

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ¹

Μεταξία Σταυριανάκη*

Περίληψη

Ένας συστηματικός διάλογος σχετικά με την επιστημονική τεκμηρίωση της ανάγκης εφαρμογής της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού (ΔΣΔΠ), στο πλαίσιο εφαρμογής προγραμμάτων παιδικής προστασίας, εκβάλλει ήδη σε μια ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης - παραμέλησης του παιδιού.

Η κοινοτική προσέγγιση ως επιστημονική μέθοδος πρακτικής και παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο, στοχεύει στην κοινοτική ανάπτυξη και την κοινωνικο-πολιτική χειραφέτηση, κινητοποιώντας για συλλογική δράση, συμβάλλοντας δε πολύ περισσότερο στην πρωτογενή πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Είναι προφανές, ότι η καλύτερη επιβεβαίωση και η εφαρμογή μέτρων για την πρόσπιση και διασφάλιση των δικαιωμάτων του παιδιού, σημαίνουν σειρά πολιτικών, νομοθετικών και κοινωνικών δράσεων, για ανάπτυξη και εξέλιξη, προστασία και συμμετοχή.

Η προνοιακή πρακτική δεν συμμερίζεται πλήρως αυτή την άποψη και διστάζει σε μια ριζοσπαστική προοπτική. Ωστόσο, οι διεθνείς και ευρωπαϊκές κινητοποιήσεις καθώς και οι νέες τάσεις στη μελέτη, αντιμετώπιση και πρόληψη του φαινομένου της θυματοποίησης των παιδιών, τα έχουν μεταβάλλει από αντικείμενα προστασίας, σε υποκείμενα δικαιωμάτων, επιβάλλοντας καθορισμένες πολιτικές που στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχοσωματικής ευεξίας του παιδιού.

Η αναζήτηση αιτιολογικής ερμηνείας και η αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού στο πλαίσιο της οικογένειας, παλινδρόμησε ανάμεσα σε διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις: Ως «σύνδρομο» περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1962, στο χώρο της ιατρικής από τον παιδίατρο Η. Kempe, διαπέρασε την ψυχοπαθολογική αιτιολογική θεώρηση με βάση την ψυχοδυναμική κυρίως θεωρία, τις ερμηνείες που αποδόθηκαν υπό το κράτος κλασικών επιδημιολογικών κοινωνιολογικών ερευνών στις ΗΠΑ καθώς, και τη θεωρία του «ειδικού θύματος», δηλαδή της συμμετοχής του παιδιού μέσω των χαρακτηριστικών του, στη θυματοποίησή του.

1. Μέρος του άρθρου, αποτέλεσε εισήγηση στο Σεμινάριο Εσωτερικής Εκπαίδευσης του Δικτύου Συνεργασίας για την Υποστήριξη των Νέων (ΔΙ.Σ.Υ.Ν.) που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στις 13 και 14 Φεβρουαρίου 2002.

* Ερευνήτρια Κοινωνική λειτουργός, Διεύθυνση Οικογενειακών Σχέσεων, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Η προώθηση της εκλεκτικής αιτιολογικής ερμηνείας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στη δεκαετία του 1990, ότι, κάθε περίπτωση είναι μοναδική γι' αυτό η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες της οικογένειας και του παιδιού, παρά αντίστροφα, βρήκε τους υποστηρικτές της, εφόσον συνδύαζε στοιχεία και άλλων ερμηνειών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1999), η κακοποίηση 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 στη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στο πλαίσιο μίας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης.¹

Η διαχρονική πορεία από το 1977 που ακολούθησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού μέσω των προγραμμάτων του, από την τριτογενή ως την πρωτογενή πρόληψη διά μέσου της προώθησης των δικαιωμάτων του παιδιού, δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση οικογενειών και παιδιών με παράλληλη συστηματική ανάπτυξη του ερευνητικού πεδίου, σε συνάρτηση με το εύρος εφαρμογής των ερευνητικών αποτελεσμάτων στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής.

Η μελέτη χαρακτηριστικών σωματικά κακοποιημένων - παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους, η διαπίστωση αναγκών στην αποκατάστασή τους καθώς και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, απασχόλησαν τη δεκαετία 1979-1988. Στη συνέχεια, κλινικές μελέτες της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης, ερευνητική μελέτη επιπολασμού της σεξουαλικής παραβίασης σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών, μελέτη της δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας, παρέμβαση σε κρατικό ίδρυμα περίθαλψης αρρένων, προοπτική μελέτη για την πρόβλεψη της επικινδυνότητας της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, μελέτη γνώσεων και στάσεων αστυνομικών για το φαινόμενο της κακοποίησης αλλά και κοινωνιολογική έρευνα για τη σωματική τιμωρία στο πλαίσιο της οικογένειας, έδωσαν το στίγμα της επόμενης δεκαετίας και αποτέλεσαν τον άξονα πάνω στον οποίο στηρίχθηκαν δράσεις στον τομέα προαγωγής των Δικαιωμάτων του Παιδιού.

Η αναζήτηση χαρακτηριστικών του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών αποτέλεσε τον αρχικό στόχο για την καλύτερη δυνατή κλινική αντιμετώπιση. Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή στην έγκαιρη εντόπιση γονέων με δυσκολίες άσκησης του γονεϊκού ρόλου και προδιάθεση για σωματική κακοποίηση ή/και παραμέληση, έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών. Ειδικές μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ και Ελλάδα, συνέκριναν ικανό αριθμό οικογενειών (εκείνων που ασκούν σωματική βία προς τα παιδιά τους), και παιδιών, με δείγμα ελέγχου, και κατέληξαν σε κλίμακες υψηλού κινδύνου για σωματική κακοποίηση και παραμέληση.

Σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, 15 χαρακτηριστικά υψηλής, μέτριας και χαμηλής προβλεπτικής δυνατότητας για σωματική κακοποίηση και παραμέληση, αναφέρονται

1. World Report on Violence and Neglect (2002). «Child Abuse and Neglect by parents and other caregivers», chapter 3, p. 3, WHO.

κυρίως στους γονείς και λιγότερο στις κοινωνικές συνθήκες, ενώ η συμβολή χαρακτηριστικών του παιδιού στην κακομεταχείρισή του είναι ελάχιστη.

Η δημιουργία μιας τέτοιας κλίμακας, με βάση τα ελληνικά δεδομένα, μπορεί να συνεισφέρει τόσο στη δευτερογενή, όσο και στην τριτογενή πρόληψη. Στην Ελλάδα, η εφαρμογή της ως ανιχνευτικού εργαλείου δευτερογενούς πρόληψης, δεν είναι εφικτή προς το παρόν, εφόσον δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα παρακολούθησης νεογέννητων και βρεφών από επισκέπτες υγείας. Μπορεί να τύχει όμως κλινικής εφαρμογής σε επίπεδο τριτογενούς πρόληψης και να βοηθήσει το μόνο επαγγελματία ή τη διεπιστημονική ομάδα.²

Η βία προς το παιδί ως φαινόμενο, στηρίζεται πολιτισμικά από αποδεκτές πρακτικές κοινωνικοποίησης του. Στην Ελλάδα, ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει διαπιστώσει μεγάλη χρήση σωματικής τιμωρίας προς τα παιδιά. Και ενώ τις περισσότερες φορές η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, η κακοποίηση αρχίζει τις περισσότερες φορές ως συνήθης σωματική τιμωρία. Με δεδομένη αυτή τη σχέση των δύο φαινομένων, έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (Ε. Φερέτη και Μ. Σταυριανάκη, 1994-1997) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 591 οικογενειών μαθητών Α' και ΣΤ' Δημοτικού στην Αθήνα, έδειξε ποσοστό χρήσης της σωματικής τιμωρίας, 65,5%.

Η σωματική τιμωρία στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες εξακολουθεί να ασκείται μέσα στην οικογένεια, στα πλαίσια του γονεϊκού ρόλου, ως μέθοδος «σωφρονισμού» και ελέγχου της συμπεριφοράς των παιδιών. Ερευνητικά αποτελέσματα και οργανωμένα κινήματα στον ευρωπαϊκό χώρο αποτελούν καλά παραδείγματα για την κατάργηση της σωματικής τιμωρίας. Η διά νόμου απαγόρευση της ήδη από πολλές ευρωπαϊκές χώρες παρέχει στα παιδιά το δικαίωμα προστασίας τους από τιμωρίες που είναι όχι μόνο σκληρές, εξευτελιστικές και παραβιάζουν θεμελιώδεις ηθικές αρχές, αλλά και ασυμβίβαστες με μια χρηστή κοινωνία.

Στη Σουηδία (1979), λ.χ. η οποία υπήρξε από τις πρώτες χώρες που απαγόρευσε διά νόμου τη σωματική τιμωρία στο σπίτι, στα πλαίσια της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού, χάρτινες συσκευασίες γάλακτος κατέγραψαν ένα μήνυμα με ένα κοριτσάκι να λέει: «Ποτέ, μα ποτέ δεν θα δείρω τα παιδιά μου. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να δέρνει τα παιδιά των άλλων. Αυτό το γνωρίζουμε. Από 1η Ιουλίου αυτού του χρόνου δεν έχουμε το δικαίωμα να δέρνουμε ούτε τα δικά μας παιδιά». Στη Νορβηγία (1987), με στόχο την έμπρακτη προώθηση του σχετικού νόμου, έγιναν εκστρατείες ευαισθητοποίησης των γονιών μέσα από τα ΜΜΕ με τίτλο: «Ξέρω ότι χρειάζομαι όρια, αλλά χρειάζεται να τα "χτυπήσεις" επάνω μου;».³

Ανάλογη πολιτική, με νομοθετικές ρυθμίσεις και κοινοβουλευτικές αποφάσεις, υιοθέτησαν και άλλες χώρες όπως, η Φινλανδία, η Δανία, Αυστρία, Γερμανία, Κύπρος, Λάτβια, Κροατία και Ισραήλ.

2. Ε. Αγάθωνος, Κ. Browne, Χ. Μαραγκός, Ε. Σαραφίδου (1996). *Παράγοντες υψηλού κινδύνου για σωματική κακοποίηση - παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη*. Παιδιατρική, 59, 6, 428-439.

3. Φερέτη Ε., (1993). Ερευνητικό Πρωτόκολλο Β110: «*Η χρήση της σωματικής τιμωρίας στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, στα πλαίσια της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας. Μια κοινωνιολογική έρευνα στην περιοχή της πρωτεύουσας*», Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει ρητή απαγόρευση της σωματικής τιμωρίας στο πλαίσιο της οικογένειας. Το Π.Δ. 497/81 (ΦΕΚ 134Α) απαγορεύει τις σωματικές ποινές στο πλαίσιο της εκπαίδευσης.

Σήμερα, η επιρροή των αρχών της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού του ΟΗΕ (1989), οι διεθνείς εξελίξεις, η σχετική εμπειρία, η δυνατότητα έρευνας με εμπλουτισμό ποιοτικών χαρακτηριστικών, η κλινική προσέγγιση, η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα, έχουν τροφοδοτήσει κοινοτικές εφαρμογές με στόχο την κοινοτική ανάπτυξη και την προαγωγή της υγείας, την καλύτερη αντιμετώπιση της κακοποίησης των παιδιών από τους επαγγελματίες, αλλά και την προαγωγή των δικαιωμάτων τους.

Και εδώ βρίσκεται το επειγόν του θέματος: τόσο σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, όσο και σε επίπεδο κοινωνικού σχεδιασμού. Ενώ το προνοιακό μοντέλο στο οποίο εντάσσονται η έννοια της φροντίδας της οικογένειας και η έννοια του συμφέροντος του παιδιού, είναι υπαρκτό, έχει διαπιστωθεί από τη συγκέντρωση των εμπειριών για τα διάφορα συστήματα κοινωνικής πολιτικής ότι μπορούμε να βρούμε νέους δρόμους προσέγγισης.

Η ισορροπία ανάμεσα σε τρεις νέους στόχους ευθύνης με τη συμβολή των επαγγελματιών είναι το μέγα ζητούμενο:

- Σε αυτόν της **καινοτομίας**, με διάθεση και «μεράκι» για νέες προσεγγίσεις του κακοποιημένου παιδιού και της οικογένειας σε κρίση.
- Της **συμπληρωματικότητας**, προς αποφυγή παρωχημένων και αλληλοσυγκρουόμενων τρόπων αντιμετώπισης παιδιών και οικογενειών και τέλος,
- Της **διεπιστημονικότητας** με τη λειτουργία ομάδας στο φορέα, που θα «μοιράζεται» όχι μόνο την ευθύνη και τις επιστημονικές ανησυχίες για την έκβαση κάθε περίπτωσης, αλλά και το συναίσθημα ικανοποίησης για το αποτέλεσμα.⁴ Ο μόνος επαγγελματίας είναι δύσκολο να διαχειριστεί τη συναισθηματική φόρτιση στο χώρο της βίας. Η αδυναμία του είναι δυνατόν να τον οδηγήσει σε επαγγελματική εξάντληση (burn out) ή ακόμα χειρότερα, αυτή να αναστραφεί σε παντοδυναμία.

Έχει προσφύως λεχθεί ότι η **κοινότητα** αποτελεί το καταλληλότερο πλαίσιο για την **πρόληψη** της βίας. Οι καιροί επιβάλλουν να δοθεί απάντηση σ' αυτή την πρόκληση που με άλλα λόγια δεν είναι η διευθέτηση των συνεπειών της κρίσης, αλλά η πρόληψή της. Η πρόληψη όμως της κακοποίησης ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, απαιτεί όχι μόνο τον καινοτομικό χαρακτήρα της κοινότητας που συνίσταται στον πρωτότυπο τρόπο παροχής κοινωνικής φροντίδας, αλλά αυτή να αποτελεί per se ένα δυνατό πλαίσιο αναφοράς για την αντιμετώπιση του κοινωνικού προβλήματος.

4. Σταυριανάκη Μ. και Τσάγκερη Μ. (2001). «Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού ως "εργαλείο παρέμβασης" στην εξέλιξη του θεσμού της Αναδοχής». Στο Θ. Καλλινικάκη (επιμ.): *Ανάδοχη Φροντίδα*, Αθήνα, ΕΟΚΦ, Ελληνικά Γράμματα, σ. 57.

Επιπλέον, η πρόληψη συμβάλλει στην ανάδειξη εκείνων των δυνατών σημείων που εμπεριέχουν τη συνάφεια και τους αλληλοκαθορισμούς της κακοποίησης - παραμέλησης του παιδιού με την ακραία παραβίαση των δικαιωμάτων του.

Μια τέτοια λογική, αποτελεί το μοντέλο πάνω στο οποίο θα πρέπει να εσιάζονται δράσεις και προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Στη δεκαετία του 1990, ενισχύεται ο διάλογος για το ζήτημα της κοινοτικής ανάπτυξης στο πλαίσιο της διαχείρισης πόρων και προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην ανάπτυξη προγραμμάτων τοπικής παρέμβασης δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση σε ζητήματα οργάνωσης, σχεδιασμού και μεθοδολογίας, ενώ έγιναν απόπειρες για τη σύνδεση των πρακτικών κοινωνικής προστασίας με αναπτυξιακά ζητήματα και ολιστικές παρεμβάσεις και διαμορφώθηκαν δίκτυα συνεργασίας ανάμεσα σε διαφορετικούς φορείς και οργανώσεις.⁵

Παράδειγμα μιας τέτοιας πρακτικής συνιστά το πρόγραμμα Κοινοτικής Ανάπτυξης και Προαγωγής της Υγείας στον οικισμό Αγίων Αποστόλων Ρόδου, το 1995, το οποίο πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, τη ΓΓΝΓ, την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ολλανδικό Ίδρυμα Bernard van Leer υπό την αιγίδα του Δημοτικού Οργανισμού Πρόνοιας του Δήμου Ρόδου.

Στόχος του προγράμματος ήταν η κοινοτική ανάπτυξη και η προαγωγή της υγείας με επίκεντρο τον παιδικό και νεανικό πληθυσμό, μέσα από μια πολυεπίπεδη και επιστημονική προσέγγιση, ώστε να αναπτυχθούν διεργασίες κοινωνικοποίησης σε έναν οικισμό που χαρακτηρίζονταν από συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού.⁶

Είναι σαφές, ότι τέτοιου είδους δράσεις αποκλίνουν από τα προνοιακά μοντέλα διαχείρισης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, τα οποία εσιάζονται στις «ελλειμματικές» περιπτώσεις ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων χρησιμοποιώντας όρους ατομικής παθολογίας, ψυχολογικοποίησης των συμπεριφορών και ατομοκεντρικές παρεμβάσεις. Αυτές οι πρακτικές απολήγουν στη λειτουργική ένταξη των ατόμων σε ένα περιβάλλον που γεννά τα προβλήματα, χωρίς ωστόσο να συμβάλλουν στη διαμόρφωση δομών αποτροπής και ριζικής αντιμετώπισης των πραγματικών προβλημάτων. Σε μακρο-επίπεδο ενισχύουν την υπάρχουσα τάξη πραγμάτων και λειτουργούν ως μηχανισμοί κοινωνικού ελέγχου των διαφορετικών.⁷

Η ένταξη της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού με βάση τη συχνότητα και τη φαινομενολογία του, ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας από τον Π.Ο.Υ. το 1996, σε αναφορά με τα Δικαιώματα του Παιδιού, εμπλέκει την πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα στο ευρύτερο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα⁸ γίνεται φίλτρο των χρηστών σε πρώτο επί-

5. Ζαϊμάκης Γ., (2002). «Κοινοτική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες: Ανάπτυξη, συλλογική δράση, πολυπολιτισμικότητα», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σ. 57-58.

6. Αγάθωνος Ε., (1995). «Κατάρτιση για την ανάπτυξη: Πρόγραμμα Κοινοτικής Ανάπτυξης και Προαγωγής της Υγείας στον Οικισμό Αγίων Αποστόλων Ρόδου» (παρουσίαση και σχόλια), Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

7. Ζαϊμάκης Γ., (2002), ό.π., σ. 26.

8. Δούκα Μ., (2002). «Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο επίκεντρο της νέας πολιτικής για την υγεία: Προβλήματα-Προοπτικές», Κοινωνική Εργασία, Αθήνα, ΣΚΛΕ, τ. 67, σ. 135.

πεδο γιατί αποτρέπει τα άτομα να κάνουν χρήση των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας, ενώ η σημασία της κοινωνικής διάστασης στον τομέα της υγείας ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, τονίστηκε από τον Π.Ο.Υ. (1983), σε σχετική διακήρυξή του.

Η βία ως φαινόμενο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσα από τις τρεις μορφές πρόληψης. Της **πρωτογενούς**, με στόχο τη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Η συνεχής ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού οφείλει να στοχεύει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών που προωθούν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και στηρίζουν τις κοινωνικές ανισότητες.

Της **δευτερογενούς**, με στόχο την έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού νέων ατόμων, πριν ή μετά το γάμο, νέων γονέων ή οικογενειών, που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών «υψηλού κινδύνου» όσον αφορά στις οικογενειακές σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο.

Της **τριτογενούς**, στοχεύοντας στη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών που ήδη κακοποιούνται ή/και παραμελούνται και των οικογενειών τους και τη διακοπή του κύκλου βίας.

Κύριος χώρος εφαρμογής πρωτογενούς πρόληψης με παιδιά, είναι το σχολείο. Το σχολείο, ως χώρος μάθησης και κοινωνικοποίησης των παιδιών, άρχισε τα τελευταία χρόνια να καλλιεργεί τη συμμετοχή των μαθητών. Ξεκινώντας από την αφετηρία της υγείας ως αγαθού για όλα τα παιδιά, το σχολείο μπορεί να λειτουργεί ως εργαστήρι προαγωγής της υγείας.

Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας στο σχολικό χώρο, διδάσκουν στους μαθητές με βιωματικό τρόπο, την ευθύνη τους απέναντι σε διάφορα θέματα και προβλήματα που τους απασχολούν μέσα από την καλλιέργεια αισθημάτων αυτοεκτίμησης, ασφάλειας, αυτενέργειας και αλληλεγγύης.

Μέχρι τώρα, τα θέματα που τίγονται μέσα από προγράμματα προαγωγής της υγείας στο σχολείο, είναι η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, το AIDS, η μόλυνση του περιβάλλοντος κ.λπ. Το δικαίωμα προστασίας των παιδιών από την κακομεταχείριση, τη βία και τη σεξουαλική εκμετάλλευση (άρθρα 19, 34, 35, 36 της ΔΣΔΠ), μόλις πρόσφατα αποτέλεσαν αντικείμενο έκφρασης και εφαρμογής.

Μια σειρά δράσεων σε σχολεία και άλλες ομάδες, τα τελευταία χρόνια, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ενίσχυσε το διάλογο μεταξύ διαφορετικών φορέων σε περιοχές της Ελλάδας όπως: Ρόδο, Κάρπαθο, Λαμία, Πύλο, Αθήνα, με στόχο τη διασύνδεση, ανταλλαγή και αλληλοϋποστήριξη όλων των επαγγελματιών που εργάζονται με παιδιά και οικογένειες.

Η διευρυμένη έννοια της υγείας ως «ευεξία» έχει καθορισθεί και προωθείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στο πλαίσιο αυτών των ζυμώσεων, το κίνημα της προαγωγής των δικαιωμάτων του παιδιού ανασηματίζει τον κοινωνικό του ρόλο, την κοινωνική πολιτική για την οικογένεια και τον ευρύτερο χώρο της παιδικής προστασίας.

Ο καθορισμός μιας βασικής πολιτικής πρόληψης ως «ανάγκη για φροντίδα με επίκεντρο την κοινότητα» θα μπορούσε ρεαλιστικά να περιλαμβάνει:

- *Συνεργασία υπηρεσιών Υγείας - Ψυχικής Υγείας - Πρόνοιας - Εκπαίδευσης*, έτσι ώστε να συνδεθούν με γόνιμο τρόπο οι χώροι που στη θεσμική γεωγραφία της χώρας μας δεν επικοινωνούν συνήθως μεταξύ τους (πρόνοια, ψυχική υγεία, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας γενικότερα).
- *Η Δικαιοσύνη στο πλευρό της Παιδικής Προστασίας και της Οικογένειας σε «Κρίση»*: Η ποινική δίωξη του υπεύθυνου για κακοποίηση δεν είναι αυτοσκοπός. Συνήθως, είναι σκόπιμο να γίνεται εφόσον (α) ο υπαίτιος είναι άτομο εκτός οικογένειας και εκείνη θέλει να ασκήσει τα νομικά της δικαιώματα και (β) ο γονέας - υπαίτιος δεν συνεργάζεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση ή δεν έχει επίγνωση και κρίνεται επικίνδυνος στη σχέση του με το παιδί και την οικογένεια.
- *Ανάγκη για νέα ιδεολογική προσέγγιση της Δημόσιας Τάξης*: Τα περισσότερα προβλήματα για τα οποία οι οικογένειες προσφεύγουν στο χώρο της δημόσιας τάξης αποτελούν αντικείμενο πλαίσιων ψυχικής υγείας, πρόνοιας ή συμβουλευτικών υπηρεσιών δίδμων.
- *Στήριξη νέων οικογενειών με παιδιά προσχολικής ηλικίας*: Μέσα από υποστηρικτικά προγράμματα για άσκηση του γονεϊκού ρόλου. Με τις δεδομένες σύγχρονες συνθήκες ζωής, εύαλωτοι γονείς μπορεί να γίνουν οι περισσότεροι γονείς.
- *Ψυχική Υγεία με κοινοτικό προσανατολισμό*.
- *Ομάδες αλληλοϋποστήριξης γονιών*: Η κοινωνική απομόνωση είναι ένα φαινόμενο που μαστιάζει τις περισσότερες οικογένειες που βρίσκονται σε κίνδυνο κακοποίησης - παραμέλησης. Μέσα από αυτές τις ομάδες αναπτύσσονται συστήματα υποστήριξης και βοήθειας.
- *Προσέγγιση εύαλωτων οικογενειών*, με την ενίσχυση του θεσμού του επισκέπτη υγείας κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού και του θεσμού, «βοήθεια στο σπίτι».
- *Στελέχωση Υπηρεσιών με διεπιστημονική σύνθεση*.

Συγχρόνως, ένα καλό σύστημα παιδικής προστασίας θα στήριζε και θα προστάτευε το παιδί και την οικογένειά του από μια άλλη μορφή κακοποίησης, λιγότερο γνωστής ως οντότητα, αλλά πολύ οικείας σε όλους μας μέσα από την καθημερινή μας πρακτική. *Την κακοποίηση και παραμέληση από τους θεσμούς και το σύστημα (System abuse)*, στα πλαίσια πολιτικών, εφαρμογής προγραμμάτων και παρεμβάσεων που σχεδιάστηκαν να προσφέρουν φροντίδα και προστασία. Η πρόνοια, η ανάπτυξη και η ασφάλεια για τα παιδιά «υπονομούνται» από ενέργειες ατόμων ή από την απουσία κατάλληλων υπηρεσιών, πρακτικών ή διαδικασιών μέσα στο σύστημα, τις δομές ή τους θεσμούς.⁹

Κριτικές επισημάνσεις

Η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης στην κοινότητα για όλες τις μορφές θυματοποίησης των παιδιών, δεν είναι ανεξάρτητη με τις ήδη υπάρχουσες αντιλήψεις της παιδικής ηλικίας, αλλά και την αξία που της προσδίδει η κοινωνία (κοινωνική πραγματικότητα).

9. Systems Abuse: Problems and Solutions (1994). A Report Of The NSW Child Protection Council, p. 10.

Η θέση αυτή υπογραμμίζει σαφώς ότι είναι αδύνατο να κατανοήσουμε τις πολιτικές, τα προγράμματα και τις δομές που συνιστούν συνολικές στρατηγικές πρόληψης, χωρίς τον ανασχηματισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών παιδικής προστασίας, οι οποίες στηρίζουν μια δομή καλά οργανωμένη, ώστε να συμβαδίζει με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριακή κοινωνική θέση της παιδικής ηλικίας.

Τα ίδια τα παιδιά, στερούνται επίσημου λόγου, το δικαίωμα της άμεσης εκπροσώπησης και της συμμετοχής σε αποφάσεις που τα αφορούν. Εύλογο είναι ότι τα παιδιά εκπροσωπούνται από ενήλικες που θεωρούνται ότι δρουν προς όφελος και προς το συμφέρον τους.¹⁰ Συνεπώς, τίθεται θέμα επανεξέτασης του ρόλου των επαγγελματιών, ο οποίος μεταβάλλεται σε ρόλο υποστηρικτικό και ενδυναμωτικό της οικογένειας, κινητοποιώντας την να συμμετέχει στον προγραμματισμό, τις αποφάσεις και τις διαδικασίες που την αφορούν ως σύνολο ή ως άτομα.

Ένα τέτοιο εγχείρημα απαιτεί αλλαγές στάσεων και πρακτικών, ενώ οι επαγγελματίες οφείλουν να είναι σκεπτικοί απέναντι σε ιδεολογίες και εμμονές που προβάλλουν τα παιδιά ως ανώριμα, ανεύθυνα, αδύναμα, αδέξια.

Επιπλέον, τίθεται το ζήτημα της κοινωνικής ορατότητας της παιδικής ηλικίας και των αναγκών της, σε συνάρτηση με τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που θα στηρίζουν και θα περιφρουρούν τα δικαιώματα των παιδιών.

Σε μια εποχή ανασυγκρότησης του «προνοιακού χάρτη» και της δημιουργίας νέων δομών, η σημερινή θέση της παιδικής προστασίας θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση νέων κοινωνικών μέτρων, αλλά και για την αξιολόγηση και επανεξέταση των ήδη υφιστάμενων.

Από την άλλη μεριά, η μετάβαση από την κρατική ευθύνη για κοινωνική φροντίδα στην ευθύνη της τοπικής κοινότητας, στο πλαίσιο μιας παρατεταμένης μεταβατικής περιόδου της Πρόνοιας στη χώρα μας, θέτει θεμελιώδη ζητήματα στην παιδική προστασία και την ευρύτερη κοινωνική πολιτική.

Η πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, μέσα από προγράμματα που βασίζονται στην κοινότητα, θα πρέπει να είναι ενιαία, χωρίς τάσεις απόκλισης και να κινείται σε δύο άξονες:

- α. Στην ανάπτυξη και προαγωγή και των τριών βαθμών πρόληψης όλων των μορφών κακοποίησης.
- β. Στην ανάπτυξη ενός τρόπου σκέψης που συνδέει τα προβλήματα παραβίασης των δικαιωμάτων των παιδιών και της δευτερογενούς θυματοποίησής τους, με τις αδυναμίες των κοινωνικών δομών και θεσμών, με στόχο αναπτυξιακές και δομικές παρεμβάσεις.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η αξία της πρωτογενούς πρόληψης βασίζεται σε μια νέα ιδεολογία που εισήγαγε η ΔΣΔΠ, σε συνάρτηση με την εμπειρία και τα αποτελέσματα μακρόχρονων ερευνών τα οποία αποκαλύπτουν την περιορισμένη επιτυχία της τριτογενούς πρόληψης.

10. Μακρυνιώτη Δ., (1993). «Η παιδική ηλικία ως κοινωνικό φαινόμενο». Στο: Ε. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου (επιμ.): Οικογένεια - Παιδική Προστασία - Κοινωνική Πολιτική, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, σ. 49.

Η τριπογενής πρόληψη αναφέρεται στα ήδη παραβιασμένα δικαιώματα των παιδιών και απαιτεί θεραπευτικού τύπου παρέμβαση. Η προσέγγιση αυτή αφορά τα σχετικά με την ασφάλεια, ακεραιότητα και αξιοπρέπεια του παιδιού, δικαιώματα, τα οποία υπαινίσσεται η ΔΣΔΠ σε όλα τα άρθρα της που αναφέρονται στη βία και την εκμετάλλευση όλων των μορφών.

Για τη διευκόλυνση της αναβάθμισης και ενδυνάμωσης των ενεργειών δράσης στην κοινότητα, η ένταση της κοινοτικής παρέμβασης θα πρέπει να είναι ανάλογη με τον επιδιωκόμενο στόχο. Έτσι θα ήταν χρήσιμο να διατηρήσουμε το ουσιώδες περιεχόμενο οκτώ στόχων:

1ος στόχος: Σχεδιασμός και παροχή υπηρεσιών, ευθυγραμμισμένων στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους, και όχι των επαγγελματιών.

2ος στόχος: Σταθερές αρχές και δίκαιη κατανομή πόρων.

3ος στόχος: Αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών και καθιέρωση συστηματικής αξιολόγησης της λειτουργίας τους, ως αναπόσπαστο μέρος της θεσμικής δομής και του κοινωνικού σχεδιασμού.

4ος στόχος: Δημιουργία «στελεχών πρόληψης» ανεξάρτητων των επαγγελματιών εκείνων που εργάζονται σε υπηρεσίες και φορείς, προκειμένου να προωθήσουν την πρόληψη.

5ος στόχος: Εκτίμηση της ενδογενούς αξίας της πρόληψης.

6ος στόχος: Ενίσχυση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της διεπιστημονικής προσέγγισης.

7ος στόχος: Ενσωμάτωση του ερευνητή σε ρόλο κοινωνικού σχεδιαστή.

8ος στόχος: Συνεχής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών με προσεγγίσεις προαγωγής της υγείας, αλλά και καλλιέργεια ενός σχολικού περιβάλλοντος που θα την προάγει, μέσα από την ιδεολογία και τις εφαρμογές.

Η περιχαράκωση όλων αυτών των στόχων θα ήταν δυνατόν να επιτευχθεί, εφόσον ενισχυθούν από τις ενδεδειγμένες πολιτικές υποστήριξης και δεν συνεπάγονται πρόσκαιρο χαρακτήρα για τα παιδιά και τις οικογένειες.

Αν στα προγράμματα πρόληψης δεν εντάξουμε τις οικολογικές και αναπτυξιακές διαστάσεις της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, θεωρώ ότι οι προσπάθειες για επιτυχημένες προσεγγίσεις θα αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη καχυποψία.

Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε. (Επιμ.), (1998). *Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Αγάθωνος Ε. και Τσάγκαρη Μ., (1999). *Εγχειρίδιο για τα Δικαιώματα του Παιδιού*, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., (2001). «Από το Σύνδρομο του Κακοποιημένου Παιδιού στα Δικαιώματα του Παιδιού: Μια διαχρονική πορεία». Ομιλία σε Διεπιστημονικό Συνέδριο, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

- Αγάθωνος Ε. και Αδάμ Ε. (Επιμ.), (2002). *Τα Δικαιώματα του Παιδιού στην Υγεία. Η εφαρμογή της Σύμβασης του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Παιδιού στο Σύστημα Υγείας - Οδηγός για Επαγγελματίες Υγείας*, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Μετάφραση: Σ. Νάκου, Σ. Τσίτουρα, από το «Child Health Right - A Practitioner's Guide», British Association for Community Child Health, 2002.
- Cox A., (1998). «Preventing Child Abuse: A Review of Community - Based Projects II: Issues, Arising from Reviews and Future Directions», *Child Abuse Review*, σ. 30-43.
- Fereti I. and Stavrianaki M., (1997). The Use of Physical Punishment in the Greek Family: selected socio-demographic aspects. *International Journal of Child and Family Welfare*, 2(3), 206-216.
- Σταθόπουλος Π., (2000). *Κοινωνική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης*, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
- Σταυριανάκη Μ., (2002). «Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιού: Η ανάγκη για πρόληψη και η σύνδεσή της με την ευρύτερη έννοια των Δικαιωμάτων του Παιδιού», <http://www.gsae.edu.gr/disyn/stavr.htm>
- World Health Organization (WHO), (1983). «The principles of Quality Assurance». Regional Office for Europe, Copenhagen.