

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΕΡΕΥΝΑ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α' ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΣΚΟΥΡΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2015**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Σκουράκη Ευαγγελίας

Εξεταστική επιτροπή

Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα

Μπακούλα – Τζουμάκα Χρύσα, Μέλος

Ευαγγέλου Ελένη, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Σκουράκη Ευαγγελίας, συνεδρίασε σήμερα/...../.....

Η επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Σκουράκη Ευαγγελίας με τίτλο: **«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους..... προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Κυρίτση Ελένη, Επιβλέπουσα (Υπογραφή).....
- Μπακούλα – Τζουμάκα Χρύσα, (Υπογραφή).....
- Ευαγγέλου Ελένη, (Υπογραφή).....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω για την βοήθεια και την συνεργασία για την συλλογή των δεδομένων τους: **κ. Παυλίδου Ασημίνα**, κοινωνική λειτουργό του Κέντρο προστασίας του παιδιού Αττικής «Η ΜΗΤΕΡΑ», **κ. Κολαΐτη Γεράσιμο** αναπληρωτή Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής, διευθυντής Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΠ Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", **κ. Φαρμακοπούλου Ιγνατία** κοινωνική λειτουργό, Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΠ Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", **κ. Γούλα Γεωργία** κοινωνική λειτουργό, Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΠ Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", **κ. Μπακατσέλο Ιωάννη** κοινωνικό λειτουργό, Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΠ Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", **κ. Αποστολά Πολυξένη** κοινωνικό λειτουργό, προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας της Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών ΓΠ Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", **κ. Πλευρίτη Ελένη**, κοινωνικό λειτουργό, προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείο παίδων «Π. & Α.Κυριακού», **κ. Μπαζιάνα Σοφία** κοινωνική λειτουργό του Πρότυπου Εθνικού Νηπιοτροφείου Καλλιθέας.

Θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω για την συμπαράσταση, την στήριξη και τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν κατά την φοίτησή μου τις καθηγήτριάς μου: **κ. Κυρίτση Ελένη**, καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτική Α' του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, **κ. Τζουμάκα Μπακούλα Χρύσα**, καθηγήτρια παιδιατρικής ΕΚΠΑ και την **κ. Ευαγγέλου Ελένη**, αναπλ. καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής Α' του Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ	8
Ιστορική αναδρομή	8
Αίτια εισαγωγής σε ίδρυμα παροχής φροντίδας και εγκατάλειψης παιδιών	10
Εγκατάλειψη παιδιών	12
Κακοποίηση-Παραμέληση	13
Κλινική εικόνα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	16
Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού	18
Κλινική εικόνα της σεξουαλικής κακοποίησης.....	18
ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
Δικαιώματα του παιδιού.....	21
Νομικό πλαίσιο	21
Ανάδοχη οικογένεια	22
Υιοθεσία	24
Διαφορές αναδοχής και υιοθεσίας	25
Αντιμετώπιση/ παρέμβαση σε δομές.....	25
Νοσηλευτική παρέμβαση.....	27
Πρόληψη	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	30
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	34
Α. Περιγραφικά	34
Β. Στατιστικά.....	37
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	39
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	50
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	65

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκατάλειψη των βρεφών αμέσως μετά την γέννησή τους είναι ένα φαινόμενο που εξαρτάται από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Αποτελεί κοινωνικό και συγχρόνως διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται με διάφορες μορφές ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα.^{1,2} Πολλές μελέτες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο της εγκατάλειψης των παιδιών σε ιδρύματα. Υπάρχουν ιστορικές πηγές που αναφέρουν παιδοκτονίες, ακρωτηριασμούς, εγκατάλειψη και άλλες μορφές βίας εναντίον των παιδιών. Ρεκόρ σημειώνεται από αναφορές για απεριποίητα, αδύναμα και υποσιτισμένα παιδιά που φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους και παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά.³

Η αναδρομή σε ιστορικές πηγές συμβάλλει στην όσο γίνεται καλύτερη διερεύνηση του φαινομένου μελετώντας, συγκρίνοντας και βασίζοντας τα δεδομένα στην κοινωνία και στην κάθε εποχή. Φανερώνεται ότι η εγκατάλειψη έχει κοινωνική ρίζα, που παρά την εξέλιξη της κοινωνίας το φαινόμενο εμφανίζεται μέχρι και σήμερα. Ανατρέχοντας στην ιστορία βλέπουμε πως σε κάθε εποχή συναντάμε διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης.¹

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την εγκατάλειψη παιδιών σε ιδρύματα.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται περιγραφή του φαινομένου. Αναλύονται οι έννοιες της εγκατάλειψης, της παραμέλησης και κακοποίησης, οι αιτιολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην εισαγωγή και παραμονή του παιδιού σε ίδρυμα παροχής φροντίδας μακριά από την οικογένειά του. Επίσης, καταγράφεται η ιστορική εξέλιξη του φαινομένου στην Ελλάδα, τα χαρακτηριστικά του κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού, και η ιδρυματική φροντίδα στην Ελλάδα.

Στο ειδικό μέρος αναφέρονται ο σκοπός της παρούσας εργασίας, το δείγμα της μελέτης, η μεθοδολογία, η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων, τα αποτελέσματα καθώς και η συζήτηση, τα συμπεράσματα, οι προτάσεις βάση των ευρημάτων αυτών και η περίληψη της μελέτης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Τέλος στο παράρτημα

παρατίθεται το εργαλείο συλλογής των δεδομένων, όπως και τα δικαιώματα του παιδιού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ

Ιστορική αναδρομή

Η τοποθέτηση των παιδιών σε ιδρύματα φαίνεται πολλές φορές ότι είναι αναπόφευκτη. Η ιδρυματική φροντίδα, δηλαδή η ανατροφή των απροστάτευτων παιδιών σε περιβάλλοντα κλειστής περίθαλψης, αποτελεί ιστορικά, το παλαιότερο μέτρο οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας και μέριμνας για παιδιά τα οποία δεν διαθέτουν ή δεν μπορούν να παραμείνουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον.⁴

Τα ιδρύματα για τα εγκαταλελειμμένα παιδιά κάνουν την εμφάνισή τους στην Ευρώπη τον 16^ο αιώνα, ενώ στην Ελλάδα τα συναντάμε αρκετά αργότερα τον 19^ο αιώνα.⁵

Στην Ελλάδα, η πρώτη εκδήλωση κρατικής πρόνοιας για τη συγκεκριμένη ομάδα παιδιών αποτέλεσε το Ορφανοτροφείο της Αίγινας το οποίο λειτούργησε αμέσως μετά την ίδρυση του νεοσύστατου ελληνικού κράτους, από τον Καποδίστρια. Η επιλογή ήταν επιβεβλημένη από τα γεγονότα, διότι εκατοντάδες παιδιά, ορφανά πολέμου ή εγκαταλελειμμένα μέσα στην δίνη του, περιφέρονταν ανά τη χώρα, προσκολλημένα στα στρατιωτικά σώματα ή άλλα είχαν αιχμαλωτισθεί και αργότερα απελευθερωθεί. Αρχικά το ορφανοτροφείο λειτούργησε προσωρινά στον Πόρο μέχρι την κατασκευή του στην Αίγινα.^{6,7}

Το Ορφανοτροφείο της Αίγινας λειτούργησε το 1829 και περίθαλψε 500 περίπου ορφανά παιδιά. Στη συνέχεια, πέρασε σε μια φάση αποδιοργάνωσης και υπολειτουργίας και οδηγήθηκε τελικά στο κλείσιμο το 1844. Στα μέσα της δεκαετίας του 1850, μετά την εμπλοκή της Ελλάδας στον Κριμαϊκό πόλεμο, αρχίζουν να λειτουργούν με ιδιωτική πρωτοβουλία δύο νέα ορφανοτροφεία στην Αθήνα, το Αμαλίο για κορίτσια το 1855 και το Χατζηκώνστα για αγόρια το 1856.^{8,9}

Μετά και από τον λοιμό του 1854 συστήθηκε και λειτούργησε ένας σημαντικός αριθμός φιλανθρωπικών – ιδιωτικών ιδρυμάτων για τη φροντίδα των ορφανών παιδιών (από τον ένα ή και τους δυο γονείς) και τα παιδιά που αδυνατούσαν οι γονείς τους να τα φροντίσουν. Τα κύρια αυτά ιδρύματα που συστάθηκαν το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα ήταν εκτός από το Αμαλίο Ορφανοτροφείο και το Ορφανοτροφείο Χατζηκώνστα, όπως και το Ορφανοτροφείο Θηλέων Σύρου Αδελφών Μπαμπαγιώτου (1874), το Ζάννιο Ορφανοτροφείο Αρρένων Πειραιά (1874), το Χατζηκυριάκειο

Ορφανοτροφείο Πειραιά (1889), το Εθνικό Παπάφειον Ορφανοτροφείο Θεσσαλονίκης «ΜΕΛΙΤΕΥΣ»(1894) κ.α.¹⁰

Την ίδια περίπου περίοδο, ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 1859 το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών με σκοπό τη φιλοξενία και περίθαλψη των εγκαταλελειμμένων βρεφών και νηπίων, την αποκατάστασή τους καθώς και την προστασία της μητέρας (έγγαμης και άγαμης). Για επτά χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας του υπήρξε το μοναδικό τέτοιο Ίδρυμα στην Ελλάδα. Υπολογίζεται ότι στο Βρεφοκομείο φιλοξενήθηκαν συνολικά μέχρι σήμερα περίπου πενήντα χιλιάδες παιδιά.¹¹

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα καταγράφονται οι πρώτες πρωτοβουλίες οργάνωσης της μη ιδρυματικής (ανοικτής) κοινωνικής φροντίδας για το παιδί με τη σύσταση το 1893 του Νηπιακού Επιμελητηρίου Μελά με σκοπό την ανέγερση νηπιαγωγείων για τη *«διημέρευση και την εν γένει ηθικήν, διανοητική και σωματικήν ανάπτυξιν απόρων νηπίων»*.¹²

Μετά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο το κράτος προχώρησε το 1914 στην σύσταση του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντιλήψεως (Π.Ι.Κ.Π.Α.) για την περίθαλψη και αποκατάσταση των τραυματιών του πολέμου και την στήριξη των παιδιών των απόρων οικογενειών. Το 1922 μετά την Μικρασιατική καταστροφή συστάθηκε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως.¹³

Τομή στην ιστορία της περίθαλψης και της πρόνοιας για τα παιδιά αποτέλεσε ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος, αναμφίβολα εξαιτίας των δραματικών επιπτώσεων που είχε σε εκατομμύρια ανηλίκους σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο αριθμός των ορφανών ήταν μεγάλος. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Διεθνούς Επιτροπής του Ερυθρού Σταυρού, κατά τη διάρκεια του πολέμου 13 εκατομμύρια παιδιά έχασαν τους βιολογικούς γονείς μονάχα στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα το ποσοστό έφτανε περίπου το 12%, δηλαδή από το συνολικό πληθυσμό 2.750.000 ανηλίκων, οι 380.000 ήταν ορφανοί.¹⁴

Ανασκόπηση του Ζηλίδη (1990) με αντικείμενο την ιδρυματική προστασία των απροστάτευτων παιδιών (1965-1988), κατέγραψε πως ο αριθμός των ιδρυμάτων κατά το 1965, έφτανε τα 86, το 1975 τα 112 αλλά μέχρι το 1988 μειώθηκε και πάλι σε 83, σημειώνοντας πως τα περισσότερα από αυτά είναι ιδρύματα της Εκκλησιαστικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας λαμβάνοντας, ωστόσο, και κρατική επιχορήγηση. Ο

αριθμός των φιλοξενούμενων παιδιών στα σχετικά ιδρύματα, επίσης, παρουσιάζει μείωση, από 7.865 παιδιά το 1965 σε 4.272 το 1988.⁴

Το 1992 προωθήθηκε νομοθετική παρέμβαση με το Ν.2082/92 για την «Αναδιοργάνωση της κοινωνικής πρόνοιας και καθιέρωση νέων θεσμών κοινωνικής προστασίας».¹⁵ Στη νομοθετική παρέμβαση συγκαταλέγονται: (1) η σύσταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων, (2) η εισαγωγή νέων θεσμών και η ενίσχυση της ανοικτής κοινωνικής φροντίδας όπως: κατ' οίκον κοινωνική προστασία, ημερήσια δημιουργική απασχόληση νηπίων και βρεφών, και ρυθμίσεις σχετικές με τους θεσμούς της παιδικής προστασίας της αναδοχής και υιοθεσίας, (3) η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού των φορέων κοινωνικής πρόνοιας, και (4) η διοικητική αναδιάρθρωση τριών κεντρικών οργανισμών κοινωνικής πρόνοιας του Υπουργείου και η ανάθεση συγκεκριμένων τομέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, όπως είναι ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.), ως κύριος φορέας προστασίας της οικογένειας, το Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντιλήψεως (Π.Ι.Κ.Π.Α.) ως κύριος φορέας προστασίας των ατόμων με αναπηρία και το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» ως κύριος φορέας προστασίας αγάμων μητέρων και παιδιών σε κίνδυνο.¹⁰

Αίτια εισαγωγής παιδιών σε ίδρυμα παροχής φροντίδας

Η εγκατάλειψη των παιδιών είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και πολλοί έχουν ασχοληθεί με τις αιτίες που το προκαλούν παγκόσμια. Στην Ευρώπη, ιδίως στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, ενοχοποιούνται κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες περιλαμβάνοντας τη φτώχεια, την κοινωνική τάξη, αλλά και τις έφηβες μητέρες χωρίς οικονομική στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον.¹⁶

Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με αυτό το φαινόμενο προσπάθησαν να δώσουν ερμηνεία των αιτιών και των παραγόντων εγκατάλειψης. Αυτές οι μελέτες οδήγησαν σε τεσσάρων ειδών αιτιάσεις όπως είναι οι σχετικές με την νοθογένεια, οικονομικού και δημογραφικού χαρακτήρα, ψυχολογικές και τέλος θεσμικές.¹⁷

Σχετικά με την έφηβη μητέρα, μία μελέτη που αφορούσε την άποψη Ελλήνων νοσηλευτών έδειξε ότι οι συχνότεροι λόγοι εγκατάλειψης των βρεφών είναι το νεαρό

της ηλικίας της μητέρας, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η μη στήριξη από την οικογένεια.¹⁸

Μελέτη που διεξήγαγε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού σε συνεργασία με το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» από το 1979 έως το 1984 με αντικείμενα την περιγραφή λειτουργίας ιδρυμάτων που φιλοξενούν παιδιά ως τα 19 χρόνια και την αξιολόγηση των επιπτώσεων της ιδρυματικής ζωής στις ψυχονοητικές λειτουργίες των παιδιών και την κοινωνική τους ένταξη, κατέγραψε 282 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (ορφανοτροφεία και οικοτροφεία). Στην πλειοψηφία τους ήταν μικρού μεγέθους (< 40 παιδιά), στα οποία διέμεναν περίπου 16.000 παιδιά με υψηλότερη γεωγραφική κατανομή στη Μακεδονία, Ήπειρο, Κρήτη, Αττική και νησιά του Αιγαίου και με εποπτεύουσες αρχές το κράτος, την εκκλησία και την ιδιωτική πρωτοβουλία. Ως πιο συχνές και επίσημες αιτίες εισαγωγής των παιδιών στα ιδρύματα αναφέρονταν η απορία και η εκπαίδευση ενώ άλλοι σημαντικοί λόγοι εισαγωγής αφορούσαν την κακοποίηση, τον αλκοολισμό, τη φυλάκιση, την τοξικο-εξάρτηση και τη σοβαρή ασθένεια του γονιού.¹⁹

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι, οι τοποθετήσεις των παιδιών σε ιδρύματα γίνονται για τις παρακάτω κατηγορίες προβλημάτων:

α) Για κοινωνικά προβλήματα, όπως εγκατάλειψη από τους φυσικούς γονείς, γεννήσεις εκτός γάμου, αρρώστιες γονέων, θάνατος, πολύτεκνες οικογένειες με σοβαρή οικονομική αδυναμία, μετανάστευση κ.λπ.,

β) Για νομικούς λόγους προστασίας από ακατάλληλους γονείς, συνήθως μετά από παρέμβαση ή για παιδιά και εφήβους με παραβατική συμπεριφορά που αποδίδεται σε ψυχικό πρόβλημα κατόπιν εισαγγελικής ή δικαστικής απόφασης,

γ) Για ιατρικούς λόγους, όπως για σοβαρό σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα του παιδιού.²⁰

Σε έκθεση αξιολόγησης από τα παιδικά χωριά SOS το 2006 με συνολικό αριθμό των φιλοξενούμενων παιδιών τα 83 σε δύο σπίτια, αναφέρονται τα αίτια που οδήγησαν στην ανάληψη προστασίας των παιδιών από τον οργανισμό, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά την παραμέληση. Για το παιδικό χωριό SOS στο Πλαγιάρι η παραμέληση παιδιού αφορούσε στο 37%, η εγκατάλειψη από τους γονείς 32%, η φυλάκιση κάποιου γονέα 16% και ο θάνατος κάποιου γονέα 16%. Για το παιδικό χωριό SOS στη Βάρη τα ποσοστά αφορούσαν παραμέληση παιδιού 45%,

ψυχικά ασθενείς γονείς 25%, προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον 18%, κακοποίηση παιδιού 10%, εξαρτημένοι γονείς 3%.⁹

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο παιδιατρικό νοσοκομείο «Αγία Σοφία» κατά τα έτη 2008-2010 αναφέρονται οι λόγοι απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον σε δείγμα 145 παιδιών. Αναφορικά με τους λόγους οι πιο συνηθισμένες δηλωθείσες περιπτώσεις ήταν: α) διαβίωση σε άθλιες συνθήκες, 21%, β) χρήση ουσιών από του γονείς, 20% και γ) σωματική κακοποίηση του παιδιού, 16%. Ποσοστό 11% αφορούσε περιπτώσεις απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον, λόγω της ψυχικής νόσου της μητέρας και αντίστοιχα αδυναμίας του πατέρα για επιμέλεια του/ων παιδιού/ων. Η εγκατάλειψη ήταν σε ποσοστό 12%, από αυτό το 8% οφείλονταν στο ότι οι γονείς ήταν σε αυτόφωρη διαδικασία ή στην φυλακή. Σε 6% των περιπτώσεων υπήρχε θάνατος γονέα/ων, σε 5% νοητική υστέρηση γονέα/ων και σε 1% επαιτεία. Επιπλέον υπήρχε και 1 περίπτωση με σύνδρομο Μινχάουζεν δια αντιπροσώπου. Στην μελέτη παρατηρήθηκε μια σταδιακή αύξηση των περιστατικών από το 2005. Συγκεκριμένα έγιναν πάνω από διπλάσιες εισαγγελικές παραγγελίες τη δεκαετία 2009-2010 (από 32% το 2005-2006 έφτασαν τα 71% το 2009-2010).²¹

Εγκατάλειψη παιδιών

Μια διεπιστημονική προσέγγιση επανεξετάζει τις διάφορες χρήσεις του όρου εγκατάλειψης και υποστηρίζει ότι πρόκειται για έναν όρο που τα περιλαμβάνει όλα. Η άκριτη χρήση του για εντελώς διαφορετικές κατηγορίες παιδιών, όπως για παράδειγμα έκθετα βρέφη, παιδιά του δρόμου, παιδιά εργαζόμενα, θύματα πολέμου, ασυνόδευτα προσφυγόπουλα, παιδιά που εκδίδονται, γίνεται κυρίως από τα μέσα ενημέρωσης και τη βιβλιογραφία της κοινωνικής εργασίας. Είναι ένας όρος με ισχυρές συναισθηματικές προεκτάσεις, που χρησιμοποιείται κυρίως για την ευαισθητοποίηση του κοινού από το οποίο αναμένεται φιλανθρωπική προσφορά κάθε είδους. Αυτό μπορεί να αποδίδει ένα άμεσο αποτέλεσμα, εμποδίζει ωστόσο τις δύσκολες αυτές περιπτώσεις από το να γίνουν κατανοητές στην ιδιαιτερότητά τους, στις πραγματικές τους διαστάσεις και τελικά απομακρύνει κάθε δυνατότητα σχεδιασμού και ανάπτυξης μιας επιτυχούς παρέμβασης.²²

Δίνονται δυο ορισμοί που είναι πιο κοντά στον όρο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

• Σύμφωνα με τον Tolfee και Αμπατζόγλου η έννοια «εγκαταλελειμμένα παιδιά» είναι διφορούμενη, αναφέρεται σε δύο καταστάσεις στις οποίες ένα παιδί, συνήθως ένα μωρό, έχει εγκαταλειφθεί από έναν γονέα ή κηδεμόνα. Η μία κατάσταση είναι η προφανή πρόθεση να δημιουργηθεί ένας αποχωρισμός του γονιού από το παιδί ενώ η άλλη μια προσωρινή κατάσταση στην οποία ο γονέας δίνει το παιδί σε ίδρυμα, χωρίς την πρόθεση να παραιτηθεί από το παιδί μόνιμα. Τα ιδρύματα φιλοξενούν στις μέρες μας όλο και περισσότερα παιδιά από τη δεύτερη κατηγορία δηλαδή τα παιδιά που εγκαταλείπονται με έμμεσο τρόπο όταν οι γονείς “αναγκάζονται” να τα τοποθετήσουν σε ίδρυμα.^{23,24}

• Ένας άλλος ορισμός του ανηλίκου σε εγκατάλειψη, πρόκειται για έναν ανήλικο χωρίς άμεσο υποστηρικτικό δίκτυο – οικογενειακό ή συγγενικό – ή του οποίου το ήδη διαθέσιμο δίκτυο αδυνατεί να ανταποκριθεί στις πολλαπλές ανάγκες του παιδιού ή του εφήβου και κρίνεται - για διάφορους λόγους - ακατάλληλο για την ευημερία του, την επιβίωσή του, την ψυχοσωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Οι ανήλικοι που έχουν εγκαταλειφθεί μπορεί να ανήκουν σε μία από τις ακόλουθες κατηγορίες: ορφανά, νέοι που έχουν απομακρυνθεί από τις οικογένειές τους για λόγους κακοποίησης ή έλλειψης εκπαίδευσης, νέοι που έχουν απορριφθεί από τις οικογένειές τους, αλλοδαποί ασυνόδευτοι ανήλικοι, ανήλικοι παραβάτες χωρίς στήριξη από την οικογένειά τους, νέοι που έχουν εγκαταλειφθεί από τις οικογένειές τους σε δομές ιδρυματικής φροντίδας, παιδιά του δρόμου αντικείμενα οικονομικής εκμετάλλευσης από ενήλικα άτομα».²⁵

Η έννοια της εγκατάλειψης είναι συνυφασμένη συχνά με αυτήν της υιοθεσίας, όπως αυτή ορίζεται στην πλήρη της μορφή δηλαδή στον πλήρη αποχωρισμό του υιοθετούμενου παιδιού από την βιολογική του οικογένεια και την πλήρη ένταξή του στη θετή.^{17, 26,27}

Κακοποίηση-Παραμέληση

Η κακοποίηση και η κακομεταχείριση ενός 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 της υγείας, της ζωής, της ανάπτυξης ή αξιοπρέπειας του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης ή δύναμης.²⁸

Με τον όρο "κακοποίηση - παραμέληση παιδιών" περιγράφεται ένα 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 στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο.²⁹

Οι μορφές κακοποίησης και παραμέλησης στο οικογενειακό περιβάλλον ή στα υποκατάστατά του είναι οι εξής:

➤ **Η σωματική κακοποίηση** περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν, ακόμα και με την παραμικρή υποψία, να εξετάζουν με προσοχή όλο το σώμα του παιδιού. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και το σύνδρομο κακοποίησης βρέφους με τραντάγματα, που προκαλείται από το βίαιο τράνταγμα του βρέφους ή των μικρών παιδιών, που πολύ συχνά είναι αποτέλεσμα του εκνευρισμού των γονιών από το κλάμα του παιδιού.^{30,31}

➤ **Ψυχολογική κακοποίηση** αναφέρεται στην ηθελημένη προσπάθεια να καταστραφεί ή να πληγωθεί σε μεγάλο βαθμό η αυτοεκτίμηση ή ικανότητα του παιδιού. Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να πάρει τις ακόλουθες μορφές απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις. Η μορφή αυτή καθορίζεται δύσκολα, δεν αφήνει σημάδια στο σώμα του παιδιού, αλλά μπορεί να προκαλέσει αυτοτραυματισμό.^{30,31,32}

➤ **Παραμέληση** θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή

ακατάλληλη, σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του. Η ιατρική παραμέληση μπορεί να οφείλεται σε θρησκευτικές ή πολιτισμικές πεποιθήσεις και ορισμένες φορές είναι επιπρόσθετη. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί.^{30,31,33}

Επίσης στην παραμέληση εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία.³⁰

➤ **Ανεπάρκεια αύξησης/δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας.** Με τον όρο "σύνδρομο δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας" περιγράφεται η νοσολογική οντότητα σύμφωνα με την οποία το βάρος σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια, δηλαδή σε τιμές κάτω από την 3η εκατοστιαία θέση, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση.³⁰

➤ **Σύνδρομο Μυνχάουζεν δι' αντιπροσώπου.** Είναι σπάνια αλλά σοβαρή μορφή παιδικής κακοποίησης. Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων - στην πλειοψηφία μητέρων - που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους είτε τροποποιώντας το ιατρικό ιστορικό του παιδιού, είτε προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, υπερνατριαιμία, σπασμούς, εμέτους, με φάρμακα, τοξίνες, είτε προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ. αίματος, ούρων). Με τις ενέργειές τους αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς. Η λύση των συμπτωμάτων μετά την απομάκρυνση από τον γονιό αποδεικνύει τη διάγνωση.^{30,31,32,34,35,36}

➤ **Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή** ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μακρύ χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ των συζύγων είναι η χαρακτηριστικότερη μορφή ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση -σωματική, σεξουαλική- άλλου αδελφού μέσα στην οικογένεια ή η βία εναντίον του παππού ή της γιαγιάς. Η λεκτική βία (βρισιές, απειλές) είναι από τις πιο χαρακτηριστικές μορφές του συνδρόμου του αμέτοχου θεατή.³⁰

➤ **Σεξουαλική κακοποίηση** θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή/και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, αιμομιξία, ασέλγεια, επειδειξιομανία, παιδοφιλία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο "σεξουαλική εκμετάλλευση".^{30,31,37}

Μια ή περισσότερες μορφές κακοποίησης - παραμέλησης, αν και διαφορετικές, μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια.

Κλινική εικόνα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης

Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και στη συμπεριφορά του παιδιού που συμβάλουν στην αναγνώριση του προβλήματος.

1. Σωματική κακοποίηση

α. Ευρήματα από την κλινική εξέταση

- Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
- Διαστρέμματα, εξarthρώσεις, δαγκώματα, κοψίματα
- Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη
- Πληγές ή εκδορές
- Δηλητηρίαση
- Κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη, π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς
- Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Εσωτερικές κακώσεις
- Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα

β. Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας.

- Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού (π.χ. ένα βρέφος 2-3 μηνών δεν πέφτει μόνο του από το κρεβάτι).
- Βλάβες, συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (π.χ. κάταγμα και εκχυμώσεις).
- Βλάβες, συχνά διαφορετικής ηλικίας (επανελημμένα επεισόδια βίας).
- Βλάβες χαρακτηριστικές κακοποίησης (π.χ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους).
- Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους δείχνει απόρριψη: "δύσκολο", "χαζό", "γκρινιάρικο" "αρρωστιάρικο" ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.
- Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.
- Απότομη και σταθερή αύξηση βάρους δυστροφικών παιδιών μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.
- Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.
- Το παιδί δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι, ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες.

2. Παραμέληση

- Συστηματική κακή σίτιση.
- Δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας.
- Κακή υγιεινή.
- Ακατάλληλη ένδυση (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα στα μέσα του χειμώνα).
- Εγκατάλειψη.
- Στέρηση τροφής.
- Ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου.
- Παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο.
- Συνεχής κόπωση, απάθεια, ή ύπνος μέσα στην τάξη.
- Το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει.
- Χρήση οινόπνευματων ή τοξικών ουσιών από το παιδί.

–Η άρνηση ή η καθυστέρηση της παροχής των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας.^{27,30,38}

Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού

- Δυσκολία να επενδύει στις σχέσεις με τους ενήλικες.
- Ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαισθησία).
- Φόβος προς τους γονείς του.
- Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του.
- Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα.
- "Παγωμένο" βλέμμα.
- Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Παιδί υπερβολικά υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο.
- Διαταραχές στον ύπνο.
- Έκδηλο άγχος.
- Παιδί που παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες.
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.
- Παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση, κ.λπ.).^{27,30, 38}

Κλινική εικόνα της σεξουαλικής κακοποίησης

Α. Γενικά ιατρικά ευρήματα

- Αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, γλουτούς, υπογάστριο, μηρούς.
- Δυσκολία στο βάδισμα ή στο κάθισμα.
- Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα εσώρουχα ή ρούχα που έχουν φορεθεί βιαστικά, ανάποδα.
- Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.
- Εγκυμοσύνη σε έφηβη, ειδικά όταν αποκρύπτεται η ταυτότητα του πατέρα.

- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

B. Ευρήματα στην περινεϊκή χώρα

▪ Αιματώματα, αμυχές ή άλλα τραύματα, συχνά πολύ μικρά για να είναι ενδεικτικά τραύματος από ατύχημα (ο αυνανισμός από το ίδιο το παιδί δεν προκαλεί αιμάτωμα).

- Κνησμός, πόνος, έκκριμα ή ανεξήγητη αιμορραγία.
- Ξένα σώματα στην ουρήθρα, κύστη, κόλπο, πρωκτό.
- Ανώμαλη διαστολή της ουρήθρας, του πρωκτού ή του ανοίγματος του κόλπου.

- Πόνος κατά την ούρηση.

▪ Συμπτώματα αφροδισίου νοσήματος (γονόρροια, έρπης γεννητικών οργάνων, χλαμύδια, τριχομονάδες, κονδυλώματα γεννητικών οργάνων, φθείρες).

Γ. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

- Ενούρηση.
- Εγκόπριση.
- Υποτροπιάζων πονοκέφαλος και πόνος στην κοιλιά.
- Διαταραχές ύπνου.
- Διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία).

Δ. Ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές της συμπεριφοράς

- Απομόνωση.
- Υπέρμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα.
- Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. υπερβολικός αυνανισμός).
- Διαταραχές συμπεριφοράς, επιθετικότητα.
- Καταθλιπτικά στοιχεία, άγχος, αναστολή.
- Σύγχυση συναισθημάτων, αμφιθυμία.
- Διαταραχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση, απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης, φόβος και αποφυγή σχολικής εξέτασης.

▪ Έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση ή για αλλαγή ρούχων στη γυμναστική, στο ελεύθερο παιχνίδι, στην κολύμβηση.

▪ Παιδί μικρής ηλικίας που υπαινίσσεται σεξουαλική δραστηριότητα με λέξεις, παιχνίδια ή ζωγραφιές.

▪ Παραμέληση υγιεινής του σώματος που αλλάζει ως αποτέλεσμα της απώλειας εκτίμησης εαυτού, της αυτο-υποτίμησης.

▪ Σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά και εφήβους παρατηρούνται:

▪ Αισθήματα ενοχής.

▪ Διαταραχές ταυτότητας.

▪ Φυγές.

▪ Απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού.

▪ Χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών.

▪ Παραβατικότητα.^{30,39}

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Δικαιώματα του παιδιού

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού είναι ο πρώτος παγκόσμιος νομικά δεσμευτικός κώδικας για τα δικαιώματα που όλα τα παιδιά πρέπει να απολαμβάνουν. Θέτει στοιχειώδεις αρχές για την ευημερία των παιδιών στα διάφορα στάδια εξέλιξής τους και αποτελείται από 54 άρθρα. Μέχρι σήμερα έχει επικυρωθεί σχεδόν από όλες τις χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα επικυρώθηκε το 1992 (ΦΕΚ 192/2.12.92).^{40, 41}

Η Σύμβαση είναι το βασικό εργαλείο που καλύπτει όλο το φάσμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του παιδιού και περιλαμβάνει πολιτειακά, πολιτικά, οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτιστικά δικαιώματα χωρίς καμία διάκριση φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, κρατικής, εθνικής ή κοινωνικής καταγωγής, περιουσιακής κατάστασης, ανικανότητας, γέννησης ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης του ίδιου ή των γονέων του ή των νόμιμων κηδεμόνων του. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν το παιδί πρέπει να λαμβάνουν πρωτίστως υπόψη το συμφέρον του παιδιού.⁴²

Νομικό πλαίσιο

Σύμφωνα με την παράγραφο 1, του άρθρου 3 του Ν.2646/98 στο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες οι φορείς του Δημόσιου Τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι φορείς Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εγγεγραμμένοι στο Νομαρχιακό και Εθνικό Μητρώο φορέων ιδιωτικού τομέα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν.2646/98). Επιπλέον σύμφωνα με την παράγραφο 4, του άρθρου 1 του Ν. 2646/98 υπηρεσίες μπορούν να παρέχουν και οι φορείς Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα (επιχειρήσεις).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους φορείς του Εθνικού Συστήματος διακρίνονται σύμφωνα με την παράγραφο 2, του άρθρου 3 του Ν.2646/98 σε: α) *Πρωτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα* β) *Δευτεροβάθμια Κοινωνική Φροντίδα* γ) *Τριτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα*

- Η *πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα* έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας και αποσκοπεί στην πρόληψη των αναγκών και στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού.

- Η *δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα* έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών φιλοξενίας ή κλειστής φροντίδας και αποσκοπεί στη θεραπεία και αποκατάσταση σωματικής, πνευματικής, ψυχικής νόσου ή αναπηρίας, ως και στην πρόληψη και αποκατάσταση των συνεπειών κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο της Περιφέρειας και της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

- Η *τριοβάθμια κοινωνική φροντίδα* έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοιχτής και κλειστής κοινωνικής φροντίδας που απαιτεί υψηλή εξειδίκευση ή τεχνολογία. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο της Κεντρικής Διοίκησης και της Περιφέρειας.⁴³

Ανάδοχη οικογένεια

Η αναδοχή είναι μια μορφή παιδικής προστασίας αναγνωρισμένη από το κράτος με το νόμο 2082/1992.

Ως ανάδοχη οικογένεια ορίζεται, κατά πρώτο λόγο, στον Αστικό Κώδικα η πραγματική μόνο φροντίδα του παιδιού από τρίτους, που ανατίθεται σ' αυτούς χωρίς να μεταβάλλονται οι έννομες σχέσεις του ανηλίκου με την οικογένειά του. Το παιδί δεν ανήκει νομικά στους ανάδοχους γονείς, χωρίς να αποκλείεται η υιοθεσία του από αυτούς ως εξέλιξη της σχέσης τους ή η μετέπειτα ανάληψη της επιμέλειας του παιδιού από αυτούς. Πρόκειται για μια προσωρινή φιλοξενία του παιδιού από την ανάδοχη οικογένεια που υποκαθιστά το ίδρυμα όπου το παιδί θα έμπαινε στο χρονικό διάστημα πριν αποφασιστεί η οριστική του τύχη. Ένα παιδί μπορεί να μείνει στην ανάδοχη οικογένεια από λίγα χρόνια έως πολλά. Τα περισσότερα παιδιά παραμένουν στις ανάδοχες οικογένειες και μετά την ενηλικίωσή τους. Η ηλικία των παιδιών που

τοποθετούνται σε αναδοχή ποικίλει από τη νηπιακή ηλικία μέχρι την πρώτη παιδική ηλικία.^{44,45,46}

Το παιδί έχει δικαίωμα να διατηρήσει τους δεσμούς με τους φυσικούς του γονείς και τα αδέρφια του. Οι σχέσεις φυσικής και ανάδοχης οικογένειας οριοθετούνται και προγραμματίζονται με βάση το συμφέρον του παιδιού. Με βάση τα δεδομένα που υπάρχουν σε κάθε περίπτωση, καθορίζεται ο τρόπος επικοινωνίας της φυσικής οικογένειας με την ανάδοχη. Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να κριθεί αναγκαία (π.χ. για την ασφάλεια του παιδιού) η μη επικοινωνία μεταξύ τους. Κύριος στόχος παραμένει η επιστροφή του παιδιού στην οικογένειά του, εκτός και εάν συντρέχουν λόγοι που να το εκθέτουν σε φυσικό ή ηθικό κίνδυνο. Το παιδί, ανάλογα με την ηλικία του και το βαθμό ωριμότητας του, έχει δικαίωμα να εκφράσει τη δική του γνώμη.⁴⁶

Ανάδοχοι γονείς μπορούν να γίνουν: άτομα ηλικίας από 30 έως 50 ετών, οικογένειες με ή χωρίς δικά τους παιδιά, μονογονεϊκές οικογένειες, συγγενικές οικογένειες, μεμονωμένα άτομα. Πιο συγκεκριμένα τα είδη αναδοχής που υπάρχουν είναι:

- **Συγγενική ανάδοχη:** Αφορά αναδοχή παιδιού από μέλη του ευρύτερου συγγενικού του περιβάλλοντος (παππούς, γιαγιά, θείοι, νονοί).
- **Βραχυπρόθεσμη αναδοχή:** Μπορεί είναι από μία νύχτα μέχρι και μερικούς μήνες και προσφέρει σταθερό οικογενειακό περιβάλλον και φροντίδα στο παιδί του οποίου οι γονείς χρειάζονται κάποιο χρόνο για να αντιμετωπίσουν κάποια από τα προβλήματα τους. Η φροντίδα αυτού του τύπου, συστήνεται και για το παιδί που προορίζεται για υιοθεσία.
- **Μακροπρόθεσμη αναδοχή:** Προσφέρεται σε παιδί το οποίο δεν προβλέπεται να επιστρέψει στην οικογένειά του. Η σχέση μεταξύ παιδιού και γονιού παραμένει σημαντική με ισχυρό συναισθηματικό δεσμό. Η αναδοχή αυτή επιτρέπει στο παιδί να μεγαλώσει σε ένα ασφαλές, σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον, διατηρώντας ταυτόχρονα την επαφή με την οικογένειά του.
- **Αναδοχή φιλοξενίας:** Αφορά φιλοξενία παιδιών που ζουν κυρίως σε ίδρυμα, για να περάσουν τις γιορτές τους, τα καλοκαίρια τους ή τα Σαββατοκύριακα τους σε ανάδοχες οικογένειες.
- **Έκτακτη Αναδοχή:** Αφορά περιπτώσεις που οι γονείς τελούν υπό κράτηση για σύντομο διάστημα ή χρειάζεται να νοσηλευτούν άμεσα ή για περιπτώσεις

που το παιδί επιβάλλεται να μετακινηθεί άμεσα από την οικογένειά του λόγω συγκεκριμένης κατάστασης.

- **Ημερήσια αναδοχή:** Για ενίσχυση της λειτουργικότητας της οικογένειας και για να προληφθεί μια πιο μόνιμη μετακίνηση του παιδιού, το παιδί φροντίζεται σε ανάδοχη οικογένεια σε καθορισμένες ώρες ανάλογα με τις ανάγκες του, κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας.^{46,47}

Η αναδοχή αποτελεί στο σύγχρονο δίκαιο ένα μεταβατικό θεσμό, που μπορεί να προχωρήσει σε δυο εντελώς αντίθετες κατευθύνσεις: στο ένα άκρο βρίσκεται η επανένταξη του παιδιού στη φυσική οικογένεια και στο άλλο βρίσκεται η υιοθεσία.⁴⁵

Υιοθεσία

Η υιοθεσία αποτελεί κοινωνικό θεσμό παιδικής προστασίας αναγνωρισμένο και θεσμοθετημένο τόσο διεθνώς μέσω νομικών συμβάσεων για την εξασφάλιση και κάλυψη των δικαιωμάτων του παιδιού, όσο και από το ελληνικό σύνταγμα με εξειδικευμένο νομικό πλαίσιο που καθορίζει και οριοθετεί την υλοποίησή του.

Υιοθεσία είναι η νομικά κατοχυρωμένη εναλλακτική μορφή οικογένειας με πρωτεύοντα στόχο την εξασφάλιση του συμφέροντος του παιδιού που δεν μπορεί να ζήσει με τη φυσική του οικογένεια. Η υιοθεσία είναι μια κατάσταση πολύπλοκων διαπροσωπικών ενδοοικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων που μπορεί να επηρεάζουν θετικά και αρνητικά τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τις βιώνουν: του παιδιού, των θετών γονέων και των φυσικών γονέων.

Τα άτομα που θα υιοθετήσουν πρέπει να είναι τουλάχιστον δεκαοκτώ έτη μεγαλύτερα από το προς υιοθετήσει παιδί και όχι μεγαλύτερο από σαράντα πέντε έτη.

Το πιο σημαντικό στοιχείο στην περίπτωση του θεσμού της υιοθεσίας και το οποίο διαφοροποιεί την διαδικασία από άλλες μορφές παιδικής προστασίας είναι το γεγονός, ότι ένα προς υιοθεσία παιδί είναι πάντα νομικά ελεύθερο. Αυτό σημαίνει: α) οι βιολογικοί γονείς ή έστω ο ένας έχουν συναινέσει για την υιοθεσία του ή των παιδιών τους ενώπιον του Δικαστηρίου, β) μέσω των απαραίτητων νομικών διαδικασιών και εφόσον έχει αποδειχθεί η ακαταλληλότητα των βιολογικών γονέων την επιμέλεια ή την γονική μέριμνα των παιδιών που φιλοξενεί και γ) το ίδιο το Δικαστήριο στην τελική φάση που ολοκληρώνεται με τους θετούς γονείς η διαδικασία

υιοθεσίας αναπληρώνει την συναίνεση των βιολογικών γονέων, εφόσον εκείνοι έχει αποδειχθεί μέσω συγκεκριμένων διαδικασιών ότι είναι αγνώστου διαμονής.

Αίτηση υιοθεσίας μπορεί να υποβάλλει

- Ζευγάρι που δεν έχει παιδιά
- Ζευγάρι που έχει αποκτήσει παιδιά και
- Μόνα άτομα (μονογονεϊκές οικογένειες) με ή χωρίς δικά τους παιδιά

Μερικές από τις βασικές προϋποθέσεις με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο που πρέπει να διαθέτει ο υποψήφιος θετός γονιός είναι να έχει:

- Συμπληρώσει το 30 έτος της ηλικίας του και να μην ξεπερνά το 60 έτος
- Να είναι υγιής
- Να έχει καθαρό ποινικό μητρώο κ.ά.^{48,49}

Διαφορές αναδοχής και υιοθεσίας

Η υιοθεσία είναι μια νομική διαδικασία η οποία καθιστά το παιδί που δεν μπορεί να ζήσει με τη δική του οικογένεια, μόνιμο μέλος της οικογένειας που το υιοθετεί σαν να είχε γεννηθεί σ' αυτή. Οι υιοθετούντες γίνονται οι νέοι γονείς που δεν διαφέρουν νομικά από τους φυσικούς γονείς. Η υιοθεσία είναι αμετάκλητη. Ο ανήλικος αποκόπτεται εντελώς από όλη τη φυσική του οικογένεια.^{45,46}

Η αναδοχή δεν είναι υιοθεσία. Το παιδί δεν ανήκει νομικά στους αναδόχους γονείς, χωρίς να αποκλείεται η υιοθεσία του από αυτούς ως εξέλιξη της σχέσης τους ή η μετέπειτα ανάληψη της επιμέλειας του παιδιού από αυτούς.⁵⁰

Αντιμετώπιση/ παρέμβαση σε δομές φροντίδας

Η διαπίστωση των καταστάσεων κακοποίησης, παραμέλησης και εγκατάλειψης όσο το δυνατόν συντομότερα αποτελεί κύρια ευθύνη των εργαζόμενων στον κλάδο της υγείας. Ένα προσεκτικό λεπτομερές ιστορικό και μια συνέντευξη σε συνδυασμό με διεξοδικές σωματικές εξετάσεις είναι τα διαγνωστικά εργαλεία που χρειάζονται για να εξακριβωθεί η κατάσταση.³¹

Συγκεκριμένα, την διαχείριση των περιστατικών των παιδιών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για λόγους εγκατάλειψης, παραμέλησης, κακοποίησης με εισαγγελική

εντολή αναλαμβάνει η κοινωνική υπηρεσία σε συνεργασία με τις διασυνδεδεμένες διεπιστημονικές ομάδες και έχει ως εξής:

- *Διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών*

Παρέμβαση της δικαστικής και αστυνομικής αρχής με σκοπό την εισαγωγή του παιδιού στο Νοσοκομείο. Έπειτα ακολουθεί ιατροδικαστική, ιατρική, ψυχιατρική, νοσηλευτική εκτίμηση. Ακόμη τα συγκεκριμένα παιδιά για να μην αποκοπούν από τα μαθήματά τους εντάσσονται στο σχολείο του νοσοκομείου.

- *Κοινωνική διερεύνηση*

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έρχονται σε επαφή με όλες τις υπηρεσίες και το περιβάλλον των παιδιών για να συγκεντρώσουν πληροφορίες για το καθένα ξεχωριστά. Ενημερώνονται από τις αρμόδιες εισαγγελικές αρχές για πληροφορίες σχετικά με το παιδί. Συνεργασία σε κάποιες περιπτώσεις και με το σχολείο που φοιτά το παιδί.

- *Αξιολόγηση παιδιού και οικογένειας*

Αξιολογείται το παιδί από κοινωνική λειτουργό, παιδίατρο, παιδοψυχίατρο και ψυχολόγο όπου η διαγνωστική εκτίμηση σχετίζεται με την ηλικία και τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά. Οι παιδίατροι της κλινικής του παιδιατρικού νοσοκομείου επιπλέον διενεργούν εξετάσεις και γίνεται έλεγχος για μεταδοτικά νοσήματα, γιατί χρειάζεται και για αίτηση του στο ίδρυμα που θα σταλεί. Ο παιδοψυχίατρος ολοκληρώνει την απαιτούμενη παιδοψυχιατρική εκτίμηση, η οποία συνήθως συμπεριλαμβάνει και νοητική εκτίμηση των παιδιών που διενεργείται σε συνεργασία με τον ψυχολόγο. Η παιδοψυχιατρική εκτίμηση καταλήγει σε κάποιες προτάσεις για την τελική έκβαση του περιστατικού.

Συναντήσεις με τους γονείς και τους συγγενείς α' βαθμού. Η οικογένεια εκτιμάται από τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχίατρο και συνεκτιμούνται το θρησκευτικό και πολιτιστικό επίπεδο.

- *Κοινωνική έκθεση*

Με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τις παραπάνω διεργασίες.

- *Αναζήτηση πλαισίου φιλοξενίας*

Εάν το παιδί δεν γυρίσει στην οικογένεια αναζητείται ίδρυμα με βάση την ηλικία, το φύλο του παιδιού, το νοητικό δυναμικό και τα χρόνια νοσήματα. Επικοινωνία με

την αρμόδια εισαγγελική αρχή για την κοινοποίηση της εισαγγελικής εντολής στο ίδρυμα που έχει γίνει δεκτό το παιδί.^{21,51}

Την παραπάνω διαδικασία εκτός από το πρώτο κομμάτι που διεξάγεται στο νοσοκομείο την χρησιμοποιούν όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες των προνοιακών ιδρυμάτων φροντίδας παιδιών, για την διερεύνηση του περιβάλλοντος που ζούσε το παιδί, ώστε ή να συνεχιστεί η παραμονή του στο ίδρυμα ή να γυρίσει στην οικογένεια του.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η θεραπεία των κακοποιημένων – παραμελημένων και εγκαταλελειμμένων παιδιών περιλαμβάνει άμεση ιατρική παρέμβαση για να διορθωθούν τα φυσικά προβλήματα του παιδιού (όπως τα κατάγματα, τα εγκαύματα ή τα τραύματα στο κεφάλι ή στη σπονδυλική στήλη) και ψυχοθεραπεία ή οικογενειακή θεραπεία. Μέρος από τα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να αναγνωρίσει τα παιδιά που μπορεί να έχουν υποστεί κακομεταχείριση και να αναφέρει τα ευρήματα για να προστατέψει τα παιδιά από περαιτέρω κακοποίηση.^{52,53}

Το νοσηλευτικό προσωπικό εξάλλου, μπορεί να έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο στην αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου παιδιού, διαμορφώνοντας μια ασφαλή σχέση με τα παιδιά αυτά.^{54,55} Έχει ιδιαίτερο ρόλο, διότι μπορεί να είναι το πρώτο που θα έρθει σε επαφή με το παιδί και τον γονιό, όπως επίσης είναι εκείνο που θα πρέπει να φροντίζει το παιδί σε περίπτωση που νοσηλευτεί.³¹

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρότι οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής αυτών των παιδιών, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Αρχικά, ο νοσηλευτής χρειάζεται να συγκεντρώσει με το νοσηλευτικό ιστορικό στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν στο παιδί από κάθε πηγή που είναι διαθέσιμη, αφού

ελέγξει πρώτα την αξιοπιστία της. Η συλλογή στοιχείων εστιάζεται στην προσωπικότητα του παιδιού, στις δυσκολίες και στις δυνατότητές του, στο περιβάλλον που διαβίει, στη σχολική του επίδοση, στις σχέσεις του με τους άλλους (γονείς, αδέρφια, συμμαθητές και δασκάλους), στις τυχόν δυσχέρειες που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούσε όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες.⁵⁶

Η παρουσία συμπτωματολογίας που συνδέεται με την έκθεση του παιδιού σε ακραίες καταστάσεις ή τη βίωση εμπειριών από τις οποίες απειλήθηκε σοβαρά και προκλήθηκαν βλάβες στην συναισθηματική, ψυχική και σωματική του ευεξία δεν εντοπίζεται άμεσα, εκτός εάν πραγματοποιηθεί λεπτομερής εκτίμηση.^{56,57,58} Η διεξοδική εκτίμηση αφορά στην αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού για να προσδιορισθούν τα τρέχοντα προβλήματα και οι άμεσες ανάγκες του παιδιού, αλλά και της οικογένειας με σκοπό τη διαμόρφωση των στόχων της θεραπευτικής προσέγγισης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα επιλεγούν, αφού σταθμιστούν τα δυνητικά οφέλη έναντι των ενδεχόμενων κινδύνων.⁵⁶

Πρόληψη

Στη κακοποίηση – παραμέληση των παιδιών συναντάμε τρία επίπεδα πρόληψης τη πρωτογενή, τη δευτερογενή και τη τριτογενή πρόληψη.

> Πρωτογενής πρόληψη

Στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο το πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Προϋποθέτει ενέργειες όπως βελτίωση των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών, ευρεία εκπαίδευση με σκοπό την προαγωγή της υγείας, αλλαγή των στάσεων των γονιών σε θέματα ανατροφής των παιδιών τους, οικογενειακός προγραμματισμός, ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης εγκύων μητέρων (καλές συνθήκες τοκετού κλπ).

> Δευτερογενής πρόληψη

Στοχεύει στην ανάπτυξη προγραμμάτων για των εντοπισμό οικογενειών και παιδιών που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου».

> Τριτογενής πρόληψη

Στοχεύει στην θεραπεία του προβλήματος όταν έχει ήδη συμβεί και περιλαμβάνει παρεμβάσεις για να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες αυτού του γεγονότος και να διακοπεί η επαναθυματοποίηση. Προβλέπει μέτρα θεραπείας και βοήθειας στην οικογένεια ακόμα και την απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια για την κατοχύρωση της ασφάλειας του.^{41, 59}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η εγκατάλειψη των βρεφών αμέσως μετά την γέννησή τους είναι ένα φαινόμενο που εξαρτάται από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Αποτελεί κοινωνικό και συγχρόνως διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται με διάφορες μορφές ανάλογα με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα.^{1,2} Πολλές μελέτες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο της εγκατάλειψης των παιδιών σε ιδρύματα. Υπάρχουν ιστορικές πηγές που αναφέρουν παιδοκτονίες, ακρωτηριασμούς, εγκατάλειψη και άλλες μορφές βίας εναντίον των παιδιών. Ρεκόρ σημειώνεται από αναφορές για απεριποίητα, αδύναμα και υποσιτισμένα παιδιά που φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους και παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά.³

Η αναδρομή σε ιστορικές πηγές συμβάλει στην όσο γίνεται καλύτερη διερεύνηση του φαινομένου μελετώντας, συγκρίνοντας και βασίζοντας τα δεδομένα στην κοινωνία και στην κάθε εποχή. Φανερώνεται ότι η εγκατάλειψη έχει κοινωνική ρίζα, που παρά την εξέλιξη της κοινωνίας το φαινόμενο εμφανίζεται μέχρι και σήμερα. Ανατρέχοντας στην ιστορία βλέπουμε πως σε κάθε εποχή συναντάμε διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης.¹

Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με αυτό το φαινόμενο προσπάθησαν να δώσουν ερμηνεία των αιτιών και των παραγόντων εγκατάλειψης. Αυτές οι μελέτες οδήγησαν σε τεσσάρων ειδών αιτιάσεις: αιτιάσεις σχετικές με την νοθογένεια, αιτιάσεις οικονομικού και δημογραφικού χαρακτήρα, ψυχολογικές και τέλος θεσμικές.²¹

Βιβλιογραφικά αναφέρεται, ότι οι τοποθετήσεις των παιδιών σε ιδρύματα γίνονται για τις παρακάτω κατηγορίες προβλημάτων:

α) Για κοινωνικά προβλήματα, όπως εγκατάλειψη από τους φυσικούς γονείς, γεννήσεις εκτός γάμου, αρρώστιες γονέων, θάνατος, πολύτεκνες οικογένειες με σοβαρή οικονομική αδυναμία, μετανάστευση κ.λπ.,

β) Για νομικούς λόγους προστασίας από ακατάλληλους γονείς, συνήθως μετά από παρέμβαση ή για παιδιά και εφήβους με παραβατική συμπεριφορά που αποδίδεται σε ψυχικό πρόβλημα κατόπιν εισαγγελικής ή δικαστικής απόφασης,

γ) Για ιατρικούς λόγους, όπως για σοβαρό σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα του παιδιού.²⁹

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την εγκατάλειψη παιδιών σε ιδρύματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 46 παιδιά που φιλοξενούνται σε διάφορα ιδρύματα για κοινωνικούς λόγους, όπως είναι δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία και άλλα κέντρα προστασίας του παιδιού.

Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος ήταν:

Τα παιδιά να έχουν παρατεταμένη διαμονή στα ιδρύματα χωρίς να το απαιτεί η κατάσταση υγείας τους.

Να έχουν αποδεδειγμένα στοιχεία εγκατάλειψης ή παραμέλησης.

Να έχουν εισαγωγή κατόπιν εισαγγελικής εντολής ή

Να έχουν εγκαταλειφθεί από τους ίδιους τους γονείς ή κηδεμόνες τους.

Μεθοδολογία: Η συλλογή των στοιχείων της μελέτης έγινε με ειδικό έντυπο καταγραφής. Στο έντυπο περιελήφθησαν μεταβλητές που αφορούσαν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονιών τους σε όσα υπήρχαν, όπως και πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση και τους λόγους εισαγωγής και παραμονής του παιδιού στο Ίδρυμα και τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση του παιδιού κατά την ημέρα εισαγωγής του. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον ατομικό φάκελο των παιδιών.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 18. Η στατιστική δοκιμασία ήταν η δοκιμασία χ^2 test.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη. Στη παρούσα μελέτη τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους και δόθηκε η σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας των ιδρυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 46 παιδιά φιλοξενούμενα σε παιδιατρικά νοσοκομεία ή σε διάφορα κέντρα υποδοχής εκ των οποίων 8 παιδιά, ποσοστό 17,4% νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο Π. και Α. Κυριακού, 20 παιδιά σε ποσοστό 43,5% στο Αγ. Σοφία και σε διάφορα κέντρα διέμεναν 18 παιδιά, 39,1% ποσοστό.

Τα 24 παιδιά, ποσοστό 52,2% ήταν κορίτσια. Η ηλικία των παιδιών σε ποσοστό 23,9% ήταν κάτω των 35 μηνών, το 41,3% είχε ηλικία 36 – 71 μηνών και το 34,8% έως 15 χρονών.

Ως προς τον τόπο διαμονής το μεγαλύτερο ποσοστό 45,7% διέμενε Αθήνα – Πειραιά, το 21,7% σε χωριό, το 13% στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής, το 8,7% σ' όλη του τη ζωή διέμενε σε ίδρυμα και το 10,9% μαζεύτηκε από τον δρόμο.

Αναφορικά με την ηλικία που είχαν κατά την εισαγωγή στο ίδρυμα, κάτω των 35 μηνών ήταν το 37%, μέχρι 71 μηνών το 34,7% και από 72 και πάνω το 28,3%.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση στο 43,5% του δείγματος υπήρχαν και οι δυο γονείς, στο 21,7%, ήταν διαζευγμένοι και το 34,8% αφορούσε παιδιά εκτός γάμου, μονογονεϊκών οικογενειών ή άλλων περιπτώσεων.

Ως προς τον τρόπο εισαγωγής των παιδιών το μεγαλύτερο ποσοστό 78,2% των παιδιών εισήχθη με εισαγγελική εντολή, το 6,5%, 3 παιδιά προσήλθαν με τους γονείς τους, 4,4% με το ΕΚΑΒ και το 10,9% από τη μητέρα ή άλλο συγγενικό πρόσωπο.

Για το 56,5% η παραμονή στο ίδρυμα παροχής φροντίδας ήταν συνεχής. Ενώ από το ποσοστό των παιδιών που η παραμονή τους δεν ήταν συνεχής το μεγαλύτερο ποσοστό 65% πήγε σε εθελόντρια οικογένεια και 35% σε συγγενικό πρόσωπο.

Ως προς τον αναγκαίο χρόνο παραμονής, έχοντας ως βάση τους 2 μήνες, ποσοστό 58,7% των παιδιών η παραμονή τους στο ίδρυμα είναι πάνω των 2 μηνών, δηλαδή παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή.

Όσον αφορά την ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό 76,1% είχαν αδέρφια και σε ποσοστό 57,1% ήταν περισσότερα από δύο. Επίσης το 38,9% των αδελφών έμενε στο ίδιο ίδρυμα, σε

ποσοστό 44,3% διέμενε σε άλλο ίδρυμα και με τους γονείς ή άλλο συγγενικό πρόσωπο το 16,8%.

Σχετικά με την φροντίδα του παιδιού πριν την εισαγωγή στο ίδρυμα παροχής φροντίδας το 47,8% είχε την ευθύνη η μητέρα, 15 παιδιά, ποσοστό 32,6% τα φρόντιζαν και οι δυο γονείς, ενώ το 19,6% είχε αναλάβει την φροντίδα άλλο συγγενικό πρόσωπο ή ήταν σε ίδρυμα όλη του τη ζωή.

Ως προς την ηλικία της μητέρας το μεγαλύτερο ποσοστό 41,2% ήταν ηλικίας κάτω των 32 ετών. Σχετικά δε με το επάγγελμα της, 19 μητέρες, ποσοστό 41,3% ήταν άνεργες, 8,7% εξέτιαν ποινή φυλάκισης, 4,3% ήταν ιερόδουλες, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό 21,6% εργάζονταν περιστασιακά. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας το 10,9% ήταν αναλφάβητες, το 47,8% είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ 5 μητέρες, σε ποσοστό 10,8% ήταν απόφοιτες γυμνασίου. Το 28,3% των μητέρων ήταν έγγαμες, το 21,7% διαζευγμένες και το 26,1% άγαμες.

Ως προς την εθνικότητα 21 μητέρες, ποσοστό 67,4% ήταν Ελληνικής καταγωγής (εκ των οποίων το 21,7% ήταν Ρομά και Πομάκοι) και 26,1% είχε άλλη εθνικότητα. Επίσης από τις μητέρες βρέθηκε ότι ήταν υγιείς το 30,4% ενώ το 41,3% είχε διάφορα προβλήματα υγείας. Από αυτές 8 μητέρες, ποσοστό 17,4% είχε κατάθλιψη, το 19,5% παρουσίαζε νοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα και το 4,4% έπασχε από λοιμώδη νοσήματα. Επίσης χρήση ουσιών έκανε το 10,9% των μητέρων.

Από τα στοιχεία για την μητέρα έως 19 ήταν ελλιπή ή δεν υπήρχαν καθόλου στοιχεία για τη μητέρα σε ποσοστό 20%. Ενώ για τον πατέρα το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο 19 πατέρες, ποσοστό 41,3% χωρίς καθόλου στοιχεία και με ελλιπή σε 29 πατέρες.

Ως προς την ηλικία του πατέρα ηλικίας κάτω των 32 ετών ήταν το 13,1%, ενώ από 33-52 ήταν το 23,9%. Σχετικά δε με το επάγγελμα ποσοστό 19,8% ήταν άνεργοι, 2, ποσοστό 4,3% εξέτιαν ποινή φυλάκισης, το 17,3% εργάζονταν περιστασιακά και το 10,8% απασχολούνταν κανονικά. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα το 15,2% ήταν αναλφάβητοι, το 30,4% είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ 1 πατέρας ήταν απόφοιτος γυμνασίου. Το 23,9% των πατέρων ήταν έγγαμοι, το 15,2% διαζευγμένοι το 8,7% άγαμοι και ένας χήρος.

Ως προς την εθνικότητα 23 πατέρες, ποσοστό 50% ήταν Ελληνικής καταγωγής (εκ των οποίων το 21,7% ήταν Ρομά ή Πομάκοι) και 19,6% είχε άλλη εθνικότητα.

Επίσης από τους πατέρες βρέθηκε ότι ήταν υγιείς το 30,4% ενώ το 17,4% είχε διάφορα προβλήματα υγείας. Από αυτά ποσοστό 6,5% είχε κατάθλιψη και το 10,9% παρουσίαζε νοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Επίσης χρήση ουσιών έκανε το 17,3% των πατέρων. Από αυτό το 10,8% έκανε χρήση ουσιών, ενώ το 6,5% ήταν εθισμένο στο αλκοόλ.

Σχετικά με την αιτία εισόδου του παιδιού σε ίδρυμα παροχής φροντίδας το 45,7% αφορούσε την παραμέληση, κακοποίηση και την εγκατάλειψη του παιδιού, ενώ το 54,3% αναφέρονταν σε άλλους λόγους, όπως φαίνονται στον πίνακα 4.

Όσον αφορά τα προβλήματα των παιδιών το 10,9% παρουσίαζε χρόνιο νόσημα, το 19,6% είχε νοητικά προβλήματα και το 11% είχε συγγενείς ανωμαλίες.

Σχετικά με την κατάσταση υγείας του παιδιού κατά την εισαγωγή του στο μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών 56,5% ήταν καλή, σοβαρή παραμέληση είχε το 17,4%, ενώ προβλήματα υγείας το 26,1%, όπως αναφέρεται και στον πίνακα 4. Επίσης για τους λόγους παραμονής στο ίδρυμα το 23,9% των παιδιών περιμένουν την υιοθεσία, το 45,6% αναμένουν να μεταφερθούν σε άλλο πλαίσιο φιλοξενίας και το 30,5% για άλλους κοινωνικούς λόγους ή προβλήματα υγείας, όπως φαίνονται στον πίνακα 6.

Όσον αφορά την επίσκεψη των γονιών το 41,3% επισκέπτεται το παιδί του. Από αυτό σε ποσοστό 60%, βλέπουν το παιδί τους κάθε μέρα έως 1 φορά την εβδομάδα, 16% 4 φορές το μήνα ή σπάνια και 24% απαγορεύεται η επίσκεψη από τον εισαγγελέα.

Τέλος, για την εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών πριν εισαχθούν στο ίδρυμα το μεγαλύτερο ποσοστό 67,4%, 31 παιδιά ήταν ανεμβολίαστα.

B. Στατιστικά αποτελέσματα

Από την στατιστική ανάλυση και την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας χ^2 test βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία χρειάζονται φιλοξενία σε ίδρυμα πάνω από 3 μήνες συχνότερα φιλοξενούνται σε διάφορα κέντρα υποδοχής και όχι στο νοσοκομείο $p=0,034$. Όσον αφορά το φύλο του παιδιού και την παρατεταμένη παραμονή σε ίδρυμα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές $p=0,598$. Αντίθετα όμως όσον αφορά την ηλικία του φιλοξενούμενου παιδιού βρέθηκε ότι συχνότερα παρατεταμένη φιλοξενία σε ιδρύματα τυγχάνει η ηλικιακή ομάδα 36-71 μηνών με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά, $p=0,064$.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο παραμονής όσον αφορά το τόπο διαμονής του παιδιού, την οικογενειακή του κατάσταση, τον τρόπο εισαγωγής του στο ίδρυμα (με εισαγγελική εντολή ή με άλλο τρόπο). Ενώ αντίθετα όταν η παραμονή ήταν συνεχής το παιδί παραμένει περισσότερο από 3 μήνες στο ίδρυμα $p=0,047$, και όταν δεν είναι συνεχής το παιδί συνήθως παραμένει συχνότερα σε εθελόντρια οικογένεια $p=0,031$.

Δεν βρέθηκε να επηρεάζει τον χρόνο παρατεταμένης και μη αναγκαίας παραμονής στο ίδρυμα η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια $p=0,584$, όπως επίσης δεν φαίνεται να συσχετίζεται ο αριθμός των παιδιών με την παρατεταμένη παραμονή $p=0,076$ και το ίδρυμα που μένουν τα αδέλφια εάν υπάρχουν $p=0,124$.

Δεν φαίνεται να συσχετίζεται ο χρόνος παρατεταμένης και μη αναγκαίας παραμονής στο ίδρυμα με το ποιος είχε τη φροντίδα του παιδιού πριν την εισαγωγή του σε αυτό $p=0,61$, την ηλικία της μητέρας $p=0,421$, το επάγγελμά της $p=0,521$, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας $p=0,255$, την οικογενειακή της κατάσταση $p=0,226$, την εθνικότητά της $p=0,429$, τη σωματική της υγεία $p=0,065$, τη χρήση ή όχι ουσιών της μητέρας $p=0,409$, αν είναι άγνωστη $p=0,204$, το επάγγελμα του πατέρα $p=0,300$, το μορφωτικό του επίπεδο $p=0,276$, την οικογενειακή του κατάσταση $p=0,449$ και την εθνικότητά του $p=0,094$.

Επίσης δεν βρέθηκε να σχετίζεται η παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή του παιδιού σε ίδρυμα με τη σωματική υγεία του πατέρα $p=0,416$, τη χρήση ουσιών από αυτόν, $p=0,071$ ή αν είναι άγνωστος $p=0,076$.

Ο χρόνος παραμονής στο ίδρυμα δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την αιτία εισόδου σε αυτό, όπως παραμέληση, κακοποίηση ή κοινωνικοοικονομικοί και άλλοι λόγοι $p=0,582$, όπως επίσης η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στο παιδί $p=0,085$. Αντίθετα όμως βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά ότι τα παιδιά, τα οποία έχουν νοητικά προβλήματα παραμένουν περισσότερο από 3 μήνες και πάνω, $p=0,043$. Ενώ δεν βρέθηκε να ευθύνονται για μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο οι συγγενείς ανωμαλίες $p=0,302$, όπως επίσης δεν βρέθηκε να σχετίζεται ο χρόνος παρατεταμένης παραμονής σε σχέση με την κατάσταση υγείας του παιδιού κατά την εισαγωγή του στο ίδρυμα $p=0,739$. Βρέθηκε όμως, ότι τα παιδιά τα οποία πρόκειται να υιοθετηθούν παραμένουν περισσότερο από 3 μήνες στο ίδρυμα φιλοξενίας $p=0,014$.

Επίσης από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία τα επισκέπτονται οι γονείς μένουν λιγότερο στο ίδρυμα, αλλά χωρίς στατιστική διαφορά από αυτά που δεν έχουν επισκεπτήριο $p=0,345$, όπως επίσης ο χρόνος παραμονής δεν επηρεάζεται από την συχνότητα του επισκεπτηρίου των γονιών $p=0,987$.

Τα παιδιά τα οποία δεν είναι εμβολιασμένα πριν την εισαγωγή τους στο ίδρυμα παραμένουν και περισσότερο χρόνο σε αυτό με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά $p=0,071$.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ίδρυμα παροχής φροντίδας

ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ		n	%
ΙΔΡΥΜΑ	Νοσοκομείο Παιδων «Π&Α Κυριακού»	8	17,4
	Παιδων «Η Αγία Σοφία»	20	43,5
	Διάφορα κέντρα υποδοχής	18	39,1

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή στο ίδρυμα παροχής φροντίδας

ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ		n	%
ΑΝΑΓΚΑΙΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	Ναι (0-2 μήνες)	19	41,3
	Όχι (3 – 96 μήνες)	27	58,7

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		n	%
ΦΥΛΟ	Αγόρι	22	47,8
	Κορίτσι	24	52,2
ΗΛΙΚΙΑ	Ημερών – 35 μηνών	11	23,9
	36 – 71 μηνών	19	41,3
	72 μηνών – 15 ετών	16	34,8
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αθήνα – Πειραιά	21	45,7
	Χωρίο	10	21,7
	Ευρύτερη περιοχή της Αττικής	6	13,0
	Ίδρυμα	4	8,7
	Στο δρόμο	5	10,9
ΗΛΙΚΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	Ημερών – 35 μηνών	17	37,0
	36 – 71 μηνών	16	34,7
	72 μηνών – 15 ετών	13	28,3
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Υπάρχουν και οι δυο γονείς	20	43,5
	Διαζευγμένοι	10	21,7
	Εκτός γάμου	12	26,1
	Μονογονεϊκή οικογένεια με πατέρα	1	2,2
	Ζει με τους παππούδες	1	2,2
	Το άφησαν κάπου	2	4,3
ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	Ναι	35	76,1
	Όχι	8	17,4
	Άγνωστο	3	6,5
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΛΦΩΝ	Ένα	15	42,9
	Δύο ή/ και περισσότερα	20	57,1
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΑΔΕΛΦΩΝ	Στο ίδιο ίδρυμα	14	38,9
	Σε άλλο ίδρυμα	16	44,3
	Με τους γονείς ή άλλο συγγενή	5	16,8
ΠΟΙΟΣ ΕΙΧΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΡΙΝ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	Γονείς	15	32,6
	Μητέρα	22	47,8
	Πατέρας	5	10,9
	Παππούς – γιαγιά	1	2,2
	Ίδρυμα από την αρχή της ζωής του	3	6,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή του δείγματος με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά της μητέρας

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		n	%
ΗΛΙΚΙΑ	Έως 32 ετών	19	41,2
	33 – 47 ετών	11	24,0
	Άγνωστα στοιχεία	15	32,6
	Θάνατος μητέρας	1	2,2
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργη	19	41,3
	Είναι στη φυλακή	4	8,7
	Ιερόδουλη	2	4,3
	Εργαζόμενη περιστασιακά	10	21,6
	Άγνωστα στοιχεία	11	24,1
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αναλφάβητη	5	10,9
	Δημοτικό	22	47,8
	Γυμνάσιο	5	10,8
	Άγνωστα στοιχεία	12	30,5
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Έγγαμη	13	28,3
	Διαζευγμένη	10	21,7
	Άγαμη	12	26,1
	Άγνωστα στοιχεία	12	23,9
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	21	45,7
	Ελληνική (Ρομά, Πομάκοι)	10	21,7
	Άλλης	12	26,1
	Άγνωστα στοιχεία	3	6,5
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Υγιής	14	30,4
	Κατάθλιψη	8	17,4
	Νοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα	9	19,5
	Λοιμώδη νοσήματα	2	4,4
	Άγνωστα στοιχεία	13	28,3
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	Όχι	28	60,9
	Ναρκωτικά	5	10,9
	Άγνωστα στοιχεία	13	30,4
ΑΓΝΩΣΤΗ	Όχι	36	80,0
	Ναι	9	20,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή του δείγματος με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πατέρα

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΤΕΡΑ		n	%
ΗΛΙΚΙΑ	Έως 32 ετών	6	13,1
	33 – 47 ετών	11	23,9
	Άγνωστα στοιχεία	29	63,0
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος	9	19,8
	Είναι στη φυλακή	2	4,3
	Περιστασιακά εργαζόμενος	8	17,3
	Εργαζόμενος	5	10,8
	Άγνωστα στοιχεία	22	47,8
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αναλφάβητος	7	15,2
	Δημοτικό	14	30,4
	Γυμνάσιο	1	2,2
	Άγνωστα στοιχεία	24	52,2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Έγγαμος	11	23,9
	Διαζευγμένος	7	15,2
	Άγαμος	4	8,7
	Χήρος	1	2,2
	Άγνωστα στοιχεία	23	50,0
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	13	28,3
	Ελληνική (Ρομά-Πομάκοι)	10	21,7
	Άλλης	9	19,6
	Άγνωστα στοιχεία	14	30,4
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Υγιής	14	30,4
	Κατάθλιψη	3	6,5
	Νοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα	5	10,9
	Άγνωστα στοιχεία	24	52,2
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	Όχι	17	37,0
	Ναρκωτικά	5	10,8
	Αλκοόλ	3	6,5
	Άγνωστα στοιχεία	21	45,7
ΑΓΝΩΣΤΟΣ	Όχι	27	58,7
	Ναι	19	41,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κατανομή του δείγματος με βάση την εικόνα εισόδου του παιδιού στο ίδρυμα παροχής φροντίδας

ΕΙΚΟΝΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ		n	%
ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	Με εισαγγελική εντολή	36	78,2
	Από τους ίδιους τους γονείς	3	6,5
	Με ΕΚΑΒ	2	4,4
	Από τη μάνα	4	8,7
	Από άλλο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο	1	2,2
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	Παραμέληση	16	34,8
	Εγκατάλειψη	5	10,9
	Σωματική κακοποίηση	5	10,9
	Σεξουαλική κακοποίηση	2	4,3
	Λόγοι φυλάκισης γονέων	1	2,2
	Κοινωνικοοικονομικοί λόγοι	8	17,3
	Παράνομη υιοθεσία	1	2,2
	Επαιτεία	2	4,3
	Πάθηση	5	10,9
	Πρωωρότητα	1	2,2
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Καλή	26	56,5
	Σοβαρή παραμέληση	8	17,4
	Η πάθησή του	4	8,7
	Αναπνευστική δυσχέρεια	1	2,2
	Φυματίωση	2	4,3
	Υπερδιέγερση και εναντιωματική συμπεριφορά	1	2,2
	Στερητικό σύνδρομο από μάνα	1	2,2
	Λιποβαρές	3	6,5
ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	Ναι	15	32,6
	Όχι	31	67,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Κατανομή του δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας του παιδιού

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ		n	%
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Όχι	41	89,1
	Υπέρταση	1	2,2
	2-methylcrotonyl-coa denhydrogonase deficiency syndrome	1	2,2
	Σακχαρώδης διαβήτης	1	2,2
	Ηπατίτιδα C	2	4,3
ΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Όχι	37	80,4
	Εγκεφαλική παράλυση	1	2,2
	Νοητική υστέρηση	2	4,3
	Οριακή νοημοσύνη	5	10,9
	Αυτισμός	1	2,2
ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	Όχι	41	89,0
	Δυσπλασία	1	2,2
	Μικροκεφαλία και κρυπτορχία	1	2,2
	Μικροκεφαλία	1	2,2
	Δυσπλασία κάτω άκρων και ατρησία ορθού	1	2,2
	Προπτιονική οξυαιμία	1	2,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή του δείγματος με βάση την παραμονή στο ίδρυμα

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ		n	%
ΑΝ Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΤΑΝ ΣΥΝΕΧΗΣ	Ναι	26	56,5
	Όχι	20	43,5
ΑΝ ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΠΟΥ ΠΗΓΕ	Εθελόντρια οικογένεια	13	65,0
	Μητέρα	5	25,0
	Γονείς	1	5,0
	Άλλο συγγενικό πρόσωπο	1	5,0
ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	Περιμένουν υιοθεσία	11	23,9
	Εύρεση πλαισίου	21	45,6
	Εύρεση πλαισίου και πρόβλημα υγείας	3	6,5
	Κοινωνικοοικονομικοί λόγοι	7	15,2
	Αναμονή για επιστροφή στην οικογένεια	4	8,8
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΓΟΝΕΩΝ	Ναι	19	41,3
	Όχι	27	58,7
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ	Κάθε μέρα – 1 φορά την εβδομάδα	15	60,0
	4 φορές το μήνα – σπάνια	4	16,0
	Απαγορεύεται από τον εισαγγελέα	6	24,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Σύγκριση του χρόνου παρατεταμένης μη αναγκαία παραμονής των παιδιών σε ιδρύματα σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΠΑΡΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ				Ρ
		Μέχρι 2 μήνες		3 μήνες και πάνω		
		η	%	η	%	
ΙΔΡΥΜΑ	Νοσοκομεία Παιδων	15	78,9	13	48,1	0,034
	Ιδρύματα Υποδοχής	4	21,1	14	51,9	
ΦΥΛΟ	Αγόρι	9	47,4	13	48,1	0,598
	Κορίτσι	10	52,6	14	51,9	
ΗΛΙΚΙΑ	Ημερών – 35 μηνών	6	31,6	5	18,5	0,064
	36 – 71 μηνών	4	21,1	15	55,6	0,057
	72 μηνών – 15 ετών	9	47,4	7	25,9	0,715
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Χωριό και ευρύτερη περιοχή Αττικής	8	42,1	8	29,6	0,662
	Αθήνα – Πειραιά	8	42,1	13	48,1	0,663
	Ίδρυμα και στο δρόμο	3	15,8	6	22,2	0,387
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Υπάρχουν και οι δυο γονείς	10	52,6	10	37	0,523
	Διαζευγμένοι γονείς	4	21,1	6	22,2	0,519
	Εκτός γάμου και άλλες περιπτώσεις	5	26,3	11	40,7	0,260
ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	Με εισαγγελική εντολή	14	73,7	22	81,5	0,390
	Με άλλο τρόπο	5	26,3	5	18,5	
Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΤΑΝ ΣΥΝΕΧΗΣ	Ναι	14	73,7	12	44,4	0,047
	Όχι	5	26,3	15	55,6	
ΑΝ, Η ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΊΔΡΥΜΑ ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΣΥΝΕΧΗΣ, ΠΟΥ ΠΗΓΕ	Εθελόντρια οικογένεια	1	20,0	12	80,0	0,031
	Μητέρα, γονείς και άλλοι συγγενείς	4	80,0	3	20,0	
ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	Ναι	15	78,9	20	76,9	0,584
	Όχι	4	21,1	6	23,1	
ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΔΕΛΦΙΑ, ΠΟΣΑ	Ένα	9	60,0	6	30,0	0,076
	Δυο ή και περισσότερα	6	40,0	14	70,0	
ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ	Στο ίδιο ίδρυμα	8	53,3	6	28,6	0,124
	Αλλού	7	46,7	15	71,4	
ΠΟΙΟΣ ΕΙΧΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	Γονείς	6	31,6	9	33,3	0,611
	Μητέρα	8	42,1	14	51,9	0,614
	Άλλοι συγγενείς ή στο ίδρυμα από την αρχή της ζωής του	5	26,3	4	14,8	0,538

*Fisher's exact test

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Σύγκριση του χρόνου παρεταμένης μη αναγκαίας παραμονής των παιδιών σε ιδρύματα σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά της μητέρας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΠΑΡΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ				P
		Μέχρι 2 μήνες		3 μήνες και πάνω		
		n	%	n	%	
ΗΛΙΚΙΑ	Έως 32 ετών	9	69,2	10	58,8	0,421
	33 – 47 ετών	4	30,8	7	41,2	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργη	6	40,0	9	45,0	0,521
	Άλλο	9	60,0	11	55,0	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αναλφάβητη και δημοτικό	13	92,9	14	77,8	0,255
	Γυμνάσιο	1	7,1	4	22,2	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Παντρεμένη	8	53,3	5	25,0	0,226
	Διαζευγμένη	3	20,0	7	35,0	0,225
	Ανύπαντρη	4	26,7	8	40,0	0,155
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	8	44,4	13	52,0	0,429
	Άλλη	10	55,6	12	48,0	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Υγιής	9	60,0	5	27,8	0,065
	Άλλο	6	40,0	13	72,2	
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	Όχι	12	80,0	16	88,9	0,409
	Ναρκωτικά	3	20,0	2	11,1	
ΑΓΝΩΣΤΗ	Όχι	16	88,9	20	74,1	0,204
	Ναι	2	11,1	7	25,9	

*Fisher's exact test

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Σύγκριση του χρόνου παρεταμένης μη αναγκαία παραμονής των παιδιών σε ιδρύματα σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πατέρα

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΠΑΡΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ				P
		Μέχρι 2 μήνες		3 μήνες και πάνω		
		n	%	n	%	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Άνεργος	6	46,2	3	27,3	0,300
	Άλλο	7	53,8	8	72,7	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αναλφάβητος	3	23,1	4	44,4	0,276
	Δημοτικό και γυμνάσιο	10	76,9	5	55,6	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Παντρεμένος	7	63,6	4	50,0	0,449
	Διαζευγμένος ή ανύπαντρος	4	36,4	4	50,0	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	8	57,1	5	27,8	0,094
	Άλλη	6	42,9	13	72,2	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Υγιής	9	69,2	5	55,6	0,416
	Άλλη	4	30,8	4	44,4	
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	Όχι	0	0,00	3	75,0	0,071
	Ναρκωτικά ή αλκοολ	4	100	1	25,0	
ΑΓΝΩΣΤΟΣ	Όχι	14	73,7	13	48,1	0,076
	Ναι	5	26,3	14	51,9	

*Fisher's exact test

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Σύγκριση του χρόνου παρατεταμένης μη αναγκαία παραμονής των παιδιών σε ιδρύματα σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ		ΠΑΡΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ				P
		Μέχρι 2 μήνες		3 μήνες και πάνω		
		n	%	n	%	
ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	Παραμέληση - εγκατάλειψη, κοινωνικόοικονομικοί λόγοι	11	57,9	16	59,3	0,582
	Άλλοι λόγοι	8	42,1	11	40,7	
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Όχι	15	78,9	26	96,3	0,085
	Ναι	4	21,1	1	3,7	
ΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	Όχι	18	94,7	19	70,4	0,043
	Ναι	1	5,3	8	29,6	
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	Όχι	18	94,7	23	85,2	0,302
	Ναι	1	5,3	4	14,8	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Καλή	11	57,9	15	55,6	0,739
	Σοβαρή παραμέληση	2	10,5	5	18,5	0,732
	Άλλη	6	31,6	7	25,9	0,901
ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	Περιμένουν υιοθεσία	1	5,3	10	37,0	0,014
	Άλλοι λόγοι	6	31,6	10	37,0	0,009
	Έυρεση πλαισίου	12	63,2	7	25,9	0,004
ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	Ναι	9	47,9	10	37,0	0,345
	Όχι	10	52,6	17	63,0	
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	Κάθε μέρα ή 1-2 φορές την εβδομάδα	7	58,3	8	61,5	0,987
	4 φορές το μήνα ή σπάνια	2	16,7	2	15,4	0,987
	Απαγορεύεται από τον εισαγγελέα	3	25,0	3	23,1	0,882
ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Ναι	9	47,4	6	22,2	0,071
	Όχι	10	52,6	21	77,8	

*Fisher's exact test

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παραμέληση μπορεί να αποβεί καταστρεπτική για ένα παιδί σε βάθος χρόνου, έχοντας ακόμα μεγαλύτερες συνέπειες και από τη σωματική κακοποίηση. Αμφότερες η κακοποίηση και παραμέληση αυξάνουν την πιθανότητα συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων όπως η κατάθλιψη, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, άλλες αγχώδεις διαταραχές, απώλεια της εμπιστοσύνης προς τους άλλους, κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά. Οι πιθανότητες μελλοντικής παραβατικής συμπεριφοράς και εγκληματικότητας ως ενήλικας αυξάνονται κατά 29% στα παιδιά που έχουν υποστεί οικογενειακή βία.^{33,60}

Όταν τα παιδιά έχουν βιώσει με ένταση εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις που θεωρούνται “τραυματογόνες” και οι εκδηλώσεις αυτές συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή φαίνεται ότι παραμένουν, χρειάζονται ουσιαστική βοήθεια με συνεχή υποστήριξη από το περιβάλλον τους και ειδική φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας.⁶¹

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι οι πιο συχνές και επίσημες αιτίες για το φαινόμενο εισόδου και παραμονής παιδιών σε ιδρύματα αποτελούν η απορία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Άλλοι σημαντικοί λόγοι εισαγωγής αφορούν την κακοποίηση του παιδιού, τον αλκοολισμό, τη φυλάκιση, την τοξικο-εξάρτηση και τη σοβαρή ασθένεια του γονιού.¹⁹ Επίσης ως βασική αιτία εγκατάλειψης ενοχοποιούνται οι μικρές ηλικιακά μητέρες από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και χωρίς οικονομική στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον.^{16,18} Γενικά οι τοποθετήσεις των παιδιών σε ιδρύματα γίνονται για κοινωνικά προβλήματα, νομικούς λόγους προστασίας από ακατάλληλους γονείς και για ιατρικούς λόγους του παιδιού.²⁰

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή των παιδιών σε ιδρύματα, έρχονται να επιβεβαιώσουν σε πολλά σημεία παλαιότερες μελέτες. Στη παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι μητέρες σε ποσοστό 40 έως 50% είναι μικρότερες των 32 χρόνων, άνεργες ή περιστασιακά εργαζόμενες, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (δημοτικό), διαζευγμένες ή άγαμες, με προβλήματα υγείας (κατάθλιψη, νοητικά ή ψυχιατρικά νοσήματα). Όσο για τον πατέρα υπάρχει

περίπου ανάλογη εικόνα, αλλά με ένα μεγάλο ποσοστό από 50 έως 60% να είναι ή με ελλιπή στοιχεία ή εντελώς άγνωστος, ενώ για την μητέρα το ποσοστό είναι μικρότερο, σχεδόν στο μισό των περιπτώσεων 20-30%.

Η Μπρούσκου αναφέρει ότι ύστερα από διάφορες ερμηνείες του φαινομένου, τα χαρακτηριστικά των γεννητόρων που εγκατέλειπαν τα παιδιά τους οδήγησαν σε τεσσάρων ειδών αιτιάσεις: αιτιάσεις σχετικές με την νοθογένεια, οικονομικού και δημογραφικού χαρακτήρα, ψυχολογικές και τέλος θεσμικές.²⁶

Σε μελέτη του 2012 στο Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης αναφέρεται ότι δεν μπορεί να απομονωθεί ένας αποκλειστικός παράγοντας που θα ήταν από μόνος του καθοριστικός για την εγκατάλειψη ενός παιδιού. Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη μητέρα είναι σημαντικοί, ενώ παράλληλα επιβαρυντικό ρόλο έχει η ψυχική υγεία της μητέρας, που είναι πολύ πιο σημαντική από τη σωματική της υγεία. Επίσης, αναφέρεται η απουσία ουσιαστικών πληροφοριών για τους γονείς (ιδιαίτερα για τους γεννήτορες).⁶²

Η οργάνωση «Γιατροί του κόσμου» αναφέρει ότι στη Δυτική Ευρώπη, οι περισσότερες περιπτώσεις εγκατάλειψης παιδιού αφορούν πολύ νέες γυναίκες που στερούνται κάποια μορφής ελευθερίας (παράνομοι μετανάστες, ή πόρνες, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες). Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις συχνά αναφέρουν ότι οι μητέρες που βρίσκονται σε κίνδυνο δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους ή δεν έχουν πρόσβαση στις ανάλογες υπηρεσίες υγείας. Έτσι γίνονται πιο ευάλωτες στην εκμετάλλευση και μην έχοντας ευκαιρία επιλογών, εγκαταλείπουν τα παιδιά τους.⁶³

Η Αγάθωνος σε έρευνά της το 1991 διατυπώνει ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των Ελλήνων γονιών που κακοποιούν - παραμελούν τα παιδιά τους, αφορούν το χαμηλό νοητικό επίπεδο, τη χαμηλή κοινωνική θέση, την κοινωνική απομόνωση, τη συναισθηματική τους ανωριμότητα, τις μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, τον περιορισμένο αυτοέλεγχο και τη μειωμένη ικανότητάς τους για φροντίδα του παιδιού τους σε ότι αφορά τις μητέρες, ευρήματα που συμφωνούν με αυτά της παρούσας μελέτης.⁶⁴

Στατιστικά στοιχεία από τα παιδικά χωριά SOS το 2006 και από το «Χαμόγελο του παιδιού» το 2012 ως λόγος απομάκρυνσης από το οικογενειακό περιβάλλον και την παραμονή των παιδιών σε ίδρυμα φιλοξενίας αναφέρεται με μεγαλύτερο ποσοστό η παραμέληση.^{9,65}

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία» αναφέρει ότι πιο συχνές δηλωθείσες περιπτώσεις ήταν αυτές των άθλιων συνθηκών διαβίωσης, της χρήσης ουσιών από τους γονείς και της σωματικής κακοποίησης του παιδιού.²¹

Στο πλαίσιο του προγράμματος Δάφνη (2003-4) και με τη συνεργασία του Π.Ο.Υ. και του Πανεπιστημίου του Birmingham U.K., διεξήχθη έρευνα σε 33 χώρες της Ευρώπης, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα. Όσον αφορά την Ελλάδα, παρατηρήθηκε χαμηλή αναλογία παιδιών κάτω των 3 ετών σε ιδρύματα, 114 παιδιά περίπου που αφορούσαν μόνο στα δημόσια ιδρύματα του τότε Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να υπάρχουν στοιχεία από εκκλησιαστικά ιδρύματα ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Στις χώρες της Ε.Ε. για το συντριπτικό ποσοστό, περίπου 70% των παιδιών, ο λόγος εισαγωγής στο ίδρυμα παιδιών κάτω των 3 ετών, ήταν η κακοποίηση-παραμέληση. Για το 4% ήταν η αναπηρία και για το 23% άλλοι λόγοι όπως π.χ. η φυλάκιση των γονιών, ενώ δεν βρέθηκε ούτε ένα παιδί αυτής της ηλικίας στο ίδρυμα ορφανό και από τους δύο γονείς.⁶⁶

Όσον αφορά τα αίτια εισόδου στο ίδρυμα στην παρούσα έρευνα οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις ήταν η παραμέληση, οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι, η εγκατάλειψη και η σωματική κακοποίηση.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο ίδρυμα, βρέθηκε ότι τα παιδιά εισήχθησαν με εισαγγελική εντολή με ποσοστό 78,2% και η παρατεταμένη παραμονή στο ίδρυμα ήταν πέραν των δυο μηνών. Σε πρόσφατη έρευνα σε παιδιατρικό νοσοκομείο σε σχέση με τα παιδιά που φιλοξενούνται στο νοσοκομείο κατόπιν εισαγγελικής εντολής παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση εισαγγελικών παραγγελιών. Την τελευταία πενταετία μάλιστα παρατηρήθηκαν διπλάσιες εισαγωγές καθώς και αύξηση του χρόνου παραμονής των παιδιών στο νοσοκομείο σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Ο μέσος όρος παραμονής σήμερα είναι οι δυο μήνες ενώ παλαιότερα περίπου δεκαπέντε ημέρες.²¹

Αναφέρεται ότι οι συνθήκες που βιώνουν τα παιδιά με παραμέληση περιλαμβάνουν την έλλειψη ασφαλούς περιβάλλοντος, καθαριότητας και κάλυψης των βασικών αναγκών των παιδιών. Στην περίπτωση της εκπαιδευτικής παραμέλησης τα παιδιά αυτά έχουν χαμηλότερες επιδόσεις, γίνονται αποδέκτες

συχνών πειθαρχικών μέτρων από τη διεύθυνση του σχολείου και επαναλαμβάνουν τις σχολικές τάξεις.⁶⁷

Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά ότι τα παιδιά, τα οποία έχουν νοητικά προβλήματα παραμένουν περισσότερο από 3 μήνες στο ίδρυμα που τα φιλοξενεί. Στα νοητικά προβλήματα η πλειοψηφία των παιδιών αυτών παρατηρούνταν με οριακή νοημοσύνη. Το υπεύθυνο ίδρυμα αναζητούσε με τους υπευθύνους της ομάδας εάν ήταν όντως υπαρκτή ή ψευδής λόγω της εκπαιδευτικής τους παραμέλησης. Η Χατζηδημητρίου⁶⁰ καταγράφει σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη ότι η ύπαρξη συνδρόμου Down αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εγκατάλειψη ενός παιδιού.

Στην παραμέληση ενός παιδιού προσδίδεται η αποτυχία ενός γονέα ή άλλου ατόμου που είναι νομικά υπεύθυνο για την ευημερία του παιδιού να καλύπτει τις βασικές του ανάγκες και να παρέχει ένα επαρκές επίπεδο φροντίδας. Η σωματική παραμέληση περιλαμβάνει τη στέρηση των αναγκών, όπως φαγητού, ρουχισμού, κατοικίας, επίβλεψης, ιατρικής φροντίδας και μόρφωσης.³¹

Όσον αφορά την παραμέληση, αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σοβαρή μορφή κακοποίησης και εκδηλώνεται σε παιδιά με μικρό σωματικό βάρος, με παντελή έλλειψη ιατρικής φροντίδας, ακόμα και με ατημέλητη εξωτερική εμφάνιση, στην οποία δεν τηρούνται οι στοιχειώδεις κανόνες ατομικής υγιεινής.^{68,69}

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους δεν διαθέτουν υψηλές γονικές δυνατότητες και δεν παρέχουν ιατρική φροντίδα. Επίσης σηματοδοτεί ότι ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί.^{30,31,33} Τη φτωχή ιατρική φροντίδα την συναντάμε και στην παρούσα μελέτη με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρατηρούμε ότι τα παιδιά που εισήχθησαν στο ίδρυμα και παραμένουν δεν είναι εμβολιασμένα πριν την εισαγωγή τους σε αυτό. Επίσης στην ερώτηση για την κατάσταση της υγείας του παιδιού κατά την εισαγωγή, στο 23,9% των παιδιών αναφέρεται σοβαρή παραμέληση. Από αυτό το ποσοστό, 3 παιδιά, ποσοστό 6,5% ήταν λιποβαρή λόγω της σοβαρής παραμέλησης.

Επίσης από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία τα επισκέπτονται οι γονείς μένουν λιγότερο στο ίδρυμα. Το γεγονός ότι οι γονείς που διατηρούν συναισθηματική επαφή και επιδιώκουν την επικοινωνία με τα παιδιά τους

έχει σαν αποτέλεσμα να επισπεύδονται οι νομικές διαδικασίες ώστε η επιστροφή στην οικογένεια να είναι εφικτή.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η ηλικιακή ομάδα παιδιών που βρέθηκε ότι συχνότερα έχει παρατεταμένη φιλοξενία σε ιδρύματα είναι η ομάδα 3-6 χρόνων. Η δυσκολία σε αυτήν την ηλικία οφείλεται στο ότι οι θετοί γονείς θέλουν να υιοθετήσουν παιδιά που δεν έχουν μνήμες και επιθυμούν να μην υπάρχουν προβλήματα αποχωρισμού. Επίσης πιθανόν να θέλουν να βιώσουν την ανάπτυξη του παιδιού και το δέσιμο είτε από την βρεφική είτε ακόμη και από τη νεογνική ηλικία. Ένας άλλος πιθανός λόγος είναι σε αυτά τα παιδιά να υπάρχουν προβλήματα στην οικογένεια όπως ασθένειες, οικονομικά προβλήματα, χρήση ουσιών και πιθανόν οι γονείς να μην έχουν συγκατατεθεί για υιοθεσία. Έτσι χρησιμοποιούν την παραμονή του παιδιού ως κοινωνική φιλοξενία μέχρις ότου αποκατασταθεί το πρόβλημα στην οικογένεια. Επιπλέον παραμένουν στα ιδρύματα και σε μεγαλύτερη ηλικία παιδιά που αντιμετωπίζουν τόσο σωματικά όσο και νοητικά προβλήματα υγείας.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι όταν η παραμονή ήταν συνεχής το παιδί παραμένει περισσότερο από 3 μήνες στο ίδρυμα. Όταν δεν είναι συνεχής το παιδί συνήθως παραμένει συχνότερα σε εθελόντρια οικογένεια και δεν επιστρέφει στην οικογένεια του.

Τα τελευταία χρόνια ο όγκος των ερευνητικών δεδομένων και η μεγάλη κοινωνική σημασία του ζητήματος οδήγησαν τον Π.Ο.Υ.⁷⁰ να αντιμετωπίσει το θέμα της βίας, που είναι κομμάτι της παραμέλησης και κακοποίησης, όχι απλώς ως ένα ζήτημα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, με συνέπεια να απαιτείται η ανάπτυξη κοινών, για τους επιστήμονες, εννοιών και μεθοδολογικών εργαλείων για την εκπόνηση τεκμηριωμένων επιδημιολογικών ερευνών καθώς και θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο ορισμός και η μελέτη της έκτασης του προβλήματος, η αναζήτηση των αιτίων, απαιτούν την εμπλοκή πολλών εξειδικευμένων επαγγελματιών από διαφορετικές επιστήμες όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η ψυχολογία, η εγκληματολογία, η εκπαίδευση, η απονομή ποινικής δικαιοσύνης, η οικονομία κ.α.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα ευρήματα από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με τους παράγοντες που ευθύνονται για την εισαγωγή των παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας βρέθηκε ότι είναι κυρίως κοινωνικοί και οικονομικοί περιλαμβάνοντας τη φτώχεια, το νεαρό της ηλικίας της μητέρας και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό της επίπεδο, τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας και του πατέρα, καθώς και αντίστοιχα προβλήματα υγείας του παιδιού. Επομένως οι λόγοι είναι πολυπαραγοντικοί για την παρατεταμένη παραμονή των παιδιών σε ιδρύματα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Να υπάρχει ένα δημόσιο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών με ειδικό επιστημονικό εκπαιδευμένο προσωπικό σε όλες τις ειδικότητες έτσι ώστε να μπορεί να βοηθήσει ειδικότερα εγκαταλελειμμένα παιδιά, παιδιά με μητέρες κακοποιημένες, γονείς που είναι εξαρτημένα άτομα για διάφορους λόγους, μονογονεϊκές οικογένειες και ειδικές κατηγορίες όπως οι Ρομά. Με ένα συνολικό, επεξεργασμένο, επιστημονικό πρόγραμμα για οικογενειακό προγραμματισμό, με παρακολούθηση ζητημάτων σε θέματα περίθαλψης, πρόληψης, υγιεινής, με ειδικά σεμινάρια και μαθήματα στελεχωμένα με νοσηλεύτες, γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους που να βοηθούν σ' αυτή την κατάσταση.
2. Δημόσιος, πανελλαδικός φορέας κοινωνικών υπηρεσιών που θα έχει την ευθύνη κατά αποκλειστικότητα την προστασία του παιδιού χωρίς οικογένεια, του εγκαταλελειμμένου και κακοποιημένου παιδιού και θα διεκπεραιώνει τα ζητήματα της υιοθεσίας και της αναδοχής. Επίσης θα πρέπει να είναι στελεχωμένος με κατάλληλο προσωπικό επιστημονικό και τεχνικό, βρεφονηπιοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι παράγοντες που ευθύνονται για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή των παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας πρέπει να αξιολογούνται σε τακτά διαστήματα.

Σκοπός: Η διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την εγκατάλειψη παιδιών σε ιδρύματα.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτελέσαν παιδιά που φιλοξενούνται σε διάφορα ιδρύματα για κοινωνικούς λόγους, όπως είναι δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία και άλλα κέντρα προστασίας του παιδιού. Η συλλογή των στοιχείων της μελέτης έγινε με ειδικό έντυπο καταγραφής, οι πληροφορίες συλλέχτηκαν από τον ατομικό φάκελο των παιδιών. Επίσης, από το ιστορικό καταγράφηκε η φυσική και συναισθηματική τους κατάσταση κατά την ημέρα εισαγωγής τους. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS v. 18 και τη στατιστική δοκιμασία χ^2 test.

Αποτέλεσμα: Από τα 46 παιδιά που φιλοξενούνται σε παιδιατρικά νοσοκομεία ή σε διάφορα κέντρα υποδοχής τα 8 παιδιά, ποσοστό 17,4% νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Π. και Α. Κυριακού, τα 20 σε ποσοστό 43,5% στο Αγ. Σοφία και σε διάφορα κέντρα διέμεναν 18 παιδιά, 39,1% ποσοστό. Από αυτά τα 24 παιδιά, ποσοστό 52,2% ήταν κορίτσια και το 47,8% αγόρια. Η ηλικία των παιδιών σε ποσοστό 23,9% ήταν κάτω των 35 μηνών, το 41,3% είχε ηλικία 36 – 71 μηνών και το 34,8% έως 15 χρονών. Ως προς την ηλικία που είχαν κατά την εισαγωγή στο ίδρυμα κάτω των 35 μηνών ήταν το 37%, μέχρι 71 μηνών το 34,7% και από 72 και πάνω το 28,3%. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση στο 43,5% του δείγματος υπήρχαν και οι δυο γονείς, στο 21,7%, ήταν διαζευγμένοι και το 34,8% αφορούσε παιδιά εκτός γάμου, μονογονεϊκών οικογενειών ή άλλων περιπτώσεων.

Ως προς τον τρόπο εισαγωγής των παιδιών το μεγαλύτερο ποσοστό 78,2% των παιδιών εισήχθη με εισαγγελική εντολή, το 6,5%, 3 παιδιά προσήλθαν με τους γονείς τους, 4,4% με το ΕΚΑΒ και το 10,9% από τη μητέρα ή άλλο συγγενικό πρόσωπο. Ως προς τον αναγκαίο χρόνο παραμονής, έχοντας ως βάση τους 2 μήνες, ποσοστό

58,7% των παιδιών η παραμονή τους στο ίδρυμα είναι πάνω των 2 μηνών, δηλαδή παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή.

Από την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία χρειάζονται φιλοξενία σε ίδρυμα πάνω από 3 μήνες συχνότερα φιλοξενούνται σε διάφορα κέντρα υποδοχής και όχι στο νοσοκομείο $p=0,034$. Όταν η παραμονή ήταν συνεχής το παιδί παραμένει περισσότερο από 3 μήνες στο ίδρυμα $p=0,047$, και όταν δεν ήταν συνεχής το παιδί συνήθως παραμένει συχνότερα σε εθελόντρια οικογένεια $p=0,031$.

Τα παιδιά τα οποία έχουν νοητικά προβλήματα παραμένουν περισσότερο από 3 μήνες και πάνω $p=0,043$, το ίδιο περιμένουν και τα παιδιά που πρόκειται $p=0,014$.

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα ευρήματα από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων αναφορικά με τους παράγοντες που ευθύνονται για την εισαγωγή των παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας βρέθηκε ότι είναι κυρίως κοινωνικοί και οικονομικοί περιλαμβάνοντας τη φτώχεια, το νεαρό της ηλικίας της μητέρας και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό της επίπεδο, τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας και του πατέρα, καθώς και αντίστοιχα προβλήματα υγείας του παιδιού. Επομένως οι λόγοι είναι πολυπαραγοντικοί για την παρατεταμένη παραμονή των παιδιών σε ιδρύματα.

INVESTIGATION OF FACTORS RESPONSIBLE FOR PROLONGED UNNECESSARY KEEPING KIDS IN PROVIDING CARE INSTITUTIONS

Summary

Introduction: The factors responsible for the unnecessary prolonged stay of children in care institutions should be evaluated at regular intervals.

Aim: To investigate factors accounting for the abandonment of children in institutions.

Material and Methods: The study sample result children hosted in various institutions for social reasons, such as public paediatric hospitals and other child protection centres. The data collection of the study was with a special registration form, the information collected from the child's personal file. Also, the recorded history of the physical and emotional condition during the day admitted. The statistical analysis was performed using the statistical program SPSS v. 18 and the statistical χ^2 test.

Result: Of the 46 children hosted in paediatric hospitals or in different centres of the 8 children, 17.4% hospitalized P. and A. Kyriakou, 20 to 43.5% in the Ag. Sophia and lived in various centres 18 children, 39.1% rate. Of these 24 children, 52.2% were female and 47.8% boys. Age of children at a rate of 23.9% was less than 35 months, 41.3% are aged 36-71 months, and 34.8% to 15 years. As to the age at the introduction of the institution under 35 months was 37%, up to 71 months 34.7% and from 72 and above 28.3%. About marital status in 43.5% of the sample had both parents, 21.7% were divorced and 34.8% were children out of wedlock, single parents or other cases.

As to how to introduce children the highest percentage 78.2% of children introduced by court order, 6.5%, 3 children came with their parents, 4.4% with ambulance and 10.9% of the mother or another family member. As for the necessary residence time, underpinned by two months, up 58.7% of the children stay in the institution is more than 2 months, i.e. prolonged unnecessary stay.

From the statistical analysis found that children who need hospitality institution over 3 months often hosted in various reception centres rather than in hospital

$p = 0,034$. When their stay was continuous child remains more than three months at the institution $p = 0,047$, where there was continuous child usually remains common in volunteer family $p = 0,031$.

The children who have mental problems remain more than three months and more $p = 0,043$, the same waiting and children to $p = 0,014$

Conclusion: According to the results of the statistical analysis of data regarding the factors responsible for the introduction of children in care institutions found to be mainly social and economic, including poverty, the young age of the mother and the low socio-economic level, the physical and mental health of the mother and father as well as corresponding child health problems. Therefore the reasons for overstaying of children in institutions are multifactorial.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασοπούλου Μ, 2010, Ιστορική αναδρομή για τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, 2010, 9(1): 51-60.
2. Αθανασοπούλου Μ. και Καλοκαιρινού Α., Το φαινόμενο εγκατάλειψης βρεφών και η αντιμετώπιση του σε Ευρώπη και Αμερική, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης, 2010, 3(3): 85-89.
3. Ten Bensei RW, Rheinberger MM, Radbill, 1997, Child abuse and neglect by parents and other caregivers, Children in a world of violence: the roots of child maltreatment, eds. The battered child. Chicago, IL, University of Chicago Press, 3–28.
4. Ζηλίδης, Χ. 1990, Η κοινωνική προστασία του παιδιού στην Ελλάδα, Κοινωνική Εργασία, 2: 221-241.
5. Χατζηδημητρίου Χ., Παράγοντες που οδηγούν την τοποθέτηση βρεφών σε ίδρυμα Έρευνα στα πλαίσια της συνεργασίας της υπηρεσίας παιδιού και εφήβου με το δημοτικό βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης”, Προσεγγίσεις, εκδ: University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2004.
6. Ληξουργιώτης Γ., Οι κοινωνικές και νομικές αντιλήψεις για το παιδί στον πρώτο αιώνα του νεοελληνικού κράτους, εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1986
7. Καλλιγά Ε., Η πρόνοια για το παιδί στην Ελλάδα του 19ου αιώνα, εκδ. Δωδώνη, Αθήνα – Γιάννενα, 1990
8. Καλλιγά, Ε., Πρόνοια για το παιδί τον περασμένο αιώνα. Στο: Ελκ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (Επιμ.) (1993), Οικογένεια - Παιδική Προστασία - Κοινωνική Πολιτική, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1993.
9. Έκθεση αξιολόγησης παιδικών χωριών SOS Ελλάδος, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, Ινστιτούτο κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα, 2006.
10. Σχέση δράσης για την οριζόντια δικτύωση και το συντονισμό υπηρεσιών και φορέων κοινωνικής αλληλεγγύης για το παιδί, Το χαμόγελο του παιδιού, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ειδική υπηρεσία διαχείρισης Ε.Π «Υγεία – Πρόνοια», Αθήνα- Κύπρος, 2009
11. Δήμος Αθηναίων Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών στο: <http://www.dbda.gr/>
12. Σεφέρης Κ. , Ελληνικό Συνδικαλιστικό Κίνημα 1860-1975, Αθήνα, (1975)
13. Ν.Δ. 2882/1922

14. Χασιώτης Λ., Το παιδιά του εμφυλίου. Από την «κοινωνική πρόνοια» στον «Έρανο» της Φρειδερίκης (1936-1950), εκδ. Εστία, Αθήνα, 2013
15. Ν.2646/92, παρ.3, άρθρο 1
16. Bloch H., Abandonment, infanticide and filicide. An overview of inhumanity to children. *American Journal of Disabled Children*, 1998, 142:1058–1060
17. Μπρούσκου Α., Η διακίνηση των παιδιών στην Ελληνική κοινωνία: Ανθρωπολογική προσέγγιση. Στο: Αμπατζόγλου Γ. (ΕΠΙΜ.) (2002). *Αλλάζοντας χέρια*, εκδ: University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
18. Αθανασοπούλου Μ., Μεταπτυχιακή Διπλωματική Έρευνα, Η στάση των Νοσηλευτών απέναντι στο φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών, ΕΚΠΑ, 2008
19. Πανοπούλου-Μαράτου, Ο., Στάγκου, Λ., Γεώργας, Δ., Λαμπίδη, Α. & Δοξιάδης, Σ. Συστήματα ιδρυματικής περίθαλψης για παιδιά στην Ελλάδα: Λειτουργία των ιδρυμάτων και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών. Στο: Καλλινικάκη Θ. (Επιμ.), (1998). *Μεγαλώνοντας σε ίδρυμα*, εκδ: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
20. Γεωργιάδης Δ., Τα παιδιά που (ακόμη) τοποθετούνται σε ιδρύματα, οι ανάγκες τους και οι παρεμβάσεις των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών. Στο: Αμπατζόγλου Γ. (επιμ.) (2002). *Αλλάζοντας χέρια*, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
21. Φαρμακοπούλου Ι., Λιακοπούλου Μ., Χαντζαρά Β. και Κολαΐτης Γ., 2012, Κοινωνική Φροντίδα ή Χαμένη Ανταντίδα; Οδοιπορικό παιδιών από την απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον τους μέχρι την αποκατάστασή τους. Προβληματισμοί και προτάσεις κοινωνικής πολιτικής, Κοινωνική Εργασία, 2014, 26(105): 7-26
22. Panter – Brick C. and Smith M.T., Nobody's children? A reconsideration of child abandonment, *Abandoned Children*, ed: Cambridge University Press, Durham, 2000
23. Tolfree D *Roots and Roofs, The Care of Separated Children in the Developing World*, Save The children and Arena Ltd, London, 1995
24. Αμπατζόγλου Γ. , Ψυχο-κοινωνικές όψεις της εγκατάλειψης των παιδιών ή οι κατασκευές της εγκατάλειψης, Στο: Αμπατζόγλου Γ. (επιμ.) (2002). *Αλλάζοντας χέρια*, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
25. Κουκούλη Σ., Παπαδάκη Ε., Παττακού Β., Υφιστάμενη κατάσταση & εκτίμηση των αναγκών επαγγελματοποίησης των εμπλεκόμενων στη σχέση βοήθειας σε

παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους σε κατάσταση εγκατάλειψης στην Ελλάδα, Κρήτη, 2009

26. Μπρούσκου Α., Η εγκατάλειψη του παιδιού: φαινόμενο διαχρονικό και πάντα επίκαιρο. Στο: Αμπατζόγλου Γ. (επιμ.) (2002). Αλλάζοντας χέρια, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002

27. Αμπατζόγλου Γ., 2002, Ψυχο-κοινωνικές όψεις της εγκατάλειψης των παιδιών ή οι κατασκευές της εγκατάλειψης. Στο: Αμπατζόγλου Γ. (επιμ.) (2002). Αλλάζοντας χέρια, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002

28. W.H.O. , Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Geneva, 1999: 15

29. Σταυριανάκη Μ., Κυριακοπούλου Α., Ρίγκα Α., Νικολαΐδης Γ., Μεθοδολογία DELPHI: Μια ποιοτική προσέγγιση του φαινομένου της βίας κατά ανηλίκων, Αθήνα, 2008

30. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, Ινστιτούτο υγείας του παιδιού, Αθηνά, 1998

31. Hockenberry M., Wilson D., Παιδιατρική νοσηλευτική θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης, εκδ:Βήτα, Αθήνα, 2011

32. Candy D., Davies G., Ross E. , Κλινική παιδιατρική και υγεία του παιδιού, εκδ: Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα, 2002

33. Brown E., Η Νοσηλευτική στην ψυχική υγεία, εκδ:Λαγός Δημήτρης, Αθήνα, 2009

34. Erin E Endom, Munchasen syndrome by proxy. www.uptodate.com.

35. Lasher Lj, MBP overview and definitions www.mbpexpert.com/definition.html

36. Ξαφάκη Π., Λουρίδα Α., Σύνδρομο Munchausen by proxy, Δελτ Α' Παιδιατρική Κλινική Αθηνών 2007, 54(2): 176-181

37. Αντωνιάδου Ε., Δαρδαβέσης Θ., Κουτσαμπασόπουλος Κ., Παύλου Ε., Ζαγγελίδου, Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών: Αναδρομική μελέτη στα αρχεία της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας του νομού Θεσσαλονίκης, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 21(4):304-309

38. Νικολαΐδης Γ., Μορφές και χαρακτηριστικά της βίας κατά των παιδιών: θεωρητικοί μετασχηματισμοί και σύγχρονα δεδομένα, Αθήνα, 2010

39. Φερέτη Ε., Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα, 1998
40. Unicef at: <http://www.unicef.gr>
41. Μπαλούρδος Δ. & Φρονίμου Ε., Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: καλές πρακτικές, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, 2011
42. <http://www.childcom.ogr.gr>
43. Ν.2646/98
44. Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» στο <http://www.kvmhtera.gr/>
45. Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Έφη, Η αναδοχή ανηλίκου. Στο: Αμπατζόγλου Γ. (επιμ.) (2002). Αλλάζοντας χέρια, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002
46. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υπηρεσίες Κοινωνικής ευημερίας, Κύπρου στο <http://www.mlsi.gov.cy/>
47. Κέντρο προστασίας του παιδιού Καβάλας (πρώην Παιδόπολη) <http://www.pedopoli.gr>
48. Οι φίλοι του «Αναρρωτηρίου Πεντέλης», Μονάδα φροντίδας παιδιού στο «Αναρρωτήριο Πεντέλης» <http://www.filoia.gr>
49. Ν. 2447/96
50. Δημοτικό βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός» στο <http://www.agios-stylianos.gr/>
51. Πλευρίτη Ελένη, «Ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου παιδών «Π. & Α.Κυριακού» στη διαχείριση περιστατικών ανηλίκων με εισαγγελική εντολή» Ομιλία στη 2η Επιστημονική Ημερίδα «Ανήλικοι με εισαγγελική εντολή: εκπαίδευση και μέριμνα στο νοσοκομείο παιδών «Π. & Α.Κυριακού», 13 Μάρτη 2014
52. Morgan Speer K., Παιδιατρική Νοσηλευτική: Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, εκδ: Λαγός, Αθήνα, 2000
53. Lyxner K.L., Παιδιατρική Νοσηλευτική, εκδ: Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005
54. Συνήγορος του Πολίτη. 11 Δεκεμβρίου- Η Παγκόσμια Ημέρα του Παιδιού: Υπενθύμιση για τα Δικαιώματά του και τις Παραβιάσεις τους, 2005. Retrieved from www.synigoros.gr.
55. Αβραμικά Μ., Λαφαζάνη Π., Στεφανούδη Ε., Παιδική κακοποίηση και παρεμβάσεις, Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(3):146-151

56. Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ., 2013, Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός, Το βήμα του Ασκληπιού, 2013, 12(2):137-166
57. Mulvihill D. Nursing care of children after a traumatic incident. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2007,30(1-2):15–28
58. Belivanaki M, Kolaitis G, Kanari N, Tsiantis, J. Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents. Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry 2006, 43(2):53-58.
59. Τσιαντής Γ., Σωματική παραμέληση – κακοποίηση και ψυχική υγεία. Στο: Τσιαντής Γ. (Επιμ.) (2001), Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική, εκδ: Καστανιώτης, Αθήνα, 2001
60. Windom C.S., Maxfield M.G., (2001), An update on the cycle of violence. National Institute of Justice Research in Brief, Feb.2001. Retrieved August 23, 2007, from <http://www.ncjrs.org/pdffiles/nij/184894.pdf>
61. Mulvihill D. Nursing care of children after atraumatic incident. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2007, 30(1-2):15-28.
62. Χατζηδημητρίου Χ., Ψυχοπαθολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν στην εγκατάλειψη των παιδιών από τους γονείς τους , Θεσσαλονίκη,2012
63. Πρώτο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Πρόσβαση στην Περίθαλψη, χωρίς χαρτιά, χωρίς υγεία, Γιατροί του Κόσμου, Σεπτέμβριος 2007
64. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., (1991), Κακοποίηση – παραμέληση παιδιών, 2^η έκδοση, εκδ: Γρηγόρη, Αθήνα
65. Χαμόγελο του παιδιού, στατιστικά 2011 στο http://www.hamogelo.gr/files/PDF/statistika_2011/epitopia2011.pdf
66. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., «Παιδί και Ίδρυμα: Προστασία ή Κοινωνικός Αποκλεισμός;» στο Νικολαΐδης Γ. και Σταυριανάκη Μ. (επιμ.) Βία στην Οικογένεια. Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική, Εκδ. Κ.Ψ.Μ, 2009
67. Srednicki O, Twaite J A. Understanding and Reporting Child Abuse: Legal and Psychological Perspectives- Part One: Physical, Sexual Abuse and Neglect. The Journal of Psychiatry and Law, 2004, 32: 315- 359.
68. Μαρούλη Ε., (1977), Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. Εκλογή, 1977,42:4-9.

69. Κυριακούλα Η. Α., (2011), Ο παππούς και η γιαγιά σε γονεϊκό ρόλο. Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, 2011
70. World Health Organization (WHO), at: www.who.int

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

1	Ίδρυμα: Νοσοκομείο Παίδων Π&Α Κυριακού = 1, Παίδων «Η Αγία Σοφία» = 2, Κέντρο Προστασίας του Παιδιού Αττικής «Η ΜΗΤΕΡΑ» = 3, Διάφορα κέντρα υποδοχής = 4
2	Φύλο: αγόρι = 1, κορίτσι = 2
3	Ηλικία:.....
4	Τόπος διαμονής:
5	Ηλικία εισαγωγής στο Ίδρυμα:.....
6	Οικογενειακή κατάσταση: Υπάρχουν και οι δύο γονείς = 1, διαζευγμένοι γονείς = 2, μονογονεϊκή οικογένεια με μητέρα = 3, μονογονεϊκή οικογένεια με πατέρα = 4, ζει με παππούδες = 5, ζει με άλλο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο = 6, το άφησαν κάπου = 7, άλλο..... .8
7	Τρόπος εισαγωγής: Με εισαγγελική εντολή = 1, από τους ίδιους τους γονείς = 2, με το ΕΚΑΒ = 3, από άλλο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο = 4, με το 100 μετά από έκκληση άλλων προσώπων = 5, άλλο.....6.
8	Η παραμονή στο Ίδρυμα ήταν συνεχής; ΝΑΙ = 1, ΟΧΙ = 2, Εάν όχι, που πήγε;.....
9	Άλλα παιδιά στην οικογένεια: ΝΑΙ = 1, ΟΧΙ = 2, Άγνωστο = 3, Εάν ναι, πόσα;.....
10	Εάν υπάρχουν αδέρφια που μένουν;.....
11	Ποιος είχε τη φροντίδα πριν την εισαγωγή στο Ίδρυμα;.....
12	Στοιχεία μητέρας: Ηλικία....., επάγγελμα....., μορφωτικό επίπεδο....., οικογενειακή κατάσταση....., υπηκοότητα..... Σωματική υγεία....., ψυχική υγεία..... Χρήση ουσιών..... Άγνωστος
13	Στοιχεία πατέρα: Ηλικία....., επάγγελμα....., μορφωτικό επίπεδο....., οικογενειακή κατάσταση....., υπηκοότητα..... Σωματική υγεία....., ψυχική υγεία..... Χρήση ουσιών..... Άγνωστος
14	Αιτία εισόδου στο ίδρυμα:
15	Χρόνια νοσήματα:.....

16	Νοητικά προβλήματα παιδιού: ΝΑΙ = 1, ΟΧΙ = 2, Εάν ναι, τι;
17	Συγγενείς ανωμαλίες : ΝΑΙ = 1, ΟΧΙ = 2, Εάν ναι, τι;
18	Κατάσταση υγείας κατά την εισαγωγή:.....
19	Λόγοι παραμονής στο ίδρυμα:.....
20	Το επισκέπτονται οι γονείς; ΝΑΙ =1, ΟΧΙ=2. Πόσο συχνά;.....
21	Εμβολιαστική κάλυψη πριν έρθει στο ίδρυμα: ΝΑΙ =1, ΟΧΙ=2

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΠΛΑ ΛΟΓΙΑ

Όλα τα παιδιά έχουν δικαιώματα που προβλέπονται από νόμους και διεθνείς συμβάσεις.

Το σημαντικότερο κείμενο για τα δικαιώματα των παιδιών, είναι η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του 1989 που την έχουν υπογράψει 191 χώρες και είναι νόμος στην χώρα μας. Παρακάτω μπορείτε να διαβάσετε τη Σύμβαση αυτή με λίγα και απλά λόγια.

1: Ορισμός

“Παιδιά” θεωρούνται όλα τα κορίτσια και τα αγόρια από 0 έως 18 ετών.

2: Απαγόρευση διακρίσεων

Όλα τα παιδιά είναι ίσα. Έχουν δικαίωμα να τα αντιμετωπίζουν χωρίς διακρίσεις λόγω της φυλής, του φύλου, της γλώσσας, της θρησκείας, των απόψεων, της περιουσίας, της κατάστασης, των ιδιαίτερων αναγκών ή της εμφάνισής τους.

3: Το συμφέρον του παιδιού

Όταν οι μεγάλοι παίρνουν αποφάσεις που αφορούν τα παιδιά, πρέπει να υπολογίζουν πριν από όλα το συμφέρον των παιδιών. Η Πολιτεία πρέπει να προστατεύει και να φροντίζει τα παιδιά, αν οι γονείς τους δεν μπορούν να το κάνουν.

4: Μέτρα της Πολιτείας

Η Πολιτεία πρέπει να παίρνει όλα τα κατάλληλα μέτρα για να εφαρμόζονται τα δικαιώματα των παιδιών.

5: Ρόλος γονέων και κηδεμόνων

Οι γονείς ή οι κηδεμόνες ενός παιδιού είναι υπεύθυνοι να το μεγαλώνουν έτσι ώστε να αναπτύσσονται οι ικανότητές του και να το βοηθούν να μάθει

και να ασκεί τα δικαιώματά του.

6: Δικαίωμα στη ζωή

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στη ζωή, την επιβίωση και την ανάπτυξη.

7: Όνομα και ιθαγένεια

Δικαίωμα κάθε παιδιού είναι να γράφεται στο ληξιαρχείο με τη γέννησή του και να έχει όνομα, επώνυμο και ιθαγένεια, δηλαδή να ανήκει σε μια χώρα.

8: Ταυτότητα

Η Πολιτεία πρέπει να βοηθά τα παιδιά να διατηρούν την ταυτότητα, την ιθαγένεια και τις οικογενειακές τους σχέσεις.

9: Ζωή και επικοινωνία με τους γονείς

Κάθε παιδί έχει δικαίωμα να ζει μαζί με τους γονείς του, εκτός αν αυτοί ζουν χωριστά, αν δεν μπορούν να το φροντίσουν ή αν πρέπει να απομακρυνθεί από αυτούς για το καλό του. Όταν ζει μακριά από τους γονείς του, το παιδί έχει δικαίωμα να τους βλέπει και να επικοινωνεί μαζί τους, εκτός αν αυτό είναι αντίθετο με το συμφέρον του.

10: Οικογενειακή επανένωση

Αν ένα παιδί ζει σε διαφορετική χώρα από τους γονείς του, έχει δικαίωμα να ξανασμίξει μαζί τους και να μείνουν στο ίδιο μέρος.

11: Παράνομες μετακινήσεις στο εξωτερικό

Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από κάθε παράνομη απομάκρυνσή τους από τη χώρα στην οποία ζουν.

12: Ελευθερία γνώμης

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να εκφράζουν ελεύθερα τις απόψεις τους. Οι μεγάλοι πρέπει να ακούν και να παίρνουν σοβαρά υπόψη τους τη γνώμη

των παιδιών για θέματα που τα αφορούν, ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά τους.

13: Ελευθερία έκφρασης

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να αναζητούν, να μαθαίνουν και να μεταδίδουν πληροφορίες και ιδέες, και να εκφράζονται ελεύθερα, μέσα από τον γραπτό

ή προφορικό λόγο, την τέχνη ή άλλους τρόπους, αρκεί να σέβονται τα δικαιώματα των άλλων.

14: Ελευθερία σκέψης και θρησκείας

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να σκέφτονται ελεύθερα και να πιστεύουν σε μια θρησκεία.

15: Ελευθερία συνάντησης και ομαδικής συνεργασίας

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να συναντιούνται, να συνεργάζονται και να συμμετέχουν σε συγκεντρώσεις, αρκεί να μην παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων.

16: Ιδιωτική ζωή

Κανείς δεν μπορεί να επεμβαίνει αυθαίρετα ή παράνομα στην ιδιωτική ζωή, την οικογένεια, την κατοικία ή την αλληλογραφία ενός παιδιού, ούτε να προσβάλλει την τιμή και την υπόληψή του.

17: Πληροφόρηση

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να μαθαίνουν τι συμβαίνει γύρω τους από τα μέσα ενημέρωσης (εφημερίδες, ραδιόφωνο, τηλεόραση, ηλεκτρονικά μέσα). Η Πολιτεία πρέπει να ενθαρρύνει τα μέσα να διαδίδουν χρήσιμες πληροφορίες και να προστατεύουν τα παιδιά από ό,τι μπορεί να τα βλάψει.

18: Ευθύνες και υποστήριξη γονέων

Οι γονείς ή κηδεμόνες ενός παιδιού έχουν τη ευθύνη της ανατροφής και της ανάπτυξής του. Η Πολιτεία πρέπει να τους βοηθά σε αυτή την αποστολή και να εξασφαλίζει τη δημιουργία υπηρεσιών φροντίδας για τα παιδιά.

19: Βία, παραμέληση, εκμετάλλευση

Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από κάθε μορφή βίας, προσβολής, παραμέλησης, εγκατάλειψης, σωματικής, ψυχολογικής, πνευματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης και εκμετάλλευσης, όσο βρίσκονται στην ευθύνη των γονιών ή των κηδεμόνων τους ή άλλων προσώπων στα οποία αυτοί τα έχουν εμπιστευθεί.

20: Εναλλακτική επιμέλεια

Όταν ένα παιδί δεν ζει με την οικογένειά του ή αυτή δεν μπορεί να το φροντίσει, έχει δικαίωμα ειδικής προστασίας και βοήθειας, μέσα από θεσμούς όπως η υιοθεσία, η φιλοξενία σε ανάδοχη οικογένεια ή σε κατάλληλη στέγη / ίδρυμα.

21: Υιοθεσία

Η Πολιτεία πρέπει να παίρνει όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε μια υιοθεσία που γίνεται στην ίδια χώρα ή σε άλλη, να είναι σύμφωνη με το νόμο και να λαμβάνεται υπόψη πάνω απ' όλα το συμφέρον του παιδιού.

22: Παιδιά πρόσφυγες

Τα παιδιά πρόσφυγες, που έχουν φύγει μόνα ή συνοδευόμενα από τους δικούς τους από την πατρίδα τους επειδή εκεί κινδύνευαν, έχουν δικαίωμα ειδικής προστασίας και απολαμβάνουν όλα τα δικαιώματα που έχουν και τα άλλα παιδιά.

23: Παιδιά με αναπηρίες

Τα παιδιά με σωματικές ή πνευματικές αναπηρίες έχουν δικαίωμα να ζουν σε συνθήκες που εγγυώνται την αξιοπρέπειά τους και ευνοούν την αυτονομία τους. Να απολαμβάνουν ειδική φροντίδα και να συμμετέχουν ισότιμα στην εκπαίδευση και την κοινωνική ζωή.

24: Υγεία και ιατρικές υπηρεσίες

Όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην προληπτική φροντίδα της υγείας τους και όταν αρρωσταίνουν να χρησιμοποιούν τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες για τη θεραπεία τους.

25: Επανεξέταση αναδοχής

Όταν ένα παιδί τοποθετείται σε ένα ίδρυμα ή μια ανάδοχη οικογένεια, η Πολιτεία πρέπει να παρακολουθεί και να ελέγχει αν το φροντίζουν σωστά και αν απολαμβάνει όλα τα δικαιώματά του.

26: Κοινωνική πρόνοια

Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν την κατάλληλη κοινωνική φροντίδα και ασφάλιση.

27: Ανάπτυξη και επίπεδο ζωής

Όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα σε ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής: να έχουν φαγητό, ρούχα και να ζουν σε ένα ασφαλές σπίτι, ώστε να έχουν ομαλή σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξη. Αν οι γονείς τους δεν μπορούν να τους τα προσφέρουν, η Πολιτεία πρέπει να τους βοηθάει.

28: Εκπαίδευση

Όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα να πηγαίνουν στο σχολείο και να έχουν ίσες ευκαιρίες σε αυτό. Η Πολιτεία πρέπει να παίρνει μέτρα ώστε τα παιδιά να γράφονται και να μη διακόπτουν το σχολείο. Τα μέτρα για τη σχολική πειθαρχία πρέπει να σέβονται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των μαθητών.

29: Σκοποί εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση πρέπει να βοηθάει τα παιδιά να αναπτύσσουν τις ικανότητες και την προσωπικότητά τους και να μαθαίνουν να σέβονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, τους διαφορετικούς πολιτισμούς και το φυσικό περιβάλλον.

30: Μειονότητες

Τα παιδιά που ανήκουν σε εθνικές, γλωσσικές ή θρησκευτικές μειονότητες, έχουν δικαίωμα να έχουν τη δική τους πολιτιστική ζωή, να χρησιμοποιούν τη γλώσσα τους και να ασκούν τη θρησκεία τους.

31: Ελεύθερος χρόνος και ψυχαγωγία

Όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα να ξεκουράζονται, να έχουν ελεύθερο χρόνο, να παίζουν, να ψυχαγωγούνται και να ασχολούνται με πράγματα που τους ενδιαφέρουν.

32: Παιδική εργασία, οικονομική εκμετάλλευση

Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από την οικονομική εκμετάλλευση και οποιαδήποτε επικίνδυνη εργασία μπορεί να βάλει σε κίνδυνο την εκπαίδευση, την υγεία ή την ανάπτυξή τους. Η Πολιτεία πρέπει να ρυθμίζει, σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις, τα κατώτατα όρια ηλικίας, τα ωράρια και τις συνθήκες εργασίας για ανηλίκους όπως και την επιβολή ποινών σε όσους τα παραβιάζουν.

33: Ναρκωτικά

Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από την παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών αλλά και να μη χρησιμοποιούνται στην παραγωγή και τη διακίνησή τους.

34: Σεξουαλική βία και εκμετάλλευση

Είναι υποχρέωση της Πολιτείας να προστατεύει τα παιδιά από κάθε μορφή σεξουαλικής βίας και εκμετάλλευσης, όπως ο εξαναγκασμός σε σεξουαλική δραστηριότητα, η πορνεία και η πορνογραφία.

35: Απαγωγή και εμπορία παιδιών

Τα κράτη παίρνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να εμποδίσουν τις απαγωγές, την πώληση και το δουλεμπόριο των παιδιών.

36: Άλλες μορφές εκμετάλλευσης

Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από οποιαδήποτε άλλη μορφή εκμετάλλευσης που μπορεί να βλάπτει την ευημερία τους.

37: Βασανιστήρια και στέρηση ελευθερίας

Κανένα παιδί δεν πρέπει να υποβάλλεται σε βασανιστήρια ή άλλη απάνθρωπη ή εξευτελιστική τιμωρία. Η θανατική ποινή και η ισόβια φυλάκιση απαγορεύεται να επιβάλλονται σε παιδιά. Η σύλληψη και κράτηση ανηλίκων πρέπει να είναι σύμφωνη με το νόμο, να έχει την ελάχιστη δυνατή χρονική διάρκεια και να ανταποκρίνεται στην ανάγκες της ηλικίας τους.

38: Ένοπλες συρράξεις

Σε περίπτωση πολέμου, τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται. Απαγορεύεται να συμμετέχουν σε εχθροπραξίες παιδιά κάτω των 15 ετών.

39: Επανένταξη παιδιού-θύματος

Η Πολιτεία πρέπει να φροντίζει τα παιδιά που είναι θύματα παραμέλησης, κακομεταχείρισης, εκμετάλλευσης ή πολέμων για να ξεπερνούν τα τραύματά τους και να συμμετέχουν φυσιολογικά στην κοινωνική ζωή.

40: Δικαιοσύνη / ποινική μεταχείριση

Κάθε παιδί ύποπτο, κατηγορούμενο ή καταδικασμένο για μια παράνομη πράξη έχει δικαίωμα να το αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια, ανθρωπισμό και σεβασμό στις ανάγκες του, να ενημερώνεται για την υπόθεσή του σε γλώσσα που καταλαβαίνει και να έχει νομική βοήθεια για να μπορεί να υπερασπίζεται τον εαυτό του.

41: Ευνοϊκότερες ρυθμίσεις

Αν οι νόμοι μιας χώρας προστατεύουν καλύτερα τα δικαιώματα των παιδιών από ό,τι αυτή η Σύμβαση, τότε πρέπει να εφαρμόζονται εκείνοι.

42: Γνωστοποίηση

Τα κράτη έχουν υποχρέωση να κάνουν γνωστά στους μεγάλους και στα παιδιά τις αρχές και το περιεχόμενο αυτής της Σύμβασης.

43-54: Εφαρμογή και έλεγχος

Μια ειδική Επιτροπή στον ΟΗΕ παρακολουθεί την εφαρμογή της Σύμβασης σε όλα τα κράτη που την έχουν υπογράψει. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να στέλνουν εκθέσεις κάθε πέντε χρόνια και η Επιτροπή, αφού τις εξετάσει, τους στέλνει παρατηρήσεις και προτάσεις της.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ Νο 6

Της συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Π.Α. «Η Αγία Σοφία» στις 16-07-2014 ημέρα Τετάρτη και ώρα 13:00 στην Αίθουσα Συνεδριάσεών του.

Παρόντες οι κ.κ.

Εμμανουήλ Παπασάββας, Διοικητής, Πρόεδρος Συμβουλίου

Πολυτίμη Λεονάρδου, Αναπληρώτρια Διοικήτρια, Αντιπρόεδρος Συμβουλίου

Χρήστος Βεϊογλάνης, Μέλος

Γεώργιος Μαρίνος, Μέλος

Ευστάθιος Πολυζώης, Αναπλ. Εκπρόσωπος Εργαζομένων πλην Ιατρών

Γεώργιος Αναστασιάδης, Εκπρόσωπος Ιατρών

Δεν παραβρέθηκε ο Ιωάννης Βλασερός, Μέλος

Παραβρέθηκαν ακόμα για θέματα των υπηρεσιών που προϊστανται, οι κ.κ. Ν.Προδρόμου, Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας, Μ.Χριστοδούλου, Προϊσταμένη Δ/ση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Α.Τζάγκα, Προϊσταμένη Δ/σης Διοικητικής Υπηρεσίας και Κ. Κατσούφης, Προϊστάμενος Τμήματος Τεχνικού.

Χρέη γραμματέως εκτελεί η κα Ν. Γκιόκα.

ΘΕΜΑ 48/6 : Έγκριση μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνομένων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας». Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΤΣΗ, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας

Στο Συμβούλιο υποβάλλεται η υπ' αριθμ. πρωτ. Δ.Σ. 190/11.07.2014 εισήγηση της Αναπληρώτριας Διοικήτριας κας Πολυτίμης Λεονάρδου, η οποία έχει ως εξής:

« Έχοντας υπόψη:

1. Το Ν.3329/4-4-2005 «Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».
2. Την με αριθμ. πρωτ. 8494/07-04-2014 αίτηση της κ. Σκουράκη Ευαγγελίας,

στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της με τίτλο «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνομένων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας».

3. Την υπ' αριθμ. πρωτ. 8494/07-07-2014 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Εισηγούμαι

Την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνομένων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας».

Το Διοικητικό Συμβούλιο, μετά από διαλογική συζήτηση

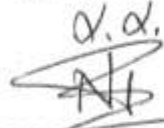
Ομόφωνα αποφασίζει

Εγκρίνει,

Τη διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνομένων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας».

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΕΛ. ΜΟΥΣΤΑ

α.α.

ΝΙΚΗ ΓΚΙΟΚΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΣΚΟΥΡΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 19-06-14

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

Π. ΜΑΜΜΗ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, Συντονίστρια Δ/ντρια
Αναισθησιολογικού τμήματος
Α. ΚΟΥΡΤΣΗΣ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ, Συντονιστής Δ/ντής Καρδιοχειρουργικού
τμήματος
Φ. ΧΑΛΙΩΤΗΣ ΜΕΛΟΣ, Αναπληρωτής Διευθυντής Β' Παιδιατρικού τμήματος
Ι. ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου
Α. ΓΙΑΓΤΣΙΔΟΥ ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Νοσηλευτριών

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση
παραγόντων ευθυνόμενων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών
σε ιδρύματα παροχής φροντίδας».

Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΤΣΗ, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Αθήνας

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 8494/07-04-14

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 19 Ιουνίου 2014 έλαβε υπόψη του
την ανωτέρω αίτηση της κ. Σκουράκη Ευαγγελίας, Νοσηλεύτριας ΤΕ, που αφορά στην έγκριση
διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την
παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία
εκπονείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Σκουράκη
Ευαγγελίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής
της ανωτέρω μελέτης.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΑΜΜΗ ΠΑΝΑΓΟΥΛΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
«ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

Αθήνα, 26-06-2014
Αρ.Πρωτ: 9171/20-06-2014

ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤ.ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Χρ. Τσολονδρέ
Τηλέφωνα: 213200 9268

ΠΡΟΣ: 1. κ. Ελένη Κυρίτση
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ
Αθήνας
2. κ. Ευαγγελία Σκουράκη
μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΘΕΜΑ: Έγκριση αίτησης συλλογής στοιχείων από τον ατομικό φάκελο των παιδιών που φιλοξενούνται στο Ίδρυμα για κοινωνικούς λόγους, στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας του Προγράμματος Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική-Έρευνα» με τίτλο: «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας» που έχει υποβάλλει η κ. Ευαγγελία Σκουράκη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

Σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας στην 10^η/05-06-2014 (Θ:76) συνεδρίασή του ενέκρινε:

- 1) τη διεξαγωγή της Μεταπτυχιακής Εργασίας στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Νοσηλευτικής Σχολής ΕΚΠΑ «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική-Έρευνα» με τίτλο: «Διερεύνηση παραγόντων ευθυνόμενων για την παρατεταμένη μη αναγκαία παραμονή παιδιών σε ιδρύματα παροχής φροντίδας» που έχει υποβάλλει η κ.Ευαγγελία Σκουράκη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ με επιστημονικά υπεύθυνη την κ. Ελένη Κυρίτση, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.
- 2) την ανάρτηση της απόφασης στη «Δι@ύγεια»
- 3) τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης στο Διοικητικό Συμβούλιο.

Παρακαλούμε να καταθέσετε τα αποτελέσματα της μελέτης στη Γραμματεία Επιστημονικού Συμβουλίου.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
«ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

Την κ. Παπαδάτου
Iwanna
2/7/14