

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ: ΕΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αικατερίνη Παχή¹

Μαρία Πενταράκη²

Περίληψη

Ένα σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα αποτελεί η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν την ενδοοικογενειακή κακοποίηση του παιδιού και να προσφέρουν υποστήριξη στα θύματα (Τζουμάκα-Μπάκουλα, 1999, Trogan, Dessypris, Moustaki and Petridou, 2001). Με αφετηρία τη διαπιστωμένη έλλειψη κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της κακοποίησης του παιδιού αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε, στο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο», ένα σχετικό πρόγραμμα εκπαίδευσης.

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έρευνας, που διεξήχθη στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος και αφορά τις στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης παιδιών, πριν και μετά την εκπαίδευσή τους. Επίσης, η παρουσίαση καλών πρακτικών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης του παιδιού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

1. Εισαγωγή

Ενώ το φαινόμενο της παιδικής κακομεταχείρισης έχει αναγνωριστεί ως ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφού σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, περίπου 40 εκατομμύρια παιδιά κακοποιούνται κάθε χρόνο παγκόσμια (WHO, 2001), έχει διαπιστωθεί διεθνώς η δυσκολία έγκαιρης ανίχνευσης και αναφοράς του φαινομένου στα συστήματα υγείας (Vulliamy and Sullivan, 2000, Keys, 2005, Ferreira, 2005, Carter et al, 2006).

-
1. Προϊσταμένη Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας (Δρ.) Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Εργαστηριακή Συνεργάτης Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Αθήνας
 2. Καθηγήτρια, (Δρ.) Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Πάτρας

Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας στη Βόρεια Ιρλανδία, το 60% των επαγγελματιών υγείας έχουν δει τουλάχιστον μία περίπτωση που ενέχει υποψία σωματικής κακοποίησης, αλλά μόνο το 48% ανέφεραν το γεγονός στις αρχές (Lazenbatt and Freeman, 2006). Αξίζει να σημειωθεί δε, ότι στη χώρα αυτή η αναφορά της κακοποίησης παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωτική βάσει νόμου.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν εκτενή ερευνητικά δεδομένα και στατιστικά στοιχεία για το θέμα, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), το 2000 καταγράφηκαν 57 000 παιδοκτονίες παγκόσμια, σε παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών.

Αξιόπιστα και εκτενή δεδομένα για την ενδοοικογενειακή κακοποίηση παιδιών που δεν καταλήγει σε θάνατο επίσης δεν υπάρχουν, αλλά έρευνες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι πολύ συχνά τα παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών είναι θύματα κακοποίησης ή/και παραμέλησης και χρήζουν ιατρικής φροντίδας και παρέμβασης των κοινωνικών και νομικών υπηρεσιών (WHO, 2002).

Παρά τη δυσκολία διατύπωσης ενός σαφούς ορισμού της ενδοοικογενειακής κακοποίησης του παιδιού, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1999) επιχείρησε τη διατύπωση ενός ορισμού, ο οποίος υιοθετείται στην εργασία αυτή και έχει ως εξής: Η ενδοοικογενειακή κακοποίηση του παιδιού ή κακομεταχείριση περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή/και συναισθηματικής κακομεταχείρισης, την σεξουαλική κακοποίηση, την παραμέληση ή την οικονομική εκμετάλλευση ενός παιδιού. Οι πράξεις αυτές δε, έχουν επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή την αξιοπρεπή διαβίωση του παιδιού και προκαλούνται από τον γονέα ή άλλα πρόσωπα που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με το παιδί και έχουν την ευθύνη της φροντίδας του.

2. Αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής κακοποίησης παιδιών στην Ελλάδα

Η έκταση, οι μορφές, η συχνότητα και οι επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα, διότι δεν υπάρχει κεντρικός συντονιστικός φορέας για την καταγραφή και αξιολόγηση όλων των περιπτώσεων (Μουζακίτης, 1993, Παπανικολάου, 1998, Σαββίδου και Μποζίκας, 2003, Χατζηφωτείου, 2005). Άγνωστος είναι επίσης ο αριθμός των παιδιών που προσέρχονται στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω κακοποίησης ή/και παραμέλησης καθώς και ο αριθμός που παραπέμπονται στις αρμόδιες υπηρεσίες και αρχές για περαιτέρω χειρισμό και αντιμετώπιση. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε δύο μελέτες που καταδεικνύουν την αδυναμία ανίχνευσης της παιδικής κακοποίησης ή/και παραμέλησης στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και την ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα αυτό.

Σε μια έρευνα αρχείων που πραγματοποιήθηκε από τους Trogan, Dessypris, Moustaki and Petridou (2001), σε παιδιά κάτω των 6 ετών που είχαν υποστεί μηριαίο κάταγμα, βρέθηκε ότι καμιά από τις περιπτώσεις που εξετάστηκαν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών τεσσάρων μεγάλων Νοσοκομείων δεν διαγνώστηκε ως

περίπτωση κακοποίησης. Ενώ ερευνητικές αναφορές στο διεθνή χώρο έχουν δείξει ότι το ένα τρίτο των περιπτώσεων μηριαίου κατάγματος, που δεν είναι συνέπεια τροχαίου ατυχήματος, οφείλεται σε παιδική κακοποίηση, καμιά από τις περιπτώσεις που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη δεν διαγνώστηκε σαν τέτοια, ούτε εξετάστηκε σε αυτό το πλαίσιο. Είναι εμφανές ότι η κακοποίηση του παιδιού υποδιαγιγνώσκεται στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό. Οι παραπάνω ερευνητές τονίζουν την ανάγκη εκπαίδευσης του προσωπικού των νοσοκομείων, ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες ανίχνευσης, χειρισμού και αναφοράς των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Σε μια άλλη μελέτη, η οποία διεξήχθη στη Θεσσαλονίκη και αφορούσε τη στάση 80 παιδιάτρων απέναντι στη σεξουαλική κακοποίηση, διαφαίνεται επίσης η έλλειψη κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας. Όπως αναφέρεται στη μελέτη, οι 58 από τους παιδιάτρους που έλαβαν μέρος, δήλωσαν ότι δεν ήταν επαρκώς ενημερωμένοι στο θέμα και ένας στους πέντε έδωσε σωστό ορισμό (Στυλιανάκης, Παιονίδης, Στυλιανάκη, 1992). Οι ερευνητές τονίζουν ότι η γνώση της στάσης των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης είναι απαραίτητη, καθώς η στάση των ειδικών επηρεάζει τον αριθμό των επίσημων διαγνώσεων παιδικής κακοποίησης καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

3. Στόχοι του εκπαιδευτικού προγράμματος

Με αφετηρία τη διαπιστωμένη έλλειψη κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της παιδικής κακοποίησης αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρουσιάζεται εδώ. Το πρόγραμμα ήταν συνολικής διάρκειας 60 ωρών και υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006» τον Μάρτιο του 2006. Ο τίτλος του ήταν *«Επαγγελματίες υγείας στην διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών-θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας»*. Η εκπαίδευση στόχευε στην ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων εκείνων, ώστε οι επαγγελματίες υγείας:

- α) να ξεπεράσουν τυχόν προκαταλήψεις και στερεότυπα γύρω από το θέμα της ενδοοικογενειακής κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών,
- β) να αποκτήσουν γνώσεις ανίχνευσης και τεκμηρίωσης του φαινομένου,
- γ) να αναπτύξουν δεξιότητες χειρισμού των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, ώστε στα πλαίσια μιας επαφής τους με τις υπηρεσίες υγείας ή μιας ιατρικής εξέτασης, να αποφεύγεται η δεύτερη θυματοποίησή τους,
- δ) να διεξάγουν μια προσεκτική εξέταση των παιδιών, ώστε να φέρουν αποδεικτικά στοιχεία της κακοποίησης στο φάκελο του παιδιού (τραυματισμοί, υποσιτισμός, ψυχολογικά προβλήματα, κλπ),
- ε) να ενημερωθούν για τον ρόλο των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση παιδιών-θυμάτων ενδοοικογενειακής κακοποίησης ή/και παραμέλησης και την αναγκαιότητα διασύνδεσης του υγειονομικού συστήματος με τις υπηρεσίες αυτές και

στ) να ευαισθητοποιηθούν στην ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος καταγραφής και συντονισμένης αντιμετώπισης του φαινομένου στον φορέα τους.

Για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων του προγράμματος πραγματοποιήθηκε έρευνα, η οποία παρουσιάζεται στις επόμενες ενότητες.

4. Πληθυσμός μελέτης – Μέθοδος

Η έρευνα στόχευε στην αξιολόγηση της εκπαιδευτικής παρέμβασης μέσω της μελέτης των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών πριν και μετά τη συμμετοχή τους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, ώστε να αξιολογηθεί ενδεχόμενη αλλαγή των στάσεων τους. Για τον λόγο αυτό το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που παρακολούθησαν την εκπαίδευση, τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά τη λήξη του εκπαιδευτικού προγράμματος συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη σωματική και σεξουαλική ενδοοικογενειακή παιδική κακοποίηση. Πρόκειται λοιπόν για έρευνα αξιολόγησης, η οποία σύμφωνα με τον Robson (1993), επικεντρώνεται στην αλλαγή που επιχειρεί να προκαλέσει ή να ενθαρρύνει ένα πρόγραμμα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά του. Η συγκεκριμένη έρευνα μελετά την ενδεχόμενη αλλαγή των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών, ως αποτέλεσμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Στην έρευνα συμμετείχαν οι 25 επαγγελματίες υγείας που παρακολούθησαν την εκπαίδευση. Η σύνθεση της ομάδας ήταν 17 γυναίκες και 8 άνδρες. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ανά ειδικότητα και φύλο έχει ως εξής: 7 νοσηλεύτριες/ές (6 γυναίκες, 1 άνδρας), 5 κοινωνικοί λειτουργοί (4 γυναίκες, 1 άνδρας), 8 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (3 γυναίκες, 5 άνδρες), 2 ψυχολόγοι (1 γυναίκα και 1 άνδρας) και 3 επισκέπτριες υγείας. Από τους συμμετέχοντες μόνο 3 δήλωσαν ότι στο παρελθόν είχαν λάβει κάποια εκπαίδευση σχετική με το θέμα.

5. Αποτελέσματα

Η υλοποίηση του προγράμματος κατάρτισης μας δίνει σημαντικές ενδείξεις ως προς την αλλαγή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σε ένα σύνολο από σημαντικά ζητήματα. Θέλουμε να πιστεύουμε ότι αυτή η τροποποίηση των αντιλήψεών τους θα μεταφερθεί στην αλλαγή της στάσης τους όσον αφορά την αποτελεσματικότερη διάγνωση, τεκμηρίωση, καταγραφή και θεραπευτική αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικής έρευνας.

Οι στάσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών πριν και μετά την εκπαίδευσή τους αναλύθηκαν ως προς τους τομείς: i) της αναγνώρισης των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, ii) των δεξιοτήτων προσέγγισης του παιδιού-θύματος και του δράστη καθώς και iii) της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών στην αναφορά της κακοποίησης του παιδιού στις αρμόδιες υπηρεσίες για περαιτέρω υποστήριξη και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ανά θεματική ενότητα.

i) Αιτιολογικοί παράγοντες της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού:

Στην ενότητα που αφορούσε την ενημέρωση των εκπαιδευομένων για τους παράγοντες που ενδέχεται να οδηγήσουν σε σωματική παιδική κακοποίηση, από την έρευνα συμπεραίνεται ότι η εκπαίδευση βοήθησε τους επαγγελματίες στον τομέα αυτό (Πίνακας 1). Έτσι,

- Πριν την έναρξη του προγράμματος, 5 εκ των 8 ανδρών και 12 εκ των 17 γυναικών απάντησαν ότι η κακοποίηση μπορεί να αποδοθεί στα προβλήματα ψυχικής υγείας του γονιού ή κηδεμόνα συμπεριλαμβανομένων και των διαταραγμένων συζυγικών σχέσεων. Μετά τη λήξη του προγράμματος από το σύνολο των ερωτώμενων, 7 άνδρες και 15 γυναίκες απάντησαν θετικά στην ίδια ερώτηση, εκ των οποίων το σύνολο των ιατρών, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων.
- Στις αντίξοες εμπειρίες ζωής των γονέων και την έλλειψη δεξιοτήτων διαπαιδαγώγησης απέδωσαν την πρόκληση σωματικής κακοποίησης 3 εκ των 8 ανδρών και 12 εκ των 17 γυναικών, πριν την διεξαγωγή του προγράμματος εκπαίδευσης. Στην ίδια ερώτηση απάντησαν θετικά 7 άνδρες και 16 γυναίκες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, μεταξύ αυτών το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτριών υγείας και ψυχολόγων.
- Τέλος, 4 εκ των 8 ανδρών και 8 εκ των 17 γυναικών, πριν τη διεξαγωγή του εκπαιδευτικού προγράμματος, απέδωσαν την πρόκληση σωματικής κακοποίησης σε άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνική απομόνωση της οικογένειας ή τα προβλήματα ανεργίας του πατέρα. Μετά την εκπαίδευσή τους, από το σύνολο των 25 ερωτώμενων, απέδωσαν την σωματική κακοποίηση στους παράγοντες αυτούς 5 άνδρες και 13 γυναίκες, εκ των οποίων οι κοινωνικοί λειτουργοί στο σύνολό τους.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι μετά τη λήξη του προγράμματος, οι γυναίκες επέδειξαν σχετικά μεγαλύτερο βαθμό ενημέρωσης για τους αιτιολογικούς παράγοντες της σωματικής κακοποίησης του παιδιού. Μεταξύ των ειδικοτήτων πιο ενημερωμένοι παρουσιάζονται οι κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ ακολουθούν οι ψυχολόγοι, οι επισκέπτες υγείας και οι ιατροί αντίστοιχα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ενότητα αυτή, που αφορά την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα χαρακτηριστικά «υψηλού κινδύνου» που διαφοροποιούν τις οικογένειες που ενδέχεται να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά προς τα παιδιά, από εκείνες που δεν παρουσιάζουν προδιάθεση για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι: α) η συνεκτίμηση των χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου με την κλινική εικόνα του παιδιού διευκολύνει την αποτελεσματική ανίχνευση των συμβάντων σωματικής κακοποίησης και β) η προσφορά υποστηρικτικών υπηρεσιών στις οικογένειες αυτές μπορεί να προλάβει πιθανή κακοποίηση (δευτερογενής πρόληψη) (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1996, Browne, 1993).

Ομοίως, τα αποτελέσματα που αφορούν τη γνώση των ειδικών στους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, δείχνουν ότι το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που προσδιόρισαν σωστά τους παράγοντες αυτούς αυξήθηκε μετά την εκπαίδευση (Πίνακας 2). Αναλυτικότερα θεώρησαν ως προδιαθεσιακούς παράγοντες σεξουαλικής κακοποίησης τους εξής:

- Τα προσωπικά ή ψυχικά προβλήματα του δράστη συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού κακοποίησης του ιδίου, αναγνώρισαν ως προδιαθεσιακούς παράγοντες σεξουαλικής κακοποίησης 6 εκ των 8 ανδρών και 12 εκ των 17 γυναικών επαγγελματιών υγείας, πριν την εκπαίδευσή τους. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος 7 άνδρες και 16 γυναίκες αναγνώρισαν τους παράγοντες αυτούς, εκ των οποίων το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτριών υγείας και ψυχολόγων.
- Τη σεξουαλική δυσλειτουργία των γονέων και τη διαταραχή των συζυγικών σχέσεων ανέφεραν 2 εκ των 8 ανδρών και 7 εκ των 17 γυναικών καταρτιζομένων, κατά την έναρξη του προγράμματος εκπαίδευσης. Μετά την εκπαίδευσή τους, 6 εκ των ανδρών και 12 εκ των γυναικών, μεταξύ των οποίων το σύνολο των ιατρών, απέδωσαν τη σεξουαλική κακοποίηση στους παράγοντες αυτούς.
- Την προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά του παιδιού, όταν το παιδί είναι μεγαλύτερης ηλικίας, θεώρησαν ως παράγοντα που μπορεί να προκαλέσει σεξουαλική κακοποίηση 2 εκ των 8 ανδρών και 2 εκ των 17 γυναικών, πριν την εκπαίδευσή τους και κανένας/καμία από τους επαγγελματίες μετά την παρακολούθηση του προγράμματος.
- Τις συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας (χαμηλό οικονομικό επίπεδο, περιορισμένος χώρος κατοικίας, διακανονισμός υπνοδωματίου, κ.α.) ανέφεραν ένας εκ των 8 ανδρών και 4 εκ των 17 γυναικών πριν την εκπαίδευση. Μετά το τέλος του προγράμματος στην ίδια ερώτηση απάντησαν θετικά 5 άνδρες και 10 γυναίκες, εκ των οποίων το σύνολο των επισκεπτριών υγείας και των ψυχολόγων.

Όσον αφορά την ενημέρωση των επαγγελματιών στους αιτιολογικούς παράγοντες της σεξουαλικής κακοποίησης, από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, όσον αφορά το φύλο, δεν υπήρξε ιδιαίτερη διαφοροποίηση στο βαθμό ενημέρωσης τους, ενώ όσον αφορά τις ειδικότητες, οι επισκέπτριες υγείας έχουν το προβάδισμα και ακολουθούν οι ψυχολόγοι, οι ιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Όπως στη σωματική κακοποίηση έτσι και στη σεξουαλική, η γνώση από τους ειδικούς των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε κακοποίηση είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας διότι ενισχύει τη διαγνωστική τους ικανότητα. Οι παράγοντες αυτοί όμως δεν θα πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα, αλλά σε συνάρτηση με τη συμπεριφορά του παιδιού που ενδέχεται να εγείρει υποψία κακοποίησης ή τα σωματικά σημεία που μπορεί να βρεθούν κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής εξέτασης και υποδηλώνουν την πράξη (Hibbard and Zollinger, 1992, Savell, 2005). Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι

εάν δεν συντρέχουν οι παράγοντες υψηλού κινδύνου δεν θα εξετάζεται με προσοχή η οποιαδήποτε ένδειξη που προέρχεται από το παιδί. Εξάλλου, αναγνωρίζουμε ότι η κακοποίηση του παιδιού είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει σε οικογένειες όλων των κοινωνικοοικονομικών επιπέδων (Porter, 1984, Blumenthal, 1994).

ii) Δεξιότητες προσέγγισης του παιδιού και του δράστη:

Σχετικά με την προσέγγιση του παιδιού-θύματος και του δράστη-θύτη, προσέγγιση που δυσκολεύει ιδιαίτερα τους επαγγελματίες, όπως έχει διαπιστωθεί σε μελέτες (Τζουμάκα-Μπακούλα, 1999, Davey and Hill, 1999, Kenny, 2007, Ferreira, 2005), οι εκπαιδευόμενοι/ες επέλεξαν τις παρακάτω προσεγγίσεις (Πίνακας 3):

- Θα εξέταζαν τον δράστη γονέα ή κηδεμόνα και το παιδί μαζί για να διαπιστώσουν τι συνέβη 6 εκ των 7 ανδρών και 8 εκ των 18 γυναικών πριν την εκπαίδευσή τους. Ο αριθμός αυτός μειώθηκε μετά τη λήξη του προγράμματος και μόνο 2 άνδρες και 2 γυναίκες επέλεξαν την ταυτόχρονη εξέταση θύτη-θύματος, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι στο σύνολό τους παρουσιάζονται πιο ευαισθητοποιημένοι στην προσέγγιση μετά τη λήξη.
- Θα εξέταζαν το παιδί μόνο του για να συγκεντρώσουν στοιχεία για το τι συνέβη 4 εκ των 8 ανδρών και 11 εκ των 17 γυναικών επαγγελματιών πριν την εκπαίδευσή τους. Η επιλογή αυτή ενισχύθηκε μετά την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και έτσι επέλεξαν τη χωριστή εξέταση του θύματος 6 άνδρες και 17 γυναίκες. Οι επισκέπτριες υγείας στο σύνολό τους μετά την εκπαίδευσή επέλεξαν τη χωριστή εξέταση του παιδιού.
- Θα εξέταζαν τον δράστη μόνο του για να συγκεντρώσουν στοιχεία και να διερευνήσουν τι συνέβη ένας εκ των 8 ανδρών και 12 εκ των 17 γυναικών, πριν την διεξαγωγή του εκπαιδευτικού προγράμματος, ενώ ο αριθμός ανήλθε σε 6 άνδρες και 14 γυναίκες, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Και εδώ μετά τη λήξη της εκπαίδευσης οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι στο σύνολό τους επέλεξαν τη χωριστή εξέταση του δράστη.

Όσον αφορά τις δεξιότητες προσέγγισης του παιδιού και του δράστη, εκ των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι από τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι επέδειξαν μεγαλύτερο βαθμό ευαισθητοποίησης στο θέμα της προσέγγισης και ακολουθούν οι επισκέπτριες υγείας. Είναι προφανές ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησε τους επαγγελματίες σε χειρισμούς προσέγγισης, αφού το ποσοστό που επέλεξε την ξεχωριστή εξέταση του δράστη-θύτη και του παιδιού-θύματος αυξήθηκε σημαντικά μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σε όλες τις ειδικότητες. Όπως και στη σωματική κακοποίηση έτσι και στη σεξουαλική η ξεχωριστή εξέταση του δράστη-θύτη και του παιδιού-θύματος αποτελούν βασικές αρχές και σαφείς οδηγίες προς τους επαγγελματίες (Giardino et al, 1997), αφού η ταυτόχρονη εξέταση θύτη και θύματος εμποδίζει το παιδί να αποκαλύψει την κακοποίηση και ταυτόχρονα το θέτει σε κίνδυνο (Reece and Jenny, 2005).

iii) Αναφορά της κακοποίησης του παιδιού και χρήση του δικτύου των αρμόδιων υπηρεσιών:

Σχετικά με την αναφορά της σωματικής κακοποίησης στις κατάλληλες υπηρεσίες για περαιτέρω χειρισμό και υποστήριξη των παιδιών και των οικογενειών τους, η πρόθεση αναφοράς των επαγγελματιών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα καταγράφεται παρακάτω (Πίνακας 4):

- Πριν την έναρξη του προγράμματος, 7 εκ των 8 ανδρών και 15 εκ των 17 γυναικών θα απευθύνονταν σε κάποια κοινωνική υπηρεσία, ενώ την επιλογή αυτή είχε το σύνολο των εκπαιδευόμενων μετά τη λήξη.
- Πριν την έναρξη της εκπαίδευσης, 2 άνδρες και 10 γυναίκες θα ενημέρωναν τον Εισαγγελέα Ανηλίκων, ενώ ο αριθμός ανήλθε σε 7 άνδρες και 11 γυναίκες μετά τη λήξη, εκ των οποίων το σύνολο των ψυχολόγων.
- Πριν την έναρξη της εκπαίδευσης, 6 άνδρες και 13 γυναίκες θα παρέπεμπαν την περίπτωση σε υπηρεσίες που εξειδικεύονται στην αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού, ενώ την ίδια απάντηση έδωσε το σύνολο των ανδρών και 15 εκ των γυναικών μετά την εκπαίδευση, εκ των οποίων το σύνολο των ιατρών, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτριών υγείας και ψυχολόγων.
- Θα απευθύνονταν στις εφημερίδες 2 εκ των ανδρών και 2 εκ των γυναικών πριν την εκπαίδευσή τους και κανένας/καμία μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
- Αν δεν ενέπιπε στην αρμοδιότητά τους δεν θα έκαναν τίποτα 4 εκ των ανδρών και μία εκ των γυναικών πριν την έναρξη του προγράμματος, ενώ μόνο ένας άνδρας μετά τη λήξη του.

Από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την αναφορά της σωματικής κακοποίησης σε αρμόδιες υπηρεσίες, οι άνδρες παρουσιάζονται μετά την εκπαίδευση πιο ευαισθητοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες και μεταξύ των ειδικοτήτων το προβάδισμα έχουν οι ψυχολόγοι και ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί και επισκέπτες υγείας.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την πρόθεση ενεργειών των επαγγελματιών σχετικά με την αναφορά της σεξουαλικής κακοποίησης στις αρμόδιες αρχές (Πίνακας 5) έχουν ως εξής:

- Θα ανέφεραν το συμβάν στο δικαστικό σύστημα 2 εκ των 8 ανδρών και 10 εκ των 17 γυναικών πριν την εκπαίδευση, ενώ την αναφορά στο δικαστικό σύστημα επέλεξαν 6 άνδρες και 15 γυναίκες μετά τη συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, συμπεριλαμβανομένου του συνόλου των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων.
- Θα ανέφεραν το συμβάν στο δικαστικό σύστημα μόνο αν το παιδί είχε εμφανή σημάδια σεξουαλικής κακοποίησης 7 άνδρες και 10 γυναίκες, πριν την εκπαί-

δευση, ενώ μετά την εκπαίδευση, ο αριθμός μειώθηκε σημαντικά και μόνο 3 άνδρες και 4 γυναίκες έθεσαν ως προϋπόθεση την ύπαρξη εμφανών αποδεικτικών στοιχείων στο σώμα του παιδιού για την αναφορά της σεξουαλικής κακοποίησης.

- Θα έκαναν επίπληξη στο δράστη, ώστε να μην επαναλάβει την πράξη αυτή προς το παιδί και θα τους έστελναν στο σπίτι 5 άνδρες και 8 γυναίκες πριν την εκπαίδευση, ενώ την επιλογή αυτή είχαν μόνο 2 άνδρες και 2 γυναίκες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
- Δεν θα έκαναν τίποτα αν δεν ενέπιπτε στην αρμοδιότητά τους 6 άνδρες και 10 γυναίκες εκ των 25 επαγγελματιών πριν την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και μόνο 2 άνδρες και 1 γυναίκα μετά την ολοκλήρωσή του.

Όσον αφορά την πρόθεση αναφοράς της σεξουαλικής κακοποίησης από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι μετά τη λήξη του προγράμματος, οι γυναίκες επέδειξαν σχετικά μεγαλύτερο βαθμό ετοιμότητας και μεταξύ των ειδικοτήτων πιο ευαισθητοποιημένοι παρουσιάζονται οι κοινωνικοί λειτουργοί, και οι ψυχολόγοι.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, η εκπαίδευση ευαισθητοποίησε τους επαγγελματίες στην αναφορά της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού. Για παράδειγμα, όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση, αυξήθηκε το ποσοστό των επαγγελματιών που δήλωσαν ότι θα ανέφεραν το γεγονός στις αρχές και μειώθηκε το ποσοστό που θα έκαναν αναφορά μόνο στην περίπτωση που το παιδί είχε εμφανή σημάδια. Επίσης τη λύση της επίπληξης του δράστη και της επιστροφής του παιδιού στο σπίτι χωρίς ουσιαστική βοήθεια επέλεξε ένα σχετικά πολύ μικρό ποσοστό μετά την εκπαίδευση.

6. Συζήτηση

Στο συγκεκριμένο δείγμα των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και στην έρευνα μας, παρατηρήθηκε ότι μετά την εκπαίδευση οι γυναίκες ήταν πιο ενημερωμένες σε θέματα που αφορούσαν τα αίτια της σωματικής κακοποίησης, την προσέγγιση του παιδιού και του δράστη καθώς και την αναφορά της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε αρμόδιες αρχές και υπηρεσίες, ενώ οι άνδρες είχαν καλύτερη ανταπόκριση στην αναφορά της σωματικής κακοποίησης σε αρμόδιες αρχές και υπηρεσίες. Τον ίδιο βαθμό ενημέρωσης είχαν και τα δύο φύλα στον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλουν στη σεξουαλική παιδική κακοποίηση. Όσον αφορά δε τη διαφοροποίηση των ερωτώμενων σε σχέση με την ειδικότητα παρατηρήθηκε ότι μετά την εκπαίδευση πιο ενημερωμένοι ήταν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι ενώ ακολουθούν με σειρά οι επισκέπτριες υγείας, οι ιατροί και οι νοσηλεύτες, αν και λόγω των μικρών αριθμών οι παραπάνω διαφοροποιήσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Μελέτες στο διεθνή χώρο έχουν καταγράψει τις ανάγκες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε συγκεκριμένους τομείς που αφορούν την παιδική ενδοοικογε-

νειακή κακοποίηση. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών που αναφέρουν και αναλύουν τους τομείς αυτούς. Έτσι, η ανεπάρκεια εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στους προδιαθεσικούς παράγοντες της παιδικής ενδοοικογενειακής κακοποίησης και στην αναγνώριση των κλινικών ευρημάτων αναφέρεται και στις μελέτες των Socolar et al (2001) και Keys (2005). Η έλλειψη δεξιοτήτων συνέντευξης στην προσέγγιση του παιδιού θύματος και του δράστη καθώς και η έλλειψη δεξιοτήτων συμβουλευτικής από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, καταγράφεται και στις ερευνητικές αναφορές των Bannon et al (2001) καθώς και Johnson (2002). Επίσης, οι δυσκολίες που υπάρχουν στις διαδικασίες αναφοράς της παιδικής κακοποίησης και παραπομπής στις αρμόδιες υπηρεσίες για περαιτέρω χειρισμό και υποστήριξη έχουν επισημανθεί και σε μελέτες των Friendlaender et al (2005), Lazenbatt and Freeman (2006) καθώς και των Markenson et al (2007).

Το θέμα της αναφοράς της κακοποίησης του παιδιού από τους επαγγελματίες υγείας είναι βασικό, αλλά ακόμη και σε χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, που η αναφορά είναι υποχρεωτική βάσει νόμου τα ποσοστά αναφοράς είναι σχετικά χαμηλά. Στοιχεία που παραθέτει το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών (2004) δείχνουν ότι από το 56% των αναφορών παιδικής κακοποίησης που έγιναν από επαγγελματίες, μόνο το 7,8% έγιναν από το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και σύμφωνα με την ίδια πηγή οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν το μικρότερο ποσοστό αναφοράς σε σχέση με άλλους επαγγελματίες.

Στην παρούσα μελέτη η επιλογή της αναφοράς της κακοποίησης στις κοινωνικές υπηρεσίες έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα ερευνών στο διεθνή χώρο που έχουν δείξει ότι μεταξύ των παραγόντων που εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν περιπτώσεις κακοποίησης είναι και η έλλειψη ευαισθησίας και υποστήριξης από τις κοινωνικές υπηρεσίες και άλλους εμπλεκόμενους φορείς. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί εδώ ότι στην παρούσα μελέτη η ερώτηση αναφέρεται στην πρόθεση των επαγγελματιών, ενώ τα στοιχεία των άλλων μελετών αφορούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες κατά την παραπομπή.

Παρά το γεγονός ότι η υποχρεωτική αναφορά βάσει νόμου δεν λύνει το πρόβλημα των δυσκολιών ανίχνευσης και αναφοράς, θα μπορούσε παρόλα αυτά να αυξήσει το ποσοστό αναφοράς της παιδικής κακοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα. Δυστυχώς όμως ο νέος Νόμος για την ενδοοικογενειακή βία (Νόμος υπ' αριθ. 3500/2006), στο άρθρο 23, ενώ κάνει μνεία στην υποχρεωτική αναφορά της κακοποίησης του παιδιού από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δεν συμπεριλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας.

7. Συμπεράσματα

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002) και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων (1999) τονίζουν ότι είναι ζωτικής σημασίας οι περιπτώσεις παιδικής κακομεταχείρισης να ανιχνεύονται έγκαιρα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ώστε

να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες στο παιδί και να ενεργοποιηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες που θα οδηγήσουν στη διακοπή της κακοποίησης ή/και παραμέλησης όσο το δυνατόν συντομότερα. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα κακοποίησης του παιδιού ώστε να μπορούν να συνεισφέρουν αποτελεσματικά στη διάγνωση και πρόληψη του φαινομένου (Reece and Jenny, 2005).

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρουσιάσαμε συνέβαλε στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ανίχνευσης και χειρισμού της κακοποίησης του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα η εκπαίδευση ενίσχυσε τους επαγγελματίες στην αναγνώριση των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε σωματική και σεξουαλική παιδική κακοποίηση. Επίσης σημειώθηκε βελτίωση των δεξιοτήτων προσέγγισης του παιδιού-θύματος και του δράστη-θύτη καθώς και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών στην αναφορά της παιδικής κακοποίησης στις αρμόδιες υπηρεσίες για περαιτέρω υποστήριξη και θεραπευτική αντιμετώπιση. Γενικότερα εκτιμάται ότι το πρόγραμμα συνέβαλε στη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών από τους συμμετέχοντες, αφού σε ερώτηση εάν πιστεύουν ότι θα αλλάξουν τον τρόπο προσέγγισης και τις διαδικασίες αντιμετώπισης των παιδιών-θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, μετά την παρακολούθηση του προγράμματος οι συμμετέχοντες επαγγελματίες, σε ποσοστό 100%, απάντησαν θετικά. Σίγουρα όμως χρειάζεται μία μελλοντική έρευνα για να διαπιστωθεί εάν αυτές οι αλλαγές έχουν μακροχρόνια διάρκεια.

8. Προτάσεις

Με βάση την εμπειρία των Η.Π.Α. (Tower, 1996, Giardino, Christian and Giardino, 1997), της Μεγάλης Βρετανίας (Blumenthal, 1994) και του Καναδά (Loo, Bala, Clarke, and Hornick, 1999) στον τομέα της ανίχνευσης και αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης σε πλαίσια υγείας, ένα αποτελεσματικό μοντέλο παρέμβασης πρέπει να στηρίζεται στους εξής άξονες: i) συνεχόμενη εκπαίδευση, ii) διεπιστημονική προσέγγιση, iii) εφαρμογή πρωτοκόλλων iv) εμπεριστατωμένη τεκμηρίωση των ευρημάτων και τέλος v) λειτουργία εξειδικευμένων φορέων παιδικής προστασίας.

i) Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έχει σκοπό κυρίως: α) την τροποποίηση στάσεων και αντιλήψεων που λειτουργούν ανασταλτικά στην ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης, όπως το απαραβίαστο των ενδοοικογενειακών υποθέσεων, η δυσκολία αποδοχής και αντιμετώπισης αιμομικτικών σχέσεων (φόβος της αιμομιξίας), η αποδοχή της σωματικής τιμωρίας ως μεθόδου διαπαιδαγώγησης και άλλων που εμποδίζουν την επαγγελματική ικανότητα, β) τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων για την αποτελεσματική ανίχνευση και τη σωστή τεκμηρίωση των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης, και γ) την ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων ψυχοκοινωνικής διάγνωσης (psychosocial diagnostic knowledge and skills).

Από την εμπειρία των χωρών αυτών εκτιμάται ότι η εκπαίδευση πρέπει να είναι προϋπόθεση για τη λήψη πτυχίου των επαγγελματιών υγείας και να συνεχίζεται και

κατά την άσκηση του επαγγέλματος. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στην Νέα Υόρκη, για την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος των επιστημόνων στο χώρο της υγείας, απαιτείται η παρακολούθηση ενός δώρου σεμιναρίου σχετικού με την ανίχνευση, καταγραφή και αναφορά της παιδικής κακοποίησης (Reiniger, Robison and McHugh, 1995). Όσον αφορά δε την ενδο-υπηρεσιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τα πλαίσια υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζουν προγράμματα υποχρεωτικής συνεχόμενης κατάρτισης, στα οποία συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης του παιδιού, με σκοπό την ενίσχυση της επαγγελματικής ικανότητας των επιστημόνων υγείας και την ανάπτυξη διεπιστημονικής συνεργασίας (Kenny, 2007, Socolar et al, 2001).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα στον τομέα αυτό είναι σχεδόν ανύπαρκτη και για τον λόγο αυτό επιβάλλεται η υποχρεωτική εκπαίδευση όλων των ειδικοτήτων τόσο κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσης όσο και στα πλαίσια ενδο-υπηρεσιακής εκπαίδευσης. Σημαντικός είναι επίσης ο σχεδιασμός μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών που θα προσφέρουν εξειδίκευση στον τομέα αυτό.

ii) Λειτουργία διεπιστημονικής ομάδας

Η διεπιστημονική προσέγγιση του θέματος της παιδικής κακοποίησης ή/και παραμέλησης και η λειτουργία και χρήση της διεπιστημονικής ομάδας στον χειρισμό και την αξιολόγηση των περιπτώσεων κακοποίησης του παιδιού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται επιβεβλημένη. Η χρήση της διεπιστημονικής ομάδας εξασφαλίζει την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ειδικών που εμπλέκονται στις περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και προωθεί την κατανόηση της πολιτικής και των διαδικασιών που ακολουθούν οι υπηρεσίες που χειρίζονται την παιδική κακοποίηση. Άλλο πλεονέκτημα της διεπιστημονικής ομάδας είναι η διευκόλυνση της ανταλλαγής των πληροφοριών μεταξύ των ειδικών που χειρίζονται τις περιπτώσεις και η εξοικονόμηση χρόνου, καθώς και το μοίρασμα εξειδίκευσης και γνώσης με την παράλληλη υιοθέτηση αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων.

iii) Ανάπτυξη πρωτοκόλλων

Σημαντική είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων χειρισμού της παιδικής κακοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως στους τομείς της καταγραφής, τεκμηρίωσης και αναφοράς στις αρμόδιες υπηρεσίες των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης. Τα νοσοκομειακά πρωτόκολλα συνήθως ξεκινούν με μια περιγραφή των νομικών υποχρεώσεων των επαγγελματιών και των συνεπειών της μη αναφοράς. Διευκρινίζουν την ορολογία που χρησιμοποιείται και επεξηγούν τον ρόλο του νοσοκομειακού πλαισίου στην αντιμετώπιση και τη διαχείριση της παιδικής κακομεταχείρισης σε σχέση με άλλες υπηρεσίες και επαγγελματίες που δρουν στο πλαίσιο της κοινότητας. Τα πρωτόκολλα επικεντρώνονται στο ρόλο και τις υποχρεώσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, παρέχουν πληροφορίες και κατευθύνσεις που αφορούν τη διάγνωση, την εμπεριστατωμένη καταγραφή, την τήρηση της εχεμύθειας και την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση προς το παιδί και την οικογένεια. Επίσης

κατευθύνουν τους επαγγελματίες ως προς τον χειρισμό της αναφοράς της κακοποίησης και διευκολύνουν το μοίρασμα των πληροφοριών με άλλες υπηρεσίες παιδικής προστασίας ή/και το δικαστικό σύστημα. Τέλος αναφέρονται στον χειρισμό δύσκολων περιπτώσεων, όπως οι θάνατοι.

iv) Καταγραφή και τεκμηρίωση των ευρημάτων της κακοποίησης του παιδιού

Η σωστή καταγραφή-τεκμηρίωση και εμπεριστατωμένη παρουσίαση των ευρημάτων παιδικής κακοποίησης στο φάκελο του παιδιού είναι πρωταρχικής σημασίας, διότι αποτελεί επίσημη αναφορά του γεγονότος και σε μεταγενέστερη φάση μπορεί να αποτελέσει δικαστικό ενδεχομένως τεκμήριο της κακοποίησης. Είναι επομένως ζωτικής σημασίας η καταγραφή και τεκμηρίωση της παιδικής κακοποίησης από τους ειδικούς στο χώρο της υγείας, αλλά και ιδιαίτερα δύσκολη η διαγνωστική εκτίμηση της. Σύμφωνα με την εμπειρία λοιπόν των χωρών που εφαρμόζουν πρωτόκολλα καταγραφής και τεκμηρίωσης (Giardino, Christian and Giardino, 1997, Tower, 1996, Blumenthal, 1994), η σωστή καταγραφή των ευρημάτων παιδικής κακοποίησης προϋποθέτει τα ακόλουθα:

- Σαφής και απλή καταγραφή των ιατρικών ευρημάτων
- Χρήση διαγραμμάτων και φωτογραφιών που συμπληρώνουν τις γραπτές περιγραφές των τραυμάτων ή άλλων ευρημάτων
- Χρήση κατάλληλων δεξιοτήτων συνέντευξης και επικοινωνίας (interviewing and rapport-building techniques) με το παιδί καθώς και με τους φροντιστές του παιδιού, ώστε να προσφέρουν επαρκή υποστήριξη τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένεια
- Καταγραφή οποιασδήποτε σχετικής δήλωσης του παιδιού και των κηδεμόνων του, χρησιμοποιώντας, εάν είναι δυνατόν, τις ακριβείς λέξεις των ομιλητών. Παρότρυνση και ευαισθητοποίηση όλου του προσωπικού της κλινικής που ασχολείται με το παιδί να κάνουν το ίδιο
- Χωριστή συνέντευξη με κάθε συνοδό-φροντιστή του παιδιού και επίσης ξεχωριστή συνέντευξη με το παιδί
- Λεπτομερή καταγραφή της συμπεριφοράς όλων των εμπλεκομένων μερών
- Καταγραφή της συχνότητας των επισκέψεων των συνοδών και του τρόπου που συνδιαλέγονται με το παιδί
- Καταγραφή της πιθανής ασυνέπειας που μπορεί να διακρίνουν στις εξηγήσεις που δίνουν οι φροντιστές του παιδιού και οι οποίες δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στο είδος του τραύματος και την κατάσταση του παιδιού
- Ορισμό του προσώπου που θα είναι υπεύθυνο για τη συγκέντρωση όλων των πληροφοριών και την αναφορά της παιδικής κακοποίησης (who is responsible for reporting?)

ν) Φορείς παιδικής προστασίας

Η δημιουργία φορέων παιδικής προστασίας, εξειδικευμένων στην κακοποίηση του παιδιού, όπου αναφέρονται οι περιπτώσεις κακοποίησης ή υποψίας κακοποίησης για περαιτέρω χειρισμό, διερεύνηση και τεκμηρίωση είναι καθοριστικής σημασίας, καθότι οι υπηρεσίες υγείας επιβάλλεται να παραπέμπουν τις περιπτώσεις κακοποίησης του παιδιού στους προαναφερόμενους φορείς που παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες παρέμβασης.

9. Επίλογος

Η κακοποίηση του παιδιού είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και η διαιώνιση του υποθηκεύει το μέλλον της κοινωνίας μας. Το σύστημα υγείας μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των θυμάτων και την παραπομπή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες υποστήριξης. Προς αυτήν την κατεύθυνση, γίνεται έκδηλη η ανάγκη υλοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε επαγγελματίες υγείας ώστε να ενισχυθεί η ανίχνευση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Αυτήν την επιμόρφωση θα μπορούσε να αναλάβει το τμήμα κοινωνικής εργασίας του κάθε νοσοκομείου με την προϋπόθεση βέβαια ότι θα είναι επαρκώς στελεχωμένο. Για τους επαγγελματίες υγείας η αναγνώριση δεν είναι απλώς η αποκάλυψη μιας δεδομένης κατάστασης. Πρέπει να δίνουν λύσεις και ουσιαστική βοήθεια. Σίγουρα, δεν είναι αποκλειστική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας να ασχοληθούν με το πρόβλημα, αλλά και του ίδιου του υγειονομικού συστήματος. Διότι, εάν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ανίκανο να προσφέρει τη βασική βοήθεια, είναι μάταιο να γίνεται μόνο μια απλή διερεύνηση της παιδικής κακοποίησης απλά και μόνο για να επιβεβαιώνεται η συχνότητα των βίαιων επεισοδίων ενάντια στα παιδιά.

Βιβλιογραφική Αναφορά

Ξενόγλωσσον

- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (1999) "*Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review*," *Pediatrics*, Vol 103 (1), pp. 186-191.
- Bannon, MJ, Carter, YH, Pace, M and Thorne, W (2001) "*Meeting the training needs of GP registrars in child abuse and neglect*," *Child Abuse Review*, Vol 10, pp. 254-261.
- Blumenthal, I (1994) *Child Abuse: A Handbook for Health Care Practitioners*, Edward Arnold, London.
- Browne, KD (1993) "*Home visitation and child abuse: The British experience*" *Advisor*, Vol 6, pp. 11-31.
- Carter, YH, Bannon, MJ, Limbert, C, Docherty, A and Barlow, J (2006) "*Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions*," *Archives of Disease in Childhood*, Vol 91, pp. 740-743.
- Davey, RI and Hill, J (1999) "*The variability of practice in interviews used by professionals to investigate child sexual abuse*" *Child Abuse & Neglect*, Vol 23(6), pp. 571-578.
- Ferreira, AL (2005) "*Follow-up of child abuse victims: challenges for the pediatrician*," *Journal de Pediatria*, Vol 81(5), pp. 173-180.
- Friedlaender, EY, Rubin, DM, Alpern, ER, Mandell, DS, Christian, CW and Alessandrini, EA (2005) "*Patterns of health care use that may identify young children who are at risk of maltreatment*," *Pediatrics*, Vol 116(6), pp. 1303-1308.
- Gencer, O, Ozbek, A, Bozabali, R, Cangar, S and Miral, S (2006) "*Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey*," *Pediatric Emergency Care*, Vol 22(12), pp. 794-803.
- Giardino, AP, Christian, CW and Giardino, ER (1997) *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*, Sage, Thousand Oaks.
- Hibbard, RA and Zollinger, TW (1992) "*Medical evaluation referral patterns for sexual abuse victims*" *Child Abuse & Neglect*, Vol 16, pp. 533-540.
- Johnson, CF (2002) "*Child maltreatment: Recognition, reporting and risk*," *Pediatrics International*, Vol 44, pp. 554-560.
- Kenny, MC (2007) "*Web-based training in child maltreatment for future mandated reporters*" *Child Abuse & Neglect*, Vol 31, pp. 671-678.
- Keys, M (2005) "*Child protection training for primary health care teams: Making a difference?*" *Child Abuse Review*, Vol 14, pp. 331-346
- Lazenbatt, A and Freeman, R (2006) "*Recognizing and Reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals*," *Journal of Advanced Nursing*, Vol 56(3), pp. 227-236.

- Loo, SK, Bala, NM, Clarke, ME and Hornick, JP (1999) Reporting and Classification in Health Care Settings, Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Markenson, D, Tunic, M, Cooper, A, Olson, L, Cook, L, Matza-Haughton, H et al (2007) "A national assessment of knowledge, attitudes, and confidence of prehospital providers in the assessment and management of child maltreatment," Pediatrics, Vol 119(1), pp. 103-109.
- Porter, R (1984) Child Sexual Abuse within the Family, Tavistock, London.
- Reece, RM and Jenny, C (2005) "Medical training in child maltreatment," American Journal of Preventing Medicine, Vol 29(5 Suppl 2), pp. 266-27.
- Reiniger, A, Robison, E and McHugh, E (1995) "Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse," Child Abuse & Neglect, Vol 19, pp. 63-69.
- Savell, S (2005) "Child Sexual Abuse: Are health care providers looking the other way?" Journal of Forensic Nursing, Vol 1(2), pp. 78-81;85.
- Socular, RS, Fredrickson, DD, Block, R, Moore, JK, Tropez-Sims, S and Whitworth, JM (2001) "State programs for medical diagnosis of child abuse and neglect: case studies of five established or fledgling programs" Child Abuse & Neglect, Vol 25, pp. 441-455
- Tower, CC (1996) Understanding Child Abuse and Neglect, Allyn and Baco, Boston.
- Trogan, I, Dessypris, N, Moustaki, M and Petridou, E (2001) "How common is abuse in Greece? Studying cases of femoral fractures," Archives of Disease in Childhood, Vol 85, pp. 289-292, Downloaded from: www.adc.bmj.com
- U. S Department of Health & Human Services, Administration for Children, Youth and Families (2004) Child Maltreatment 2002, Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- Vulliamy, AP and Sullivan, R (2000) "Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the protection system," Child Abuse & Neglect, Vol 24(11), pp. 1461-1470.
- World Health Organization (1999) Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, World Health Organization Geneva, (document, WHO/HSC/PVI/99.1).
- World Health Organization (2001) Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the links between human wrights and public health, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2002) World Report on Violence and Health, World Health Organization, Geneva.

Ελληνόγλωσσον

- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε, Μαραγκός Χ, Browne Κ και Σαραφίδου Ε (1996) “Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη,” *Παιδιατρική*, 59(6), σελ. 428-439.
- Μουζακίτης Χ (1993) “Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού - Επιπτώσεις στην υγεία του,” *Κοινωνική Εργασία*, 30, σελ. 93-106.
- Παπανικολάου Ε (1998) “Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια: Σχολείο και παιδική προστασία,” *Virtual School, The Sciences of Education Online*, 1(1), Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.auth.g/virtualschool/1.1/TheoryResearch/CongressPapanikolaou.html>
- Robson, C (1993) *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, Εκδόσεις Gutenberg.
- Σαββίδου Ι και Μποζίκας Β (2003) “Παιδοκτονία. Σύγχρονα δεδομένα,” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5), σελ. 484-496.
- Στυλιανάκης Α, Παιονίδης Α, Στυλιανάκη Α (1992) “Η στάση των παιδιάτρων απέναντι στην σεξουαλική κακομεταχείριση του παιδιού,” *Ελληνική Ιατρική*, 58 (2), σελ. 192-199.
- Τζουμάκα-Μπακούλα Χ (1999) “Κακοποίηση – Παραμέληση του παιδιού. Ο ρόλος του παιδιάτρου,” *Έκδοση Α^{ns} Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 46(1), σελ. 21-25.
- Χατζηφωτείου Σ (2005) *Ενδο-οικογενειακή Βία Κατά των Γυναικών και Παιδιών. Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία*, Εκδόσεις Τζιόλας.