

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ DELPHI: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

**Μεταξία Σταυριανάκη¹, Αγγελική Κυριακοπούλου²,
Αγγελική Ρίγκα², Γιώργος Νικολαΐδης³**

Περίληψη

Η μεθοδολογία Delphi (Δελφική Μέθοδος) αποτελεί μια ποιοτική προσέγγιση που είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί όταν υπάρχει παντελής έλλειψη στοιχείων για το υπό έρευνα ζήτημα. Η συγκεκριμένη μεθοδολογία αποσκοπεί στην επίτευξη ενεργούς σύγκλισης μεταξύ των μελών μιας επιτροπής εμπειρογνώμωνων, ενώ η ιδιαιτερότητά της συνίσταται στο ότι η διαδικασία συνεργασίας με τους εμπειρογνώμονες διεξάγεται σε διαδοχικές φάσεις (τρεις ή περισσότερες) και απαιτεί επιβεβαίωση ή αναθεώρηση των απόψεών τους, θέτοντας υπ' όψη τους τα δεδομένα που αφορούν στη γνώμη όλων των μελών της επιτροπής. Στο πεδίο της βίας κατά των παιδιών, κεντρικό εγχείρημα της απόπειρας αποτίμησης των αναγκών αλλά και της βελτίωσης του επιπέδου τεχνογνωσίας και παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί η δημιουργία ανάπτυξης «κοινού λόγου» μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών. Ακόμα περισσότερο, η υλοποίηση των σχετικών παρεμβάσεων, στοχεύει όχι μόνο σε πληθυσμούς με μεγάλο βαθμό κοινωνικής παθολογίας, αλλά στον ευρύτερο πληθυσμό με βάση μία πολιτική ανασύνθεσης στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης, αποβλέποντας ταυτόχρονα στη βιωσιμότητα των συστημάτων έρευνας και κοινωνικού σχεδιασμού. Με αυτήν την έννοια η μεθοδολογία Delphi μπορεί να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για την έρευνα, αλλά και τον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων υγείας και πρόνοιας στον ευαίσθητο τομέα της παιδικής προστασίας.

Λέξεις - Κλειδιά: Μεθοδολογία Delphi, ποιοτική έρευνα, βία, κακοποίηση-παραμέληση παιδιού, κοινωνική πολιτική.

1. Κοινωνική λειτουργός, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
2. Ψυχολόγοι, εξωτερικοί συνεργάτες της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού στο πλαίσιο του ερευνητικού Προγράμματος «Έκταση και διαστάσεις της βίας κατά των παιδιών μέσα στην οικογένεια: Η εκτίμηση των επαγγελματιών υγείας, πρόνοιας, εκπαίδευσης και δικαιοσύνης».
3. Ψυχίατρος (MD, MA, MSc, PhD), Διευθυντής, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

1. Εισαγωγή

1.1. Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού διεθνώς

Τα φαινόμενα της διαπροσωπικής, της ενδο-οικογενειακής βίας και της βίας σε ανηλίκους αποτελούν κρίσιμους κόμβους συνάρθρωσης πολιτικών αγωγής υγείας σε διεθνές επίπεδο. Η κρισιμότητα, δε, αυτή και η επαγρύπνηση των σχετικών Διεθνών Οργανισμών εξυπακούεται στο βαθμό που:

- Το 1998 2,3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν ως αποτέλεσμα βίας (Krug et al., 2000, Reza et al., 2001).
- Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υιοθετεί (W.H.O., 2001) την εκτίμηση ερευνητών (Murray and Lopez, 1996a-b) ότι η διαπροσωπική βία το 2020 θα ανέλθει από τη 19^η στη 12^η θέση στη λίστα των 30 πιο σημαντικών αιτιών θανάτου παγκόσμια.
- Μελέτη στη Σουηδία αναφέρει ότι μια στις πέντε γυναίκες υπήρξε θύμα κακοποίησης κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβικής και παιδικής της ηλικίας (Krantz and Ostergen, 2005).
- Ο Π.Ο.Υ. εκτιμά (W.H.O., 1999) ότι 40.000.000 παιδιά στον κόσμο γίνονται θύματα βίας (Krug et al., 2001).
- Μελέτες εκτίμησης της έκτασης του φαινομένου της βίας σε ανηλίκους παρουσιάζουν τεράστιες διακυμάνσεις (από 3% έως 29% στα αγόρια και από 7% έως 36% στα κορίτσια) κυρίως λόγω των διαφορετικών κριτηρίων και ορισμών που οι διάφοροι μελετητές υιοθετούν (Finkelhor, 1994).

Η αιτιολογική ερμηνεία του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού τεκμηριώθηκε μέσα από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, ενώ η εκτίμηση του βασίστηκε στα ανάλογα ιστορικά και πολιτισμικά πλαίσια μέσα στα οποία αναπτύχθηκε το φαινόμενο (Krug, 2004).

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία των παιδιών ανά τον κόσμο και συμβαίνει και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, πολύ συχνότερα από όσο συνήθως νομίζουμε. Ως φαινόμενο, εμφανίζεται διαχρονικά από τους αρχαίους χρόνους μέχρι και σήμερα, με ποικιλία μορφών, ορισμών, νοσηματοδοτήσεων και κοινωνικών προεκτάσεων, ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο, χωρίς η εξέλιξη του να είναι καθολική αλλά ούτε και γραμμική. Η κακοποίηση των παιδιών συνιστούσε κοινωνικά αποδεκτή πρακτική κοινωνικοποίησης (εκπαιδευτική-πειθαρχική-συμμορφωτική) ή κοινωνικά θεσμοθετημένο μέρος θρησκευτικής τελετουργίας. Οι πρώτες τάσεις ιατροποίησης του φαινομένου για το δυτικό κόσμο εμφανίστηκαν περίπου μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο με την αναγνώριση κακώσεων που έφεραν βρέφη και παιδιά, χωρίς ωστόσο να αποδίδεται ευθύνη σε γονείς και φροντιστές (Caffey, 1946). Αργότερα, αναγνωρίζεται ως ψυχοπαθολογικό σύνδρομο από τους Kempe και συνεργάτες (Kempe et al., 1962), γνωστό ως το «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού», που συνδύαζε χαρακτηριστικές κακώσεις, «ειδική» συμπεριφορά των γονέων ή αυτών που είχαν την αποκλειστική ευθύνη των παιδιών και ειδικές κοινωνικές συνθήκες, με μία γενικότερη έμφαση στην τριτογενή πρόληψη. Έκτοτε έχουν διατυπωθεί πλείστες θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις, καθεμιά από τις οποίες εστιάζεται στα χαρακτηριστικά του παιδιού (θεωρία του ειδικού θύματος), στα χαρακτηριστικά των

γονέων, σε δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες κ.ά. Σήμερα, η στροφή από το ψυχοπαθολογικό μοντέλο με έμφαση στο άτομο και την τριτογενή πρόληψη, προς την πρωτογενή πρόληψη διαμέσου της προώθησης της ποιότητας ζωής και της υπεράσπισης των δικαιωμάτων του παιδιού, φέρνει στην επιφάνεια το ζήτημα της ποιοτικής προσέγγισης ως προς την εκτίμηση του φαινομένου της βίας κατά των παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας, πρόνοιας, εκπαίδευσης και δικαιοσύνης, από τους οποίους «φωτίζεται» ή όχι το φαινόμενο ως προς την αντιμετώπιση και την πρόληψή του, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, 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 τους προαναφερόμενους επαγγελματίες προκειμένου αυτοί να εισάγουν καινούργιες παραμέτρους μέσα από την εφαρμογή της θεωρητικής γνώσης και της θεραπευτικής πρακτικής, ενώ ο ρόλος του σχολείου αποδεικνύεται σημαντικός ώστε να προάγει τη μη βία μέσα από μια νέα «ιδεολογία» και συγκεκριμένες πρακτικές εφαρμογές.

Ωστόσο, η κατά προσέγγιση εκτίμηση της συχνότητας του προβλήματος αντικατοπτρίζει μόνο ένα μέρος από το πραγματικό μέγεθός του. Η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών 0-18 ετών στο γενικό πληθυσμό αποτέλεσε και αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα για λόγους όπως:

(α) έλλειψη διεθνούς λειτουργικού ορισμού που να επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ χωρών,

(β) έλλειψη εθνικού συστήματος αναφοράς σε πολλές χώρες,

(γ) αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων που προκαλούνται από κακοποίηση,

(δ) αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης στην κατάλληλη υπηρεσία,

(ε) αποτυχία του συστήματος να αναγνωρίσει την περίπτωση ως κακοποίηση, αποδίδοντας ηπιότερες διαγνώσεις και αποφεύγοντας την ανακριτική διαδικασία και τις νομικές παρεμβάσεις και

(στ) κοινωνικο-πολιτισμικές νόρμες που σχετίζονται με άνισες σχέσεις εξουσίας ενηλίκων-παιδιών, οδηγούν σε κοινωνικό στιγματισμό, και εν τέλει αποτρέπουν την αποκάλυψη ενός τέτοιου «οικογενειακού μυστικού» .

Ως «βία» ορίζεται «η εμπρόθετη χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας, επαπειλούμενη ή πραγματική, εναντίον ενός άλλου προσώπου, του ίδιου του εαυτού ή μιας ομάδας ανθρώπων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την επέλευση ή την αυξημένη πιθανότητα επέλευσης τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, στρεβλής ανάπτυξης ή αποστέρσης» (W.H.O., 1995).

Η κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού αποτελεί μια μορφή ενδο-οικογενειακής βίας και, όπως ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1999), περιλαμβάνει «όλες τις μορφές σωματικής ή/και συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή άλλους σκοπούς, η οποία καταλήγει σε πραγματική ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στην υγεία, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης, ευθύνης ή δύναμης» (W.H.O., 1999).

Στις Η.Π.Α., η αναμενόμενη συχνότητα αναφέρεται στο 1%-2% των παιδιών ηλικίας 0-18 ετών κάθε χρόνο εκ των οποίων 2.500-5.000 παιδιά πεθαίνουν (Krugman, 1992). Στη Μ. Βρετανία, η συχνότητα κατ' έτος κυμαίνεται από 1%-2% των παιδιών του πληθυσμού κάτω των 5 ετών (Browne, 1993). Στη Σουηδία ανέρχεται σε ποσοστό 4%, ενώ στη Γαλλία αναφέρονται 400.000 περιπτώσεις κακοποίησης/παραμέλησης το χρόνο (εκτός της σεξουαλικής). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. (W.H.O., 1999), 40.000.000 παιδιά ηλικίας 0-14 ετών παγκοσμίως υποφέρουν από κακοποίηση και παραμέληση και χρειάζονται υγειονομική και κοινωνική φροντίδα. Ακόμη, σε χώρες με αξιόπιστη καταγραφή της παιδικής θνησιμότητας, υπολογίζεται ότι 1 στα 5.000 έως 1 στα 10.000 παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών πεθαίνει κάθε χρόνο λόγω σωματικής κακοποίησης, ενώ 1 στα 1.000 έως 1 στα 180 παιδιά παραπέμπεται κάθε χρόνο σε κάποια υπηρεσία υγείας ή κοινωνικής προστασίας λόγω κακοποίησης (W.H.O., 1997, Krug et al., 2000).

Σε μελέτες σε ειδικούς πληθυσμούς παιδιών αναφέρεται ότι οφείλονται σε κακοποίηση:

- 10% απ' όλα τα ατυχήματα σε παιδιά < 3 ετών, εκτός από τα τροχαία.
- 10% των παιδιών < 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό.
- 25% απ' όλα τα κατάγματα σε παιδιά < 3 ετών.
- 3-5% των βαριά κακοποιημένων παιδιών πεθαίνουν ή μένουν με μόνιμες σοβαρές αναπηρίες.

Αναφορικά με τη συχνότητα της σεξουαλικής παραβίασης, έρευνες επιπολασμού σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες σε δείγματα ενηλίκων που θυματοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά ή έφηβοι, καταγράφουν ενδεικτικές συχνότητες μεικτής σεξουαλικής παραβίασης για κορίτσια θύματα από 7% στη Φινλανδία, Ιρλανδία, Γαλλία ως 33% στην Ολλανδία και 36% στην Αυστρία. Στα αγόρια θύματα, η διακύμανση αναφέρεται από 3% στη Σουηδία, σε 15% στην Ισπανία και 19% στην Αυστρία. Η ενδο-οικογενειακή παραβίαση καλύπτει το $\frac{1}{2}$ ως $\frac{1}{4}$ της μεικτής παραβίασης (Finkelhor, 1994). Μια συγκριτική ανάλυση σε μη κλινικούς πληθυσμούς 21 χωρών επιβεβαίωσε ότι η σεξουαλική παραβίαση είναι ένα διεθνές πρόβλημα. Όλες οι μελέτες αναφέρονται σε συχνότητα που κυμαίνεται από 7% έως 36% σε γυναίκες και από 3% έως 29% σε άνδρες. Η ενδο-οικογενειακή παραβίαση βρέθηκε σταθερά συχνότερη στα κορίτσια παρά στα αγόρια, αποτελώντας το $\frac{1}{3}$ έως το $\frac{1}{2}$ των εμπειριών των κοριτσιών. Μια από τις πιο αξιόπιστες επιδημιολογικές μελέτες στις Η.Π.Α. (Russel, 1983) αναφέρει ότι από τις 930 γυναίκες του δείγματος που παραβιάστηκαν σεξουαλικά πριν την ηλικία των 18 ετών, 29% παραβιάστηκαν από μέλος της οικογένειας. Στο 23% των περιπτώσεων η σεξουαλική κακοποίηση ήταν πολύ σοβαρή, στο 41% σοβαρή και στο 36% λιγότερο σοβαρή. Η ενδο-οικογενειακή μορφή της σεξουαλικής παραβίασης είναι αναλογικά μικρότερη έως και τέσσερις φορές στην περίπτωση των αγοριών (Baker and Dunkan, 1985).

Η φύση των φαινομένων της κακοποίησης και παραμέλησης και της σεξουαλικής παραβίασης του παιδιού φαίνεται να αποτελεί πλέον ένα στοιχείο αλλότριο προς την κουλτούρα και τις ευρύτερες συντεταγμένες του ιδεολογικο-πολιτισμικού οικοδομήματος των αναπτυγμένων κοινωνιών. Με αυτήν την έννοια, οι ίδιες οι κοινωνίες δεν μπο-

ρούν να ανεχθούν περαιτέρω την αναπαραγωγή των φαινομένων αυτών χωρίς να προκαλείται μια συγκροτημένη αντίδραση από την πλευρά τους υπό τη μορφή συγκροτημένων και ολοκληρωμένων παρεμβάσεων φροντίδας υγείας σε σχέση με αυτά.

Με τον όρο «Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιού» περιγράφεται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρξης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο. Επισημαίνεται, δε, ότι άτομα με σχέση φροντίδας ως προς το παιδί, μπορεί - εκτός των γονέων - να είναι άλλοι συγγενείς, όπως και το προσωπικό ιδρυμάτων, δάσκαλοι, βρεφοκόμοι και άλλοι.

Όλες οι έρευνες για το φαινόμενο αυτό φαίνεται να κατατείνουν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση ενός παιδιού σε μορφές ενδο-οικογενειακής βίας είτε υπό τη μορφή σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης, είτε υπό τη μορφή σεξουαλικής παραβίασης, είναι από τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για τη μετέπειτα κατά τη διάρκεια της ενήλικου ζωής εκδήλωση βίας (σωματικής ή σεξουαλικής) σε παιδιά. Με αυτή, λοιπόν, την έννοια, η βία εκδηλώνεται μέσα από ένα πρότυπο αυτο-αναπαραγωγής (φαύλος κύκλος) που δεν είναι δυνατόν να περιοριστεί παρά μόνο μέσα από ολοκληρωμένες παρεμβάσεις διακοπής της συνέχειας της αναπαραγωγής της βίας.

Από την άλλη μεριά, όμως, όπως άλλωστε δείχνει και η εμπειρία χωρών που εφαρμόσαν συγκροτημένες πολιτικές παρέμβασης στα ζητήματα αυτά, άπαξ και ο φαύλος κύκλος της βίας μπορέσει να διακοπεί, υπάρχουν σοβαρά περιθώρια για τον έλεγχο του φαινομένου σε ουσιώδη βαθμό. Εκτός, όμως, από τη μελλοντική εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς, η έκθεση σε παραμέληση ή σωματική κακοποίηση ή σεξουαλική παραβίαση στην παιδική ηλικία φαίνεται να συνδέεται με την πρόκληση μιας πλειάδας κλινικών φαινομένων και διαταραχών, όπως παιδιατρικά νοσήματα, παιδοψυχιατρικές διαταραχές, ψυχιατρικές διαταραχές, χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών, κοινωνική έκπτωση και παραβατική ή/και αντικοινωνική συμπεριφορά στη μετέπειτα ενήλικη ζωή, αλλά και πραγματική ψυχο-κοινωνική αναπηρία σε κάθε περίπτωση.

Η συχνότητα του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού φαίνεται να βρίσκεται σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα στο βαθμό, μάλιστα, που λόγω της φύσης του, σε όλες τις γνωστές μελέτες το πρόβλημα συστηματικά υποεκτιμάται λόγω διαφυγής στην καταγραφή των κρουσμάτων. Έτσι, π.χ. η σωματική κακοποίηση – παραμέληση ενώ εκτιμάται ότι κινείται σε επίπεδα 1-2% του παιδικού πληθυσμού, όλες οι μελέτες συγκλίνουν στο ότι πιθανόν το φαινόμενο να λαμβάνει πολύ μεγαλύτερη έκταση.

1.2. Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού στην Ελλάδα

Στη χώρα μας οι προβληματισμοί για το σύνδρομο της *σωματικής κακοποίησης* πρωτοπαρουσιάστηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '70. Η πρώτη δημόσια αναφορά στο πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών έγινε από τον παιδίατρο Σπύρο Δοξιάδη το 1976 (Doxiadis, 1989). Από τότε ένας αριθμός ερευνητικών εργασιών

έχει αποκαλύψει την τυπολογία του φαινομένου και έχει διερευνήσει τρόπους αντιμετώπισης και πρόληψης.

Το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης είναι δύσκολο να οριστεί με σαφήνεια λόγω των διαφορών στην ανατροφή των παιδιών σε διάφορες χώρες, ενώ η έλλειψη επιδημιολογικής έρευνας εμποδίζει την ακριβή εκτίμηση της έκτασης του προβλήματος στην Ελλάδα.

Στη χώρα μας, η εκτίμηση της συχνότητας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στο γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα του 1-2% και προβολή στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών. Έτσι, αναμένουμε 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες. Εφόσον διεθνώς εκτιμάται ότι 2 στα 3 σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά είναι 0-5 ετών, αναμένουμε ότι στην Ελλάδα 5.000 ως 10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται κακοποίηση ή/και παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή τα υποκατάστατά του, κάθε χρόνο (Ι.Υ.Π., 1998). Οι εκτιμήσεις αυτές αναφέρονται σε αναμενόμενη και όχι δήλη συχνότητα, εφόσον ο μεγαλύτερος αριθμός είναι σκοτεινός.

Στην Ελλάδα, επιπλέον, δεν υπάρχουν επίσημα συγκεντρωτικά στοιχεία σε επίπεδο επικράτειας γιατί δεν υπάρχει υποχρεωτική αναφορά. Αν ισχύσουν και για την Ελλάδα ανάλογες συνθήκες αναμένουμε 1000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο για τις ηλικίες 0 – 18 ετών, δηλαδή, 18.000 παιδιά και έφηβοι στο σύνολο του παιδικού πληθυσμού. Σ' αυτά δεν συμπεριλαμβάνεται η συναισθηματική παραμέληση και η ψυχολογική κακομεταχείριση δεδομένου ότι δεν καταγράφονται εύκολα.

Επί μέρους μελέτες ωστόσο στην Ελλάδα αναφέρονται σε ενδεικτικές συχνότητες. Μελέτη σε πληθυσμό παιδιών 0 – 15 ετών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», κατέδειξε ότι σε ποσοστό 5% των παιδιών υπήρχε ευθύνη των γονέων για το ιατρικό πρόβλημα του παιδιού, είτε με πράξεις ενέργειας, είτε με πράξεις παράλειψης, ενώ σε 11% υπήρξε ουσιαστική συμβολή (Πάλλης και συν., 1981). Η συχνότητα αυτή αναφέρεται κυρίως σε παραμέληση φροντίδας των προβλημάτων υγείας με συνέπεια την επιδείνωσή τους και προσωρινές ή μόνιμες βλάβες.

Στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων παιδιών στο Νοσ. Παιδών «Η Αγία Σοφία» τη χρονική περίοδο 1984-1992, το ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν και καταγράφηκαν ως κακοποιημένα ήταν κατά μέσο όρο 0,62%. Η χαμηλή αυτή εκτίμηση οφείλεται στην απουσία συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς, στην έλλειψη ποιοτικών δομών για άμεση προστασία και θεραπευτική παρέμβαση και στην απροθυμία του ιατρικού προσωπικού να εμπλακεί με περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής βίας. Έτσι, καταγράφονται ως “κακοποίηση” μόνο οι σοβαρές περιπτώσεις (Αγάθωνος, 1995). Μελέτες μαρτυρούν πως στο 0,60% παιδιών που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία» διαπιστώνεται σωματική κακοποίηση ή/και παραμέληση (Diareme et al., 1997, Τσιάντης και Διαρεμέ, 2004), ποσοστό που συμφωνεί με προηγούμενη έρευνα στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» τη χρονική περίοδο 1984-1992 (Agathonos-Georgoroulou, Browne, 1997).

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχουν αποδείξει ότι η σωματική κακοποίηση και παραμέληση επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοτική και συναισθη-

ματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Σε μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 1995 σε κλινικό δείγμα 197 σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, η θνητότητα ήταν 6% στον πληθυσμό των σωματικά κακοποιημένων παιδιών ενώ 17% στην ίδια ομάδα παιδιών έφερε σοβαρές κακώσεις (Αγάθωνος και Μαραγκός, 1995). Το κλινικό υλικό ήταν διαχρονικό και συγκεντρώθηκε κατά τη δεκαετία 1978 – 1988. Όλες οι περιπτώσεις προέρχονταν από την περιοχή Αττικής και παραπέμφθηκαν στη διεπιστημονική ομάδα του Ι.Υ.Π. για διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ίδια μελέτη αναφέρει ότι 33% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών υπέστη προσωρινή αναπηρία (π.χ. κάταγμα άκρου), ενώ 9 παιδιά (8%) υπέστησαν μόνιμη αναπηρία (π.χ. κώφωση, τραυματικό καταρράκτη, παραπληγία, παραμόρφωση προσώπου, νοτική υστέρηση μετά από σοβαρή κάκωση κρανίου). Στη συναισθηματική σφαίρα και στη συμπεριφορά, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης συνδέονται με κατάθλιψη, χαμηλή εκτίμηση εαυτού, δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, επιθετικότητα και αποκλίνουσα συμπεριφορά, μετέπειτα παραβατικότητα. Επίσης, περιγράφονται σοβαρά μαθησιακά προβλήματα, διαλείπουσα σχολική φοίτηση και εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Άλλη, πάλι, προοπτική μελέτη του Ι.Υ.Π. του 1995 εκτίμησε 89 σωματικά κακοποιημένα - παραμελημένα παιδιά 2-12 χρόνια μετά την αρχική αναγνώριση του προβλήματος (Αγάθωνος και συν., 1996). Ένας ικανός αριθμός παιδιών παρουσίαζε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας: 22% μέτρια ως σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, 27% μέτρια ως σοβαρή νοτική υστέρηση, 45% μέτρια ως σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Επίσης 30% του συνόλου των παιδιών της συγκεκριμένης μελέτης είχαν εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά εναντίον ενηλίκων εντός ή εκτός οικογένειας. Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών δεν παρακολουθούσε την κανονική εκπαίδευση: 20% φοιτούσαν σε ειδικό σχολείο ή τάξη ενώ 17% είχαν διακόψει το σχολείο. Σε μέση ηλικία 11 ετών, 12% ήταν ήδη εμπλεγμένα σε κλοπές, βανδαλισμούς και πορνεία ενώ 20% είχαν εκδηλώσει βία εναντίον ενηλίκων εκτός οικογένειας και 10% εναντίον των γονέων τους. Τέλος, 15% των παιδιών και των δύο φύλων είχαν τουλάχιστον μία εμπειρία σεξουαλικής παραβίασης παρά τη θέλησή τους από άτομο τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερο, μέσα ή έξω από την οικογένεια.

Άλλες μελέτες έχουν προσεγγίσει το θέμα έμμεσα, μέσω της σωματικής τιμωρίας των παιδιών. Στην μελέτη της Μπακούλα και συνεργατών (Μπακούλα και συν., 1993) σε εθνικό δείγμα 8.158 παιδιών διαπιστώθηκε ότι 1 στα 3 παιδιά «τρώει ξύλο» τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, ενώ 1 στα 6 κάθε μέρα. Κοινωνιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού σχετικά με τη χρήση της σωματικής τιμωρίας στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών στην ελληνική οικογένεια (Fereti and Stavrianaki, 1997) έδειξε ποσοστό χρήσης της σωματικής τιμωρίας 65,5%. Μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας παρατηρήθηκε στα αγόρια (71,3%) και μικρότερη στα κορίτσια (59,7%). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι 1,2% των παιδιών είχαν υποστεί σοβαρό τραυματισμό όπου είχε χρειαστεί συρραφή του τραύματος ή και νοσηλεία.

Η επιδημιολογική προσέγγιση της εκτίμησης της σεξουαλικής παραβίασης παι-

διών και εφήβων άρχισε κυρίως στις Η.Π.Α. και σταδιακά επεκτάθηκε στον Καναδά, στη Μ. Βρετανία, στην Ολλανδία και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών είναι διεθνές πρόβλημα.

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της *σεξουαλικής παραβίασης* των παιδιών μέσα στην οικογένεια έχει ερευνηθεί ατελώς. Οι πιο πολλές μελέτες αναφέρονται σε κλινική προσέγγιση σε σχέση με το είδος της παραβίασης (Liakopoulou and Xypolyta, 1989).

Μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (Agathonos and Fereti, 1992) σε πληθυσμό 743 φοιτητών 18 – 20 ετών, ανέδειξε ποσοστό σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών 17% στα κορίτσια και 7% στα αγόρια. Αυτό αφορά όλες τις μορφές, με ή χωρίς επαφή, από εμπειρία έκθεσης σε επιδειξία έως αιμομιξία. Η συχνότητα διανέμεται ισομερώς σε 1 στις 3 περιπτώσεις θυματοποίησης μέσα στην οικογένεια, 1 στις 3 εκτός οικογένειας αλλά από οικείο στο παιδί άτομο και 1 στις 3 περιπτώσεις θυματοποίησης από άγνωστο άτομο. Το ποσοστό συχνότητας στον ανδρικό πληθυσμό μόνο επιβεβαιώθηκε και από άλλη έρευνα σε πληθυσμό Ελλήνων αστυνομικών (Μαραγκός και συν., 1996) σύμφωνα με την οποία 8% των ανδρών αναφέρονται σε εμπειρία σεξουαλικής παραβίασης πριν τα 18 έτη.

Σε μια άλλη κλινική διεπιστημονική μελέτη έγινε προσπάθεια αποτύπωσης του φαινομένου της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης στο στάδιο της αποκάλυψης στο σύστημα δικαιοσύνης (Αγάθωνος και συν., 1999). Η κλινική προσέγγιση της μελέτης σε συνδυασμό με το σκοπό της αποτύπωσης της οικογενειακής δυσλειτουργίας κατά το χρόνο της δημόσιας αποκάλυψης, οδήγησε στη συνεργασία με την εισαγγελία ανηλίκων Αθηνών για την άντληση του κλινικού υλικού. Η μελέτη συμπεριέλαβε 25 περιπτώσεις παιδιών, θυμάτων σεξουαλικής παραβίασης, από 20 διαφορετικές οικογένειες. Η πλειονότητα των παιδιών – θυμάτων ήταν κορίτσια (21), ενώ υπήρχαν και 4 αγόρια – θύματα. Η ηλικία των παιδιών κατά την αποκάλυψη κυμαινόταν από 3 έως 15 ετών με Μ.Ο. ηλικίας τα 10,9 έτη. Η χρονική διάρκεια της σεξουαλικής παραβίασης πριν την αποκάλυψη στην Εισαγγελία Ανηλίκων Αθηνών κυμαινόταν από ένα μήνα έως 8 χρόνια. Ως υπαίτιος της σεξουαλικής παραβίασης φερόταν ο φυσικός πατέρας στην πλειονότητα των περιπτώσεων (15), ενώ σε 5 περιπτώσεις ο υπαίτιος ήταν άλλο πρόσωπο, που είχε σχέσεις κύρους και εμπιστοσύνης με το παιδί – θύμα (πατριός, σύντροφος μητέρας, γαμπρός, νονός, εξάδελφος). Σε 5 οικογένειες η σεξουαλική παραβίαση από τον πατέρα αφορούσε περισσότερα του ενός παιδιά. Από τη συγκεκριμένη κλινική μελέτη διαφάνηκε ότι στην εισαγγελία κατέληγαν πιο συχνά οι οικογένειες με χαμηλό κοινωνικο – οικονομικό επίπεδο και πιο σπάνια οικογένειες μεσαίων και υψηλών κοινωνικο – οικονομικών στρωμάτων. Κατά το στάδιο της αποκάλυψης παρατηρήθηκαν δύο διαδοχικές συναισθηματικές κινήσεις. Αρχικά ήρθαν στην επιφάνεια συγκρούσεις, εντάσεις και διάθεση της μητέρας να προστατευθεί το παιδί. Σε ένα δεύτερο στάδιο, η οικογένεια επανερχόταν στην προηγούμενη παθολογική ομοιότητα.

Μια άλλη κλινική μελέτη της ενδο-οικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης του Ι.Υ.Π. (Βασιλιάς και Τσιμπούκα, 1997) διερεύνησε το ρόλο της μητέρας σε περιπτώσεις σεξουαλικής παραβίασης μέσα στην οικογένεια. Έγιναν συνεντεύξεις με 23 μητέρες, από τις οποίες οι 18 δέχθηκαν να συνεργαστούν και πληρούσαν τα κριτήρια της επιλογής (αποκλείστηκαν μητέρες με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές ή

νοτική στέρση). Η παραπομπή στο Ι.Υ.Π. έγινε από άλλους φορείς ψυχικής υγείας, πρόνοιας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας ή ιδιώτες συναφών ειδικοτήτων (ψυχολόγων, ψυχιάτρων κ.λ.π.). Η κλινική μελέτη αρχικά δεν προέβλεπε τη συνεργασία με τις εισαγγελικές αρχές και οι παραπομπές από το συγκεκριμένο χώρο αποκλείστηκαν. Όμως, στην πορεία της μελέτης, η αρχική επιλογή τροποποιήθηκε όταν κρίθηκε απαραίτητη η εμπλοκή των δικαστικών αρχών σε ορισμένες περιπτώσεις, για το απόλυτο συμφέρον των παιδιών. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη αφορούν στην καταγραφή και ερμηνεία ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών που συνδέουν τις μητέρες αυτές ή τις οικογένειές τους. Οι μισές μητέρες (9) ήταν ηλικίας 30 – 40 ετών, πέντε μητέρες ήταν μεταξύ 41 και 50 ετών και τέσσερις μητέρες ήταν μικρότερες των 30 ετών. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο ένας σημαντικός αριθμός μητέρων (9) είχε ανώτατη μόρφωση. Οι υπόλοιπες ήταν απόφοιτες λυκείου (4) και απόφοιτες δημοτικού (3). Επίσης οι περισσότερες μητέρες ήταν ενταγμένες στον επαγγελματικό χώρο (15), με θέσεις στο δημόσιο και ιδιωτικό φορέα, ενώ μόνο δύο μητέρες δήλωσαν οικιακά και μία ήταν άνεργη. Ανάλογα είναι και τα στοιχεία για τους συζύγους ή συντρόφους των μητέρων της μελέτης. Η πλειονότητα (12) βρίσκονταν στην ηλικία των 30 – 40 χρόνων, με σπουδές μετά το λύκειο (8). Στον επαγγελματικό χώρο φαίνονταν πλήρως ενταγμένοι (μόνο ένας άνεργος) ως δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι, εκ των οποίων οι δύο κατείχαν ανώτερες θέσεις. Τέλος, σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων (12), η μητέρα διαγράφεται ψυχικά υποταγμένη και εξαρτημένη από τον σύζυγο ή σύντροφο, συναισθηματικά απούσα, με δυσκολίες στις σχέσεις με τη δική της μητέρα (αδυναμία ταύτισης με τον ομόφυλο γονέα), με έντονο συναίσθημα κοινωνικού ελέγχου και υιοθέτησης στερεοτύπων ως προς ηθικές και ιδεολογικές αντιλήψεις. Η κοινωνική απομόνωση και η εσωστρέφεια στην τωρινή οικογένεια των μητέρων είναι χαρακτηριστική και πιθανόν να συνδέεται με το μυστικό της ένοχης σιωπής που επιβάλλει το αιμομικτικό πλαίσιο, πέρα από οποιοδήποτε κοινό γνώρισμα της σημερινής καθημερινότητας.

Η διαφοροποίηση που πιθανόν να αφορά τις οικογένειες αιμομικτικού τύπου από τις άλλες, τις φυσιολογικές, είναι η αναφορά των μητέρων στις σεξουαλικές ιδιαιτερότητες ή διαστροφές που αποδίδουν στους συζύγους ή συντρόφους τους – οι οποίες φαίνεται να είναι ασύμβατες με τη δική τους ηθική – και αρχίζουν να χαρακτηρίζονται ως παρεκκλίνουσες μετά την αποκάλυψη της σεξουαλικής παραβίασης του παιδιού τους (Eisenberg, 1981).

Οι βιβλιογραφικές αναφορές σε αγόρια θύματα σεξουαλικής παραβίασης είναι συγκριτικά πολύ λιγότερες. Η ενδο-οικογενειακή μορφή της σεξουαλικής παραβίασης είναι αναλογικά μικρότερη, έως και τέσσερις φορές, στις περιπτώσεις των αγοριών (Baker and Duncan, 1985). Αυτό ίσως οφείλεται στη διστακτικότητα των αγοριών θυμάτων να αποκαλύψουν την εμπειρία τους και ίσως στη μεγαλύτερη συχνότητα παραβίασης κοριτσιών που αποκαλύπτεται συχνότερα, λόγω της πίεσης του φεμινιστικού κινήματος (Αγάθωνος και συν., 1999).

Γενικότερα, η εκτίμηση της συχνότητας ενός προβλήματος που εντοπίζεται κυρίως στις ενδο-οικογενειακές σχέσεις είναι δύσκολη, ενώ οι βασικοί παράγοντες που

ευθύνονται για την πλημμελή αυτή εκτίμηση αναφέρονται: Πρώτον στην αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων, δεύτερον στην αποτυχία αναγνώρισης της κακοποίησης ως αιτίας των κακώσεων ενός παιδιού και τρίτον στην αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης σε κατάλληλη υπηρεσία (Parke et al., 1981).

1.3. Προβλήματα μέτρησης και αξιοπιστίας των μέχρι σήμερα ευρημάτων

Παρά την αναντίρρητη συνεισφορά των παραπάνω ερευνητικών προσπαθειών στην ανάδειξη της έκτασης και στην αποσαφήνιση των χαρακτηριστικών του φαινομένου της βίας σε ανηλίκους στη χώρα μας, οι ελλείψεις είναι ακόμα σημαντικές, τόσο στο επίπεδο της καταγραφής, όσο και στο επίπεδο της διερεύνησης των ανοικτών εiséti ερωτημάτων για τα σχετικά φαινόμενα.

Ένα από τα προβλήματα που ανακύπτουν είναι εκείνο της ανυπαρξίας στοιχείων πρωτογενούς εκτίμησης της έκτασης του φαινομένου στη χώρα μας σε εθνικό επίπεδο. Οι μόνες μελέτες που μέχρι σήμερα υπάρχουν στον ελληνικό πληθυσμό αφορούν, είτε σε προβολή ερευνητικών δεδομένων από άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής στον Ελληνικό παιδικό πληθυσμό, είτε σε αναδρομικές μελέτες ειδικών ομάδων ενήλικου πληθυσμού. Για τις μεν πρώτες ανακύπτει αυταπόδεικτα ένα επί της αρχής πρόβλημα αξιοπιστίας, στο βαθμό που οι μελέτες εκείνες της αλλοδαπής, τα αποτελέσματα των οποίων προβάλλονται επί του Ελληνικού πληθυσμού, αφορούν σε κοινωνίες που διαφέρουν ουσιωδώς από πλευράς κοινωνικής οργάνωσης, παραδόσεων, πολιτισμικών χαρακτηριστικών και μορφών των ρόλων της οικογενειακής δομής ως προς την Ελληνική, ή και γενικότερα τις κοινωνίες της Ν.Α. Ευρώπης και της Μεσογείου. Υπό αυτήν την έννοια, μολονότι δεν χωρά αμφιβολία ότι σε γενικές γραμμές υφίσταται και στις χώρες αυτές το φαινόμενο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού σε ανάλογο βαθμό, τα προκύπτοντα στοιχεία κάθε άλλο παρά ακριβή είναι ως προς την αποτύπωση, είτε των πραγματικών μεγεθών, είτε της αποσαφήνισης των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών του φαινομένου.

Για τις δε αναδρομικές μελέτες ενηλίκων, τα προβλήματα ερμηνείας των όποιων αποτελεσμάτων είναι επίσης πολλά και δυσεπίλυτα. Δεν είναι μόνο το γεγονός ότι καμία εκ των ερευνών αυτών δεν περιελάμβανε (και πολύ δύσκολα, ούτως ή άλλως θα μπορούσε να συμπεριλάβει) τυχαιοποιημένο δείγμα του γενικού πληθυσμού, αλλά, πολύ περισσότερο, το ότι μια σειρά από μηχανισμούς ψυχολογικής διαχείρισης έντονων τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας από μακρού γνωστά και επαρκώς μελετημένα, επιβάλλουν την επιφυλακτικότητα στην αποδοχή της τιμής αληθείας των δηλώσεων ενηλίκων περί των σχετικών συμβάντων. Τέτοια φαινόμενα μπορούν είτε να υποεκτιμήσουν τα μεγέθη μέσω του ψυχολογικού μηχανισμού άμυνας του Εγώ της απώθησης (πολύ συχνό, ιδιαίτερα όσον αφορά στις περιπτώσεις σεξουαλικής παραβίασης) όπερ και το άτομο αδυνατεί να ανακαλέσει το μνημονικό υλικό της τραυματικής εμπειρίας είτε, όμως, και να υπερεκτιμήσουν τα ίδια μεγέθη μέσω άλλων ψυχολογικών μηχανισμών (όπως η μετάθεση, η άρνηση και η διάψευση, ο αντιδραστικός σχηματισμός ή η ανάληψη της στάσης του αντιθέτου) όπου το πρωτογενές μνημονικό υλικό μετασχηματίζεται εμπλουτιζόμενο από φαντασιω-

σικά στοιχεία επιθυμιών κ.ο.κ. δίνοντας ακόμα και εντελώς αντίθετη εικόνα από την πραγματική έκβαση των πραγμάτων (βλέπε και σχετική συζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία, π.χ. Dallam et al., 2001, Ondersma et al., 2001, Rind et al., 2001). Αυτό, φυσικά, δεν σημαίνει ότι οι ερωτώμενοι συνειδητά ψεύδονται, αλλά ότι ενόσω απαιτούν ειδικρινά σε μια ανάλογη έρευνα, είτε αδυνατούν να θυμηθούν ό,τι πραγματικά συνέβη, είτε θυμούνται τα πράγματα όχι όπως έλαβαν χώρα αλλά διαφορετικά.

Όλα αυτά, και κύρια η έλλειψη πρωτογενών στοιχείων από επιδημιολογική – κοινωνική έρευνα πεδίου, δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα στη διαχρονική και περιφερειακή αποτύπωση της έκτασης του φαινομένου, αλλά και στη διαμόρφωση σαφούς εκτίμησης για τα ειδικά χαρακτηριστικά που το φαινόμενο παρουσιάζει στη χώρα μας. Αυτά, με τη σειρά τους, δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα και στο σχεδιασμό των αντίστοιχων υπηρεσιών και στη λήψη των ανάλογων αποφάσεων για επιλογές εστίασης των διενεργούμενων παρεμβάσεων σε σημεία στόχους με γνώμονα τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος. Δεδομένου, δε, του πεπερασμένου των πόρων που διατίθενται προς τις δομές του συστήματος κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας – πρόνοιας, η μη ύπαρξη επαρκών στοιχείων που να επιτρέπουν την ιεράρχηση στόχων και την αποδοτικότερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) αποτελεί πρόβλημα όχι μόνο διαχειριστικό, αλλά και ηθικό (Maynard and Chalmers, 1997, Drummond, 1994).

2. Η μεθοδολογία DELPHI

Η μεθοδολογία DELPHI προέρχεται από το χώρο της ποιοτικής έρευνας και αποσκοπεί στην επίτευξη ενεργούς σύγκλισης μεταξύ εμπειρογνομώνων. Η μεθοδολογία αυτή, που αρχικά αναπτύχθηκε για στρατιωτικούς σκοπούς στα τέλη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου στις Η.Π.Α. στο πλαίσιο του Σχεδίου R.A.N.D. (Project for Research and Development, 1944) από τον Theodor von Karman, αποτελεί μια προσεγγιστική εκτίμηση, είτε δεδομένων, είτε αναγκών του ενεστώτα ή του μέλλοντα χρόνου, για τα οποία οι δυνατότητες άμεσης μέτρησης είναι ανύπαρκτες ή εγγενώς πεπερασμένες. Μια δεκαετία περίπου αργότερα, στην πορεία ανάπτυξης του παραπάνω Σχεδίου, οι Helmer και Rescher δημοσίευσαν τις θεωρητικές βάσεις της μεθοδολογίας DELPHI, διατυπώνοντας τις βασικές αρχές της επιστημολογίας της προβλεπτικής ικανότητας σε «μη-ακριβείς» επιστημονικούς κλάδους (inexact sciences). Συγκεκριμένα, υποστηρίχτηκε ότι οι επιστημονικοί αυτοί κλάδοι, λόγω ακριβώς της φύσης τους που δεν αντιστοιχεί στο μηχανιστικό μοντέλο της Νευτώνιας Κλασσικής Μηχανικής Φυσικής, είναι αναγκασμένοι να καταφεύγουν σε άλλου τύπου προβλεπτικά μοντέλα που μπορεί μεν να υστερούν σε απόλυτη ακρίβεια, δεν είναι, όμως, καθόλου ευκαταφρόνητα όσον αφορά στη χρησιμότητα των προβλεπτικών αποτελεσμάτων (Gunaydin, 2006).

Ένα, λοιπόν, από αυτά τα μοντέλα (εκτός άλλων όπως η Θεωρία Παιγνίων, τα Στοχαστικά Μοντέλα Πιθανοτήτων κ.ο.κ.), το οποίο αποτελεί και τον πυρήνα της μεθοδολογίας DEPLHI, στηρίζεται στην εκτίμηση των ειδικών επί ενός συγκεκριμένου θέματος για την εξαγωγή συμπερασμάτων και προβλέψεων για το συγκεκριμένο ζήτημα. Το σκεπτικό πίσω από τη χρησιμοποίηση της εκτίμησης των εμπειρο-

γνωμόνων και ειδικών για την εκτίμηση και πρόβλεψη φαινομένων είναι ότι μέσα ακριβώς από την τριβή της συστηματικής μελέτης ή ενασχόλησης με ένα πεδίο, αυτοί αποκτούν θεώρηση και προβλεπτική ικανότητα επί των φαινομένων που εμπίπτουν στο πεδίο αυτό, η οποία δεν αναλύεται πάντα σε επιμέρους τεκμήρια λήψης συγκεκριμένων αποφάσεων, εκτιμήσεων και προβλέψεων (Stitt-Gohdes et al., 2004).

Άλλωστε, η σύγχρονη επιστημολογία ούτως ή άλλως έχει από μακρού εγκαταλείψει τον ιδεώδη στόχο της μίας προς μίαν αντιστοιχίας των θεωρητικών κατηγορηματικών προτάσεων με την αλήθεια της εξωτερικής πραγματικότητας (και, άρα, και την αξίωση από τους επιστημονικούς κλάδους να προβλέπουν με απόλυτη ακρίβεια και με μηδενικά ποσοστά σφάλματος), προς όφελος άλλων χαρακτηριστικών καταξίωσης και αποδοχής της εγκυρότητας των επιστημονικών θεωριών, όπως εκείνων της εσωτερικής συνοχής (coherence) και της ρεαλιστικής - χρηστικής αξίας (pragmatic value). Η τελευταία, δε, αυτή παρατήρηση φαίνεται ότι ισχύει πολύ περισσότερο στις Κοινωνικές και Ανθρωπιστικές Επιστήμες, καθώς και στις Επιστήμες της Ζωής και της Υγείας, όπου ούτε η αντικείμενος ύλη αποτελείται από αδρανή υλικά με απόλυτα προβλέψιμη συμπεριφορά ούτε και τα υπό μελέτη φαινόμενα εκ των πραγμάτων διεξάγονται σε απόλυτα ελεγχόμενες ή ιδανικές συνθήκες (Chalmers, 1993, Lakatos and Musgrave, 1970).

Σε κάθε, πάντως, περίπτωση, η εν λόγω μεθοδολογία έκτοτε χρησιμοποιήθηκε ευρέως σε διαφορετικούς μεταξύ τους επιστημονικούς κλάδους, όπως η διάρθρωση των στρατιωτικών δαπανών, οι μακρο- και μικρο- οικονομικές προβλέψεις, το marketing, οι πολιτικές και κοινωνικές επιστήμες (έρευνες εργατικού δυναμικού και απασχόλησης, έρευνες πρόβλεψης στάσεων και συμπεριφορών του γενικού κοινού κ.λ.π.), οι επιστήμες της Τεχνητής Νοημοσύνης (Artificial Intelligence), οι επιστήμες της Δημόσιας Υγείας (Public Health). Κοινός τόπος όλων αυτών των τόσο απομακρυσμένων μεταξύ τους πεδίων είναι η έλλειψη αντικειμενικών και μετρήσιμων δεικτών για τα υπό μελέτη επιστημονικά ερωτήματα ή η ύπαρξη (ή η δυνατότητα ύπαρξης) μεν τέτοιων ποσοτικοποιημένων δεδομένων, τα οποία, όμως, προκύπτουν (ή μπορούν να προκύψουν) μέσα από λίαν χρονοβόρες δαπανηρές διαδικασίες. Σε όλες αυτές, δηλαδή, τις περιπτώσεις, το να μετρηθεί άμεσα ένα φαινόμενο ή να εκτιμηθεί με ποσοτικά στοιχεία η ενεστώσα ή μελλοντική του διάσταση κρίνεται πρακτικά ανέφικτο ή ηθικά και διαχειριστικά απαράδεκτο, στο βαθμό που μια τέτοια μέτρηση θα καταναλώνε πόρους (ανθρώπινους, υλικούς κ.λ.π.) που σε διαφορετική περίπτωση θα μπορούσαν να διατεθούν σε άλλες αλλαχού με καλύτερα προσδοκώμενα αποτελέσματα (Jones and Hunter, 1995). Φυσικά, ο αντίλογος που συγκροτήθηκε εξ υπαρχής ήταν ότι μεθοδολογίες όπως η DELPHI μπορεί να κερδίζουν σε επίπεδο κόστους – οφέλους, δυνατότητας επαναληψιμότητας και ταχύτητας, χάνουν, ωστόσο, σε επίπεδο αξιοπιστίας. Για το λόγο αυτό, και στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπήρχαν διαθέσιμα και ποσοτικά στοιχεία, διενεργήθηκαν μελέτες που συνέκριναν την αξιοπιστία των ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών σε σχέση με το τελικό αποτέλεσμά τους (π.χ. τις προβλέψεις των δυο μεθοδολογιών). Τα αποτελέσματα υπήρξαν μάλλον ενθαρρυντικά για τη χρήση της μεθοδολογίας DELPHI, καθώς βρέθηκε ότι η εν λόγω μεθοδολογία μπορεί να πετύχει υψηλότερο επίπεδο

προβλεπτικής ικανότητας από τις όποιες παραδοσιακές ποιοτικές μεθοδολογίες και από μεθοδολογίες βασισμένες σε ποσοτικοποιημένους δείκτες (Milkovich et al., 1972). Έτσι, βρέθηκε ότι ενώ οι προβλέψεις που στηρίζονταν στη μεθοδολογία DELPHI είχαν ποσοστά λαθών 3-4%, αντίστοιχες προβλέψεις είχαν περίπου 20% ποσοστά σφαλμάτων για παραδοσιακές ποιοτικές μεθόδους και 10-15% για μεθοδολογίες ποσοτικοποιημένων δεικτών (Basu and Schroeder, 1977).

Στον ευρύτερο χώρο της έρευνας σχετικά με τα θέματα της παιδικής προστασίας και της κακοποίησης – παραμέλησης ειδικότερα, χρήση της μεθοδολογίας DELPHI έχει αναφερθεί σε μια σειρά δημοσιευμένων ερευνητικών προγραμμάτων. Έτσι, με τη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου οι Kaufman και συνεργάτες αποτίμησαν τις ανάγκες στελέχωσης και κατάρτισης των επαγγελματιών (παιδιάτρων και παιδοψυχολόγων) των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις Η.Π.Α. (Kaufman et al., 1989), ενώ οι Zima και συνεργάτες χρησιμοποιώντας μια τροποποιημένη μέθοδο βασισμένη στις αρχές της μεθοδολογίας DELPHI, ανέπτυξαν ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης των παρεχόμενων εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών του κοινωνικού συστήματος υγείας – πρόνοιας της πολιτείας της Καλιφόρνια για παιδιά τα οποία πάσχουν από κοινές ψυχικές διαταραχές (Zima et al., 2005). Ακόμα, με βάση την ίδια μέθοδο οι Guallar-Castillion και συνεργάτες ανέλυσαν πιθανούς προσδιοριστικούς παράγοντες (determinants) του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στις ειδικές συνθήκες των οικογενειακών δομών της Μεσογειακής Ισπανίας (Guallar-Castillion et al. 2000), ενώ, οι de Zoysa και συνεργάτες επεξεργάστηκαν με αντίστοιχο τρόπο ένα σταθμισμένο σύστημα αξιολόγησης της επικινδυνότητας των ενδο-οικογενειακών συγκρούσεων γονέων και παιδιών στη Σρι Λάνκα (de Zoysa et al., 2005).

Στην Ελλάδα, η χρήση της μεθοδολογίας DELPHI είναι ακόμα σχετικά περιορισμένη. Παρά, δε, τη διαδεδομένη χρήση της μεθόδου στα ζητήματα της Δημόσιας Υγείας στη διεθνή βιβλιογραφία (βλέπε π.χ. Starkiene et al., 2005, Poon et al., 2006), στην Ελλάδα η εν λόγω μεθοδολογία δεν έχει χρησιμοποιηθεί παρά για λιγοστές μελέτες που αφορούσαν στην εκτίμηση του βέλτιστου αριθμού ειδικών και γενικών γιατρών (Γκρέγκορ και συν., 2002), την εκτίμηση των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό (Κάβουρα και συν., 2003) και τον αναγκαίο αριθμό κοινωνικών λειτουργών για τη λειτουργία επαρκών για τη χώρα κοινωνικών υπηρεσιών (Αλτάνης και συν., 2005).

3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, οριοθέτηση και περιορισμοί της μεθοδολογίας DELPHI

Η μεθοδολογία DELPHI αμέσως μετά τη γενίκευση της χρήσης της σε όλο αυτό το φάσμα κλάδων διακρίνεται μεταξύ τους επιστημονικών πεδίων, γρήγορα ανέδειξε ορισμένα συγκριτικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχουν τύχει επαρκούς συζήτησης στη διεθνή βιβλιογραφία. Έτσι, οι επικριτές της μεθόδου της καταλογίζουν ότι:

(α) Η μέθοδος αυτή, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται για την παραγωγή προβλέψεων και εκτιμήσεων για το μέλλον, δυνάμικα μπορεί να υποτιμήσει τις μελλοντικές ή

και τις παρελθούσες εξελίξεις στο αντικείμενο, στο βαθμό που κατά τεκμήριο οι ενεστώσες εκτιμήσεις των όποιων ειδικών επηρεάζονται καθοριστικά από τα τρέχοντα.

(β) Η μέθοδος αυτή μπορεί να υπεραπλουστεύει τα υπό μελέτη φαινόμενα, στο βαθμό που οι εμπειρογνώμονες τείνουν να κρίνουν με βάση τα δεδομένα του ιδιαίτερου κλάδου τους αξιολογώντας τα πολλές φορές αποσπασματικά σε σχέση με ευρύτερες κοινωνικές ή επιστημονικές εξελίξεις σε άλλους κλάδους που, ωστόσο, δύναται να έχουν καθοριστικές επιπτώσεις και στον ιδιαίτερο δικό τους κλάδο.

(γ) Η μέθοδος αυτή, βασισμένη στις εκτιμήσεις των ειδικών ενός πεδίου, μπορεί να αναπαράγει προκαταλήψεις ή λαθεμένες στάσεις που σε μια δεδομένη στιγμή μπορεί να πρυτανεύουν στο ιδιαίτερο κομμάτι της επιστημονικής κοινότητας ενός συγκεκριμένου πεδίου.

(δ) Οι ειδικοί αυτοί, μπορεί ακόμα, να είναι μεν επαρκώς ενημερωμένοι για τις επιστημονικές γνώσεις του κλάδου τους, αλλά να μην διαθέτουν εκείνες τις δεξιότητες (όπως προβλεπτική ικανότητα, ικανότητα αποτίμησης έκτασης των υπό μελέτη φαινομένων κ.λ.π.) που απαιτούνται για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων από μια έρευνα με τη μέθοδο DELPHI.

(ε) Τέλος, η εφαρμογή της μεθόδου αυτής μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα υπό την έννοια της εισαγωγής συστηματικών σφαλμάτων στην ερευνητική διαδικασία που μπορεί να υπεισέλθουν στο στάδιο της δειγματοληψίας ή στο στάδιο της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της έρευνας, είτε υπό την μορφή των αμφισβητήσεων ή προκατειλημμένων ερωτήσεων με λήψη του ζητούμενου, είτε υπό την μορφή της στρεβλής εξαγωγής συμπερασμάτων κατά την επεξεργασία των απαντήσεων των εμπειρογνομόνων.

Οι υποστηρικτές της μεθόδου αντιτείνουν ότι με βάση και τα ευρήματα των προαναφερθεισών ερευνών, οι εμπειρογνώμονες ενός κλάδου λόγω ακριβώς της καθημερινής τριβής τους με το αντικείμενο, διαθέτουν ένα ανεπτυγμένο αισθητήριο που κατά τα άλλα δεν μπορεί να αναχθεί σε επιμέρους στοιχεία εκτιμήσεων ή να αναλυθεί σε συγκεκριμένα μέρη. Αυτό το αισθητήριο είναι που η μεθοδολογία DEPLHI προσπαθεί να αξιοποιήσει, αφαιρώντας, ωστόσο, από τις εκτιμήσεις των εμπειρογνομόνων άλλα στοιχεία που επιπροστίθενται με τις παραδοσιακού τύπου μεθόδους σύγκλισης των ειδικών. Παρατηρήθηκε, δηλαδή, ότι στις παραδοσιακές αυτές μεθόδους (όπου π.χ. ζητούνται επιμέρους ατομικές εκτιμήσεις ή προβλέψεις ή συγκαλούνται συσκέψεις ειδικών ή ζητείται από αυτούς να συμφωνήσουν σε κάποιες εκτιμήσεις χωρίς μεθοδολογικούς περιορισμούς) αναφύονται προβληματικά στοιχεία όπως η συστηματικά μονόπλευρη και επηρεασμένη οπτική των μεμονωμένων ερευνητών, οι αλλότριες διαφωνίες ανάμεσα στους ειδικούς ενός κλάδου όταν καλούνται σε δημόσια panel ή fora, η συνήθεια του «ακολουθητισμού» των ηγετικών μορφών κάθε κλάδου ή και η δυσχέρεια κάποιων εμπειρογνομόνων να εγκαταλείψουν δημόσια διακηρυγμένες παλαιότερες θέσεις τους ακόμα και όταν οι ίδιοι αντιλαμβάνονται την ανάγκη αναθεώρησής τους.

Η κριτική στη μεθοδολογία DEPLHI λοιπόν, εδράζεται σε πολλά επίπεδα που περιλαμβάνουν την πιθανή στρέβλωση των αποτελεσμάτων από το κέντρο διαχείρισης και επεξεργασίας των απαντήσεων, την εξαγωγή των ορθών συμπερασμάτων από τις απαντήσεις των ειδικών, την πιθανή παρείσφρηση αμφισβησιών στο ερωτη-

ματολόγιο (με αποτέλεσμα αντιφατικές και ασαφείς ή και διαστρεβλωμένες και εσφαλμένες απαντήσεις) και τη συγκρότηση της Επιτροπής των Εμπειρογνομόνων (με αποτέλεσμα την εισαγωγή συστηματικών σφαλμάτων στις αναμενόμενες απαντήσεις) και στη μεθοδολογία ως τέτοια εν γένει. Ωστόσο, οι θιασώτες της μεθόδου ορθά υπογραμμίζουν ότι η πλησιονότητα των κριτικών τοποθετήσεων απέναντι στη μέθοδο αφορά σε κριτική ελλειμματικής εφαρμογής της ορθής μεθοδολογίας DELPHI και ποσώς αφορά στη μέθοδο αυτή καθαυτή.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε ένα «κλειδί» για όλες τις περιστάσεις, μια «παντός καιρού» μεθοδολογία, ούτε όμως να θεωρηθεί μια αντι- ή μη- επιστημονική μέθοδος. Αντίθετα, κι αυτό κατέστη εμφανές με την πάροδο του χρόνου και μετά από την ανταλλαγή επιχειρημάτων υπέρ και κατά της εν λόγω μεθόδου, η μέθοδος αυτή μπορεί να έχει θέση σε κάποιες περιπτώσεις όπου συντρέχουν ειδικοί όροι και προϋποθέσεις χρήσης της ενώ σε άλλες περιστάσεις να είναι προτιμυτέα μια άλλη μέθοδος.

Τέλος, η μεθοδολογία αυτή σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποκαταστήσει άλλες παράλληλες μεθόδους, είτε για την εκτίμηση και την πρόβλεψη μεγεθών, είτε ακόμα και για την επίτευξη συμφωνίας στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας ενός κλάδου. Τουναντίον, οι αυθαίρετες προεκτάσεις των συμπερασμάτων της παραπάνω μεθόδου μάλλον την κατέστησαν λιγότερο χρηστική, παρά το αντίθετο. Σε κάθε, λοιπόν, περίπτωση, η μέθοδος DELPHI δεν εξαλείφει την ανάγκη για διεξαγωγή ερευνών πεδίου: μπορεί μόνο να θεωρηθεί ως μια κατά προσέγγιση αποτύπωση φαινομένων, των οποίων η ακριβής καταγραφή ή πρόβλεψη είναι ή αδύνατη ή πρακτικά ανέφικτη σε συστηματική βάση.

4. Σκεπτικό της χρήσης της συγκεκριμένης μεθόδου

Με βάση τα παραπάνω, η μεθοδολογία DELPHI δύναται να αξιοποιηθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις όπου οι άμεσες μετρήσεις, είτε είναι αδύνατες, είτε έχουν αμφίβολα αποτελέσματα ως προς την αξιοπιστία τους, ή όπου η επιτυχής μέτρηση με υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας των υπό μελέτη φαινομένων απαιτεί κόστος, χρόνο και πόρους που δεν δύνανται να διατεθούν τουλάχιστον σε τακτική βάση. Οι προϋποθέσεις αυτές συντρέχουν απολύτως στην περίπτωση της κακοποίησης – παραμέλησης, όπου, αφενός η απόσταση ανάμεσα σε δήλη και πραγματική συχνότητα του φαινομένου δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα αξιοπιστίας των τηρούμενων στατιστικών και, αφετέρου η φύση του φαινομένου της κακοποίησης – παραμέλησης δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα στις διενεργούμενες έρευνες πεδίου, είτε αυτές αφορούν σε ειδικά δείγματα πληθυσμού, είτε αφορούν τον γενικό πληθυσμό μια περιοχής ή μιας χώρας. Τα προβλήματα αυτά αναφέρονται στο επίπεδο (α) της δειγματοληψίας και της απώλειας περιπτώσεων του δείγματος λόγω άρνησης συνεργασίας (που, στην περίπτωση της κακοποίησης – παραμέλησης μπορεί να υποεκτιμήσει την έκταση του φαινομένου εισάγοντας συστηματικό σφάλμα λόγω ακριβώς της αυξημένης συχνότητας όσων ατόμων αρνούνται να απαντήσουν π.χ. σε ένα δεδομένο ερωτηματολόγιο), (β) του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας (π.χ. έχουν επανειλημμένα αμφισβητηθεί αποτελέσματα τηλεφωνικών

ερευνών ακόμα και από κορυφαίους ερευνητές του χώρου όπως ο Finkelhor – Finkelhor et al., 1990, Rind et al., 2001), (γ) του τρόπου διατύπωσης των ερωτήσεων (ώστε να μην «καθοδηγούνται» οι λαμβανόμενες απαντήσεις), (δ) της επεξεργασίας των όποιων αποτελεσμάτων (ώστε να μην χρησιμοποιούνται στατιστικές τεχνικές που δεν είναι κατάλληλες για τις συγκεκριμένες ομάδες δειγμάτων πληθυσμού – Rind et al., 1997, 1998) (ε) της εξαγωγής συμπερασμάτων (ώστε να μην εξάγονται συμπεράσματα π.χ. για τις πιθανές επιπτώσεις της έκθεσης στα υπό μελέτη φαινόμενα, τα οποία δεν είναι παρά προβολές, είτε δευτερογενών συσχετίσεων όπως το ελλειμματικό οικογενειακό υποστηρικτικό περιβάλλον, είτε φαινομένων που, ούτως ή άλλως, έχουν μια δεδομένη συχνότητα στον γενικό πληθυσμό, όπως π.χ. η μελλοντική επίπτωση κάποιων ψυχικών διαταραχών που, ούτως ή άλλως, θα εμφανίζονταν σε κάποια συχνότητα στον γενικό πληθυσμό).

Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι χώροι που στη θεσμική γεωγραφία της χώρας μας δεν επικοινωνούν συνήθως μεταξύ τους είναι: ο χώρος της πρόνοιας, της ψυχικής υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γενικότερα. Οι επαγγελματίες ανάλογα με την εκπαίδευση και την εξειδίκευσή τους αποτελούν τους βασικούς συντελεστές στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση του προβλήματος της κακοποίησης.

Ωστόσο, ζητήματα όπως: η έλλειψη κοινού ορισμού του φαινομένου, συντονισμένων ενεργειών και βασικών στρατηγικών για την αντιμετώπισή του, η προέλευση του επαγγελματία από διαφορετικές θεωρητικές «σχολές» και οπτικές δυσχεραίνουν τις ενιαίες πρακτικές προσέγγισης του προβλήματος. Οι μελέτες που αφορούν αντιλήψεις και στάσεις σχετικές με ποιοτικά στοιχεία παραπέμπουν ευθέως στη γενίκευση της εικόνας των πιθανών ελλείψεων και αδυναμιών στο σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας, της παιδικής προστασίας και της κοινωνικής πολιτικής. Τα ευρήματα είναι σημαντικά για την κατανόηση της συγκεκριμένης πραγματικότητας, καθώς στόχος δεν είναι να πλήξουν τους προαναφερόμενους θεσμούς αλλά να θεσπίσουν μέτρα για το παιδί και την οικογένεια που δοκιμάζεται.

Επίσης, σημαντική ιδιαιτερότητα του χώρου αποτελεί και η συχνή διάσταση στις οπτικές των διαφόρων «Σχολών» που εμπλουτίζουν με διαφορετικό τρόπο η καθημέρι το όλο πλαίσιο αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού. Έτσι, για παράδειγμα:

- Μία από αυτές τις «Σχολές» τονίζει την αναγκαιότητα της πρωτογενούς πρόληψης στο χώρο της ψυχο-κοινωνικής υγείας, όχι μόνο μέσα από την έννοια της αποφυγής εμφάνισης του ψυχο-κοινωνικού προβλήματος, αλλά και μέσα από την έννοια της προαγωγής της γενικότερης υγείας και ανάπτυξης.
- Μια άλλη προσέγγιση, χαρακτηρίζοντας τη βία ως ψυχοπαθολογική απόκλιση, δίνει έμφαση στο σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς. Ένα τέτοιο σύστημα δίνει στοιχεία για την καταγραφή της δήλης εικόνας του φαινομένου με στόχο παρεμβάσεις και δράσεις πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης στο γενικό πληθυσμό. Παράλληλα, μπορεί να ενισχύσει τις δικαστικές παρεμβάσεις αλλά και να συμβάλλει στην αναθεώρηση του συστήματος παιδικής προστασίας περισσότερο προσαρμοσμένης στις ανάγκες των παιδιών – θυμάτων και των οικογενειών σε ψυχο-κοινωνική κρίση.

Για να προκύψει, όμως, μια συνθετική θεώρηση και κατά συνέπεια και αντιμετώπιση του φαινομένου, χρειάζεται η σύνθεση όλων των επιμέρους οπτικών με συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων και διάθεση αμοιβαίων τροποποιήσεων των αρχικών θέσεων των επιστημόνων των διαφορετικών κλάδων και πεδίων. Αυτό, όμως, δεν είναι πάντα δυνατό, ιδιαίτερα στα πλαίσια των «παραδοσιακού τύπου» μεθόδων οικοδόμησης συναίνεσης στο εσωτερικό της επιστημονικής κοινότητας.

Σε κάθε, όμως, περίπτωση – και ακριβώς εξ αιτίας των σημαντικών διαφοροποιήσεων των οπτικών των διαφόρων επαγγελματιών και ειδικών του χώρου – η χρήση της μεθοδολογίας DELPHI επιτρέπει την ενοποίηση επιμέρους αποσπασματικών ή και αντιπαραθετικών οπτικών στην κατεύθυνση της οικοδόμησης μιας ευρείας συναίνεσης στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας. Αυτό είναι κάτι παραπάνω από αναγκαίο και επιθυμητό στον ευαίσθητο τομέα της κακοποίησης. Ως εκ τούτου στο συγκεκριμένο χώρο το παραπάνω χαρακτηριστικό (δηλαδή η οικοδόμηση consensus) αποτελεί έναν παραπάνω λόγο καταλληλότητας που υποστηρίζει τη χρήση της μεθοδολογίας DELPHI.

5. Ερευνητικές υποθέσεις - Αναμενόμενα αποτελέσματα

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθοδολογίας DELPHI στο πεδίο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού και στην Ελλάδα είναι πολλαπλά. Από τη μια, γίνεται δυνατή μια πρώτη εκτίμηση μεγεθών, για τα οποία ούτως ή άλλως δεν υπάρχουν διαθέσιμες ακριβείς μετρήσεις (στο βαθμό που δεν έχουν υπάρξει εθνικής εμβέλειας έρευνες πεδίου). Από την άλλη, μπορεί να σκιαγραφηθούν καλύτερα ορισμένα ειδικά χαρακτηριστικά του φαινομένου, διευκολύνοντας με αυτόν τον τρόπο τη μελλοντική διεξαγωγή της οποιας επιδημιολογικής προσπάθειας άμεσης μέτρησης των υπό μελέτη φαινομένων. Τέλος, μια μελέτη που βασίζεται σε αυτή ακριβώς την μεθοδολογία μπορεί να αναδείξει πολλά και ενδιαφέροντα στοιχεία για τη διαχείριση των κρουσμάτων κακοποίησης – παραμέλησης, τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς προσδιοριστές του φαινομένου, την εκτιμώμενη ως βέλτιστη δυνατή και την τελική πραγματοποιηθείσα έκβαση των κρουσμάτων που δηλώθηκαν στις σχετικές υπηρεσίες, τον βαθμό ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των επαγγελματιών του κλάδου για τις πλέον σύγχρονες γνώσεις και τεχνικές που αφορούν στο εν λόγω φαινόμενο και, γενικά, τα ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας των παρεμβάσεων των υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας, δικαιοσύνης και εκπαίδευσης σχετικά με το υπό μελέτη φαινόμενο.

Σχηματικά, λοιπόν, τα αναμενόμενα αποτελέσματα από τη χρήση της μεθόδου DELPHI στο πεδίο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού μπορεί να αφορούν σε:

- Αδρή εκτίμηση του φαινομένου της κακοποίησης – παραμέλησης ως προς την έκταση και τις διαστάσεις του, από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών κι' εμπειρογνομόνων, με στόχο την υλοποίηση παρεμβάσεων σε πληθυσμούς μέσα στην κοινότητα.
- Αξιοποίηση των ευρημάτων για το σχεδιασμό επιδημιολογικής έρευνας σε εθνικό επίπεδο.

- Αξιοποίηση των ευρημάτων για το σχεδιασμό έρευνας επιπολασμού ή επικράτησης που εκτιμά την αναλογία του πληθυσμού που έχει κακοποιηθεί.
- Τεκμηρίωση της ανάγκης υποχρεωτικής αναφοράς και καταγραφής περιπτώσεων Κακοποίησης - Παραμέλησης.
- Υιοθέτηση ενιαίου λειτουργικού ορισμού του φαινομένου της κακοποίησης - παραμέλησης για τη σωστή εκτίμηση του μεγέθους του.
- Επεξεργασία και υιοθέτηση ενιαίου πρωτοκόλλου διαχείρισης κρουσμάτων κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών.

6. Η σημασία των αποτελεσμάτων στο σχεδιασμό των πολιτικών παρεμβάσεων υγείας και πρόνοιας, εκπαίδευσης και δικαιοσύνης

Στα παραπάνω γενικότερα πλαίσια, τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας μπορούν να συνδεθούν άμεσα με μετέπειτα αναπτυξιακές κοινωνικές πολιτικές για το ζήτημα της ενδο-οικογενειακής βίας και της έκφρασής της απέναντι στα παιδιά και ως εκ τούτου να συνεισφέρουν στην αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των σχεδιαζόμενων παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, μπορούν να αποτελέσουν την απαρχή μιας προσπάθειας αξιολόγησης του επιπέδου της τεχνογνωσίας και της διαφορετικής προσέγγισης ως προς το φαινόμενο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού (μελέτη – αντιμετώπιση) ομάδας επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων, με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις, εκείνων που βρίσκονται σε επιτελικές θέσεις, ακαδημαϊκών, κοινωνικών σχεδιαστών και εμπειρογνώμόνων της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής.

Τα συμπεράσματα, δε, που δυνητικώς θα προκύψουν, εκτός από την ενημέρωση των ίδιων των ειδικών μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό των σχετικών υπηρεσιών, την εκτίμηση και ιεράρχηση των αναγκών, στην αποτίμηση των εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών αναγκών των επαγγελματιών, αλλά και στη διευκρίνιση σημαντικών σημείων οργάνωσης και διεξαγωγής κάθε μελλοντικού εγχειρήματος άμεσης μέτρησης, είτε του φαινομένου της κακοποίησης – παραμέλησης καθαυτού, είτε των ιδιαίτερων δημογραφικών, επιδημιολογικών και ψυχο-κοινωνικών του χαρακτηριστικών στην Ελληνική κοινωνία του 21^{ου} αιώνα.

Με αυτήν την έννοια, η χρήση της εν λόγω μεθοδολογίας μπορεί να αποτελέσει την αρχή και όχι το τέλος μιας ερευνητικής προσπάθειας αντιμετώπισης του φαινομένου ως ζητήματος δημόσιας υγείας και στη χώρα μας. Ακόμα, μπορεί να αναδείξει το πρόβλημα της κακοποίησης – παραμέλησης ως ζήτημα που χρήζει επιτακτικής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης από τις αρμόδιες υπηρεσίες χωρίς περιττές σπατάλες δυνάμεων, πόρων και χωρίς οι κινήσεις των υπηρεσιών αυτών να διαχέονται σε μια πληθώρα ασαφών και ασύμβατων στόχων και κατευθύνσεων. Αντίθετα, όπως άλλωστε επιτάσσουν οι σύγχρονες τεκμηριωμένες γνώσεις για το ζήτημα αυτό, μπορούν να αναδειχθούν εκείνοι οι κρίσιμοι κόμβοι της οργάνωσης των συναρμόδιων υπηρεσιών που να καταστήσουν δυνατή την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού με επαρκή και μελετημένο συντονισμό, σχεδιασμό και στοχοπροσήλωση των προσπαθειών όλων των σχετιζόμενων φορέων και παραγόντων, με τελικό σκοπό και γνώμονα τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος, δηλαδή της παιδικής προστασίας και

της απομείωσης των φαινομένων της ενδο-οικογενειακής βίας και εν γένει της βίας κατά ανηλίκων.

Βιβλιογραφία

Α. Ελληνική

- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., Μαραγκός Χ., (1995). «Η κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια ως πρόβλημα υγείας», στο Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., Μαργαριτίδου Β., Συμεωνίδου Χ., (επιμ.), «Υγεία, Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Browne Κ., Μαραγκός Χ., Σαραφίδου Ε., (1996). «Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση-παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη», *Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία*, 59 (6): σ. 428-439.
- Αγάθωνος Ε., Τσιμπούκα Β., Ζολώτα Κ., (1999). «Η αποκάλυψη της ενδο-οικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης στο σύστημα δικαιοσύνης: δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα», *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, Ε.Ε.Ψ.Ψ.Π.Ε., Τόμος 1(2): σ. 66-84, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Αλτάνης Π., Γρέγκορ Σ., Κυριόπουλος Ι., (2005). «Η άριστη αναλογία κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα», *Κοινωνική Εργασία*, 20(78): σ. 71-84.
- Βασιλιάς Α., Τσιμπούκα Β., (1997). «Σεξουαλική παραβίαση, αιμομιξία, ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά μητέρων», Ανακοίνωση στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Γκρέγκορ Σ., Λιάτσου Μ., Κυριόπουλος Ι., (2002). «Ο άριστος αριθμός ειδικών ιατρών και γενικών ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ελλάδα: έρευνα με DELPHI panel», *Ιατρική*, 82 (1): σ. 65-71.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, (1998). Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., (επιμ.). «Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού», Ι.Υ.Π., Αθήνα.
- Κάβουρα Μ., Ζάβρας Δ., Κυριόπουλος Ι., (2003). «Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδας», *Νοσηλευτική*, 42 (4): σ. 457-458.
- Μαραγκός Χ., Νόβα Χ., Αγάθωνος Ε., (1996). «Γνώσεις και στάσεις αστυνομικών σε θέματα κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών», *Κοινωνική Εργασία*, 11(43): σ. 211-224.
- Μπακούλα Χ., Καββαδίας Γ., Ματσανιώτης Ν., (1993). «Αντιφάσεις στην Ελληνική οικογένεια στην ανατροφή του παιδιού – Πανελλήνια έρευνα», Ανακοίνωση στο 31ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ιούνιος.
- Πάλλης Δ., Αγάθωνος Ε., Osterweis – Στάγκου Λ., (1981). «Οι γονείς συμβάλλουν στο πρόβλημα υγείας των παιδιών τους;», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών* (41): σ. 51-55
- Σταυριανάκη Μ., (2003). «Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιού: Η σημασία της κοινοτικής προσέγγισης σε μια πολιτική πρόληψης, στο πλαίσιο των δικαιωμάτων του παιδιού», *Κοινωνική Εργασία*, 69: σ. 19-28.
- Τσιάντης Ι., Διαρεμέ Σ. Π., (2004). «Σωματική κακοποίηση του παιδιού». *Κέντρο Πληροφόρησης για την Ψυχική Υγεία του Παιδιού και του Εφήβου*, Αθήνα, www.childmentalhealth.gr/index.php.
- Φερέτη Ε., (1997). «Η σημασία της εκπαίδευσης στα ανθρώπινα δικαιώματα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου», στο *Εκπαίδευση Αμνηστία*: σ. 163-168, εκδ. Σάκουλας.

B. Ξενόγλωσσον

- Agathonos H., Fereti I., (1992). "A retrospective study of child sexual abuse experiences among Greek college students", *IX ISPCAN Congress, Proceedings*, Chicago, U.S.A.
- Agathonos-Georgopoulou H., Browne K., (1997). "The prediction of child maltreatment in Greek families", *Child Abuse and Neglect*, 21(8): pp. 721-735.
- Baker A.W., Dunkan S.P., (1985). "Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain". *Child Abuse and Neglect*, 9: pp. 457-467.
- Basu and Scroeder, (1977), cited in Wissema J.G., (1982). "Trends in technology forecasting", *R & D Management*, 12(1): pp. 27-36.
- Beaglehole R., (1990). "Epidemiology and health policy: How do we stop the band playing?", *New Zealand Journal of Medicine*, 103 (893): pp. 323-5.
- Brook R.H., Lohr K.N., (1985). "Efficacy, effectiveness, variations, and quality. Boundary crossing research", *Medical Care*, 23 (5): pp. 710-22.
- Browne, K.D., (1993). "Home visitation and child abuse: The British experience", *The Advisor*, 6 (4): pp. 11-31.
- Caffey J., (1946). "Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural haematoma". *Am. J. of Gerontology*, 56: pp. 163-173.
- Chalmers A.F., (1993). *What's that Thing Called Science: An Assessment of the Nature and Status of Science and its Methods*, University of Queensland Press, St. Lucia, Australia.
- Cochrane A.L., (1972). *Effectiveness and Efficiency*, Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- Cumper G., (1991). "Evaluating health systems and health policies", *Scand. J. Soc. Med. Suppl.*, 46: pp. 133-5.
- Dallam S.J., Gleaves D.H., Cepeda-Benito A., Silberg J.L., Kraemer H.C., Spiegel D., (1998). "The effects of sexual abuse: Comment on Rind, Tromovitch and Bauserman", *Psychological Bulletin*, Vol. 127: pp. 715-733.
- deZoysa P., Rajapakse L., Newcombe P.A., (2005). "Adaptation and validation of the parent – child conflict tactics scale for use in Sri Lanka", *Ceylon Med J.*, 50(1): pp. 11-14.
- Diareme S., Tsiantis J., Tsitoura S., (1997). "Cross – cultural validation of the child abuse potential inventory in Greece: A Preliminary Study", *Child Abuse and Neglect*, Vol. 21 No 11: pp. 1067-1079.
- Doxiadis S., (1989). "Children, society and ethics". *Child Abuse and Neglect*, 13: pp. 11-17.
- Drummond M.F., (1994). "Evaluation of health technology: economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal", *Soc. Sc. Medicine*, 38 (12): pp. 1593-1600.
- Drummond M.F., (1998). "Experimental versus observational data in the economic evaluation of pharmaceuticals", *Med. Des. Making*, 18 (2 Suppl): pp. 12-8.
- Drummond M.F., Brandt A., Lowce B., Rovira J., (1993). "Standardizing methodologies for economic evaluation in health care. Practice, problems and potential", *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 9 (1): pp. 26-36.
- Eisenberg L., (1981). "Cross-cultural and historical perspectives on child abuse and neglect". *Child Abuse and Neglect*, 5: pp. 299-308.
- Fereti I., 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): pp. 206-216.
- Finkelhor D., (1994). "The international epidemiology of child sexual abuse", *Child Abuse and Neglect*, 18: pp. 409-417.
- Finkelhor D., Hotaling G., Lewis I.A., Smith C., (1990). "Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors", *Child Abuse and Neglect*, 14: pp. 19-28.
- Gowrisankaran G., Town R.J., (1999). "Estimating the quality of care in hospitals using instrumental variables", *J. Health Econ.*, 18 (6), 747-67.

- Guallar-Castillon P., Penacoba C., Fernandez A., Gaitan L., (2000). "Instrumento de notificación del maltrato infantil en España", *An Esp Pediatr*, 53(4): pp. 360-365.
- Gunaydin M.H., (2006). "The DELPHI method", <http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/delphi.htm>
- Jones J., Hunter D., (1995). "Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research", *B.M.J.* 311: pp. 376-380.
- Kaufman K.L., Holden E.W., Walker C.E., (1989). "Future directions in pediatric and clinical child psychology", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 20, No 3, pp. 148-152.
- Kempe C.H., Silverman F., Droegemuller W., Silver M., (1962). "The battered child syndrome", *J.A.M.A.*, 181: pp. 17-24.
- Krantz G., Ostergen P.O., (2000). "The association between violence victimization and common symptoms in Swedish women", *J. Epidemiol. Community Health*; 54: pp. 815-821.
- Krug E.G., (2004). "World Health Assembly resolutions on violence and injury prevention: new opportunities for national action", *Inj Control Saf Promot.*, 11(4): pp. 259-263.
- Krug E.G., Butchart A., Peden M., (2001). "A new department for injuries and violence prevention at the World Health Organization", *Injury Prevention*, 7: pp. 331-333.
- Krug E.G., Sharma G.K., Lorano R., (2000). "The global burden of injuries", *American Journal of Public Health*, 90(4): pp. 523-526.
- Krugman R.D., (1992). "The battered child at thirty: What can be learned from Paul Krugman at eighty?", *Paediatrics*, 90(1), Part 2; Saul Krugman Festschrift: pp. 154-156.
- Lakatos I., Musgrave A., (eds.), (1970). *Criticism and the growth of knowledge*, Cambridge University Press, Cambridge, U.K.
- Liakopoulou M., Xypolyta D., (1989). "Sexual abuse in Greece: Management in two different settings", *Child Abuse and Neglect*, 13: pp. 149-152.
- Maynard A., (1997). "Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices", *Lancet*, 349 (9045): pp. 126-8.
- Maynard A., Chalmers I., (eds.), (1997). *Non-random Reflections on Health Service Research*, B.M.J. Publishing Group.
- Milkovich et al., 1972 cited in Helmer O., (1983). "Reassessment in futures research: Delphi and causal cross-impact analysis", *Futures*, Oct: pp. 389-400.
- Murray C.J., Lopez A.D., (1996a). "Evidence – Based healthy policy – lessons from the Global Burden of Disease Study", *Science*, 1; 274(5293): pp. 1593-1594.
- Murray C.J., Lopez A.D., (1996b). "The incremental effect of age-weighting on YLLs, YLDs, and DALYs: a response", *Bulletin of World Health Organization*, 74(4): pp. 439-443.
- Ondersma S.J., Chaffin M., Berliner L., Cordon I., Goodman G., Barnett D., (2001). "Sex with children in abuse: Comment on Rind, Tromovitch and Bauserman (1998)", *Psychological Bulletin*, Vol. 127: pp. 707-714.
- Parke R.D., Lewis N.G., (1981). "The family in context: A multilevel international analysis of child abuse", in Henderson (ed.) *Parent – Child Interaction – Theory Research Prospects*, Academic Press, New York.
- Poon E.G., Jha A.K., Cristino M., Honour M.M., Fernandopulle R., Middleton B., Newhouse J., Leape L., Bates D.W., Blumental D., Kaushal R., (2006). "Assessing the level of healthcare information technology adoption in the United States: a snapshot", *B.M.C. Medical Informatics and Decision Making*, 6(1): pp. 1472-51.
- Rantanen J., (1992). "Priority setting and evaluation as tools for planning research strategy", *Scand. J. Environ. Health*, 18 (suppl2): pp. 5-7.
- Reza A., Mercy J.A., Krug E., (2001). "Epidemiology of violent deaths in the world". *Injury Prevention*, 7: pp. 104-111.

- Rind B., Tromovitch P., (1997). "A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse", *Journal of Sex Research*, 34: pp. 237-255.
- Rind B., Tromovitch P., Bauserman R., (1998). "A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples", *Psychological Bulletin*, Vol. 124: pp. 22-53.
- Rind B., Tromovitch P., Bauserman R., (2001). "The validity and appropriateness of methods, analyses and conclusions in Rind et al. (1988): A rebuttal of victimological critique from Ondersma et al. (2001) and Dallam et al. (2001)", *Psychological Bulletin*, Vol. 127, No 6, 2001: pp. 734-758.
- Russel D.E.H., (1983). "The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children", *Child Abuse and Neglect*, (7): pp. 133-146.
- Starkiene L., Smigeleskas K., Padaiga Z., Reamy J., (2005). "The future prospects of Lithuanian physicians: a 10-year forecasting study", *B.M.C. Family Practice*, 6(41): pp. 2296-32.
- Stitt-Gohdes W.L., Crews T.B., (2004). "The DELPHI Technique: A Research strategy for Career and Technical Education", *Journal of Career and Technical Education*, Vol. 20 No 2: pp. 55-67.
- World Health Assembly, (1997). *Prevention of Violence* (A50/INF.DOC./4). Geneva: W.H.O.
- World Health Organization, (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, W.H.O., Geneva, 29-31 March 1999. Geneva: WHO.
- World Health Organization, (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*, Geneva, W.H.O.
- Zima B.T., Hurlburt M.S., Knapp P., Ladd H., Tang L., Duan N., Wallace P., Rosenblatt A., Landsverk J., Wells K.B., (2002). "Quality of publicly-funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:2, pp. 130-144.