

Κακοποίηση - Παραμέληση παιδιού: Ο ρόλος της Μάιας και του Μαιευτή στην πρόληψη του φαινομένου.*

Ισίδωρος Καμπόλης, Μαιευτής Νοσηλευτικού Ιδρύματος Ύδρας.

*Εισήγηση από το 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών (2-4 Ιουνίου 2000).

Εισαγωγή

Ο κύριος σκοπός του επαγγέλματος της μάιας και του μαιευτή επικεντρώνεται στη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν στις γυναίκες, ώστε να γεννούν και να ανατρέφουν υγιή παιδιά. Στο πλαίσιο αυτής της ανθρωπιστικής προσφοράς, είμαστε ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε θέματα σχετικά με το παιδί και τις συνθήκες που επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη.

Προσωπικά πιστεύω πως δεν υπάρχει χειρότερη συμπεριφορά σ' ένα παιδί, από αυτήν που οι επιστήμονες περιγράφουν ως κακοποίηση-παραμέληση (Κα-Πα για συντομία), κυρίως όταν γίνεται από τον ίδιο το γονιό του.

Επειδή ο χρόνος είναι περιορισμένος, θα αναφερθώ επιγραμματικά στις σημαντικές μορφές του φαινομένου και θα σταθώ λίγο στους τρόπους με τους οποίους η μαία και ο μαιευτής μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη. Υπάρχει και μια μικρή έρευνα από τέτοια περιστατικά, η οποία δεν θα υπήρχε, εάν το 1994, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και η τότε διευθύντριά του κα Αγάθωνος δεν παραχωρούσαν δικά τους ερωτηματολόγια. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να τους ευχαριστήσω πολύ. Επίσης, να ευχαριστήσω την αξιότιμη συνάδελφο κα Δέσποινα Μάρκου, διότι μαζί εκπονήσαμε την πτυχιακή εργασία, υπό την καθοδήγηση του καθηγητή μας παιδοκαρδιολόγου κ. Αντω-

νιάδη, από την οποία άντλησα το υλικό αυτής της παρουσίασης.

Τί θα μπορούσα να πω για τη χειρίστη μορφή της παιδικής κακοποίησης, τη σεξουαλική; Φυσικά, συζητάμε για δράστες με σοβαρά διαταραγμένη προσωπικότητα, ενώ οι συνέπειες για το θύμα είναι τόσο καταστροφικές για την υπόλοιπη ζωή του, ώστε η αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών κρίνεται αμεσότατη. Ο ρόλος της νομοθεσίας καταλυτικός. Τροποποίηση στους σχετικούς νόμους, θέσπιση νέων με κατεύθυνση την προστασία του παιδιού, τόσο από τους δράστες, όσο και από την έκθεση στην κοινή γνώμη.

Όσπου όμως η πολιτεία να λάβει δραστικά μέτρα, κυρίως με τη δημιουργία ειδικών κέντρων ευέλικτων να προστατέψουν το θύμα, ας είμαστε όλοι ευαισθητοποιημένοι –κυρίως οι παιδίατροι– και ας έχουμε κατά νου τα χαρακτηριστικά του Πίνακα 1.

Φυσικά, όλα αυτά τα χαρακτηριστικά δεν αποτελούν αποδείξεις, αλλά ενδείξεις. Είναι ευνόητο πως όλα τα παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο ή αρνούνται να κάνουν γυμναστική, δεν κακοποιούνται σεξουαλικά. Όμως, ο επιστήμονας που θα διαπιστώσει στο παιδί τέτοιου είδους συμπτώματα, πρέπει να διερευνήσει εκτός των άλλων και την περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης.

Για την άλλη μορφή κακοποίησης, τη σωματική και για την παραμέληση, θα

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός παιδιού που έχει παραβιασθεί σεξουαλικά.

- Συνεχή παράπονα για πονοκέφαλο ή πόνο στην κοιλιά (σωματοποίηση του προβλήματος).
- Δυσκολίες στο σχολείο ή απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης.
- Άρνηση να κάνει γυμναστική ή αθλητισμό γενικά.
- Εξεζητημένη σεξουαλική συμπεριφορά ή ασυνήθιστες γνώσεις για την ηλικία του σχετικά με τη σεξουαλικότητά του.
- Συνήθειες που δηλώνουν καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης (πιπίλα, δαγκώματα, παλινδρομικές κινήσεις, ενούρηση κλπ.).
- Διαταραχές ύπνου.
- Αναστολές στο παιχνίδι.
- Συναισθηματική ένταση.
- Κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού.
- Φυγές, παραβατική συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών.
- Απόπειρα αυτοκτονίας.

ήθελα να προσέξετε το εξής: Φαινόμενο; Το γνωστό για το οποίο μιλάμε. Δράστης; Όχι ο γονιός ή άλλο άτομο, αλλά η σημερινή μορφή της κοινωνίας μας. Θύμα; Το παιδί ή πιο σωστά εκατομμύρια παιδιά. Αναφέρομαι, φυσικά, σ' αυτά που ζουν παραμελημένα στους δρόμους των μεγαλουπόλεων. Το 1994 η Unicef καταγράφει μόνο στο Ρίο 5.000.000 και 30.000.000 παγκοσμίως.

Αναφέρομαι στα παιδιά, που έχουν χάσει ζωή ή μέλη λόγω των ενόπλων συρράξεων. Στη δεκαετία '85-'95 είχαμε 1.500.000 νεκρά και 4.000.000 ακρωτηριασμένα παιδιά. Εδώ προστίθενται και τα 200.000 παιδιά κάτω των 15 ετών, που πολεμούν ανά τον κόσμο.

Αναφέρομαι στα 1.000 τουλάχιστον παιδιά, που κρατήθηκαν στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας στις φυλακές της Νοτίου Αφρικής και άγνωστο πόσα στις φυλακές του Ιράκ, για "πολιτικούς" λό-

γους. Σύμφωνα με αναφορές της Διεθνούς Αμνηστίας, κρατούνται και γερνούν πριν ακόμη προλάβουν να μεγαλώσουν και βασανίζονται, μόνο και μόνο για να αποκαλύψουν πληροφορίες σχετικά με τους συγγενείς τους ή για να εκβιασθούν μέλη των οικογενειών τους, που καταζητούν οι αρχές.

Αναφέρομαι στα εκατομμύρια παιδιά που πεθαίνουν στις "αναπτυσσόμενες" χώρες, από την άνιση κατανομή του παγκόσμιου πλούτου και τις πολιτικές των λίγων "ισχυρών". Και εδώ ταιριάζουν τα λόγια του Ντοστογιέφσκι, που είπε ένα αιώνα πριν: "Η ζωή και η ιστορία της ανθρωπότητας δεν θα δικαιωθούν ποτέ, όσο είναι δυνατό σ' αυτόν τον κόσμο να πεθαίνει κι ένα μονάχα παιδί από πείνα".

Η κτηνωδία, όμως, του σημερινού "πολιτισμού", δεν περιμένει πάντα το παιδί να γεννηθεί για να το κακοποιήσει. Απλά, σας μεταφέρω άρθρο ελληνικής εφημερίδας

του Ιουνίου του '89. Αναφέρεται σε έρευνα της τότε Ε.Ο.Κ. και οφείλω να σας προειδοποιήσω πως θα σοκάρει. Τίτλος: "Σφαγή εμβρύων στο βωμό της επιστήμης".

«Ένα τεράστιο και αποτρόπαιο λαθρεμπόριο "νεφρών εμβρύων" ανθεί στην Ασία. Χώρα "παραγωγής" η Ν. Κορέα. Χώρα προορισμού η Αμερική. Σε πέντε χρόνια εισήχθησαν στις Η.Π.Α. 12.000 ζεύγη νεφρών εμβρύων για λογαριασμό της εταιρείας "Flow INC", θυγατρική της General Research Corporation, ενός ομίλου στρατηγικής έρευνας, συμβεβλημένου με το υπουργείο Άμυνας των Η.Π.Α.! Κατόπιν αιτήματος της εταιρείας τα νεφρά αφαιρούνται από έμβρυα, τα οποία έχουν "εξαχθεί" με καισαρική τομή στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Δηλαδή έμβρυα, που με τις κατάλληλες φροντίδες θα μπορούσαν να επιζήσουν. Ο στόχος είναι να σκοτώνουν τα έμβρυα και έπειτα να αφαιρούν τα νεφρά τους χωρίς νάρκωση, γιατί η νάρκωση έχει "ρίσκο", και να τα χρησιμοποιούν σε πειράματα για στρατιωτικές έρευνες»!

Αλλά και οι λεγόμενες αναπτυγμένες χώρες έχουν διαμορφώσει τρόπο ζωής, που μπορεί να πει κανείς ότι κακοποιούν τα παιδιά, τουλάχιστον διανοητικά. Αναφέρομαι στην ανεξέλεγκτη διαφήμιση, που χρησιμοποιεί παιδιά-μοντέλα ή που έχει ως στόχο μικρούς καταναλωτές. Μεγαλύτερο "κακό" πετυχαίνουν οι συχνές βίαιες σκηνές από την τηλεόραση, αλλά και κάποια σύγχρονα ηλεκτρονικά παιχνίδια, που τόσο παραστατικά απεικονίζουν σκηνές πάλης, μάχης, ακόμη και επιδρομές εναντίον πραγματικών στόχων, π.χ. απεικόνιση από τον πρόσφατο πόλεμο στον Περσικό Κόλπο.

Όσον αφορά την "κλασική" μορφή σωματικής κακοποίησης, θα αναφέρω μόνο λίγα στατιστικά στοιχεία και αμέσως θα δούμε πως η μαία και ο μαιευτής μπορούν

να βοηθήσουν στην πρόληψη του φαινομένου. Για τη χώρα μας τα στοιχεία είναι ελλιπή, όμως γνωρίζουμε ότι στο κλείσιμο της χιλιετίας τα ετήσια στατιστικά στοιχεία έδειχναν:

- στις Η.Π.Α., 900.000 παιδιά κακοποιούνται ή παραμελούνται και οι θάνατοι φτάνουν τους 2.000,
- στην Αγγλία, μόνο οι σοβαρές περιπτώσεις φτάνουν τις 15.000,
- στη Γαλλία τις 6.000 και
- στην Ιαπωνία τις 2.000 σ' ένα έτος.

Ακόμη και στη Σουηδία, που η χρήση σωματικής βίας στα παιδιά απαγορεύεται νομοθετικά, τα κρούσματα φτάνουν ετησίως τα 600.

Ο ρόλος της μαίας και του μαιευτή στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης

Όσες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για το πρόβλημα δείχνουν ότι ο πιο κατάλληλος χρόνος για να προσδιορίσουμε και να αξιολογήσουμε τις "ύποπτες" οικογένειες, είναι η προγεννητική και περιγεννητική περίοδος.

Αυτό μας το εξηγεί θεωρητικά ο Caplan με τη θεωρία της κρίσης. Σύμφωνα μ' αυτήν κρίσιμοι περίοδοι στη ζωή των ενηλίκων, όπως η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, προσφέρουν στο άτομο μια ευκαιρία να ωριμάσει. Προσοχή, όμως, αυτό το άτομο έχει αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσει συγχρόνως ψυχική διαταραχή. Σε περιόδους κρίσης η οικογένεια ή το άτομο δέχονται πιο εύκολα βοήθεια, γιατί η κρίση μειώνει τις αντιστάσεις. Μια οικογένεια, λοιπόν, "ευάλωτη" δέχεται ευκολότερα τις συμβουλές μας τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Συμβουλές που στόχο θα έχουν τη βελτίωση της γονικής ικανότητας πατέρα και μητέρας. Αντίθετα, αν αφήσουμε μια τέτοια οικογένεια μόνη

σε περίοδο συναισθηματικής φόρτισης, όπως είναι ο τοκετός, μπορεί να παρασυρθεί και να αναπτύξει παθολογία, που να οδηγήσει στην κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού.

Αρχίζουν, λοιπόν, να διαφαίνονται οι δυνατότητες της μαίας και του μαιευτή, ώστε να συμβάλουν στον εντοπισμό των οικογενειών “υψηλού κινδύνου”. Η συμβολή αυτή αποδεικνύεται και πρακτικά από έρευνες που έγιναν στο Denver των Η.Π.Α. και τη Σκοτία, όπου η πρόγνωση των μαιών ήταν σωστή σε ποσοστό 76,5%. Η χρήση ερωτηματολογίου με 75 ερωτήσεις έδωσε σωστή πρόγνωση σε 57%, η παρατήρηση μαζί με τις συνεντεύξεις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό σε 54% και οι συνεντεύξεις πριν τον τοκετό 54,4%. Τα ορθά αποτελέσματα από όλες συνολικά τις μεθόδους πέτυχαν ορθή πρόγνωση σε ποσοστό 79%, δηλαδή σχεδόν όσο και οι προσωπικές εντυπώσεις των μαιών στα μαιευτήρια.

Υπάρχει όμως και ένα ισχυρό όπλο στη διάθεσή μας, ο οικογενειακός προγραμματισμός. Οι πολλοί και ασφαλείς τρόποι για αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είναι άγνωστοι σε αρκετές γυναίκες, κυρίως με χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Όπως θα φανεί και παρακάτω, στο μαιευτικό ιστορικό μητέρων κακοποιημένων παιδιών, το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι πολύ αυξημένο. Αυτό το στοιχείο μας αναγκάζει να ενημερώνουμε τον πληθυσμό, όχι μόνο στα ειδικά κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία μαιευτηρίων, στα Κέντρα Υγείας, ακόμη και σ' ένα φιλικό σπίτι, στα πλαίσια μιας συζήτησης με ανάλογο περιεχόμενο.

Δυστυχώς, σήμερα, η μαία και ο μαιευτής ελάχιστα ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους προς την Ελληνίδα και προς αυτά που μπορούν να της προσφέ-

ρουν. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, είτε είχε την εμπειρία του τοκετού είτε όχι, έχει μια ασαφή εικόνα για το ρόλο της μαίας. Νομίζει πως η μαία είναι βοηθός του μαιευτήρα, για να εκτελεί τις εντολές του και για να συμπαρίσταται στην επίτοκο, χωρίς ιδιαίτερες γνώσεις Μαιευτικής. Επίσης, για να μαζεύει τα ακάθαρτα και να περιποιείται το νεογνό. Στην καλύτερη περίπτωση, μερικά ζευγάρια γνωρίζουν πως η μαία διδάσκει τον “ανώδυνο” τοκετό, ενώ, σπάνια, μπορούν να φανταστούν πως έχει τις γνώσεις να τα ενημερώσει για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Αλλά και η στάση της μαίας απέναντι στη γυναίκα (έγκυο, επίτοκο και λεχωίδα), ελάχιστα τη βοηθά να πολλαπλασιάσει τα όμορφα συναισθήματα για το παιδί της. Φυσικά, αναφέρομαι στην πλειοψηφία και όχι στο σύνολο των μαιών-μαιευτών. Η αδιαφορία κάποιων συναδελφισσών, το ανεπαρκές προσωπικό και ο τρόπος λειτουργίας των μαιευτηρίων, δημιουργούν τις εξής αρνητικές εικόνες για τη νέα μητέρα:

1) Δεν έχει ένα αξιόπιστο πρόσωπο να συζητήσει για τις σωματικές, αλλά και τις συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν μέσα της.

2) Όταν ξεκινήσει ο τοκετός, συνήθως τη συναντάμε συνεχώς ξαπλωμένη, “δεμένη” με τον ενοχλητικό ορό και το ακουστικό της εμβρυϊκής καρδιάς, ολομόναχη, ανίκανη ναιώσει πως ελέγχει την κατάσταση.

3) Με τη γέννηση του εμβρύου, η μαία το απομακρύνει από τη μητέρα για την απαραίτητη “βιομηχανοποιημένη” φροντίδα. Έπειτα, το αφήνει στη μητρική αγκαλιά μόνο για λίγα δευτερόλεπτα, για να το παραδώσει στο θάλαμο βρεφών για τις επόμενες ώρες.

4) Οι πρώτες μέρες της λοχείας περ-

νούν χωρίς ουσιαστική βοήθεια από τη μαία στο θηλασμό και στην ενημέρωση της μητέρας, ώστε να είναι σε θέση να κατανοεί τις ανάγκες του παιδιού της. Αν, όμως, δεν υπάρξει αυτή η κατανόηση, τότε η μητέρα εύκολα κουράζεται ή απογοητεύεται στο σπίτι, αν για παράδειγμα το νεογνό κλαίει για αρκετή ώρα, ασταμάτητα.

Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα, πως η μοναδική πηγή της ψυχικής επαφής μάνας-παιδιού είναι τα συναισθήματα της μητρότητας, τα οποία, χωρίς να ενισχύονται από πουθενά, καλούνται να δημιουργήσουν σταθερό συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα στα δύο μέλη της οικογένειας.

Φυσικά, υπάρχει τρόπος ώστε η μαία και ο μαιευτής να συμβάλουν στην πρόληψη της παιδικής Κα-Πα. Καταρχήν, η ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους αντισύλληψης μειώνει τις περιπτώσεις των ανεπιθύμητων κυήσεων. Ακόμη και αν πρόκειται για μια τέτοια εγκυμοσύνη, ή αν η μαία ή ο μαιευτής αντιληφθούν πως η μητέρα είναι μια πιθανή δράστης, έχουν τη δυνατότητα και το καθήκον να ενεργήσουν ως εξής: Καθιστούν σαφές στην έγκυο ότι το στρες και η αναστάτωση γίνονται αντιληπτά από το έμβρυο, μέσω ουσιών που παράγονται στον οργανισμό της και φτάνουν σ' αυτό μέσω του πλακούντα. Τη βοηθούν να συνειδητοποιήσει πως αυτό το απροστάτευτο πλάσμα είναι ευάλωτο και κινδυνεύει από πολλές καταστάσεις (π.χ. περιβάλλον καπνιστών) και μόνο αυτή έχει τη δύναμη να το προστατέψει. Της παρουσιάζουν με τον πιο παραστατικό τρόπο το θαύμα που συντελείται μέσα της και προσπαθούν να την πείσουν για την περηφάνεια, τη δύναμη και την αγάπη, που μπορεί ναιώσει, λόγω αυτού του ύψιστου κατορθώματός της –τη δημιουργία της ίδιας της ζωής.

Μετά τον 4ο-5ο μήνα, που ξεκινούν τα σκιρτήματα, αυτή η μητέρα μπορεί να πειστεί να ξεοδεύει λίγες ώρες και να κουβεντιάζει γλυκά με το μωρό της, ακουμπώντας το χέρι της στην κοιλιά.

Οι παραπάνω προσπάθειες ενισχύονται, εάν η εγκυμοσύνη ολοκληρωθεί χωρίς η κατάληξή της, δηλ. ο τοκετός, να μετατραπεί σε δυσάρεστη έως οδυνηρή εμπειρία για τη μητέρα. Βέβαια, για να γίνει αυτό, όπως πολύ καλά γνωρίζετε, πρέπει να διαφοροποιηθούν πολλές καταστάσεις στη σύγχρονη μαιευτική πρακτική.

Το γεγονός που όλες οι μαίες και οι μαιευτές γνωρίζουν και που ήδη σήμερα λειτουργεί με επιτυχία σε κάποιες άλλες ευρωπαϊκές χώρες, φαίνεται στο παρακάτω άρθρο της κας Θ. Δραγώνα, το οποίο αναφέρω, διότι περιέχει και στατιστικές αποδείξεις.

«Το δείγμα αποτελείται από 156 γυναίκες, που χρησιμοποίησαν τα εξωτερικά μαιευτικά ιατρεία μεγάλου κρατικού μαιευτηρίου της Αθήνας. Αποκαλύφθηκε πως οι γυναίκες ζητούσαν περισσότερο χρόνο εκ μέρους των ιατρών και του μαιευτικού προσωπικού, γνήσιο ενδιαφέρον και ενθάρρυνση. Επικοινωνία που να χαρακτηρίζεται από συνέπεια, σταθερότητα, περισσότερο πληροφόρηση και μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής για θέματα, που αφορούν αυτές τις ίδιες. Πιστεύουν ότι αν και η φροντίδα είναι απαραίτητη, είναι δυσάρεστη και τους δημιουργεί σύγχυση. Τη δέχονται σαν "αναγκαίο κακό". Η σύγχρονη περιγεννητική φροντίδα προσέφερε σημαντικά οφέλη, ειδικά στην αντιμετώπιση περιπτώσεων υψηλού κινδύνου, συνέβαλε όμως παράλληλα στην παραβίαση της άμεσης επαφής μητέρας-νεογνότητος.

Τα ποσοστά της έρευνας δείχνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός γυναικών δεν διαθέτει βασικές γνώσεις:

- 29% δεν είχαν ιδέα τί θα τους συμβεί πριν μπουκ στην αίθουσα τοκετών,
- 23% δεν ήξεραν τί σημαίνει “διαστολή τραχήλου”,
- 44% τί σημαίνει “ρήξη θυλακίου” ή “σπάσιμο νερών”,
- 49% τί σημαίνει “εξώθηση”,
- 45% ότι μετά την έξοδο του βρέφους, θα πρέπει να περιμένουν την έξοδο του πλακούντα,
- 85% γιατί γίνεται η περινεοτομία,
- 14% δεν ήξεραν τον όρο “καισαρική επέμβαση”,
- 69% δεν αναγνώριζαν τον όρο “ψυχοπροφυλακτική μέθοδος”, ενώ
- 59% των γυναικών δεν ήξεραν πότε θα πρωτοδούν το μωρό τους μετά τον τοκετό.

Η άγνοια διαδικασιών, όρων και φυσικών λειτουργιών», υποστηρίζει η κα Θ. Δραγώνα, «ασφαλώς καθιστά τις γυναίκες άβουλες, αμέτοχες και ανήμπορες να εκφράσουν αιτήματα, επιθυμίες και συναισθήματα». Και καταλήγει: «Γυναίκες που έλαβαν υποστήριξη από κάποια ανθρώπινη παρουσία σ' όλα τα στάδια του τοκετού, είχαν λιγότερα περιγεννητικά προβλήματα (όπως κεχρωσμένο ενάμνιο, καισαρικές τομές, εμβρυουλκίες, γέννηση νεογνών με χαμηλό δείκτη Apgar) απ' ότι οι γυναίκες χωρίς υποστήριξη. Είχαν επίσης πιο σύντομους τοκετούς, ήταν πιο ζωντανές μετά τον τοκετό και έρχονταν σε περισσότερη επαφή με το νεογέννητο, του χαμογελούσαν, του μιλούσαν και το χαίδευαν περισσότερο».

Επίσης, η περίοδος της λοχείας δεν πρέπει να υποτιμάται, αλλά αντίθετα, να αποτελεί μια φυσική συνέχεια στην προσπάθεια να ενισχυθεί η ψυχική επικοινωνία λεχωίδας-νεογνού. Γνωρίζω, βέβαια, πως κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια είναι απαραίτητη η αύξηση των μαιών, ώστε να έχουν το χρόνο να διδάξουν ορθά την

πράξη του θηλασμού, εκθειάζοντας ταυτόχρονα τα ψυχικά πλεονεκτήματά του. Επίσης, να μπορούν να βοηθούν τις νέες μητέρες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να κατανοούν τις ανάγκες του βρέφους και να τις ικανοποιούν με υπομονή. Μ' αυτόν τον τρόπο η μητέρα δεν αισθάνεται αποτυχημένη και δεν εφευρίσκει αφορμές να χαρακτηρίσει “δύσκολο” το μωρό της· ένα επίθετο, που συχνά χρησιμοποιούν οι μητέρες που παραμελούν τα μικρά παιδιά τους, θέλοντας ν' αποδιώξουν την ευθύνη από τον εαυτό τους.

Είναι άρα φανερό, πως η μαία και ο μαιευτής είναι εκείνοι που πρέπει να επαναπροσδιορίσουν το ρόλο τους, εάν το επιθυμούν, προκειμένου να προσφέρουν περισσότερα στην Ελληνίδα μητέρα και συγχρόνως να συμβάλουν από τη νευραλγική επαγγελματική τους θέση στον περιορισμό των θλιβερών κρουσμάτων της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης από τους ίδιους τους γονείς, κρούσματα που υποβιβάζουν το δείκτη πολιτισμού του σημερινού ανθρώπου.

Δυστυχώς, η συγκεκριμένη έρευνα δεν περιλαμβάνει αρκετά περιστατικά (συνολικά μόνο 30), για να συζητηθούν με σιγουριά τα αποτελέσματα. Εδώ μελετούνται διάφορες παράμετροι, όπως η ηλικία του θύματος, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονιών, τυχόν διαταραχές στην ψυχοσύνθεσή τους κ.ά.

Αξιίζει νομίζω να σταθούμε στις απρογραμμάτιστες κήσεις που κατέληξαν στη γέννηση παιδιού, το οποίο αργότερα κακοποιήθηκε ή παραμελήθηκε, καθώς και στο ποσοστό των ενημερωμένων ή μη μητέρων για μεθόδους αντισύλληψης (Πίνακας 4). Τόσο η παρούσα όσο και δύο ανάλογες έρευνες, 30 και 86 περιστατικών, έδειξαν πολύ υψηλό ποσοστό απρογραμμάτιστων (παρούσα: 76,7% – των 86: 67%) και μάλιστα ανεπιθύμητων κήσεων

Πίνακας 2. Κατανομή περιπτώσεων Κα-Πα παιδιών ανάλογα με πορεία - έκβαση περιστατικών.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΔΡΑΣΤΗΣ [ΑΤΟΜΑ (%)]			ΣΥΝΟΛΟ (%)
		;	Πατέρας Πατριός	Μητέρα	
Ηλικία παιδιού	0-1 έτους	7 (58,3)	2 (33,3)	7 (58,3)	16 (53,3)
	1-3 ετών	3 (25,0)	2 (33,3)	2 (16,7)	7 (23,3)
	3-6 ετών	1 (8,3)	1 (16,7)	3 (25,0)	5 (16,7)
	>6 ετών	1 (8,3)	1 (16,7)	–	2 (6,7)
Κλινικά ευρήματα	Μώλωπες	7 (58,3)	4 (66,6)	4 (33,3)	15 (50,0)
	Εγκαύματα	2 (16,7)	1 (16,6)	2 (16,7)	5 (16,7)
	Κατάγματα	3 (25,0)	1 (16,6)	2 (16,7)	6 (20,0)
	Παραμέληση	–	–	4 (33,3)	4 (13,3)
Διανομή παιδιού	Όχι	10 (83,3)	5 (83,3)	5 (41,7)	20 (66,7)
	Συγγενείς	2 (16,7)	–	5 (41,7)	7 (23,3)
	Σταθμός	–	–	1 (8,3)	1 (3,3)
	Ίδρυμα	–	–	1 (8,3)	1 (3,3)
	Άλλο/Δ.Ξ.	–	1 (16,7)	–	1 (3,3)
Ψυχοκινητική ανάπτυξη παιδιού	Κ.Φ.	9 (75,0)	5 (83,3)	7 (58,3)	21 (70,0)
	Καθυστέρηση	3 (25,0)	–	5 (41,7)	8 (26,6)
	Άγνωστη	–	1 (16,6)	–	1 (3,3)
Θάνατος	Ναι	–	–	–	–
	Όχι	12 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	30 (100,0)

(παρούσα: 26,7% – των 86: 38%). Βλέπουμε, επίσης, πως οι μητέρες γνώριζαν κάποιο τρόπο αντισύλληψης, στο χαμηλότατο ποσοστό του 40%.

Λίγα λεπτά πριν, σας περιέγραψα κάποιους τρόπους, όπου η μαία και ο μαιευτής μπορούν να βοηθήσουν μια γυναίκα να βιώσει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, ως ένα θαυμαστό, δικό της κατόρθωμα και ν' αγαπήσει βαθιά το παιδί της πριν ακόμη το φέρει στον κόσμο. Με τον ίδιο τρόπο μπορούν να συμβάλουν, ώστε τουλάχιστον να συμπαθήσει το παιδί που μεγαλώνει μέσα της, ακόμη και αν αρχικά το είχε χαρακτηρίσει ως ανεπιθύμητο.

Επίσης, βοηθούν την έγκυο να αντιμετωπίσει πιο αισιόδοξα τυχόν προβλήματα λόγω της κύησης, όπως υπέρταση, αιμορραγίες, οιδήματα κλπ. και έτσι μειώνεται ο κίνδυνος το νεογνό να γεννηθεί πρόωρο ή να παρουσιάσει δύσπνοια και άλλα σοβαρά προβλήματα μετά τον τοκετό. Αυξάνονται, λοιπόν, οι πιθανότητες να απελευθερωθούν τα μητρικά της ένστικτα και να δημιουργηθεί ισχυρή συναισθηματική σχέση με το παιδί, οπότε ελαχιστοποιείται το ενδεχόμενο να το παραμελήσει ή να επιτρέψει στο σύντροφό της να το κακοποιήσει.

Όπως φαίνεται ξεκάθαρα στον Πίνακα

Πίνακας 3. Κατανομή περιπτώσεων Κα-Πα παιδιών ανάλογα με κοινωνικά χαρακτηριστικά.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΔΡΑΣΤΗΣ [ΑΤΟΜΑ (%)]			ΣΥΝΟΛΟ (%)
		;	Πατέρας Πατριός	Μητέρα	
Ηλικία μητέρας	21-24 ετών	5 (41,7)	2 (33,3)	4 (33,3)	11 (36,7)
	19-20 και 24-26	7 (58,3)	3 (50,0)	8 (66,7)	18 (60,0)
	Άγνωστη	–	1 (16,7)	–	1 (3,3)
Επάγγελμα μητέρας	Οικιακά	9 (75,0)	4 (66,7)	7 (58,3)	20 (66,7)
	Άλλο	3 (25,0)	2 (33,3)	5 (41,7)	10 (33,3)
Εκπαίδευση μητέρας	Αγράμματη	1 (8,3)	–	2 (16,7)	3 (10,0)
	Δημοτικό	8 (66,7)	2 (33,3)	6 (50,0)	16 (53,3)
	Γυμνάσιο	2 (16,7)	4 (66,7)	2 (16,7)	8 (26,7)
	Άλλο	1 (8,3)	–	2 (16,7)	3 (10,0)
Καταγωγή γονέων	Έλληνες	11 (91,7)	6* (100,0)	12* (100,0)	29* (96,7)
	Αθίγγανοι	1 (8,3)	–	–	1 (3,3)
	Άλλο	–	*Π. Τούρκος	*Π. Άραβας	* , *
Κατοικία	Φτωχή μονοκ.	5 (41,7)	2 (33,3)	2 (16,7)	9 (30,0)
	Μέση μονοκ.	1 (8,3)	–	1 (8,3)	2 (6,7)
	Πολυτελής μονοκ.	1 (8,3)	–	1 (8,3)	2 (6,7)
	Φτωχή πολυκ.	1 (8,3)	–	2 (16,7)	3 (10,0)
	Μέση πολυκ.	3 (25,0)	4 (66,7)	5 (41,7)	12 (40,0)
	Πολυτελής πολυκ.	1 (8,3)	–	1 (8,3)	2 (6,7)
	Ίδρυμα / Άλλο	–	–	–	–
Περιοχή διαμονής	Πρωτεύουσα α	3 (25,0)	4 (66,7)	6 (50,0)	13 (43,3)
	Πρωτεύουσα β	9 (75,0)	2 (33,3)	6 (50,0)	17 (56,7)
	Επαρχία	–	–	–	–
Ψυχ./Διανοητ. διαταραχές μητέρας	Ναι	4 (33,3)	3 (50,0)	9 (75,0)	16 (53,3)
	Όχι	7 (58,3)	3 (50,0)	2 (16,7)	12 (40,0)
	Δ.Ξ.	1 (8,3)	–	1 (8,3)	2 (6,7)
Ψυχ./Διανοητ. διαταραχές πατέρα	Ναι	3 (25,0)	–	–	3 (10,0)
	Όχι	7 (58,3)	5 (83,3)	11 (91,7)	23 (76,7)
	Δ.Ξ.	2 (16,7)	1 (16,7)	1 (8,3)	4 (13,3)
Σχέσεις σε πατρ. οικογεν. μητέρας	Κ.Φ.	9 (75,0)	6 (100,0)	3 (25,0)	18 (60,0)
	Προβληματικές	2 (16,7)	–	8 (66,7)	10 (33,3)
	Δ.Ξ.	1 (8,3)	–	1 (8,3)	2 (6,7)
Σχέσεις σε πατρ. οικογεν. πατέρα	Κ.Φ.	3 (25,0)	5 (83,3)	7 (58,3)	15 (50,0)
	Προβληματικές	5 (41,7)	–	3 (25,0)	8 (26,7)
	Δ.Ξ.	4 (33,3)	1 (16,7)	2 (16,7)	7 (23,3)
Νομική σχέση μητέρας	Παντρεμένη	8 (66,7)	3 (50,0)	7 (58,3)	18 (60,0)
	Ανύπανδρη	–	–	3 (25,0)	3 (10,0)
	Διαζευγμένη	3 (25,0)	2 (33,3)	2 (16,7)	7 (23,3)
	Χήρα / Συζεί	–	–	–	–
	Άλλο / Άγνωστη	1 (8,3)	1 (16,7)	–	2 (6,7)

Πίνακας 4. Κατανομή περιπτώσεων Κα-Πα παιδιών ανάλογα με ιατρικά - μαιευτικά χαρακτηριστικά.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΔΡΑΣΤΗΣ [ΑΤΟΜΑ (%)]			ΣΥΝΟΛΟ (%)
		;	Πατέρας Πατριός	Μητέρα	
Παρελθοντικές κηύσεις	Καμία	7 (58,3)	3 (60,0)	5 (41,6)	15 (50,0)
	Μία	2 (16,7)	3 (50,0)	2 (16,7)	7 (23,3)
	Δύο	3 (25,0)	-	3 (25,0)	6 (20,0)
	Τρεις	-	-	1 (8,3)	1 (3,3)
	Περισσότερες	-	-	1 (8,3)	1 (3,3)
Ηλικία κηύσης	Τελειόμηνο	11 (91,7)	6 (100,0)	9 (75,0)	26 (86,7)
	Πρώωρο (<36ω)	1 (8,3)	-	3 (25,0)	4 (13,3)
Παρακολούθηση εγκυμοσύνης	Όχι	3 (25,0)	2 (33,3)	2 (33,3)	7 (23,3)
	Μαιευτήρας	9 (75,0)	4 (66,6)	10 (83,4)	23 (76,7)
	Μαία	-	-	-	-
Τοκετός	Καισαρική τομή	2 (16,7)	1 (16,6)	-	3 (10,0)
	Φ.Τ. - Μαιευτήρας	9 (75,0)	5 (41,7)	10 (83,4)	24 (80,0)
	Φ.Τ. - Μαία	1 (8,3)	-	2 (16,7)	3 (10,0)
Τόπος τοκετού	Δημ. Μαιευτήριο	10 (83,4)	3 (50,0)	8 (66,6)	21 (70,0)
	Ιδιωτ. Μαιευτήριο	2 (16,7)	2 (33,3)	4 (33,3)	8 (26,6)
	Άλλού	-	1 (16,6)	-	1 (3,3)
Προγραμματισμένη Απρογραμματίστη κηύση	Επιθυμητή	2 (16,7)	2 (33,3)	3 (25,0)	7 (23,3)
	Ανεπιθύμητη	8 (66,7)	2 (33,3)	3 (25,0)	13 (43,3)
	Πατ.	2 (16,7)	2 (33,3)	6 (50,0)	10 (33,3)
Θηλασμός	Όχι	5 (41,7)	2 (33,3)	8 (66,6)	15 (50,0)
	Ναι < 10 ημερών	2 (16,7)	1 (16,6)	3 (25,0)	6 (20,0)
	Ναι 0,5-13 μηνών	5 (41,7)	3 (50,0)	1 (8,3)	9 (30,0)
Βάρος γέννησης	1.300 - 1.900 gm	1 (8,3)	-	3 (25,0)	4 (13,3)
	2.700 - 3.600 gm	9 (75,0)	4 (66,6)	6 (50,0)	19 (63,3)
	3.900 - 4.600 gm	1 (8,3)	1 (16,6)	3 (25,0)	5 (16,6)
	Άγνωστο	1 (8,3)	1 (16,6)	-	2 (6,6)
Συγγενείς ανωμαλίες	Ναι	1 (8,3)	-	-	1 (3,3)
	Όχι	11 (91,7)	6 (100,0)	12 (100,0)	29 (96,6)
Προβλ. νεογνού μετά τον τοκετό	Ναι	1 (8,3)	-	4 (33,3)	5 (16,6)
	Όχι	11 (91,7)	6 (100,0)	8 (66,6)	25 (83,3)
Σοβαρά προβλήματα σε εγκυμοσύνη	Ναι	1 (8,3)	-	7 (58,3)	8 (26,6)
	Όχι	11 (91,7)	6 (100,0)	5 (41,6)	22 (73,3)
Ενημέρωση μητέρας για αντισύλληψη	Ναι	4 (13,3)	3 (50,0)	5 (41,6)	12 (40,0)
	Όχι	8 (66,7)	3 (50,0)	7 (58,3)	18 (60,0)

4, τα ποσοστά όλων των παραπάνω δυσάρεστων καταστάσεων είναι αυξημένα στις περιπτώσεις μητέρων-δραστών, ενώ όταν ο θύτης είναι ο πατέρας, τα συγκεκριμένα ποσοστά σχεδόν μηδενίζονται. Μια πιθανή εξήγηση αυτής της στατιστικής διαφοράς είναι το γεγονός, ότι οι περισσότερες γυναίκες που φτάνουν στο σημείο να συμπεριφερθούν βίαια ή να παραμελήσουν το παιδί τους, έχουν κάποια ψυχοδιανοητική διαταραχή. Αν, λοιπόν, εμφανίσουν μια αιμορραγία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πιθανό να θεωρηθούν το έμβρυο υπεύθυνο για την “ταλαιπωρία” τους και να το αντιπαθήσουν.

Η μεταφορά του νεογέννητου στη θερμοκοιτίδα λόγω προωρότητας ή άλλων προβλημάτων, μπορεί να έχει το ίδιο αποτέλεσμα, γιατί ίσως η μητέρα θεωρήσει πως θα χαρακτηριστεί άχρηστη και ανί-

κανη να γεννήσει ένα “γερό” παιδί. Τα ποσοστά των μητέρων-δραστών που δεν θήλασαν τα παιδιά τους (Πίνακας 4), είναι πολύ υψηλά, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο.

Ο Πίνακας 5 είναι μια λίστα από τις υπηρεσίες, που μπορεί ο καθένας να απευθυνθεί και να καταγγείλει ένα περιστατικό παιδικής Κα-Πα. Μπορεί να φαίνονται αρκετές σε αριθμό, αλλά σίγουρα χρειάζονται ενίσχυση και σας τις αναφέρω, κλείνοντας με μια ευχή: Ας είμαστε ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι και ας ελπίσουμε ότι πλησιάζει η εποχή, που οι αρμόδιες κυβερνητικές αρχές θα συγκροτήσουν ειδικές διεπιστημονικές ομάδες, ικανές να αντιμετωπίζουν και να προλαμβάνουν περιστατικά βίαιης ή απορριπτικής μεταχείρισης παιδιών από τους ίδιους τους τούς γονείς.

Πίνακας 5. Υπηρεσίες που μπορείτε να απευθυνθείτε.

A. ΑΘΗΝΑ – ΠΕΙΡΑΙΑΣ

1. Έρευνα – Εκπαίδευση επαγγελματιών – Εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών

- *Κέντρο ΚαΠα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*
Ολόρου 7, Γουδί, 157 72 Αθήνα, τηλ.: 77.93.648, 77.15.791.

2. Παροχή υπηρεσιών

- *Αστυνομία Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 0-18 ετών)*
Λ. Αλεξάνδρας 173, 115 22 Αθήνα, τηλ.: 64.64.925, 64.47.687, 77.05.711 (εσωτ. 366)
- *Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-18 ετών)*
Σωκράτους 65, 104 31 Αθήνα, τηλ.: 52.21.863, 52.23.290
- *Κέντρο Βρεφών “Η ΜΗΤΕΡΑ” (για παιδιά 0-4 ετών)*
Λ. Δημοκρατίας, 135 61 Άγιοι Ανάργυροι Αττικής, τηλ.: 26.11.185, 26.27.155
- *Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ) (για παιδιά 2,5-18 ετών)*
Κεντρικά Γραφεία: Υπατίας 6, 101 10 Αθήνα, τηλ.: 32.20.898, 32.22.146
- *Δικαστήριο Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-17 ετών)*
Σταδίου 65, 105 51 Αθήνα, τηλ.: 32.44.463
- *Δικαστήριο Ανηλίκων Πειραιά (Υπηρεσία Επιμελητών) (για παιδιά 7-17 ετών)*
Τσαμαδού 43 (6ος όροφος), 185 32 Πειραιάς, τηλ.: 41.73.659, 41.12.410
- *ΠΙΚΠΑ (για παιδιά 0-14 ετών)*

Τσόχα 5, 115 21 Αθήνα, τηλ.: 64.23.144, 64.30.289, 64.27.856

- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Δυτικής Αττικής (Νομαρχία Αιγάλεω) (για παιδιά 0-18 ετών)
Ιερά Οδός 227, 122 41 Αιγάλεω, τηλ.: 59.06.838
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Ανατολικής Αττικής (για παιδιά 0-18 ετών)
Μεσογείων 459, 153 43 Αγία Παρασκευή, τηλ.: 65.67.955
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Αθηνών (για παιδιά 0-18 ετών)
Φειδιππίδου και Μιχαλακοπούλου 31, 115 28 Αθήνα, τηλ.: 77.11.613
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Πειραιά (για παιδιά 0-18 ετών)
Ηρώων Πολυτεχνείου 19, 185 32 Πειραιάς, τηλ.: 41.79.394, 41.24.636
- Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα-Καισαριανής (για παιδιά 0-18 ετών)
Δήλου 14 και Ανδριανουπόλεως, 161 21 Καισαριανή, τηλ.: 76.40.111, 76.44.705
- Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Νοσοκομείου "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (για παιδιά 0-17 ετών)
Φερεκύδου 5, 116 35 Παγκράτι, τηλ.: 75.19.550, 70.16.590
- Μονάδα Ψυχικής Υγείας Εφήβων Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
(για παιδιά 13-18 ετών)
Καποδιστρίου 23, 152 37 Φιλοθέη, τηλ.: 68.20.568, 68.34.208
- Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής ΙΚΑ (για παιδιά 0-18 ετών)
Ιπποκράτους και Αραχώβης 17, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 36.04.850
- Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής Νοσοκομείου Παιδών "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" (για παιδιά 0-14 ετών)
115 21 Αθήνα, τηλ.: 77.98.748

Β. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- Μονάδα Προστασίας Παιδιού Νοσοκομείου "ΑΧΕΠΑ" (για παιδιά 0-18 ετών)
Θεσσαλονίκη, τηλ.: (031) 993.263

Γ. ΆΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΤΕ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ, ΣΤΟΝ ΠΕΙΡΑΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ

- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κέντρα Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα Υγείας
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού
- Κοινωνικές Υπηρεσίες και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων
- Κοινωνικές Υπηρεσίες στις έδρες των Νομαρχιών
- Εισαγγελικές Υπηρεσίες
- Υπηρεσίες Επιμελητών Υπουργείου Δικαιοσύνης (για παιδιά 7-18 ετών)
- Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων
- Υπηρεσίες ΠΙΚΠΑ
- Υπηρεσίες Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας (ΕΟΠ)