

**Mgr Dorota Tekiela**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach

## **Algorytmy działania w przypadku przemocy w rodzinie**

W świetle przepisu art. 2 ust. 2 znowelizowanej w 2010 roku *Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* jako przemoc w rodzinie należy rozumieć jako:

*„jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”.*

Krzywdzenie dzieci przez wiele lat nie zostało przez opinię społeczną rozpoznane jako społeczne zło i w związku z tym stanowiło ukryty problem społeczny. *Sytuacja taka nie jest specyficzna dla tylko dla Polski - w krajach Europy Środkowowschodniej proces ujawniania problemu krzywdzenia dzieci rozpoczął się, podobnie jak w Polsce, w latach 90. W Stanach Zjednoczonych zainteresowanie środowisk medycznych syndromem dziecka bitego, które bezpośrednio poprzedziło rozpoznanie problemu child abuse, miało miejsce dopiero w latach 60. ubiegłego wieku.*

W literaturze przedmiotu wskazuje się na cztery kategorie krzywdzenia dzieci:

Przemoc fizyczna to wszelkiego rodzaju działania wobec dziecka powodujące nieprzypadkowe urazy (stłuczenia, złamania, zasinienia itp.).

Seksualne wykorzystanie dzieci to każde zachowanie osoby dorosłej, silniejszej i/lub starszej, które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka. W tym rozumieniu nadużycia seksualne obejmują zachowania ekshibicjonistyczne, uwodzenie, świadome czynienie z dziecka świadka aktów płciowych, zachęcanie do rozbierania się czy oglądania pornografii.

Przemoc emocjonalna to rozmyślne, nie zawierające aktów przemocy fizycznej zachowania dorosłych wobec dzieci, które powodują znaczące obniżenie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka, w tym zaburzenia osobowości, niskie poczucie własnej wartości, stany nerwicowe i lękowe. Do kategorii tego typu zachowań zaliczyć można m.in. wyzwiska, groźby, szantaż, straszenie, emocjonalne odrzucenie, nadmierne wymagania nieadekwatne do wieku i możliwości psychofizycznych dziecka.

Zaniedbywanie dziecka to niezaspokojenie jego podstawowych potrzeb zarówno fizycznych (właściwe odżywianie, ubieranie, ochrona zdrowia, edukacja), jak i psychicznych (poczucie bezpieczeństwa, miłość rodzicielska, troska)

*Ofiarami przemocy w rodzinie są najczęściej kobiety (58%) oraz dzieci do lat 13 (24%). Natomiast sprawcami przemocy są głównie mężczyźni (96%), będący często pod wpływem alkoholu.*

*Projekt badawczy „Algorytmy działania w przypadkach przemocy w rodzinie” powstał z inicjatywy Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.*

*Celem projektu było stworzenie narzędzia do oceny ryzyka zagrożenia życia i zdrowia osób doświadczających przemocy w rodzinie. Narzędzie to będzie stanowiło wsparcie dla przedstawicieli oświaty i ochrony zdrowia w ich codziennej pracy oraz podejmowaniu często bardzo trudnych decyzji. Wcześniej podobne kwestionariusze opracowano dla policjantów.*

*Jak podkreślają eksperci z "Niebieskiej Linii", pracownicy ochrony zdrowia i oświaty wciąż zbyt rzadko reagują na przemoc, rzadko wszczynają - właściwą w takich sytuacjach - procedurę Niebieskiej Karty (NK). Raporty z realizacji procedury NK pokazują wyraźną dysproporcję pomiędzy zaangażowaniem policjantów i pracowników socjalnych a pracowników oświaty i ochrony zdrowia. Również raport z kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2012 r. pokazuje, że najniższy odsetek Niebieskich Kart przesyłanych do zespołów interdyscyplinarnych stanowiły te pochodzące od przedstawicieli ochrony zdrowia.*

*Tymczasem pracownicy ochrony zdrowia mogą być pierwszą, a czasem jedyną osobą, która jest w stanie zauważyć symptomy przemocy.*

*Podczas próby wyjaśnienia tego stanu rzeczy przedstawiciele oświaty i ochrony zdrowia wskazywali np. na trudności w kontakcie z rodzicem, gdy podejrzewają, że dziecko doświadcza przemocy, a nie wiedzą, czy to rodzic je krzywdzi. Mówili także o trudnościach w rozpoznawaniu przemocy. Ewentualny algorytm stanowiłby punkt odniesienia w przypadku pytania, dlaczego podjęli taką a nie inną interwencję w określonej sytuacji. Podjęto działania w celu opracowanie kwestionariuszy we współpracy z pracownikami różnych placówek oświatowych (od przedszkoli po szkoły ponadgimnazjalne) oraz pracowników ochrony zdrowia.*

*Pierwsze spotkanie odbyło się 6 czerwca 2014 – było prowadzone przez profesjonalnego moderatora w celu poznania opinii i potrzeb zawodowych, dotyczących usprawnienia obecnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W oparciu o wnioski z tego spotkania zostało stworzone narzędzie, składające się z kwestionariusza diagnostycznego i algorytmu działań. Kwestionariusz ma pomóc w oszacowaniu poziomu zagrożenia przemocą domową oraz wskazywać możliwe drogi postępowania. Badanie pilotażowe przeprowadzono w okresie od września 2014 do lutego 2015. jego celem było przetestowanie narzędzia oraz wykluczenie ewentualnych błędów i naniesienie korekt przed wprowadzeniem go do powszechnego użytku. Osoby biorące udział w pilotażu miały za zadanie stosowanie kwestionariusza w sytuacjach, kiedy będą podejrzewania występowania przemocy domowej u kogoś z uczniów czy pacjentów. Na zakończenie pilotażu każdy z uczestników przygotował raport o wadach i zaletach tego narzędzia – uzyskało ono ich pozytywną rekomendację.*

Dla każdej z tych dwóch grup zawodowych powstały po dwa algorytmy - w przypadku pracowników oświaty jeden do używania w przypadku dzieci do 9. roku życia, drugi dla dzieci powyżej 9. roku życia, zaś dla pracowników służby zdrowia - odrębne dla dzieci i dla osób dorosłych. Algorytmy są bardzo dokładne - wskazują, jak reagować, gdy pacjent, uczeń lub rodzic zachowuje się w określony sposób, co zrobić, w przypadku zaobserwowania określonych objawów czy informacji wynikających z wywiadu.

Zwraca się w nich uwagę na takie sytuacje jak: brak zgody na pełne badanie i na rozebranie dziecka, podawanie nieprawdopodobnych przyczyn urazów, leczenie z dala od miejsca zamieszkania, zmiany szpitali, poradni, lekarzy, liczne urazy w różnych fazach gojenia, uraz niemożliwy u dziecka w danym wieku, ślady zastosowanego narzędzia, odtwarzanie przez dziecko doświadczanej przemocy w relacjach rówieśniczych, zachowania autodestrukcyjne (gdy dziecko np. gryzie, szczypie się, uderza głową), strach przed powrotem do domu. W kwestionariuszach określono po kilkadziesiąt zachowań i okoliczności, na które należy zwrócić uwagę. Stosowanie kwestionariuszy w codziennej pracy z uczniem w szkole, czy też pacjentem pediatrycznym powinno pomóc w rozpoznawaniu przemocy.