελματίες, θα πρέπει ο καθένας να προσπαθεί να κάνει σύμμαχό του το παιδί και μαζί από κοινού να αποφασίζουν το καλύτερο για αυτό. Ακόμη, είναι σημαντικό για τον επαγγελματία να ζυγίζει τα υπέρ και τα κατά των παρεμβάσεων που επιλέγει, προκειμένου να καταλήξει στην πιο κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Οι επαγγελματίες ερωτήθηκαν για τους τρόπους που χρησιμοποιούν ώστε να διαχειριστούν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά, τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν. Είναι εμφανές, πως οι περισσότεροι επαγγελματίες συμφωνούν πως η διεπιστημονική συνεργασία αποτελεί έναν από τους βασικότερους τρόπους για να βοηθηθεί ο επαγγελματίας, ώστε να βγει από το αδιέξοδο που πιθανόν βρίσκεται αλλά και η εποπτεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη για να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά ο επαγγελματίας, στα περιστατικά παιδικής κακοποίησης.

Επίσης στους επαγγελματίες τέθηκε το ερώτημα εάν η παρέμβαση που τελικά επέλεξαν για να διαχειριστούν περιστατικά παιδικής κακοποίησης, είχε θετικό αποτέλεσμα. Από τις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι παρεμβάσεις που χρησιμοποίησαν είχαν θετική έκβαση, με γνώμονα πάντα το συμφέρον του παιδιού-θύματος. Βέβαια κανένας από τους επαγγελματίες δεν μπορεί να εγγυηθεί ένα θετικό αποτέλεσμα σε όποιο περιστατικό αναλαμβάνει, καθώς δεν έχει την αποκλειστικότητα σχετικά με τη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση του κάθε περιστατικού. Αυτό συμβαίνει διότι, τα περιστατικά εποπτεύονται από επιστημονικό προσωπικό σε συνεργασία με τοπικούς φορείς που καμιά φορά, μπορούν να έρθουν σε σύγκρουση μεταξύ τους.

Το δείγμα κλήθηκε ακόμα να εκθέσει την προσωπική του γνώμη, σχετικά με το εάν τα ηθικά διλήμματα οφείλονται κυρίως στη σύγκρουση του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος με τις προσωπικές αξίες του κάθε επαγγελματία. Εκεί, ως αναλυτές της συγκεκριμένης έρευνας παρατηρήσαμε πως οι περισσότεροι επαγγελματίες συμφωνούν με την παραπάνω άποψη. Όμως, τέθηκε και το θέμα της αδυναμίας του ελληνικού συστήματος να στηρίξει και να μπορέσει να παρέχει ιατρική βοήθεια στους άρρωστους-θύτες, γιατί οι συνήθεις αποφάσεις από τους επαγγελματίες είναι

να απομακρύνεται μεν το παιδί-θύμα από το οικογενειακό του περιβάλλον λόγω ύπαρξης κάποιων δομών παιδικής προστασίας, ενώ δομές-υπηρεσίες στήριξης για τους θύτες δεν υπάρχουν, ώστε να γίνουν παραπομπή και να βοηθηθούν και εκείνοι.

Η τελευταία ερώτηση της έρευνας, αφορούσε το εάν είναι εύκολο ή δύσκολο για τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τα ηθικά διλήμματα και με ποια μέσα μπορεί να επιτευχθεί η αποτελεσματικότερη επίλυσή τους. Οι επαγγελματίες θεωρούν πως η επίλυση των ηθικών διλημάτων ιδιαίτερα δύσκολη, όπου ο επαγγελματίας πρέπει να επιλέξει ανάμεσα σε διαφορετικές επιλογές και διαδικασίες λήψης αποφάσεων και αρκετές φορές, έρχονται σε δύσκολη θέση ανάλογα με τα περιστατικά παιδικής κακοποίησης που καλούνται να διαχειριστούν. Τα κυριότερα μέσα που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων, όπως λένε οι επαγγελματίες, είναι η διεπιστημονικότητα, η εποπτεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες σε θέματα παιδικής κακοποίησης, η μετεκπαίδευση, η δια βίου μάθηση, η ενημέρωση στην πρόσφατη βιβλιογραφία για το θέμα, αλλά και η ενημέρωση μέσω του διαδικτύου. Καταλήγοντας, με ότι μέσο και αν διαθέσει για να εκπαιδευτεί κατάλληλα ένας επαγγελματίας, δεν μπορεί κανένας να διαβεβαιώσει την αποτελεσματικότητά του σε περιστατικά παιδικής κακοποίησης, καθώς πολλές φορές οι ανατροπές στα περιστατικά διαδέχονται η μια την άλλη και ο επαγγελματίας συχνά βρίσκεται σε αδιέξοδο κατά τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης, Η. & Καλυβά, Ε. (2006). Μέθοδοι Έρευνας στην Ειδική Αγωγή : Θεωρία και Εφαρμογές. Αθήνα : Παπαζήση.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε.(1987).Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1991).Κακοποίηση -Παραμέληση Παιδιών. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Γιωτάκος, Ο. ,Τσιλιακού, Μ. , & Τσίτσικα, Α. (2011). Κακοποίηση Παιδιού και Εφήβου. Ανίχνευση, αντιμετώπιση, πρόληψη. Αθήνα: Πεδίο
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μ., Ταυλαρίδου- Καλούτση Α., & Μουζακίτης Χ. (2011). Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας, μοντέλα παρέμβασης. Αθήνα: Τόπος.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες. Αθήνα: Κριτική.
- Καλλινικάκη, Θ. (2010). Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας. Αθήνα: Τόπος.
- Κυριαζή, Ν. (1999).Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπαλούρδος, Δ. & Φρονίμου, Ε. (2011). Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: καλές πρακτικές. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Νικολαΐδης, Γ.(2015). Μορφές και χαρακτηριστικά της βίας κατά των παιδιών: θεωρητικοί μετασχηματισμοί και σύγχρονα δεδομένα. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ράτσικα Ν.(2013). Από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση. Σημειώσεις για το μάθημα της ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. Ηράκλειο: ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
- Σταφυλά, Θ., Κουμούλα, Α., & Σκλάβου, Κ.Β. (2013) Κακοποίηση: όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες. Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων Σισμανογλείου Γενικού Νοσοκομείου Αττικής.

- Χατζηφωτίου, Σ. (2005). Ενδοοικογενειακή Βία κατά των γυναικών και Παιδιών, Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για τη Κοινωνική Εργασία. Αθήνα: Τζιόλα.
- Mishler, E.G. (1996). Συνέντευξη έρευνας. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Council on Social Work Education. (2008). Education policy and accreditation standards (EPAS).
- Dickson-Swift, V., Lyn James, E. & Liamputtong, P. (2008). Undertaking Sensitive Research in the Health and Social Sciences: Managing Boundaries, Emotions and Risks. Cambridge La Trobe, Victoria: Cambridge Medicine.
- Engleson, D. & Yockers, D. (1994). Environmental Education: A guide to Curriculum Planning. Madison: Wisconsin State Dept. of Public Instruction.
- Smith, J.K. (1990). The nature of social and educational inquiry: empiricism versus interpretation. Ablex : Norwood, NJ.
- Superka, D. P., Ahrens, C., Hedstrom, J. E., Ford, L. J., & Johnson, P. L. (1976). Values education sourcebook: Conceptual approaches, material, analyses and annotated bibliography. Colorado: Social Sciences Educational Consortium, Inc.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Allen, K.(2012) «What is an ethical dilemma?» The New Social Worker Magazine http://www.socialworker.com/feature-articles/ethics/articles/What_Is_an_Ethical_Dilemma%3F/
- Harris, J. (1985) «Child abuse and neglect: ethical issues» <http://jme.bmj.com/content/11/3/138.abstract?sid=10fa4eb1-7de0-4f13-83c8-233f09a63f78>
- McLeod, P., Clerk L. & Polowy, C. (2000) «Social Workers and Child Abuse, NASW General Counsel» <https://www.socialworkers.org/ldf/lawnotes/abuse.asp>
- Scott,A.Ketring, Child Abuse & Neglect, Childhelp@USA https://www.aamft.org/imis15/Content/Consumer_Updates/Child_Abuse_and_Neglect.aspx
- Thompson-Cooper, I.,& Fugère, R. & Cormier,BM (1993). The child abuse reporting laws: an ethical dilemma for professionals. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8242531>
- Reamer. F G.(2008).Social work today. <http://www.socialworktoday.com/archive/EoESepOct08.shtml>
- Child Abuse (1999) «Coping with Ethical Challenges» http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00131729808984386#.U3kg8PI_sbs
- (1995) «Ethical and Legal Dilemmas in the Management of Family Violence»
- http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327019eb0503_5#.U3khMfl_sbs
- (2007) Teaching Social Work Students to Resolve Ethical Dilemmas in Domestic Violence http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J067v27n01_05#.U3khWPl_sbs
- dove-Domestic Violence Against Women/Men in Europe, Prevalence, determinants, effects and policies/practices <http://www.doveproject.eu/definicao.php?nome=Gr%E9cia>
- Miller A.(2015) «A List of Ethical Dilemmas Facing Social Work» <http://work.chron.com/list-ethical-dilemmas-facing-social-work-21946.html>

- Sieber, Joan E.; Stanley, Barbara American Psychologist, (1988) « Ethical and professional dimensions of socially sensitive research»<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-15684-001>
- <http://www.hamogelo.gr/25-1/688/To-Xamogelo-toy-Poidioy-polema-thn-poidikh-Kakopoihsh-gia-15-synexh-xronia>
- (2008) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως
http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3727_08.htm
- [ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ www. e-child.gr](http://www.e-child.gr)
- («Παιδική κακοποίηση και παραμέληση»)
http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/628/kur_emm_main.pdf?sequence=6
- Παναγοπούλου Π. (2007) «Παιδική κακοποίηση»
<http://www.experimentalphysiology.gr/UserFiles/Research/child%20abuseLO.pdf>
- http://www.ygeiaprnoia.gr/Uploads/meletes/meleti_orizontia_diadiktiosh.pdf
- Συμβούλιο της Ευρώπης: Προστασία των Δικαιωμάτων του Παιδιού (1996). Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Άσκηση των Δικαιωμάτων των Παιδιών
<http://www.neagenia.gr/appdata/simeurdi.pdf>
- Υπουργείο Εσωτερικών , Γενική Γραμματεία Ισότητας Των Φύλων
<http://womensos.gr/morfes-vias/>
- <http://e-psychology.gr/violence-abuse/916-endoikogeneiakh-via-to-thyma-othyths-kai-oi-epiptoseis-ths>
- Σαλπιστής Σ. (2013) «Ενδοοικογενειακή βία» <http://www.i-psyxologos.gr/endoikogeniaki-via/>
- Τσίτσικα Α.(2014) «Θέματα ασφάλειας του διαδικτύου για παιδιά και εφήβους» Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις <http://ekseliksis.gr/article-29.php>
- Κατσαμπέκη Ε. (2014) «Sexting: Από αθώο φλερτ, σε σκληρό bullying με ανήλικα παιδιά» <http://www.thetoc.gr/koinwnia/article/sexting-apo-athwo-flert-se-skliro-bullying-me-anilika-paidia>
- Κυπραίου Π. «Τι είναι bullying και πως αντιμετωπίζεται;»
<http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psyxologoi-marousi-psyxotherapeftes-marousi/paidia-goneis/60-syberifores/183-ti-einai-to-bullying-kai-pws-andimetvpizetai>

- Χορομίδου Δ. (2013) « Παιδική κακοποίηση: στρατηγικές αντιμετώπισης»
<http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/23355/paidiki-kakopoiisi-stratigikes-antimetwpsisis.html>
- Αρτινοπούλου (2014) από συνέντευξη στην εφημερίδα “Ελευθεροτυπία”
<https://sites.google.com/site/dikouevi/kakopoiese-paramelese-anelikou>
- Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (2008)
«Γνωρίζεις τα δικαιώματά σου;»)
<http://www.tilefonikigrammi.gr/dikaiomata.asp>
- Πολύζου Β.(2012) «Πως είναι ο γονιός που κακοποιεί το παιδί του; Τα οικονομικά προβλήματα αυξάνουν τη παιδική κακοποίηση»
http://medlabgr.blogspot.com/2012/11/blog-post_19.html
- (2009) Υπουργείο Υγείας
<http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/organogramma/yphresies/43-dieythynsh-prostasias-oikogeneias>
- Τριανταφυλλίδου Σ. & Παπαγεωργίου Γ. (2011). Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας.
http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2004_11/VA_REV_2_10_04_11.pdf