

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ελένη Αγάθωνος⁽¹⁾ και Κ. Μαραγκός⁽²⁾

⁽¹⁾ Κοινωνική λειτουργός-ψυχολόγος.

Διευθύντρια του Τομέα Οικογενειακών Σχέσεων, Διεύθυνση Κοινωνικής Ψυχιατρικής και υπεύθυνη της διεπιστημονικής ομάδας κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

⁽²⁾ Παιδίατρος, Ομάδα κακοποίησης - παραμέλησης.

«Η Εργασία παρουσιάστηκε στην 2η συνάντηση της Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.»

Αμβέρσα, Σεπτέμβριος 1985

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη παράδοση όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

Από το 1977, μια μικρή διεπιστημονική ομάδα στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, στην Αθήνα, ασχολείται με το θέμα. Δύο σημαντικές ερευνητικές μελέτες που έγιναν από την ομάδα στην περιοχή της Αθήνας αποκάλυψαν την ύπαρξη του προβλήματος και προσδιόρισαν τα ιατροκοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του (1,2,3,4). Μια περαιτέρω έρευνα μελετά τώρα το πλαίσιο παιδικής προστασίας καθώς και νομικά θέματα που έχουν σχέση με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών (5). Το 1983 μια διεπιστημονική ομάδα εργασίας κάτω από την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μελέτησε τις συνθήκες στην Ελλάδα όσον αφορά την αναγνώριση, θεραπεία και πρόληψη του προβλήματος και πρότεινε ένα εθνικό πλαίσιο αντιμετώπισης και πρόληψης ενός παλαιού προβλήματος που πρόσφατα όμως αναγνωρίσθηκε (6). Το έργο της ομάδας κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έχει συνεισφέρει στο να αυξηθεί η επαγγελματική ενημέρωση, ειδικά στον χώρο των παιδίατρων, ιατρών, χειρουργικών ειδικοτήτων, νοσηλευτών και των κοινωνικών λειτουργών (7).

Σήμερα, το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται διεπιστημονικά σε πολύ περιορισμένο επίπεδο στην Αθήνα από την ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Ενώ περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών που φθάνουν σε άλλες προνοιακές υπηρεσίες αντιμετωπίζονται σαν κλασσικά κοινωνικά περιστατικά.

Β. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η προστασία που καλείται να καλύψει τις ανάγκες κακοποιημένων παιδιών στην Ελλάδα είναι η ίδια που «καλύπτει» όλα τα παιδιά που χρειάζονται κρατική φροντίδα. Στην Ελλάδα η κοινωνική πρόνοια καλύπτεται από:

- α) Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,
- β) άλλα Υπουργεία όπως το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Παιδείας και Εργασίας.
- γ) Οργανισμούς όπως το ΠΙΚΠΑ και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας τα οποία χρηματοδοτούνται και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

δ) την Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία,

ε) Ν.Π.Ι.Δ περισσότερα από τα οποία λειτουργούν στις μεγάλες αστικές περιοχές της Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

Τα προγράμματα παιδικής προστασίας μπορούν να χωριστούν σε α) εκείνα που παρέχουν κλειστή ιδρυματική περίθαλψη σε παιδιά όλων των ηλικιών και β) εκείνα που παρέχουν ανοικτή περίθαλψη.

α) Κλειστή περίθαλψη

Βρέφη που χρειάζονται κλειστή περίθαλψη καλύπτονται από πέντε υπηρεσίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κλειστή περίθαλψη βρεφών στην Ελλάδα.

Υπηρεσία	Αριθμός	Δυναμικότητα	Κάλυψη
Δημοτική	3	445	196
Ιδιωτική πρωτοβουλία με κρατική επιχορήγηση	2	11	128
Σύνολο	5	586	324

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση παιδικής προστασίας.

Παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας που χρειάζονται κλειστή περίθαλψη έχουν να διαλέξουν ανάμεσα σε κρατικά ιδρύματα (π.χ. ορφανοτροφεία που τώρα ονομάζονται Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, σε Σπίτια Παιδιών που ανήκουν στον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας και σε άλλα που διευθύνονται από την Εκκλησία και στο Ν.Π.Ι.Δ (πίν. 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Παιδιά σε πλαίσια κλειστής περίθαλψης: Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, Σπίτια Παιδιών, Εκκλησία και ιδιωτική πρωτοβουλία.

	Ιδρύματα		Δυναμικότητα	Εξυπηρετούμενοι		Κάλυψη
	Αριθμ.	%	Αριθμ	Αριθμ.	%	%
Κέντρα παιδικής Μέριμνας	30	28,0	3.500	2.500	41,1	71,0
Σπίτια Παιδιών (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας)	12	12,0	2.500	1.500	26,0	80,0
Εκκλησία και Ιδιωτικός Τομέας	62	60,0	3.500	2.000	33,0	57,0
Σύνολο	104	100,0	9.000	6.090	100,0	

Πηγές: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Πρόγραμμα Περιφερειακής Ανάπτυξης: Κοινωνική Πρόνοια. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα, Απρίλιος 1980.

Η περιορισμένη κάλυψη δέσεων κλειστής περίθαλψης πρέπει να αποδοθεί κυρίως στην ποιότητα αυτών των πλαισίων. Αν και έχουν γίνει πολύ σοβαρές προσπάθειες για την βελτίωση των συνθηκών ζωής των Ιδρυμάτων η αναλογία προσωπικού : παιδιών είναι χαμηλή ενώ υπάρχει μεγάλη έλλειψη επιστημονικού προσωπικού. Σημαντικός αριθμός ιδρυμάτων δεν έχουν κοινωνικούς λειτουργούς.

Δύο καινούργια ελπιδοφόρα σχήματα παιδικής προστασίας χρειάζεται να αναφερθούν ιδιαίτερα σ' αυτό το σημείο: α) το πρώτο παιδικό χωριό S.O.S στην Ελλάδα που χτίσθηκε με την συνδυασμένη προσπάθεια του Διεθνούς Οργανισμού S.O.S στην Ελλάδα και ενός Ελληνικού Οργανισμού, μη κερδοσκοπικού. β) η πρώτη Μονάδα-Ξενώνας για κακοποιημένα και παραμελημένα κάτω των 3 ετών, αποτέλεσμα της συνδυασμένης συνεργασίας του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας με την Ομάδα κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

Είναι αναμφίβολο ότι όλο το πλαίσιο κλειστής περίθαλψης παιδιών στην Ελλάδα πρέπει να αναδιοργανωθεί, να αποκεντρωθεί και να επαναπροσανατολιστεί σε βάσεις περισσότερο παιδοκεντρικές και λιγότερο υπαλληλοκεντρικές.

Μια μεγάλη έρευνα που έγινε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού εκτίμησε σε βάθος όλη την κλειστή ιδρυματική περίθαλψη παιδιών στην Ελλάδα (8).

Μια σημαντική διαπίστωση είναι ότι μόνο το 15% όλων των παιδιών σε κλειστή περίθαλψη, έχουν χάσει τον έναν ή και τους δύο γονείς. Τα πιο πολλά (71%) προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες ενώ ένας μικρός αριθμός είναι παιδιά εκτός γάμου. Ευνόητο είναι ότι η κακή οικονομική κατάσταση της διαλυμένης οικογένειας είναι ο κύριος λόγος για την εισαγωγή ενός παιδιού σε ίδρυμα.

β) Ανοικτή περίθαλψη

Η ανοικτή περίθαλψη παιδιών στην Ελλάδα περιλαμβάνει:

- 1) Ανάδοχες οικογένειες.
- 2) Παιδικούς σταθμούς.
- 3) Υιοθεσία.
- 4) Επιδόματα παδιών.

Ο δεσμός των ανάδοχων οικογενειών δεν είναι ένα αρκετό ανεπτυγμένο πλαίσιο παιδικής προστασίας στην Ελλάδα. Το 1985, υπήρχαν 644 παιδιά σε ανάδοχες οικογένειες (9) αν και υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περισσότερες οικογένειες.

Τα τελευταία χρόνια η πολιτεία έχει δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη παιδικών σταθμών σε όλη την χώρα. Σήμερα, περίπου 80.000 παιδιά από 2 μηνών μέχρι 5 1/2 χρόνων καλύπτονται σε ημερήσια βάση αν και υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περισσότερα.

Μηνιαία επιδόματα δίνονται από την πολιτεία σε οικογένειες παιδιών μέχρι 14 ετών που έχουν εγκαταλειφθεί ή έχουν χάσει τον πατέρα τους ή σε οικογένειες που δεν μπορούν να φροντίσουν τα παιδιά τους λόγω αρρώστειας κ.λπ, θα πρέπει να σημειωθεί εδώ όμως ότι το ποσό που προσφέρεται είναι πολύ χαμηλό για να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες.

Συμπερασματικά μειονεκτήματα της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα πηγάζουν από την οργανωτική της δομή η οποία οδηγεί σε έναν συγκεντρωτισμό υπηρεσιών, σε μια πολ-

λαπλόττητα φορέων με σημαντική επικάλυψη υπηρεσιών και σε σοβαρή έλλειψη οργάνωσης. Τα υπάρχοντα προγράμματα ακολουθούν κλασσικές δομές που δεν μπορούν να καλύψουν σύγχρονες και διαρκώς αναδυόμενες ανάγκες. Στερούνται ευελιξίας και φαντασίας και το κυριότερο, απευθύνονται σε πληθυσμό με κίνητρα, αφήνοντας απέξω έναν σημαντικό αριθμό παιδιών που μεγάλωναν μέσα σε δυσλειτουργικές, ακινητοποιημένες και ακατάλληλες οικογένειες.

Συγχρόνως, οι δημόσιες δαπάνες για προγράμματα πρόνοιας και ιδιαίτερα για προγράμματα παιδικής προστασίας είναι πολύ χαμηλές. Φαίνεται πως η παιδική προστασία και ειδικότερα αυτή που σχετίζεται με ευπαθείς οικογένειες δεν είναι για την Ελλάδα, ακόμα εθνική προτεραιότητα.

Γ) Η πρώτη Μονάδα-Ξενώνας για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά κάτω των 3 χρόνων

1. Γενική Περιγραφή

Η πρώτη Μονάδα-Ξενώνας για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά στην Ελλάδα (γνωστή σαν μονάδα ΚΑΠΑ) είναι το αποτέλεσμα της συνδυασμένης προσπάθειας του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας (ΕΟΠ), ο οποίος παρείχε όλο το οικονομικό και οργανωτικό υπόβαθρο, και του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, το οποίο ανέλαβε την επιστημονική ευθύνη για τον σχεδιασμό της Μονάδας και την εποπτεία της για μια ορισμένη χρονική περίοδο και μέχρις ότου ο ΕΟΠ θα μπορούσε να την αναλάβει, αυτοδύναμα επιστημονικά. Η Μονάδα καλύπτει περίπου 150 τ.μ. σε μονόροφο κτίριο, το υπόλοιπο του οποίου χρησιμοποιείται σαν παιδικός σταθμός για την κοινότητα. Βρίσκεται σε μεσοαστική περιοχή της Αθήνας, πολύ κοντά στη θάλασσα. Περιλαμβάνει δύο κρεβατοκάμαρες έξι κρεβατιών στην κάθε μία, που χωρίζονται σε τρία μικρότερα τμήματα, ένα μεγάλο δωμάτιο για παιχνίδι, ένα δωμάτιο-καθιστικό, μπάνιο και κουζίνα.

Μια μεγάλη βεράντα καλύπτει όλο το μήκος του κτιρίου της Μονάδας, ενώ ο τριγύρω χώρος έχει διαμορφωθεί σε απλό παιγνιδότοπο για τα παιδιά.

Σκοπός της Μονάδας είναι να προσφέρει ένα προσωρινό σπίτι σε κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά που πρέπει να φύγουν από τις οικογένειές τους για ένα χρονικό διάστημα.

Η διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου εξαρτάται από το ξεχωριστό πρόβλημα κάθε οικογένειας. Όλα τα παιδιά που μπαίνουν στην Μονάδα έχουν προηγουμένως παραπεμφθεί στο πρόγραμμα Κακοποίησης-Παραμέλησης, του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Όσο βρίσκονται τα παιδιά στην Μονάδα η διεπιστημονική ομάδα παρεμβαίνει θεραπευτικά στις οικογένειες. Η εισαγωγή, συνεπώς, ενός παιδιού στην Μονάδα αποτελεί μέρος ενός σχεδίου θεραπείας και όχι μια κλασσική παραπομπή παιδιού σε πλαίσιο κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης. Θεωρητικά, η προτεραιότητα για κάθε παιδί είναι να επιστρέψει στην οικογένειά του, αυτό όμως δεν μπορεί πάντα να πραγματοποιηθεί, και έτσι αναζητούνται άλλες λύσεις, όπως ανάδοχη οικογένεια, υιοθεσία, ή μακροπρόθεσμη κλειστή περίθαλψη.

Ένα βασικό πλεονέκτημα είναι ότι σε αντίθεση με κάθε είδους άλλη ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα όπου για την εισαγωγή ενός παιδιού απαιτείται μια μακρά λίστα επισημών δικαιολογητικών, στη Μονάδα μπορεί να γίνει εισαγωγή με ένα τηλεφώνημα. Η

εμπειρία μας από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας της Μονάδας είναι ότι αυτή η διοικητική ευλυγισία μπορεί να σώσει παιδιά από περαιτέρω κακοποίηση. Οι γονείς ενδιαρρύνονται να επισκέπτονται καθημερινά τα παιδιά τους, ενώ για μερικά παιδιά ενισχύεται η επιστροφή στα σπίτια τους τα Σαββατοκύριακα ή για σύντομες διακοπές.

Η Μονάδα έχει σήμερα προσωπικό 13 νηπιοκόμων που καλύπτουν 7ωρες βάρδιες. Κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου το προσωπικό αυξήθηκε σταδιακά ακολουθώντας το ρυθμό εισαγωγής παιδιών. Οι νηπιοκόμοι είναι όλες νέες γυναίκες ηλικίας 22-30 ετών, απόφοιτες σχολής βοηθών βρεφοκόμων ή στελέχη του ΕΟΠ, με εμπειρία σε πλαίσια κλειστής περίθαλψης.

Για την επιλογή τους, η προσωπικότητα και η έφεση για εργασία σε ένα τέτοιο ειδικό αντικείμενο εκτιμήθηκαν περισσότερο από το επίπεδο των σπουδών τους. Το προσωπικό περιλαμβάνει επίσης δύο καθαρίστριες που ο ρόλος τους είναι εξίσου σημαντικός για την οικογενειακή ζωή των παιδιών.

Οι διαφορετικές ηλικίες των παιδιών και η φύση του προβλήματος μας ώθησε να επιδιώξουμε τη δημιουργία σπιτιού, παρά ατμόσφαιρας εκπαιδευτικού πλαισίου.

Στη Μονάδα, υπάρχουν σταθερές ώρες για πρωινό ξύπνημα ή βραδυνο ύπνο και αυστηρές ώρες φαγητού ή απασχόλησης. Όλοι σέβονται τον ατομικό ρυθμό κάθε παιδιού και προσαρμόζονται σ' αυτόν. Τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν ένα πιο οργανωμένο πρόγραμμα με ώρα παιγνιδιού μεσημεριανό ύπνο, και γειτονικούς περιπάτους, ενώ συγχρόνως φοιτούν για λίγες ώρες στον πλαϊνό παιδικό σταθμό.

Κάθε προσπάθεια να περιγραφεί γραπτά η εμπειρία του πρώτου χρόνου λειτουργίας της Μονάδας είναι καταδικασμένη να αποτύχει γιατί δεν υπάρχει κανένας τρόπος να μεταδώσει κανείς την αίσθηση και τη «γεύση» της ατμόσφαιρας αυτού του μικρού σπιτιού, μια ατμόσφαιρα τόσο ευαίσθητη που μπορεί να αλλάξει από εβδομάδα σε εβδομάδα και από μέρα σε μέρα ανάλογα με απρόβλεπτους λόγους.

Η προσωπική διάθεση μιας νηπιοκόμου, ο περιστασιακός θυμός ενός παιδιού, η δυσθυμία ή το επιθετικό ξέσπασμα ενός γονιού, ή ακόμα και ένα άσχημα μαγειρεμένο φαγητό μπορεί να διαταράξει αυτή την πολύ λεπτή ισορροπία των σχέσεων. Αν και για αυτούς που εποπτεύουν τη Μονάδα η διαταραχή της καθημερινής ισορροπίας μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα, πιστεύουμε ότι αυτό είναι το σημαντικό πλεονέκτημα της Μονάδας, καθώς τα προβλήματα αυτά χαρακτηρίζουν την καθημερινότητα μιας οποιασδήποτε οικογένειας παρά τη μονότονα «ήσυχη» και προγραμματισμένη ζωή ενός παραδοσιακού ιδρύματος.

2. Η εμπειρία του πρώτου χρόνου λειτουργίας της Μονάδας

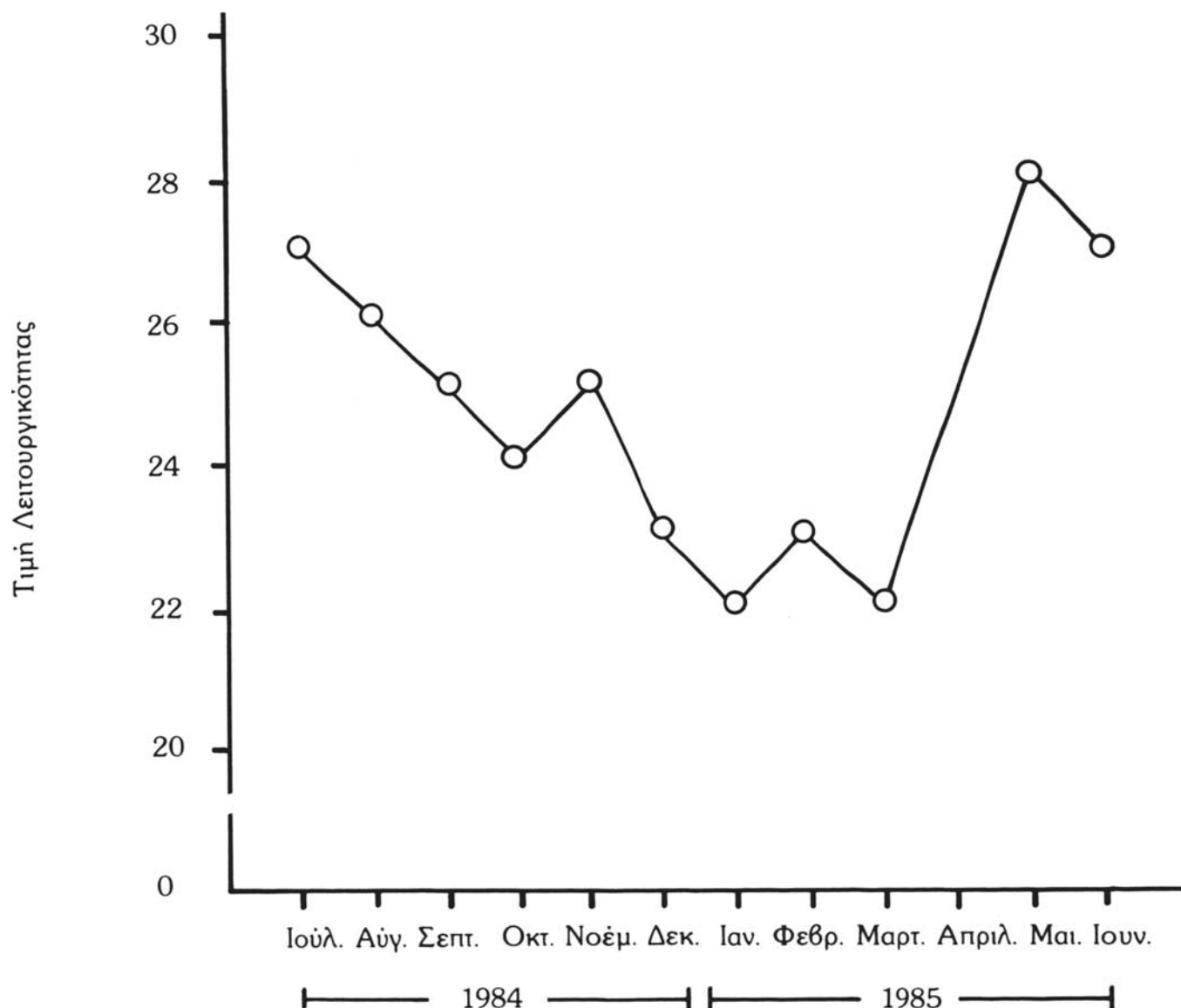
2α. Γενική εικόνα

Η Μονάδα άνοιξε με έναν αριθμό 4 παιδιών, προσωπικό 6 ατόμων για τη φροντίδα τους και μια καθαρίστρια με περιορισμένο ωράριο. Στη διάρκεια του χρόνου και άλλα παιδιά μπήκαν στην Μονάδα, άλλα έφυγαν, ενώ το προσωπικό, έως το τέλος του πρώτου χρόνου, έφτασε τα 11 άτομα που δούλευαν σε 7ωρες βάρδιες. Στη διάρκεια του πρώτου χρόνου η Μονάδα κάλυψε τις ανάγκες 21 παιδιών αν και ποτέ δεν υπήρχαν περισσότερα από 11 κάθε φορά. Η αναλογία νηπιοκόμων : παιδιών ανά μήνα κυμαίνονταν από 1,5 μέχρι 0,7.

Οκτώ διαφορετικοί παράμετροι λήφθηκαν υπ' όψη για να αξιολογηθεί η λειτουργία της Μονάδας κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Πέντε παράμετροι αποτελούν τις «επιστημονικές μεταβλητές» και αφορούν τους τομείς α) αναλογία νηπιοκόμων : παιδιών, β) κοινωνικοποίηση (κοινωνικά προγράμματα, έξοδοι), γ) δημιουργικότητα (εκπαιδευτικές ευκαιρίες), δ) διατροφή, ε) επισκέψεις (γονέων, συγγενών). Οι παράμετροι αυτοί αναφέρονται σαν «λειτουργικοί».

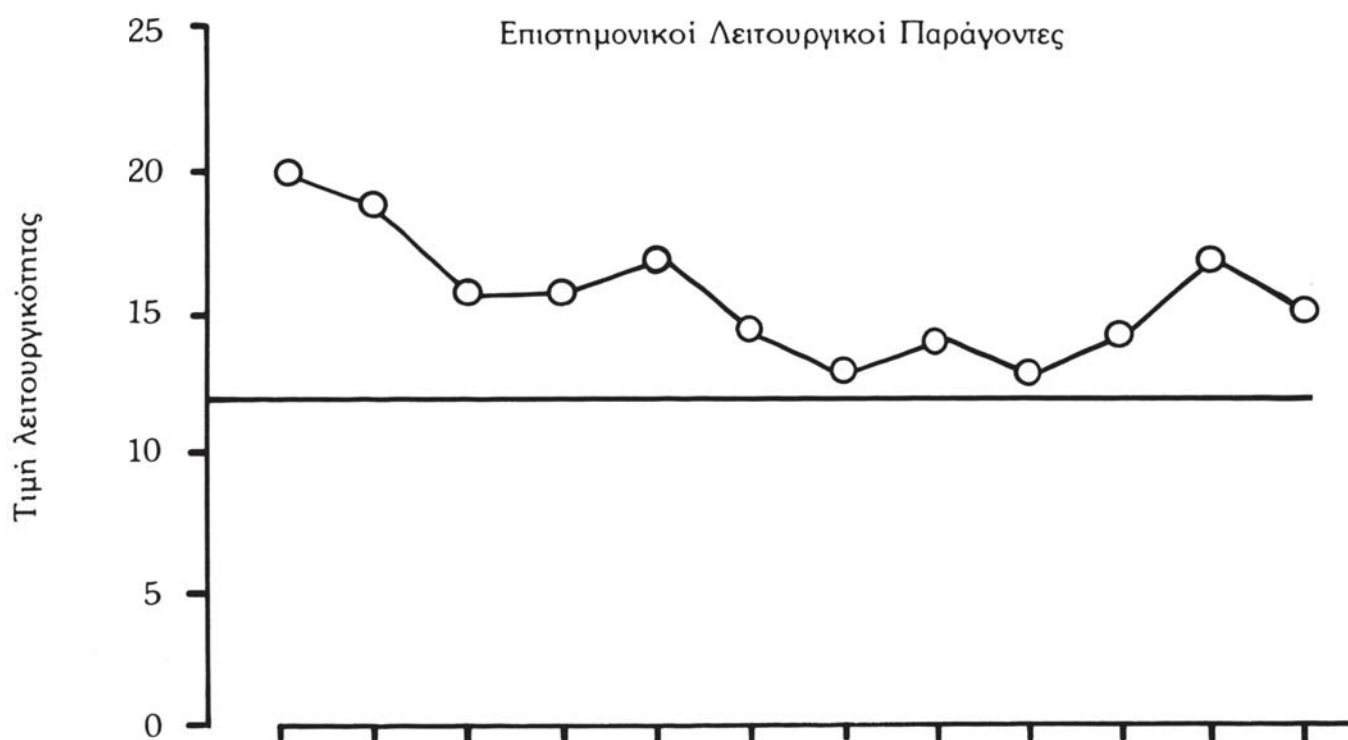
Οι τρεις «διοικητικές μεταβλητές» ήταν: α) αριθμός βοηθητικού προσωπικού, β) εξοπλισμός (οικιακές ηλεκτρικές συσκευές κ.λπ), γ) συνθήκες διαμονής (θέρμανση, ασφάλεια). Οι παράμετροι αυτοί αναφέρονται σαν «αντικειμενικοί».

Κάθε παράμετρος εκτιμήθηκε με βάση κλίμακα 0-5 μονάδων, όπου ο αριθμός 5 εκπροσωπεί τον μέγιστο αριθμό μονάδων που περιγράφει την καλή συνολική λειτουργία της Μονάδας κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου μήνα. Το διάγραμμα 1 απεικονίζει την μηνιαία βαθμολογική κατανομή λειτουργικότητας της Μονάδας. Είναι εμφανές στο σχήμα ότι υπάρχει σημαντική διακύμανση στην ποιότητα της φροντίδας μέσα στο χρόνο.

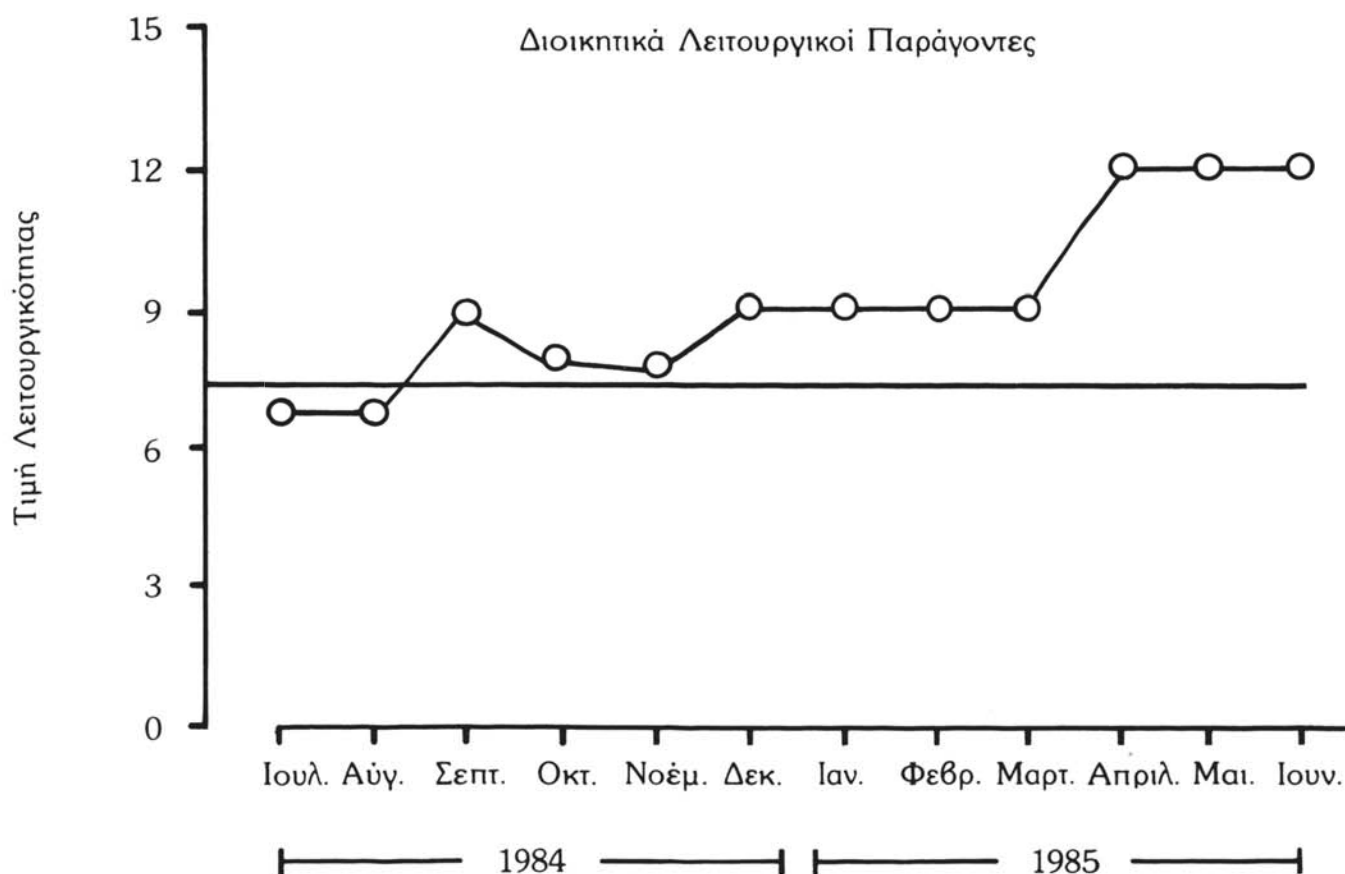


Διάγραμμα 1. Κατανομή τιμής λειτουργικότητας κατά μήνα.

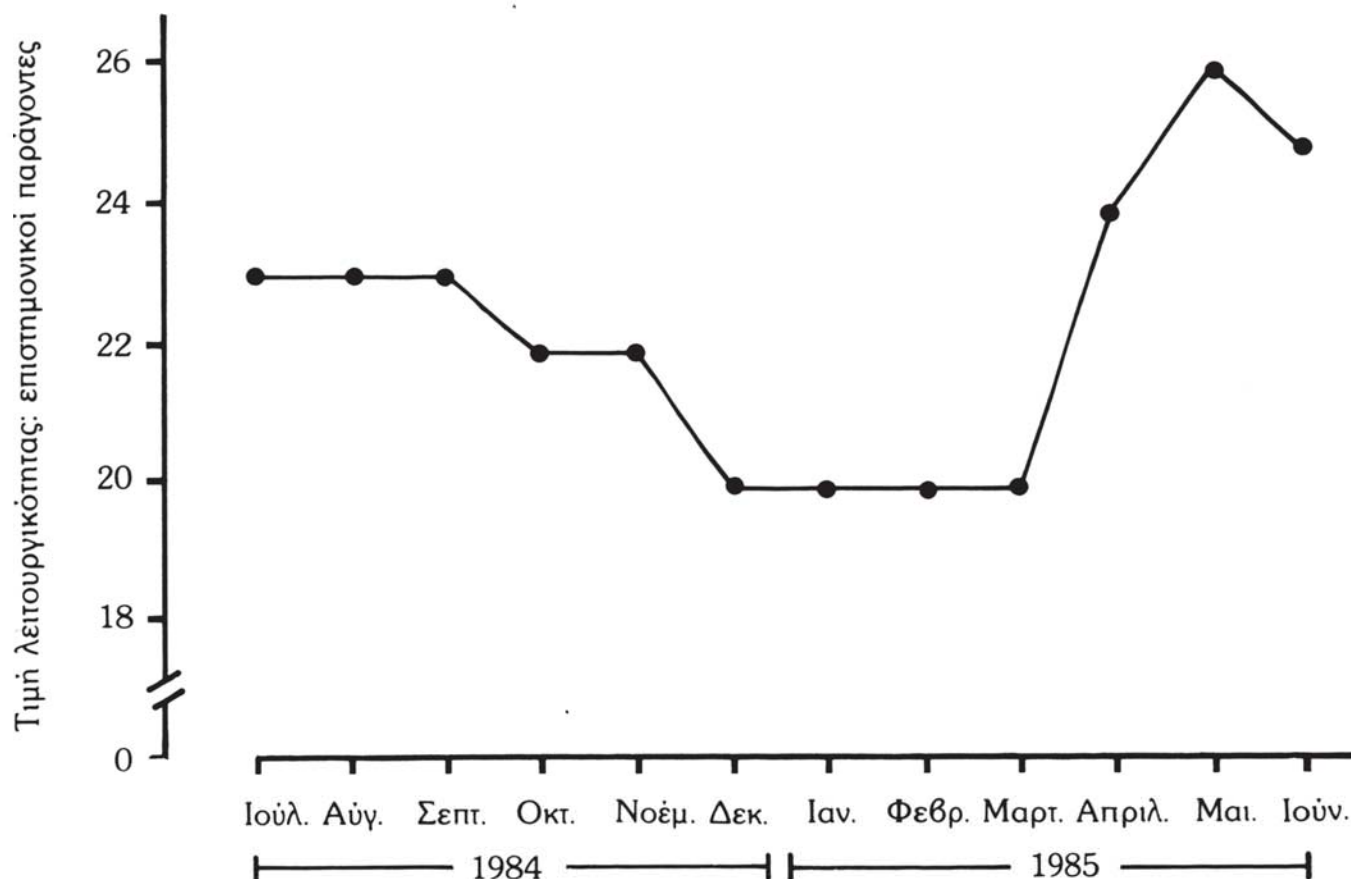
Η κατανομή των δύο κατηγοριών λειτουργικών μεταβλητών (επιστημονικών, διοικητικών) σε μηνιαία βάση, παρουσιάζεται στα διαγράμματα 2α και 2β.



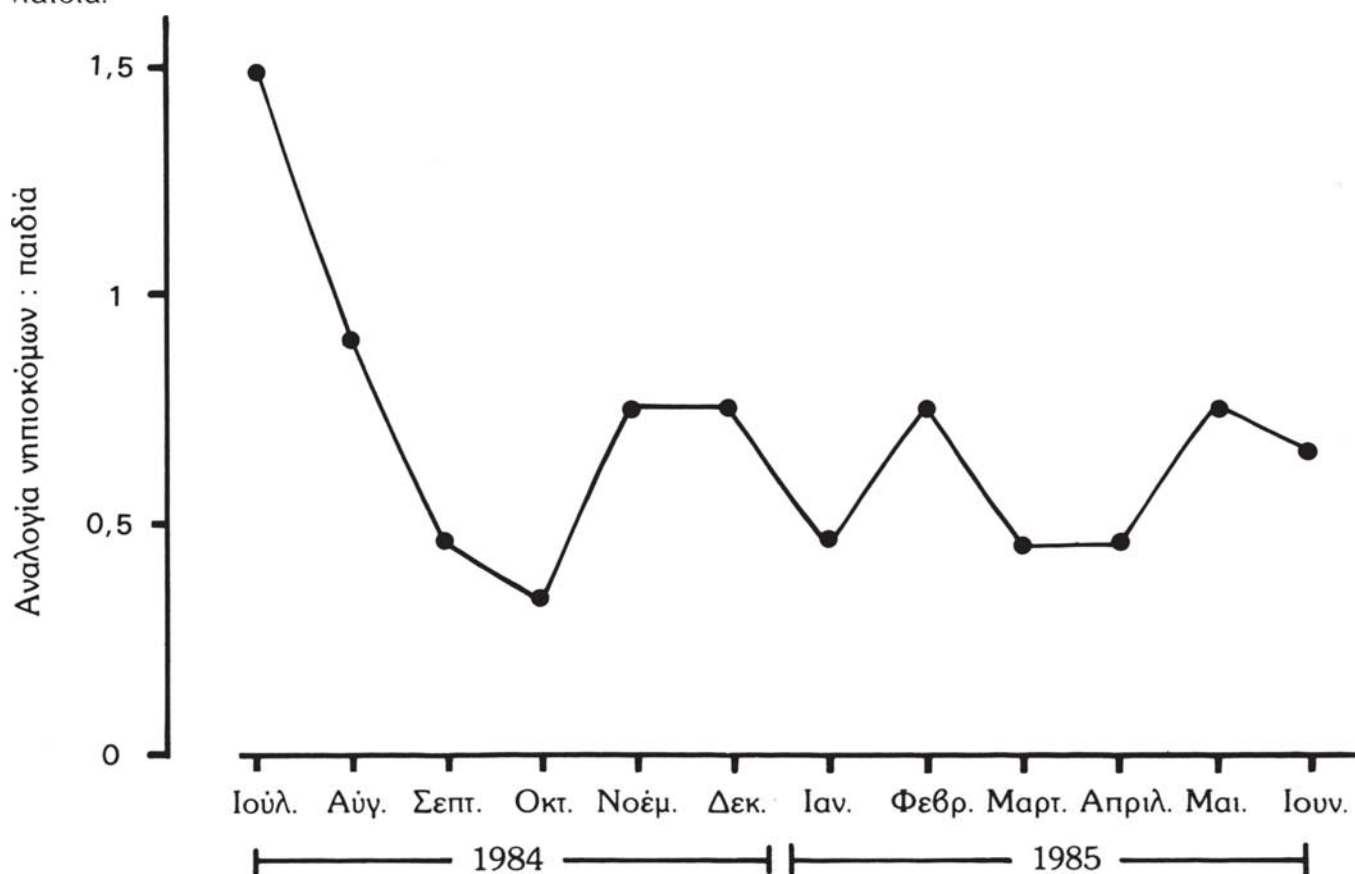
Διάγραμμα 2α. Μηνιαία κατανομή επιστημονικών λειτουργικών παραγόντων.



Διάγραμμα 2β. Μηνιαία κατανομή διοικητικών λειτουργικών παραγόντων.



Διάγραμμα 3α. Σχέση επιστημονικών παραγόντων λειτουργικότητας και αναλογίας νηπιοκόμων : παιδιά.



Διάγραμμα 3β.

Επιπλέον αναζητήσαμε πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στις επιστημονικές μεταβλητές λειτουργίας και την αναλογία νηπιοκόμων : παιδιών (διάγραμμα 3α και 3β).

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται να υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών λειτουργίας και της αναλογίας νηπιοκόμων : παιδιά από την αρχή λειτουργίας της Μονάδας μέχρι τον Μάρτιο. Το χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας κατά τη διάρκεια τριών μηνών πριν από τον Μάρτιο μας ώθησε στο να οργανώσουμε παρέμβαση στο ίδιο το προσωπικό, αλλά κυρίως στους διοικητικούς υπεύθυνους της Μονάδας, που οδήγησε σε άμεση βελτίωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Στο τέλος των πρώτων έξι μηνών όλες οι νηπιοκόμοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για κάθε παιδί. Σκοπός μας ήταν να εκτιμήσουμε αντικειμενικά τι συνέβαινε στην Μονάδα όσον αφορά τις σχέσεις, τα ατομικά χαρακτηριστικά των παιδιών, τα προσωπικά τους γούστα.

Κάθε νηπιοκόμος έπρεπε να απαντήσει σε ερωτήσεις πάνω σε α) συνήθειες φαγητού, β) συνήθειες ύπνου, γ) ιατρική φροντίδα, δ) έλεγχος σφιγκτήρων, ε) συμπεριφορά του παιδιού στ) την αντίληψη του παιδιού για τον νηπιοκόμο. Τέλος, οι νηπιοκόμοι έπρεπε να εκτιμήσουν την δυνατότητα της Μονάδας στο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες κάθε παιδιού. Οκτώ νηπιοκόμοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για 13 παιδιά. Η ανάλυση όλων των στοιχείων δεν έχει συμπληρωθεί αλλά τα προκαταρκτικά δεδομένα δείχνουν τις ακόλουθες γενικές τάσεις:

1. Σε θέματα που έχουν σχέση με αντικειμενικούς παραγόντες όπως η ιατρική φροντίδα και ο ύπνος, οι απόψεις των νηπιοκόμων παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση.
2. Σε θέματα όπου εμπλέκονταν προσωπικά οι ίδιοι οι επιμελητές (π.χ. συνήθειες φαγητού, έλεγχος σφιγκτήρων, εκτίμηση της συμπεριφοράς του παιδιού) υπάρχει χαμηλότερη συσχέτιση μεταξύ του προσωπικού.
3. Όλο σχεδόν το προσωπικό δεν τα πηγαίνει καλά με τους γονείς. Είναι ανταγωνιστικοί, ενώ συγχρόνως έχουν την τάση να «εμπλέκονται» στα προβλήματά τους. Η τάση αυτή χειροτερεύει πολύ τα πράγματα, σε περιπτώσεις χωρισμένων ζευγαριών ή έντονων οικογενειακών επεισοδίων.
4. Δύο παιδιά ήταν πολύ πιο «αγαπητά» από τα άλλα. Οι νηπιοκόμοι έδειξαν μια τάση επιείκειας στην αξιολόγηση αυτών των παιδιών, ενώ προσπαθούσαν να μονοπωλήσουν την αγάπη τους. Για παράδειγμα, όλοι οι νηπιοκόμοι είχαν το αίσθημα ότι η Μαρία, ένα κοριτσάκι 2 1/2 χρόνων, είχε μια στενότερη σχέση με καθέναν από αυτούς απ' ό,τι με τους άλλους συναδέλφους τους.

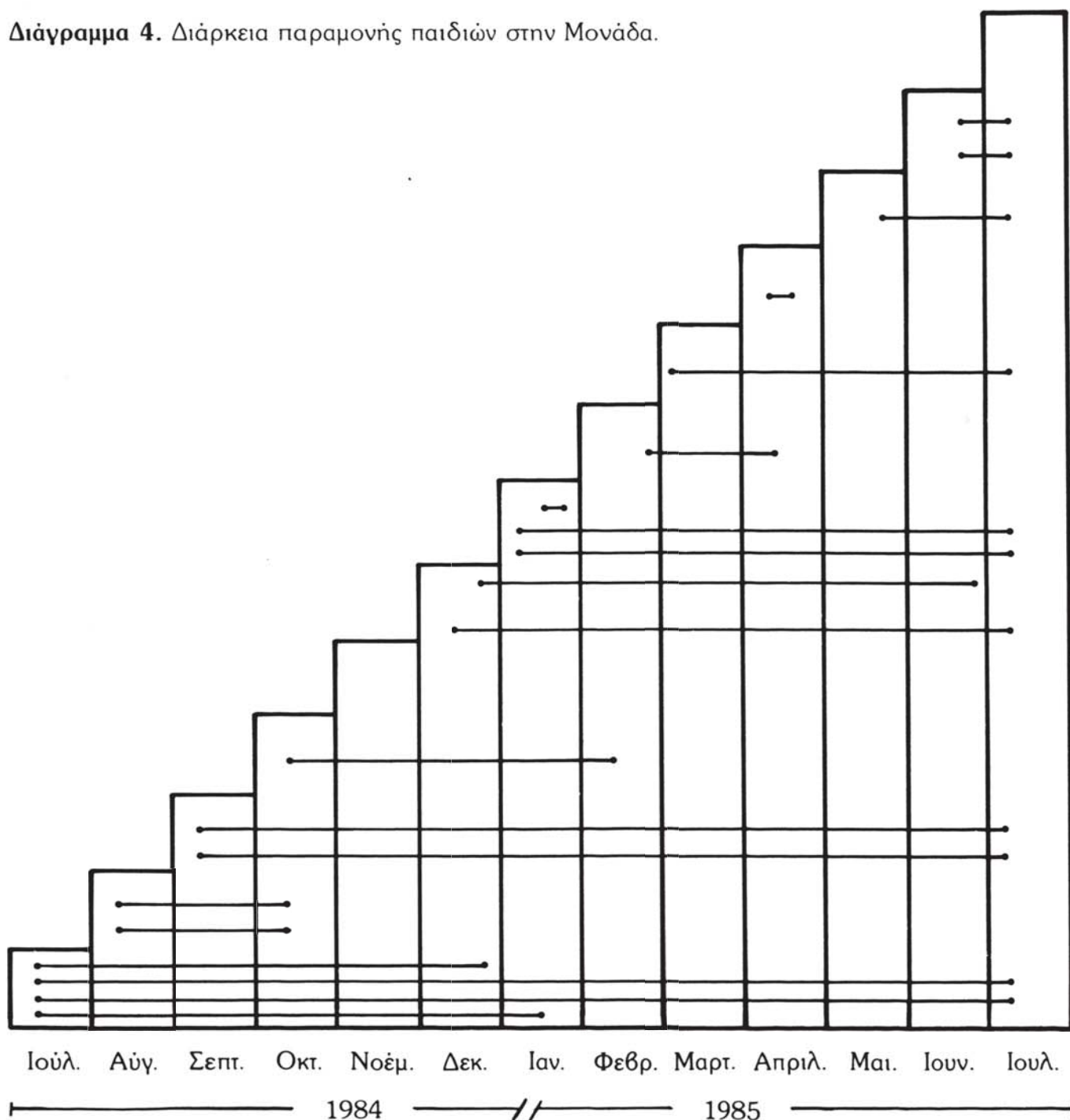
Γενική μας εντύπωση είναι ότι η φροντίδα που παρέχεται στη Μονάδα είναι πολύ περισσότερο μητρική, συναισθηματική, αυθόρμητη παρά επαγγελματική. Αυτό συντείνει στην επιτυχία της Μονάδας και μπορεί να αποδοθεί σε 3 παράγοντες:

- α) Το περισσότερο προσωπικό προέρχεται από επαρχιακές πόλεις κυρίως όπου έχουν ανατραφεί με δυνατές, οικογενειακές αξίες. Ο δεσμός των παιδιών κάτω από κρατική φροντίδα είναι ακόμα ξένος γι' αυτούς.
- β) Η ιδέα της γονικής βίας ή της παθητικής παραμέλησης μικρών παιδιών, τους είναι ακατανόητη, τόσο σε λογικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.
- γ) Η επαγγελματική τους εκπαίδευση δεν μπορεί να έρδει σε αντίθεση ή να απαλύνει ισχυρές οικογενειακές και κοινωνικές στάσεις.

26. Ιατρική εικόνα

Από τον Ιούλιο του 1984 μέχρι τον Ιούλιο του 1985 η Μονάδα εξυπηρέτησε τις ανάγκες 21 παιδιών, 13 αγοριών και 8 κοριτσιών. Η ηλικία των αγοριών κυμαινόταν από 1 1/2-38 μήνες (μέσος όρος 22,2 μήνες) ενώ η ηλικία των κοριτσιών κυμαινόταν από 3 1/2-28 μήνες (μέσος όρος 16,8 μήνες). Οι λόγοι εισαγωγής ήταν: α) σοβαρή σωματική κακοποίηση (3 παιδιά), β) μέτρια σωματική κακοποίηση κατά την εισαγωγή ή λίγους μήνες πριν (6 παιδιά), γ) καθυστέρηση στην ανάπτυξη (9 παιδιά, βάρος και κάτω από την 3η εκατοστιαία θέση), δ) παραμέληση (3 παιδιά). Η διάρκεια διαμονής κάθε παιδιού στην Μονάδα παρουσιάζεται στο διάγραμμα 4. Ο μέσος όρος διαμονής ήταν 4 μήνες.

Διάγραμμα 4. Διάρκεια παραμονής παιδιών στην Μονάδα.



Σε σύνολο 21 παιδιών μόνο ένα ήταν γεννημένο πρόωρα (κύηση 35 εβδομάδων, βάρος 1.600 γραμ.). Τα υπόλοιπα 20 παιδιά είχαν όλα φυσιολογική ηλικία κύησης (37-40 εβδομάδες) με βάρος γέννησης από 2.500-4.250 γραμ.

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει σε εκατοστιαίες δέσεις το βάρος κάθε παιδιού κατά τη γέννηση, κατά την εισαγωγή και έξοδο από την Μονάδα.

Όπως φαίνεται παραπάνω, αν και το βάρος κατά τη γέννηση κυμαίνονταν από τη 10η-90η εκατοστιαία δέση, κανενός παιδιού το βάρος δεν υπερέβαινε την 50η δέση κατά την εισαγωγή, ενώ 14 από τα 20 παιδιά είχαν χάσει σημαντικό βάρος, μετά την γέννηση, και πριν την εισαγωγή τους στη Μονάδα. Κατά την έξοδό τους, 7 παιδιά είχαν πάρει σημαντικό βάρος ενώ το βάρος άλλων 9 παρέμεινε σταθερό.

Τα προβλήματα υγείας που παρουσίασαν τα παιδιά στη διάρκεια αυτού του χρόνου δεν διέφεραν από αυτά που παρουσιάζουν τα παιδιά που ζουν στα σπίτια τους. Τέτοιες αρρώστειες περιλαμβάνουν λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και γαστρεντερικά προβλήματα που συνήθως οφείλονται σε ιούς όπως και μικροατυχήματα.

Η Μονάδα πρόσφερε σε όλους μας μια μοναδική εμπειρία σχεδιασμού ενός νέου σχήματος παιδικής προστασίας για τα παιδιά της Ελλάδας.

Η εμπειρία από την πρώτη αυτή Μονάδα-Ξενώνα, παιδιών που γεννήθηκαν μέσα σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες, είναι ένα πρότυπο για την δημιουργία ενός αριθμού ξενώνων για «ευπαθή» παιδιά προσχολικής ηλικίας που προγραμματίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στα πλαίσια γενικότερου δικτύου ψυχιατρικών υπηρεσιών που η Ελληνική Κυβέρνηση σταδιακά εφαρμόζει με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κάθε προσπάθεια εκτίμησης του σταδίου ανάπτυξης της Ελλάδας, όσον αφορά την αναγνώριση, θεραπεία και πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών επιβεβαιώνει μια αντιφατική εικόνα. Η σοβαρή σωματική κακοποίηση αναγνωρίζεται μερικά στα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων και ιδιαίτερα στην Αθήνα, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση πολύ σπάνια αναφέρεται. Περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης φτάνουν σε υπηρεσίες παιδικής προστασίας και ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Η σοβαρή σωματική παραμέληση αναγνωρίζεται μερικά στα λιγοστά Νοσοκομεία Παίδων αλλά συνήθως αντιμετωπίζεται σύμφωνα με το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, δηλαδή επουλώνονται τα τραύματα, χωρίς καμμία ιατροκοινωνική φροντίδα από εκεί και πέρα.

Η αναγνώριση της κακοποίησης και παραμέλησης είναι πολύ περιορισμένη στις αγροτικές περιοχές στις λιγοστές περιπτώσεις βρεφοκτονίας και παιδοκτονίας που η κοινωνία συνήθως χαρακτηρίζει σαν μια ακόμα πράξη ενός τρελλού.

Με τόσο χαμηλό επίπεδο εθνικής ευαισθητοποίησης στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών θα ήταν τολμηρή η προσδοκία ύπαρξης προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης και έρευνας. Η αντίφαση βρίσκεται στο ότι μέσα σ' αυτή τη γενική εικόνα, η μικρή διεπιστημονική ομάδα, του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού στην Αθήνα, ασχολείται τα τελευταία 8 χρόνια ερευνητικά πάνω σε θέματα που αφορούν την

σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών. Η ομάδα αυτή έχει δοκιμάσει τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης σε 200 περίπου οικογένειες στην περιοχή της πρωτεύουσας που παραπέμφθηκαν στην ομάδα από το 1978. Συγχρόνως, το ενδιαφέρον της ομάδας στον γενικότερο χώρο της κοινωνικής πολιτικής οδήγησε στη συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας, αποτέλεσμα της οποίας είναι η Μονάδα ΚΑΠΑ.

Μελλοντικά σχέδια περιλαμβάνουν τρία ετήσια μετεκπαιδευτικά σεμινάρια πάνω στην κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών (το πρώτο έγινε τον Οκτώβρη 1985) καθώς και την οργάνωση του 1ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Κακοποίησης-Παραμέλησης παιδιών στη Ρόδο, τον Απρίλη του 1987.

Ελπίδα όλων είναι ότι με την πλήρη εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η πολιτεία θα στραφεί και σε άλλες εθνικές προτεραιότητες στον χώρο της υγείας και πρόνοιας μια από τις οποίες είναι οι ευπαθείς ομάδες και τα φυσιολογικά παιδιά που μεγαλώνουν σε αντίξοες ψυχοκοινωνικές συνθήκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μονάδα ΚΑΠΑ. Βάρος των παιδιών κατά τη γέννηση, κατά την εισαγωγή και την έξοδό τους από την Μονάδα. (Δεν συμπεριλαμβάνεται ένα παιδί που έμεινε μόνο μία μέρα στην Μονάδα).

	Βάρος κατά τη γέννηση	Βάρος κατά την εισαγωγή	Βάρος κατά την έξοδο
1. Άρρεν	10n	25n	150n
2. Άρρεν	25n	50n	50n
3. Θήλυ	50n	↓ < 3n	< 3n
4. Θήλυ	< 10n	< 3n	< 3n
5. Άρρεν	10-25n	↓ 3n	3n
6. Άρρεν	50n	↓ 3-10n	3-10n
7. Άρρεν	50n	↓ 25n	25n
8. Άρρεν	25-50n	↓ 10-25n	150n
9. Άρρεν	25n	↓ 10n	150n
10. Θήλυ	< 10n	< 3n	< 3n
11. Θήλυ	50-75n	↓ 25n	25n
12. Άρρεν	10n	↓ < 3n	< 3n
13. Θήλυ	10-25n	↓ 3n	110n
14. Άρρεν	10-25n	↓ 3-10n	110n
15. Άρρεν	> 90n	↓ 3n	13-10n
16. Θήλυ	10-25n	↓ 3n	13-10n
17. Θήλυ	25n	50n	—
18. Άρρεν	10-25n	↓ < 3n	—
19. Άρρεν	25n	↓ 3n	—
20. Θήλυ	10n	10-25n	—

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AGATHONOS H, STATHACOPOULOU N, ADAM H and NAKOU S (1982) "Child abuse and neglect in Greece: sociomedical aspects" "Child Abuse and Neglect", Vol 6, No 3
 2. TSIANTIS J, KOKKEVIA, and AGATHONOS-MAROULI H (1981) "Parents of abused children in Greece: Psychiatric and psychological characteristics. Results of a pilot study" . Child Abuse and Neglect Journal. Vol 5, No 3 1981
 3. NAKOU S, ADAM H, AGATHONOS H and STATHAKOPOULOU N (1982) "Health status of abused children compared to their siblings" . Child Abuse and Neglect Journal, Vol 6, No 3
 4. AGATHONOS H and STATHACOPOULOU N " Life events and child abuse: a control study" In: Research and Innovation in Child Abuse and Neglect. (J. Leavitt ed). Martinus Nijhoff Publisher B.V.
 5. ΑΓΑΘΩΝΟΣ Ε, ΕΠΡΕΜ Χ, ΜΑΡΑΓΚΟΣ Χ, ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Κ, ΠΑΡΙΤΣΗΣ Ν και ΣΤΑΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν (1984) «Διαπίστωση αναγκών στην αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους». 2ο Διεπιστημονικό Συνέδριο, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα
 6. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (1984) «Μελέτη για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα». Έκδοση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα
 7. ADAM H, MARANGOS C and AGATHONOS H (1985) "Attitudes and experiences of Greek pediatricians on child abuse and neglect. 1st European Study Group on Child Abuse and Neglect: Tunbridge Wells, England June 1985
 8. ΜΑΡΑΤΟΥ Ο, και ΣΤΑΓΚΟΥ-OSTERWEISS A. (1978) «Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη παιδιών στην Ελλάδα». Εργασία υπό δημοσίευση, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα
 9. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Δ/ΝΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (1985) Παιδική προστασία. Έκδοση 1985, Αθήνα
 10. ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι, ΜΑΡΝΤΙΚΙΑΝ-ΓΑΖΑΡΙΑΝ Β, ΣΙΠΗΤΑΝΟΥ Α και ΤΑΤΑ-ΣΤΑΜΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Λ (1982) «Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική εξέλιξη παιδιών στην Ελλάδα». Παιδιατρική, Τόμος 5, σελ. 321-408 1982
-